

**SUUN HOIDON VASTAANOTTOKÄYNTIEN SEKÄ
TERVEYSNEUVONTATILANTEIDEN VUOROVAIKUTUKSELLINEN JA
SISÄLLÖLLINEN TOTEUTUMINEN NUORTEN AIKUISTEN KUVAILEMANA**

Leivonen Kukka-Maaria
Terveyskasvatuksen
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Suun hoidon vastaanottokäyntien sekä terveysneuvontatilanteiden vuorovaikutuksellinen ja sisällöllinen toteutuminen nuorten aikuisten kuvailemana

Leivonen Kukka-Maaria

Terveyskasvatuksen Pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2012

87 sivua, liitteitä 6

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten nuoret aikuiset kuvailevat vuorovaikutusta suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa. Lisäksi tutkittiin, millaisia asioita nuoret aikuiset pitivät tärkeinä, ja miten nämä tekijät toteutuivat suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä ja pilotoida suun terveydenhuoltoon soveltuva asiakaspalautelomake, jolla voidaan kartoittaa vuorovaikutuksen toteutumista.

Tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta 19 – 21 -vuotiasta nuorta aikuista keväällä 2010. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä käyttäen. Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto kerättiin kyselylomakkeella keväällä 2011. Kyselyyn vastasi 150 iältään 15 – 30 -vuotiasta nuorta aikuista. Kyselylomake pilotoitiin haastattelujen yhteydessä ja siihen tehtiin täydennyksiä haastatteluaineiston perusteella. Kvantitatiivinen aineisto ristiintaulukoitiin, siitä laskettiin prosentit ja frekvenssit. Merkitsevyyksiä testattiin Khiin neliö -testillä.

Nuoret aikuiset olivat tyytyväisiä vastaanottokäyntien ja terveysneuvontatilanteiden vuorovaikutukseen ja sisältöön. Ilmapiiiri vastaanotolla oli ollut luotettava, turvallinen ja ystävällinen. Henkilökunnan ammatilla ei ollut vaikutusta siihen, millaiseksi nuoret aikuiset ilmapiiirin kokivat. Nuorten aikuisten tärkeinä pitämät asiat olivat toteutuneet vastaanottokäynneillä hyvin. Nuorilla aikuisilla oli tietoa suun terveydestä. He myös pitivät tietoa ja ohjeita suun terveydestä tärkeinä. Terveysneuvonta oli noudattanut motivoivan haastattelun periaatteita. Suun terveyden edistämiseen oli kiinnitetty eniten huomiota ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynneillä sekä suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanotolla.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että terveysneuvonnan tulisi olla koko suun terveydenhoitohenkilöstön asia. Henkilöstön kouluttaminen hallitsemaan motivoivan haastattelun menetelmät tehostaisi terveyden edistämistä ja vuorovaikutusta kaikilla vastaanottokäynneillä. Asiakaspalautelomaketta voidaan käyttää niin terveysneuvontatilanteiden kuin vastaanottokäyntien vuorovaikutuksen arvioimiseen. Lomaketta voidaan muokata edelleen tarpeen mukaan ja käyttää eri ikäryhmissä.

Asiasanat: suun terveys, nuori aikuinen, motivoiva haastattelu, suun terveysneuvonta, vuorovaikutus.

ABSTRACT

Interaction between the client and oral health care professionals, and the content of dental appointments and oral health counselling as described by young adults

Leivonen Kukka-Maaria

Master's thesis in Health Education

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

Spring 2012

Pages 87, Appendixes 6

The aim of this study was to find out how young adults describe the interaction between the client and the professionals in the dental appointments and oral health counselling. In addition, the study examined which factors young adults find important and how these factors are realised in the dental appointments and oral health counselling. The goal of this study was to pilot a feedback form which would be suitable for oral health care in measuring interaction.

The qualitative data were collected by interviewing six young adults aged 19 – 21 years in the spring 2010. The interview material was transcribed and analyzed utilising content analysis. The quantitative data of this study were collected by a questionnaire in spring the 2011. A total of 150 young adult, aged 15 – 30 years answered the questionnaire. The questionnaire was piloted during the interviews and additions were made on the basis of the interview material. The quantitative data was analyzed by cross-tabulation, and the percentages and frequencies were calculated. The significance was tested using the chi-squared test.

Young adults were satisfied in how the dental appointment and oral health counselling were conducted. The atmosphere was trustworthy, secure and friendly. Occupation of the professionals did not have any effect on how young adults experienced the atmosphere. The issues that the young adults found important were well met. Young adults had information on oral health and they appreciated the knowledge and instructions given by professionals. Oral health counselling was delivered by the principles of motivational interviewing. Dental hygienists and dental assistants had paid attention to health promotion more than dentists. Moreover, in preventive care and in periodontal care health promotion issues were taken into account.

Based on this study oral health counselling should be the main issue for all oral health care professionals. Health promotion and interaction between young adults and professionals should be improved by educating professionals to manage the principles of motivational interviewing. The feedback form can be used for evaluating the interaction during dental appointments and in oral health counselling. The form can be modified and used for different age groups.

Keywords: Oral health, young adult, motivational interviewing, oral health counselling, interaction

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 NUORTEN AIKUISTEN SUUN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	3
2.1 Nuorten aikuisten suun terveys	3
2.2 Nuorten aikuisten suun terveystäyttämisen	6
3 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSEEN TÄHTÄÄVÄ TERVEYS- NEUVONTA	11
3.1 Terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa.....	11
3.2 Nuorille aikuisille suunnattu suun terveystäyttö	13
3.3 Muutosvaihemalli kuvaa terveystäyttämisen muutosta	16
4 VUOROVAIKUTUS TERVEYSNEUVONTATILANTEESSA	18
4.1 Dialoginen vuorovaikutus terveystäytössä.....	18
4.2 Motivoivan haastattelun periaatteet.....	20
4.3 Motivoivan haastattelun menetelmät terveystäytössä	24
5 NUORTEN AIKUISTEN KOKEMUKSIA TERVEYSNEUVONTATILANTEIDEN JA VASTAANOTTOKÄYNTIEN VUOROVAIKUTUKSESTA	29
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	33
7 TUTKIMUKSEN AINEISTON KERUU	34
7.1 Aineiston keruun ensimmäinen vaihe	34
7.2 Aineiston keruun toinen vaihe	35
8 AINEISTON ANALYYSI.....	38
8.1 Haastatteluaineiston analyysi.....	38
8.2 Lomakekyselyn analyysi.....	39
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	42
9.1 Haastattelututkimuksen tulokset.....	42

9.1.1 Suun hoidon vastaanottokäynteihin ja terveysneuvontatilanteisiin liittyvät muistikuvat ja tunteet	42
9.1.2 Ilmapiiri ja vuorovaikutus suun hoidon vastaanottokäynneillä ja terveysneuvontatilanteissa.....	45
9.1.3 Terveysneuvontatilanteen sisältö ja toteutus	48
9.1.4 Terveysneuvonnan myönteiset vaikutukset suun terveyteen ja kotihoitotottumuksiin	51
9.2 Kyselytutkimuksen tulokset	53
9.2.1 Suun terveyden arvio ja suun terveyden tärkeys	55
9.2.2 Vastaajien kotihoitotottumukset	55
9.2.3 Kotihoitotottumusten muutokseen liittyvä valmius.....	56
9.2.4 Vuorovaikutuksen toteutuminen suun hoidon vastaanottokäynnillä	57
9.2.5 Hoitohenkilökunnan ammatin yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen	58
9.2.6 Vastaajien iän yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen.....	60
9.2.7 Kotihoitotottumusten yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen.....	60
9.2.8 Vastaanottokäynnin tarkoituksen yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen...	61
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	66
10.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	66
10.2 Tutkimuksen eettisyys	69
11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	71
11.1 Suun hoidon vastaanottokäynnillä - nuorten näkökulmia onnistuneeseen tilanteeseen	71
11.2 Vuorovaikutuksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät	75
11.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	77
LÄHTEET.....	79

LIITTEET

Liite 1: Kirje haastateltaville sekä suostumuslomake

Liite 2: Teemahaastattelurunko

Liite 3: Kirje tutkimusorganisaation henkilökunnalle

Liite 4: Kyselylomake

Liite 5: Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

Liite 6: Liitekuva 1, Vuorovaikutuksen toteutuminen suun hoidon vastaanottokäynnillä

1 JOHDANTO

Suomalaisten nuorten ja nuorten aikuisten suun terveys ei ole parantunut vuosikymmeniin, vaikka elinolot ovat kohentuneet (Nordblad ym. 2004). Sen sijaan heidän suun hoitotottumuksensa ovat heikentyneet ja napostelu lisääntynyt (Luopa ym. 2010). Tutkimusten (Koskinen ym. 2005, Kunttu & Huttunen 2009, Luopa ym. 2010) mukaan eroja tottumuksissa on nähtävissä niin sukupuolten kuin eri koulutustasojen välillä. Pojat ja nuoret miehet ovat laiskempia hampaiden harjaajia ja ammattiin opiskelevilla on heikommat suun hoitotottumukset kuin lukiolaisilla tai korkeakouluissa opiskelevilla. Kansainvälisessä vertailussa suomalaisnuoret sijoittuvat hampaiden harjausaktiivisuudessa viimeisten joukkoon WHO:n koululaistutkimuksessa (Maes ym. 2004). Nuorten suun terveystietämiseen vaikuttavat elinolot, koulumenestys, ystävyys-suhteet sekä tiedot ja asenteet suun terveydestä (Petersen ym. 2008) sekä sosioekonominen tausta (Brukiene & Aleksejuniene 2009).

Nyky-yhteiskunnassa tietoa on saatavilla paljon. Itse tieto ja tiedon lisääminen eivät kuitenkaan vaikuta käyttäytymisen muutokseen ja paranna nuorten suun hoitotottumuksia (Kasila ym. 2006, Brukiene & Aleksejuniene 2009). Nuorten suun terveydentilanteen vuoksi sekä heidän motivoimiseksi säännölliseen kotihoitoon tulisi myös suun terveysneuvontaan kiinnittää erityistä huomiota. Nuorten osallistuminen terveysneuvontaan on tärkeää, jotta he alkaisivat itse pohtia omaa terveyttään ja tottumuksiaan (Jakonen ym. 2005) ja ottaisivat vastuuta terveydestään (Kasila ym. 2008).

Terveysneuvonta on ammattilaisen ja asiakkaan välinen molemminpuolinen vuorovaikutusprosessi (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Terveysneuvonnassa lähtökohtana tulisi olla asiakkaan omat kokemukset ja näkemykset (Jakonen ym. 2005) sekä vuorovaikutuksellinen ilmapiiri (Poskiparta ym. 2003). Turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri auttaa asiakasta kertomaan asioistaan. Neuvontatilanteessa asiakkaan tulisikin olla enemmän äänessä kuin ammattilaisen (kts. Miller & Rollnick 2002, 65). Terveysneuvonnan rinnakkaiskäsitteinä on käytetty terveydenhuollossa ohjausta, opetusta ja tiedon antamista sekä myös kasvatuksen ja valmennuksen käsitteitä (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Tässä työssä asiakkaan ja ammattilaisen

välisen vuorovaikutuksen kuvaamisesta käytetään käsitettä terveysneuvonta tai lyhyemmin neuvonta.

Motivoiva haastattelu on todettu hyväksi menetelmäksi erityisesti nuorten asiakkaiden terveysneuvonnassa (Baer & Peterson 2002). Se on neuvontamenetelmä, jossa voimavaralähtöinen keskustelu on tärkeässä asemassa. Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian ilmaiseminen, ristiriidan voimistaminen, väittelyn välttäminen ja uskon vahvistaminen (Miller & Rollnick 2002, 25-29). Systemaattisten kirjallisuuskatsauksien mukaan motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä terveyskäyttäytymisen muutosprosessissa (Amstrong ym. 2011) sekä tupakoinnin lopettamisen tukemisessa (Heckman ym. 2010). Motivoiva haastattelu on todettu lupaavaksi menetelmäksi myös diabeteksen hoidossa ja ravitsemukseen ja liikuntaan sekä suun hoitoon liittyvien tottumusten muutoksessa (Martins & McNeil 2009).

Motivoivan haastattelun taidot yhdistettynä transteoreettiseen muutosvaihemalliin on yksi tehokkaimmista tavoista vaikuttaa asiakkaan käyttäytymistapoihin (Yevlahova & Satur 2009), ja se tuo uutta näkökulmaa siihen, mikä voisi olla tehokas toimintatapa muutosvaihemallin eri vaiheissa (Miller 2008). Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan käyttäytymisen muutoksen ajatellaan tapahtuvan kuuden eri vaiheen kautta, joita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe sekä päätösvaihe (Poskiparta 2002, 25-26).

Aikaisempien tutkimusten mukaan nuoret aikuiset eivät koe suun terveysneuvontaa mielenkiintoiseksi, vaan neuvonta koetaan usein tylsäksi (Fitzgerald ym. 2004, Östberg 2005, Kasila ym. 2006). Nuorten aikuisten kokemuksia suun hoidon vastaanottokäynneistä on tutkittu terveysneuvontatilanteita enemmän. Tutkimusten mukaan suun terveydenhoitoon liittyy usein ahdistusta ja pelkoa toimenpiteiden mahdollisesti aiheuttamasta kivusta (kts. Peretz & Efrat 2000, Skaret ym. 2007, Vika ym. 2008).

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat nuoret aikuiset, joilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan 15 – 30 -vuotiaita henkilöitä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten nuoret aikuiset kuvailevat vuorovaikutusta suun hoidon vastaanottokäynnillä ja

terveysneuvontatilanteessa. Lisäksi tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, millaisia asioita nuoret aikuiset pitävät tärkeinä, ja miten nämä tekijät toteutuvat suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä ja pilotoida suun terveydenhuoltoon soveltuva asiakaspalautelomake, jolla voidaan kartoittaa vuorovaikutuksen toteutumista. Tavoitteena on, että tuloksia pystytään tulevaisuudessa hyödyntämään suun terveydenhoitopalveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa.

2 NUORTEN AIKUISTEN SUUN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

2.1 Nuorten aikuisten suun terveys

Suun terveys on osa yleisterveyttä. Hyvä suun terveys mahdollistaa puhumisen ja syömisen sekä edesauttaa hyvän elämänlaadun, itsetunnon ja sosiaalisen varmuuden saavuttamisessa (Watt 2005). Suun sairaudet voivat vaikuttaa yleisterveyden ongelmiin, minkä vuoksi hyvästä suun terveydestä huolehtiminen on tärkeää (Helminen ym. 2005). Myös tietyillä yleissairauksilla (Modeer ym. 1998) sekä sosiaalisella syrjäytymisellä (Freeman 2002, 175) on yhteyttä huonoon suun terveyteen.

Yleisimmät suun sairaudet ovat karies sekä hampaiden kiinnityskudossairaudet (Widström 2005). Hampaiden reikiintymiseen vaikuttavat suuhygienia, ravinto, suun bakteerit, hampaiden vastustuskyky sekä syljen laatu (Tenovuo 1996). Varsinaisiin kiinnityskudossairauksiin kuuluvat gingiviitti (ientulehdus) sekä parodontiitti (kiinnityskudostulehdus), jotka ovat suun bakteerien aiheuttamia multikausaalisia infektiosairauksia (Sewon 1996). Plakista eli biofilmistä johtuvat ientulehdukset ovat nuorilla yleensä palautuvia, eli paranevat suuhygieniata tehostamalla (Widström 2005). Aikuisilla kiinnityskudossairaudet ovat yleisempiä ja niiden syntymiseen vaikuttavat muun muassa huono suuhygienia, tupakointi sekä yleissairaudet (Parodontiitin ehkäisy 2010). Karies on nuorten keskuudessa yleisempää kuin kiinnityskudossairaudet (Honkala ym. 2002).

Suomalaisten nuorten suun terveys on ollut hyvällä tasolla, mutta viime vuosina suun terveyden hyvässä kehityksessä on ollut nähtävissä pysähtyneisyyttä. Stakesin tutkimuksen mukaan nuorten suun terveys ei ole juuri parantunut vuoden 1994 jälkeen (Nordblad ym. 2004, 28). Hampaiden reikiintyminen on myös polarisoitunut, mikä tarkoittaa sitä, että karies on tällä hetkellä ongelma pääosin pienellä väestöryhmällä, jolla on lyhyt koulutus, huono sosiaalinen asema tai sosiaalisia ongelmia (Meriläinen ym. 1997, Widström 2005). Sosioekonominen tausta vaikuttaa suun terveyteen, sillä kariesin suhteen eri koulutusryhmien välillä on suuria eroja. Tutkimusten mukaan vähiten koulutetuilla on huonompi suun terveys (Suominen-Taipale ym. 2004, 155-161, Jamieson ym. 2009). Vanhempien koulutustaustalla ja suun terveydellä on puolestaan todettu olevan yhteyttä nuorten suun terveyteen (Poutanen ym. 2007).

Suun terveydentilan selvittämiseksi on olemassa Suomessa valtakunnallista seurantatietoa aina 1970-luvulta lähtien. Lasten ja nuorten suun terveyttä on kuvattu kariesettömien määrällä, jolla kuvataan niiden henkilöiden prosentuaalista osuutta, joilla ei ole ollut yhtään kariesin vuoksi vaurioitunutta maito- tai pysyvää hammasta. Esimerkiksi 15-vuotiaista nuorista vuonna 2000 kariesettomia oli 24 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 1997 oli 26 prosenttia. Myös vanhemmassa ikäluokassa on samansuuntaista kehitystä, sillä vuonna 2000 kariesettomia 18-vuotiaista oli 16 prosenttia ja 15 prosenttia vuonna 1997 (Nordblad ym. 2004, 11-28). Hausenin ym. (2002) tutkimuksen mukaan puolet niistä nuorista, jotka vielä 12-vuotiaana ovat tervesuisia ja kariesettomia, saavat reikiä kuitenkin 15 ikävuoteen mennessä.

Myös Sunin (2006) tutkimuksen mukaan vuonna 1990 syntyneiden suomalaisten suun terveys on huomattavasti huonompi kuin vuonna 1985 syntyneiden (Sunin 2006). Nordbladin ym. (2004) mukaan nuorten hampaiden paikkausten määrä on kuitenkin vähentynyt puolella vuosien 1985-2000 aikana. Kun vuonna 1985 tehtiin 0 – 18 -vuotiaille miljoona paikkaa oli vastaava luku vuonna 2000 puoli miljoonaa paikkaa. Tähän voi olla syynä muuttuneet käytännöt siinä, minkä suuruisia kariesleesioita paikataan (Nordblad ym. 2004, 11-28).

Suun terveyttä voidaan kuvata myös DMFT-indeksillä, jossa otetaan huomioon kariesin vuoksi vaurioituneiden hampaiden eli reikiintyneiden, poistettujen tai

paikattujen hampaiden summa. Terveessä hampaistossa $dmft/DMFT=0$. DMFT kuvaa pysyvien hampaiden arvoa ja dmft maitohampaiden arvoa. Valtakunnallisesti DMFT-arvo on Suomessa pysähtynyt 1,1-1,2 välille. 18-vuotiaiden ikäluokassa DMFT-arvossa on tapahtunut jonkinasteista parannusta, sillä vuoden 2000 DMFT-arvo oli 4,0, kun se vuonna 1994 oli vielä 4.7. DMFT-arvo ei kuitenkaan kuvaa uuden kariksen ilmaantuvuutta, sillä kerran paikattu hammas on aina arvossa mukana. Parempaa tietoa kariksen ilmaantuvuudesta antaa d+D-indeksi, jota tulisi vastaisuudessa kehittää kuvaamaan väestön karieshoidon tarvetta. Kyseisen indeksin perusteella 6 – 18 -vuotiailla oli vuonna 1997 ja 2000 keskimäärin 0,7 reikää hampaissaan (Nordblad ym. 2004, 30-34).

Aikuisväestössä suun terveydentilaa on kuvattu hampaallisuusasteella. Vuoden 2000 tietojen mukaan 19 – 44 -vuotiaista terveystieteiden tutkimuksessa hoidossa käyneistä aikuisista noin 85 prosentilla oli vähintään 20 toimivaa hammasta. Parannusta vuoden 1997 tietoihin on kymmenen prosenttia (Nordblad ym. 2004, 36). Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan vastaavasti vuonna 2009 eurooppalaisista yli 15-vuotiaista 32 prosentilla oli vähintään 20 omaa toimivaa hammasta ja 41 prosentilla oli kaikki hampaat suussa. Ikäryhmittäin jaoteltuna 15 – 24 -vuotiaista 84 prosentilla ja 25 – 39 -vuotiaista 60 prosentilla oli kaikki omat hampaat suussa. Vähintään 20 toimivaa hammasta oli 15 – 24 -vuotiaista 14 prosentilla ja 25 – 39 -vuotiaista 34 prosentilla (European Commission 2010, 9).

Suun terveydentilaa voidaan arvioida myös koetun terveyden näkökulmasta. Terveystieteiden tutkimuksessa 18 – 29-vuotiaista nuorista aikuisista suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioi 82 prosenttia, keskitasoisesti 14 prosenttia ja huonoksi tai melko huonoksi 4 prosenttia. Sukupuolten välillä ei ollut suurta eroa, mutta sen sijaan koulutuksella oli vaikutusta. Perusasteen koulutuksen saaneista naisista 65 prosenttia ja miehistä 73 prosenttia koki suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mikä oli hieman keskimääräistä alhaisempaa (Koskinen ym. 2005, 96-97).

Suomessa on kerätty tietoa kiinnityskudossairauksista ja hoidon tarpeesta nuorten ikäluokista vain 18-vuotiaista. CPI-indeksi kuvaa hampaiden kiinnityskudosten hoidon tarvetta, kuten hammaskiveä. Kiinnityskudoksen hoidon tarpeena on pidetty tilannetta, jossa CPI on 2 tai korkeampi yhdessä tai useammassa leuka-

kuudenneksessa. Hoidossa käyneistä 18-vuotiaista hoidon tarvetta oli 39 prosentilla nuorista (Nordblad ym. 2004, 34). Aikuisten osalta tilastotietoa on saatavilla vain yli 30-vuotiaista, joilla Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan ientulehdusta esiintyi 74 prosentilla. Parodontiittia esiintyi 48 prosentilla 30 – 34 -vuotiaista. Parodontiitin määritelmänä tutkimuksessa oli yksi hammas, jonka ientaskun syvyys oli 4 mm tai sitä syvempi (CPI 3). Kuudella prosentilla 30 – 34 -vuotiaista esiintyi vaikeaa parodontiittia. Tällöin suussa oli vähintään yksi hammas, jonka ientasku oli 6 mm tai sitä syvempi (CPI 4). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan kiinnityskudossairaudet ovat merkittävä kansansairaus suomalaisen aikuisväestön kohdalla, ja varsinkin 30 – 34 -vuotiailla kiinnityskudossairauksien lisääntyminen on huolestuttavaa. Tutkimuksen mukaan parodontiittia esiintyi enemmän vähemmän koulutetuilla. Sen sijaan harjausaktiivisuudella ei ollut vaikutusta parodontiitin esiintyvyyteen (Suominen-Taipale ym. 2004, 88-97).

2.2 Nuorten aikuisten suun terveystyöt

Suomalaisten nuorten suun terveystyöistä on tutkittu laajasti, mutta tutkimus on keskittynyt pääosin varhaisnuoriin eli 11 - 16-vuotiaisiin (kts. Koivusilta ym. 2003, Kasila ym. 2006, Tervonen ym. 2006, Poutanen ym. 2007, Rannisto ym. 2007, Hietasalo ym. 2008, Luopa ym. 2010). Lapsuudessa ja nuoruudessa opitut suun hoitotottumukset vaikuttavat myös aikuisuuden terveystyötytymiseen (Karieksen hallinta 2009). Tässä työssä tarkastellaan terveystyötytymistä hampaiden harjaus- ja lankaustottumusten sekä napostelutottumusten näkökulmasta.

Käypä hoito -suositukset suosittavat hampaiden harjausta kahdesti päivässä fluoripitoisella hammastahnalla (Karieksen hallinta 2009). Kuitenkin kansainvälisessä vertailussa suomalaisnuoret sijoittuvat hampaiden harjausaktiivisuudessa viimeisten joukkoon. WHO:n koululaistutkimuksessa 15-vuotiaista nuorista ahkerimmin hampaitaan harjasivat kahdesti päivässä (≥ 80 %) tanskalaiset, norjalaiset, sveitsiläiset ja ruotsalaiset nuoret. Sen sijaan suomalaisnuoret harjasivat vähiten hampaitaan yhdessä belgialaisten, liettualaisten, kreikkalaisten, maltalaisten,

ukrainalaisten ja espanjalaisten nuorten kanssa. Näistä nuorista hampaitaan kahdesti päivässä harjasi vain alle 50 prosenttia (Maes ym. 2004).

Kouluterveyskyselyssä (Luopa ym. 2010) harjaustottumuksia on kysytty vuosikymmenen aikana kolmesti. Peruskoulun 8.- ja 9.luokkalaisten harjaustottumukset ovat kehittyneet myönteisesti 2000-luvulla. Vuoden 2008 - 2009 tuloksissa hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjaavien osuus oli 57 prosenttia, kun se vuosikymmenen alussa oli 62 prosenttia. Edelleen kuitenkin vain 43 prosenttia yläkoululaisista harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Myös lukiolaisten harjaustottumuksissa on tapahtunut myönteistä kehitystä muutaman prosentin verran vuosikymmenen aikana. Hampaitaan harvemmin kuin kahdesti päivässä harjasi 47 prosenttia lukiolaisista. Ammattiin opiskelevista ei ole saatavissa aiempaa vertailutietoa, mutta vuoden 2008 - 2009 tulosten mukaan heistä hampaitaan harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä harjasi 66 prosenttia nuorista (Luopa ym. 2010, 31-43).

Myös nuorten aikuisten terveystutkimuksen (Koskinen ym. 2005, 96-100) mukaan hampaiden harjausaktiivisuus oli vähäisempää alemmissa koulutusluokissa ja lisääntyi paremman koulutuksen myötä. Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2010, 72) mukaan ammattiin opiskelevilla nuorilla myös monet muut terveystottumukset olivat epäterveellisempiä kuin lukiossa opiskelevilla. Humalajuominen ja tupakointi olivat yleisempiä ammattiin opiskelevien keskuudessa. Koivusillan ym. (2003) tutkimuksen mukaan usein hampaiden harjauksen vähyyteen liittyi myös muita terveydelle haitallisia tottumuksia, kuten alkoholin käyttöä, tupakointia ja nukkuma-aikojen epäsäännöllisyyttä.

Harjaustottumuksissa on nähtävissä koulutustaustan lisäksi eroja sukupuolten välillä. Tutkimusten mukaan tytöt ovat aktiivisempia suun hoitoon liittyvissä asioissa ja heillä on myös paremmat suun hoitotottumukset kuin pojilla (kts. Östberg 2005, Poutanen ym. 2007, Kawamura ym. 2008). Muutenkin yleisterveydestään huolehtivat tytöt ja pojat kokevat myös suun hoidon tärkeäksi (Poutanen ym. 2007, Petersen ym. 2008). Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2010) mukaan pojat laiminlöivät hampaiden harjauksen tyttöjä useammin. Vuosina 2008 - 2009 yläluokkien pojista 69 prosenttia ei harjannut hampaitaan kahta kertaa päivässä, tyttöissä vastaava osuus oli 45

prosenttia. Lukioikäisistä pojista 58 prosenttia ja tytöistä 36 prosenttia harjasi hampaansa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä. Puolestaan ammattiin opiskelevista pojista hampaitaan harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä harjasi 78 prosenttia ja tytöistä 51 prosenttia (Luopa ym. 2010, 33-42).

Samansuuntaisia tuloksia sukupuolten välisistä eroista saatiin myös WHO:n koululaistutkimuksessa, jonka mukaan suomalaisista 15-vuotiaista nuorista harjasi hampaansa enemmän kuin kerran päivässä 60 prosenttia tytöistä ja 28 prosenttia pojista. Ero verrattuna esimerkiksi ruotsalaisiin, norjalaisiin ja tanskalaisiin nuoriin on huomattava. Ruotsalaisista ja norjalaisista tytöistä hampaitaan kahdesti päivässä harjasi 87 prosenttia vastaajista ja tanskalaisista 86 prosenttia vastaajista. Myös pojat harjasivat ahkerammin kuin suomalaiset, sillä ruotsalaisista pojista 78 prosenttia ilmoitti harjaavansa enemmän kuin kerran päivässä ja norjalaisista ja tanskalaisista pojistakin 74 prosenttia (Maes ym. 2004).

Sukupuolten väliset erot harjausaktiivisuudessa ovat nähtävissä myös vanhemmissa ikäluokissa. Terveys 2000 -tutkimuksen osana toteutettiin tutkimus nuorten aikuisten terveydestä sekä sitä määrittävistä tekijöistä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat suomalaiset 18 - 29 -vuotiaat nuoret aikuiset. Koko tutkimusjoukon naisista 81 prosenttia harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä ja miehistä 53 prosenttia. Harvemmin kuin kerran päivässä miehistä harjasi seitsemän prosenttia, naisista noin prosentin verran (Koskinen ym. 2005, 96-100).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu & Huttunen 2009) havaittiin eroja suun hoitotottumuksissa sekä miesten että naisten välillä että myös yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden välillä. Tutkimuksessa selvitettiin alle 35-vuotiaiden perustutkintoa suorittavien suomalaisten korkeakouluopiskelijoiden terveyttä, terveyskäyttäytymistä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Yliopistossa opiskelevista naisista 78 prosenttia harjasi hampaansa kahdesti päivässä ja miehistä 60 prosenttia. Vastaavat luvut ammattikorkeakoulussa opiskelevilla naisilla oli 70 prosenttia ja miehillä 49 prosenttia. Ammattikorkeakoulussa opiskelevista miehistä seitsemän prosenttia ei harjannut hampaitaan edes päivittäin. Säännöllinen hammaslangan käyttö oli vierasta opiskelijoille, sillä yliopistossa opiskelevista naisista vain 12 prosenttia ja miehistä 6

prosenttia lankasi säännöllisesti. Ammattikorkeakoulussa opiskelevista naisista puolestaan vain kahdeksan prosenttia ja miehistä kolme prosenttia lankasi hampaansa säännöllisesti. Hammastahnaa käytettiin yleisesti hampaiden harjauksessa. Säännöllisintä hammastahnan käyttö oli yliopistossa opiskelevien naisten (78 %) keskuudessa (Kunttu & Huttunen 2009, 60).

Nuorten napostelutottumuksia on kuvattu makeisten, välipalojen ja sokeroitujen juomien käyttötiheydellä. Hopun ym. (2008) tutkimuksen mukaan viidesosa nuorista söi makeisia 3-5 päivänä viikossa sekä lisäksi yli puolet söi 1-2 kertaa viikossa suklaata ja/tai makeisia. Sokeroituja kolajuomia 3-5 päivänä viikossa joi viidennes pojista ja kahdeksan prosenttia tytöistä sekä sokeroituja virvoitusjuomia 13 prosenttia pojista ja kuusi prosenttia tytöistä (Hoppu ym. 2008, 26). Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2010) mukaan epäterveellisten välipalojen syöminen koulussa väheni vuosikymmenen alussa, mutta ei enää viime vuosina. Vuonna 2008 - 2009 yläkoululaisista noin kolmannes söi epäterveellisiä välipaloja koulussa vähintään kaksi kertaa viikossa. Tottumuksissa oli nähtävissä eroja myös sukupuolten välillä. Pojat söivät epäterveellisiä välipaloja koulussa useammin kuin tytöt. Lukiolaisista 28 prosenttia söi epäterveellisiä välipaloja koulussa vähintään kaksi kertaa viikon aikana. Osuus on keskimäärin sama kuin vuosikymmenen alussa. Ammattiin opiskelevista nuorista noin kolmannes söi epäterveellisiä välipaloja vähintään kaksi kertaa viikossa, mutta tyttöjen ja poikien napostelutottumuksissa ei ollut eroa (Luopa ym. 2010, 31-43).

Yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan vanhemmissa ikäluokissa makeisten ja suklaan syönti oli yleisempää nuorilla naisilla, joista yhdeksän prosenttia söi makeaa päivittäin (Kunttu & Huttunen 2009, 57-60). Nuorilla naisilla makean syömiseen liittyy usein stressiä, joka lisää herkuttelua (Kandiah ym. 2006). Nuorista miehistä päivittäin makeaa söi noin neljä prosenttia. Puolestaan sokeroitujen juomien käyttö oli yleisempää miesopiskelijoilla, joista noin 10 prosenttia joi näitä päivittäin (Kunttu & Huttunen 2009, 57-60). Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan 19 prosenttia eurooppalaisista yli 15-vuotiaista joi usein virvoitusjuomia. Yleisimmin sokeroituja virvoitusjuomia käyttivät miehet, 15 – 24 -vuotiaat nuoret, opiskelijat ja työntekijät. Makeisia usein söi tutkimuksen mukaan 15 prosenttia vastaajista. Euroopan maiden välillä oli kuitenkin suuria eroja. Lisäksi tuloksissa oli

eroja ikäryhmittäin siten, että nuoremmat vastaajat söivät enemmän makeisia ja joivat sokeroituja juomia kuin vanhemmat vastaajat (European Commission 2010, 29-37).

Myös Terveys 2000 -tutkimuksen osana toteutetun nuorten aikuisten terveystutkimuksen mukaan sokeroitujen juomien, kuten sokeroitun kahvin, mehujen tai limsojen juonti oli yleisempää miesten kohdalla. Esimerkiksi sokeroitua kahvia päivittäin joi puolet miehistä, mutta neljännes naisista. Lisäksi muita sokeroituja juomia päivittäin joi 36 prosenttia miehistä ja 25 prosenttia naisista. Puolestaan makeisten käytössä sukupuolten välillä ei ollut suurempia eroja, mikä eroaa YTHS:n tutkimuksesta. Karkkeja päivittäin söi kummassakin sukupuoliryhmässä noin kolme prosenttia. Kahdesta viiteen kertaan viikossa karkkeja söi miehistä 25 prosenttia ja naisista 30 prosenttia (Koskinen ym. 2005, 100-103).

Nuorten aikuisten kohdalla suun terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat sukupuolen ja koulutustason (kts. Koskinen ym. 2005, Kunttu & Huttunen 2009, Luopa ym. 2010) lisäksi myös elinolot, koulumenestys, ystävyysuhteet sekä tiedot ja asenteet suun terveydestä (Petersen ym. 2008). Nämä näkyvät hyvänä suun terveyskäyttäytymisenä, ja päinvastoin (Poutanen ym. 2005). Ranniston ym. (2007) tutkimuksen mukaan nuoret eivät usein yhdistäneet hampaiden harjaamattomuutta hampaiden reikiintymiseen. Kasilan ym. (2006) tutkimuksen mukaan nuoret olivat myös sitä mieltä, että he hoitivat hampaitaan hyvin, vaikka käytännössä eivät hoitaneet hampaitaan suositusten mukaisesti. He myös välttelivät syvällisiä keskusteluja tai kokivat suun hoidon aiheena tylsäksi. Muistamattomuus ja vaikeus löytää aikaa olivat suurimmat syyt siihen, miksi nuoret eivät harjanneet hampaitaan kahdesti päivässä tai langanneet hampaitaan (Kasila ym. 2006).

Vanhempien terveyskäyttäytymisellä on tutkimusten (Tervonen ym. 2006, Poutanen ym. 2007) mukaan yhteyttä nuorten suun terveyskäyttäytymiseen, erityisesti poikien terveyskäyttäytymiseen. Myös vanhempien koulutustasolla on tutkimusten (Koivusilta ym. 2003, Petersen ym. 2008) mukaan yhteyttä. Poutasen ym. (2006) tutkimuksen mukaan vanhempien korkea koulutustaso ja hyvät suun hoitotottumukset olivat yhteydessä siihen, että myös lapset käyttäytyivät terveyttä edistävällä tavalla. Tytöt

ottavat mallia äideistään ja pojat isistään (Poutanen ym. 2007). Lapsuuden tavat ovat pohjana myös aikuisuuden tottumuksille.

Perheen lisäksi sosiaalisilla suhteilla on vaikutusta terveyskäyttäytymiseen. Sosiaalisten suhteiden on ajanpuutteen lisäksi todettu vaikuttavan nuorten aikuisten epäterveellisen ruuan ostoon. Erityisesti naispuoliset yli 19-vuotiaat yliopistopiskelijat ilmoittivat pikaruuan syömisen syyksi ystävien seuran (Driskell ym. 2006). Ranniston ym. (2007) tutkimuksen mukaan myös 6.- ja 7.luokkalaisten nuorten herkuttelu liittyi sosiaalisiin tilanteisiin. Tuloksista nousi esille, että nuorilla käytettävissä oleva raha mahdollisti nälän yllättäessä herkkujen oston koulumatkoilla. Kavereiden herkuttelulla oli merkitystä valintoihin, samoin herkkujen saatavuudella. Koulujen limsa- ja karkkiautomaatit houkuttelivat epäterveellisiin valintoihin. Erityisesti tytöt ilmoittivat syövänsä herkkuja enemmän kaveripiirissä. Tytöt myös kokivat vanhempien kotiin ostamat herkut uhkaksi suun terveydelle. Pojat ilmoittivat kokevansa herkuttelun uhkaksi koulussa, koulumatkoilla, kotona ja vapaa-ajalla (Rannisto ym. 2007). Erityisesti kariesaktiivisten nuorten tulisi saada kasvaa terveyttä edistävässä ympäristössä houkutuksista vapaana (Hietasalo ym. 2008, Petersen ym. 2008).

3 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSEEN TÄHTÄÄVÄ TERVEYS-NEUVONTA

3.1 Terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa

Kansanterveislain (1972) mukaan kunnan tehtävänä on ylläpitää kunnan koko väestön suun terveydenhuollon palveluita. Palveluihin sisältyvät suun terveyden edistäminen, suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito (Kansanterveislaki 1972). Myös terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) linjataan kuntien vastuusta terveyden edistämiseen. Politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveyden parantaminen ja terveyserojen kaventaminen. Toukokuussa 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki (2010) korostaa kunnan vastuita terveyden edistämisen ja myös suun terveydenhuollon järjestämisestä. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on

ylläpitää ja edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lailla on tarkoitus vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja varmistaa väestön tarvitsemien palveluiden saatavuus ja laatu. Terveydenhuoltolaki myös pyrkii vahvistamaan eri sektoreiden yhteistyötä palveluiden järjestämisessä (Terveydenhuoltolaki 2010).

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä suun terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista (Kansanterveyslaki 1972). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2008) määritetään koko maan kattavat ohjeet terveystarkastuksista ja niiden sisällöstä. Asetuksella pyritään takaamaan samanlainen suunnitelmallinen, kaikki ikäluokat kattava ehkäisevien terveyspalvelujen tuottaminen koko maan väestölle (Asetus neuvolatoiminnasta 2008, 23-29). Kunnan tulee järjestää myös opiskelijoille suun terveydenhoidon palvelut (Terveydenhuoltolaki 2010).

Suun terveyspalvelujen osalta on määritelty tarkastusten ja terveysneuvonnan järjestäminen. Suun kliinisiä terveystarkastuksia voivat tehdä hammaslääkärit, hammashoitajat sekä suuhygienistit. Niitä järjestetään sekä koko ikäluokan kattavina määräraikaistarkastuksina että yksilölliseen tarpeeseen perustuvina tarkastuksina (Asetus neuvolatoiminnasta 2008, 23-29). Suun terveydenhuollon toiminnassa on siirrytty yksilöllisiin hoitoväleihin jo 1990-luvulla (Nordblad ym. 2004, 20). Terveydenhuoltolain (2010) mukaan kunnan on järjestettävä asukkailleen riittävät terveystarkastukset ja terveysneuvontaa, suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito. Suun terveydenhoidon palveluihin kuuluvat myös väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta sekä asiakkaan erityisen tuen varhainen tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Suun terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutena on informoida asiakasta hänen suun terveydentilastaan, reikiintymiseen vaikuttavista tekijöistä ja siitä, miten asiakas itse voi hampaiden reikiintymistä ehkäistä (Karieksen hallinta 2009).

Myös terveysneuvonnasta on laadittu ohjeet asetuksessa. Terveysneuvonnassa tulisi ottaa huomioon yksilö sekä hänen elämäntilanteensa ja voimavaransa. Terveysneuvonnan tarkoituksena on tukea yksilöllisesti asiakasta ja ottaa huomioon

kehitysvaihe sekä toimia yhteistyössä hänen kanssaan (Asetus neuvolatoiminnasta 2008, 50-54). Terveysneuvonta on ammattilaisen ja asiakkaan välinen molemminpuolinen vuorovaikutusprosessi, jossa asiakasta autetaan tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Poskiparran ym. (2003) mukaan onnistuneen terveysneuvonnan keskeisiä tekijöitä ovat yhteisesti asetetut tavoitteet ja niiden seuranta. Nämä tekijät toteutuvat voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa, joka keskittyy arkipäivän tarpeisiin ja tukee asiakkaan itsearviointia siitä, mikä auttaa jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä ja uusien taitojen oppimisessa (Feste & Anderson 1995). Voimavarakeskeinen terveysneuvonta tukee asiakkaan yksilöllisiä ja sosiaalisia taitoja sekä päätöksenteon ja ongelmanratkaisukykyjen kehittymistä (Poskiparta ym. 2001, Jakonen 2005).

Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan tavoitteena on tukea asiakkaan osallistumista (Poskiparta ym. 2001) sopimalla terveysneuvontatilanteen tavoitteista ja yhteisesti suunnitteleamalla tilanteen kulkua (Onnismaa 2007, 30). Terveysneuvontatilanteen tavoitteet tulee määrittellä yhdessä asiakkaan kanssa ja niiden tulee olla realistisia (Kyngäs ym. 2007, 75-76). Tavoitteen tulee olla riittävän haasteellinen ja tavoitettavissa ja asiakkaan itse määrittelemä (Mönkkönen 2007, 149). Liian vaativat tavoitteet voivat vaikeuttaa elintapamuutoksen syntymistä. Tavoitteiden tulisi olla suhteutettuja asiakkaan elämäntilanteeseen ja tavoitteen muotoilu vaikuttaa siihen, miten hyvin se saavutetaan (Kyngäs ym. 2007, 75-76).

3.2 Nuorille aikuisille suunnattu suun terveysneuvonta

Nuorille aikuisille suunnatun terveysneuvonnan tavoitteena on, että nuori saisi valmiuksia arvioida itse omaa terveyttään ja siihen liittyviä arvoja (Koponen ym. 2002, 101). Uusien tietojen ja taitojen soveltaminen käytäntöön on tärkeää (Yevlahova & Satur 2009), samoin omasta terveydestä vastuun ottaminen (Kasila ym. 2008). Taitojen toteuttaminen käytännössä lisää itsetuntoa ja minäpystyvyyttä eli uskoa omaan kykyihin ja selviytymiseen (Yevlahova & Satur 2009). Baerin ja Petersonin (2002) mukaan nuorille pitäisi tarjota tietoa, jota heillä ei vielä ole. Östbergin (2005) tutkimuksen mukaan tietoa tulisi antaa uusiutuvasti. Vaikka tietoa

oli annettu, nuorten ymmärrys oli tutkimuksen (Östberg 2005) mukaan ollut rajallista ja monet nuoret halusivat tietää enemmän suun terveydestä. Brukienen & Aleksejunien (2009) mukaan pelkästään tiedon saaminen ei kuitenkaan vaikuta muutoksen toteutumiseen vaan tarvitaan psykologisia lähestymistapoja.

Usein nuorilla on myös hyvin erilaisia ”ongelmia”. Mutta nuorille ei kuitenkaan pitäisi puhua ongelmista, sillä se herättää vastustusta. Sen sijaan tulisi puhua valinnoista, käytöksestä ja ehkä riskeistä (Baer & Peterson 2002). Arnettin (2000) mukaan riskikäyttäytyminen on yleistä varhaisaikuisuudessa, kun etsitään omia rajoja, roolia ja identiteettiä (Baer & Peterson 2002).

Terveysneuvonnassa tulisi huomioida myös sosioekonominen tausta, jolla on todettu olevan vaikutuksia suun terveyteen (Brukiene & Aleksejuniene 2009). Nuorten osallistuminen terveysneuvontatilanteeseen, tiedontuottamiseen ja päätöksentekoon on tärkeää (Poskiparta ym. 2003). Nuorille tulisi sallia mahdollisuus kysymyksiin ja heitä tulisi informoida tilanteesta tarpeeksi (Östberg 2005, Kasila ym. 2008). Nuorten tulisi oppia, että heidän odotetaan osallistuvan neuvontaan, vaikka osallistuminen on aina vapaaehtoista (Kasila ym. 2008). Pitkällä aikavälillä suun terveyden paraneminen ja kariuksen hallinta ei toteudu ilman nuoren aktiivista osallistumista (Kariuksen hallinta 2009). Nuoret monesti osallistuvat, mutta eivät sitoudu (Baer & Peterson 2002).

Yksilöllisen terveysneuvonnan lisäksi myös terveysneuvonta koulu- ja opiskeluyhteisöissä tukee terveyden edistämistä. Terveysneuvonta kouluissa voi olla tehokasta, kun viesti tulee nuoren omassa ympäristössä. Suun terveyteen liittyvä neuvonta on yleensä vahvasti tietoon perustuvaa, mutta se ei saavuta tavoitettaan, jos viesti ei kohtaa yleisöä (Östberg 2005, Kasila ym. 2006). Tutussa ja luotettavassa ryhmässä myös keskustelu asioista on vilkkaampaa (Östberg 2005). Terveysneuvonta tulee kytkeä nuoren omaan kokemusmaailmaan ja arkielämään (Poskiparta 1997, 125). Kouluissa myös vertaistuen merkitys korostuu, sillä sosiaalisilla suhteilla on todettu olevan merkitystä nuorten terveyskäyttäytymiseen (kts. Koivusilta 2003, Driskell ym. 2006, Rannisto 2007). Kouluissa tapahtuvassa terveysneuvonnassa tulee erityisesti kiinnittää huomiota siihen, että nuoret harjaisivat hampaansa fluorihammastahnalla kahdesti päivässä (Poutanen ym. 2005). Myös

yleisesti terveydenhuollon alueella kouluissa ja opiskeluympäristössä tapahtuva terveysneuvonta on todettu hyödylliseksi esimerkiksi nuorten naisten liikalihavuuden vähentämisessä (Chen ym. 2005).

Suun terveysneuvonnan on todettu tutkimusten mukaan olevan asiantuntijajohtoista. Kasilan ym. (2006) tutkimuksen mukaan suun terveysneuvonta on osa suun terveydenhuollon traditiota, jossa tiedon antaminen on tärkeintä. Mönkkösen (2007, 114) mukaan jokainen työntekijä on osa isompaa työyhteisöä, mikä vaikuttaa käyttäytymiseen ja tulisi tiedostaa. Kasilan ym. (2006) tutkimuksessa ilmeni, että nuorten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tottumuksia selvitettiin yleensä kysymällä, kuinka usein nuori harjasi hampaansa tai käytti hammaslankaa. Tyypillisessä neuvontatilanteessa suuhygienisti antoi yksipuolisesti neuvoja hampaiden harjauksesta ja lankauksesta, vaikka vastavuoroinen neuvonta olisi voinut olla tehokkaampaa. Neuvontatilanteissa ei kartoitettu nuorten tarpeita ja valmiuksia neuvontaan ja tapojen muutokseen, vaikka tarvetta muutokseen olisi ollut. Tyypillisintä oli, että tilanne oli ammattilaisen hallinnassa. Terveysneuvonnoissa ilmeni harvoin muutosprosessista keskustelemista ja tavoitteen asettamista (Kasila ym. 2006). Asiantuntijajohtoinen terveysneuvonta vaikuttaa siihen, että nuorella ei ole mahdollisuutta itse kertoa omista terveysongelmistaan eikä neuvonta kohdenna nuoren tarpeiden mukaisesti (Poskiparta ym. 2003).

Suun terveysneuvonnassa on tärkeää kiinnittää huomiota terveystarpeisiin (Kannas 2002, Poskiparta ym. 2003, Yevlahova & Satur 2009) eikä pelkästään yksittäisiin terveysvalintoihin (Koponen ym. 2002, 101). Lisäksi koulunkäyntiin ja opiskeluun liittyvät häiriöt ja oppimisvaikeudet vaikuttavat usein myös terveysvalintoihin. Kasilan ym. (2008) tutkimuksen mukaan terveysneuvontatilanteessa suuhygienisti arvioi nuoren terveystarpeet ja kohdisti neuvonnan tämän arvion mukaisesti. Terveysneuvonta koostui tällöin niistä suun terveyteen liittyvistä tiedoista, joita suuhygienisti piti tärkeinä. Terveysneuvonnassa käytettiin myös muutokseen suostuttelevia kysymyksiä, mutta usein nuorten vastaukset olivat epäselviä ja muutosvastaisia. Terveysneuvonnassa huomio tulisi kohdistaa tulevaisuuteen, ei niinkään menneisyydessä tapahtuneeseen käyttäytymiseen. Lisäksi esimerkiksi sylkitestit voivat olla hyvä keskustelun herättäjä, sillä ne antavat viitteitä sokerin käytöstä (Kasila ym. 2008).

3.3 Muutosvaihemalli kuvaa terveyskäyttäytymisen muutosta

Terveyskäyttäytymisen muutosta, asiakkaan muutosvalmiutta sekä myös sitä, miksi terveysneuvonta ei aina tuota tulosta, voidaan kuvata transteoreettisella muutosvaihemallilla. Muutosvaihemallin mukaisesti terveyskäyttäytymisen muutos etenee vaiheittain, mutta ei kaavamaisesti, vaan muutosprosessissa voi esiintyä myös repsahduksia (Poskiparta ym. 2003). Repsahdukset ovat luonnollinen osa muutosta, jotka antavat tärkeää tietoa muutoksen esteenä olevista tekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 93). Ammattilaisten tulisi olla tietoisia muutosvaihemalliin kuuluvista vaiheista ja terveysneuvonnan muodoista kyseisissä vaiheissa (Poskiparta ym. 2003, Yevlahova & Satur 2009). Tolvasen ym. (2010) tutkimuksen mukaan muutokset nuorten tiedoissa, asenteissa ja käyttäytymisessä ovat yhteydessä toisiinsa, mutta muutos tapahtuu nuorilla eri aikaan. Tämän vuoksi suun terveysneuvonnan tulisi olla pitkäkestoinen prosessi, kun halutaan muuttaa terveystottumuksia.

Terveysneuvonta tulisi aloittaa aina asiakaslähtöisellä alkukartoituksella (Poskiparta ym. 2003). Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on *esiharkintavaihe*, jossa nuorella ei ole aikomusta muuttaa toimintaansa kuuden kuukauden sisällä. Nuori ei välttämättä tiedä, miten hänen käyttäytymisensä vaikuttaa terveyteen. Muutosta on ehkä yritetty aiemmin siinä onnistumatta. Kyseisessä vaiheessa nuoriin voi olla vaikea saada kontaktia (Prochaska ym. 2002). Muutokset onnistuvat yleensä parhaiten, kun niitä toteutetaan pienissä erissä. Liian monen tottumuksen yhtä aikainen muuttaminen voi aiheuttaa turhautumista (Kyngäs ym. 2007, 91). Terveysneuvonnassa tärkeää on saada nuori pohtimaan itse omaa terveystottumustaan ja harkitsemaan muutosta. Ammattilaisen tehtävänä on tukea nuoren omaa ajattelua antamalla neutraalia informaatiota terveyteen liittyvistä asioista (Poskiparta ym. 2003). Pelkkä toimintaan kehottaminen ei edistä muutoksen syntymistä (Kyngäs ym. 2007, 91). Muutosvastarinta nousee herkästi, jos nuorelle sanotaan, mitä pitäisi tehdä ja annetaan autoritaarisia ohjeita (Mustajoki 2003).

Harkintavaiheessa nuorella on aikomus muuttaa toimintaansa kuuden kuukauden sisällä. Nuori on tietoinen käyttäytymisensä vaikutuksista. Tasapainoilu hyötyjen ja haittojen välillä on yleinen tässä vaiheessa (Prochaska ym. 2002, Miller 2008). Terveysneuvonnan tavoitteena on auttaa nuorta ratkaisemaan ristiriitainen tilanne

(Poskiparta ym. 2003). Ristiriidan ratkaisemisen apuna on yleisesti käytetty entisten elintapojen hyötyjen ja haittojen arviointia (Feste & Anderson 1995, Mustajoki 2003).

Transteoreettisen muutosvaihemallin kolmas vaihe on *valmistautumisvaihe*, jossa nuorella on aikomus muuttaa toimintaansa seuraavan kuukauden aikana. Nuorella on jo jokin suunnitelma terveystottumuksen muutokseen, esimerkiksi tavoite karkkilakosta (Prochaska ym. 2002). Terveyskäyttäytymisen muutos vaatii sen, että nuori pystyy tunnistamaan ja hyväksymään myös aikaisemmat epäonnistumiset ja niiden aiheuttamat syyllisyyden tunteet (Poskiparta 2002). Ammattilaisen roolina terveysneuvonnassa on tukea ja rohkaista nuorta muutosprosessissa sekä määritellä yhdessä nuoren kanssa käyttäytymismuutoksen tavoitteet ja suunnitelman realistisuus (Poskiparta ym. 2003, Kyngäs ym. 2007, 92). Tavoitteena on, että nuori oman ajattelunsa ja yhteisen keskustelun kautta päätyy hänen terveytensä kannalta suotuisaan ratkaisuun (Mustajoki 2003).

Toimintavaiheessa nuori on tehnyt muutoksia käyttäytymiseensä (Prochaska ym. 2002, Miller 2008). Muutokseen pyrkivä tarvitsee tukea motivaation säilyttämiseen. Muutoksessa on otettava huomioon myös ympäristön tuki ja mahdollinen negatiivinen vaikutus (Poskiparta ym. 2003), sillä nuori on osa omaa sosiaalista ympäristöään (Mustajoki 2003). Yksilön omat tuntemukset ovat tärkeitä, sillä motivointi ei onnistu ellei yksilö tunnista omia heikkouksiaan ja vahvuuksiaan (Poskiparta 2002). Lopullinen muutos tapahtuu pienten osatavoitteiden kautta, joiden tavoittaminen lisää myös motivaatiota (Poskiparta ym. 2003).

Toimintavaihetta seuraa *ylläpitovaihe*, jossa nuori kamppailee repsahdusten kanssa. Nuori yrittää kuitenkin toimia muutoksen mukaisesti (Prochaska ym. 2002). Ylläpitovaihetta voidaan tukea vähentämällä ärsykeitä, jotka saattaisivat vaikuttaa epäterveelliseen käyttäytymiseen. Terveysneuvonnassa huomio kiinnitetään muun muassa vaihtoehtoisten toimintamallien työstämiseen sekä nuoren rohkaisemiseen muutoksen ylläpitämisessä ja arvioinnissa (Poskiparta ym. 2003). Prochaska ym. (2002) mukaan muutokseen liittyy vielä kuudes vaihe, joka on päätösvaihe. *Päätösvaiheessa* nuoren minäpystyvyys on jo sen verran vahva, että hän on omaksunut muutoksen. Repsahduksia ei enää tapahdu. Myös kyky tehdä päätöksiä on parantunut (Prochaska ym. 2002).

4 VUOROVAIKUTUS TERVEYSNEUVONTATILANTEESSA

4.1 Dialoginen vuorovaikutus terveysneuvonnassa

Onnismaan (2007, 44) mukaan neuvonta on parhaimmillaan dialogia, jossa luodaan jotain uutta. Mönkkösen (2007, 86) mukaan dialoginen vuorovaikutus on vastavuoroista toimintaa, jossa vuorovaikutus rakentuu molemminpuolisen ymmärryksen ympärille. Vastavuoroisuus tarkoittaa sitä, että ammattilainen osaa kuunnella ja arvostaa asiakkaan ajatuksia (Väisänen ym. 2009, 19). Mönkkösen (2007, 18) mukaan dialogisessa asiakastyössä terveysneuvonnan lähtökohtana on kahden ihmisen välinen, vastavuoroinen ja tasapuolinen asiakassuhde, kun taas asiantuntijakeskeiselle toiminnalle tyypillistä on asiantuntijan auktoriteettiasema, jolloin asiakkaan tilanteen määrittäminen tapahtuu asiantuntijajohtoisesti ja yksipuolisesti. Asiakaskeskeisyydessä puolestaan asiakas huomioidaan ja asiakas määrittää itse tilanteensa, mutta asiantuntijan rooli hämärtyy (Mönkkönen 2007, 18).

Dialogi perustuu olettamukseen siitä, että ammattilainen ja asiakas antautuvat avoimeen ja vuorovaikutukselliseen viestintään, jolloin lopputuloksena on yhteinen ymmärrys asioista (Peavy 2004, 32-33). Oma ajattelu altistetaan toisen mielipiteille ja ammattilaisen ja asiakkaan roolit sekoittuvat (Väisänen ym. 2009, 52). Dialogi ei siis tarkoita pelkästään keskustelua tai väittelyä tai toisen kuuntelua. Dialogisuutta voidaan ajatella enemmänkin kommunikaationa tai suhteena, jossa vallitsee molemminpuolinen luottamus (Mönkkönen 2007, 86-89). Dialogiin liittyy myös toisen kunnioittaminen (Peavy 2004, 33). Kunnioitus eli läsnä oleminen ja tukeminen ovat neuvonnan keskeinen lähtökohta. Ammattilaisen tulee kunnioittaa myös itseään, jotta hän pystyy kunnioittamaan asiakasta (Onnismaa 2007, 42).

Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään (Mönkkönen 2007, 86-89). Puhuminen ja kuuntelu vuorottelevat dialogissa, jolloin kysymyksillä voidaan selventää asioita (Peavy 2004, 33). Hyvä ammattilainen kuuntelee ja antaa asiakkaalle tilaa, sillä kuuntelu on Onnismaan (2007, 47) mukaan puhumistakin aktiivisempaa ja vaikuttavampaa. Dialogiselle vuorovaikutussuhteelle on Mönkkösen (2007, 95) mukaan tyypillistä myös yhteisen

ihmettelyn mahdollisuus. Tällä Mönkkönen tarkoittaa sitä, että vuorovaikutussuhteessa on hetkiä, jolloin kumpikaan ei tiedä. Yhteinen ihmettely luo mahdollisuuksia kohdata toinen avoimesti (Mönkkönen 2007, 95). Neuvontatilannetta ei voi ennustaa (Onnismaa 2007, 47). Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa ihminen nähdään tietoisena ja aktiivisena toimijana, joka muuttuu jatkuvasti (Mönkkönen 2007, 97).

Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa molemmat osapuolet tuovat tilanteeseen omat aiemmat kokemuksensa ja henkilöhistoriansa, joiden luomien edellytysten kautta he tulkitsevat asioita ja tilannetta. Mönkkösen (2007, 94) mukaan asiakastyössä puhutaankin riittävän yhteisymmärryksen syntymisestä. Dialogiin kuuluu myös vanhojen toimintatapojen arvioiminen ja uusien ideoiden omaksumisen edistäminen. Tämä edellyttää oman toiminnan kriittistä reflektiota (Peavy 2004, 33).

Vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavat aina monet ulkopuoliset, toimijoista riippumattomat tekijät (Mönkkönen 2007, 98) Terveysneuvontatilanteessa on aina kaksi osapuolta, joiden omat taustatekijät ja näkemykset vaikuttavat tilanteen onnistumiseen. Kyngäs ym. (2007, 31) ovat määritelleet hoitajan ja asiakkaan taustatekijät, joita voidaan soveltaa myös terveysneuvontatilanteeseen asiakkaan ja ammattilaisen kohdalla. Taustatekijät voidaan jaotella fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin tekijöihin sekä ympäristötekijöihin (Kuva 1).

TAUSTATEKIJÄT			
Fyysiset tekijät	ikä sukupuoli sairauden tyyppi terveydentila	Sosiaaliset tekijät	kulttuuritausta etninen tausta sosiaalisuus uskonnollisuus eettisyys
Psyykkiset tekijät	terveysuskomukset kokemukset mieltymykset odotukset tarpeet oppimistyyli oppimisvalmiudet motivaatio	Ympäristötekijät	hoitotyön kulttuuri fyysinen ympäristö psyykkinen ympäristö sosiaalinen ympäristö

Kuva 1. Esimerkkejä asiakkaan ja ammattilaisen taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 31).

Terveysneuvontatilanne on jokaisen asiakkaan kohdalla erilainen, minkä vuoksi henkilökohtaisiin tavoitteisiin pääseminen vaatii sekä asiakkaan että ammattilaisen taustatekijöiden tunnistamista. Asiakas saattaa kokea olevansa terve eikä näe muutostarvetta tai aiemmat epämiellyttävät kokemukset voivat vaikuttaa terveysneuvonnan onnistumiseen. Taustalla voi vaikuttaa myös esimerkiksi eri kulttuuritausta. Myös terveysneuvonnan ympäristö vaikuttaa, sillä esimerkiksi kiire heikentää vuorovaikutuksen laatua (Kyngäs ym. 2007, 26-37).

4.2 Motivoivan haastattelun periaatteet

Motivoivan haastattelun keinoin voidaan toteuttaa voimavaraistumista tukevaa, vuorovaikutuksellista ja hyvään yhteistyöhön perustuvaa terveysneuvontaa. Motivoivan haastattelun menetelmän kehittäjät Miller ja Rollnick (2002, 25-28) määrittelevät motivoivan haastattelun asiakaslähtöiseksi neuvontamenetelmäksi,

jonka tavoitteena on ratkaista muutokseen liittyvä ristiriita vahvistamalla yksilön motivaatiota. Motivoiva haastattelu rakentaa luottamusta ja vähentää asiakkaan muutosvastaisuutta (Yevlahova & Satur 2009).

Motivaatio koostuu Millerin ja Rollnickin (2002, 10-11) mukaan kolmesta tekijästä: kyvyistä, halukkuudesta ja valmiudesta. Kyseiset tekijät ovat yhtä tärkeitä motivaation muodostamisessa. Kyky viittaa siihen, minkä verran asiakkaalla on taitoja, pystyvyyttä ja voimavaroja muutoksen toteuttamiseen. Halukkuus tarkoittaa sitä, että asiakkaan tulee itse tahtoa muutosta, jotta muutos onnistuu. Valmius puolestaan on muutoksen viimeinen askel, jolloin asiakas lopulta päättää muuttaa käyttäytymistään. Pelkästään kyky ja halukkuus eivät takaa muutoksen onnistumista, jos asiakkaalla ei ole valmiuksia toteuttaa sitä (Miller 2008).

Millerin (2008) mukaan motivaatio on avain muutokseen ja siihen sisältyy useita ulottuvuuksia, kuten asiakkaan kokemia ulkoisia paineita ja oman käyttäytymisen riskien arviointia. Sosiaalinen kanssakäyminen ja ammattilaisen tyyli vaikuttavat motivaation syntyymiseen. Perheellä ja sosiaalisella ympäristöllä on vaikutusta, sillä esimerkiksi tuen puute voi vaikuttaa heikentävästi motivaatioon. Samoin vuorovaikutustilanteessa myös ammattilaisen tapa toimia vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti motivaation kehittymiseen. Ammattilaisen tehtävänä on herätellä motivaatiota ja voimistaa sitä. Motivaatio on vaihteleva ilmiö, joten sitä voidaan muuttaa.

Motivoiva haastattelu on kommunikoinnin muoto, jossa voimavaralähtöinen keskustelu on tärkeässä asemassa. Motivoivassa haastattelussa pyritään saamaan selville, mikä on yksilön luontainen motivaatio muutokseen. Ammattilaisen läsnäolo on tärkeä muutokseen vaikuttava tekijä. Motivoiva haastattelu keskittyykin siihen, mikä on asiakkaan huolena ja kiinnostuksen kohteena kyseisenä ajankohtana (Miller & Rollnick 2002, 25-28). Asiakas on oman tilanteensa paras asiantuntija, jolloin neuvontakeskustelun lähtökohtana ovat hänen omat tavoitteensa ja tulkintansa (Onnismaa 2007, 27-29). Asiakkaalla tulee olla autonomia päättää omista asioistaan, mutta ammattilaisen tehtävänä on varmistaa, että asiakkaalla on riittävästi tietoa päätöstensä tueksi (Kettunen 2001, 48).

Motivoiva haastattelu sopii hyvin nuorille ja nuorille aikuisille, sillä epävarmuus on yleistä nuorten aikuisten keskuudessa. Se sopii hyvin myös niille nuorille, jotka eivät ole verbaalisia. Usein nuoret vastaavat ”en tiedä”, mutta motivoivan haastattelun avulla saadaan nuori osallistumaan keskusteluun. Nuorille sopii hyvin neuvontatyö, jossa kunnioitetaan, tunnustetaan vaihtoehtoja ja epävarmuutta. Nuoret myös ovat avoimia ja uteliaita ja kiinnostuneita filosofisista kysymyksistä. Motivoiva haastattelutekniikka on myös hyvä tapa sitouttaa nuoret terveystyöväkijöiksi. Harvat nuoret muuten tunnistavat itseään riskikäyttäytyjiksi, mutta motivoivan haastattelun keinoin voidaan saada hyviä tuloksia, sillä motivoiva haastattelu ei tuomitse nuoren käyttäytymistä (Baer & Peterson 2002).

Miller ja Rollnick (2002, 36-41) ovat määritelleet neljä tekijää, jotka määrittelevät motivoivaa haastattelua ja tilanteen etenemistä. Näitä ovat: **empatian ilmaiseminen, ristiriidan voimistaminen, väittelyn välttäminen ja uskon vahvistaminen.** *Empatian ilmaisemiselle* tyypillistä on se, että ammattilainen ilmaisee hyväksyntänsä asiakasta kohtaan. Ammattilainen kuuntelee asiakasta eikä tuomitse tämän tekemisiä. Epävarmuus on hyväksyttävää ja empaattinen ammattilainen tukee asiakasta muutoksessa (Miller & Rollnick 2002, 36-38). Voimaantumista edistävän ja asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen on ammattilaisen vastuulla, minkä vuoksi hänellä tulee olla riittävät vuorovaikutustaidot (Turku 2007, 23).

Ammattilaisen tehtävänä on luoda ilmapiiri, josta välittyy lämpöä, empatiaa ja aitoutta. Ilmapiiriin on oltava turvallinen ja mahdollistaa se, että asiakas voi avoimesti etsiä ratkaisuja ongelmiinsa (Miller & Rollnick 2002, 6-9). Kiireen näyttäminen luo mielikuvan siitä, että tapaaminen ei ole ammattilaiselle tärkeä. Terveystyöväkijötilanteessa tulisi olla riittävästi aikaa ja tilaa kuunnella. Usein kuitenkin neuvonnalle varattava aika on liian lyhyt, kun tavoitellaan tuloksellisuutta työorganisaatiossa (Onnismaa 2007, 39-40). Sanaton viestintä ja ystävällinen ilmapiiri tukevat hyvän vuorovaikutuksen ja luottamuksen syntymistä (Poskiparta ym. 2001, Poskiparta 2002). Ammattilaisen kannattaa kiinnittää erityistä huomiota sanallisen ja sanattoman viestinnän yhteensopivuuteen (Kettunen ym. 2001). Sanatonta viestintää ovat muun muassa ilmeet, eleet, keskusteluetäisyys ja kehon liikkeet. Sanattomaan viestintään liittyy myös kulttuurisidonnaisuus. Henkilökohtainen viestintä vaihtelee eri kulttuureissa (Väisänen ym. 2009, 28-29).

Toinen keskeinen tekijä motivoivalle haastattelulle on, että ammattilainen auttaa asiakasta ymmärtämään käyttäytymisensä ja ajattelunsa sekä arvojensa *ristiriidan* (Miller & Rollnick 2002, 38). Onnismaa (2007, 31) puhuu tässä yhteydessä konfrontoinnista. Tuloksena tällöin on, että asiakas itse esittää tarpeen muutokselle ammattilaisen sijaan (Miller & Rollnick 2002, 39). Asiakkaan omaa ajattelua tuetaan reflektiivisillä kysymyksillä (Feste & Anderson 1995, Poskiparta ym. 2001), joiden tarkoituksena on auttaa tiedostamaan tekemisen ja kertomusten mahdollinen ristiriita (Onnismaa 2007, 31). Reflektiolla tarkoitetaan kriittistä arviointia, pohdintaa omasta tilanteesta (Kettunen ym. 1996, 45). Voimavarakeskeisillä, reflektiivisillä kysymyksillä pyritään suuntaamaan asiakkaan ajatuksia menneisyyden onnistumisiin ja sitä kautta vapauttamaan voimavaroja käytettäväksi (Väisänen ym. 2009, 54-55).

Kolmas motivoivaa haastattelua määrittelevä tekijä on *väittelyn välttäminen*. Ammattilaisen on tärkeää välttää väittely, jos sellainen tilanne syntyy. Vastustus on yleensä merkki siitä, että ammattilaisen tulisi muuttaa toimintatapojaan. Ammattilaisen tulee tarjota vaihtoehtoja, mutta ei tyrkyttää niitä. Tärkeää on, että asiakas itse löytää ratkaisut ja vastaukset ongelmiinsa (Miller & Rollnick 2002, 39-41). Ammattilaisen tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja välttää valmiiden ratkaisujen tarjoamista ongelmiin (Onnismaa 2007, 27-29). Ongelmiin tulee kuitenkin puuttua ja ottaa ne puheeksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Mönkkönen 2007, 89).

Neljäs motivoivaa haastattelua määrittelevä tekijä on *uskon vahvistaminen*. Asiakkaan oma usko muutokseen on tärkein motivoiva tekijä. Ammattilainen ei pysty muuttamaan asiakkaan käyttäytymistä vaan asiakas on itse vastuussa muutoksen syntymisestä. Asiakkaan oma usko kykyihinsä vaikuttaa oleellisesti muutoksen syntymiseen. Tärkeää on, mitä asiakas itse puhuu muutoksesta. Asiakkaat, jotka uskovat itse ja joiden ohjaajat uskovat muutokseen, voivat muuttaa käytöstään. Sen sijaan asiakkaat, joiden ohjaajat eivät usko heidän edellytyksiinsä muuttavat terveystottumuksiaan epätodennäköisemmin. Ammattilaisen luottamus asiakkaan kykyihin toimii motivoivana tekijänä (Miller & Rollnick 2002, 4-9, 39-41). Ammattilaisen tehtävänä onkin kannustaa asiakasta havaitsemaan onnistumiset epäonnistumisten sijasta ja tunnistamaan omat vahvuutensa (Onnismaa 2007, 27-31), antaa positiivista ja kuuntelevaa palautetta (Kyngäs ym. 2007, 82). Tietoisuuden

lisääntyminen auttaa asiakasta ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan ja kohtaamaan haasteita (Feste & Anderson 1995).

Motivoiva haastattelu on hyödyllinen toimintatapa monissa terveyteen liittyvissä asioissa. Hyviä tuloksia motivoivan haastattelun menetelmästä on saatu muun muassa ylipainon ja liikalihavuuden hoidossa (Amstrong ym. 2011) sekä tupakoinnin lopettamisessa (Heckman ym. 2010).

Yevlahova & Saturin (2009) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä myös suun terveydenhuollossa. Almomanin ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että lyhytkestoinenkin motivoiva haastattelu ennen suun terveystseuranta voi ainakin lyhyellä aikavälillä parantaa vaikeaa mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden suun terveyttä ja tietotasoa verrattuna tavalliseen suun terveystseurantaan. Skaretin ym. (2004) tutkimuksessa käytettiin motivoivaa haastattelutekniikkaa puhelin-interventiossa. Nuoret 18-vuotiaat hammashoitoa välttelevät asiakkaat uskoivat, että haastattelun jälkeen hammashoitoon oli helpompi tulla. Lisäksi tutkimusten (Weinstein ym. 2004, Weinstein ym. 2006, Harrison ym. 2007) mukaan äideille kohdistetulla motivoivalla haastatteluun perustuvalla terveystseurannalla saatiin vähennettyä pienten, kohonneen reikiintymisriskin omaavien lasten hampaiden reikiintymistä. Myös Martinsin ja McNeilin (2009) kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että motivoiva haastattelu on lupaava menetelmä parantaa suun terveyttä.

4.3 Motivoivan haastattelun menetelmät terveystseurannassa

Motivointia voidaan vahvistaa ja avointa dialogia edistää **motivoivan haastattelun menetelmien** keinoin, joita ovat *avoimet kysymykset, reflektioiva toisto, positiivinen palaute, yhteenvetojen teko sekä muutospuheen tunnistaminen* (Miller & Rollnick 2002, 65-78).

Motivoivan haastattelun alussa on tärkeää luoda turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri, jotta asiakkaat voivat itse pohtia omia huolenaiheitaan. Tämä tarkoittaa sitä, että

alkuvaiheessa asiakkaan tulisi olla enemmän äänessä kuin ammattilaisen (Miller & Rollnick 2002, 65). Avoimet kysymykset rohkaisevat asiakasta, jolloin aihepiirin syvempi pohdiskelu mahdollistuu ja asiakas pääsee kertomaan, mikä on hänelle itselleen tärkeää (Rollnick ym. 2008, 45). Ammattilaisen esittämät kysymykset ovat vuorovaikutuksen työvälineitä eli interventioita, joilla ammattilainen tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden pohtia omia päämääriään ja kokemuksiaan. Kysyminen, selventäminen ja tarkentaminen ovat keskustelun välineitä, joiden tarkoituksena on, että ammattilainen pyrkii ymmärtämään asiakkaan elämäntilannetta ja toimintaa (Onnismaa 2007, 30-33). Ammattilainen perustaa käsityksensä asiakkaasta hänen kertomustensa mukaan sen sijaan, että loisi käsityksen omien olettamustensa mukaisesti. Dialogisuuden toteutumisen esteenä ovat usein ammattilaisen liian nopeat johtopäätökset, joita voidaan ehkäistä selventävillä kysymyksillä (Onnismaa 2007, 30-33, Yevlahova & Satur 2009). Avoimet kysymykset alkavat kysymyssanoilla mitä, miten, milloin tai missä (Turku 2007, 50-51).

Neuvontatilanteen aloitus, sanaton viestintä ja ensivaikutelma ovat tärkeitä onnistumisen kannalta (Poskiparta ym. 2001). Vuorovaikutusta tukevia kysymyksiä ovat myös terveysneuvontatilanteen alussa kysytyt tuntemuskysymykset, jotka liittyvät käsiteltävään aiheeseen tai ongelmaan (Kyngäs ym. 2007, 88). Suljetut kysymykset voivat aiheuttaa asiakkaassa ahdistusta, jos hänen vastauksiinsa ei kiinnitetä riittävää huomiota (Poskiparta ym. 2001). Suljetut kysymykset eivät myöskään edistä keskustelua. Ammattilaisen tarkentavat, avoimet kysymykset osoittavat, että tämä on kiinnostunut asiakkaasta sekä kuuntelee ja kunnioittaa häntä (Onnismaa 2007,30-42). Avointen kysymysten esittämisen kautta asiakkaalle jää positiivinen kuva neuvontatilanteesta, sillä asiakkaat arvostavat sitä, että ammattilainen on antanut heille aikaa ja huomiota (Rollnick ym. 2008, 45).

Avoimet kysymykset toimivat oven avaajina keskustelulle, jota voidaan syventää *reflektovalla kuuntelulla ja toistolla* (Miller & Rollnick 2002, 67, Onnismaa 2007, 34). *Reflektoiva toisto* on asioiden toistamista, jolla rohkaistaan asiakasta jatkamaan kertomustaan. Ammattilainen tekee asiakkaan puhumasta lyhyitä tiivistelmiä, joilla hän voi varmistaa ymmärtäneensä myös asiat oikein (Rollnick ym. 2008, 65-70). Koski-Jänneksen (2008) mukaan ammattilainen toimii tuolloin asiakkaan ”ajatusten ja sisäisten tunteiden peilinä”. Reflektoiva toisto selkiinnyttää asiakkaalle tilannetta, sillä

tällöin ammattilainen antaa asiakkaalle mahdollisuuden asioiden pohdiskeluun eri näkökulmista (Rollnick ym. 2008, 65-70).

Miller ja Rollnick (2002, 67) puhuvat myös *reflektioivasta kuuntelusta*, joka on heidän mukaan yksi tärkeimmistä motivoivan haastattelun menetelmistä. Avoimen kysymyksen esittämisen jälkeen ammattilaisen tulee vastata asiakkaan vastauksiin kuuntelemalla, ei esittämällä liutaa uusia kysymyksiä. Onnismaan (2007, 41) mukaan kuunteleminen eroaa neuvontatilanteessa tavallisesta kuuntelemisesta. Ammattilaisen kuunteleminen on sitä, että hän tulkitsee asiakkaan puheesta sen, miten tämä itse määrittelee omaa tulevaisuuttaan ja tilannetta (Onnismaa 2007, 41, Koski-Jännes 2008, Rollnick ym. 2008, 75). Heijastavan kuuntelun, toiston ja avoimien kysymysten avulla ammattilainen voi ohjata asiakasta kiinnittämään huomiota ongelman ratkaisun kannalta merkityksellisiin tekijöihin (Koski-Jännes 2008). Neuvontakeskusteluun kuuluvat myös luonnollisena osana hiljaisuus ja tauot (Miller & Rollnick 2002, Onnismaa 2007, 32).

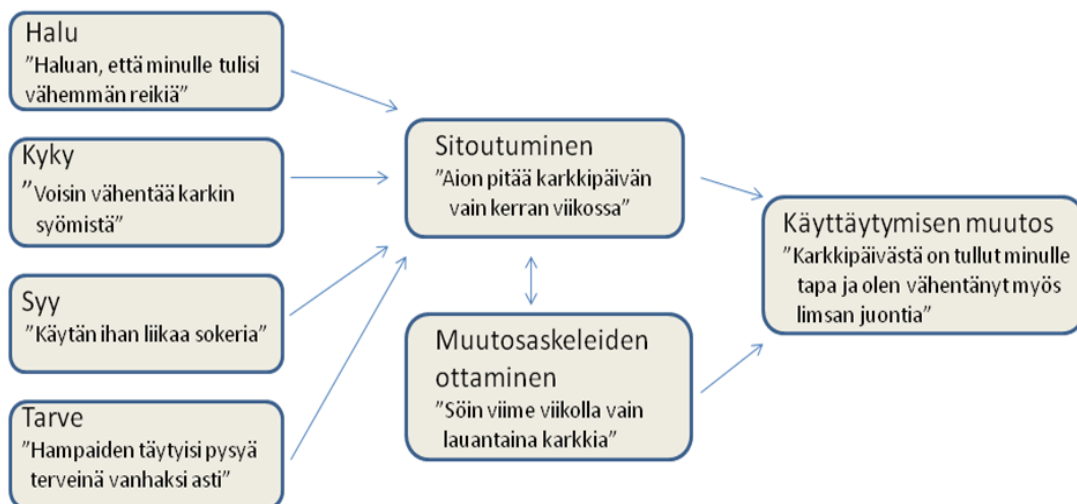
Kolmas motivoivan haastattelun menetelmistä on *positiivisen palautteen antaminen*, joka edistää motivaation syntymistä. Positiivisen palautteen antaminen edistää luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin syntymistä, jolloin asiakkaalle syntyy kuva siitä, että hänen elämäntapojaan ei arvostella (Miller & Rollnick 2002, 73). Positiivisessa palautteen antamisessa ei ole kyse mielistelystä, vaan ammattilaisen omien viestien painotuksesta. Ammattilainen kiinnittää huomionsa konkreettisiin yksityiskohtiin ohjattavan toiminnassa (Turku 2007, 52). Konkretisoiminen muuttaa käsiteltävät asiat helpommin ymmärrettäviksi (Onnismaa 2007, 31). Ammattilaisen on myös tärkeää muistaa, että asiakkaan toimintaa ei saa verrata muiden toimintaan (Turku 2007, 53). Asiakkaan omavoimaistumista voidaan tukea positiivisen palautteen keinoin painottamalla hänen omia onnistumisia ja vahvuuksia (Miller & Rollnick 2002, 73).

Yhteenvetojen tekeminen käydystä keskustelusta ja jatkosuunnitelmien tekeminen ovat myös motivoivan haastattelun menetelmiä. Nämä vahvistavat asiakkaan tunnetta siitä, että hän on tullut kuulluksi (Onnismaa 2007, 33). Yhteenvedon tulee olla selkeä ja välttää turhien tulkintojen tekemistä (Turku 2007, 52). Miller ja Rollnick (2002, 74-75) erittelevät kolme erilaista yhteenvetotapaa. *Yhteenvetojen kokoaminen*

kokoaa yhteen keskustelun aikana käsitellyt pääkohdat. *Yhteenvetojen "linkittäminen"* puolestaan auttaa asiakasta näkemään käsiteltyjen asioiden yhteyden. *Loppuyhteenveto* kokoaa koko neuvontaprosessin yhteen; miksi neuvontaan on hakeuduttu ja mitä on saavutettu.

Viides motivoivan haastattelun menetelmä on *muutospuheen tunnistaminen*. Ammattilaisen tulee pystyä tunnistamaan asiakkaan puheesta ilmaisut, joilla hän kuvailee nykytilanteensa ristiriitaisuuksia ja mahdollisuuksia muutokseen. Muutospuhe voi myös sisältää positiivista suhtautumista muutokseen ja ilmaisuja valmiudesta muutokseen. Kyseiset lausumat välittävät tiedollisia, emotionaalisia ja käyttäytymisellisiä ulottuvuuksia muutokseen sitoutumisesta (Miller & Rollnick 2002, 76-78). Kuuntelemalla asiakkaan kertomista voidaan päätellä, onko hän valmis muutokseen. Jos asiakas itse puhuu muutoksesta, ollaan ohjauksessa oikeilla raiteilla (Rollnick ym. 2008, 36).

Muutospuhe ilmenee asiakkaan puheesta kuudella eri tavalla (Kuva 2). Puheesta voidaan erottaa *halu* muuttua. Tämä ilmenee yleensä sanoilla toivon, haluan ja tahdon. Toinen muutosta ilmentävä tapa puhua on *kyvyn* ilmaiseminen, joka ilmenee asiakkaan puheessa sanoilla pystyn, voisin tai ehkä voisin. Muutospuhe voi myös ilmentää *syitä* muutokselle, jolloin asiakas itse kertoo, miksi muutos olisi hyvästä. Hän voi myös itse esittää argumentteja siitä, miksi muutos on *tarpeellinen*. Tämä on havaittavissa puheesta siten, että asiakas toteaa, että hänen täytyy tai pitäisi tehdä jotain. *Sitoutumista* asiakkaan puheessa ilmentävät esimerkiksi verbit aion, suunnittelen ja lupaan. Asiakkaan puheesta voidaan havaita myös itse muutoksen toteuttamiseen vaadittavia *askeleita*, jolloin asiakas on jo kokeillut muutosta (Rollnick ym. 2008, 35-41). Hän voi esimerkiksi kertoa ostaneensa hammaslankaa tai kokeilleensa karkkilakkoa.



Kuva 2. Muutospuheen ilmeneminen asiakkaan puheessa suun terveysterveystarkastuksella (vrt. Rollnick ym. 2008, 41).

Muutospuheen eri vaiheet kietoutuvat tiiviisti yhteen. Asiakkaan kertomus alkaa yleensä sillä, että hän ilmaisee halunsa muuttua, miksi hän haluaa muutosta, miten hän voisi sen tehdä ja miksi muutos on tarpeellinen. Näiden tekijöiden sisäistäminen vahvistaa sitoutumista. Sitoutuminen ja muutosaskeleiden ottaminen ennakoivat käyttäytymisen muutosta ja lopulta johtavat siihen (Rollnick ym. 2008, 40-41).

Muutospuhetta voidaan kutsua esiin avointen kysymysten avulla. Muutospuhe ilmentää asiakkaan muutosoptimismia ja aikomusta muutokseen (Koski-Jännes 2008). Asiakasta voidaan haastaa pohtimaan vallitsevan tilanteensa haittoja: Mikä nykyisessä elämäntilanteessa aiheuttaa huolta ja mitä tapahtuu, jos elintavoissa ei tapahdu muutosta. Muutospuhetta voidaan kutsua esiin myös siten, että asiakas saadaan pohtimaan muutoksen tuomia etuja, miten esimerkiksi elämä muuttuisi muutoksen myötä. Muutosoptimismia voidaan lisätä myös vahvistamalla asiakkaan uskoa muutokseen esimerkiksi kysymällä, mitkä vahvuudet voisivat auttaa asiakasta onnistumaan tai kuka voisi tukea häntä muutoksessa. Tärkeää on myös tunnistaa aikomus muutokseen, jota voidaan herätellä kysymällä, kuinka tärkeää muutos on asiakkaalle ja mitä hän on valmis tekemään (Miller & Rollnick 2002, 78-83).

5 NUORTEN AIKUISTEN KOKEMUKSIA TERVEYSNEUVONTATILANTEIDEN JA VASTAANOTTOKÄYNTIEN VUOROVAIKUTUKSESTA

Nuorten 15 – 30 -vuotiaiden aikuisten kokemuksia suun terveysneuvonnasta ja vastaanottokäynneistä on tutkittu vähän. Tutkimukset ovat keskittyneet varhaisnuoriin (kts. Poutanen ym. 2005, Al-Omiri ym. 2006, Rantavuori 2008) tai aikuisiin (kts. Abrahamsson ym. 2002, Schouten ym. 2003, Schuller ym. 2003).

Tutkimusten (Fitzgerald ym. 2004, Östberg 2005, Kasila ym. 2006) mukaan nuoret eivät koe suun terveysneuvontaa mielenkiintoiseksi, vaan neuvonta koetaan usein tylsäksi. Nuorten kokemuksia suun hoidon vastaanottokäynneistä on tutkittu terveysneuvontatilanteita enemmän. Tutkimusten mukaan suun terveydenhoitoon liittyy usein ahdistusta ja pelkoa toimenpiteiden mahdollisesti aiheuttamasta kivusta (kts. Peretz & Efrat 2000, Skaret ym. 2007, Vika ym. 2008).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Östberg 2005) selvitettiin 14 – 19 -vuotiaiden nuorten (N=34) kokemuksia ja toiveita suun terveysneuvonnasta. Nuoret kokivat suun hoidon vastaanottokäynnin asiantuntijajohtoiseksi ja he toivoivat enemmän opastusta suun hoitoon liittyvistä asioista. Palautetta suun hoidosta annettiin silloin, jos siinä oli huomattu puutteita. Nuoret kokivat, että heidän kanssaan ei suoraan keskusteltu hoidon aikana. Tarkastuksia toivottiin useammin, sillä tarkastusvälit koettiin liian pitkiä. Kouluissa suun terveyteen liittyvää neuvontaa oli vähän ja terveysneuvonta koski pääasiassa yleistä terveyttä. Nuorilla oli tietoa suun terveydestä, mutta he eivät kuitenkaan aina noudattaneet terveellisiä tapoja ja tiedon ymmärryksessä oli puutteita. Osalla nuorista oli myös hammashoitopelkoa (Östberg 2005).

Suun hoitoon liittyvillä uskomuksilla ja käsityksillä on yhteyttä siihen, että nuori aikuinen välttelee hammashoitoa. Nuorilla aikuisilla, jotka välttelevät hammashoitoa on enemmän negatiivisia käsityksiä hammashoidosta kuin niillä, jotka käyvät hammashoidossa säännöllisesti. Hammashoitoa välttelevät nuoret aikuiset myös pelkäävät enemmän ja he ovat tyytymättömämpiä hoitoon (Skaret ym. 2007). Myös Schullerin ym. (2003) tutkimuksen mukaan hammashoitopelosta kärsivät kävivät epäsäännöllisemmin hammashoidossa. Schullerin ym. (2003) tutkimukseen osallistuneet olivat aikuisia, sen sijaan Skaretin ym. (2007) tutkimus koski 18-

vuotiaita. Hammashoitopelon ja hoidosta kieltäytymisen taustalla ovat usein aiemmat kokemukset kivusta ja siitä, että hoitoon ei voi itse vaikuttaa. Erityisesti tytöillä hammashoitopelon taustalla voi olla neulakammo (Peretz & Efrat 2000, Vika ym. 2008).

Rantavuori (2008) toteaa tutkimuksessaan, että suomalaisista lapsista ja nuorista 21 - 36 prosenttia pelkää jotakin asiaa hammashoidossa. Tutkimukseen osallistui 3 - 15 -vuotiaita lapsia ja nuoria. Hammashoitopelon luonne vaihteli ikäryhmittäin siten, että nuoremmilla lapsilla pelko liittyi hammashoidossa käymiseen ja vanhemmilla lapsilla toimenpiteisiin, kuten puudutukseen. 15-vuotiaat tytöt pelkäsivät enemmän kuin pojat, mutta kivun pelko oli yleistä kaikissa ikäryhmissä. Hammashoitopelkoon liittyi myös perheenjäsenten kokemukset, mikä on todettu myös Abrahamssonin ym. (2002) tutkimuksessa. Suun hoidon ammattilaisten tulisi panostaa enemmän kommunikaatiotapoihin (Okullo ym. 2004, Skaret ym. 2007) ja siihen, että nuori saavuttaa luottamuksen ja kontrollin tunteen. Näin pelkoja pystyttäisiin vähentämään (Skaret ym. 2007). Luottamus nuoren ja ammattilaisen välillä myös edesauttaa terveystieteen välittymistä (Östberg 2005).

Myös Fitzgeraldin ym. (2004) tutkimuksesta ilmeni, että nuoret eivät pitäneet suun hoitoa kovin kiinnostavana asiana ja suu nähtiin bakteerien viidakkona. Nuorten käsitykset hyvästä suun hoidosta erosivat huomattavasti ammattilaisten näkemyksistä. Tutkimuksessa tutkittiin 13 – 18 -vuotiaiden uusiseelantilaisten nuorten näkemyksiä suun terveydestä ja suun terveydenhoidosta. Nuorilla oli vahvat ennakkokäsitykset hammashoidon kalleudesta, vaikka hammashoito oli nuorille maksutonta. Hammashoidon arvostuksen puute, negatiiviset kokemukset ja toisilta nuorilta, aikuisilta ja vanhemmilta omaksutut näkemykset vaikuttivat siihen, miten nuori koki suun terveydenhoidon. Nuorten uskomukset suun terveydestä liittyivät käytännölliseen ja lääketieteelliseen malliin, jossa arvostettiin hampaiden toimivuutta. Toinen puoli nuorista taas arvosti hampaiden kosmeettista puolta, johon liittyi vahvasti hampaiden ulkonäkö. Median rooli ja mainokset olivat tärkeässä osassa muokkaamassa nuorten mielikuvia ja toimivat tiedonlähteenä. Lääketieteellisen mallin omaaville nuorille suun hoitoon ja terveystieteen käyttäytymiseen liittyi pikainen hampaiden harjaus ja usein toistuva purukumin syönte. Kosmeettisen mallin omaaville nuorille suun terveystottumuksista tärkeimmät oli toistuva purukumin syönte

sekä suuvesien käyttö (Fitzgerald ym. 2004). Poutasen ym. (2005) tutkimuksen mukaan 11 – 12 -vuotiaat nuoret pitivät harjausta tärkeänä sen vuoksi, että siten ehkäistiin hampaiden reikiintyminen sekä vältettiin hampaiden värjäytyminen ja pahan hajuinen hengitys.

Öhrnin ym. (2008) tutkimuksen mukaan nuoret aikuiset ovat kriittisempiä ja vaativimpia suun hoitopalveluiden suhteen kuin vanhemmat ikäluokat. Tutkimuksessa selvitettiin, onko asiakkaiden suhtautumisessa suuhygienisteihin ja hammaslääkäreihin eroa. Tutkimukseen osallistui 550 henkilöä, joista nuorten aikuisten, keski-ikänsä 30-vuotiaiden opiskelijoiden osuus oli 130. Tutkimukseen osallistuneilla oli yleisesti vähemmän negatiivisia asenteita suuhygienistejä kuin hammaslääkäreitä kohtaan. Suurin huoli vastaajilla, myös opiskelijoilla oli, että he kokivat avuttomuutta suun hoitotilanteessa. He kokivat, että ammattilainen ei huomaa, jos asiakas tarvitsee taukoa ja he myös pelkäsivät, että ammattilainen ei kiireessä hoida niin hyvin. Myös Abrahamssonin ym. (2006) tutkimuksessa nuorilla opiskelijoilla (n=206) oli enemmän negatiivisia asenteita hammaslääkäreitä kohtaan kuin vanhemmissa ikäryhmissä. He myös kokivat avuttomuutta ja kontrollin puutetta suun hoitotilanteessa.

Myös hammaslääkäriin liittyvillä mielikuvilla ja kivun hoidolla on merkitystä siihen, miten nuoret aikuiset kokevat ja arvioivat suun hoidon palveluita (Skaret ym. 2005). Norjalaiseen tutkimukseen osallistui 968 iältään 18 – 23 -vuotiasta nuorta aikuista. Nuoret aikuiset olivat pääosin tyytyväisiä hammashoitoon ja tyytyväisyyttä lisäsi muun muassa se, saivatko he tuoda esille omia näkemyksiään ja kuinka joustava ammattilainen oli. Naiset olivat tyytymättömämpiä hoitoon ja he olivat myös enemmän huolissaan siitä, kohdeltiinko heitä hyvin. Naiset myös kokivat enemmän kipua. Tutkimuksen mukaan nuorilla aikuisilla, jotka olivat tyytymättömiä hammashoitoon, oli myös negatiivisemmat näkemykset vuorovaikutuksesta asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Myös tilanteen ilmapiiri vaikutti siihen, miten nuoret aikuiset olivat kokeneet ja kestäneet kipua hammashoidossa. Positiivinen ilmapiiri auttoi kivun sietämisessä. Skaretin ym. (2005) tutkimuksen mukaan aiemmilla negatiivisilla hammashoitokokemuksilla oli vaikutusta nuorten tyytymättömyyteen hoidon suhteen.

Hollantilaisessa tutkimuksessa (Schouten ym. 2003) selvitettiin päivystyksessä käyneiden asiakkaiden halukkuutta tiedon saantiin sekä osallistumista päivystyskäynnillä. Vastaajat olivat yli 16-vuotiaita (N=83). Tutkimuksen mukaan asiakkaat halusivat tietoa suun terveydentilastaan, mutta tämä ei näkynyt heidän käyttäytymisessään. Päivystyksessä käyneiden asiakkaiden halu osallistua hoitoon ei ollut niin vahva kuin heidän halunsa saada uutta tietoa. Asiakkaat halusivat, että heitä informoidaan, mutta antoivat hammaslääkärin tehdä päätökset. Tutkimuksen mukaan asiakkaille ei kuitenkaan annettu riittäviä tietoja hoidon eri vaihtoehdoista.

Broadbentin ym. (2006) tutkimuksessa selvitettiin muuttuvatko nuorten aikuisten käsitykset ja uskomukset suun terveydestä ajan kuluessa ja aikuistuesssa. Tutkimukseen osallistui 742 iältään 15-,18- ja 26-vuotiasta nuorta aikuista. Ne, joilla käsitykset pysyivät suun hoidon suhteen hyvinä, säilyttivät iän karttuessa myös suun terveyden hyvänä. Heillä oli vähemmän kariuksen takia poistettuja hampaita, parodontaalisaairauksia, paremmat suun hoitotottumukset ja parempi koettu terveys. Käsitykset suun terveydestä voivat muuttua ja epäedullisilla käsityksillä on yhteyttä huonoon suun terveyteen (Broadbent ym. 2006).

Kokemus suun terveydestä ja terveysneuvonnasta on aina yksilöllinen ja tunteeseen perustuva. Nuorten kokemukseen vaikuttaa paljon se, miten heidät kohdataan suun hoitotilanteessa (Östberg 2005, Kasila ym. 2006). Myös mielikuvilla ja käsityksillä suun terveydenhoidosta on yhteyttä siihen, millaiseksi suun terveysneuvonta koetaan. Toisten ihmisten kokemukset ja kertomukset muovaavat myös nuoren omia mielikuvia suun terveydenhoidosta (Fitzgerald ym. 2004).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten nuoret aikuiset kuvailevat vuorovaikutusta suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa. Lisäksi tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, millaisia asioita nuoret aikuiset pitävät tärkeinä, ja miten nämä tekijät toteutuvat suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa.

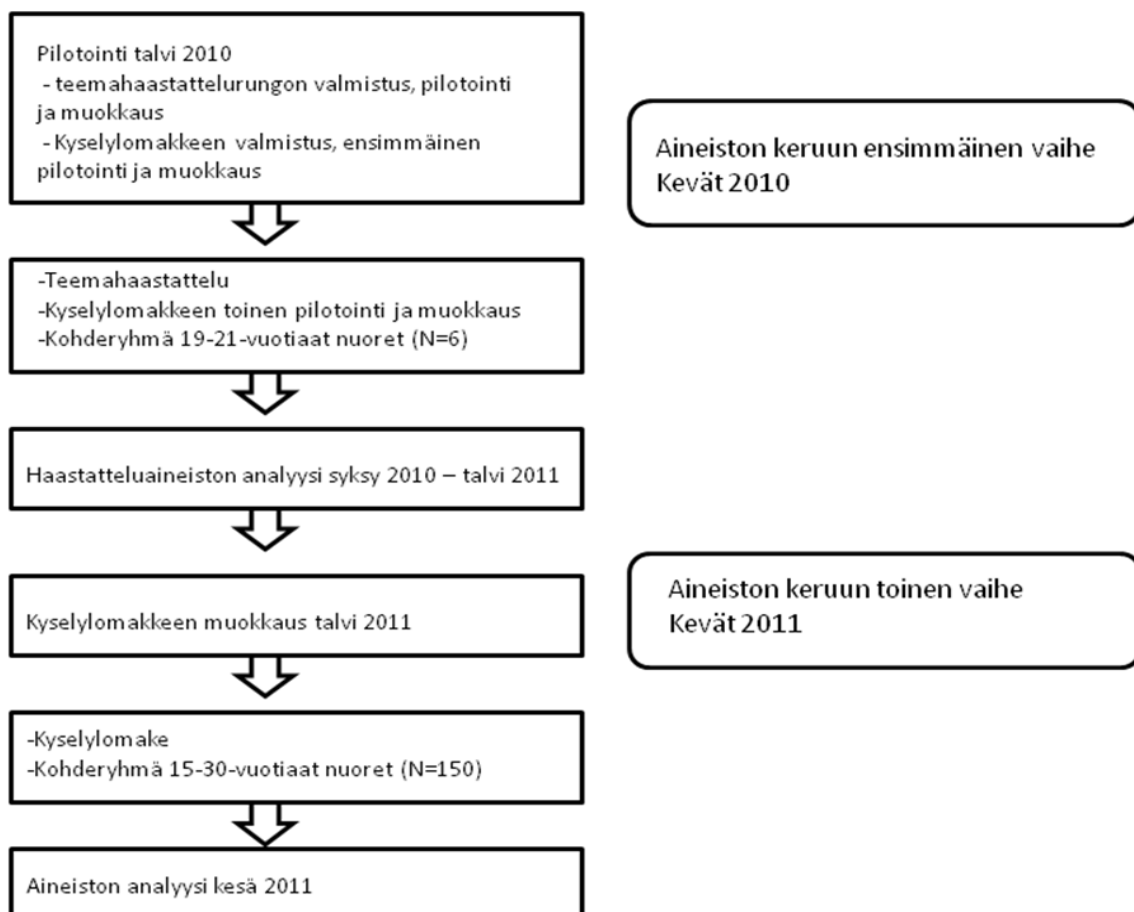
Tutkimuksen tavoitteena on tehdä ja pilotoida suun terveydenhuoltoon soveltuva asiakaspalautelomake, jolla voidaan kartoittaa vuorovaikutuksen toteutumista suun hoidon vastaanottokäynneillä. Tutkimuksen tavoitteena on, että tuloksia pystytään tulevaisuudessa hyödyntämään suun terveydenhoitopalveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten nuoret aikuiset kuvailevat vuorovaikutusta suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa?
2. Millaisia asioita nuoret aikuiset pitävät tärkeinä suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa?
3. Miten nuorten tärkeinä pitämät asiat toteutuvat suun hoidon vastaanottokäynnillä ja terveysneuvontatilanteessa?

7 TUTKIMUKSEN AINEISTON KERUU

Tutkimusaineisto kerättiin keski-suuren suomalaisen kaupungin suun terveydenhuollossa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 15 – 30 -vuotiaat nuoret aikuiset. Aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa ja siihen kuului teemahaastattelu sekä lomakekysely (Kuva 3). Kyselylomake pilotoitiin haastattelujen yhteydessä ja siihen tehtiin täydennyksiä haastatteluaineiston perusteella.



Kuva 3. Aineiston keruun eteneminen

7.1 Aineiston keruun ensimmäinen vaihe

Aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa keväällä 2010 aineisto kerättiin teemahaastattelemalla kuutta (N=6) 19 – 21 -vuotiasta nuorta aikuista, jotka olivat osallistuneet Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen

toteuttamaan terveystieteiden tutkimukseen vuosina 2002 - 2005. Haastattelukutsu lähetettiin 31 terveystieteiden tutkimukseen osallistuneelle henkilölle. Kutsussa oli informaatio tutkimuksesta, yhteystiedot, suostumuslomake sekä palautuskuori postimerkkeineen (Liite 1). Suostumuslomake pyydettiin palauttamaan siinäkin tapauksessa, että tutkimukseen ei osallistuisi. Kutsuja lähetettiin kaksi kertaa, jonka jälkeen kutsuun vastasi yhdeksän henkilöä. Näistä kuusi lupautui osallistumaan tutkimukseen.

Teemahaastattelurunko valmisteltiin huolella ennen haastattelujen toteutusta. Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin esihaastattelu, jonka jälkeen teemahaastattelurunkoon tehtiin vielä muutoksia. Teemahaastattelussa (Liite 2) kysyttiin haastateltavien taustatietoja, kuten ikää, asuinpaikkaa, koulutustietoja ja tietoja edellisistä hammashoitokäynneistä. Teemahaastattelun teemoina olivat lapsuusajan suun hoito, suun terveystietäytyminen, suun terveyden merkitys, suun terveystietäyttilanne, ohjeet suun terveydestä sekä terveystieteiden tutkimus 2002-2005. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteina olivat suun terveystietäyttilanne, ohjeet suun terveydestä ja terveystieteiden tutkimus 2002 - 2005. Teemahaastattelurunkoon tehtiin lisäksi täydennyksiä haastattelujen edetessä, sillä haastattelut etenivät spontaanisti.

Haastatteluajat kuuden haastateltavan kanssa sovittiin heidän toiveidensa mukaisesti joko puhelimitse tai sähköpostilla. Lisäksi viikkoa ennen haastattelua haastateltaville laitettiin joko sähköposti tai tekstiviestimuistutus haastattelusta. Haastattelupaikkana oli tutkimusorganisaation hammashoitola. Kaikki haastattelut nauhoitettiin.

7.2 Aineiston keruun toinen vaihe

Aineiston keruun toisessa vaiheessa keuhällä 2011 käytettiin strukturoitua lomakekyselyä täydentämässä haastatteluaineistoa. Kyselyyn vastasi tutkimusajan puitteissa huhtikuun 2011 aikana 150 tutkimuksen kohderyhmään (15 – 30 -vuotiaat) kuulunutta henkilöä, jotka olivat käyneet hammaslääkärin, suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla.

Tutkimusorganisaation hoitohenkilökuntaa informoitiin kyselystä kirjeitse (Liite 3). Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeen heti vastaanottokäyntien jälkeen ja vastaajat palauttivat lomakkeen hoitolan palautuslaatikkoon. Kysely täytettiin nimettömänä. Tutkimusorganisaatiosta kyselyt palautettiin edelleen tutkijalle.

Kyselylomakkeella haluttiin selvittää, miten nuoret aikuiset kuvailevat vuorovaikutuksen toteutumista ja miten sukupuoli, ikä, hoitohenkilökunnan ammatti, käynnin tarkoitus, oman suun terveyden arvio, kotihoitotottumukset ja muutosvalmius sekä suun terveyden tärkeys vaikuttivat vuorovaikutuksen kuvailuun. Kyselylomakkeen rakentamisessa sovellettiin Kettusen ym. (2006) kehittämää voimavaralähtöistä arviointimittaria. Kyselylomakkeen ensimmäinen versio pilotoitiin teemahaastattelujen yhteydessä.

Kyselylomakkeeseen (Liite 4) lisättiin pilotoinnin jälkeen vastaajien taustatekijöitä kartoittavat kysymykset. Vastaanoton vuorovaikutukseen liittyvien väittämien aikamuotoja muutettiin haastattelujen jälkeen ja joitakin väittämiä yhdistettiin. Lomakkeeseen lisättiin haastatteluaineistojen perusteella väittämät, jotka liittyivät vastaanottokäynnin tunnelmaan, ammattilaisten ystävällisyyteen ja asiantuntevuuteen, hoidon vaiheiden kertomiseen, olivatko vastaajat saaneet käytännössä hyödynnettäviä ohjeita ja oliko kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia arvioitu. Yhteensä kysymyksiä lomakkeessa oli 16. Kyselylomake kartoitti seuraavia asioita:

Taustatekijät

Vastaajilta kysyttiin heidän ikäänsä ja sukupuolta. Ikä ilmoitettiin numeroin. Vastaajat saivat valita hoitohenkilökunnan ammatin kolmesta vaihtoehdosta: hammashoitaja, suuhygienisti tai hammaslääkäri. Vastaanottokäynnin tarkoitusta kysyttiin avoimella kysymyksellä. Vastaajien omaa arviota suun terveydestä kysyttiin monivalintakysymyksellä, jossa oli viisi vastausvaihtoehtoa. Lisäksi vastaajilta kysyttiin arviota suun terveyden merkityksestä ja vastaanottokäynnin onnistumisesta, joihin vastattiin kouluarvosanoilla (4-10).

Vastaajien kotihoitotottumuksia kysyttiin monivalintakysymyksillä. Harjaustottumuksia kartoittavassa kysymyksessä oli viisi vastausvaihtoehtoa ja hampaiden lankaustottumuksia sekä napostelutottumuksia kartoittavissa kysymyksissä oli neljä vastausvaihtoehtoa.

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita myös vastaajien valmiudesta muuttaa kotihoitotottumuksiaan. Muutosvalmiutta tarkasteltiin harjauksen, lankauksen ja napostelun näkökulmista. Kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joissa oli kolme vastausvaihtoehtoa.

Vuorovaikutus

Vastaanottokäynnin vuorovaikutusta kartoitettiin kysymyksellä, jossa oli 18 lauseväittämää. Vuorovaikutusta kuvaavien väittämien vastausvaihtoehtoja oli neljä.

Vuorovaikutusta kuvattiin muun muassa väittämillä vastaanottokäynnin ilmapiiristä ja tunnelmasta, ammattilaisten asiantuntevuudesta, miten vastaajat oli huomioitu vastaanottokäynnillä ja olivatko he voineet osallistua tilanteeseen, olivatko vastaajat saaneet vastauksia kysymyksiinsä ja oliko asiat kerrottu ymmärrettävästi. Lisäksi lauseväittämillä kartoitettiin sitä, olivatko vastaajat saaneet hyödyllisiä ohjeita, oliko heidän kotihoitotottumuksiaan arvioitu ja mietitty yhteisesti ja olivatko he saaneet palautetta omista tottumuksistaan.

Vastaajilta kysyttiin myös, olivatko he saaneet vastaanottokäynnillä ohjeita, joita voivat hyödyntää tulevaisuudessa niin, että hampaat pysyisivät terveinä. Kysymykseen kuului kaksi väittämää, johon oli kumpaankin neljä vastausvaihtoehtoa valittavana.

8 AINEISTON ANALYYSI

8.1 Haastatteluaineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysi on Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2003, 23) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä, jossa tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi on tutkittavan aineiston tiivistämistä. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä. Sisällönanalyysissä aineistosta etsitään merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia sekä yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Sisällön analyysissä voidaan edetä joko induktiivisesti eli aineistosta lähtien tai deduktiivisesti eli aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtien (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus ja analyysiyksiöt valitaan aineistosta sen mukaan, mikä tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu on (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95-101).

Aineiston analyysi aloitettiin haastattelunauhojen kuuntelulla. Tämän jälkeen haastattelut litteroitiin käyttäen apuna Express scribe –ohjelmaa. Fontin koko oli 12 ja riviväli 1. Pisin haastattelu oli 10 A4 liuskaa ja lyhin 7 liuskaa. Yhteensä analysoitavaa aineistoa oli 50 sivua. Haastatteluista lyhin kesti noin 18 minuuttia ja pisin noin 29 minuuttia. Keskimääräisesti haastattelujen kesto oli noin 22 minuuttia. Litteroinnin jälkeen aineistosta poistettiin haastateltavien vastauksista asuinpaikkaan viittaavat tiedot, kuten kaupungin osat sekä opiskelualaan liittyvät tiedot. Lisäksi aineistosta poistettiin tiedot, jotka viittasivat johonkin tiettyyn hammashoitolaan tai henkilöön. Aineistosta eroteltiin taustatiedot, jotka analysoitiin sisällön erittelyllä. Raportoitaviin taustatietoihin otettiin mukaan edellisten hammashoitokäyntien tiedot, vastaajien sukupuoli, ikä ja opiskelupaikka. Muita tietoja ei raportoitu, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyisi.

Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja siitä etsittiin merkityksiä. Aineistoa lukiessa tutkimuskysymykset muokkautuivat uudestaan. Koko aineisto pelkistettiin, jotta aineistosta saataisiin kattava kuva eikä mitään jäisi huomioimatta.

Analyysiyksikkönä oli lause tai sanapari. Pelkistykset tehtiin tarkasti, jotta niissä säilyisi alkuperäinen merkitys. Jokaisesta haastatteluaineistosta alleviivattiin pelkistykset eri väreillä, jotta ne oli helppo löytää ja ryhmitellä alustavasti teemahaastattelun runkoa apuna käyttäen.

Pelkistykset koodattiin haastateltavan mukaan (H1, H2, H3, H4, H5 ja H6) ja yhdistettiin alustavien teemojen alle. Pelkistyksistä muodostettiin alaluokkia ja samaa tarkoittavat pelkistykset yhdistettiin yhteisen alaluokan alle. Pelkistyksiä tarkennettiin aineiston analyysin edetessä, myös alaluokat tarkentuivat.

Alaluokkien muodostamisen jälkeen aineistoon tehtiin rajaus tutkimuskysymysten mukaan. Tässä vaiheessa rajattiin pois osiot, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Analyysistä jätettiin pois lapsuusajan suun hoitoon, kotihoitotottumuksiin, kotihoitotottumusten muutosvalmiuteen, suun terveyteen liittyvä aineisto. Seuraavaksi alaluokista muodostettiin yläluokkia, joille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Aineistosta muodostui 19 yläluokkaa, joiden alla oli 96 alaluokkaa. Analyysin etenemistä havainnollistetaan liitteenä (Liite 5) olevalla esimerkillä.

8.2 Lomakekyselyn analyysi

Kyselylomakkeet numeroitiin ennen aineiston tallennusta SPSS Statistics 18 -ohjelmalle. Muuttujia tuli yhteensä 33 kappaletta ja niille annettiin sisältöä kuvaavat nimet ja vastausvaihtoehdot koodattiin numeroilla. Osa vastausvaihtoehdoista oli tyhjiä tai kysymykseen oli vastattu useammalla vaihtoehdolla tai epäselvästi. Nämä kohdat jätettiin tyhjäksi tallennettaessa.

Vastaajat olivat käyneet hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanotoilla. Hoitohenkilökunnan ammatista tehtiin kaksiluokkainen muuttuja, jolloin ammattilainen-muuttuja sai arvot 1= hammaslääkäri ja 2= hammashoitaja tai suuhygienisti. Myös ikä-muuttujasta tehtiin uusi kolmeluokkainen muuttuja, jolloin arvot olivat 1= 15-19, 2= 20-24 ja 3= 25-30. Ikä luokiteltiin tasavälein, jotta aineistoa saatiin tiivistettyä. Sukupuoli-muuttuja sai kaksi arvoa 1= nainen ja 2= mies.

Aineistossa oli yksi avoin kysymys, jonka vastausvaihtoehdot luokiteltiin 5 luokkaan. Käynnin tarkoitus -muuttuja sai arvot: 1= tarkastus ja jokin muu toimenpide (tarkastus sekä tarkastus ja jokin muu toimenpide), 2= paikkaustoimenpiteet (paikkaus, väliaikainen paikka, lohkeaman paikkaus, juurihoito), 3= päivystys (hammassäryt, viisaudenhammasvaiva), 4= ehkäisevä hoito ja iensairauksien hoito ja 5= muut toimenpiteet (hampaan poisto, oikomishoito, hammashoito, suun hoito, ylimäärän hionta).

Kotihoitotottumuksia kuvasivat neljaluokkaiset muuttujat lankaustottumukset ja napostelutottumukset sekä viisiluokkainen muuttuja harjaustottumukset. Muuttujista lankaustottumukset sai arvot 1= en koskaan, 2= harvemmin kuin kerran viikossa, 3= vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin ja 4= päivittäin. Napostelutottumukset-muuttuja sai arvot 1= harvemmin kuin kerran viikossa, 2= 1-2 kertaa viikossa, 3= 3-5 kertaa viikossa ja 4= useammin kuin 5 kertaa viikossa. Viisiluokkainen harjaustottumukset-muuttuja sai arvot 1= en koskaan, 2= harvemmin kuin kerran viikossa, 3= vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin, 4= kerran päivässä ja 5= useammin kuin kerran päivässä. Muutosvalmiutta kuvasivat kolmeluokkaiset muuttujat harjausmuutos, lankausmuutos ja napostelumuutos.

Suun terveyden tärkeyttä ja vastaanoton onnistumista oli pyydetty arvioimaan kouluarvosanoin. Osassa vastauksia oli -, + tai ½ merkkejä. Vastaukset analysoitiin siten, että ½ ja - pyöristettiin ylempään ja + alempaan täyteen lukuun. Suun terveyden arvio -muuttuja sai arvot 1= erittäin hyvä, 2= melko hyvä, 3= keskinkertainen ja 4= melko tai erittäin huono. Kyseinen muuttuja kuvasi vastaajien omaa arviota suun terveydestään.

Vuorovaikutusta kuvasi 18 muuttujaa; keskustelu, ystävällisyys, tunnelma, asiantuntevuus, huomioimattomuus, selkeys, hoidon vaiheiden kertominen, mielipiteen kysyminen, palautteen anto, mielipiteen kertominen, mahdollisuus kysyä, tuttu tieto, ohjeiden saanti, kuuntelu, varmistaminen, arviointi, rohkaiseminen, tavoitteen asettaminen. Vuorovaikutusta kuvaavista muuttujista tehtiin kaksiluokkaiset muuttujat, jolloin täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä sekä täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä yhdistettiin. Muuttujat saivat arvot 1= samaa mieltä ja 2= eri mieltä. Vastaajien omaa kykyä hoitaa hampaitaan kuvasi

kaksiluokkainen oma kyky -muuttuja ja vastaanotolla saatujen ohjeiden hyödynnettävyyttä kaksiluokkainen ohjeiden hyödynnettävyys -muuttuja. Muuttujat saivat arvot 1= samaa mieltä ja 2= eri mieltä. Myös oma kyky- ja ohjeiden hyödynnettävyys –muuttujat olivat aluksi neljäloukkaisia muuttujia.

Aineiston tarkastelu aloitettiin ensin tutustumalla frekvensseihin ja prosentiosuuksiin, joita tarkasteltiin koko aineistosta sekä sukupuolen että iän mukaan. Frekvensseillä kuvataan sitä, kuinka monta minkäkin tyyppistä havaintoa aineistoon kuuluu (Nummenmaa 2009, 60). Tämän jälkeen tarkasteltiin, miten sukupuoli, ikä, käynnin tarkoitus ja hoitohenkilön ammatti sekä käynnille annettu arvosana, suun terveyden oma arvio, kotihoitotottumukset, muutosvalmius sekä suun terveyden tärkeys vaikuttivat vuorovaikutuksen kuvailuun. Aineisto ristiintaulukoitiin ja merkitsevyyksiä testattiin Khiin neliö -testillä. Tilastollisesti merkitsevän tuloksen rajana pidettiin $p < 0,05$. Khiin neliö -testiä käytetään kuvaamaan muuttujien välisiä yhteyksiä ja yhteyden voimakkuutta, kun muuttujia on mitattu laatuero- tai järjestysasteikolla (Nummenmaa 2009, 302-305). Analyysin edetessä muuttujien luokkia yhdisteltiin, kuten edellä on mainittu, sillä osassa oli hyvin vähän tapauksia. Muuten Khiin neliö – testillä ei olisi saatu luotettavia tuloksia (kts. Nummenmaa 2009, 302).

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

9.1 Haastattelututkimuksen tulokset

Haastatteluun osallistuneista (N=6) neljä opiskeli tutkimuksen ajankohtana ammattikorkeakoulussa, yksi opiskeli yliopistossa ja yksi haastateltava oli armeijassa. Haastateltavat olivat iältään 19 - 21-vuotiaita. Haastateltavista neljä oli käynyt hammashoidossa viimeisen vuoden sisällä. Kahdella haastateltavista oli edellisestä hammashoitokäynnistä useampi vuosi.

Haastateltavat olivat käyneet edellisellä kerralla hammashoidossa armeijassa, terveyskeskuksessa, yksityisellä hammaslääkäriasemalla sekä opiskelija-terveydenhuollossa. Kaikille haastateltaville oli tehty tarkastus. Osalle haastateltavista oli myös tehty tarkastuksen lisäksi joku muu toimenpide, kuten paikattu hampaita ja poistettu hammaskiveä. Osalla haastateltavista ei ollut jatkohoidon tarvetta.

9.1.1 Suun hoidon vastaanottokäynteihin ja terveysneuvontatilanteisiin liittyvät muistikuvat ja tunteet

Suurin osa haastateltavien muistikuvista terveysneuvonnasta liittyivät vuosina 2002 - 2005 toteutettuun terveysneuvontatutkimukseen. Haastateltavat kertoivat, että heillä oli hyviä kokemuksia terveysneuvonnasta ja vastaanottokäynneistä yleisesti. Haastateltavista osa oli sitä mieltä, että he olivat saaneet terveysneuvontaa lähes jokaisella käynnillä ja neuvonta oli ollut riittävää. Osa haastateltavista sen sijaan oli sitä mieltä, että neuvontaa oli vähän, vastaanottokäynneillä ei ollut aikaa neuvontaan eivätkä he olleet saaneet neuvontaa terveysneuvontatutkimuksen jälkeen. Terveysneuvontatutkimuksessa haastateltavien mielestä oli ollut jatkuvaa neuvontaa ja he olivat saaneet paljon ohjeita suun hoidosta.

Haastateltavat olivat saaneet terveysneuvontaa sekä hoitotoimenpiteen yhteydessä että erillään hoitotoimenpiteestä. Yksi haastateltavista (H1) totesi, että neuvonta

hoitotoimenpiteen yhteydessä on hyvä tapa, sillä tuolloin asiat eivät unohdu ammattilaisten mielestä. He voivat heti kertoa ja antaa neuvoja, jos huomaavat suun terveydessä jotain huomioitavaa.

”Varmaan, varmaan eniten siin tulee sit suoraan ku näkee jonkun hampaat niin siin tulee mieleen niit hoitojuttui.” (H1)

Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että hoitotuolissa oli helpompi olla, kun samalla näytettiin peilistä, mitä tehtiin. Terveysneuvonta tuntui tuolloin luontevammalta. Lisäksi yksi haastateltavista (H4) kuvasi terveysneuvontaa ennen tarkastusta hassuksi, minkä vuoksi terveysneuvonta hoidon yhteydessä tai hoidon jälkeen oli hänen mielestään parempi.

Haastateltavat olivat myös saaneet terveysneuvontaa erillään hoitotoimenpiteestä, sekä ennen että jälkeen. He olivat jutelleet ammattilaisen kanssa pöydän ääressä kotihoitoon liittyvistä asioista. Haastateltavista osan mielestä terveysneuvontatilanne oli parempi olla erillään hoitotoimenpiteistä. Terveysneuvontatilanteen ollessa erillään tarkastuksesta huomasi heti, että kyseessä oli neuvontatilanne. Hoitotoimenpiteestä erillään olevaa neuvontatilannetta pidettiin parempana, sillä hoitotoimenpiteen yhteydessä neuvonta voisi haastateltavien mukaan mennä ohi. Yksi haastateltavista (H3) kuvaili, että hoitotilanteessa keskittyy vain siihen, ettei ajattele, mitä tapahtuu.

”Mul ainaki on itte kun mä yritän vaan keskittyy siihen et mä en ajattele mitä tapahtuu...niin se vois olla et se menis kaikki sit ohi... Mitä siin sit puhutaan. Et mun mielest sit niinku erikseen.” (H3)

Hammashoito oli aiheuttanut kolmelle haastateltavalle nuoruudessa pelon tunteita. Yksi haastateltavista (H3) kertoi pienempänä joutuneensa onnettomuuden vuoksi hammashoitoon ja epäili tämän kokemuksen vaikuttavan myös aikuisuudessa hammashoitoon suhtautumiseen. Hän edelleenkin jännitti hammashoitoa, mutta ei mielestään tietoisesti pelännyt. Samansuuntaisia kokemuksia oli myös toisella haastateltavalla (H5), joka kertoi, että pienenä pelotti mennä hammashoitoon, sillä kokemukset olivat ”hirveitä”. Hän kertoi, että suupielet aina repesivät hoidettaessa. Yläasteikäisenä hoito oli jo rutiininomaista, kun hammashoitola oli koulun

yhteydessä. Tuolloin hammashoito ei enää jännittänyt. Hän myös kertoi, ettei ollut kuitenkaan koskaan tarvinnut puudutusta, vaikka pelotti. Lisäksi yhdellä haastateltavalla (H6) oli ollut nuoruudessa ongelmia hampaan poiston kanssa, minkä vuoksi hän oli pelännyt hammashoitokäyntejä. Pelko kuitenkin asettui, kun hän oli vaihtanut hammaslääkärinä.

”No mul oli yhteen aikaan sillon, kun mul oli nimenomaan ton yhden hampaan kans pikkasen ongelmii...Ja loppujen lopuks se päätty siihen et mää menin toiseen hammaslääkäriin ja sanoin niille, et repikää se pois...Mut mut sen jälkeen se on niinko ainoa tapaus ku mul on ollu mitään mitään semmost minkään näköst pelkoo. Eikä sitäkään nyt peloks voi sanoo. Mut, kummiski et ei se nyt, en mää ny millään tapaa pelkää men hammaslääkärii...Nyt ainakaan. Mut se johtu just siitä, kun mä tiesin et hammas on kipee. Mää tiesin et sille tehdään jotain, mikä sattuu.” (H6)

Yksi haastateltavista (H3) koki ajan varaamisen vaikeaksi ja kertoi, ettei ole koskaan pitänyt hammashoidosta. Samoin eräs haastateltavista (H6) kertoi, että hampaan poistoajan varaaminen oli *”ottanut päähän”*. Hän myös totesi, että hoitotuolissa istuminen aiheutti joskus ahdistuksen tunteita.

”Joo, no olis se ollu aika ahdistavaa istuu ne kaikki tunnit siinä hammaslääkärituolis mis tulee vaik väkistenki semmone pakokauhu ku tuntuu vaan et siin ei saa ikinä liikkuu mihinkään ja sit sä vaan olet siinä.” (H6)

Yhden haastateltavan (H4) mukaan kotihoidon ohjaus saatettiin kokea ahdistavaksi, jos asiakkaalla on ollut samat tavat jo kauan. Tällä hän ei kuitenkaan tarkoittanut itseään. Hampaiden lankaus oli hänen mukaansa ikuisuuskyseminen, millä hän tarkoitti sitä, että lankauksesta usein kerrotaan vastaanottokäynneillä. Yksi haastateltava (H6) myös kertoi, että välillä hammashoitolassa oli rasittavaa käydä, kun samoja asioita kerrottiin.

”...vaiks se oliki sit välillä aika rasittavaa sillai ku piti jatkuvasti ravat siel hammashoitolas ja ain niit samoi hommii toivotettiin siel, mut silti jakso käydä siel kummiski...” (H6)

Yksi haastateltavista (H3) kertoi odottavansa aina pahinta vastaanottokäynnille tullessaan, mutta tottuneensa siihen, että kaikki sujuu hyvin. Osa vastaajista myös totesi miettivänsä ennen hammashoittoon tuloa, kuinka paljon hampaissa tulisi olemaan reikiä.

”Aina mä, aina mä odotan pahinta, kun mä sinne menen.”

”Ei mut kyllä mä oon tottunu siihen et se niinku menee sit kuitenkin ain hyvin.” (H3)

9.1.2 Ilmapiiri ja vuorovaikutus suun hoidon vastaanottokäynneillä ja terveysneuvontatilanteissa

Ilmapiiriä vastaanottokäynneillä kuvattiin rauhalliseksi, miellyttäväksi ja ammattimaiseksi. Ilmapiirin todettiin riippuvan vastaanottokäynnistä ja asiakkaan ja ammattilaisen välisestä henkilökemiasta.

”...Mut ehkä jos jotenki silleen, ku se riippuu ain siit ihmisest ketä sun hampait hoitaa. Se on niin paljo siit kiinni... Joskus on hyvä ilmapiiri ja joskus on vähä huonompi.” (H5)

Keskustelu vastaanotolla oli ollut avointa ja siellä oli keskusteltu myös yleisistä asioista. Avoimuutta pidettiin tärkeänä ja sitä, että *”eikä vaan niinku keskenään supista jotai tai semmosta”* (H3). Toiset ammattilaiset kysyivät haastateltavien mukaan kuulumisia, mutta toiset eivät. Vastaanottotilanteet olivat olleet pääsääntöisesti rentoja. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että vastaanottokäynnillä kerrotaan, mitä tehdään, niin että asiat tulevat ymmärretyksi.

”Mmm. No just et ne kertoo sillee selkeesti että mitä ne niinku ajaa takaa ja ymmärtää sen ja sit et saa just tietoo mitä niinku, mmm.... Joo.” (H3)

Haastateltaville oli myös vastaanottokäynneillä selvennetty hoidon vaiheet. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että asiakasta kunnioitetaan. Yhden vastaajan (H4) mielestä tärkeää oli, että asiakkaalle ei tule tunnetta, että häntä moititaan. Yksi haastateltava (H5) piti myös tärkeänä sitä, että henkilökunta huomioisi sanattomat viestit.

”Ja se et jos mä oikeesti niinku vääntelehdin siin tuolis ni voi lopettaa hetkeks tiäks sä pitää niinku pienen tauon. Ko sit jotku on semmosii et ei se niinku porataa vaan vaiks toine on iha niinku ... tippa linssis siin makaa. Mut et sillee just niinku ku mä en ikin halua mitää puudutus jos mul paikataan ni silleen voi pienen niinku siis tauon pitää et nostaa välil ja taas jatkaa.” (H5)

Haastateltavien mielestä oli tärkeää, että hoito sujuisi hyvin. Tähän pystyttiin vaikuttamaan siten, että itse kertoi, miksi oli tullut hoitoon. Hammashoidossa ei myöskään saanut tapahtua virheitä ja haluttiin, että hampaat hoidetaan kuntoon. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös sitä, että terveysneuvontatilanteet olisivat yksilöllisiä. Heidän mukaansa kaikille ihmisille eivät sovi samat terveysneuvontamuodot. Yksi haastateltavista (H4) toivoi, että neuvontatilanteessa kerrotaisiin, miten omaa suun terveyttä voisi parantaa.

”...se vois vaikka niinkun hammaslääkäri kertoo, että sillai yleisesti, että minkälainen tilanne on tai niin et miten vois niinku parantaa sitä omaa hoitoaan.” (H4)

Haastateltavilla oli ollut mahdollisuus kysyä kysymyksiä vastaanottokäynnillä. Yksi haastateltavista (H5) kuitenkin totesi, että yleensä kysyttävää ei ole ollut paljon. Haastateltavien mukaan kysymyksiin oli myös aina vastattu kysyttäessä ja asiat olivat tulleet selväksi. Sen sijaan yksi haastateltavista (H4) totesi, että häneltä ei ollut koskaan kysytty, onko hänellä kysyttävää. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kysymysten esittämisessä täytyy olla itse aktiivinen.

”Ja mä oon sit semmonen et mää sit kysyn niin kauan, kun mä saan ne vastaukset.” (H3)

Henkilökuntaa luonnehdittiin ammattimaiseksi ja mukavaksi ja heidän ammattitaitoonsa luotettiin. Yksi haastateltavista (H5) totesi henkilökunnan tietävän paremmin, miten hampaita kannattaisi hoitaa vaikka hän samalla kertoi valikoivansa itselleen tärkeät ohjeet.

”Kai mä ny semmosii, siis ehkä ehkä niinku tajuu maalaisjärjellä mitä neuvoi kannattaa noudattaa...Ihan niinku. Kyl he varmaan paremmin tietää ku minä että, miten mun, millei kannattaa mun hampait kohdella.” (H5)

Sama haastateltava (H5) myös totesi, että henkilökunnan luonne vaikutti vastaanottokäynnin onnistumiseen. Hänen mukaansa kaikkia ei ole luotu asiakaspalvelutyöhön. Myös toinen vastaaja (H6) odotti, että vastaanotolla olisi hyvä asiakaspalvelija, joka kohtelisi hyvin.

”Tai seki on vähä sillee niinku ehkä ihmiskohtast et jotku, jotku on tiäks jotku hammaslääkärit vaa on semmosii et ne kertoo ja ne neuvoo ja ne vastaa sun kysymyksiin. Ja jotku on semmosii et ne hoitaa hommas ja that’s it...Et ehkä seki on vähän semmost ihmiskohtast et en mä niinku, en mä lähtis tiäks silleen parantaa kaikki niinku...Kaikkien. Et jotku niinku vaan on semmosii. Joitaki ei vaa oo luotu semmoseen asiakaspalvelutyöhön. Ku joka alal, ei sille mitää voi. Millai sitä sitte pystyy kehittään jos on luonteeltaan semmone et ei...vähän semmonen jäyhä.” (H5)

Lisäksi yksi haastateltavista (H4) totesi, että asiakkaan oma asennoituminen on tärkeää. Asiakkaan tulisi asennoitua siten, että häntä ei syytetä ja ajatella, että neuvot ovat häntä varten.

” Että, ei se nyt, potilaan täytyy ehkä vaan asen..., niinku asennoituu siihen sillai että, ei se sua nyt syytä.” (H4)

”Yrittää vaan sun hyväkses neuvoo.” (H4)

Yksi haastateltavista (H6) kertoi, että lapsena hammashoitolassa oli asiakkaaseen suhtauduttu lapsiystävällisesti. Hänen mukaansa vastaanottotilanne oli poikkeava tavallisesta tilanteesta, sillä siellä oli ollut *”enemmäkin semmosta lastentarhaopettaja semmost meininkii”*. Asiakkaan ja henkilökunnan välillä ei ollut karkeaa eroa. *”Ammattilaisen otteet sillai oli, mut ei tuntunu siltä et olis ollu tekemisis jonku lääkärin kanssa.”* Toisella haastateltavalla (H5) oli päinvastaisia kokemuksia. Hän kertoi saaneensa hyvää kohtelua vasta parin viime vuoden aikana. Hänen mukaansa nuorena ei kyselty mitään eikä kerrottu hoidon kulusta.

”...sit mä oon aatellu silleen ehkä ehkä niinku siin vaihees ko sä oot niinko nuorempi ni sit ne aattelee vaan et hoidetaan vaan et ei ne hirveesti kysele sit ehkä kun on jo ikää...” (H5)

9.1.3 Terveysneuvontatilanteen sisältö ja toteutus

Haastateltavat olivat saaneet terveysneuvontatilanteissa ohjeita hampaiden hoidosta, ravitsemuksesta sekä suun hoitotuotteista. Lisäksi yksi haastateltava (H4) oli saanut ohjeita leukajumpasta. Haastateltaville oli neuvottu, kuinka usein hampaat tulisi harjata ja langata. Heille oli myös opastettu hampaiden harjaustekniikkaa ja lankausta. Hampaiden harjausta oli suositeltu kaksi kertaa päivässä. Ravitsemuksesta oli neuvottu, että karkkeja ei saisi syödä pitkin päivää, mutta yhden haastateltavan mielestä (H2) ohjeita ravitsemuksesta oli tullut liian vähän. Yksi haastateltava (H4) toivoi, että saisi harjausohjeita enemmän. Hän toivoi myös ohjeita ksylitolin käytöstä. Suurin osa haastateltavista oli saanut ohjeita ksylitolin ja fluorin sekä suuvesien käytöstä.

Haastateltavat olivat saaneet terveysneuvontatilanteessa suullisia ohjeita, joita he pitivät aikuisille parhaana ohjemuotona. Yksi haastateltava (H1) koki, että oli helppoa, kun toinen kertoo suun hoidosta. Haastateltavilta oli myös kyselty kotihoitotottumuksista.

Haastateltavat olivat pystyneet hyödyntämään saamia ohjeita ja ne olivat jääneet jokapäiväiseen käyttöön. Haastateltavat kokivat hyödylliseksi erityisesti konkreettiset, käytännön ohjeet. Myös terveysneuvontatutkimuksesta saadut ohjeet koettiin hyödyllisinä. Tutkimus oli vaikuttanut omien tapojen luomisen taustalla. Yksi haastateltavista (H6) kertoi, että hän oli neuvonut vanhempiaankin saamiensa ohjeiden mukaisesti.

”Ja sit tämmöstä mitä mä oon vanhemmileni koittanu sanoo just et et niinku aamulla harjataan hampaat ennen sitä aamupalaa eikä sen aamupalan jälkeen. Et se on yks, missä tulee heti niinku mieleen. Et yks muisto.” (H6)

Ohjeiden saaminen koettiin yleisesti tärkeäksi. Ohjeet olivat tärkeitä muistuttajia asioista. Osa haastateltavista toivoi, että neuvonta annettaisiin hyvänä vinkkinä, miten toimia oikein. Haastateltavat myös halusivat, että ohjeista olisi oikeasti jotain hyötyä. Yksi haastateltava (H6) toivoi, että ei joutuisi vastaanotolle *”puoleks tuntii istumaan ja kuunteleen jotai ihan täysin turhaa.”* Yksi haastateltavista (H5) kertoi, että ohjeet olivat hyödyllisiä niille, jotka niitä noudattivat ja kuuntelivat.

Haastateltavat kokivat saaneensa vastaanottokäynneillä ohjeiden lisäksi riittävästi tietoa eivätkä asiat olleet jääneet epäselviksi. Osa haastateltavista totesi, että heillä oli jo tietoa paljon ennestään ja vastaanotolta saatu tieto oli täydentävää. He myös kertoivat, ettei heillä ollut tarvetta etsiä lisätietoa. Lisäksi osa haastateltavista kertoi opiskelleensa itsenäisesti. Esimerkiksi yksi haastateltava (H2) kertoi lukeneensa ravitsemuksesta itse.

Uuden tiedon saamista pidettiin kivana ja tärkeänä asiana. Yhden haastateltavan (H4) mukaan tieto rauhoitti mieltä eikä silloin jännittänyt niin paljon. Hän oli ollut töissä hammaslääkärin vastaanotolla ja hän oli saanut paljon tietoa myös työn kautta. Yksi vastaaja (H3) koki, että tieto oli tärkeää niille, jotka ei saa muualta tietoa. Aiemmin saatu tieto oli tärkeää, sillä sen mukaan osasi kysyä asioita vastaanottokäynnillä.

”Tietty ehkä eri asia niil ketä ei sitä muualta kuule, mut et mulle se on ollu niinku hyvä. Ja sit on osannu kysyäki niit tiettyi asioita, mitä on niinku jääny niinku muualta puuttumaan.” (H3)

Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että nuorempana uuden tiedon saaminen oli hyvä asia, sillä tieto on tärkeää nuorille.

”No ainakin silloin nuorempana oli just ihan hyvä käydä niit perusasioit et millie hoidetaan hampaita ja ...” (H2)

”Se on varmaan tärkeempi tommosil viel paljo nuoremmil niinku ketä vast harjottelee niinku...” (H1)

Haastateltavat olivat saaneet terveysneuvontatilanteessa esitteitä, lehtisiä ja mainoksia, joista he kokivat esitteet pääsääntöisesti hyödyttömiksi. Esitteitä ei tullut luettua ja ne päättyivät joko kirjahyllyyn tai lensivät roskikseen.

”Ja sit ne päätyy jonneki kirjahyllyyn jonnekin kasan pohjalle. Eikä, ja eksyy sinne niinku lopuks. Vuosikymmeneks. Et. Niist sit, mun mielest niitten jakamisel ei juurikaan mitään hyötyy ehkä ne esitteet ne voi käydä siel neuvontatilanteessa läpi. Ja varmistaa sillä tapaa et se tieto niinku tulee käyty läpi, mut jos ne vaan antaa sillai et ota noi ja lue kotona ni sit niit ei kyl kukaan lue. Se on aika varma.” (H6)

Yksi haastateltava (H4) oli kuitenkin sitä mieltä, että esitteet olivat hyödyllisiä, sillä niistä pystyi itse lukemaan ohjeet. Esite oli hyvä neuvonnan tukena, jolloin hoitohenkilöstön ei tarvitse selittää kaikkea. Myös toisen haastateltavan (H6) mielestä esitteet voitiin käydä neuvontatilanteessa läpi ja varmistaa, että kaikki asiat tulee kerrottua. Muuten hän piti esitteitä hyödyttöminä.

Haastateltaville oli havainnollistettu terveysneuvontatilanteessa vastaanotoilla hampaiden puhdistusta. Heille oli myös tehty sylkitestejä terveysneuvontatutkimuksen 2002 - 2005 aikana. Haastateltavat muistelivat, että hammashoitolassa otettiin sylkinäytteitä, jolloin pureskeltiin parafiiniä ja viljeltiin

bakteereja. Sylkitestit olivat heidän mielestään mielenkiintoisia. Haastateltaville oli näytetty sylkitestien tulokset. Testeistä näki konkreettisesti, miten bakteerit kasvavat. Heille oli myös kerrottu, mitä testien tulokset tarkoittavat.

”No se ny oli ehkä ihan mielenkiinnost sillon pikku ala-asteelaisen ku piti antaa jotai näytteit ja sitte vähän ajan pääst katteltiin niit jotai bakteeriviljelyksii, ni se oli ainaki sillon ihan ha,hauskaa ja mielenkiinnost kattella et millasii, millast bakteerii on oikein kasvaa suus.” (H6)

Haastateltavat muistelivat, että nuoruudessa kouluissa oli ollut myös kampanjoita. Koulussa oli käynyt suun terveydenhoidon ammattilainen opettamassa hampaiden harjausta isojen hampaiden kanssa. Harjausopetus oli näytetty tarkkaan ja se oli ollut kivaa. Koulussa oli neuvottu konkreettisesti myös hammaslangan käyttö. Ala-asteella oli tehty myös postereita suun hoitoon liittyen. Itse tekemällä oppiminen koettiin hyväksi, sillä haastateltavat olivat saaneet tehdä itse julisteita, koettaa hammaslangan käyttöä. Yhden haastateltavan (H4) mukaan lapselle oli konkreettinen ohje hyvä. Lisäksi haastateltaville oli jaettu terveysneuvontakäynneillä myös suun hoitotuotteita. He olivat saaneet fluoritabletteja, ksylitolitabletteja sekä hammasharjoja ja hammaslankaa.

9.1.4 Terveysneuvonnan myönteiset vaikutukset suun terveyteen ja kotihoitotottumuksiin

Terveysneuvonnalla oli ollut haastateltavien mukaan myönteisiä vaikutuksia heidän suun terveyteensä sekä kotihoitotottumuksiinsa. Haastateltavien suun terveydentila oli parantunut. Reikiintyminen oli vähentynyt ja saadut ohjeet olivat vaikuttaneet muun muassa leukojen lonksumiseen.

Haastateltavat olivat saaneet suun terveysneuvontaa paljon vuosina 2002 - 2005 terveysneuvontatutkimuksessa, mutta he eivät olleet tutkimuksen ajankohtana ymmärtäneet olleensa mukana tutkimuksessa. Tutkimusta ei miettinyt nuorena ja asian oli ymmärtänyt vasta myöhemmin. Tutkimus koettiin vaivattomaksi. Tutkimus

meni normaalin hoidon ohella eikä käyntejä ollut liiaksi. Yksi haastateltava (H5) kertoi, että tutkimukseen meni mukaan, kun käskettiin.

Tutkimuksessa mukana oloa pidettiin hyödyllisenä ja tärkeänä. Tutkimuksen hyötynä pidettiin kokonaisuutta ja sitä, että sai säännöllistä hoitoa. Yhdelle haastateltavalle (H4) tutkimuksella oli ollut vaikutuksensa myös ammatinvalintaan. Tutkimuksessa mukana olo oli mukavaa ja hammashoitolaan meni mielellään. Yksi haastateltava (H6) kertoi, että oli mukavaa päästä pois tunneilta.

”Lähinnä se oli joskus yläasteellaki ku se jatku, ni se oli iha hienoo et pääs lähtee koulusta jostaki....tylsält tunnilt pois sit sin hammaslääkäril. Et toi noi, et et. Kyl se niinku jäi ihan sillai, mielellään meni sinne. Tällai.”
(H6)

Yhden haastateltavan (H5) suun terveys oli parantunut terveystutkimuksen lopussa. Tämä oli hänen mukaansa merkki siitä, että oli noudattanut tutkimuksessa saatuja ohjeita. Haastateltavat myös kertoivat, että tutkimuksen jälkeen he olivat oppineet seuraamaan omaa suun terveydentilaansa. Huomio kiinnittyi enemmän omiin hampaisiin eikä välttämättä ilman tutkimusta ajattelisi omia hampaitaan niin paljon.

Kotihoitotottumusten paranemisessa ja tiedon lisääntymisessä haastateltavat korostivat terveystutkimuksen myönteisiä vaikutuksia. Haastateltavien mukaan tietoisuus reikiintymisen ehkäisemisestä oli lisääntynyt. Yksi haastateltava (H5) kertoi alkaneensa tutkimuksen myötä ajattelemaan, että reikiintymistä voi ehkäistä ja jotain kannattaisi tehdä ennen kuin hampaat reikiintyvät.

”Ja ajattelee sitä et kannattasko ne reiät niinko ehkäst jo enne ku ne tulee. Ja puhkee semmosin niinko ihan järkyttävinä et sit sulla on tyyliin koko leuka kipee, jos sul johonki puhkee niinko et et sillee tiäks ennalt, et millai kannattaa just ennaltehkästä, koska se kipu ei oo häävi. Ja se on niinko. Mä oon sen niin mont kertaa joutunu tunteen et kyl sitä ehkä niinku jo vähä sillee havahtuu et tekee jotai et ei niit reikii sit tuu.” (H5)

Suun hoitoon liittyvä tieto oli myös lisääntynyt tutkimuksen aikana. Haastateltavat olivat saaneet tietoa hampaiden puhdistuksesta, ravinnosta ja omien hampaiden terveydestä. He olivat saaneet paljon ”pikkutietoa” (H6) lisää kuten, että karkkeja ei kannata syödä pitkin päivää ja makean jälkeen ei suositella heti hampaiden harjausta. Haastateltavat pitivät tärkeänä juuri saadun tiedon määrää.

”Mmm, no ehkä se tiedon määrä ja sit se oman, omien hampaiden niinku tilan semmonen jatkuva seuraaminen. Ehkä se et just sai paremmin tietoo just et, et mitä tarvii tehdä et niinku säilyis niinku hampaat kans hyväks kunnossa ja...” (H3)

Terveysneuvontatutkimus oli myös vaikuttanut haastateltavien harjaustottumuksiin. Haastateltavat olivat tehostaneet hampaiden harjausta. He olivat alkaneet harjata tehokkaammin ohjeiden mukaisesti. Yksi haastateltava (H4) piti tärkeänä, että hyvät tavat opittiin lapsuudessa.

”Ja mmm, ja ehkä se oli ihan hyvä, että sitten tuli niinku ehkä useemmin käytyy siellä...hammaslääkäris niin sitte jäi, niinku lapsena iskostu mieleen, että...että niitä kannattaa oikeesti hoitaa ja, ja miten hoitaa hyvin, ja silleen.” (H4)

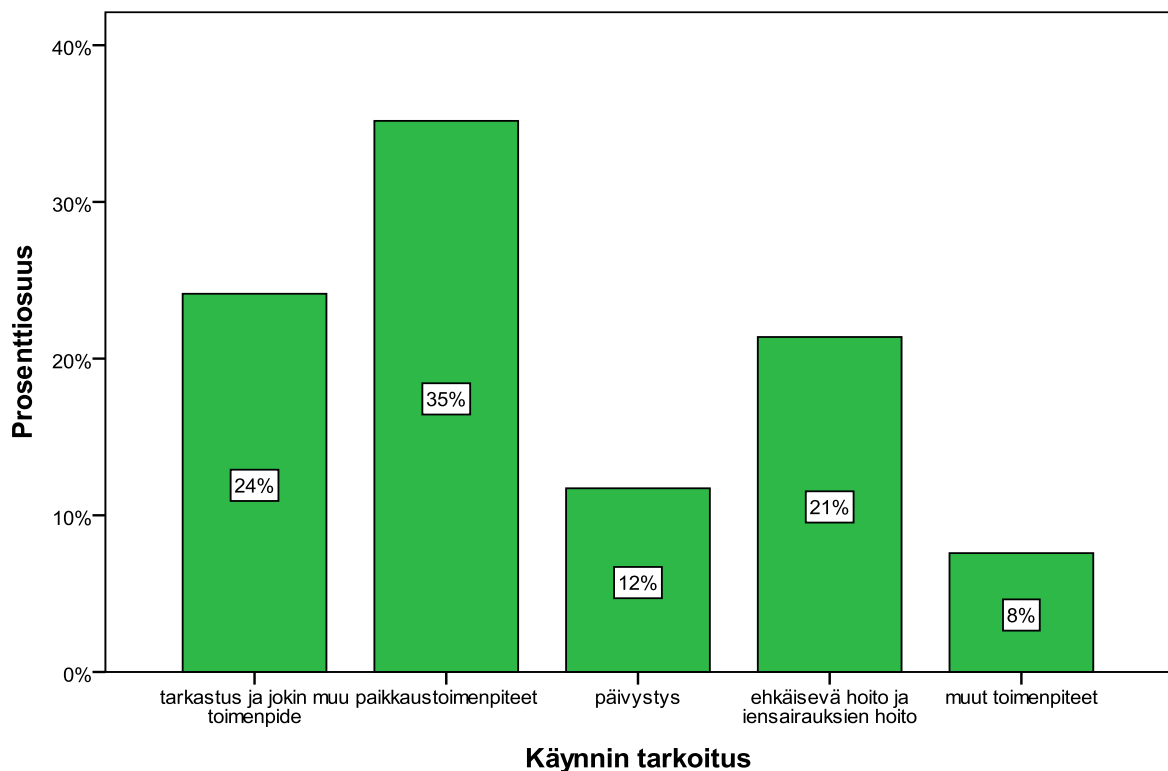
Myös hammaslangan käyttö oli lisääntynyt. Ainoastaan yksi haastateltavista kertoi, että ei käyttänyt hammaslankaa. Osa haastateltavista oli myös alkanut käyttää hammaslangankuljetinta. Yksi haastateltava (H5) kertoikin, että hän ei todennäköisesti olisi alkanut langata hampaitaan, ellei olisi ollut mukana tutkimuksessa. Yhden haastateltavan (H4) lankausaktiivisuuteen oli vaikuttanut lisäksi se, että hän oli työpaikaltaan saanut hammaslangankuljettimen.

9.2 Kyselytutkimuksen tulokset

Lomakekyselyyn vastanneista (N=150) naisia oli 91 ja miehiä 59. Vastaaajista 41 prosenttia oli iältään 15 – 19 -vuotiaita, 29 prosenttia oli iältään 20 – 24 -vuotiaita ja

30 prosenttia oli iältään 25 – 30 -vuotiaita. Vastaajista (N=148) suurin osa (69 %) oli käynyt hammaslääkärin vastaanotolla ja noin neljännes (28 %) oli käynyt suuhygienistin vastaanotolla. Neljä vastaajaa ilmoitti käyneensä hammashoitajan vastaanotolla.

Vastaajista (N=145) kolmannes oli käynyt paikkauksessa ja noin neljännes tarkastuksessa. Tarkastuksen yhteydessä oli tehty usein myös joku toinen toimenpide. Noin viidennes vastaajista oli käynyt ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä ja noin 12 prosenttia vastaajista oli käynyt päivystyksessä. Muun syyn takia vastaanotolla oli käynyt noin kahdeksan prosenttia vastaajista (Kuva 4.)



Kuva 4. Vastaanottokäynnin tarkoitus (N=145)

Naiset olivat käyneet eniten paikkauksessa (37 %), ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä (26 %) ja tarkastuksessa (19 %). Miehistä 32 prosenttia oli käynyt paikkauksessa sekä tarkastuksessa ja 14 prosenttia päivystyksessä sekä ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä.

9.2.1 Suun terveyden arvio ja suun terveyden tärkeys

Vastaajista (N=150) erittäin hyväksi suun terveytensä arvioi noin kymmenesosa (naiset 8 %, miehet 10 %). Noin puolet vastaajista arvioi suun terveytensä melko hyväksi (naiset 54 %, miehet 42 %) ja reilu kolmannes (naiset 34 %, miehet 41 %) arvioi sen keskinkertaiseksi. Melko tai erittäin huonoksi suun terveytensä arvioi viisi prosenttia vastaajista (naiset 4 %, miehet 7 %). Vastaajia (N=147) pyydettiin arvioimaan myös suun terveyden tärkeyttä kouluarvosanoilla 4-10. Suun terveys koettiin tärkeäksi, sillä noin puolet vastaajista arvioi suun terveyden tärkeyden arvosanalla 10 ja kolmannes antoi arvosanan 9. Noin viidennes vastaajista antoi arvosanan 8. Lisäksi kolme vastaajaa arvioi suun terveyden tärkeyttä arvosanalla 7 ja yksi vastaaja antoi arvosanaksi 6. Naiset (n=88) arvioivat suun terveyden tärkeyden yleisimmin arvosanalla 10 (54 %) ja miehet (n=59) arvosanalla 9 (42 %).

9.2.2 Vastaajien kotihoitotottumukset

Vastaajista (N=146) 59 prosenttia (naiset 64 %, miehet 48 %) ilmoitti harjaavansa hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Kerran päivässä hampaansa harjasi 34 prosenttia vastaajista ja seitsemän prosenttia harjasi vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin. Ikäryhmittäin jaoteltuna hampaitaan ahkerimmin harjasivat 25 – 30 -vuotiaat vastaajat, sillä heistä 68 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Vastaavasti 20 - 24 -vuotiaista useammin kuin kerran päivässä hampaitaan harjasi 57 prosenttia ja 15 - 19 -vuotiaista 53 prosenttia.

Reilu kolmannes vastaajista (N=149) ilmoitti, ettei käyttänyt koskaan hammaslankaa. Harvemmin kuin kerran viikossa hammaslankaa käytti noin kolmannes vastaajista. Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin hampaansa lankasi neljännes vastaajista. Vain seitsemän prosenttia vastaajista (naiset 11 %, miehet 2 %) ilmoitti lankaavansa hampaansa päivittäin. Päivittäin hampaansa lankasi yksi 15 – 19 -vuotias vastaaja, neljä 20 – 24 -vuotiasta vastaajaa ja kuusi 25 – 30 -vuotiasta vastaajaa.

Erilaisia napostelutuotteita vastaajat (N=149) käyttivät yleisimmin 1-2 kertaa viikossa (42 %). Noin kolmannes vastaajista käytti napostelutuotteita 3-5 kertaa viikossa. Vastaajista kahdeksan prosenttia naposteli useammin kuin viisi kertaa viikossa ja noin viidennes harvemmin kuin kerran viikossa. Sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei ollut suuria eroja napostelutottumuksissa. 15 – 19 -vuotiaiden keskuudessa yleisintä oli napostella 1-2 kertaa viikossa (53 %) samoin kuin 20 – 24 -vuotiaiden keskuudessa (42 %). Puolestaan 25 – 30 -vuotiaista 44 prosenttia naposteli 3-5 kertaa viikossa.

9.2.3 Kotihoitotottumusten muutokseen liittyvä valmius

Harjaustottumuksiaan (N=150) halusi muuttaa lähes puolet vastaajista, joista enemmistö (61 %) harjasi hampaansa kerran päivässä. Vastaajista 17 prosenttia ei aikonut muuttaa tottumuksiaan. Heistä suurin osa (75 %) harjasi hampaitaan jo useammin kuin kerran päivässä. Lisäksi reilulla kolmanneksella vastaajista ei ollut mielestään tarvetta muuttaa harjaustottumuksiaan. Kyseisistä vastaajista seitsemän prosenttia harjasi kerran päivässä ja 93 prosenttia useammin kuin kerran päivässä.

Vastaajista (N=148) 65 prosenttia halusi muuttaa hampaiden lankaustottumuksiaan. Kyseisistä vastaajista 40 prosenttia lankasi hampaitaan harvemmin kuin kerran viikossa ja vajaa kolmannes ei langannut koskaan. Viidennes kaikista vastaajista ilmoitti, ettei aikonut muuttaa hampaiden lankaustottumuksiaan. Näistä vastaajista 57 prosenttia ei myöskään langannut tutkimushetkellä hampaitaan. Noin 15 prosenttia vastaajista ei nähnyt tarvetta muutokselle. Heistä 41 prosenttia ilmoitti lankaavansa jo päivittäin. Sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei ollut eroja kokonaistuloksiin verrattuna harjaustottumuksiin ja lankaustottumuksiin liittyvässä muutosvalmiudessa.

Vastaajista (N=149) hieman yli puolet (naiset 67 %, miehet 32 %) halusi muuttaa naposteluun liittyviä tottumuksiaan. Heistä 42 prosenttia naposteli 3-5 kertaa viikossa ja 38 prosenttia 1-2 kertaa viikossa. Noin neljännes vastaajista ei aikonut muuttaa tottumuksiaan. Heistä 51 prosenttia naposteli tutkimushetkellä 1-2 kertaa viikossa ja 30 prosenttia 3-5 kertaa viikossa. Noin viidennes koki, että muutokseen ei ollut

tarvetta. Kyseisistä vastaajista yli puolet ilmoitti napostelewansa harvemmin kuin kerran viikossa ja 40 prosenttiakin naposteli vain 1-2 kertaa viikossa.

Ikäryhmittäin tulokset olivat verrattavissa kokonaistuloksiin lukuun ottamatta 25 – 30 -vuotiaiden ryhmää, jossa hieman suurempi osa (34 %) ei aikunut muuttaa napostelutottumuksiaan ja hieman pienempi osa (16 %) ei nähnyt tarvetta muutokselle.

9.2.4 Vuorovaikutuksen toteutuminen suun hoidon vastaanottokäynnillä

Vastaajat kuvasivat vuorovaikutuksen onnistuneen hyvin (Liite 6). Ammattilaiset olivat olleet vastaajia kohtaan ystävällisiä lähes kaikkien vastaajien mielestä. Samoin lähes kaikki vastaajat kuvasivat tunnelmaa vastaanotoilla luotettavaksi ja turvalliseksi. Ammattilaiset olivat vastaajien mukaan toimineet asiantuntevasti. Vastaajista hieman yli puolet oli sitä mieltä, että vastaanottokäynneillä oli aluksi keskusteltu yleisistä kuulumisista.

Ammattilaiset olivat keskustelleet vastaanotolla huomioimatta vastaajaa vajaan kolmanneksen mielestä. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että asiat oli vastaanotolla kerrottu riittävän selkeästi, jotta vastaajat olivat ne ymmärtäneet. Samoin lähes kaikille vastaajista oli hoitotoimenpiteen aikana kerrottu, mitä tehtiin. Vastaajista 73 prosentille oli kerrottu asioista, joista heillä oli jo entuudestaan tietoa. Kuitenkin 78 prosenttia vastaajista oli saanut vastaanottokäynnillä ohjeita, joista oli hyötyä myös käytännössä.

Ammattilaiset olivat vastaanottokäynnillä kysyneet asiakkaiden mielipiteitä ja näkemyksiä vastaajista 76 prosentin mukaan. Suurin osa vastaajista oli myös pystynyt kertomaan omista mielipiteistään ja näkemyksistään. Lähes kaikki vastaajat olivat myös saaneet mahdollisuuden kysyä asioita. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ammattilaiset olivat kuunnelleet, mitä heillä oli sanottavaa. Ammattilaiset olivat myös varmistaneet vastaajilta, että nämä olivat ymmärtäneet asiat oikein.

Vastaajista 13 prosenttia koki, että ammattilaiset eivät olleet varmistaneet asioiden ymmärtämistä riittävästi.

Vastaajista 73 prosenttia oli saanut palautetta omista hampaiden hoitotottumuksistaan. Vaikka vastaajat olivat saaneet palautetta, kuitenkin vain 45 prosenttia vastaajista ilmoitti, että vastaanotolla oli yhdessä arvioitu kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia. Ammattilaiset olivat myös rohkaisseet vastaajia tekemään terveyttä edistäviä valintoja vastaajista 63 prosentin mielestä. Lisäksi 66 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että vastaanotolla oli yhdessä mietitty, miten vastaajat voisivat jatkossa hoitaa hampaitaan paremmin.

Vastaajista (N=145) lähes kaikki (naiset 99 %, miehet 93 %) aikoivat hyödyntää vastaanottokäynneillä saamiaan ohjeita. Vastaajista (N=146) lähes kaikki (naiset 97 %, miehet 95 %) myös uskoivat pystyvänsä hoitamaan hampaitaan niin, että ne pysyivät terveinä. Ikäryhmien ja sukupuolten välillä ei ollut merkitsevää eroa kokonaistuloksiin verrattuna. Vastaajat (N=145) arvioivat käynnin onnistuneen hyvin. Lähes puolet vastaajista antoi vastaanottokäynnille arvosanan yhdeksän ja 29 prosenttia vastaajista arvioi vastaanottokäynnin onnistuneen täydellisesti. Arvosanan kahdeksan antoi 15 prosenttia vastaajista ja seitsemän prosenttia vastaajista antoi arvosanan kuusi tai seitsemän.

Hoitohenkilökunnan ammatilla, vastaajien iällä ja kotihoitotottumuksilla sekä käynnin tarkoituksella oli yhteyttä vuorovaikutuksen kuvailuun. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vuorovaikutuksen kuvailuun ei ollut vastaajien sukupuolella, kotihoitotottumuksiin liittyvällä muutosvalmiudella eikä sillä, millaiseksi vastaajat oman suun terveytensä arvioivat ja kuinka tärkeänä he suun terveyttä pitivät. Myöskään vastaanottokäynnille annetulla arvosanalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vuorovaikutuksen kuvailuun.

9.2.5 Hoitohenkilökunnan ammatin yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen

Suun terveydenhoitohenkilökunnan ammatilla oli yhteyttä siihen, kuinka hyvin ammattilaiset olivat huomioineet vastaajia vastaanottokäynnillä ($p=0,012$).

Hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=102) vastaajista 33 prosenttia oli sitä mieltä, että ammattilaiset keskustelivat vastaanotolla keskenään huomioimatta vastaajia, kun taas suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla tätä mieltä oli vain 13 prosenttia vastaajista (n=40).

Ammatilla oli yhteyttä myös siihen, miten vastaajat olivat saaneet palautetta kotihoitotottumuksistaan (p=0,000). Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä (n=44) lähes kaikki (96 %) vastaajat olivat saaneet palautetta siitä, kuinka he olivat hoitaneet hampaitaan. Hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=101) palautetta puolestaan oli saanut 62 prosenttia vastaajista. Ammattien välillä oli myös eroa siinä, miten vastaanotoilla oli arvioitu kotihoitotottumuksia (p=0,023). Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä vastaajista (n=44) lähes 60 prosenttia oli sitä mieltä, että vastaanotolla oli yhdessä arvioitu kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia. Vastaavasti hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=101) tätä mieltä oli 39 prosenttia vastaajista. Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla vastaajia (n=44) oli myös rohkaistu enemmän terveyttä edistävien valintojen tekemisessä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (p=0,001). Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä 82 prosenttia koki saaneensa rohkaisua, kun taas hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=101) 54 prosenttia oli samaa mieltä.

Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä (n=44) lähes kaikki (93%) olivat saaneet ohjeita, joista oli heille käytännössä hyötyä. Hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=102) ohjeita hyödynnettävinä piti 72 prosenttia vastaajista. Hoitohenkilökunnan ammatilla oli yhteyttä siihen, olivatko vastaajat saaneet hyödynnettäviä ohjeita (p=0,004). Samoin ammatilla oli yhteyttä siihen, oliko vastaajille kerrottu asioista, joista heillä oli jo entuudestaan tietoa (p=0,004). Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä vastaajista (n=44) uutta tietoa oli saanut vain 11 prosenttia vastaajista. Vastaavasti hammaslääkärin vastaanotolla (n=102) uutta tietoa oli saanut 34 prosenttia vastaajista.

Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla oli myös enemmän mietitty vastaajien kanssa sitä, miten vastaajat voisivat jatkossa hoitaa hampaitaan. Hammaslääkärin vastaanotolla käyneistä (n=101) 59 prosenttia oli sitä mieltä, että

kotihoitotottumuksia jatkossa oli mietitty yhdessä. Suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla käyneistä (n=44) suurin osa (82 %) oli sitä mieltä, että yhdessä oli mietitty, miten vastaaja voisi jatkossa hoitaa hampaitaan ja mitä hän voisi tehdä paremmin. Hoitohenkilökunnan ammatilla ja tulevaisuuden suunnittelulla oli yhteyttä toisiinsa (p= 0,008).

9.2.6 Vastaajien iän yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen

Vastaajien iällä oli yhteyttä siihen, miten vastaajat kokivat sen, oliko heille kerrottu hoitotoimenpiteen etenemisestä (p=0,012). Vastaajista 15 – 19 -vuotiaiden ryhmästä (n=62) lähes kaikki (95 %) ja 89 prosenttia iältään 25 – 30 -vuotiaiden ryhmästä (n=44) olivat tyytyväisiä siihen, miten heille oli kerrottu hoidon vaiheista. Sen sijaan hieman pienempi osa (76 %) iältään 20 – 24 -vuotiaiden vastaajien ryhmästä (n=41) koki, että heille oli kerrottu, miten hoitotoimenpide etenee.

Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös tutkittaessa iän yhteyttä siihen, kuinka ammattilaiset olivat varmistaneet sen, ymmärsivätkö vastaajat vastaanotolla keskustellut asiat oikein. Vastaajista 15 – 19 -vuotiaiden ryhmästä 94 prosenttia ja 25 – 30 -vuotiaiden ryhmästä 91 prosenttia oli sitä mieltä, että ammattilaiset olivat varmistaneet sen, että vastaajat olivat ymmärtäneet vastaanotolla keskustellut asiat oikein. Sen sijaan 20 – 24 -vuotiaiden ryhmästä hieman pienempi osuus (73 %) oli samaa mieltä. Vastaajien iällä oli siis yhteyttä siihen, miten vastaajat kokivat asioiden varmistamisen vastaanottokäynnillä (p=0,007).

9.2.7 Kotihoitotottumusten yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen

Kotihoitotottumuksilla oli yhteyttä siihen oliko vastaajille kerrottu asioista, joista heillä oli jo entuudestaan tietoa (p=0,022). Vastaajat, jotka harjasivat ahkerammin hampaitaan, myös kokivat saaneensa eniten uutta tietoa. Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin hampaita harjaavat ja kerran päivässä hampaansa harjaavat

vastaajat kokivat saaneensa vähemmän uutta tietoa kuin useamman kuin kerran päivässä hampaansa harjaavat vastaajat (Taulukko 1).

Taulukko 1. Hampaiden harjausaktiivisuuden yhteys uuden tiedon saamiseen vastaanottokäynnillä (N=143)

Kuinka usein harjaat hampaasi?								
Minulle kerrottiin asioista, joista minulla oli jo ennestään tietoa	Vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin		Kerran päivässä		Useammin kuin kerran päivässä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Samaa mieltä	8	80	41	85,4	54	36,5	103	72
Eri mieltä	2	20	7	14,6	31	63,5	40	28
Yhteensä	10	100	48	100	85	100	143	100
p-arvo 0,022								

9.2.8 Vastaanottokäynnin tarkoituksen yhteys vuorovaikutuksen toteutumiseen

Vastaajat olivat käyneet vastaanotolla joko tarkastuksessa, paikkauksessa, päivystyskäynnillä, ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä tai sitten heille oli tehty jokin muut toimenpide, kuten viisaudenhampaan poisto tai oikomishoidon toimenpiteitä. Tarkastuksen yhteydessä oli usein tehty myös jokin pieni toimenpide.

Suurimmalta osalta vastaajista (N=143) mielipiteitä ja näkemyksiä oli kysytty tarkastuskäynnillä, paikkauskäynnillä, ehkäisevän hoidon ja iensairauksien käynnillä ja muiden toimenpiteiden yhteydessä. Sen sijaan päivystyskäynnillä vastaajien mielipiteet jakoutuivat, sillä 47 prosenttia päivystyksessä käyneistä koki, että heidän mielipiteitään ja näkemyksiään oli kysytty. Vastaavasti 53 prosenttia oli sitä mieltä,

että mielipiteitä ja näkemyksiä ei ollut kysytty. Vastaanottokäynnin tarkoituksella oli yhteyttä mielipiteiden ja näkemyksien kysymiseen ($p=0,050$).

Käynnin tarkoituksella oli yhteyttä myös siihen, minkä verran vastaajat olivat saaneet vastaanottokäynnillä palautetta omasta suun hoidostaan ($p=0,000$). Suurin osa vastaajista oli saanut palautetta tarkastuskäynnillä, paikkauksen yhteydessä sekä muiden toimenpiteiden yhteydessä sekä kaikki vastaajat ehkäisevän hoidon ja iensairauksien käynnillä. Päivystyskäynneillä palautetta oli saanut 47 prosenttia vastaajista, kun taas palautetta ei ollut mielestään saanut 53 prosenttia vastaajista.

Kotihoitotottumuksia oli arvioitu eniten ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynneillä. Näistä vastaajista 61 prosenttia arvioi, että vastaanotolla oli yhteisesti arvioitu kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia. Tarkastuksessa käyneistä yli puolet koki, että myös kotihoitotottumuksia oli arvioitu. Sen sijaan suurempi osuus muissa toimenpiteissä käyneistä, päivystyksessä käyneistä ja paikkauksessa käyneistä vastaajista arvioi, että vastaanotolla ei oltu yhteisesti arvioitu kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia. Käynnin tarkoituksella oli yhteyttä myös siihen, miten kotihoitotottumuksia oli arvioitu vastaajien mielestä ($p=0,031$) (Taulukko 2).

Taulukko 2. Käynnin tarkoituksen yhteys kotihoitotottumusten arviointiin (N=143)

Arvioimme yhdessä kotihoitotottumusteni hyviä ja huonoja puolia						
Käynnin tarkoitus	Samaa mieltä		Eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Tarkastus ja jokin muu toimenpide	20	58,8	14	41,2	34	100
Paikkaus-toimenpiteet	18	36	32	64	50	100
Päivystys	5	29,4	12	70,6	17	100
Ehkäisevä hoito ja iensairauksien hoito	19	61,3	12	38,7	31	100
Muut toimenpiteet	3	27,3	8	72,7	11	100
Yhteensä	65	45,5	78	54,5	143	100
p-arvo 0,031						

Suurimmalle osalle vastaajista oli kerrottu vastaanotolla asioista, jotka heille oli entuudestaan tuttuja. Lähes kaikki ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä käynneistä vastaajista olivat saaneet entuudestaan tuttua tietoa. Myös suurin osa tarkastuksessa käyneistä, paikkauksessa käyneistä ja muissa toimenpiteissä käyneistä oli saanut tietoa, jota heillä oli jo ennestään. Päivystyksessä käyneistä vastaajista kuitenkin enemmistö (59 %) oli kuullut vastaanotolla asioista, joista heillä ei entuudestaan ollut tietoa. Käynnin tarkoituksella oli yhteyttä siihen, oliko vastaajille kerrottu tuttuja asioita ($p=0,001$) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Käynnin tarkoituksen yhteys siihen, olivatko vastaajat saaneet uutta tietoa vastaanottokäynnillä (N=144)

Käynnin tarkoitus	Minulle kerrottiin asioista, joista minulla oli jo ennestään tietoa					
	<u>Samaa mieltä</u>		<u>Eri mieltä</u>		<u>Yhteensä</u>	
	n	%	n	%	n	%
Tarkastus ja jokin muu toimenpide	28	82,4	6	17,6	34	100
Paikkaus-toimenpiteet	33	64,7	18	35,3	51	100
Päivystys	7	41,2	10	58,8	17	100
Ehkäisevä hoito ja iensairauksien hoito	29	93,5	2	6,5	31	100
Muut toimenpiteet	8	72,7	3	27,3	11	100
Yhteensä	105	72,9	39	27,1	144	100
p-arvo 0,001						

Myös vastaanotolla saatujen ohjeiden hyödynnettävyys riippui vastaanottokäynnin tarkoituksesta ($p=0,006$). Kaikki ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä käyneistä olivat saaneet ohjeita, joita he pystyivät hyödyntämään käytännössä. Samaa mieltä olivat myös suurin osa paikkauksessa käyneistä, tarkastuksessa käyneistä ja muissa toimenpiteissä käyneistä. Sen sijaan hieman yli puolet päivystyksessä käyneistä arvioi saaneensa vastaanottokäynnillä ohjeita, joista oli hyötyä käytännössä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Käynnin tarkoituksen yhteys vastaanotolla saatujen ohjeiden hyödynnettävyyteen (N=144)

Käynnin tarkoitus	Sain ohjeita, joita voin hyödyntää käytännössä					
	<u>Samaa mieltä</u>		<u>Eri mieltä</u>		<u>Yhteensä</u>	
	n	%	n	%	n	%
Tarkastus ja jokin muu toimenpide	25	73,5	9	26,5	34	100
Paikkaus-toimenpiteet	40	78,4	11	21,6	51	100
Päivystys	10	58,8	7	41,2	17	100
Ehkäisevä hoito ja iensairauksien hoito	31	100	0	0	31	100
Muut toimenpiteet	7	63,6	4	36,4	11	100
Yhteensä	113	78,5	31	21,5	144	100
p-arvo 0,006						

Käynnin tarkoitusten välillä oli myös eroja, miten vastaajat kokivat sen, oliko heitä rohkaistu terveyttä edistävien valintojen tekemiseen vastaanottokäynnillä ($p=0,001$). Enemmistö ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä käyneistä vastaajista (84 %) ja tarkastuksessa käyneistä vastaajista (79 %) sekä puolet paikkauksessa käyneistä vastaajista koki, että ammattilaiset olivat rohkaisseet heitä terveyttä edistävien valintojen tekemisessä. Sen sijaan 59 prosenttia päivystyksessä käyneistä ja 64 prosenttia muissa toimenpiteissä käyneistä oli sitä mieltä, että vastaanotoilla ei oltu rohkaistu terveyttä edistävien valintojen tekemisessä.

Vastaajien kotihoitotottumuksia tulevaisuudessa oli mietitty eniten ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon yhteydessä (87 %). Myös suurin osa (77 %) tarkastuksessa käyneistä vastaajista, yli puolet paikkauksessa käyneistä vastaajista ja hieman yli puolet päivystyksessä käyneistä vastaajista oli sitä mieltä, että kotihoitotottumusten muutostarvetta oli mietitty. Muiden toimenpiteiden yhteydessä ei suurimman osan kohdalla (64 %) ollut tulevaisuutta mietitty. Vastaanottokäynnin tarkoituksella oli

yhteyttä myös siihen, minkä verran yhteisesti oli mietitty vastaajien kotihoitotottumuksia tulevaisuudessa ($p=0,006$).

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämä tutkimus koostui kahdesta osiosta, minkä vuoksi luotettavuutta pohditaan aluksi laadullisen ja myöhemmin määrällisen tutkimuksen näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskysymykset liittyvät yleensä tutkijaan, tutkittavan aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Tutkittavan aineiston laatu korostuu, sillä aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten hyvin tutkija on onnistunut tavoittamaan tutkittavan ilmiön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen uskottavuuden, tutkimustulosten siirrettävyyden, varmuuden ja vahvistuvuuden näkökulmista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135-138, Eskola & Suoranta 2008, 211-212).

Tutkimuksen *uskottavuutta* voidaan määritellä siten, vastaavatko tutkijan tulkinnat todellisuutta ja miten ne ovat todennettavissa (Eskola & Suoranta 2008, 211). Uskottavuutta parantaa tutkimuksen järjestelmällinen eteneminen. Haastattelun alussa tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusaineiston käsittelystä ja säilytyksestä. Haastatteluissa vallitsi rento ilmapiiri ja haastateltavat vastasivat avoimesti kysymyksiin, minkä vuoksi vastauksia voidaan pitää totuudenmukaisina. Tutkimuksen uskottavuutta voi heikentää se, että haastattelukysymykset olivat suppeita (Nieminen 1997), jolloin haastateltavien omat näkemykset eivät tulleet riittävän hyvin esille. Haastatteluissa noudatettiin osittain liian tiukasti teemahaastattelurunkoa. Haastattelutilanne oli tutkijalle jännittävä tilanne, minkä vuoksi analysoidessa tuli esille, että joitain vastauksia olisi ollut hyvä syventää.

Aineiston analyysissä ja litteroinnissa haastetta toi paikallismurre, jonka vuoksi puheen pelkistäminen vaati huolellista ja tarkkaa aineistoon perehtymistä. Aineistosta

tutkittiin, mitä nuoret aikuiset pitivät tärkeänä terveysneuvonnassa ja suun hoidon vastaanottokäynnillä ja miten nuoret aikuiset kuvailivat vuorovaikutusta: mitä he siitä sanallisesti kertoivat. Tähän sisällön analyysi menetelmänä soveltui hyvin ja mahdollisti tarkan analyysin. Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 36) mukaan laadullisen aineiston analyysissä korostuvat tutkijan omat taidot ja näkemykset tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoidessa pyrittiin välttämään ennakkokäsityksiä sekä liiallisia tulkintoja. Aineistoa analysoidessa palattiin usein takaisin alkuperäiseen aineistoon, jotta merkitykset eivät muuttuisi. Myös pelkistyyksiä tarkennettiin analyysin edetessä. Aineiston analyysin luotettavuutta ja tutkimuksen uskottavuutta parantavat autenttiset lainaukset (Nieminen 1997), joita tässä tutkimuksessa myös käytettiin.

Luotettavuutta voidaan tarkastella myös tutkimustulosten *siirrettävyyden* näkökulmasta. Tutkimuksen siirrettävyyttä parantaa se, miten johdonmukainen tutkimus on (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138) ja miten tarkasti tutkimuksen eri vaiheet on raportoitu (Hirsjärvi ym. 2000, 214). Tutkimuksen edetessä pidettiin päiväkirjaa, jotta laadullisen osion eri vaiheet pystyttäisiin raportoimaan mahdollisimman tarkasti. Lisäksi aineiston analyysi ja luokittelu kuvattiin selkeästi ja perustellusti vaiheittain ja esimerkein luotettavuuden lisäämiseksi. Haastateltavia tutkimuksessa oli kuusi. Otos on pieni, mutta aineistossa havaittiin saturaatiota ja haastateltavat kertoivat samankaltaisia asioita. Tutkimusorganisaatiossa terveyden edistämiseen on panostettu paljon ja siellä on ollut useita terveyden edistämisen kampanjoita. Myös henkilökuntaa on koulutettu. Tämä on hyvä huomioida tulosten tarkastelussa.

Tutkimuksen luotettavuudessa *varmuus* tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkija pystyy huomioimaan omat ennako-oletuksensa ja muut tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat tekijät (Tuomi & Sarajärvi 2002, 212). Suuhygienistin koulutus ja monipuolinen työura suun terveydenhuollon alalla omalta osaltaan vaikuttivat tutkijan ennako-oletuksiin tutkittavasta aiheesta, mutta myös auttoivat ymmärtämään aihetta ja siihen liittyviä tekijöitä paremmin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös *vahvistuvuuden* näkökulmasta, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tehdyt johtopäätökset saavat tukea aiemmista tutkimusjulkaisuista (Eskola & Suoranta 2008, 212). Tutkimuksen

pohdinnassa tutkimustuloksia on tarkasteltu suhteessa aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Tutkimustulokset ovat osittain samansuuntaisia, mutta tutkimuksen kautta saatiin myös aiemmista tutkimuksista eriävää tietoa.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella aineiston keruun mittarin luotettavuutena sekä tulosten luotettavuutena. Mittarin validiteettia eli pätevyyttä tarkastellessa keskeiseksi nousee se, mittaako mittari sitä, mitä sen on ajateltu mittaavan (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelulla sekä lomakekyselyllä. Menetelmätriangulaatioissa yhdistellään laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä (Leino-Kilpi 1997) ja sen käyttö tutkimuksessa antaa kattavamman kuvan tutkittavasta aiheesta ja lisää luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2000, 215, Eskola & Suoranta 2008, 68). Kyselylomakkeen luotettavuutta parantaa se, että lomake perustui aiemmin testattuun, tutkimuslähteisiin perustuvaan lomakkeeseen (kts. Kettunen ym. 2006). Kyseinen mittari on suunnattu enemmän tutkimuskäyttöön, joten tässä tutkimuksessa rakennettiin käytäntöön soveltuva asiakaspalautelomake.

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa tutkittavaa kohdetta. Reliabiliteettia parantavat esitestaus, hyvät ohjeet, aineiston kerääjien koulutus sekä virhetekijöiden minimointi (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tässä tutkimuksessa kyselylomake esitettiin haastattelujen yhteydessä, ja lomakkeeseen laadittiin mahdollisimman tarkat ohjeet. Kyselylomaketta täydennettiin haastatteluaineistosta saatujen tulosten perusteella. Kyselylomake täytettiin nimettömänä ja tästä informoitiin tutkittavia. Tutkija itse ei jakanut kyselylomakkeita, vaan lomakkeiden jakaminen tapahtui yhteistyöorganisaation hammashoitoloissa työntekijöiden avustuksella. Heitä oli informoitu tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta.

Määrällisen aineiston analyysi aloitettiin frekvenssien ja prosentiosuuksien tarkastelulla. Tämä lisää luotettavuutta, sillä tarkastelulla saadaan yleiskatsaus aineistosta ja voidaan poimia mahdolliset syöttövirheet. Lisäksi aineistosta poimittiin satunnaisesti 10 vastaajan vastaukset ja tarkistettiin, että tiedot oli syötetty oikein. Analyysin edetessä kvantitatiivinen aineisto ristiintaulukoitiin ja merkitsevyyksiä testattiin Khiin neliö -testillä. Aineiston koosta (N=150) johtuen testillä ei kuitenkaan

saatu aluksi valideja tuloksia, sillä korkeintaan 20 prosenttia odotetuista arvoista saa olla pienempiä kuin viisi (kts. Nummenmaa 2009, 302). Tämän vuoksi vuorovaikutusta kuvaavat muuttajat ja hoitohenkilökunnan ammattia kuvaavat muuttajat luokiteltiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi ja käynnin tarkoitusta kuvaavat muuttajat viisiluokkaiseksi. Aluksi käynnin tarkoitus muuttuja sai 10 arvoa, ammattilainen kolme ja vuorovaikutus neljä. Suun terveyden arvion ja vastaanottokäynnille annettavan arvion yhteyttä vuorovaikutukseen ei raportoitu, sillä haja-arvojen vuoksi Khiin neliö –testillä ei saatu luotettavia tuloksia.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös tutkimustulosten näkökulmasta, jolloin puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisen validiteetin kannalta on tärkeää, että tutkimustuloksiin eivät vaikuta sekoittavat tekijät (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tässä tutkimuksessa mahdollista on, että tutkimukseen valikoitui henkilöitä, jotka olivat kiinnostuneita suun hoidosta. Myöskään ei ole varmuutta siitä jaettiin kyselylomakkeet kaikille asiakkaille järjestyksessä vai valikoituivatko vastaajat. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin kuuluu tutkimustulosten yleistettävyys (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tässä tutkimuksessa tulokset ovat suuntaa antavia, sillä otos oli pieni. Esimerkiksi päivystyksessä käyneitä oli vain 17, minkä vuoksi tuloksia ei voi yleistää. Otoksen koko (N=150) oli kuitenkin riittävä Pro gradu –tutkimukseen.

Tutkimuksen laadullisen ja määrällisen osion tulokset raportoitiin erikseen, mutta pohdinnassa näitä tarkasteltiin yhdessä. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä näin tutkittavasta kohteesta saatiin mahdollisimman kattava kuva ja vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen liittyy myös tutkimuksen eettisyys, jota tulee noudattaa tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyviä tieteellisen käytännön ohjeita (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128-129). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja

tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä, ja tulosten raportointi avointa ja väärilemätöntä. Tutkimuksessa kunnioitetaan toisten tutkijoiden työtä ja tutkimusten tuloksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tässä työssä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkittava aineisto tulee säilyttää huolella, luottamuksellisesti ja tutkittavien henkilöllisyys tulee pitää suojassa (Krause & Kiikkala 1997, 32-33). Tutkittavien tulee saada osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heille tulee selvittää tutkimuksen tarkoitus ja siitä mahdollisesti aiheutuvat riskit. Tutkimuksesta ei saa aiheutua tutkittaville vahinkoa. Tutkimukseen osallistuvia ei saa myöskään johdattaa harhaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128-129). Tutkittavien tulee saada myös riittävästi tietoa, mutta annettu tieto ei saa kuitenkaan vaikuttaa itse tutkimuksen luotettavuuteen (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluun valituille lähetettiin kotiin kirje tutkimuksesta ja sen toteutuksesta sekä suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Heitä myös informoitiin ja saatiin suostumus siitä, että haastattelut nauhoitettiin. Myös kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja lomake täytettiin nimettömänä. Tutkittavia informoitiin haastattelutilanteessa siitä, että haastatteluaineistot jäävät yliopiston käyttöön ja heiltä saatiin suullinen suostumus. Kyselylomakkeessa oli myös tieto, että aineisto kerätään Pro gradu –tutkimusta varten.

Tutkimustuloksia raportoidessa käytettiin suoria lainauksia haastatteluaineistosta, kuitenkin siten, että tutkittavien henkilöllisyys ei tule ilmi vastauksista. Tutkimuksen raportissa ei saa tulla esille sellaista tietoa, joka paljastaa tutkimukseen osallistuneen näkemyksiä niin, että hänet voidaan tunnistaa (Vehviläinen-Julkunen 1997, Uusitalo 1996, 31).

Tutkimuksen aineistot käsiteltiin luottamuksellisesti ja säilytettiin huolella. Tutkimuksen päätyttyä haastattelunauhat luovutettiin Jyväskylän yliopiston käyttöön. Tutkija hävitti omat aineistonsa asianmukaisesti. Tutkimuksen tulokset tullaan raportoimaan myös tutkimusorganisaatiolle. Tutkimukselle ei haettu erillistä tutkimuslupaa, sillä Jyväskylän yliopisto teki jo tutkimuksen ajankohtana yhteistyötä tutkimusorganisaation kanssa.

11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Suun hoidon vastaanottokäynnillä - nuorten näkökulmia onnistuneeseen tilanteeseen

Nuoret aikuiset olivat tyytyväisiä vastaanottokäynteihin. He pitivät tärkeänä sitä, että hoito sujui virheettömästi. Lisäksi nuoret aikuiset kokivat tärkeäksi sen, että vastaanotolla asiakasta kunnioitetaan eikä häntä moitita. Ammatillaiset olivat olleet vastaanottokäynneillä ystävällisiä ja tunnelma oli ollut luotettava ja turvallinen. Ilmapiiiriä kuvattiin myös rauhalliseksi, miellyttäväksi ja ammattimaiseksi. Kunnioitus ja läsnä oleminen ovat terveysneuvonnan lähtökohtia (kts. Miller & Rollnick 2002, Peavy 2004, Mönkkönen 2007, Onnismaa 2007). Tutkimuksen tulos eroaa aiemmasta Östbergin (2005) tutkimuksesta, jossa nuoret kuvailivat tunnelmaa vastaanotolla tiukaksi ja vähemmän luotettavaksi.

Nuoret aikuiset toivoivat, että vastaanottokäynnillä olisi hyvä asiakaspalvelija. He myös totesivat, että ilmapiiiri riippui paljon ammattilaisen ja asiakkaan välisestä henkilökemiasta. Ammatillaisen tyyli ja sosiaalinen kanssakäyminen vaikuttavat motivaation syntymiseen (kts. Miller 2008). Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ammatilla ei ollut vaikutusta siihen, kuinka ystävälliseksi, asiantuntevaksi ja luotettavaksi nuoret aikuiset ilmapiiirin kokivat. Tulos eroaa Abrahamssonin ym. (2006) ja Öhrnin ym. (2008) tutkimuksista, johon osallistuneilla nuorilla oli negatiivisia asenteita hammaslääkäreitä kohtaan. Negatiiviset asenteet voivat johtua osaltaan hammaslääkäreiden tekemistä toimenpiteistä, kuten paikkauksista, juurihoidoista tai hampaiden poistoista.

Nuoret aikuiset pitivät tärkeänä, että sanattomat viestit huomioitaisiin vastaanottokäynnillä. Sanaton viestintä tukee luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymistä (kts. Poskiparta 2002). Öhrnin ym. (2008) tutkimukseen osallistuneilla nuorilla suurin huoli oli, että ammattilainen ei huomaa, jos asiakas tarvitsee taukoa ja he myös pelkäsivät, että ammattilainen ei kiireessä hoida niin hyvin. Kiireen näyttäminen luo asiakkaalle tunteen, että tämä ei ole tärkeä (kts. Onnismaa 2007). Nuoret aikuiset myös toivoivat, että ammatillaiset eivät ”supisisi” keskenään vaan

vuorovaikutus olisi avointa. Huomioiminen ja ajan antaminen lisää Rollnickin ym. (2008, 45) mukaan asiakkaiden arvostusta ammattilaisia kohtaan. Vajaa kolmannes kyselyyn vastanneista nuorista aikuisista kuitenkin koki, että ammattilaiset olivat keskustelleet vastaanotolla huomioimatta vastaajaa. Myös Östbergin (2005) tutkimuksessa nuoret kuvailivat, että ammattilaiset olivat keskustelleet heidän ”päänsä yli” ja heitä oli kohdeltu hoidon objekteina.

Osa tutkimukseen osallistuneista nuorista aikuisista kuvaili, että heillä oli ollut lapsuudessa hammashoittoon liittyviä pelon tunteita, jotka olivat aiheutuneet epämiellyttävistä kokemuksista. Myös aiemmissa tutkimuksissa (kts. Peretz & Efrat 2000, Abrahamsson ym. 2002, Vika ym. 2008) on todettu, että hammashoitopelon taustalla ovat usein aiemmat kokemukset kivusta. Hammashoitajan varaaminen saatettiin myös kokea vaikeaksi, mutta tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ilmennyt, että nuoret aikuiset olisivat jättäneet käymättä hammashoidossa ikävien kokemusten vuoksi. Aikaisempien tutkimusten mukaan hammashoitopelko on usein syynä hammashoidon välttelyyn (kts. Schuller ym. 2003, Skaret ym. 2007). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että pelko voi olla läsnä hoitotilanteessa, mutta aikaisemmat positiiviset kokemukset toivat luottamusta tilanteen onnistumiseen. Myös Skaretin ym. (2005) tutkimuksen mukaan lapsuuden hammashoitokäynnit, joissa kivun hoito on onnistunut, luovat nuorille aikuisille luottamuksen tunteen siitä, että he selviytyvät tilanteesta, jolloin myös tyytyväisyys hoitoon lisääntyy.

Nuoret aikuiset pitivät tärkeänä, että vastaanottokäynnillä asiat kerrottaisiin ymmärrettävästi. Kyselytutkimuksen mukaan lähes kaikilla vastaanottokäynneillä näin oli toimittukin. Myös hoitotoimenpiteen aikana hoidon vaiheet oli kerrottu, samoin ammattilaiset olivat varmistaneet sen, että nuoret aikuiset olivat ymmärtäneet asiat oikein. Asioiden varmistaminen, selkeä kertominen ja refleктоiva toisto ovat vaikuttavaksi todetun motivoivan haastattelun menetelmiä (kts. Miller & Rollnick 2002, Yevlahova & Satur 2009). Nuoret aikuiset lisäksi kuvailivat, että vastaanotolla oli alussa keskusteltu yleisistä asioista ja kuulumisista. Kettusen (2001, 37) tutkimuksen mukaan arkipäiväinen jutustelu ylläpitää läheistä ilmapiiriä ja rakentaa yhteisyyttä ammattilaisen ja asiakkaan välille.

Nuoret aikuiset olivat tyytyväisiä siihen, kuinka heidän mielipiteitään ja näkemyksiään oli kysytty vastaanottokäynnillä. Skaretin ym. (2005) tutkimuksen mukaan nuorten mahdollisuus esittää omia näkemyksiään vastaanottokäynnillä vaikutti siihen, kuinka tyytyväisiä nuoret olivat saamaansa hoitoon. Tässä tutkimuksessa nuoret aikuiset olivat myös voineet esittää kysymyksiä, heidän kysymyksiinsä oli vastattu ja heitä oli kuunneltu. Kuunteleminen ja kysyminen sekä ammattilaisen läsnäolo ovat tärkeitä tekijöitä muutokseen motivoivassa terveysneuvonnassa (kts. Miller & Rollnick 2002).

Nuoret aikuiset olivat saaneet hyvin palautetta suun hoitotottumuksistaan. Tulos eroaa Östbergin (2005) tutkimuksesta, jonka mukaan nuoret halusivat enemmän palautetta omasta suun hoidostaan. Positiivisen palautteen antaminen sekä onnistumisten painottaminen vahvistaa motivaatiota ja edistää avoimen ilmapiirin syntymistä (kts. Miller & Rollnick 2002).

Hieman alle puolet kyselyyn vastanneista nuorista aikuisista koki, että kotihoitotottumusten hyviä ja huonoja puolia oli arvioitu yhteisesti vastaanottokäynneillä. Kasilan ym. (2006) tutkimuksen mukaan neuvontatilanteissa ei aina kartoitettu nuorten itsensä kokemia tarpeita ja valmiuksia neuvontaan ja tapojen muutokseen, vaikka tarvetta muutokseen olisikin. Lisäksi terveysneuvonnoissa ilmeni harvoin muutosprosessista keskustelemista ja tavoitteen asettamista. Tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista nuorista aikuisista koki, että vastaanotolla oli mietitty yhdessä, miten he voisivat jatkossa hoitaa hampaitaan. Motivoivalle haastattelulle on ominaista, että asiakas itse asettaa muutostarpeen yhteisen keskustelun päätteeksi (kts. Miller & Rollnick 2002). Tutkimusorganisaatioissa on järjestetty henkilökunnan koulutuksia, ja myös terveydenhuoltolaissa (2010) ja asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2008) määritellään terveysneuvonta yksilön tarpeet huomioivaksi. Kunnat ovat veloitettuja toteuttamaan myös terveysneuvontaa asetusten ja lakien mukaisesti. Nämä tekijät ovat voineet vaikuttaa siihen, että tänä päivänä nuorten aikuisten kotihoitotottumuksia arvioidaan ja niistä annetaan palautetta enemmän.

Ammattilaiset olivat rohkaisseet kyselyyn vastanneista nuorista aikuisista noin kahta kolmasosaa tekemään terveyttä edistäviä valintoja. Uskon vahvistaminen,

rohkaiseminen ja ammattilaisen luottamus asiakkaan kykyihin vahvistavat asiakkaan motivaatiota (kts. Miller & Rollnick 2002). Myös van Achterbergin ym. (2011) tutkimuksen mukaan asiakkaan itsearvioinnin tukeminen ja ammattilaisen antama sosiaalinen tuki ovat vaikuttavia tapoja muuttaa asiakkaiden terveystottumuksia.

Suurimmalle osalle nuorista aikuisista oli vastaanotolla kerrottu asioista, joista heillä oli jo entuudestaan tietoa. Östbergin (2005) tutkimuksen mukaan nuorten ymmärrys oli rajallista ja nuoret halusivat enemmän tietoa suun hoidosta. Tässä tutkimuksessa nuoret aikuiset totesivat saaneensa riittävästi tietoa, ja heillä oli myös omien sanojensa mukaan ennestään paljon tietoa asioista. Yleisesti tiedon saamista pidettiin tärkeänä asiana. Ammattilaisen tehtävänä onkin varmistaa riittävän tiedon saanti, jotta nuori aikuinen voi itse tehdä päätökset (kts. Kettunen 2001).

Nuoret aikuiset kuvailivat saaneensa ohjeita, joista oli heille hyötyä käytännössä. He myös arvostivat saamiaan ohjeita ja aikoivat hyödyntää niitä. Nuoret aikuiset halusivat, että ohjeista olisi käytännön hyötyä. Esitteet koettiin turhiksi ja tarpeettomiksi. Nuoret aikuiset pitivät tärkeänä sitä, että heille kerrottaisiin, miten omaa suun terveyttä voisi parantaa. Myös Östbergin (2005) tutkimuksen mukaan nuoret halusivat enemmän opastusta oman suun hoidosta.

Nuoret aikuiset pitivät yhtä hyvinä tapoina sitä, että terveysneuvonta tapahtuu hoitotoimenpiteiden kuten tarkastuksen yhteydessä, kuin sitä, että terveysneuvonta oli erillään hoitotoimenpiteestä. Nuorten aikuisten mielipiteet kuitenkin jakaantuivat, mutta tilanteiden toivottiin olevan yksilöllisiä. Yksilöllisyyden huomioiminen on onnistuneen vastaanottotilanteen edellytys ja nuorille aikuisille tulee tarjota heille sopivia tapoja (kts. Asetus neuvolatoiminnasta 2008, Terveystieteiden ja terveydenhuollon laki 2010).

Broadbentin ym. (2006) tutkimuksen mukaan käsitykset suun terveydestä voivat muuttua. Tutkimuksen mukaan niillä nuorilla, joilla iän karttuessa käsitykset pysyivät suun hoidon suhteen hyvinä, myös suun terveys säilyi hyvänä. Tässä tutkimuksessa haastatellut nuoret kuvailivat, että terveysneuvontatutkimus oli vaikuttanut heidän kotihoitotottumuksiinsa positiivisesti, vaikka he eivät olleet tuolloin ymmärtäneet olleensa mukana tutkimuksessa. Vastaavanlaisia tuloksia saatiin myös Tolvasen ym. (2009) tutkimuksessa, jonka mukaan lasten ja nuorten terveystottumusten muuttamista voidaan

parantaa interventioilla, jotka sisältävät suuhygienia- ja ravintoneuvontaa tai käyttämällä monitasoista terveyden edistämishjelmaa. Terveysneuvontatutkimuksen aikaan nuoret olivat olleet ala-asteella, ja tutkimukseen oli sisältynyt terveyden edistämistä sekä koulussa että vastaanotolla. Hausenin ym. (2007) tutkimuksen mukaan monipuolisilla terveyden edistämistoimilla voidaan vähentää kariesen lisääntymistä suomalaisilla kariesaktiivisilla lapsilla.

11.2 Vuorovaikutuksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Hoitohenkilökunnan ammatilla, vastaajien iällä ja kotihoitotottumuksilla sekä käynnin tarkoituksella oli yhteyttä siihen, miten nuoret aikuiset kuvailivat vuorovaikutuksen ja käynnin sisällön toteutumista. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia, sillä tutkimuksen otos oli pieni ja esimerkiksi päivystyksessä käyneitä nuoria aikuisia oli vain noin kymmenesosa vastaajista. Päivystyksessä käyneiltä nuorilta aikuisilta oli muun muassa kysytty vähemmän mielipiteitä ja näkemyksiä ja he olivat saaneet vähemmän palautetta ja käytännössä hyödynnettäviä ohjeita kuin muilla vastaanotoilla. Schoutenin ym. (2003) tutkimuksen mukaan nuoret eivät saaneet tietoa päivystyskäynnillä eri hoitovaihtoehtoista. Tämän tutkimuksen mukaan nuoret aikuiset olivat tyytyväisiä päivystyskäynneillä tiedon määrään, mutta tutkimuksessa ei tullut tarkemmin esille, mistä asioista he olivat saaneet tietoa.

Ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä nuoret aikuiset olivat kuulleet eniten heille ennestään tuttuja asioita. Voidaan olettaa, että nuorilla aikuisilla oli tietoa suun kotihoitoon liittyvistä asioista, sillä esimerkiksi iensairauksien hoitokäynnillä keskustellaan lähes aina kotihoitotottumuksista suuhygienistin kanssa. Suuhygienistin tärkeimpänä tehtävänä on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy, minkä vuoksi he ovat keskeisessä asemassa kotihoitotottumuksista keskusteltaessa (Skaret & Soevdsnes 2005).

Tietämys suun hoidon asioista oli yhteydessä tutkimuksen mukaan kotihoitotottumuksiin. Säännöllisimmin hampaitaan harjaavat nuoret aikuiset ilmoittivat saaneensa enemmän uutta tietoa vastaanotolla suhteessa vähemmän

hampaitaan harjaaviin. Tämä voi johtua siitä, että he ovat kiinnostuneita suun hoidosta jo ennestään ja vastaanottavaisia uudelle tiedolle. Usein aiheesta kiinnostuneille saatetaan kertoa asioista myös enemmän ja he myös saattavat kysyä asioita enemmän. Suun terveysneuvonnan tulisi kuitenkin olla kaikille asiakkaille yhtä suunnitelmallista ja kattavaa (Asetus neuvolatoiminnasta 2008, 23-29).

Tutkimuksen mukaan voidaan todeta, että terveyden edistämiseen kiinnitettiin eniten huomiota ennalta ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynneillä. Ehkäisevän hoidon tai iensairauksien hoidon käynnillä käyneet nuoret aikuiset olivat saaneet ohjeita, joita he pystyivät hyödyntämään käytännössä, vaikka he olivat saaneet vähiten uutta tietoa. Nuoria aikuisia oli myös rohkaistu tekemään terveyttä edistäviä valintoja, heidän kotihoitotottumuksia oli mietitty yhteisesti ja myös arvioitu enemmän ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon käynnillä kuin muulla käynneillä. He olivat myös saaneet enemmän palautetta.

Tärkeää on, että kotihoitotottumukset huomioitaisiin ja niitä arvioitaisiin myös muilla suun hoidon vastaanottokäynneillä. Osa asiakkaista varaa ajan vain tarpeen vaatiessa, jolloin olisi tärkeää, että myös muilla käynneillä kiinnitettäisiin huomiota terveyden edistämiseen. Honkalan ym. (2006) mukaan koko suun terveydenhuollon henkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota suun terveyden edistämiseen ja ohjata aktiivisesti hampaiden harjausta.

Tutkimuksessa havaittiin eroja suun terveyden edistämässä myös ammattilaisten välillä. Suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanotolla oli mietitty enemmän, miten nuoret aikuiset voisivat jatkossa hoitaa hampaitaan paremmin. Suuhygienistit ja hammashoitajat olivat myös antaneet enemmän palautetta, arvioineet nuorten aikuisten kotihoitotottumuksia ja rohkaisseet heitä terveyttä edistävien valintojen tekemisessä. Lähes kaikki nuorista aikuisista olivat saaneet suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanotolla ohjeita, joista oli heille käytännössä hyötyä. Myös Honkalan ym. (2002) tutkimuksen mukaan hammaslääkärit osallistuivat vähemmän terveysneuvontaan.

Ammattilaisten välillä oli eroavaisuutta lisäksi siinä, miten nuoret aikuiset oli huomioitu vastaanottokäynnillä. Hammaslääkärillä käyneet nuoret aikuiset kokivat hieman

enemmän, että ammattilaiset olivat keskustelleet keskenään heitä huomioimatta. Tutkimuksessa ei selvitetty tarkemmin, liittyikö keskustelu hoitoon vai muihin asioihin. Hammaslääkäri ja hammashoitaja työskentelevät työparina, minkä vuoksi he myös keskustelevat keskenään. Sen sijaan suuhygienisti työskentelee yksin, samoin hammashoitaja tehdessään itsenäistä vastaanottotyötä.

lältään 20 – 24 -vuotiaat suhtautuivat hieman kriittisemmin siihen, oliko heille kerrottu riittävän tarkasti, mitä käynnillä tehtiin. Eroja muihin vastaajaryhmiin oli myös siinä, miten nuoret kokivat sen, oliko heiltä varmistettu asioiden ymmärtäminen. Myös Öhrnin ym. (2008) tutkimuksen mukaan nuoret ovat kriittisempiä vaativimpia suun hoitopalveluiden suhteen kuin vanhemmat ikäluokat.

11.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta seuraavaa:

- Nuoret aikuiset olivat tyytyväisiä vastaanottokäyntien ja terveysterveystilanteiden vuorovaikutukseen, sisältöön ja ilmapiiriin. Myös heidän tärkeänä pitämät asiat olivat toteutuneet vastaanotolla hyvin.
- Nuoret aikuiset oli huomioitu vastaanottokäynneillä, vaikkakin hammaslääkärillä käyneet nuoret aikuiset kokivat hieman enemmän, että ammattilaiset olivat keskustelleet keskenään huomioimatta heitä. Henkilökunnan ammatilla ei ollut vaikutusta siihen, kuinka ystävälliseksi, asiantuntevaksi ja luotettavaksi nuoret aikuiset ilmapiiriin kokivat.
- Eniten uutta tietoa olivat saaneet nuoret aikuiset, joiden suun hoitotottumukset olivat jo hyvät. Nuoret aikuiset pitivät tietoa ja käytännöllisiä ohjeita suun terveydestä tärkeänä. Tutkimuksen tulos rohkaisee suun terveydenhoidon ammattilaisia toteuttamaan terveysterveystilanteita jatkossakin. Sen sijaan nuoret aikuiset eivät arvostaneet esitteitä, vaan he nimenomaan halusivat käytännöllisiä ohjeita. Tämä luo haastetta monipuolisten terveyden edistämisen menetelmien käyttämiseen.
- Suun terveyden edistämiseen oli kiinnitetty eniten huomiota suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanotoilla. Terveyden edistämisen tulisi kuitenkin olla

koko suun terveydenhoitohenkilöstön yhteinen asia. Päivystyskäynneillä asiakkaat ovat yleensä niitä, joilla on suurin hoidon tarve. Suun terveydenhuollossa tähän ryhmään tulisi kohdentaa panostusta, jotta asiakkaat saataisiin motivoitua parempaan suun hoitoon. Suun terveydenhoitohenkilöstön kouluttaminen hallitsemaan motivoivan haastattelun menetelmät tehostaisi terveyden edistämistä kaikilla vastaanottokäynneillä. Myös hammaslääkäreillä on mahdollisuus tukea asiakkaitaan kotihoitotottumusten muutosprosessissa.

Jatkossa suuremmalla aineistolla ja pitkäaikaistutkimuksella voidaan tutkia, miten muutosvalmius on muuttunut terveysneuvonnan jälkeen. Kiinnostavaa olisi nähdä, millaisia vaikutuksia motivoivaan haastatteluun perustuvalla terveysneuvonnalla on asiakkaiden kotihoitotottumuksiin ja muutosvalmiuteen sekä vuorovaikutuksen kokemiseen. Aiemmissä tutkimuksissa tuli esiin suun hoidon vastaanottokäynteihin liittyvä pelon tunne. Tätä ei tutkimuksessa käytetyssä lomakkeessa kysytty, joten jatkossa lomakkeeseen voidaan liittää kysymys siitä, onko asiakkailla pelon tunteita hammashoitoa kohtaan, miten pelkoa on huomioitu ja mistä pelko johtuu. Nyt suunniteltua lomaketta voi jatkossa käyttää myös vanhemmilla ikäryhmillä sekä haastattelun tukena, jolloin haastatteleamalla voidaan syventää lomakkeen avulla esiin tulleita asioita.

Jatkotutkimushaasteina jo kerätystä aineistosta voidaan tutkia, miten oman suun terveyden arvio ja suun terveyden tärkeys vaikuttavat kotihoitotottumuksiin, muutosvalmiuteen, ohjeiden hyödyntämiseen ja kykyyn hoitaa omia hampaita. Samoin jatkotutkimushaasteena on selvittää, millainen yhteys on muutosvalmiudella ja kotihoitotottumuksilla sekä asiakkaan omalla kyvyllä hoitaa hampaitaan. Kerätty haastatteluaineisto oli laaja, joten haastateltujen nuorten aikuisten vastauksia olisi kiinnostavaa vielä tarkemmin verrata kyselytutkimuksella saatuihin tietoihin.

LÄHTEET

Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16:188-96.

Abrahamsson KH, Hakeberg M, Stenman J, Öhrn K. Dental beliefs: evaluation of the Swedish version of the revised Dental Beliefs Survey in different patient groups and in a non-clinical student sample. *European Journal of Oral Sciences* 2006;114:209-15.

van Achterberg T, Huisman-de Waal GG, Ketelaar NA, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HC. How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behavior change techniques. *Health Promotion International* 2011;26(3):148-162.

Almomani F, Williams K, Catley D, and Brown C. Effects of an Oral Health Promotion Program in People with Mental Illness. *Journal of Dental Research* 2009;88(7):648-52.

Al-Omiri MK, Board J, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Oral Health Attitudes, Knowledge, and Behavior Among School Children in North Jordan. *Journal of Dental Education* 2006;70(2):179-87.

Amstrong, MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews* 2011;12:709-23.

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta selä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 37. Helsinki, 2008.

Baer JS, Peterson PL. Motivational interviewing with Adolescents and Young Adults. Teoksessa Miller WR, Rollnick S (toim.) *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Second Edition. New York: The Guildford Press, 2002: 320-32.

Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *Journal of Dental Research* 2006;85(4):339-43.

Brukiene V, Aleksejuniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2009;19:163-71.

Chen M-Y, Chou C-C, Hsu C-Y. The experiences of overweight female adolescents after health promotion counseling. *Journal of Nursing Research* 2005;13(1):41-48.

Driskell JA, Meckna BR, Scales NE. Differences exist in the eating habits of university men and women at fast-food restaurants. *Nutrition Research* 2006;26:524-30.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino: Jyväskylä, 2008.

European Commission. Directorate-General for Health and consumers. Special Eurobarometer 330. Report. Oral Health. [www-dokumentti] Helmikuu 2010 [haettu 19.11.2010] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf

Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 1995;26:139-44.

Fitzgerald RP, Murray Thomson W, Schafer CT, Loose MATH. An exploratory qualitative study of Otago adolescents' views of oral health and oral health care. *New Zealand Dental Journal* 2004;3:62-71.

Freeman R. Child oral health promotion experiences in Northern Ireland. *British Dental Journal* 2002;192(3):75.

Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S, Weinstein P. Effects of motivational interviewing on rates of early childhood caries: A randomized trial. *Pediatric Dentistry* 2007;29(1);16-22.

Hausen H, Seppä L, Poutanen R, Niinimaa A, Lahti S, Kärkkäinen S, Pietilä I. Noninvasive Control of Dental Caries in Children with Active Initial Lesions. *Caries Research* 2007;41:384-91.

Hausen H, Kärkkäinen S, Seppä L. Application of the high-risk strategy to control dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000;28:26-34.

Heckman CJ, Egleston BJ, Hofman MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control* 2010;19(5):410-16.

Helminen S, Hiiri A, Pietilä I, Remes-Lyly T, Rönholm K, Utriainen P. Terveysthuollon perustana terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2005;19(12):1131-36.

Hietasalo P, Tolvanen M, Seppä L, Lahti S, Poutanen R, Niinimaa A, Hausen H. Oral health related behaviors predictive of failures in caries control among 11-12-yr-old Finnish schoolchildren. *European Journal of Oral Sciences* 2008;116:267-71.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2000.

Honkala S, Honkala E, Rimpelä A, Vikat A. Oral hygiene instructions and dietary sugar advice received by adolescents in 1989 and 1997. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2002;30:124-32.

Honkala S, Rimpelä A, Välimaa R, Tynjälä J, Honkala E. Suomalaisnuoret ovat edelleen laiskoja hampaiden harjauksessa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2009;23(8): 18-22.

Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H, Pietinen P (toim.) Yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi. Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007-2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B30/2008.

Jakonen, S. Tossavainen K. Vertio H. Lasten ja nuorten terveydenluku-aidon oppiminen – haaste terveysneuvonnalle ja opetukselle. Suomen Lääkärilehti 2005;60(27-29):2891-96.

Jamieson LM, Mejia GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF. Predictors of untreated dental decay among 15-34-year-old Australians. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2009;37:27-34.

Kandiah J, Yake M, Jones J, Meyer M. Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. Nutrition Research 2006;16:118-23.

Kannas L. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-J, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002: 412-22.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. [www-dokumentti]. 1972. [haettu 18.10.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kasila K, Poskiparta P, Kettunen T, Pietilä I. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2006;34:419-28.

Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I, Variation in assessing the need for change of snacking habits in schoolchildren's oral health counselling. International Journal of Pediatric Dentistry 2008;18:107-16.

Karieksen hallinta. Käypä hoito 10.2.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. [Haettu 8.12.2009]. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50078>.

Kawamura M, Takase N, Sasahara H, Okada M. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan : comparison by sex and age group. Journal of Oral Sciences 2008; 50(2):167-74.

Kettunen T, Liimatainen L, Poskiparta P. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Tampere: Tammer-Paino, 1996.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2001.

Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. Health Education Research 2001;16(2):227-38.

Kettunen T, Liimatainen L, Villberg J, Perko U. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient Education and Counseling* 2006;62(1-3):159-166.

Koivusilta L, Honkala S, Honkala E, Rimpelä A. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *Journal of Dental Research* 2003; 82(5):361-66.

Koponen P, Hakulinen T, Pietilä A-M. Asiakas ja terveysterveyst. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M, Sirola K (toim.) *Terveysten edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 2002:78-130.

Koski-Jännes A. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P (toim.) *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2008: 41-64.

Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.) *Nuorten aikuisten terveyst. Terveyst 2000 – tutkimuksen perustulokset 18-29 –vuotiaiden terveystestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Kansanterveystlaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki: Kansanterveystlaitos, 2005.

Krause K, Kiiikkala I. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä, 1997.

Kunttu K, Huttunen T. *Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Ylioppilaiden terveystenhoitosäätiön tutkimuksia 45*. Helsinki: YTHS, 2009.

Kyngäs H, Vanhanen L. *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede* 1999;11(1):3-12.

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

Kääriäinen M, Kyngäs H. *Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteissä*. *Hoitotiede* 2005;17(5):250-57.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. *Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi*. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy: 2003:21-43.

Leino-Kilpi H. *Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen?* Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 1997: 222-31.

Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. *Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveystkysely 2000–2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 20/2010*. Helsinki 2010.

Maes L, Maser M, Honkala S. *Oral health*. Teoksessa Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow Rasmussen V (toim.) *Young*

people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. WHO Europe. Health Policy for Children and Adolescents No4, 2004:130-32.

Martins R, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review* 2009;29(4):283-93.

Meriläinen T, Isokangas P, Alanen P. Kariuksen vähenemisen vaikutukset preventioon, kustannuksiin ja työnjakoon. Teoksessa Widström E, Luoma A-R, Isokangas P, Meriläinen T, Suominen-Taipale L, Alanen P (toim.) *Hammaskaries on vähentynyt – syyt ja seuraukset*. Raportteja 209. Helsinki: Stakes, 1997:55-64.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Second Edition. New York: The Guildford Press, 2002.

Miller W. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P (toim.) *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2008: 16-40.

Modeer T, Dahllöf G, Storhaug K, Svedsen P. Yleishammaslääkärin osuus pitkäaikaissairaiden lasten hammashoidossa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 1998;5(5):262-68.

Mustajoki P. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(42):4235-37.

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

Nieminen H. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 1997: 215-221.

Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. Suun terveydenhuoltoa terveystieteissä 1970-luvulta vuoteen 2000. Raportteja 278. Helsinki: Stakes, 2004.

Nummenmaa L. *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2009.

Okullo I, Åström AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004;32:447-55.

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

Parodontiitin ehkäisy, varhaisdiagnostiikka ja hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2010;8:19-27. [www-dokumentti] 7.6.2010 [Haettu 24.8.2010] <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50086.pdf>.

Peavy, RV. Sosiodynaaminen näkökulma ja ohjauksen käytäntö. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H, Spangar T (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 3. Ohjaustyön välineet. Juva: WS Bookwell Oy, 2004: 16-49.

Petersen PE, Jiang H, Peng B, Jun Tai B, Bian Z. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2008;36:76-84.

Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2000;10:126-32.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 1997;46.

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 2001;45:69-79.

Poskiparta M. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola S (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Vammalan Kirjapaino OY, 2002:24-35.

Poskiparta M, Kasila K, Hausen H. Terveysneuvonta osa lasten kariksen ehkäisyä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2003;10-11:550-54.

Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviors. *Acta Odontologica Scandinavica* 2005;63(1):10-16.

Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica* 2006;64(5):286-292.

Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Gender differences in child-related and parent-related determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12-year-old Finnish schoolchildren. *Acta Odontologica Scandinavica* 2007;65(4):194-200.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical model and stages of change. Teoksessa Glanz K, Rimer BK, Marcus Lewis F (toim.) *Health Behavior and Health Education. Theory, research, and practice*. 3rd edition. Jossey-Bass, 2002:99-120.

Rannisto H, Tolvanen M, Poutanen R, Lahti S. Porilaisten 6- ja 7-luokkalaisten lasten kokemat hampaiden reikiintymistä edesauttavat houkutukset jokapäiväisessä elämässä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2007;1-2:8-14.

Rantavuori K. Aspects and determinants of children's dental fear. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica*. 2008;991.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior. New York: The Guildford Press, 2008.

Schouten BC, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003;31:368-77.

Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003;31:116-21.

Sewon L. Parodontologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H, Luukkanen M. *Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja*. Helsinki: Academica Kustannus, 1996:589-618.

Skaret E, Weinstein P, Kvale G, Raadal M. An intervention program to reduce dental avoidance behavior among adolescents: a pilot study. *European Journal of Pediatric Dentistry* 2003;4(4):191-96.

Skaret E, Soevdnes E-K. Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene* 2005;3:2-6.

Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2005;33:150-57.

Skaret E, Berg E, Kvale G, Raadal M. Psychological characteristics of Norwegian adolescents reporting no likelihood of visiting a dentist in a situation with toothache. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2007;17:430-38.

Suni J. Yhä useammilla lapsilla ja nuorilla reikiä hampaissa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2006;13(20):1197.

Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A, Aromaa A (toim.) *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004*. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004

Tenovuo J. Kariologia. Teoksessa Meurman JH, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H, Luukkanen M. *Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja*. Helsinki: Academica Kustannus, 1996: 479-504.

Terveysdenhuoltolaki. Eduskunnan vastaus 244/2010 vp. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. Helsinki, 2010.

Tervonen M-M, Poutanen R, Lahti S. Ala-asteikäisten lasten vanhempien suun terveyteen liittyvät uskomukset sekä heidän lastensa suun terveystavat. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2006;13(8):454-58.

Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma. Helsinki 2007. [www-dokumentti] [Haettu 8.12.2009] Saatavissa <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Tolvanen M, Lahti S, Poutanen R, Seppä L, Pohjola V, Hausen H. Changes in children's oral health-related behavior, knowledge and attitudes during 3.4-yr randomized clinical trial and oral health-promotion program. *European Journal of Oral Science* 2009;117:390-97.

Tolvanen M, Lahti S, Hausen H. Changes in toothbrushing frequency in relation to changes in oral health-related knowledge and attitudes among children – a longitudinal study. *European Journal of Oral Sciences* 2010;118:284–89.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002.

Turku R. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki, 2002. [www-dokumentti] 14.4.2004 [Haettu 2.1.2010] <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>.

Uusitalo H. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY, 1996.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 1997: 26-34.

Vehviläinen-Julkunen K, Paunonen M. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 1997: 206-14.

Vika M, Skaret E, Raadal M, Öst L-G, Kvale G. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2008;18:163-69.

Väisänen L, Niemelä M, Suua P. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja, 2009.

Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83(9),711-18.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children. *Journal of the American Dental Association* 2004;135(6);731-38.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries. Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association* 2006;137(6);789-93.

Widström E. Hammassairaudet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 2005:236-41.

Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Australian Dental Journal* 2009;54:190-97.

Öhrn K, Hakeberg M, Abrahamsson KH. Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *International Journal of Dental Hygiene* 2008;6;205-13.

Östberg A-L. Adolescents' views of oral health education. A qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica* 2005;63(5),300-7.

Terveyden edistämisen tutkimuskeskus
Terveystieteiden laitos
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto

Jyväskylä 8.3.2010

Hyvä vastaanottaja

Olet osallistunut Porissa vuosina 2002-2005 Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen toteuttamaan suun terveyttä koskevaan terveysneuvontatutkimukseen. Tutkimukseen kuului terveysneuvontatilanteiden videointeja ja yksilöhaastatteluja. Tänä vuonna yksilöhaastattelut on tarkoitus toteuttaa uudestaan. Pyytäisimme Sinua osallistumaan haastatteluun, jolla pyritään selvittämään nuorten kokemuksia suun terveyden edistämisestä ja suun terveysneuvonnasta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, mutta jokaisen haastatteluun osallistuvan panos on kuitenkin erittäin tärkeää. Haastattelututkimusta varten antamasi tiedot säilytetään ja käsitellään ehdottoman luottamuksellisina. Haastattelut toteutetaan kevään 2010 aikana Porin kaupungin Suun terveydenhuollossa, pääterveysaseman hammashoitolassa. Käyntiosoite on Maantiekatu 31, Pori.

Toivomme Sinun suhtautuvan myönteisesti tähän tutkimuspyyntöön. Pyydämme Sinua palauttamaan suostumuslomakkeen mahdollisimman pian, viimeistään 23.3.2010 mennessä oheisessa kirjekuoressa, vaikka et osallistuisikaan tutkimukseen. Suostumuksen saatamme otamme Sinuun henkilökohtaisesti yhteyttä valitsemallasi tavalla. Annamme mielellämme myös lisätietoja tutkimuksesta.

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Kukka-Maaria Leivonen
Terveystieteiden maisteri- opiskelija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
kukka-maaria.leivonen@jyu.fi
puh. 046-581 2393

Kirsti Kasila
Terveyskasvatuksen lehtori, TtT
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
kirsti.kasila@jyu.fi
puh. (014) 260 4541

Ilpo Pietilä
Suun terveydenhuollon päällikkö
Porin kaupunki
Perusturvakeskus
ilpo.pietila@pori.fi
puh. (02) 621 3413

Terveyden edistämisen tutkimuskeskus
Terveystieteiden laitos
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto

Suostumuslomake

Suun terveysneuvonta –haastattelututkimus 2010

Suostumus (merkitse X)

Osallistun tutkimukseen	
En osallistu tutkimukseen	

Täytä alla olevat tiedot selvästi tekstaten

Sukunimi	
Etunimet	
Osoite	
Puhelin	
Sähköposti	

Yhteydenottotapa, jos osallistut tutkimukseen (merkitse X)

Puhelimitse	
Sähköpostilla	

Palauta tämä suostumuslomake oheisessa kirjekuoressa mahdollisimman pian, viimeistään 23.3.2010 mennessä, vaikka et osallistuisikaan tutkimukseen. Kiitos!

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Kukka-Maaria Leivonen
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

25.04.2010

TEEMAHAASTATTELURUNKO

TAUSTATIEDOT

- ikä
- sukupuoli
- asuinpaikka (keskusta, lähiö, haja-asutusalue)
- asumismuoto (kerrostalo, rivitalo, omakotitalo)
- opiskelija / työtön / työssä
- opiskelupaikka / koulutus / nyk. ammatti
- koulumenestys / suhde opiskeluun
- edellinen hammashoitokäynti, milloin? Kuinka usein viimeisen vuoden aikana on käynyt hammashoidossa. Mitä tehty?

TEEMAT

Perhe

- Puhuttiinko teillä kotona lapsuudessa suun terveyteen liittyvistä asioista?
- Millainen vanhempien malli suun terveydestä oli lapsuudessasi?
- Kuinka tärkeänä suun terveyttä pidettiin lapsuudenkodissasi?

Suun terveyskäyttäytyminen

- Mitkä tekijät mielestäsi edistävät, mitkä heikentävät suun terveyttä?
- Miten nämä asiat toteutuvat omalla kohdallasi?
- Miten arvioit, onko sinulla tarvetta muuttaa toimintatapojasi?
- Oletko viime aikoina muuttanut suun terveyteen liittyviä toimintatapojasi?
Mitä?
- Mitkä tekijät helpottivat/vaikeuttivat muutoksen tekemistä?

Suun terveyden merkitys

- Miten arvioisit omaa suun terveyttäsi tällä hetkellä?
- Mitä suun terveys sinulle merkitsee?
- Miten tärkeäksi koet suun terveyden (asteikolla 1-10)?

Suun terveysneuvontatilanne (yleisesti)

- Miten kuvailisit yleisesti suun terveysneuvontatilanteita, joissa olet ollut mukana?
- Millaisia odotuksia sinulla on ollut neuvontatilanteista?
- Millaisia tunteita neuvontatilanteet sinussa herättävät?
- Millainen ilmapiiri neuvontatilanteissa on ollut?
- Millainen oma roolisi neuvontatilanteissa on ollut?
- Millainen ammattilaisen rooli neuvontatilanteissa on ollut?
- Oletko saanut kysytyä kaikki tarvittavat asiat?
- Mitä asioita pidät tärkeänä neuvontatilanteissa?
- Minkä verran olet mielestäsi saanut suun terveysneuvontaa? Osaatko arvioida, kuinka usein hammashoitokäynneilläsi olet saanut neuvontaa?
- Millaista suun terveysneuvontaa mielestäsi tarvitsisit?
- Miten näkisit, että suun terveysneuvontatilanteita voisi kehittää?

Ohjeet suun terveydestä

- Millaisia ohjeita olet saanut neuvontatilanteissa? Mistä aiheista ja missä muodossa ?
- Muistatko jonkun tietyn ohjeen?
- Oletko pystynyt hyödyntämään saamiasi ohjeita?
- Kuinka hyödyllisenä yleensä pidät saamiasi ohjeita?

Terveysneuvontatutkimus 2002-2005

- Mitä muistat kyseisestä tutkimuksesta?
- Miltä tutkimuksessa mukana olo tuntui?
- Mikä on mielestäsi ollut tutkimuksen tärkein hyöty omalla kohdallasi?
- Oletko voinut hyödyntää tutkimuksen aikana saamiasi tietoja ja saamaasi neuvontaa?

Mitä muuta vielä haluaisit sanoa suun terveysneuvontaan liittyen?

Porin kaupunki / Perusturvakeskus**SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIAKASKYSELY 2011****Hyvä vastaanottaja**

Asiakaskyselyn tarkoituksena on kartoittaa 15 – 30 -vuotiaiden asiakkaiden kokemuksia suun terveydenhuollon vastaanottokäynneistä. Samalla selvitetään myös asiakkaiden näkemyksiä omasta suun terveydestä ja terveystottumuksista. Kyselyn kautta saadaan asiakkailta tietoa vastaanottokäyntien asiakaslähtöiseen toteuttamiseen. Kyselytutkimus toteutetaan Jyväskylän yliopiston pro gradu -työnä.

Asiakaskyselyn toteuttaminen 4.4.-29.4.2011:

Kyselylomake jaetaan jokaiselle 15 - 30 -vuotiaalle asiakkaalle hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan vastaanottokäynnin jälkeen. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja se täytetään nimettömänä. Tarkoitus on, että asiakkaat täyttävät kyselyn heti vastaanottokäynnin jälkeen ja palauttavat sen odotustilassa olevaan palautuslaatikkoon. Huolehdittehan hoitoloissanne, että odotustilassa on kyselyn palauttamista varten oma palautuslaatikkonsa sekä kyniä kyselyn täyttämistä varten.

Täytetyt lomakkeet palautetaan heti kyselyajan päätyttyä, kuitenkin viimeistään pe **6.5.2011** mennessä osoitteella Porin kaupunki, Suun terveydenhuolto / Sari Ramberg, PL 33, 28601 Pori.

Yhteistyöstä kiittäen,

Kukka-Maaria Leivonen
Terveystieteiden maisteri- opiskelija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
kukka-maaria.leivonen@jyu.fi
puh. 046-581 2393

Kirsti Kasila
Terveyskasvatuksen lehtori, TtT
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
kirsti.kasila@jyu.fi
puh. (014) 260 4541

Ilpo Pietilä
Suun terveydenhuollon päällikkö
Porin kaupunki
Perusturvakeskus
ilpo.pietila@pori.fi
puh. (02) 621 3413

SUUN TERVEYDENHUOLLON ASIAKASKYSELY 2011

Asiakaskyselyllä kerätään tietoa vastaanottokäyntiin liittyneistä tapahtumista ja kokemuksistasi sekä suun terveydestäsi ja terveystottumuksistasi. Asiakaskysely toteutetaan Jyväskylän yliopiston pro gradu – työnä. **Vastaa merkitsemällä rasti oikeaan tai sopivimman vaihtoehdon mukaiseen ruutuun. Avoimeen kysymykseen voit vastata omin sanoin. Kyselyyn vastataan ilman nimeä, joten kenenkään vastaajan henkilökohtaisia vastauksia ei voida jäljittää.**

Kiitos vastauksistasi!

1. Ikäsi _____

2. Sukupuoli nainen mies

3. Kenen vastaanotolla kävit?

- hammaslääkäriin
 suuhygienistiin
 hammashoitajan

4. Mikä oli käynnin tarkoitus? (vastaa omin sanoin) _____

5. Mitä mieltä olet suun terveydestäsi?

Onko se

- erittäin hyvä
 melko hyvä
 keskinkertainen
 melko tai erittäin huono

6. Kuinka usein harjaat hampaasi?

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran viikossa
 vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin
 kerran päivässä
 useammin kuin kerran päivässä

7. Kuinka usein käytät hammaslankaa?

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran viikossa
 vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin
 päivittäin

8. Kuinka usein käytät erilaisia naposteluotteita kuten sipsejä, karkkeja, limsaa, energiajuomia, makeita välipaloja jne.?

- harvemmin kuin kerran viikossa
 1-2 kertaa viikossa
 3-5 kertaa viikossa
 useammin kuin 5 kertaa viikossa

	Kyllä	En	Ei ole tarvetta
9. Haluatko muuttaa hampaiden harjaustottumuksiasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haluatko muuttaa hammaslangan käyttötottumuksiasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haluatko muuttaa napostelutottumuksiasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Kuinka tärkeäksi koet suun terveyden kouluarvosanoilla (4-10) mitattuna? _____

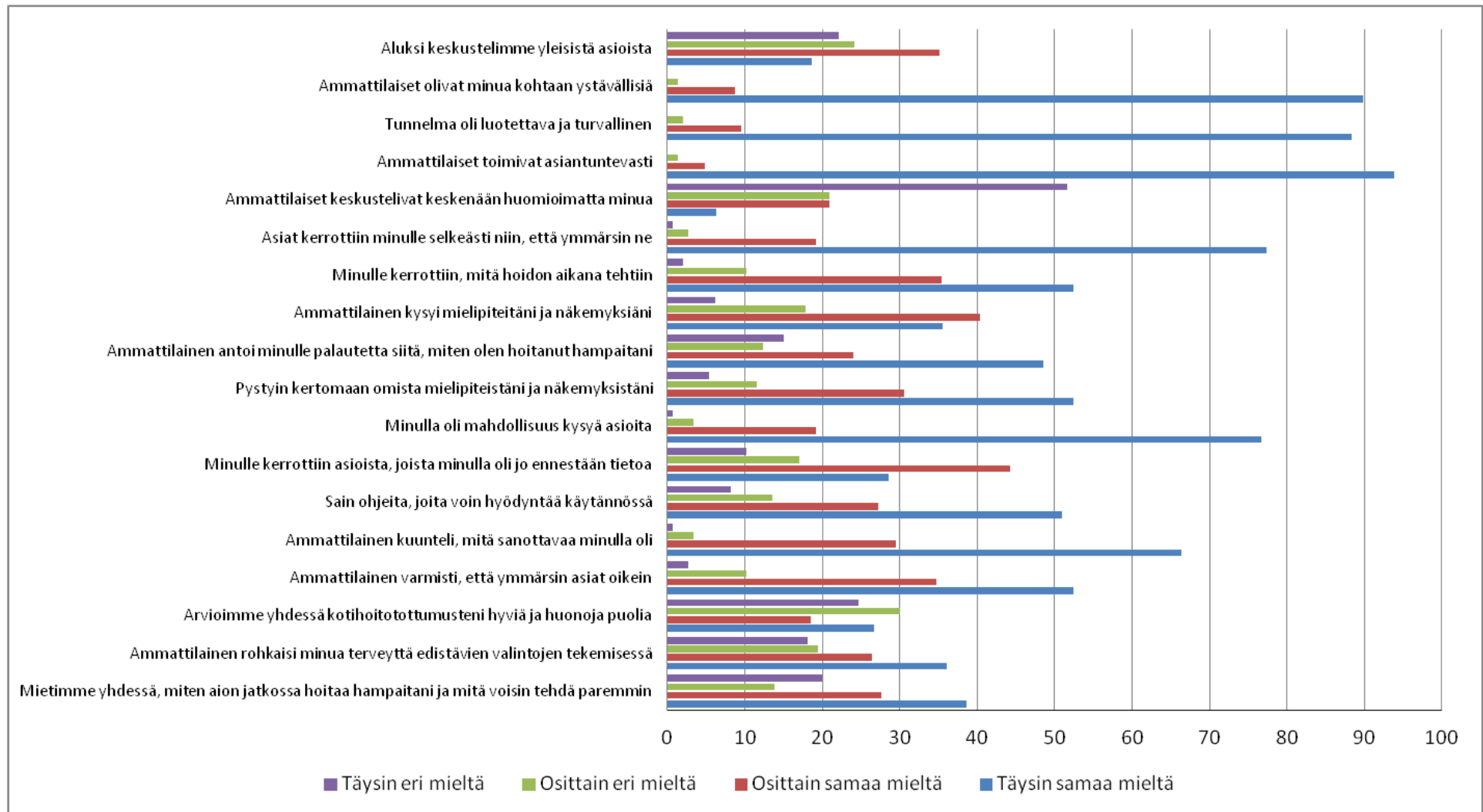
13. Mitä mieltä olet vastaanottokäynnistä? Vastaanottokäynnillä...

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Aluksi keskustelimme yleisistä kuulumisista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilaiset olivat minua kohtaan ystävällisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnelma oli luotettava ja turvallinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilaiset toimivat asiantuntevasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilaiset keskustelivat keskenään huomioimatta minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiat kerrottiin minulle selkeästi, niin että ymmärsin ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle kerrottiin, mitä hoidon aikana tehtiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilainen kysyi mielipiteitäni ja näkemyksiäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilainen antoi minulle palautetta siitä, miten olen hoitanut hampaitani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pystyin kertomaan omista mielipiteistäni ja näkemyksistäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla oli mahdollisuus kysyä asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle kerrottiin asioista, joista minulla oli jo ennestään tietoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain ohjeita, joita voin hyödyntää käytännössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilainen kuunteli, mitä sanottavaa minulla oli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilainen varmisti, että ymmärsin asiat oikein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvioimme yhdessä kotihoitotottumusteni hyviä ja huonoja puolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattilainen rohkaisi minua terveyttä edistävien valintojen tekemisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietimme yhdessä, miten aion jatkossa hoitaa hampaitani ja mitä voisin tehdä paremmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
14. Aion hyödyntää vastaanottokäynnillä saamiani ohjeita ja neuvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pystyn hoitamaan hampaitani niin, että ne pysyvät terveinä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Minkä kouluarvosanan (4-10) annat tavasta, jolla vastaanottokäynti oli toteutettu? _____				

Vastaanottokäynteihin liittyvät odotukset. Esimerkki analyysin etenemisestä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>H1: Ei mul mitää semmosii odotuksii oo.</p> <p>H2: Ei ei siel nyt ainakaan viime ai-koina oo silleen ollu mitään kun kuiteski tietää silleen aika hyvin mut et.</p> <p>H4: No eipä paljon odotuksia oo.</p> <p>H5: Niin no ei oikeestaa mitään sil-leen, en mää tiä.</p>	<p>H1: Ei ennakko-odotuksia</p> <p>H2: Ei odotuksia neuvonnan suhteen ole ollut viime aikoina.</p> <p>H4: Ei ole paljon odotuksia hoitoon mennessä</p> <p>H5: Ei ole odotuksia hammashoidon suhteen</p>	<p>Ei ennakko-odotuksia vastaanottokäynnin suhteen</p>	Vastaanottokäynteihin liittyvät odotukset
<p>H5: Mä oon ain vaa aatellu et korjaan ne kuntoon jos on jotain semmosta.</p> <p>H1: No enemmänki sit miettii omalt puolelt et kuihan pal siel reikiä täl kertaa niinku on.</p>	<p>H5: Ajattelee vain, että hoidetaan hampaat kuntoon</p> <p>H1: Miettii, kuinka paljon reikiä tällä kertaa on.</p>	<p>Hampaiden terveyteen liittyvät odotukset</p>	
<p>H6: No, mä odotan silt tilanteelta sitä, että siel on joku mukava asiakas, hyvä asiakaspalvelija hammashoitaja kautta lääkäri ...</p> <p>H3: Siis, sen mä niinku odotan ja vähä niinku muissakin tilanteissa, et mä sit haluan just niinku, et mua kohdellaan siin sit hyvin. Et.</p> <p>H3: Ja sit kun mä en siit tykkää niin mä haluan et mua kuitenkin on niinku suht hyvä olla siellä.</p>	<p>H6: Odottaa että olisi hyvä asiakaspalvelija</p> <p>H3: Haluaa että kohdellaan hyvin</p> <p>H3: Haluaa, että on hyvä olla, kun ei tykkää hammaslääkäristä</p>	<p>Odotukset hyvästä asiakaspalvelusta</p>	
<p>H4: Että, ei se nyt, potilaan täytyy ehkä vaan asen..niinku asennoituu siihen sillai että, ei se sua nyt syytä.</p> <p>H4: Yrittää vaan sun hyväkses neuvoo.</p>	<p>H4: Potilaan täytyy asennoitua ettei häntä syytetä</p> <p>H4: Potilaan tulee ajatella että neuvot on hänen hyväkseen</p>	<p>Potilaan oma asennoituminen</p>	



Liitekuva 1. Vuorovaikutuksen toteutuminen suun hoidon vastaanottokäynnillä (N=150)