

SUUHYGIENISTIEN TERVEYSNEUVONTA  
11–12-VUOTIAILLE KOULULAISILLE

Hanna-Mari Kommonen  
Päivi Vitikainen  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2008

## TIIVISTELMÄ

Suuhygienistien terveysneuvonta 11–12-vuotiaille koululaisille

Hanna-Mari Kommonen ja Päivi Vitikainen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatus

Pro gradu -tutkielma, 64 sivua, 3 liitesivua

Kevät 2008

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen neuvontatilanne on vuorovaikutuksellisesti suuhygienistien ja 11–12-vuotiaiden koululaisten välillä yksilöllisessä suuhygienianeuvonnassa. Lisäksi havainnoidaan, muuttuvatko koululaisten suuhygieniatottumukset neuvonnan edetessä.

Tutkimusaineisto on osa Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen Terveysneuvonnan vuorovaikutusprosessit suun terveydenhuollon toimintakulttuurissa -tutkimusta. Aineisto koostuu vuonna 2002 videoiduista ja litteroiduista neljän naissuuhygienistin toteuttamista neuvontakeskusteluista kahdeksalle 11–12-vuotiaalle koululaiselle. Jokainen koululainen kävi neuvonnassa 4–5 kertaa. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Neuvontatilanteita tarkasteltiin asiantuntijajohtaisen, kasvatuksellisen ja voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistavan kautta. Suuhygieniatottumusten muutoksen analysoimisessa viitekehyksenä käytettiin lisäksi transteoreettista muutosvaihemallia.

Suun terveysneuvonta oli pääsääntöisesti asiantuntijajohtoista. Kasvatuksellisen lähestymistavan piirteitä oli havaittavissa muutamassa vuorovaikutustilanteessa, kun taas voimavarakeskeistä lähestymistapaa ei ilmennyt tässä tutkimuksessa. Muutoksia parempaan koululaisten suuhygieniatottumuksissa oli nähtävissä hampaiden harjauksen osalta. Hammasvälien puhdistuksen suhteen tulokset jäivät heikoksi. Hammastahnan käyttöä tiedusteltiin vähän ja muutosta oli vaikea arvioida.

Pelkkä asiantuntijajohtoinen lähestymistapa ei ole riittävä muuttamaan yksilön suuhygieniatottumuksia, vaan tarvitaan useita terveysneuvonnan lähestymistapoja. Suun terveyttä edistävä neuvonta edellyttää erilaisten neuvonnan lähestymistapojen hallintaa. Suuhygienistien neuvontataitoja tulee kehittää peruskoulutuksessa kuin myös työelämässä. Tässä tutkimuksessa neuvontaa annettiin ainoastaan koululaiselle, eikä se johtanut toivottuihin muutoksiin suuhygieniatottumuksissa. Tämän vuoksi neuvonnan antaminen koko perheelle on tärkeää koululaisten suun terveyden edistämisessä.

Avainsanat: 11–12-vuotias koululainen, suuhygienisti, suun terveysneuvonta, sanallinen vuorovaikutus, transteoreettinen muutosvaihemalli, terveysneuvonnan lähestymistavat

## **ABSTRACT**

Oral hygienists' oral health counseling to 11–12-year-old schoolchildren

Hanna-Mari Kommonen and Päivi Vitikainen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

Department of Health Sciences

Health Education

Master's thesis, 64 pages, 3 appendices

Spring 2008

---

The purpose of this study was to find out what kind of interaction is evident between oral hygienists and schoolchildren in individual oral counseling situations and whether the oral hygiene habits of schoolchildren changed as the counseling continued.

The research materials came from the University of Jyväskylä's Health Promotion Research Center's study of the interaction processes of health counseling in the context of organizational culture of oral health care. The materials consisted of videos and written documents of health counseling given in 2002, by four female oral hygienists to eight 11–12-year-old schoolchildren. Each schoolchild participated in the counseling 4–5 times. The method of analysis was carried out using content analysis. The counseling situation itself was observed via professional, educational and empowerment approaches. The change in health behavior was analyzed using a transtheoretical model.

The oral health counseling was driven and led mainly by professionals. An educational approach was observed during a few of the interaction situations. However, an empowerment approach was not seen in this study. Moreover, while changes in schoolchildren's oral hygiene habits were seen in their tooth brushing habits, there was hardly any change in using dental floss. Any changes in using toothpaste were difficult to estimate as there was not much discussion regarding that issue.

A purely professional approach is not sufficient to change individual health behavior; in fact it takes several health counseling approaches to change this. It appears that a broad usage of counseling approaches demands a sound grasp of different approaches. The health counseling skills of the oral hygienist must be developed both in education and in working life. Giving health counseling to the whole family also plays an important role in the health promotion of schoolchildren, because in this study health counseling was given only to the schoolchildren, and consequently a change in oral health behavior was not observed.

**Keywords:** 11–12-year-old schoolchildren, oral hygienist, oral health counseling, verbal interaction, transtheoretical model, approach of health counseling

## SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TERVEYSNEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ.....</b>	<b>2</b>
2.1	Terveysneuvonta.....	2
2.2	Terveysneuvonnan lähestymistavat.....	4
2.2.1	Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa.....	5
2.2.2	Kasvatuksellinen lähestymistapa.....	7
2.2.3	Voimavarakeskeinen lähestymistapa.....	8
<b>3</b>	<b>11–12-VUOTIAIDEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....</b>	<b>12</b>
3.1	Suun terveys .....	12
3.2	Suun terveyden edistäminen.....	15
3.3	Suuhygienisti suun terveyden edistäjänä.....	17
3.4	Terveysneuvontakeskustelu.....	18
3.5	11–12-vuotias terveysneuvontakeskustelussa .....	20
<b>4</b>	<b>SUUHYGIENIATOTTUMUSTEN MUUTOS.....</b>	<b>23</b>
4.1	Suun terveysneuvonta muutoksen tukena .....	24
4.2	Muutosvaihemalli suuhygieniatottumusten muutoksessa .....	25
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....</b>	<b>29</b>
6.1	Aineiston keruu ja kuvaus .....	29
6.2	Aineiston analyysi .....	30
<b>7</b>	<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET.....</b>	<b>32</b>
7.1	Terveysneuvonnan lähestymistavat suuhygienianeuvonnassa .....	32
7.1.1	Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa.....	32
7.1.2	Kasvatuksellinen lähestymistapa.....	35
7.1.3	Voimavarakeskeinen lähestymistapa.....	38
7.2	Muutos suuhygieniatottumuksissa.....	40
7.2.1	Hampaiden harjaus .....	42
7.2.2	Hammasvälien puhdistus.....	45
7.2.3	Hammastahnan käyttö .....	48
<b>8</b>	<b>POHDINTA.....</b>	<b>50</b>
8.1	Yhteenveto tuloksista .....	50
8.1.1	Terveysneuvonnan lähestymistavat suuhygienianeuvonnassa .....	50
8.1.2	Muutos suuhygieniatottumuksissa.....	54
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset .....	56
8.3	Johtopäätökset .....	60
8.4	Jatkotutkimusaiheet .....	63
	<b>LÄHTEET.....</b>	<b>64</b>

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten kouluikäisten suun terveys on parantunut viime vuosikymmeninä, jolloin tervehampaisten osuus on moninkertaistunut ja Suomi on saanut maineen lasten suun terveyden mallimaana (Nordblad ym. 2004). Hyvästä kehityksestä huolimatta suun terveyden edistämistä ja suun terveysneuvontaa tarvitaan edelleen, sillä suun sairaudet ovat yleisiä. Vuonna 2000 12-vuotiaista vain kolmasosalla ei ollut pysyvissä hampaissa paikkaushoidon tarvetta. Kouluikäisten lasten suun terveydentilan hyvä kehitys näyttää tilastojen mukaan tänä päivänä pysähtyneen. On myös viitteitä siitä, että koululaisten suun terveys on voinut heikentyä, mutta riittävä tutkimusnäyttö puuttuu yhä (Nordblad ym. 2004).

Suun sairaudet ovat luonteeltaan kroonisia ja ehkäistävissä olevia. Ehkäisy vaatii päivittäisen omahoidon, kuten suuhygienian toteuttamista. Suomalaiset koululaiset laiminlyövät suositusten mukaista päivittäistä suuhygieniaa (Maes ym. 2004, Luopa ym. 2006). Suuhygienian tehostaminen on avainasemassa suun terveyden edistämisessä. Kasilan (2007) tutkimuksen mukaan koululaisten neuvonta suun terveydenhuollossa on ollut asiantuntijajohtoista, eikä se ole vaikuttanut suun terveyskäyttäytymiseen merkittävästi. Suuhygienianeuvontaan on panostettava, jotta koululaiset aktivoituvat vastuullisiksi oman hoidon toteuttajiksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen neuvontatilanne on vuorovaikutuksellisesti suuhygienistien ja 11–12-vuotiaiden koululaisten välillä yksilöllisessä suuhygienianeuvonnassa. Lisäksi selvitetään, muuttuvatko koululaisten suuhygieniatottumukset neuvonnan edetessä. Tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä edistämään kouluikäisten suun terveydentilaa havainnoimalla suuhygienistien suun terveysneuvontaa ja löytämällä mahdollisia kehitysehdotuksia. Kehitysehdotusten avulla voidaan suun terveysneuvontaan lisätä ne näkökulmat, jotka vahvistavat neuvonnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta.

Tutkimusaineisto koostuu Terveysneuvonnan vuorovaikutusprosessit suun terveydenhuollon toimintakulttuurissa -tutkimuksen aineistosta. Aineisto on osa Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen laajempaa terveyttä edistävän vuorovaikutuksen arviointi- ja kehittämistutkimuskokonaisuutta.

## **2 TERVEYSNEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISEN MENETELMÄNÄ**

Maailman terveysjärjestön WHO:n (Ottawa Charter 1986) mukaan terveyden edistämisen avulla pyritään lisäämään yksilön mahdollisuuksia ylläpitää terveyttään. Yksilöä pidetään aktiivisena toimijana oman hyvinvointinsa edistämisessä. Terveys nähdään positiivisena käsitteenä, joka painottaa henkilökohtaisia jokapäiväisen elämän voimavaroja sekä elintavan ja -ympäristön merkitystä terveydelle. Terveiden saavuttamisessa tärkeitä tekijöitä ovat tiedonsaanti, elämäntaidot sekä mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseen (Ottawa Charter 1986).

Ottawan asiakirjassa (Ottawa Charter 1986) määritetään terveyden edistämisen osa-alueiksi muun muassa henkilökohtaisten taitojen sekä terveyspalveluiden kehittäminen. Henkilökohtaisten taitojen kehittämisen avulla pyritään lisäämään yksilön mahdollisuuksia hoitaa ja ylläpitää omaa terveyttään. Tähän tavoitteeseen pyritään antamalla tietoa, terveyskasvatusta ja tukea elämäntaitojen kehittämisessä. Terveyspalveluita pyritään kehittämään siten, että ne tunnistavat yhä laajemmin yksilön terveyteen vaikuttavia tekijöitä sekä korostavat yksilön voimavaroja (Ottawa Charter 1986). Terveysneuvonta on yksi terveyspalveluiden muoto ja sen avulla voidaan tukea yksilöiden henkilökohtaista kasvua. Neuvontamenetelmiä tutkimalla voidaan löytää ehdotuksia niiden kehittämiseen.

### **2.1 Terveysneuvonta**

Terveyden edistämisen sateenvarjokäsitteen alle luetaan kuuluvaksi käsitteet terveyskasvatus ja terveysneuvonta. Niiden avulla voidaan kehittää yksilön henkilökohtaisia valmiuksia huolehtia omasta terveydestään. Kannas (2002) määrittelee terveyskasvatuksen terveyden edistämisen kasvatukselliseksi keinoksi. Terveyskasvatus on viestintäprosessi, jossa pyritään vaikuttamaan yksilön mielikuviin sekä toiminnan edellytyksiin siten, että yksilö kykenee toimimaan terveyttä edistävästi. Terveyskasvatus lisää yksilön tietoa terveydestä sekä kehittää elämäntaitoja. Keskeistä viestintäprosessissa on terveyden oppiminen ja terveydenlukutaidon kehittyminen (WHO 1998, Jakonen ym. 2005).

Terveydenlukutaito koostuu terveystiedoista, -taidoista, -asenteista, arvostuksista sekä arvopohdiskeluvalmiuksista. Terveydenlukutaidon oppimisen tavoitteena on terveysosaamisen kehittyminen. Terveysosaamisen edellytyksenä ovat yksilön riittävät valmiudet ja taidot hankkia, ymmärtää, tulkita sekä omaksua terveystietoja ja -taitoja (Kannas 2002). Yksilöllä on tällöin kyky vuorovaikutukseen, tiedon hyödyntämiseen, terveyden riskitekijöiden tunnistamiseen, uuden terveystiedon hankintaan sekä oman terveyden edistämiseen (Jakonen ym. 2005). Terveydenlukutaito -käsitteestä on käytetty suomenkielessä myös nimitystä terveysosaaminen, mutta termin käyttö on vielä vakiintumaton (vrt. Kannas 2002, Jakonen 2005, Jakonen ym. 2005).

Terveydenlukutaito voidaan jakaa muun muassa perus- ja toiminnalliseen tasoon, jotka ovat toisiaan seuraavia ja hierarkkisia (Nutbeam 2000, Jakonen ym. 2005). Perusterveydenlukutaidon tasolla yksilöllä on tietoa terveydestä. Toiminnallisella tasolla terveystietojen lisäksi yksilöllä on taitoja ja valmiuksia soveltaa tietojaan omaan elämäänsä, kykyä kriittiseen pohdintaan sekä mahdollisuuksia tehdä hyviä terveysvalintoja (Jakonen ym. 2005).

Terveyskasvatuksen yksi menetelmä on terveysneuvonta, joka on terveydenhuollon ammattilaisen ja yksilön välinen vuorovaikutusprosessi. Siinä ilmenee Kannaksen (1992) kuvaamia terveyskasvatuksen tehtäviä, jotka ovat sivistäviä, virittäviä, muutosta avustavia sekä arkiterapeuttisia (Kettunen 2001). Terveysneuvontatilanne sisältää tiedon lisäksi psykososiaalista tukea, joka välittyy vuorovaikutussuhteessa (Jakonen ym. 2005). Sen avulla voidaan tukea yksilön kasvua ja kehittymistä sekä kannustaa ja avustaa terveyskäyttäytymisen muutoksessa (Nupponen 1998).

Terveysneuvonnan tavoitteena on terveydenlukutaidon ja -osaamisen kehittyminen (Nutbeam 2000, Jakonen 2005). Tarkoituksena on lisätä yksilön voimavaroja omasta terveydestään huolehtimisessa (Ballou 1992, Kettunen 2001) ja ohjata yksilöä käyttämään tietoa itsenäisesti, niin että siitä on hyötyä hänen jokapäiväisessä elämässään (Nupponen 1998).

Terveysneuvonnan yleisimmin käytettyjä lähi- ja rinnakkaiskäsitteitä ovat ohjaus, opetus ja tiedon antaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Käytämme tässä tutkimuksessa käsitettä suuhygienianeuvonta kuvaamaan vuorovaikutusprosessia suuhygienistien ja koululaisten välillä, jossa päämääränä on koululaisten terveydenlukutaidon ja terveystasaamisen kehittyminen sekä suun terveyden edistäminen.

## **2.2 Terveysneuvonnan lähestymistavat**

Terveysneuvontaa voidaan tarkastella erilaisten lähestymistapojen avulla. Lähestymistavalla tarkoitetaan arvojen, uskomusten ja normien muodostamaa kokonaisuutta, jonka avulla luodaan käsitys terveyden edistämisestä ja sen suhteesta ympäröivään todellisuuteen (Rush 1997, Liimatainen ym. 1999). Liimataisen ym. (1999) mukaan lähestymistavan lähtökohtana on terveystasaaminen ja näkemys siitä, mitä terveyden edistäminen on. Nämä näkemykset määräävät sen, millaisena toimintana terveysneuvontaa pidetään ja miten sitä toteutetaan, sekä millainen tieto on pätevää. Terveysneuvontatilanteissa toiminta ohjautuu lähestymistapaan liittyvien arvojen, asenteiden sekä käsityksien kautta. Toimiminen tietyn lähestymistavan mukaisesti on usein tiedostamatonta ja se vaihtelee eri toimijoilla (Liimatainen 2002). Terveysneuvonnan lähestymistapaan vaikuttavat myös organisaation perinteet, säännöt sekä työkäytännöt (Liimatainen ym. 1999).

Yksilön terveydenlukutaidon ja terveystasaamisen kehittymistä voidaan tukea erilaisilla terveysneuvonnan lähestymistavoilla (Jakonen ym. 2005). Terveysneuvonnan lähestymistapoihin liittyviä käsitteitä on useita, esimerkiksi Poskiparta (1997) on esittänyt Ingrosson (1993) ajatuksia lähestymistavoista, joita ovat asiantuntijajohtoinen, potilaskeskeinen ja yhdessä oppimisen terveysneuvonta. Tones & Tilford (2001) puhuvat preventiivisestä, kasvatuksellisesta ja voimavarakeskeisestä lähestymistavasta. Käsitteiden käyttö on varsin monimuotoista, mutta lähestymistavoissa ilmenee samoja ulottuvuuksia, joiden avulla niitä voidaan tarkastella. Yhteistä niille kaikille on, millaisena terveysneuvonta nähdään, miten vuorovaikutus ilmenee, miten tieto kulkee vuorovaikutuksessa ja minkälaisia oppimiskäsityksen piirteitä suuntauksessa on havaittavissa (Taulukko 1, s.11).



Käytämme tässä tutkimuksessa asiantuntijajohtoista, kasvatuksellista sekä voimavarakeskeistä terveysneuvonnan lähestymistapaa kuvaamaan neuvontaa sanallisen vuorovaikutuksen, oppimiskäsitysten sekä tiedon ilmenemisen ja antamisen osalta suun terveysneuvontaprosessissa.

### **2.2.1 Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa**

Asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa päämääränä on sairauksien ehkäisy ja riskien välttäminen asiantuntijan antaman tiedon, neuvojen ja ohjeiden avulla (Tones & Tilford 2001). Tavoitteena on saavuttaa terveyskäyttäytymisen muutoksen avulla elämäntyyli, joka edistää terveyttä ja vähentää sairauksia. Lähestymistapa keskittyy yksilön käyttäytymisen muuttamiseen, eikä usein huomioi käyttäytymiseen vaikuttavia laajempia tekijöitä, kuten esimerkiksi ympäristöä. Menetelmänä käytetään terveysneuvontaa, jossa annetaan neuvoja, ohjeita, rajoituksia ja kieltoja (Kannas 2002). Asiantuntijan tehtävänä on ohjeiden antaminen, toimiminen opettajana sekä ohjeiden noudattamisen valvominen ja seuraaminen (vrt. Sirviö 2006). Asiantuntijajohtoinen terveysneuvonta kehittää yksilön perustason terveydenlukutaitoa lisäämällä terveysosaamista, joka käsitetään tällä tasolla terveystietojen lisääntymisenä (vrt. Jakonen ym. 2005). Tästä lähestymistavasta käytetään myös nimitystä preventiivinen lähestymistapa (vrt. Tones & Tilford 2001).

Asiantuntijoiden ja järjestelmän määrittämät tavoitteet ja tulkinnat ohjaavat toimintaa neuvonnassa. Neuvonnan sisältö rakentuu pitkälti epidemiologiseen tutkimustietoon sairauksista ja niiden ehkäisystä (Kannas 2002). Asiantuntijalla on näkemys yksilön terveyteen vaikuttavista ilmiöistä ja hänen tehtävänsä on saada yksilö tietoiseksi niistä. Yksilöä ei nähdä täysivaltaisena tavoitteellisena toimijana, vaan ammattilainen tietää yksilön ongelmat tai tarpeet paremmin. Asiantuntija tietää yksipuolisesti myös ratkaisut ja tavoitteet ongelmien voittamiseen sekä käyttäytymisen muuttamiseen (Mönkkönen 2002). Asiantuntijan välittämän tiedon nähdään johtavan yksilön terveyskäyttäytymisen muutokseen, sillä oletetaan, että yksilö noudattaa hänelle annettuja ohjeita (Sirviö 2006).

Vuorovaikutus on terveysneuvonnan keskeinen osa ja sitä voidaan tutkia sekä sanattoman (nonverbaalisen) että sanallisen (verbaalisen) viestinnän osalta. Sanatonta vuorovaikutusta edustavat muun muassa ilmeet, eleet, ruumiin asennot sekä katseet. Sanallista vuorovaikutusta

on puolestaan kielenkäyttö, äänen voimakkuus ja sävy sekä puheen painotukset ja nopeus (Poskiparta 1997). Asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa vuorovaikutus on ei-vastavuoroista ja siinä korostuu asiantuntijan rooli tulkitsijana ja subjektiivisena arvioijana. Tällöin asiantuntija laatii keskustelun sisällölliset suunnitelmat, esittää ne yksilölle ja toimii tiedon antajana kieltäen yksilön kompetenssin. Keskustelu etenee asiantuntijan ehdoilla, jolloin yksilön rooliksi muotoutuu passiivinen sivustakatsojan asema. Yksilö toimii tällöin vastaajana, kuuntelijana ja ymmärtäjänä sekä jättäytyy hoidettavaksi (Kettunen 2001).

Asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa voidaan nähdä behavioristisen oppimiskäsityksen piirteitä (Poskiparta 1997, Kannas 2002, Sirviö 2006). Oppimiskäsitykset ovat tieteellisiä teorioita, jotka selittävät oppimista (Tynjälä 1999a, Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004). Oppimiskäsityksistä käytetään usein myös termiä oppimisenäkemys tai oppimisteoria (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004). Oppiminen voidaan ymmärtää tiedon lisääntymisenä, muistamisena tai ymmärtämisenä (Tynjälä 1999a), minkä seurauksena yksilön tietoisuudessa ja toiminnassa voi tapahtua muutosta (Hirsjärvi & Huttunen 1995). Oppimiskäsitysten taustalla on pedagogisia näkemyksiä oppimisesta ja siitä, miten oppimista voidaan edistää sekä epistemologia perusoletuksia (Tynjälä 1999a, Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004).

Epistemologia eli tietoteoria on filosofinen näkemys tiedosta ja se tutkii kysymystä, mitä tieto on ja miten ihminen hankkii tietoa. Tiedon alkulähde eli tiedon hankintatapa on perinteisesti jaettu kahteen osaan. On puhuttu empiriaan eli kokemukseen perustuvasta tiedosta sekä rationalistisesta tiedosta, joka perustuu järkeilyyn (Niiniluoto 1989). Behavioristinen oppimiskäsitys pohjautuu empiristiseen epistemologiaan. Sen mukaan tietoa maailmasta saadaan aistihavaintojen ja kokemusten kautta (Tynjälä 1999a).

Behavioristiseen oppimiskäsitykseen liittyy usein käsitys opetuksesta ja oppimisesta tiedon siirtämisenä, jossa opettaja siirtää tiedon passiiviselle tiedon vastaanottajalle (Kember 1997, Tynjälä 1999a). Opetuksen tavoitteena olevan reaktion eli tuloksen oletetaan vakiintuvan pysyväksi käyttäytymiseksi, kun siihen liitetään ympäristöstä tulevat ärsykkeet eli opetus (Tynjälä 1999a). Näin oppimisen oletetaan tapahtuvan ulkoisen säätelyn tuloksena. Terveyden oppimisessa opetus tarkoittaa esimerkiksi kertomista tietyn käyttäytymisen haitoista tai uhista terveydelle, minkä tuloksena oletetaan tapahtuvan käyttäytymisen muutos (Jakonen 2005).

### 2.2.2 Kasvatuksellinen lähestymistapa

Kasvatuksellisessa lähestymistavassa pyritään terveyskäyttäytymisen muutokseen korostaen yksilöllisyyttä. Neuvonnan sisältö ja sen eteneminen pyritään toteuttamaan yksilön tarpeista lähtien, mutta sisällöllisen valinnan tekee ammattilainen, joka myös vie neuvontaa eteenpäin. Kasvatuksellinen lähestymistapa pohjautuu yksilön vastuuseen omasta terveydestään. Terveyden edistämisen tavoitteena on tiedon välittäminen, arvojen selkiyttäminen ja tukeminen päätöksenteossa (Tones & Tilford 2001, Sirviö 2006). Tiedon nähdään auttavan yksilöä terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja ottaessa vastuuta omasta terveydestä (Poskiparta 1997). Kasvatuksellinen lähestymistapa kehittää yksilön toiminnallista terveydenlukutaitoa. Terveysosaaminen kehittyy siten, että koululaisen iänmukainen toimintakyky, ongelmanratkaisutaidot, motivaatio sekä omatoimisuus lisääntyvät tietojen taitojen sekä itseluottamuksen vahvistumisen seurauksena. Neuvonnassa pyritään huomioimaan terveysvoimavaroja ja tavoitellaan itsenäistä toimintaa terveyden edistämiseksi (Jakonen ym. 2005). Tätä lähestymistapaa voidaan kutsua myös potilaskeskeiseksi (Poskiparta 1997).

Kasvatuksellisen terveysneuvonnan lähestymistavassa vuorovaikutus on vastavuoroista, millä Kettunen (2001) tarkoittaa yksilön ja terveydenhoidon ammattilaisen yhteistyötä. Keskustelun sisältö kehitetään yhteistyössä ja puheenvuorot lomittuvat luontevasti toisiinsa (Nupponen 1991). Molemmat osapuolet ovat ratkaisevassa asemassa keskustelun kehittäjinä ja suunnan näyttäjinä (Kettunen 2001).

Kasvatuksellisessa lähestymistavassa on havaittavissa kokemuksellisen (Tones & Tilford 2001) tai humanistisen oppimiskäsityksen piirteitä (Poskiparta 1997). Kokemuksellisen oppimisen oppimiskäsitys pohjautuu humanistiseen psykologiaan ja oppimiskäsitykseen, joten ne ovat hyvin läheisiä näkemyksiä oppimisesta. Humanistisessa oppimiskäsityksessä oppiminen nähdään yksilön aktiivisena toimintana, joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Yksilöllä on keskeinen rooli oppimisprosessissa ja ammattilainen toimii ohjaajana sekä kannustajana eikä tiedon jakajana, kuten behavioristisessa oppimiskäsityksessä. Keskeistä on tukea ja kehittää yksilön itseohjautuvuutta (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004).

Kokemuksellisessa oppimisessa tuetaan yksilön kasvua ja lisätään itsetuntemusta. Oppiminen nähdään syklimäisenä prosessina, jossa oppimista edeltää kokemus, jota reflektoidaan eli arvioidaan ja pohditaan. Reflektoinnin jälkeen opittava asia käsitteellistetään, jonka jälkeen uusia käsityksiä sekä taitoja kokeillaan ja sovelletaan itsenäisesti (Kolb 1984, Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004). Kokemuksellisessa oppimisessa ei useinkaan huomioida yksilön aikaisempia tietoja ja käsityksiä opittavasta asiasta (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2004). Yksilö toimii neuvontaan osallistujana ja vuorovaikutus on keskustelevaa. Asiantuntijalla on tietoa, jonka yksilö löytää. Tietoa ei jaeta valmiina, vaan yksilöllä on aktiivinen rooli tiedon etsijänä (Kember 1997).

Jakosen (2005) mukaan keskeistä kokemuksellisen oppimisen soveltamisessa terveyden opettamiseen on yksilön persoonallisen kasvun tukeminen, itsetuntemuksen lisääminen, tietoisuus omasta kasvusta sekä metakognitiivisten taitojen kehittyminen. Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan yksilön tietoisuutta omista kognitiivisista toiminnoista, kuten oppimisesta, ajattelusta ja tietämisestä (Tynjälä 1999a). Näiden taitojen avulla yksilö osaa käyttää metakognitiivisia tietoja oppimisessa (Tynjälä 1999a), ja hän voi tietoisesti säädellä omaa toimintaansa (Jakonen 2005). Terveysteen liittyvät tiedot ovat oleellisia tekijöitä kokemuksellisessa oppimisessa. Oppimisen prosessissa keskeistä ei ole kokemuksellisuus, vaan kokemusten omakohtainen reflektio, jonka kautta yksilö voi tulla tietoiseksi toiminnastaan ja siihen liittyvistä arvoista, asenteista, tiedoista sekä taidoista. Reflektoinnissa on tärkeää palauttaa mieleen kokemus, analysoida siihen liittyviä tunteuksia sekä arvioida niitä uudelleen (Jakonen 2005). Asiantuntija on merkittävässä roolissa yksilön reflektointiin kannustajana ja rohkaisijana.

### **2.2.3 Voimavarakeskeinen lähestymistapa**

Voimavarakeskeisen lähestymistavan keskeisenä ajatuksena on edistää yksilön mahdollisuuksia oman terveytensä ylläpitämisessä itsenäisenä ja riippumattomana toimijana (Tones & Tilford 2001). Kettusen (2001) mukaan voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa yksilö ja ammattilainen ovat samalla tasolla, sillä yksilö nähdään vastuullisena oman tilanteensa ja voimavarojensa parhaana asiantuntijana. Neuvontakeskustelussa yksilöllä on mahdollisuus itsearviointiin ja itsensä tarkkailuun, minkä seurauksena hänen oletetaan ymmärtävän paremmin omaan terveyteensä liittyviä asioita. Tällainen neuvontakeskustelu

tukee yksilön ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä, terveyteen liittyvien arvojen ja mahdollisten esteiden tunnistamista sekä tavoitteiden itsenäistä määrittämistä (Kettunen 2001).

Voimavarakeskeisessä neuvonnassa huomio kiinnittyy yksilön arkipäivän tarpeisiin, toimintaan sekä tukiverkkoihin (Kettunen 2001). Tärkeänä tavoitteena neuvonnassa on lisäksi tuen antaminen sekä terveystapojen harjoittelun mahdollistaminen (Kettunen 2001). Voimavarakeskeinen terveysneuvonnan lähestymistapa tukee yksilön toiminnallisen terveydenlukutaidon ja terveysosaamisen kehittymistä (Jakonen ym. 2005).

Vuorovaikutus on tällaisessa neuvonnassa vastavuoroista ja keskeisiä lähtökohtia ovat tasavertaisuus, aktiivinen osallistuminen, autonomia, reflektio sekä empowerment-ajattelu (Kettunen 2001). Empowerment-käsitteestä on useita suomenkielisiä vastineita, kuten voimaantuminen tai valtaistuminen. Voimaantuminen nähdään prosessina, jonka seurauksena yksilö voi paremmin kontrolloida terveyteensä vaikuttavia toimia ja päätöksiä. Yksilön päätöksentekotaidot sekä oman elämän kontrollointi kehittyvät voimaantumisprosessissa (WHO 1998). Voimaantumisen kautta yksilö tulee tietoiseksi muuttuneista tiedoistaan, käsityksistään sekä terveyteen liittyvistä taidoistaan (Kettunen ym. 2001).

Neuvonnan tavoitteena ei ole pelkästään terveyskäyttäytymisen muutos, vaan yksilön kasvuprosessi, jossa oppiminen on keskeisessä roolissa. Asiantuntijan tehtävänä tällaisessa neuvonnassa on antaa yksilölle tilaa olla täysivaltainen keskustelukumppani ja asioiden pohtija (Poskiparta ym.1998, Kettunen 2001). Tällöin yksilöllä on mahdollisuus tulla tietoiseksi terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä (Kettunen 2001). Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa pyritään yhdessä oppimaan oppimiseen. Yhdessä oppiminen on vuorovaikutteista yhteistoimintaa terveydenhuollon ammattilaisen ja yksilön välillä (Poskiparta 1997).

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa on konstruktivistisen oppimiskäsityksen piirteitä (Poskiparta 1997, Jakonen ym. 2005, Sirviö 2006). Konstruktivistinen oppimiskäsitys perustuu rationalistiseen tiedonkäsitykseen (Jakonen 2005), jonka mukaan oppimista ei nähdä passiivisena tiedon vastaanottamisena, vaan yksilön aktiivisena kognitiivisena toimintana. Yksilö tulkitsee uutta tietoa ja havaintojaan aikaisempiin tietoihinsa sekä havaintoihinsa pohjautuen (Tynjälä 1999a). Keskeistä on myös erilaisten tulkintojen käsittely, yksilön

metakognitiivisten taitojen kehittyminen, oppimisen ja ajattelun aktivointi sekä vuorovaikutus asiantuntijan ja yksilön välillä (Tynjälä 1999b).

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan keskeistä on yksilön käsitysten muuttuminen, ei opittavana olevan ilmiön toistaminen. Yksilön aiempien käsitysten ja näkemysten huomiointi sekä reflektio ovat oleellisia tekijöitä oppimisessa. Reflektion ja kriittisen ajattelun avulla voidaan tulla tietoiseksi ajattelusta ja toimintatavoista sekä muuttaa niitä (Tynjälä 1999b). Lähtökohtana neuvonnassa ovat yksilön kokemukset ja näkemykset. Yksilöä kannustetaan ja tuetaan refleктоimaan itse omaa käyttäytymistään sekä arvioimaan ja organisoimaan uudelleen toimintaansa (Jakonen ym. 2005). Oppimisessa keskeistä on merkitysten rakentaminen, mikä edellyttää ymmärrystä (Tynjälä 1999a).

Yhteenvetona lähestymistavoista voidaan todeta, että mikään niistä ei ole ainut oikea, vaan kaikkia tarvitaan täydentämään toisiaan (Liimatainen ym. 1999). Niiden käyttö riippuu suuresti neuvontatilanteesta ja siihen osallistuvasta ammattilaisesta sekä yksilöstä. Usein neuvontakeskustelut eivät sisällä pelkästään ei-vastavuoroista tai vastavuoroista vuorovaikutusta, vaan niitä molempia yhtäaikaaisesti (vrt. Poskiparta 1997, Kettunen 2001).

Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa korostaa selvästi yksilön passiivista roolia vuorovaikutuksessa tiedon vastaanottajana ja asiantuntijan roolia yksilön ongelmien ratkaisijana. Kasvatuksellinen sekä voimavarakeskeinen lähestymistapa ovat puolestaan yksilöä aktivoivia menetelmiä ja asettavat haasteita myös asiantuntijalle toimia ohjaajana ja oppimisen edistäjänä, eikä ainoastaan tiedon jakajana ja ongelmien ratkaisijana. Kasvatuksellinen ja voimavarakeskeinen lähestymistapa sisältävät osin samankaltaisia näkemyksiä muun muassa oppimisesta, jota pidetään molemmissa lähestymistavoissa yksilön aktiivisena toimintana. Kummassakin lähestymistavassa on tärkeää ohjata yksilöä osallistumaan ja refleктоimaan omia kokemuksiaan. Kasvatuksellisessa lähestymistavassa ei useinkaan huomioida yksilön aiempia kokemuksia ja näkemyksiä opittavasta asiasta, mikä on taas voimavarakeskeisessä lähestymistavassa tärkeää (Taulukko 1).

**Taulukko 1** Terveysneuvonnan lähestymistapojen ulottuvuuksien, vuorovaikutuksen, tiedon sekä oppimiskäsitysten, ilmeneminen terveysneuvonnan lähestymistavoissa (vrt. Kember 1997, Poskiparta 1997, Kettunen 2001, Tones & Tilford 2001, Kasila ym. 2002).

<b>TERVEYSNEUVONNAN LÄHESTYMISTAVAT</b>			
	<b>Asiantuntijajohtoinen</b>	<b>Kasvatuksellinen</b>	<b>Voimavarakeskeinen</b>
<b>Oppimiskäsitys</b>	Behaviorismi	Humanismi, Kokemuksellinen oppiminen	Konstruktivismi
<b>Vuorovaikutus</b>	Yksisuuntaista, Ei-vastavuoroista	Keskustelevaa, Vastavuoroista	Keskustelevaa, Vastavuoroista
<b>Tieto</b>	Tiedon siirtämistä	Koululainen löytää tiedon, tiedon vaihtoa	Koululainen rakentaa tiedon
<b>Suuhygienistin rooli</b>	Tiedon jakaja	Ohjaaja	Auttaja, opastaja
<b>Koululaisen rooli</b>	Passiivinen vastaanottaja	Osallistuja	Koululainen vastaa omasta oppimisestaan, tasavertainen osallistuja

Balloun ym. (1992) mukaan terveysneuvonnan keskeisiä periaatteita ovat muun muassa seuraavat tekijät: ei ole olemassa yksinkertaista, suoraa tai oikeaa neuvontatapaa, vaan jokainen neuvonta on ainutlaatuinen ja uusi yksilöiden välinen vuorovaikutustilanne. Neuvonnan tehokkuus riippuu yksilön tarpeesta, asenteesta, persoonallisista tekijöistä ja uskomuksista. Jokaisella yksilöllä on omat sisäiset voimavarat auttaa itseään. Ammatilainen voi tarjota tietoja ja metodeja, mutta yksilö tekee lopulliset valinnat. Yksilö tulee hyväksyä sellaisena kuin hän on, häntä on kunnioitettava ja hänen kasvupotentiaalinsa on tunnistettava. Terveystieteiden ammattilaisen rooli ei saa olla moralisoiva, tuomitseva tai yksilön arvoa alentava, koska tarkoituksena on auttaa yksilöä (Ballou ym. 1992).

### **3 11–12-VUOTIAIDEN SUUN TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

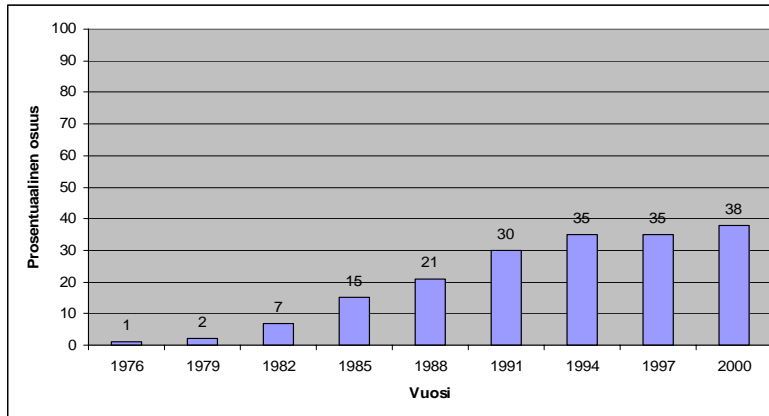
#### **3.1 Suun terveys**

Suun terveydellä on merkittävä yhteys yleisterveyteen, yksilön elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Petersen & Lennon 2004). Suun terveys tulee nähdä laajempaan käsitteeseen kuin hampaiden terveys, jolloin hampaistossa ei ole hoitoa vaativia sairauksia (Poulsen & Hausen 2008). Suomalaisten kouluikäisten keskeisimpiä suun terveyden uhkia ovat hampaiden reikiintyminen ja kiinnityskudossairaudet (Eerola ym. 1998). Hampaiden reikiintyminen on monitekijäinen krooninen mikrobisairaus, jonka ilmaantuvuus riippuu suuhygieniasta, ravinnosta, suun mikrobiston koostumuksesta, hampaiden vastustuskyvystä sekä syljen määrästä ja laadusta (Tenovuo ym. 2003).

Kiinnityskudossairauksien keskeinen aiheuttaja on biofilmi, suun mikrobeja sisältävä hampaiden pinnoilla kasvava bakteeripeite, joka voi tulehduttaa hammasta kiinnittävät kudokset kuten ikenet. Kiinnityskudossairauksia ovat ientulehdus eli gingiviitti sekä parodontiitti (Uitto ym. 2003). Kouluikäisillä yleisin niistä on ientulehdus (Eerola ym. 1998, Oh ym. 2002). Harvinaisempia kiinnityskudossairauksia koululaisilla ovat eriateiset parodontiitit, jotka ovat pidemmälle edenneitä ja monitekijäisempiä sairauksia kuin ientulehdukset (Oh ym. 2002).

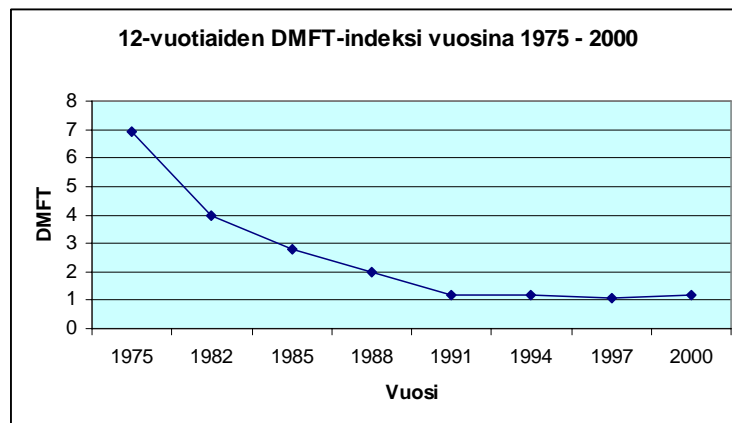
Valtakunnallisesti Suomessa on kerätty tietoa ainoastaan yli 18-vuotiaiden kiinnityskudossairauksista (Nordblad ym. 2004). Sen sijaan kouluikäisten kariksen esiintyvyydestä on laajempaa tietoa, ja sen avulla on arvioitu koululaisten suun terveyttä (Nordblad ym. 2004). Suomalaisten kouluikäisten lasten suun terveydentilan erinomainen kehitys on nähtävissä hampaiden reikiintymisen seurannassa. Vuonna 1976 12-vuotiaista koululaisista yhdellä prosentilla oli täysin reikiintymättömät hampaat kun taas vuonna 2000 38 prosentilla ei ollut hampaissaan reikiä (Kuvio 1).





**Kuvio 1** Tervehampaisten 12-vuotiaiden koululaisten prosentuaalinen osuus vuosina 1976–2000 (Nordblad ym. 2004).

Koululaisten suun terveyttä voidaan arvioida reikiintymisen osalta muun muassa dmft/DMFT-indeksin avulla. Maitohampaiston reikiintymistä kuvaa dmft ja pysyvien hampaiden tilannetta DMFT. Se kuvaa kariuksen vaurioittamia hampaita keskimäärin yhteen laskettujen paikattujen, poistettujen ja reikiintyneiden hampaiden lukumäärällä, jossa täysin terve hampaisto saa arvon nolla (dmft/DMFT=0) (Nordblad ym. 2004). Koululaisten suun terveyden hyvä kehitys on havaittavissa DMFT-indeksillä mitattaessa. Vuonna 1975 12-vuotiaiden DMFT oli 6,9, kun taas vuonna 2000 se oli enää 1,2 (Kuvio 2).



**Kuvio 2** 12-vuotiaiden hampaiden terveyden paraneminen 1970-luvulta 2000-luvulle DMFT-indeksillä mitattuna (Nordblad ym. 2004).

Koko maailman 12-vuotiaiden DMFT oli vuonna 2000 1,74 (WHO 2001). Kansainvälisesti katsottuna kariuksen vaurioittamien hampaiden lukumäärä suomalaislapsilla on alhainen, mutta käytännössä noin puolella suomalaisista 12-vuotiaista lapsista on paikkoja tai paikkauksen tarvetta hampaistossa (Hausen ym. 2000) ja lähes puolelle tervehampaisista 12-vuotiaista tulee reikiä 15 ikävuoteen mennessä (Hausen 2005). Tämä on lukumäärällisesti kohtuullisen paljon ja yksittäisissä tapauksissa hampaiden reikiintyminen voi olla iso terveysongelma. Nykyään puhutaankin kariuksen polarisoitumisesta samoille yksilöille (Hausen ym. 2000).

Suomalaisten koululaisten suun terveydentilan paranemiseen on esitetty useita syitä. Yhtenä vaikuttavana tekijänä on pidetty fluorin käyttöä, mutta myös hammaslääketieteen menetelmät ovat kehittyneet, elintaso on noussut sekä yleinen tietous suun terveyden merkityksestä on lisääntynyt. Keskeisenä tekijänä pidetään myös suun sairauksia ehkäiseviä suun terveydenhuollon palveluita, joita kansanterveyslaki on velvoittanut kunnilta vuodesta 1972 asti (Nordblad ym. 2004).

Tutkimuksia kouluikäisten suun terveyden nykytilanteesta koko Suomessa on saatavilla vähän. Viitteitä näyttäisi olevan siitä, että vuoden 2000 tienoilla kouluikäisten suun terveydentilan hyvä kehitys on pysähtynyt tai jopa heikentynyt. Pohjautuen 1970-luvulta alkaneeseen hyvään suun terveydentilan kehittymiseen, 12-vuotiaille asetettiin tavoitteeksi Suomessa, että DMFT on 0,5 vuoteen 2000 mennessä (Nordblad ym. 2004). Tavoitetta ei ole kuitenkaan saavutettu ja Nordbladin ym. (2004) mukaan DMFT on saattanut pysähtyä vuoden 2000 tasolle 1,1–1,2 (kuvio 2).

### 3.2 Suun terveyden edistäminen

Yleisimmät suun sairaudet ovat kiinteästi yhteydessä yksilön terveystyytymiseen. Tällaisia suun sairauksien ennaltaehkäisyyn vaikuttavia elintapatekijöitä ovat hyvä suuhygienia, vähäsokeriset ja säännölliset ravintotottumukset, ksylitolin säännöllinen käyttö sekä päihteettömyys. Lisäksi säännöllinen terveystalveluiden käyttö, kuten suun terveyden tarkastukset ja yksilöllinen terveystneuvonta, ovat tärkeitä (Suominen-Taipale ym. 2004, Savolainen 2005, Selwitz ym. 2007). Tässä tutkimuksessa keskitymme suuhygienian merkitykseen suun terveyden edistämässä.

Suosituksen mukaiseen päivittäiseen suuhygieniaan kuuluvat hampaiden harjaus kahdesti päivässä fluorihammastahnalla (Marinho ym. 2003) sekä hammasvälien säännöllinen puhdistaminen (Murtomaa ym. 2003). Puhdistuksen tarkoituksena on poistaa hampaiden pinnoilta biofilmiä (Murtomaa ym. 2003). Päivittäinen suun omahoito on merkittävämpi suun terveyttä edistävä tekijä kuin suun terveydenhuollon henkilökunnan hammashoitolassa tekemät tehostetut ehkäisevät hoitotoimenpiteet (Hausen ym. 2000). Suuhygieniatavat ovat tutkimusten mukaan selkeästi yhteydessä kariksen syntymiseen (Hausen ym. 1994, Mathiesen ym. 1996) sekä hampaiden kiinnityskudossairauksiin (Kay & Locker 1998, Oh ym. 2002, Uitto ym. 2003).

Hyvät suuhygieniatavat ovat tärkeitä etenkin koululaisilla, koska suurimmassa reikiintymisriskissä ovat juuri puhjenneet pysyvät hampaat (Kolehmainen 1983, Virtanen ym. 1995, Tenovuori ym. 2003). 11–12-vuotiaana koululaisen hampaistossa on käynnistynyt toinen hampaiden vaihduntavaihe noin 10 vuoden iässä, jolloin loput maitohampaat vaihtuvat pysyviksi hampaiksi (Alaluusua ym. 2003).

Suomalaiset kouluikäiset lapset laiminlyövät tutkimusten mukaan suositusten mukaista suuhygieniaa (Poutanen ym. 2005, Luopa 2006). Myös kansainvälisesti tarkasteltuna suomalaiset koululaiset ovat laiskoja harjaamaan hampaitaan. WHO-koululaistutkimuksen (Maes ym. 2004) mukaan suomalaisten 11-vuotiaiden koululaisten hampaiden harjaustottumuksissa on parannettavaa. Tutkimuksessa vertailtiin 35 teollistuneen maan koululaisten harjaustottumuksia. Suomalaiset 11-vuotiaat olivat kolmanneksi viimeisiä muiden Pohjoismaiden, kuten Ruotsin (3) ja Norjan (6), tilanteiden ollessa huomattavasti

paremmat. 11-vuotiaista tytöistä ainoastaan 47 prosenttia ilmoitti harjaavansa hampaansa useammin kuin kerran päivässä ja pojista ainoastaan 33 prosenttia (Maes ym. 2004.) Kouluterveyskysely tukee myös näitä tutkimustuloksia (Luopa ym. 2006).

Tutkimusten mukaan myös suomalaisten aikuisten suuhygieniatottumuksissa on parannettavaa (vrt. Suominen-Taipale ym. 2004, Helakorpi ym. 2007). Vanhempien puutteellinen esimerkki hampaiden harjaustottumuksissa näkyy lasten huonoina harjaustottumuksina (vrt. Mattila ym. 2000, Augner 2007). Etenkin miesten ja poikien suuhygieniatottumukset ovat varsin puutteelliset (vrt. Suominen-Taipale ym. 2004, Luopa ym. 2006, Helakorpi ym. 2007). Poutasen (2007) tutkimuksen mukaan vanhempien huono suun terveys sekä epäterveellinen elämäntyyli heijastuvat esimerkiksi lasten hampaiden alkavana reikiintymisenä. Vaikutus on voimakkaampaa poikiin kuin tyttöihin (Poutanen 2007).

Koululaisten suun terveyden edistämiseksi perheellä on merkittävä rooli. Lapsuudessa ja nuoruudessa opitut vanhempien terveyskäyttäytymisen mallit, arvot ja asenteet sekä tiedot ja taidot vaikuttavat yksilön terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen läpi elämän (vrt. Mattila ym. 2000, Christensen 2004, Tervonen ym. 2006, Poutanen 2007). Lapsille mallioppiminen on tyypillistä ainakin kouluikästä asti (Christensen 2004), ja kotona opittua elämäntyyliä ei ole useinkaan helppoa muuttaa (Rannisto ym. 2007). Jakosen (2005) tutkimuksen mukaan kodin merkitys terveyden oppimisen ympäristönä on tärkeä ja siellä kouluikäinen lapsi saa lähtökohdat terveyden oppimiseen. Augnerin (2007) mukaan myös suunhoitotottumukset ovat päivittäisiä terveydenhoidon rutiinitoimenpiteitä, jotka opitaan jo varhain lapsuudessa.

Huonot suunhoitotottumukset ja huono suun terveys kasaantuvat usein niihin perheisiin, joissa on heikko sosioekonominen asema, ihmissuhdeongelmia ja sairautta. Nämä kaikki tekijät yhdessä vaikuttavat koululaisen yleiseen hyvinvointiin sekä suun terveyden hoitamiseen (vrt. Alaluusua ym. 2003, Suominen-Taipale ym. 2004, Widström 2005, Helakorpi ym. 2007). Kyseiset tekijät on huomioitava myös koululaisten suun terveysneuvonnassa. Erilaisista ympäristöistä tulevilla koululaisilla on vaihtelevat lähtökohdat terveystiedoissaan ja taidoissaan.

Myös vertaisryhmät, kouluympäristö ja vapaa-ajan ympäristöt vaikuttavat käyttäytymiseen (Rannisto ym. 2007). Suuhygieniatottumukset ovat osa koululaisten elämäntapaa ja ovat

sidoksissa myös muuhun terveystyötyymiseen (Rajala ym. 1980, Schou ym. 1990). Usein puutteellinen suun terveystyötyyminen enteilee myös puutteellista yleistä terveystyötyymistä (Koivusilta ym. 2003, Savolainen 2005). Suuhygieniata laiminlyövien koululaisten terveystyötyymisessä saattaa olla myös muita hyvinvointia heikentäviä epäkohtia. He saattavat syödä useammin makeisia ja käyttävät mahdollisesti harvemmin ksylitolituotteita kuin suuhygieniastaan huolehtivat. Heidän liikunta- ja unitottumuksissa saattaa olla myös puutteita. Myös tupakointi ja alkoholin käyttö voi olla yleisempää (vrt. Hausen ym. 2000, Poutanen ym. 2005).

Källestålin ym. (2006) tutkimuksen mukaan suurinta variaatiota suuhygieniataavoissa koululaisten keskuudessa aiheuttivat ajoittain sukupuoli sekä nuoruuden motiivit suuhygieniata kohtaan. Ne vaihtelivat tiedollisesta emotionaalisiin. Emotionaalisella tekijällä, kuten esteettisyydellä, näyttäisi olevan selkeä merkitys parempien suuhygieniatapojen ylläpidossa ja selkeästi parempi vaikutus koululaisten suun terveystyötyymiseen. Kognitiivinen tekijä, kuten konkreettinen tieto on vähemmän merkityksellinen tekijä suuhygieniataavoissa (Källestål ym. 2006).

### **3.3 Suuhygienisti suun terveyden edistäjänä**

Suuhygienisti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559), suun terveyden edistämisen ja suun terveydenhoitotyön asiantuntija. Hän toimii osana suun terveydenhuollon moniammatillista tiimiä. Suuhygienisti osallistuu hammaslääketieteellisen hoidon tarpeessa olevien potilaiden kokonaisuhoitoon tehden itsenäisesti suun terveydenhoitotyötä. Hänellä on valmiudet suun terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen sekä varhais- ja ylläpitohoitoon (Murtomaa ym. 2003, Niiranen 2005). Suuhygienistit voivat toimia sekä yksityisellä että kunnallisella sektorilla. Toimipaikasta riippuen työtehtävät ja asiakaskunta voivat vaihdella.

Suuhygienisti kuuluu myös kouluterveydenhuollon moniammatilliseen työryhmään. Perusopetuslaissa (1998/628) säädetään jokaiselle koululaiselle oikeus maksuttomaan oppilashuoltoon. Oppilashuollon tarkoituksena on tukea koululaisen hyvää oppimista, edistää hyvää psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä sosiaalista hyvinvointia. Oppilashuoltoon sisältyvät kasvatuksen tukemisen lisäksi kansanterveyslaissa (1972/66) säädetty

kouluterveydenhuollon palvelut, muun muassa suun terveydenhuolto. Kouluterveydenhuollon yhtenä tehtävänä on koululaisen terveydentilan seuraaminen ja edistäminen (Kansanterveyslaki 2007/626). Kouluterveydenhuollolla on tärkeä merkitys kouluikäisten terveyden edistäjänä, sillä henkilökunta tapaa koululaisen useita kertoja koulunkäynnin aikana (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004).

Alle 18-vuotiaille koululaisille maksuttomiin suun terveydenhuollon palveluihin kuuluvat tarpeen mukainen suun terveysneuvonta, suun sairauksien ehkäisy, tutkimus ja hoito (Kansanterveyslaki 1972/66). Kouluterveydenhuollossa annettavan terveysneuvonnan keskeisenä sisältönä tulee olla kouluikäisten terveydenlukutaidon, terveystietojen ja -taitojen opettaminen ja kehittäminen, psykososiaalisen tuen antaminen sekä vaikuttaminen niihin ympäristö- ja yhteisöllisiin tekijöihin, joilla on merkitystä yksilön terveysvalintoihin (Jakonen ym. 2005). Suuhygienistin antama suuhygienianeuvonta sisältää hampaiden puhdistukseen liittyvää tiedollista ja taidollista neuvontaa sekä ohjeistusta. Tämän lisäksi annetaan tarpeen mukaan tietoutta suun sairauksista, niiden ehkäisystä, synnystä ja seurauksista.

### **3.4 Terveysneuvontakeskustelu**

Terveysneuvontakeskustelussa ovat läsnä terveydenhuollon ammattilainen sekä yksilö, jolloin vuorovaikutuksessa voidaan havaita molempien roolien mukaisia institutionaalisia piirteitä. Institutionaalinen keskustelu poikkeaa monimuotoisemmasta arkikeskustelusta, jota käydään esimerkiksi perheen kesken (Raevaara ym. 2001). Instituutiolla tarkoitetaan julkisia palveluita, kuten terveydenhuoltoa, jolla hoidetaan yhteiskunnallisesti merkittävää tehtävää. Neuvonnalla pyritään vaikuttamaan yksilön ajatuksiin sekä käyttäytymiseen ja sitä voidaan pitää tasavertaisen vuorovaikutuksen kannalta ongelmallisena (Vehviläinen 2001).

Institutionaalisessa vuorovaikutuksessa neuvontatilanteista nousevat esiin erilaiset normatiiviset ohjeet tai asiantuntijan päätelmät (Poskiparta 1997, Kasila ym. 2003, Kasila ym. 2006). Ohjeet ja neuvot perustuvat usein ammattilaisen esittämiin kysymyksiin yksilölle (Vehviläinen 2001). Kysymysten avulla pidetään yllä vuorovaikutusta sekä hankitaan tietoa yksilön terveyden edistämisen tueksi (Poskiparta 1997). Tomm (1987 a & b) on kuvannut interventiivisiä neuvontakysymyksiä, joita ovat muun muassa lineaariset ja refleksiiviset kysymykset. Lineaariset kysymykset korostavat asiantuntijan roolia kysymysten esittäjänä ja

yksilöä niihin vastaajana. Refleksiiviset kysymykset puolestaan mahdollistavat tasavertaisemman vuorovaikutuksen neuvonnassa, koska ne kannustavat yksilöä osallistumaan neuvontaan pohtimalla omaan terveyteensä liittyviä asioita (Tomm 1987 a & b, Hirvonen 2002).

Terveydenhuollon ammattilaisen ja yksilön välistä vuorovaikutusta on kuvattu usein epäsymmetriseksi institutionaalisen luonteensa vuoksi. Keskustelua rajaavat tietyt ehdot, kuten tarkkaan määritelty käytettävissä oleva aika, jonka molemmat osapuolet tiedostavat (Kettunen 2001). Terveysneuvontakeskustelussa on sekä yksilön että terveydenhuollon ammattilaisen toiminnalla tärkeä merkitys (Kettunen 2001). Poskiparran (1997) mukaan jokainen terveysneuvontatilanne on reflektiivinen, ainutlaatuinen ja kehittyvä vuorovaikutussuhde, jossa sekä yksilöllä että ammattilaisella on mahdollisuus kasvuun ja kehittymiseen sekä oppimaan oppimiseen.

Poskiparran (1997) mukaan terveysneuvontakeskustelut ovat yleensä neutraaleita tiedonjakotilanteita. Neuvontaa ei kuitenkaan tule nähdä pelkkänä tiedon siirtona, vaan on huomioitava myös yksilön kasvuprosessi, jossa toisen kuuntelu ja kunnioittaminen luovat perustan kasvulle (Poskiparta 1997, Ruusuvuori ym. 2003). Keskustelu ja kuuntelu ovat terveysneuvonnan vuorovaikutuksessa keskeisiä menetelmiä (Ruusuvuori ym. 2003). Hyvän vuorovaikutuksen tärkeitä piirteitä terveysneuvontakeskustelussa ovat vastavuoroisuus, aitous, avoimuus, empatia ja kuuntelu. Ammattilainen toimii haastavassa roolissa monipuolisen tuen antajana yksilöllisten tarpeiden mukaisesti (Kettunen 2001). Neuvontaprosessissa suun terveyden asiantuntijan tulee seurata monia puheen- ja vuorovaikutuksen osatekijöitä, joiden pohjalta hänen tulee tukea yksilöä. Vuorovaikutuksen osatekijöitä ovat muun muassa yksilön puheen sisällön rakentumisen seuranta, kuullun erittely ja sen tiivistäminen, puhujan esittämien keskeisten asioiden erottaminen sekä niihin esitettyjen perustelujen arviointi (Poskiparta ym. 2003).

Terveydenhuollon ammattilaisen ja yksilön väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat lisäksi molempiin liittyvät taustatekijät. Taustatekijät voidaan luokitella fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristötekijöihin (Taulukko 2). Nämä kaikki osa-alueet luovat neuvonnalle kontekstin, jossa se tapahtuu. Yksilön taustatekijät muodostavat sen kokonaisuuden, jossa hän elää ja tekee valintoja. Mikäli taustatekijöitä ei huomioida, on mahdollista, että neuvonta ei perustu yksilön tarpeisiin (Kääriäinen & Kyngäs 2005a).

Asiantuntijan ominaisuudet ovat myös merkittävä tekijä terveystieteiden vuorovaikutusprosessin onnistumisessa. Hyväksi katsottuja ominaisuuksia ovat muun muassa itsetuntemus, psyykinen terveys, luotettavuus, rehellisyys, lämpö, kärsivällisyys, herkkyyden ja lujuus (Shemeikka 2003).

**Taulukko 2** Suuhygienianeuvontaan vaikuttavat ammattilaisen ja yksilön taustatekijät (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2005a).

<b>Taustatekijät</b>	
Fyysiset	Ikä Sukupuoli Suun terveydentila
Psyykkiset	Terveystietämystasot Kokemukset Mielitykset Odotukset Tarpeet Oppimistyyli Oppimisvalmiudet Motivaatio
Sosiaaliset	Kulttuuritausta Etninen tausta Sosiaalisuus Eettisyys
Ympäristötekijät	Suun terveydenhuollon toimintakulttuuri Fyysinen ympäristö Psyykinen ympäristö Sosiaalinen ympäristö

### 3.5 11–12-vuotias terveystieteiden neuvontakeskustelussa

Koululaisiin kohdistuvaa terveystieteiden neuvontaa ja sen vuorovaikutuksellisia piirteitä on tutkittu vielä vähän (Pyörälä 2000, Kyngäs 2003), kuten myös suuhygienistien antamaa suun terveystieteiden neuvontaa ja siihen liittyvää vuorovaikutusta 11–12-vuotiaille (Kasila ym. 2006, Kasila 2007). Yleisterveystieteiden huollon puolella terveystieteiden neuvontaan vuorovaikutusta on tutkittu enemmän aikuisten osalta. Tutkimuksia hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta on tehty jonkin verran (vrt. Poskiparta 1997, Kettunen 2001) ja lääkärin sekä potilaan välisestä vuorovaikutuksesta paljon (vrt. Haakana ym. 2001, Ruusuvaara ym. 2003).



Pyörälän (2000) lapsille suunnatun terveystarkastustutkimuksen mukaan, hoitajat olivat aktiivisempia keskusteluun osallistujia kuin potilaina olleet lapset. Hoitajat nostivat yksilön ongelmat esille sekä tarjosivat myös ratkaisuja niihin. Asiantuntijajohtoisuutta esiintyi myös Kasilan ym. (2006) laadullisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin terveystarkastustakeskustelua suuhygienistien ja koululaisten välillä, liittyen suun terveystottumuksiin ja niiden muuttamiseen. Vuorovaikutuksessa korostui suuhygienistien ammatin tuoma rooli tietoineen ja neuvoineen. Koululaiset eivät osallistuneet syvälliseen vuorovaikutukseen suuhygienistien hallitsevan roolin vuoksi (Kasila ym. 2006).

Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aikuisiin kohdistuneista terveystarkastuksen vuorovaikutustutkimuksista (vrt. Poskiparta 1997, Kasila ym. 2003). Vuorovaikutus yksilön ja ammattilaisen välillä terveystarkastuksessa on ollut usein asiantuntijajohtoista. Aiheen ja keskustelun aloituksen on määrittänyt useimmiten ammattilainen (Poskiparta 1997, Kasila ym. 2003, Kasila ym. 2006). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiantuntijajohtoisen lähestymistavan lisäksi neuvontatilanteissa on esiintynyt myös kasvatuksellista lähestymistapaa. Nämä kaksi suuntausta ovat olleet hallitsevampia, voimavarakeskeisen lähestymistavan esiintyessä niissä vähemmän (vrt. Poskiparta 1997, Whitehead 2001, Liimatainen 2002).

Koululaisten rooliin, ikä- ja kehitysvaiheisiin sekä yksilöllisiin tarpeisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota terveystarkastustakeskustelussa (Pyörälä 2000, Poskiparta ym. 2003). 11–12-vuotiaiden koululaisten terveystarkastuksen haasteellisuutta lisää yksilöllisen kehitysvaiheen moninaisuus, jolloin koululaiset voivat olla joko latenssvaiheessa tai puberteetti-iässä olevia varhaisnuoria (Rödström 1992, Laine 2002). Koululaiset voivat kokea neuvonnassa keskustelun aiheet kiinnostamattomiksi tai vaikeiksi, minkä vuoksi he voivat olla passiivisia (Laiho 1995, Pyörälä 2000, Kasila ym. 2006).

Terhon (2003) mukaan tutkimuksissa on osoitettu, että kouluikäiset tarvitsevat ja haluavat terveyden ja sairauksiin liittyvää neuvontaa, mutta pitävät usein terveystarkastusta vähäisenä tai vanhanaikaisena. Kouluikäisen mielestä terveystarkastuksen tulee olla kiinnostavasti toteutettu (Terho 2003). Tarpeellista on esittää neuvontojen yhteydessä ne asiat, jotka ovat nykyisen tietämyksen valossa oleellisia koululaisten tämän hetkisellet sekä tulevalle terveydelle ja hyvinvoinnille. Tärkeää on tiedostaa, että koululaiset eivät usein ajattele samalla tavalla kuin aikuiset, mikä johtuu kokemuksen puutteesta sekä siitä, että kouluikäisiä kiinnostavat eri

asiat kuin aikuisväestöä. Lisäksi terveyteen liittyvät ongelmat voivat tuntua hämmentäviltä ja aroilta asioilta (Terho 2003).

Kouluikäisten neuvonnassa pyritään tukemaan itsenäistä toimintaa, mutta heidän kykyään osallistua omaehtoisen hoidon pohtimiseen pidetään kuitenkin usein puutteellisena. Neuvontatyötä tekevissä laitoksissa aikuisten ja lasten perinteiset roolit luovat kuvaa lasten vajavuudesta suhteessa aikuisiin. Toiminta perustuu ammattilaisen määrittämiin ehtoihin sekä on usein aikuiskeskeistä ja institutionaalista eikä yhteistä toimintaa (Riihelä 1996).

Neuvonnan lähtöpiste tulee olla ihmisen yksilöllisissä tarpeissa elämäntilanne huomioiden (Nupponen 1998). Koululaisilla on oltava mahdollisuus osallistua terveysneuvontakeskusteluun ja heitä koskevaan päätöksentekoon tasavertaisina ja vastavuoroisina osallistujina (Poskiparta ym. 2003). Omatoiminen tiedonhankinta kyselemällä ja pohtimalla sekä vastavuoroisuus ovat tärkeitä edellytyksiä oppimiselle (Riihelä 1996). Terveysneuvonnan tavoitteena on ohjata koululaisia tärkeään oivallukseen, jolla tuetaan omaehtoista kysymistä, ongelman ratkaisua sekä kriittistä ja rakentavaa ajattelua (Poskiparta ym. 2003). Näiden tekijöiden vuoksi neuvontaan tulee varata runsaasti aikaa ja terveysneuvojan tulee olla hienotunteinen, yhteistyökykyinen, tukea antava ja hänen on osattava kuunnella koululaista. Ellei neuvonantaja tunne kouluikäisen vaikeuksia, pelkoja tai ongelmia, terveysneuvonta ei useinkaan tuota tulosta (Terho 2003).

Ammattikielen ja vierasperäisten termien käyttäminen voidaan nähdä ongelmallisena koululaisten neuvonnassa, sillä heidän valmiutensa ja halunsa vastaanottaa tietoa voivat olla yleisesti vielä kehitystason ja iän vuoksi rajalliset. Vierasperäisten lääketieteellisten termien käyttäminen voi hankaloittaa vuorovaikutusta sekä asian käsittelyä yksilön ja asiantuntijan välillä (Haakana ym. 2001). Ammattitermien käyttö korostaa ammattilaisen asiantuntija-asemaa (Haakana ym. 2001). Vieras ammattisanasto voi saada yksilön tuntemaan olonsa ulkopuoliseksi keskustelussa ja ajaa häntä passiiviseen rooliin (Anderson 1996, Haarala 1989).

#### 4 SUUHYGIENIATOTTUMUSTEN MUUTOS

Terveyskäyttäytymistä ja -valintoja pidetään usein yksilön vapaana valintana (Sheiham & Watt 2000). Taustalla vaikuttavat kuitenkin monitasoiset tekijät eli determinantit. Näitä ovat muun muassa yksilölliset tekijät, kuten perimä, ikä, sukupuoli tai elintavat, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristölliset tekijät (WHO 1998, Tones & Green 2004). Samat asiat vaikuttavat myös neuvontatilanteissa (vrt. Taulukko 2, s. 20). Suun terveyttä heikentäviä tekijöitä määritettäessä ja terveyskäyttäytymisen muutoksen tukemisessa on huomioitava myös näitä edellä kuvattuja suussa vallitsevia olosuhteita laajempia ilmiöitä. Yksilön käsitykseen omasta suun terveydestään vaikuttavat ympäristön käsitykset ja normit terveydestä (vrt. Sheiham & Watt 2000, Sirviö 2006, Poulsen & Hausen 2008). Nämä normit ja käsitykset voivat erota suuresti terveydenhuollon ammattilaisen ja yksilön välillä. Shemeikan (2003) mukaan yksi olennainen tekijä neuvontaprosessissa on, että ohjaaja ja neuvottava löytävät yhteisen kielen.

Kouluikäisten terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävässä toiminnassa on hyvä huomioida lapsen ikä, kehitysvaihe ja yksilölliset tarpeet. Lisäksi kouluikäisten koko elinympäristön huomioiminen sekä heidän omat käsityksensä terveydestä ovat oleellisia tekijöitä (Kasila 2007). Nuoret eivät aina sovelle käytännössä hyvinä pitämiään terveystapoja ja usein heillä on perustelut tekemilleen ratkaisuille (Pietilä ym. 1998). Perusteluissa on usein kyse arkiselityksistä, joilla terveyskäyttäytymisen onnistumisia ja epäonnistumisia perustellaan (Nupponen ym. 1991). Epäterveelliset tavat voivat merkitä nuorelle aikuisuuden tai itsenäisyyden symboleja sekä ristiriitatilanteiden ratkaisukeinoja (Tossavainen 1993, Rask ym. 2002).

Terveyskäyttäytymisen muutosvalmiuteen kouluikäisellä vaikuttavat muun muassa asiantuntijan ja koululaisen välisen luottamuksen saavuttaminen ja hyvän vuorovaikutussuhteen luominen koululaisen ehdoilla (Kasila 2007). Pietilän ym. (1998) tutkimuksen mukaan kouluikäiset ovat useimmiten valmiita kokeilemaan uusia toimintatapoja terveytensä ylläpitämiseksi. He tarvitsevat kuitenkin tukea terveystottumusten muuttamiseen muutostarpeen tunnistamisen jälkeen. Olennainen tekijä muutosprosessissa on, että kouluikäiset kokevat tullessa kuulluiksi ja tiedostavat omat mahdollisuutensa ja omat voimavaransa (Pietilä ym. 1998). Terveyskäyttäytymisen tietoisuuden muutoksen edellytyksenä

on kouluikäisen motivoituminen muutokseen ja että hän ymmärtää muutoksen tuomat merkitykset oman terveytensä ja elämänlaatunsa kannalta. Tämän lisäksi hänen tulee käsittää ne menetelmät, joita muutokseen tarvitaan ja hänellä täytyy olla riittävät taidot muutoksen toteutukseen (Shemeikka 2003).

Ehkäisevien toimintojen kustannukset ja toteuttamisvaikeudet voivat heikentää käyttäytymisen muutosta. Myös kouluikäisen nuoren omat sekä yhteisön normit voivat toimia joko terveyskäyttäytymisen muutosta ehkäisevästi tai edistävästi. Terveyskäyttäytymisen muutosta selittävinä tekijöinä on pidetty muun muassa sairauden tai muiden haittojen koettua uhkaa ja vakavuutta sekä mahdollisuuksia pienentää näitä tekijöitä (Shemeikka 2003).

#### **4.1 Suun terveysneuvonta muutoksen tukena**

Tutkimuksissa ei ole todettu karieksen ehkäisyyn tähtäävän terveysneuvonnan vaikuttavan merkittävästi karieksen esiintyvyyttä vähentävästi (Kay & Locker 1996, 1998). Suun terveysneuvonnan on kuitenkin todettu vaikuttavan yksilöiden tietouteen suun terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä lyhytaikaisesti suuhygieniaan ja sitä kautta biofilmin esiintyvyyteen sekä ienverenvuotoon. Näissä tutkimuksissa on ollut usein lyhyet seuranta-ajat, jolloin pysyviä tuloksia ei ole saatu näkyviin. Tämän vuoksi lisätutkimukset suun terveysneuvonnan vaikuttavuudesta suun terveyteen ovat tarpeellisia (Kay & Locker 1998, Watt & Marinho 2005).

Yksilöllisen suun terveysneuvonnan vaikutusta koululaisten hampaiden harjaus- ja lankaustottumusten muutokseen on selvitetty Kasilan ym. (2006) tutkimuksessa. Tutkimuksessa oli mukana 31 koululaista, joilla lähes jokaisella oli tarvetta muuttaa suuhygieniatottumuksiaan. Hampaiden harjauksessa ja lankaamisessa ilmeni puutteita niin frekvenssin kuin laadun osalta. Seuranta-aikana, joka kesti yhteensä vuoden, ainoastaan muutama koululainen teki muutoksen suuhygieniatottumuksissaan (Kasila ym. 2006).

Hausenin ym. (2007) tutkimuksessa selvitettiin muun muassa suuhygienistien antaman tehostetun suuhygienianeuvonnan vaikutusta alkavien reikien esiintyvyyteen 11–12-vuotiailla kohonneen kariesriskin omaavilla koululaisilla. Koeryhmään kuuluneet koululaiset saivat intensiivisempää suuhygienistin neuvontaa kuin hammaslääkärin perusneuvontaa saaneet

kontrolliryhmäläiset. Tutkimuksen tuloksena saatiin selville, että itse ilmoitetussa päivittäisessä harjausfrekvenssissä ilmeni eroa tehostettua neuvontaa saaneilla koululaisilla, jotka harjasivat hampaitaan ahkerammin. Tulosta tukivat myös kliiniset löydökset. Koeryhmäläisillä oli vähemmän ienverenvuotoa sekä näkyvää plakkia hampaissaan. Tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta se on suuntaa antava (Hausen ym. 2007).

Muutokseen tähtäävän terveysneuvonnan ongelmana on usein rajallinen ajan käyttö, menetelmien hallinta ja tulosten luotettava mittaaminen sekä kouluikäisen muutosprosessin tunnistaminen (Pietilä ym. 1998). Neuvontatilanteen yksi edellytys on sen onnistunut lopettaminen, koska se vaikuttaa koko neuvontatilanteesta jäävään mielikuvaan. Onnistunut lopettaminen vaikuttaa esimerkiksi sovittuihin tavoitteisiin ja niihin sitoutumiseen sekä halukkuuteen palata aina tarvittaessa takaisin asiantuntijan luo (Shemeikka 2003). Tehokas terveysneuvonta vaatii terveys-käsitteen ja terveyttä tukevien sekä heikentävien tekijöiden ymmärtämistä niin asiantuntijan kuin yksilön taholta. Tämä on sinänsä haasteellista, sillä terveys on ehkä kiistanalaisin käsite, joka merkitsee eri yksilöille eri asioita (Tones & Green 2004).

## **4.2 Muutosvaihemalli suuhygieniatottumusten muutoksessa**

Terveyskäyttäytymisen muutoksen ymmärtämisen tukena voidaan käyttää useita erilaisia teoreettisia malleja. Kaikki mallit eivät välttämättä sovellu kaikkeen terveyden edistämiseen, vaan niillä on omat erityispiirteensä ja käyttötarkoituksensa. Terveyden edistämässä voidaan käyttää apuna muun muassa terveysuskomusmallia (Health belief model), perustellun toiminnan ja suunnitellun käyttäytymisen teoriaa (Theory of reasoned action and planned behaviour), sosiaalis-kognitiivista teoriaa (Social cognitive theory) sekä transteoreettista muutosvaihemallia (Transtheoretical Model) (Nutbeam ym. 2004).

Terveyskäyttäytymisen muutosprosessissa käytettävien mallien taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa terveysuskomukset, yksilön rationaalisuus ja osallistumisen vapaaehtoisuus, sosiaalisten normien tärkeys ja ympäristön vaikutukset terveyskäyttäytymiseen sekä näiden tekijöiden välinen jatkuva vuorovaikutus (Nutbeam ym. 2004). Mallista riippuen eri tekijät ovat terveyskäyttäytymisen muutoksessa apuna. Yhteistä malleille on kuitenkin niiden tavoite auttaa ymmärtämään, mitkä tekijät vaikuttavat yksilön

käyttäytymiseen ja kuinka yksilö saadaan muuttamaan terveystäyttämistään terveyttä edistävään suuntaan.

Käytämme tutkimuksessa transteoreettista muutosvaihemallia apuna havainnollistamaan koululaisten suun terveystäyttämisen muutosta suuhygienistien antamien terveystneuvontakertojen aikana. Transteoreettista muutosvaihemallia on käytetty muun muassa Kasilan (2007) tutkimuksessa, josta myös tämän tutkimuksen aineisto on. Tämän vuoksi katsoimme sen sopivan hyvin aineiston analyysin tueksi.

Transteoreettisen muutosvaihemallin avulla voidaan ymmärtää käyttäytymisen muutoksen erilaisia vaiheita. Malli tarjoaa välineen muutosprosessin kokonaisvaltaisuuden sekä prosessimaisuuden huomiointiin. Muutosta pidetään pitkäkestoisena prosessina eikä pelkkänä yksittäisenä tapahtumana. Yksilöiden motivaation tasoa ja valmiutta muutokseen voidaan tarkastella muutosvaihemallin avulla. Muutosprosessi etenee sykleittäin. Pysyvä käyttäytymisen muutos ei tapahdu suoralinjaisesti vaiheesta toiseen, vaan välillä voi tulla repsahduksia, jotka ovat osa muutosprosessia (Prochaska & DiClemente 1983, Prochaska ym. 1997). Muutosvalmiuden taso voi muuttua esimerkiksi yksilön erilaisista elämäntilanteista johtuen (Prochaska ym. 1992, Berry ym. 2005).

Transteoreettiseen muutosvaihemalliin on yhdistelty erilaisia teorioita muun muassa psykoterapiasta. Keskeisiä osa-alueita mallissa ovat muutoksen vaiheet (stages of change), joita on esitetty yleisesti viisi tai kuusi (Prochaska ym. 1997) (Taulukko 3).

**Taulukko 3** Muutosvaihemallin vaiheet sovellettuna koululaisten suun terveysneuvontaan (vrt. Poskiparta ym. 2003).

ESIHARKINTAVAIHE (Precontemplation)	Koululaisella ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. Hän ei ole tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta, ei ole kiinnostunut asiasta eikä usko omiin kykyihinsä.
HARKINTAVAIHE (Contemplation)	Koululainen tiedostaa tarpeensa ja harkitsee vakavasti elintapojensa muutosta, mutta ei ole vielä sitoutunut muutokseen. Hän ymmärtää muutoksen tärkeyden, mutta hänellä ei ole valmiutta muuttaa tilannettaan.
VALMISTAUTUMISVAIHE (Preparation)	Koululainen aikoo ryhtyä toimintaan, on motivoitunut ja tehnyt jo pieniä muutoksia käyttäytymisessään.
TOIMINTAVAIHE (Action)	Koululainen panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen.
YLLÄPITOVAIHE (Maintenance)	Koululainen on toteuttanut päätöksensä ja elämäntapojen muutos on ollut pysyvä jo yli puoli vuotta. Hän tekee jatkuvasti työtä muutoksen ylläpitämiseksi.
PÄÄTÖSVAIHE (Termination)	Koululainen on täysin varma uuden elämäntavan toteuttamisesta. Muutosta voidaan pitää täydellisenä.

Suun terveystottumuksia koskevan neuvonnan alussa on hyvä määrittää yhdessä tavoitteet neuvonnalle (Gherunpong ym. 2006) sekä rohkaista koululaista ottamaan vastuuta suun terveyden edistämisestä ja muutoksesta sovellettuna arkielämään (Cullen ym. 2001). Suun terveysneuvonnassa on hyvä painottaa asioita, jotka ovat koululaiselle tärkeitä sen hetkessä elämäntilanteessa sekä sitä, mitä hyvää muutos tuo tullessaan. Muutoksen seuraukset ovat usein sosiaalisia ja siten kouluikäiselle tärkeitä. Lisäksi tulee huomioida kouluikäisen arvot, odotukset ja toiveet. Kouluikäinen on usein kykenemätön vastustamaan muun muassa ympäristön kautta tulevia paineita. Ympäristön paineilla tarkoitetaan ystävien, vanhempien ja tiedotusvälineiden kautta tulevia esimerkkejä (Tossavainen 1993).

Tutkimukset ovat sekä tukeneet että kritisoineet transteoreettista muutosvaihemallia terveyskäyttäytymisen muutoksen toteutuksessa. Vahvaa näyttöä on olemassa mallin eri vaiheiden ja muutosprosessin perusrakenteiden toimivuudesta ja sen käyttövarmuudesta (Povey ym. 1999). Kritiikkiä malli on saanut muun muassa siitä, että mallin muutosvaiheita on vaikea käyttää apuna esimerkiksi ravitsemustapojen muutoksessa (Povey ym. 1999, Whitelaw ym. 2000). Lisäksi muutamien review-artikkelien on päätynyt siihen, että mallin muutosvaiheiden vaikuttavuus ja tehokkuus ovat rajoitettuja ja tällä hetkellä pettymyksen aiheuttavia (Vähäsarja ym. 2004).

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millainen neuvontatilanne on vuorovaikutuksellisesti suuhygienistien ja 11–12-vuotiaiden koululaisten välillä yksilöllisessä suuhygienianeuvonnassa ja muuttuvatko koululaisten suuhygieniatottumukset neuvonnan edetessä.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia terveysneuvonnan lähestymistapoja neuvonnassa ilmenee?
  - 1.1 Millaista vuorovaikutus on neuvontatilanteissa?
  - 1.2 Miten tietoa annetaan suuhygieniasta?
  - 1.3 Millaisia oppimiskäsityksiä ilmenee neuvontatilanteissa?
  - 1.4 Muuttuvatko suun terveysneuvonnan lähestymistavat neuvontaprosessin edetessä?
  
2. Näkyykö koululaisten suuhygieniatavoissa muutoksia terveysneuvontaprosessin aikana?



## 6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 6.1 Aineiston keruu ja kuvaus

Tutkimusaineisto on osa Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen Terveyttä edistävän vuorovaikutuksen arviointi- ja kehittämistutkimuskokonaisuutta, jonka yhtenä tutkimuksena on Terveysneuvonnan vuorovaikutusprosessit suun terveydenhuollon toimintakulttuurissa. Tutkimuksen aineisto koostuu vuosina 2002–2003 videoiduista ja litteroiduista neljän naissuuhygienistin pitämistä terveysterveystakeskusteluista 31:lle 11–13-vuotiaille koululaisille. Neuvontatilanteet tapahtuivat suomalaisen keskisuuren kaupungin hammashoitoloissa. Jokaisella neuvontaan osallistuneella koululaisella oli vähintään yksi alkava aktiivinen karies hampaistossaan (Kasila 2007).

Videoinnit oli tehty suuhygienistien vastaanottohuoneissa, ja he itse huolehtivat videoinnista sekä puheen nauhoittamisesta ilman erillistä henkilökuntaa. Suuhygienistien kanssa käytiin läpi ne menetelmät ja aihealueet, joita neuvontojen tuli sisältää. He saivat kuitenkin rakentaa neuvontakertojen rakenteen ja etenemisen itsenäisesti oman ammattitaitonsa ja näkemyksensä pohjalta (Kasila 2007). Terveysterveystakeskustelun viitekehystenä suuhygienisteille oli esitelty transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska & DiClemente 1983) ja motivoiva haastattelu (Rollnick & Heather 1992, Kasila ym. 2006). Aiheina suun terveysterveystakeskusteluissa olivat muun muassa karies, fluori ja suuhygienia, ravinto, klooriheksidiinilakkaukset, pinnoitukset ja tupakka (Kasila 2002).

Tässä tutkimuksessa aineisto rajattiin vuonna 2002 pidettyihin neuvontakeskusteluihin, jolloin koululaiset olivat 11–12-vuotiaita. Aineisto rajattiin koskemaan vain suuhygieniaan liittyvää sanallista vuorovaikutusta. Aineiston analyysiin valittiin jokaiselta suuhygienistiltä yhden tytön ja yhden pojan neuvontakerrat. Koululaisia kertyi tutkimusaineistoon yhteensä kahdeksan (8), joista neljä (4) oli tyttöä ja neljä (4) poikaa. Jokainen koululainen kävi suuhygienistin luona kevään 2002 ja syksyn 2002 välisenä aikana 4–5 kertaa. Neuvontakertoja kertyi kokonaisuudessaan 35 (Taulukko 4).

**Taulukko 4** Suuhygienistien neuvontakerrat koululaisille kevään 2002 – syksyn 2002 neuvontaprosessin aikana. (X=tyttö, Y=poika)

Suuhygienisti 1		Suuhygienisti 2		Suuhygienisti 3		Suuhygienisti 4	
X	Y	X	Y	X	Y	X	Y
5	5	4	4	4	5	4	4

## 6.2 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysillä sekä induktiivisesti (aineistolähtöisesti) että deduktiivisesti (teorialähtöisesti). Sisällönanalyysi on terveystieteissä paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä (Hsieh & Shannon 2005), jonka avulla tutkittavaa ilmiötä kuvaillaan tiivistetyssä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysi on prosessi, jossa on monia eri vaiheita. Analyysin vaiheita ovat aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi (Cavanagh 1997, Kyngäs & Vanhanen 1999).

Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin sekä litteroitujen tekstien että videoitujen neuvontakertojen avulla. Videoita käytettiin analyysissä litteroidun aineiston tukena aidon neuvontatilanteen tavoittamiseksi. Niistä saatu tieto yhdistettiin litteroidun aineiston tuloksiin ja muodostettiin yksi yhtenäinen tulkinta. Aineiston analyysi käynnistyi videoitujen neuvontakeskustelujen katsomisella ja litteroitujen tekstien lukemisella. Videoituja neuvontatilanteita katsottiin muutaman kerran ja litteroitua aineistoa luettiin useita kertoja kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin aineistolähtöisesti analyysiyksikön valinnalla ja aineiston pelkistämällä (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999).

Analyysiyksikkönä toimivat suuhygieniaan liittyvät ilmaukset, jotka vaihtelivat sanasta monien lauseiden muodostamiin virkkeisiin. Alkuperäisestä litteroidusta neuvontakeskusteluaineistosta poimittiin analyysiyksikön mukaisia ilmauksia karsimalla epäoleellinen pois. Aineistolle esitettiin tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä, ja siitä poimittiin ilmaukset, jotka sisälsivät hampaiden harjausta, hammasvälien puhdistamista ja hammastahnan käyttöä koskevaa puhetta. Ilmaukset sisälsivät sekä suuhygienistin että koululaisen puhetta. Rajauksen jälkeen litteroitua analysoitavaa aineistoa oli yhteensä 71 A4-

sivua. Näitä pelkistettyjä neuvontakeskusteluja luettiin useaan kertaan ja kirjattiin niistä kommentteja marginaaliin.

Aineiston analyysi eteni seuraavaksi luokitteluvaiheeseen, jossa tutkimuskysymysten perusteella rajatusta alkuperäisistä ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia sekä alakategorioita analyysikehikon avulla. Tämän jälkeen analyysi jatkui teoriaohjaavasti. Sisällönanalyysi voidaan tehdä myös deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa teorettinen viitekehys (Tuomi & Sarajarvi 2002).

Tässä tutkimuksessa viitekehyksenä toimivat asiantuntijajohtoisien, kasvatuksellisen sekä voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistavat ja niiden ominaispiirteet (s. 5–12). Aineistoa luokiteltiin viitekehyksen avulla ylä- ja yhdistäviin kategorioihin sekä vuorovaikutuksen piirteisiin. Lähestymistapojen avulla analysoitiin, millaisia oppimiskäsityksiä neuvonnassa on havaittavissa, miten tietoa jaetaan sekä millaista sanallinen vuorovaikutus on koululaisten ja suuhygienistien välillä (Liitteet 1 ja 2). Viitekehyksenä käytettiin myös transteoreettista muutosvaihemallia terveyskäyttäytymisen muutoksen analysoimiseen (s. 25–28) (Liite 3).

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tuloksissa kuvataan, millainen neuvontatilanne ja -prosessi on suuhygienistien ja koululaisten välillä sekä millaisia terveysneuvonnan lähestymistapoja ja niiden ulottuvuuksia ilmenee neuvonnoissa. Tämän jälkeen tuodaan esille koululaisten muutoksia suuhygieniatavoissa neuvontaprosessin aikana. Tulosten esittämisessä on käytetty esimerkkeinä suoria lainauksia aineistosta seuraavalla tavalla:

*”H: suuhygienistin ilmaus”*

*”P: koululaisen ilmaus”*

### 7.1 Terveysneuvonnan lähestymistavat suuhygienianeuvonnassa

Terveysneuvonnan erilaisia lähestymistapoja ja niiden ominaispiirteitä neuvontakeskusteluissa tutkittiin suuhygieniaan liittyvien ilmauksien avulla. Näitä ilmauksia neuvontakerralla esiintyi 1–57. Koko neuvontaprosessi huomioiden suuhygienistin ja koululaisen välillä suuhygieniaan liittyviä ilmauksia esiintyi 1–85 (Taulukko 5, s. 39).

#### 7.1.1 Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa

Asiantuntijajohtoiseksi terveysneuvonnaksi tulkittiin ne ilmaukset, joissa oli havaittavissa kyseisen lähestymistavan piirteitä vuorovaikutuksen, tiedon antamisen ja oppimiskäsityksen osalta. Vuorovaikutus oli näissä ilmauksissa ei-vastavuoroista ja ei-keskustelevaa. Tämä näkyi vuorovaikutuksessa suuhygienistien aktiivisempänä osallistumisena, jolloin he määrittivät aiheet joista puhuttiin ja veivät neuvontatilannetta ammattimaisesti eteenpäin. Koululaiset puolestaan olivat passiivisessa vastaajan roolissa, eivätkä he osallistuneet keskusteluun oma-aloitteisesti. Asiantuntijajohtoinen lähestymistapa tuki koululaisten passiivista osallistumista oman terveytensä edistämiseen (Esimerkki 1).

Esimerkki 1.

*H: Montako kertaa sä harjailet hampaat päiväs?*

*P: Kaks.*

*H: Kaks. Joka aamu ja ilta vai?*

*P: Joo.*

*H: Joo. Hyvä. Ja käytät hammastahnaa?*

*P: Joo.*

*H: Joo-o. Hyvä juttu.*

*H: Joo, sen näkee ja sää, sun on oikeastas ihan pakkoki harjat hyvin ne hampaat et sä saat ne oikomiskojeet kans puhtaaks ja. Niihinhän tarttuu helposti kaikki kiinni.”*

Tiedon antaminen ilmeni asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa suuhygienistien asiantuntijatielona. Lähes jokainen neuvontatilanne sisälsi tällaista asiantuntijan tietoa koululaisten suun terveydentilan parantamisesta. Tällaisiksi tulkittiin ne ilmaukset, joissa suuhygienistit antoivat koululaisille tietoa kertomalla, näyttämällä peilillä esimerkiksi puhkeavia hampaita, kehottamalla tehostamaan suuhygieniää tai antamalla suoraa palautetta suuhygienian toteutumisesta. Tieto siirtyi behavioristisen oppimiskäsityksen piirteitä noudattaen asiantuntijalta koululaiselle. Koululaiset toimivat passiivisessa roolissa tiedon vastaanottajina.

Tietoa annettiin kertomalla asiantuntijatieloa esimerkiksi puhkeavien hampaiden herkkydestä reikiintyä nopeasti. Tiedolla yritettiin motivoida koululaisia muuttamaan terveyskäyttäytymistään ja siten ehkäistä hampaiden reikiintymistä. Kertomisen apuna käytettiin myös näyttämistä, mutta siinä tieto siirtyi myös ammattilaisilta koululaisille. Huomio kiinnittyi näissä ilmauksissa ainoastaan suun sairauksien ehkäisyyn (Esimerkki 2).

Esimerkki 2.

*H: Joo. Selvä. Ooksää huomannu onks sin rivin taa, onks sin alkanu tulemaan uut hammast?*

*P: On.*

*H: Oh, joo. No, tieks ne on aika tärkeet hampaat. Ne täytyy muistaa oikeen hyvin harjat. Ku sillon ku ne puhkee tän suuhun ni, sillon ko niit on vaan vähä tääl näkyvis, niin ne jää niinku ton hampaan, ton taakse vähän niinku piiloon sillo ko niit näkyy vaan ton verran sielt. Ja ne kerää kaikki liat sin päälleens, et niit täytyy muistaa se harja laittaa ihan sin taa saakka. Ja ne, ne ne oikeastas siin vaihees ko ne puhkee sin suuhun, ni ne kaikin helpoimmin reikiintyy.*

*P: Yy-yh*

*H: Tieksää minkä takii?*

*P: Een*

*H: No sen takii ko niit on kauheen vaikee sielt harjailla, huomata, ain laittaa se harja ihan sin viimiseen nurkkaan saakka ja, ja sitte ku ne on vähän vielä kesken se kehittyminen, ne ei oo ihan loppuun asti vielä kovettunu. Ja sitte jos sä kattot ton, kattot ton purupintaa, noit*

*hampaitte. Nääksä ko siel kulkee tommosii syvii, pieniä uurteita, tääl näi? Ni tänne ne kaikki bakteerit jää helposti kiinni. Et sielt täytys muistaa sit harjail, harjata erikseks kaikki noi takimmaiseta hampaat, ni saa ne varmasti pysyy puhtaana.”*

Asiantuntijajohtoisessa neuvonnassa suuhygienistit antoivat lähestymistavalle tyypillisesti tarkkoja ohjeita ja neuvoja suuhygienian toteuttamiseen. Neuvojen tavoitteena oli muuttaa suun terveyskäyttäytymistä terveyttä edistäväksi (Esimerkki 3,4).

Esimerkki 3.

*”H: Et koitat muistaa, muistaa tota harjailla. Oikeastas ensimmäinen asia olis se, että alkais harjaus sujuu joka ainoon päivää.*

*P: Yyh*

*H: Ja kaks kertaa päiväs.”*

Esimerkki 4.

*”H: Okei. Sen mukaan sit vaan noudatat, noudatat niit ohjeit... ja muistat harjat joka päivää.”*

Suuhygienistit saattoivat myös näyttää kuinka hampaat tulee harjata tai langoittaa ilman, että koululaiset olisivat itse osallistuneet puhdistuksen kokeiluun. Näissä tilanteissa koululaiset seurasivat, yleensä peilistä, kuinka hampaat tulee puhdistaa oikeaoppisesti suuhygienistin näyttäessä mallia (Esimerkki 5).

Esimerkki 5.

*”H: No mä näytän viel sen oman tapani, millai mä niinku yleens lankailen. Eli lankaa kannattaa ottaa tämmöne pitkä pätkä, reilu pätkä ja tää o vahattua. Toiki o vahattuu minkä saat ton pienen langan, ni se ei rispaa sit sin hammasväleihin ni helposti. Sit mä laitan tästä tämmösen lenkin. Pistetään kaks solmuu ton toiseen päähä eli täst tulee tämmöne lenkki. Sit täs langast otetaan kiinni peukalolla ja etusormilla ja toi pieni väli mikä tähän jää, ni se viedään semmosel sahaavalla liikkell sin hammasväliin. Ei paineta sillai yhdel kerralla ettei, ettei satu ikeneen. Nyt voit kattoo taas sielt peilistä. Mää näytän vaik siihe ala-etualueelle. Eli tällä viedään lanka tonne ja huomaaks et se o iha siel ikenen alla. Putsataan ton hampaan reunasta samoin tän hampaan reunasta, noi. Sit seuraava väli. Tuolta ja tuolt. Ain käännetään täst langast semmone puhdas kohta. Noi. Mä lankaan nyt kaikki hammasvälit.*

*H: Nonii. Langan käyttö riittää sit, et ennen iltaharjausta langataan.*

*P: Mm”*

Suuhygienistit esittivät koululaisille myös kysymyksiä asiantuntijajohtoisessa neuvonnassa, mutta niihin oli helppoa vastata lyhyesti passiivisena osallistujana. Kysymykset olivat tyyliltään lineaarisia, korostaen koululaisten asemaa kysymyksiin vastaajana ja suuhygienistien roolia niiden esittäjänä. Usein nämä tilanteet liittyivät suun terveystottumusten kartoittamiseen, esimerkiksi hampaiden harjaustottumusten tiedusteluun (Esimerkki 6).

Esimerkki 6.

*”H: Ooksä koskaan kokeillu hammaslangan käyttöö?”*

*P: Joo.”*

Asiantuntijajohtoisia ilmauksia esiintyi neuvonnoissa eniten. Esimerkiksi eräällä neuvontakerralla esiintyi yhteensä 55 suuhygieniaan liittyntä ilmausta, joista 48 (87 %) oli asiantuntijajohtoista. Koko neuvontaprosessi huomioiden asiantuntijajohtoista neuvontaa esiintyi myös eniten. Esimerkiksi viisi neuvontakertaa sisältäneessä neuvontaprosessissa suuhygieniaan liittyviä ilmauksia oli yhteensä 53, joista 41 (77 %) tulkittiin asiantuntijajohtoiseksi. Asiantuntijajohtoisia ilmauksia esiintyi eniten ensimmäisillä neuvontakerroilla. Neuvontaprosessin aikana neuvontatyyleissä ei tapahtunut muutoksia, vaan samansuuntainen tyyli jatkui koko prosessin ajan (Taulukko 5, s. 39).

Poikien ja tyttöjen välillä ei tässä tutkimuksessa esiintynyt eroja. Asiantuntijajohtoista lähestymistapaa esiintyi yhtä paljon sekä tyttöjen että poikien yksittäisissä neuvontatilanteissa ja koko neuvontaprosessin aikana.

### **7.1.2 Kasvatuksellinen lähestymistapa**

Kasvatuksellisen lähestymistavan piirteitä noudattavaksi suun terveysneuvonnaksi tulkittiin ne ilmaukset, joissa oli havaittavissa kyseisen lähestymistavan piirteitä vuorovaikutuksen, tiedon antamisen ja oppimiskäsityksen osalta. Kasvatukselliseen lähestymistapaan kuuluviksi tulkittiin ne ilmaukset, joissa vuorovaikutus ei ollut yksisuuntaista, vaan molemmat osapuolet osallistuivat vastavuoroiseen neuvontakeskusteluun. Suuhygienistit ohjasivat kuitenkin keskustelua näissäkin tilanteissa esimerkiksi valitsemalla keskustelun sisällön, mutta he

kannustivat koululaisia osallistumaan neuvonnan sisältönä olevaan asian käsittelyyn aktivoivien kysymysten avulla (Esimerkki 7).

Esimerkki 7.

*H: Mut sit tota mitäs muuta siel suussa voi tapahtua, jos ei, jos ei pese, pese hampaita ni mitä siel, mitä oireit siel muuta sit voi olla?*

*P: Eiks noi ikenet voi, voi tulehtua.*

*H: Joo, nii just. Se on tota. Mikäs se oire oli, jos ne on tulehtu?*

*P: En mä tiedä*

*H: Sielt tulee sitä verta.*

*P: Nii just*

*H: Mmm*

*P: Juu, ni*

*H: Onksul koskaan itellä tullu verta ku sä oot harjannu?*

*P: On joo*

*H: Jaa*

*P: Vaik mä harjaan täältä (näyttää suusta)*

*H: Ni sielt tulee sitten.*

*P: Nii*

*H: Joo. Eli yleensä se on siitä, siitä johtuu se veren, veren tulo et siel on vähän liian kauan aikaa ollu se lika siin hampaan pinnal*

*P: Tai sitten ei harjannu niitä pitkään*

*H: Ni, näin on. Eli eli tota sen saa ainoastaan sil paranemaan, ku sää harjaat paremmin sielt takaa. Koska sielt ei kuulus yhtään tul sitä verta. Noni, ja sit sul oli toi hammastahnakin käytös, eiks ollu?*

*P: Joo”*

Kokemukselliseen oppimisen oppimiskäsitykseen pohjautuen tieto suuhygieniasta muodostui enemmän yhteistyössä koululaisen kanssa. Tietoa annettiin esittämällä koululaisille kysymyksiä, joiden avulla he pohtivat omia suuhygieniatottumuksiaan. Refleksiivisillä kysymyksillä tuettiin koululaisten omaa ajattelua. Menetelminä kysymisen lisäksi käytettiin koululaisten tottumusten omakohtaista näyttämistä, etenkin tilanteita, joissa koululaiset näyttivät peilistä katsoen kuinka he toteuttavat itse syyhygieniää. Useinkaan näihin tilanteisiin ei kuitenkaan liittynyt kokemusten syvällistä reflektointia, joka on keskeistä kokemukselliselle oppimiselle (Esimerkki 8).

Esimerkki 8.

*H: Mutta tuota, näytäs ny vähän nyt millai sä normaalisti harjailet. Mä katon et, onko se harjan asento sillai hyvä, siel taka-alueella ja.*

*(Potilas pesee hampaita)*

*H: Joo-o. Tuollai ko sä harjaat, öö, ylösalasin...*

*P: Yh*



*H: ni ni tota, arvaas miks tämmönen harjaus on parempi? Ni ku näinpäin, ettei*  
*P: Et ne, ni tuota, et ne menee, et se menee tällai suuntaan, et ne liat menee tän päin pois.*  
*H: Ni just, et selkeesti sä vedät sen lian takas siihen ikenees, jos sä vedät sen näin.*  
*P: Yh*  
*H: Eli sä voit aina vetää, vetää sitä tällai edestakasin. Ja sit siinä et tota, sä voit vähän tarkemmin ottaa aina nämä, katos mä näytän sulle täält, täält alapuolelt. Ni huomaaks sä ko mä tulen ihan tän etteen näin ja sit...*  
*P: Yh*  
*H: ..mennään ton sisäpuolel. Noin ja sit viel lopuks nää päälipinnat. Ja näin. Huomaak sä et mä en kauheesti nostonut sitä harjaa välillä?*  
*P: Y-hyh*  
*H: Et tuln ihan tänne eteen saakka ni. Toi on melkeen parempi, kokeiles vielä sitä yläpuolta. Et saisiks sä tolleen harjattua? Eli eli alotat vaikka sielt takaa.*  
*P: Joo, täält?*  
*H: Sielt ylhäältä. Ja tuut pikkuhiljaa sielt eteepäin. Eli harjaaksä nyt ulkopintoja? Joo-o. Ja nykyttelet koko ajan. Muistat et sielt takahampaissa oli ne reiän alut. Et sieltä oikein hyvin harjaillet.”*

Kasvatuksellisessa vuorovaikutuksessa koululaiset osallistuivat keskusteluun enemmän kuin asiantuntijajohtoisessa neuvonnassa. Koululaiset olivat kuitenkin lähes poikkeuksetta sellaisessa roolissa, että he eivät itse vaikuttaneet neuvonnan sisältöön esittämällä omia havaintojaan tai kysymyksiä suun terveydestä, vaan osallistuivat vuorovaikutukseen vastaamalla suuhygienistien asettamiin kysymyksiin (Esimerkki 9, 10).

Esimerkki 9.

*”H: No, mutta, mutta, jatketaas nyt sitte taas ja, ää niinku sää tos vähän aika sit sanoitkin sen, et, et jos ei harjaa kunnolla, nii tulee sit he-, herkem-, herkemmin reikiä, mut mitäs tota, mitäs muuta hyötyä siitä on, et jos sää harjaillet hyvin hampaita ni suulle.*  
*P: Jos mä en harjaa nii henki haisee pahal.*  
*H: Joo*  
*P: Sit se näyttää kauheelt hampaat, ei voi hymyillä oikein, ku se ei sit hienon näköst ja, eikä sit oikein kiva kurkussakaan sillei ku on likaset hampaat, nii koko ajan tuntuu silt et pitäis käydä pesemäs ku ei oo kivaa ja”*

Esimerkki 10.

*”H: Tiekssä mikä tos hammastahnassa on semmone tärke aine, mitä ne hampaat tarvii?*  
*P: Fluori.*  
*H: Hmm. Fluori. Tiekssä mitä se fluori tekee siel hampaille? Miks se on hyvää?*  
*P: Es ??*  
*H: No entäs ??*  
*P: No se niinku, niinku puhdistaa plakin sielt pois*  
*H: Hmmm. Sen takii just harjataan hampaita, et se plakki puhdistetaan sielt pois ja sit toi fluori viel kovettaa sitä hampaan pintaa. Et ne hampaat tarvittis sitä fluorii kaks kertaa*

*päivässä. Et se mitä me tääl fluorataan sun hampaitas, ni se tapahtuu vaan joskus. Niit pitäs sun itte fluorata joka päivä ton tahnan kans. Sitä ne tarvittis.”*

Kasvatuksellista lähestymistapaa ilmeni vähän yksittäisillä neuvontakerroilla sekä koko neuvontaprosessin aikana. Esimerkiksi erään suuhygienistin ja koululaisen välisessä viisi neuvontakertaa sisältäneessä neuvontaprosessissa ilmauksia oli yhteensä 64, joista 13 (20 %) tulkittiin kasvatukselliseksi. Kasvatuksellista lähestymistapaa ilmeni kuitenkin lähes kaikilla neuvontakerroilla. Neuvontaprosessin aikana neuvontatyyleissä ei tapahtunut muutoksia, vaan samansuuntainen tyyli antaa neuvontaa jatkui koko prosessin ajan (Taulukko 5, s. 39).

Poikien ja tyttöjen välillä ei tässä aineistossa esiintynyt merkittäviä eroja. Kasvatuksellista lähestymistapaa esiintyi lähes yhtä paljon sekä tyttöjen että poikien yksittäisissä neuvontatilanteissa ja koko neuvontaprosessin aikana. Tytöt saattoivat joissakin tilanteissa osallistua neuvontaan aktiivisemmin kuin pojat, mutta tulosta ei voida pitää merkittävänä (Taulukko 5, s. 39).

### **7.1.3 Voimavarakeskeinen lähestymistapa**

Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistapaa ja sen ominaispiirteitä täyttävää vuorovaikutusta, tiedon konstruointia tai oppimiskäsitystä, ei ilmennyt tässä aineistossa. Voimavarakeskeiseksi terveysneuvonnaksi olisi tulkittu tilanteet, joissa koululaiset olisivat osallistuneet neuvontaan aktiivisemmin tasavertaisina osallistujina. Koululaisten olisi pitänyt esittää myös omia näkemyksiään ja kokemuksiaan suuhygieniasta sekä osallistua neuvontakeskusteluun tuomalla esille omia kysymyksiä tai oivalluksia suuhygieniasta. Tässä aineistossa koululaiset eivät osallistuneet vuorovaikutukseen tai tiedon rakentamiseen itsenäisesti, vaan he vastasivat suuhygienistien esittämiin kysymyksiin. Suuhygienistit eivät onnistuneet nostamaan koululaisia tasavertaisiksi osallistujiksi neuvontaan. Koululaisia ei kannustettu riittävästi tärkeään itsearviointiin eikä neuvonnassa huomioitu riittävästi koululaisten aikaisempia tietoja, näkemyksiä ja kokemuksia käsiteltävästä aiheesta.

**Taulukko 5** Terveysneuvonnan lähestymistapojen ilmeneminen neuvontaprosessissa neljän suuhygienistin ja kahdeksan koululaisen välillä. (X=tyttö, Y=poika)

	Ilmauksia suuhygieniasta	Asiantuntijajohtoinen		Kasvatuksellinen		Voimavarakeskeinen	
		Yht.	%	Yht.	%	Yht.	%
<b>SUUHYGIENISTI 1</b>							
<u>X</u>							
Neuvonta 1	36	26	72 %	10	28 %	0	0 %
Neuvonta 2	8	6	75 %	2	25 %	0	0 %
Neuvonta 3	2	2	100 %	0	0 %	0	0 %
Neuvonta 4	6	6	100 %	0	0 %	0	0 %
Neuvonta 5	1	1	100 %	0	0 %	0	0 %
Yht.	53	41	77 %	12	23 %	0	0 %
<u>Y</u>							
Neuvonta 1	29	22	76 %	7	24 %	0	0 %
Neuvonta 2	9	8	89 %	1	11 %	0	0 %
Neuvonta 3	21	17	81 %	4	19 %	0	0 %
Neuvonta 4	3	2	67 %	1	33 %	0	0 %
Neuvonta 5	2	2	100 %	0	0 %	0	0 %
Yht.	64	51	80 %	13	20 %	0	0 %
<b>SUUHYGIENISTI 2</b>							
<u>X</u>							
Neuvonta 1	57	37	65 %	20	35 %	0	0 %
Neuvonta 2	11	9	82 %	2	18 %	0	0 %
Neuvonta 3	4	3	75 %	1	25 %	0	0 %
Neuvonta 4	1	1	100 %	0	0 %	0	0 %
Yht.	73	50	68 %	23	32 %	0	0 %
<u>Y</u>							
Neuvonta 1	50	29	58 %	21	42 %	0	0 %
Neuvonta 2	6	4	67 %	2	33 %	0	0 %
Neuvonta 3	5	3	60 %	2	40 %	0	0 %
Neuvonta 4	3	3	100 %	0	0 %	0	0 %
Yht.	64	39	61 %	25	39 %	0	0 %
<b>SUUHYGIENISTI 3</b>							
<u>X</u>							
Neuvonta 1	42	30	71 %	12	29 %	0	0 %
Neuvonta 2	28	22	79 %	6	21 %	0	0 %
Neuvonta 3	12	8	67 %	4	33 %	0	0 %
Neuvonta 4	3	1	33 %	2	67 %	0	0 %
Yht.	85	61	72 %	24	28 %	0	0 %
<u>Y</u>							
Neuvonta 1	49	29	59 %	20	41 %	0	0 %
Neuvonta 2	9	5	56 %	4	44 %	0	0 %
Neuvonta 3	14	11	79 %	3	21 %	0	0 %
Neuvonta 4	5	2	40 %	3	60 %	0	0 %
Neuvonta 5	7	4	57 %	3	43 %	0	0 %
Yht.	84	51	61 %	33	39 %	0	0 %
<b>SUUHYGIENISTI 4</b>							
<u>X</u>							
Neuvonta 1	55	48	87 %	7	13 %	0	0 %
Neuvonta 2	5	2	40 %	3	60 %	0	0 %
Neuvonta 3	4	2	50 %	2	50 %	0	0 %
Neuvonta 4	2	0	0 %	2	100 %	0	0 %
Yht.	66	52	79 %	14	21 %	0	0 %
<u>Y</u>							
Neuvonta 1	25	19	76 %	6	24 %	0	0 %
Neuvonta 2	11	8	73 %	3	27 %	0	0 %
Neuvonta 3	6	5	83 %	1	17 %	0	0 %
Neuvonta 4	4	3	75 %	1	25 %	0	0 %
Yht.	46	35	76 %	11	24 %	0	0 %

## 7.2 Muutos suuhygieniatottumuksissa

Suun terveystottumusten muutosta tarkasteltiin hampaiden harjauksen, hammasvälien puhdistamisen sekä hammastahnan käytön kautta neuvontakeskusteluissa ja koko neuvontaprosessissa. Käyttäytymisen muutosta tarkasteltiin aina ensimmäisestä neuvonnasta viimeiseen analysoituun neuvontakertaan transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheiden mukaisesti (Taulukko 3, s. 27).

Koululaisten suun terveystottumusten muutoksen tulkinnassa esiharkinnan taso nähtiin vaiheena, jolloin koululaiset eivät ilmaisseet sanallisesti edes harkitsevansa esimerkiksi hampaiden harjausta kahdesti päivässä. Seuraava suuhygienistin ja koululaisen dialogi havainnollistaa tätä tulkintaa.

*H: Ooksä ny tänään harjannu hampaas?*

*P: En.*

*H: Et. Harjasiksä eilen illalla?*

*P: En muistaakseni*

*H: Et muistaakses. No sit sä voisit harjat oikeastas nytte.”*

Harkintavaiheeksi tulkittiin tilanteet, joissa koululaiset tiedostivat muutostarpeen ja olivat miettineet suun terveystottumusten muuttamista. Muutostarpeen tiedostaminen tulkittiin koululaisten puheesta, jossa he ilmaisivat yrittäneensä itsenäisesti muuttaa tottumuksiaan. Alla oleva vuorovaikutustilanne suuhygienistin ja koululaisen välillä havainnollistaa tulkintaa.

*H: Unoh-, unohdaksää sitte jotain harjauksii iltasin tai aamusin?”*

*P: ”Yleensä mä en pese ku iltasin.”*

*H: ”Joo”*

*P: ”Mä oon yrittäny joskus, et illoin aamuin, mut kyl se on heti menny siihen, et iltasin vaan.”*

Valmistautumisvaiheeksi katsottiin tilanteet, joissa koululaiset ilmaisivat omin sanoin jo yrittäneensä muuttaa suun terveystottumuksiaan suuhygienistin neuvonnan mukaiseksi, kuten seuraavasta vuorovaikutustilanteesta voidaan havaita.

*H: Mites tota kokeiliksä sitä hammaslankaa?”*

*P: ”Koklasin, ku siin oli semmone mintunmaku, nii mä tykkäsin siitä ( ).”*

*H: ”Joo, just.”*

*P: "Kyl mä sitä kokeilin."*

*H: "No ni, hyvä."*

*P: "Sit mä otin niin tota kerran sitä ihan niinku turhaanki, ku siin oli niin hyvän maku, tein vaan sillai."*

Muutosvaihemallin mukaiseksi toiminnan vaiheeksi tulkittiin tilanteet, joissa koululaiset olivat muuttaneet suun terveystottumuksiaan omien sanojen mukaan suuhygienistien ohjeiden mukaiseksi toiminnaksi. Muutoksen toiminnassa tuli olla säännöllistä. Säännölliseksi toiminnaksi katsottiin tilanteet, joissa koululaisten suun terveyskäyttäytyminen oli pysynyt hyvänä useamman neuvonnan ajan. Toiminnan vaiheeksi tulkittiin myös repsahduksen jälkeiset tilanteet, joissa koululaiset paransivat toimintaansa takaisin säännölliseksi neuvontojen jatkuessa. Seuraavassa neuvontatilanteessa toiminnan muutoksen säännöllisyys näkyi suuhygienistin ja koululaisen välisessä keskustelussa.

*"H: "No mitäs, millais hampaat on tullu hoideltu?"*

*P: "Sillai ku ennenki (naurahtaa)"*

*H: "Sillai ku ennenki eli iha hyvin. Sä oot muistanu harjat?"*

*(Potilas nyökkää)*

*H: "Ooksä harjannu, kui mont kertaa päiväs?"*

*P: "Kaks"*

*H: "Kaks kertaa, hyvä."*

Ylläpitovaiheeksi tulkittiin toiminta, joissa koululaisten motivaatio suun terveyskäyttäytymisen muutokseen alkoi ensimmäisellä neuvontakäynnillä ja muutos jatkui koululaisten omien sanojen mukaan aina viimeiseen neuvontakäyntiin asti. Analysoitu neuvontajakso kesti noin puoli vuotta ja neuvontojen aikana ei saanut tapahtua repsahduksia, jolloin muutoksen katsottiin olevan pysyvää.

*"H: Et millai sä oot ny hampaitas hoitanu täs välis. No mites ooksä muistanu harjailla?"*

*P: Joo määh harjaan sullei, et mä harjaan heti ku mä herään*

*H: No ni, hyvä. Ja sit ooksä sitä kokeillu, puhuiks mä siitä, et jos vaan sylkee sen tahnan pois sielt suusta.*

*P: Joo kyl määh.*

*H: Ni, just, hyvä. Mut et harjaat aamusti. Ja harjaaks sä illal sit viimitteeks.. P: Joo*

*H: ennen nukkumaanmenoo? Hyvä."*

### 7.2.1 Hampaiden harjaus

Hampaiden harjauksen osalta kaikki koululaiset muuttivat suuhygieniatottumuksiaan neuvontaprosessin aikana. Alun lähtökohtaiset tasot hampaiden harjauksen suhteen erosivat toisistaan kaikkien koululaisten kohdalla. Sekä tytöillä että pojilla esiintyi muutosvaihemallin mukaisista tasoista sekä esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis- että toimintavaihetta. Koululaiset alkoivat harjata hampaitaan pääsääntöisesti kaksi kertaa päivässä päästen toiminta- tai ylläpitovaiheeseen. Ainoastaan kaksi koululaista muutti suuhygieniatapojaan niin, että toiminta tulkittiin ylläpitovaiheeksi (Taulukko 6, s. 49) hampaiden harjauksen suhteen.

Hampaiden harjaustiheyttä suuhygienistit tiedustelivat kysymällä koululaisilta, kuinka monta kertaa päivässä he harjaavat hampaitaan. Koululaisten vastaukset hyväksyttiin tavallisesti sellaisenaan ilman erillistä kliinistä tarkastusta. Hampaiden harjausta suuhygienistit kysyivät jokaisen neuvontakerran yhteydessä. Harjauksen sujuessa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä suuhygienistit kehottivat koululaista tihentämään harjauskertoja. Suuhygienistit eivät kysyneet syitä harjaamattomuuteen tai koululaisten kokemuksia ja mielipiteitä annetuista uusista ohjeista. Seuraava esimerkki havainnollistaa suuhygienistin pitämän neuvontatilanteen etenemisen hampaiden harjauksen osalta toimintavaiheesta ylläpitovaiheeseen. Neuvonnat käytiin maaliskuun ja elokuun 2002 välisenä aikana (Esimerkki 11).

Esimerkki 11.

#### **Ensimmäinen neuvontakerta:**

*H: Montako kertaa sä harjailet hampaat päiväs?*

*P: Kaks.*

*H: Kaks. Joka aamu ja ilta vai?*

*P: Joo.*

*H: Joo. Hyvä.”*

#### **Toinen neuvontakerta:**

*H: Joo. Ja harjauksestaki, sää oot, harjailet kaks kertaa päivässä...*

*P: Mmm-m.*

*H: ... joka päivä ja.*

*H: Joo, kyllä. Sä tiedät, tiedät tosi hyvin nää kaikki asiat.”*

**Kolmas neuvontakerta:**

*H: Hyvä. Hampaat on harjattu hyvin ja joka päivä, ja...*

*P: Joo*

*H: ..hyvä. Selvä.”*

**Neljäs neuvontakerta:**

*H: No mitäs, millais hampaat on tullu hoideltuu?*

*P: Sillai ku ennenki (naurahtaa)*

*H: Sillai ku ennenki eli iha hyvin. Sä oot muistanu harjat?*

*(Potilas nyökkää)*

*H: Ooksä harjannu, kui mont kertaa päiväs?*

*P: Kaks*

*H: Kaks kertaa, hyvä.”*

**Viides neuvontakerta:**

*H: Selvä, no millai sä oot jaksanu harjat hampaitas ny sinä aikana?*

*P: Iha hyvi (naurahtaa)*

*H: Iha hyvi. Ihan niinku ain ennenki?*

*P: Yyh.*

*H: Joo, hyvä on.*

*H: Ja sää jatkat samanlail sitä kotihoitoo, ku tähänki asti, kosk se o ihan menny, ei siin oo mitään ongelmii sun kohdallas.”*

*H: et sää harjaat nii hyvin itte näitä, et ei tääl tarvii paljon, paljon muuta tehdä.*

*H: Sul sujuu ihan hienosti, ei täs oo mitään ongelmii”*

Edellä esitetyssä neuvontakertojen etenemisessä on selkeästi nähtävissä suuhygienistin asiantuntijajohtoisuus keskustelun ohjaajana ja vetäjänä. Koululainen puolestaan osallistuu keskusteluun hyvin lyhyin sanoin tai pelkästään hymähtämällä. Suuhygienisti ei myöskään tarkasta koululaisen harjauksen sujuvuutta kliinisesti, jolloin harjaustulos jää epäselväksi. Koululaisen sanomaan uskotaan ilman tarkastusta.

Puhtaat hampaat harjauksen tuloksena on oleellinen tekijä kariuksen ehkäisyssä. Oletuksena on siis harjauksen sujuminen odotetulla tavalla. Analysoinnissa katsottiin koululaisen päässeen muutosvaihemallin mukaiseen ylläpitovaiheeseen, koska repsahduksia harjauksen suhteen ei näkynyt ja harjaaminen oli sujunut kahdesti päivässä jo puolen vuoden ajan.

Esimerkki 12.

### **Ensimmäinen neuvontakerta:**

*H: Millais sul on, harjaillet sä jo aamuin illoin vai vaan toises?*

*P: No, joo mut nytte se on jääny sullei, ku ollu kiire aamul lähtee kouluun, ni ei oo kerenny välttämät harjaamaan hampaita tai...*

*H: Mut pääasias iltasin harjaat, pyrit harjaamaan?*

*P: Joo kyl mää, mut jos mää oon kaverin tykönä, ni esimerkiks sielki me syödään koko ajan jotain sipsii tai juodaan limsaa ja katotaan videoo, ni kyl se siihen sit jää, et en mää sitte yleensä sitte niit hampait pese.*

*H: Joo selvä. jos ois kuin mont kertaa viikossa?*

*P: No pesen hampaat vai?*

*H: Nii...*

*P: Yleensä pesen aamuin illoin.”*

### **Toinen neuvontakerta:**

*H: Mmm. Mut sit kato ku sää, sit sää harjaillet hyvin ja, ja, ja katotaas millai sää nyt sit olit, melkein sä olit*

*joka aamu ja ilta harjannu,*

*H: et ooksä nyt yrittäny harjata joka aamu ja ilta?*

*P: Mmm”*

### **Kolmas neuvontakerta:**

*H: Niin ni millai harjaukset jaksoik sää harjata aamui illoi vai jäik sul?*

*P: Juu, kyllä.*

*H: Se o sillai sul iskostunu päähä vai.*

*P: Sillon ko mää oli kipee ni mää en jaksanu.”*

### **Neljäs neuvontakerta:**

*H: Nonii. Harjasik sä tänä aamuna?*

*P: Harjasin.*

*H: Hyvä. Kattotaan ( ) se harjaus*

*P: Mää en tiä kui hyvi mää harjasi.*

*H: Mitä?*

*P: Mää en tiä kui hyvi mää harjasi.*

*H: Jaa.*

*P: Kyl mä harjasi.*

*H: Mmm.*

*H: Noni. Katotaas. ( ) yleensä jos illalla harjaa perusteellisesti, niin eipä ne aamul kauheen likaset oo.*

*H: Kyl nää ihan hyvät on.”*



Edellä esitetyssä esimerkissä 12 koululainen pääsi suuhygienistin ohjaamana muutosvaihemallin mukaisesta valmistautumisvaiheesta toimintavaiheeseen. Esimerkistä käy ilmi, millä tavalla suuhygienisti tiedustelee koululaiselta, kuinka hyvin hän on muistanut harjata hampaansa. Keskustelussa on nähtävissä osittain kasvatuksellisen lähestymistavan piirteitä, koska koululainen osallistuu keskusteluun muutenkin kuin vain hymähtämällä. Suuhygienisti osallistuu keskusteluun hyvin kyselevästi, jolloin vuorovaikutus ei etene syvällisemmäksi. Lisäksi esimerkiksi toisessa neuvontakerrassa suuhygienisti hyväksyy koululaisen hymähdyksen vastauksena kysymykseen, eikä lähde tarkentamaan koululaisen vastausta tai varmistamaan sitä esimerkiksi tarkastamalla kliinisesti tilannetta.

### **7.2.2 Hammasvälien puhdistus**

Hammasvälien puhdistuksen osalta lähes kaikki koululaiset olivat harkintavaiheessa neuvontojen alussa. Tytöillä muutokset hammasvälien puhdistamisessa olivat hieman paremmat kuin pojilla. Tytöt muuttivat jonkin verran tottumuksiaan päästen toimintavaiheeseen, kun taas pojat jäivät esiharkinta- tai harkintavaiheeseen yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Ainoastaan yksi koululainen muutti suuhygieniatottumuksiaan niin, että toiminta tulkittiin toimintavaiheeksi (Taulukko 6, s. 49).

Hammasvälien puhdistamisen onnistumista tai yleensä hammasvälien puhdistusvälineiden käyttöä suuhygienistit tiedustelivat kysymyksin, joihin koululaiset vastasivat usein lyhyesti. Esimerkistä 13 käy ilmi hammasvälien puhdistamista koskevan neuvonnan eteneminen. Neuvonnat käytiin maaliskuun ja marraskuun 2002 välisenä aikana.

Esimerkki 13.

#### **Ensimmäinen neuvontakerta:**

*H: Ooksää ikän?*

*P: Kyl mä oon joskus käyttäny hammaslankaa, jos tunnen et tuol on jotai, mut en mä hirveesti kyl käytä.*

*H: Olet sää saanu ihan hyvin sen sin ain menemään ja?*

*P: Juu*

*H: Joo, et sä oot ihan tottunu käyttää sitä?*

*P: Mmm*

*H: Joo-o. Se olis muuten ihan hyvä sitte, jos.*

*P: Mä en uskalla hirveesti kato ku mul on ientulehdust tääl näin, ni mul alkaa hirveen helposti tulee verta tuolta ikenest.”*

### **Toinen neuvontakerta:**

*”H: Oleksä sitä lan-, hammaslankaa yhtään koittanu?*

*P: En oo, en mä, mä en itse asias, mä en osaa käyttää hammaslankaa...*

*H: Nii*

*P: ...kyl mä oon vähä joskus sillai, joskus sillon tällön oon kokeillu.*

*H: Joo. Kokeiltiiks me sitä täällä?*

*P: Ei*

*H: Ei kokeiltu, joo. Justiins. Sitä me voitas ihan kokeillasitte. Näytinks mää sitä sul yhtään?*

*P: Kyl sä näytit vähä. Hammaslankaa sillai.*

*H: Joo, joo. Vois ainaki iha kokeilla viel tos peilin edes kattoo, et mikä siin on semmone vaikee kohta. Eksää saa sitä menemään sin vai?*

*P: Kyl mä saan niiku menemään, mut en mä tiää en mä osaa niiku sillai, en mää oo tottunu niiku käyttämään*

*H: Nii joo, joo justiin. Se tietysti se vaatii vähän sitä opetteluu aikalaillaki ennen ku se oppii. Sit ku sen on kerran oppinu, ni ei siin sit kauheen kauaa aikaa mee ku sen tekkee. Mut et alkuun voi olla hankalaa et millai,*

*P: Joo”*

### **Kolmas neuvontakerta:**

*”H: No mitäs sä sait sitä lankaaki sillo ja vähä kokeilit onk sitä yhtää tullu käytetty?*

*P: On, on sitä mä oo käyttäny nyt.*

*H: Joo.*

*P: Se o itseasias loppunukki, mutta.*

*H: Ni.*

*P: Kyl mää sitä sillo, kyl mää käyti sitä.*

*H: Just. Tota käyti iha sillai oikee säännöllisesti, et päivittäinki?*

*P: Päivittää joskus sillai ennen ko mää meni nukkumaa ni mul oli siin yöpöydäl.*

*H: Joo.*

*P: Vää kokeili ( ) hampaan välit*

*H: Just sää sait se iha hyvi menemää sinne ja?*

*P: Mmm.*

*H: Joo, joo.”*

### **Neljäs neuvontakerta:**

*”H: No mitäs kokeilikko sitä lankaa ko sait?*

*P: Joo.*

*H: Ooks ruvennu oikee enempi käyttää taas?*

*P: No kyl mää yritä mut siis mul nykyää nukkumine jääny vähä vähemmälle joskus ko o iha tosi väsyne.*

*H: Ni.*

*P: Käy yhtäkkiä pesemäs hampaat ni sillo tällö kyl mä ny täl viikol oo kyl mä oo muutama kerta oikeen niiku yrittäny tualt hammasväleist oikee kunnol.*

*H: Just.”*

Edellä esitetyssä esimerkissä koululainen pääsee muutosvaihemallin mukaisesta harkintavaiheesta valmistautumisvaiheeseen. Kyseisessä vaiheessa koululainen tekee jo pieniä muutoksia hammaslangan käytössä. Tässä esimerkissä koululainen kokeilee hammaslangan käyttöä ja myös käyttää sitä satunnaisesti harjauksen yhteydessä.

Hammaslangan käytön ohjaus etenee hyvin samantapaisesti kaikkien suuhygienistien kohdalla. Suuhygienistit kysyvät hammaslangan käytöstä koululaiselta ja langan käyttöä harjoitellaan osin peilistä katsoen, mutta varsinainen kannustaminen hammaslangan käyttöön puuttuu. Usein koululaiset alkoivat jo käyttää hammaslankaa, mutta muutosprosessin aikana tapahtui repsahduksia, joihin suuhygienistit eivät puuttuneet riittävästi. Keskustelua esimerkiksi hammaslangan käytön vähyyden syistä tai muista mahdollisuuksista muun muassa hammaslangan käytön ajankohdan suhteen suuhygienistit eivät pohtineet yhdessä koululaisen kanssa. Koululaisia ei aktivoitu oman suun terveyskäyttäytymisen muutoksen oivaltamiseen terveysneuvonnassa.

Esimerkki 14.

#### **Ensimmäinen neuvontakerta:**

Ensimmäisellä neuvontakerralla suuhygienisti ei keskustellut hammasvälien puhdistuksesta koululaisen kanssa.

#### **Toinen neuvontakerta:**

*”H: Hammaslankaa käytäks sää?*

*P: En*

*H: No entäs hammastikkua?*

*P: En mä yleensäkkää, mut jos o joku tai jääny, kyl mä sitte.*

*H: Joskus. Hmm.”*

#### **Kolmas neuvontakerta:**

Kolmannella neuvontakerralla suuhygienisti ei myöskään keskustellut hammasvälien puhdistuksesta koululaisen kanssa.

### **Neljäs neuvontakerta:**

*H: Ooksä hammaslankaa käyttäny?*

*P: En, meil ei oo*

*H: Just*

*P: Joskus käyttää hammastikkui, mut niitäki aika harvoi*

*H: Joo. Mut sul ei niit ollu tuol väleissä niit reiki, etku ne on tuol purupinnan päällä, ni ei se lanka iha sillai pakollist.”*

Edellä esitetyn kaltainen neuvonta esimerkissä 14 alkoi esiharkintavaiheesta ja päättyi samaan vaiheeseen. Koululainen ei vaikuta ollenkaan kiinnostuneelta hammasvälien puhdistamisesta. Suuhygienisti ei kannusta koululaista yrittämään hammasvälienpuhdistusta vaan toteaa neljännen neuvontakerran yhteydessä, että ei se ole ihan välttämätöntä, koska alkavat reiät eivät ole väleissä. Toisaalta nämä koululaiset on valittu juuri alkavien reikien ja puutteellisten suuhygieniatottumusten takia tehostettuun ohjaukseen, jolloin kaikki suuhygieniaan liittyvä on tärkeää. Suuhygienistit toimivat kuitenkin tutkimukseen liittyvien ohjeiden mukaisesti, joissa ehdotonta ohjaamistarvetta hammasvälien lankaamiseen oli ainoastaan silloin, kun hammasväleissä oli reiän alkuja. Neuvonnat, joissa koululainen jää esiharkinta- tai harkintavaiheeseen hammasvälien puhdistamisen suhteen etenevät edellä esitetyn esimerkin mukaisesti. Suuhygienisti ei kannusta koululaista muutokseen eikä tartu asiaan perusteellisesti, koska koululainen ei vaikuta innostuneelta asiasta.

### **7.2.3 Hammastahnan käyttö**

Hammastahnan käyttöä suuhygienistit kysyivät lähinnä ensimmäisillä neuvontakerroilla, jonka jälkeen asiaan ei palattu, jos koululaiset sanoivat käyttävänsä hammastahnaa hampaita harjatessaan. Suuhygienisti numero yksi (1) ja Suuhygienisti numero kaksi (2) eivät kysyneet hammastahnan käytöstä lainkaan toiselta koululaiselta (Y) koko analysoidun neuvontajakson aikana. Muutosta hammastahnan käytössä oli täten vaikea arvioida. (Taulukko 6, s. 49).

Hammastahnan käyttöä kysyttiin usein valmiin vastauksen antavalla kysymyksellä. Seuraavat esimerkit havainnollistavat suuhygienistien lineaaristen kysymysten asettelua heidän tiedustellessaan hammastahnan käyttöä koululaisilta (Esimerkki 15,16).

Esimerkki 15.

*"H: Hyvä. Ja tahnaa oot käyttäny joka kerran, eiks vaa?  
P: Joo"*

Esimerkki 16.

*"H: No nii ja sit sul on tahnaaki käytös eiks ollu ku sä harjaillet?  
P: Oon.  
H: Joo."*

Esimerkeistä käy ilmi, että suuhygienisti kysyy koululaiselta suoralla kysymyksellä hammastahnan käytöstä ja hyväksyy koululaisen vastauksen sellaisenaan. Kysymys sisältää valmiin vastauksen, johon on helppo vastata myöntävästi.

**Taulukko 6** Muutokset koululaisten suuhygieniatavoissa muutosvaihemallin vaiheiden mukaisesti neuvontojen aikana. (X=tyttö, Y=poika)

MUUTOKSET SUUHYGIENIATAVOISSA								
	SUUHYGIENISTI 1		SUUHYGIENISTI 2		SUUHYGIENISTI 3		SUUHYGIENISTI 4	
	X	Y	X	Y	X	Y	X	Y
<b>HARJAUS</b>								
ensimmäinen neuvonta	toiminta	esiharkinta	valmistelu	harkinta	harkinta	valmistelu	toiminta	toiminta
viimeinen neuvonta	ylläpito	toiminta	toiminta	toiminta	toiminta	toiminta	ylläpito	toiminta
<b>VÄLIENPUHDISTUS</b>								
ensimmäinen neuvonta	harkinta	ei keskustelua asiasta	harkinta	harkinta	harkinta	ei keskustelua asiasta	valmistelu	harkinta
viimeinen neuvonta	valmistelu	valmistelu	harkinta	harkinta	valmistelu	esiharkinta	toiminta	esiharkinta
<b>HAMMASTAHNAN KÄYTTÖ</b>								
ensimmäinen neuvonta	toiminta	ei keskustelua asiasta	toiminta	ei keskustelua asiasta	toiminta	toiminta	toiminta	toiminta
viimeinen neuvonta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta	ei keskustelua asiasta

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Yhteenveto tuloksista**

#### **8.1.1 Terveysneuvonnan lähestymistavat suuhygienianeuvonnassa**

Suuhygienistien pitämät suun terveyteen liittyvät neuvontatilanteet koululaisille rakentuivat samansuuntaisesti kaikilla neljällä suuhygienistillä. Ilmaukset suuhygieniasta neuvonnoissa olivat ensimmäisillä käynneillä runsaampia kuin seurantakäynneillä. Joissakin neuvontatilanteissa ensimmäisellä käynnillä ilmeni 57 suuhygieniaan liittyvää ilmausta. Seuraavilla kerroilla keskityttiin lähinnä niihin suuhygieniaan liittyviin tekijöihin, joissa suuhygienistit katsoivat koululaisilla olevan vielä parantamisen varaa sekä tiedollisesti että taidollisesti. Seurantakäynneillä ilmauksia esiintyi keskimäärin vain 1–22 (Taulukko 5, s. 39).

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että hallitsevampia lähestymistapoja terveysneuvonnassa ovat usein asiantuntijajohtoinen ja kasvatuksellinen lähestymistapa (vrt. Poskiparta 1997, Whitehead 2001, Kasila ym. 2006). Tämä tutkimus vahvisti näkemystä siitä, että vuorovaikutus koululaisen ja asiantuntijan välisessä suun terveysneuvontakeskustelussa on pääsääntöisesti asiantuntijajohtoista (vrt. Pyörälä 2000, Kasila ym. 2006). Asiantuntijajohtoisien terveysneuvonnan piirteitä esiintyi 0–48 ilmausta neuvontakerralla ja se oli selvästi hallitsevampi kuin kasvatuksellinen, jota esiintyi 0–20 ilmausta neuvontakerralla. Ilmiö oli samanlainen koko neuvontaprosessissa. Kaikilla neuvontakerroilla ei ilmennyt kasvatuksellista lähestymistapaa. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistavan piirteitä ei tämän aineiston neuvontakeskusteluissa ilmennyt ollenkaan (Taulukko 5, s. 39).

Kettusen (2001) mukaan neuvontakeskustelutilanteet sisältävät usein sekä ei-vastavuoroista että vastavuoroista vuorovaikutusta kerroksittain. Harvoin on tilanteita, missä ainoastaan toinen lähestymistapa on yksin esillä (Kettunen 2001). Tämä näkyi tässä tutkimuksessa lähestymistapojen vähäisenä vaihtelevuutena neuvontakeskusteluissa. Huolimatta asiantuntijajohtoisien lähestymistavan vallitsevasta ilmenemisestä myös kasvatuksellista neuvonnan lähestymistapaa esiintyi lähes kaikissa neuvontatilanteissa sekä koko

neuvontaprosessissa (Taulukko 5, s. 39). Kettusen (2001) kuvaama ei-vastavuoroinen vuorovaikutus oli nähtävissä tässä tutkimuksessa selvästi asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa. Asiantuntijajohtoisessa suun terveysneuvonnassa suuhygienistit jakoivat runsaasti tietoa, etenkin ensimmäisen neuvontakerran aikana, ja koululainen oli tiedon passiivinen vastaanottaja. Nämä tilanteet noudattivatkin lähestymistavalle ominaisen behavioristisen oppimiskäsityksen piirteitä. Valmista tietoa annettiin kertomalla, kysymällä, antamalla kehoituksia suun hoitoon ja näyttämällä esimerkiksi konkreettisesti miten hampaat tulee puhdistaa. Keskeisenä tavoitteena oli muuttaa koululaisen terveyskäyttäytymistä suun terveyttä edistäväksi, mitä perusteltiin asiantuntijatiedolla. Usein perusteena oli hampaiden reikiintymisen uhka.

Behavioristiseen oppimiskäsitykseen pohjautuvaa tietoa jaettiin asiantuntijajohtoisessa neuvonnassa huomioimatta koululaisten aiempia tietoja asiasta. Nykyajan tietoyhteiskunnassa yksilöillä on usein tietoa terveysneuvonnan sisältönä olevista asioista, mutta he eivät välttämättä osaa soveltaa tietoa omaan terveyskäyttäytymiseensä ja arkielämäänsä (Poskiparta 1997, Kettunen 2001). Poskiparran (1997) mukaan tiedon puutteen tai tietoisuuden tunnistaminen on keskeistä yksilön neuvonnassa.

Vastavuoroisella osallistumisella Kettunen (2001) tarkoittaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyötä. Keskustelun sisältö kehitetään yhteistyössä ja puheenvuorot lomittuvat luontevasti toisiinsa (Nupponen 1991). Molemmat osapuolet ovat ratkaisevassa asemassa keskustelun kehittäjinä ja suunnan näyttäjinä (Kettunen 2001). Tässä tutkimuksessa lähes kaikissa neuvontatilanteissa esiintyi myös tällaista vastavuoroista osallistumista, jossa ilmeni kasvatuksellisen lähestymistavan piirteitä. Vuorovaikutus oli tasavertaisempaa asiantuntijajohtoiseen neuvontaan verrattuna. Suuhygienistit koettivat saada koululaisia mukaan keskusteluun, olemaan aktiivisia osallistujia sekä tasavertaisia yksilöitä neuvontakeskustelussa. Tietoa jaettiin näissä tilanteissa kertomalla, refleksiivisillä kysymyksillä tai pyydettiin koululaisia näyttämään suuhygienian toteuttamista. Koululaisia yritettiin saada ajattelemaan omaa suun terveyttään ja terveyskäyttäytymistään. Näissä tilanteissa esiintyi kokemuksellisen oppimisen piirteitä esimerkiksi koululaisten näyttäessä itse kuinka he lankaavat hampaitaan. Tilanteisiin ei kuitenkaan usein liittynyt tärkeää koululaisten toteuttamaa itsereflektiota, joka on kokemuksellisen oppimisen keskeinen osa-alue. Vastavuoroiset tilanteet kariutuivat usein koululaisten vähäpuheisuuteen tai

haluttomuuteen osallistua keskusteluun. Koululaiset osallistuivatkin vuorovaikutustilanteissa usein vain vastaamalla suuhygienistien esittämiin refleksiivisiin kysymyksiin.

Voimavarakeskeistä terveysterveystilanteesta lähestymistapaa ja sille ominaisia konstruktivistisen oppimiskäsityksen piirteitä ei analysoidusta aineistosta löytynyt. Yhdessäkään suun terveysterveystilanteessa koululaisia ei saatu pohtimaan omia suun terveystottumuksiaan tai oivaltamaan itsenäisesti ratkaisuja suuhygienian parantamiseksi ja sitä kautta konstruoimaan tietoa. Koululaiset olivat lähes poikkeuksetta vastaajan roolissa, eivätkä he osallistuneet tasavertaisena osallistujana neuvontaan. Sirviön (2006) mukaan voimavarakeskeinen neuvonta voi olla vaativampaa kuin asiantuntijajohtoinen. Asiantuntijan ja yksilön välinen luottamuksen herääminen neuvontakeskustelussa vie aikaa ja syvälinen keskustelu ei luonnistu hetkessä. Ongelmien käsittely neuvonnassa voi tuntua helpommalta ratkaisulta kuin asian käsittely voimavarojen näkökulmasta (vrt. Sirviö 2006). Haasteellisena tehtävänä on konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti aikaisemman tiedon liittäminen yksilön merkitysmaailmaan, arkielämään ja kokemuksiin (Poskiparta 1997).

Liimataisen (2002) mukaan terveyden edistämiseksi tarvitaan useita terveysterveystilanteiden lähestymistapoja. Asiantuntijatieta ei voi tarjota ainoastaan yksiselitteistä vastausta yksilön ongelmiin. Toisaalta Mönkkösen (2002) mukaan asiantuntijajohtoinen neuvonta on joissakin tilanteissa itsestään selvää ja välttämätöntä. Yksilöllä on täysi oikeus olla myös osallistumatta neuvontakeskusteluun.

Poikien ja tyttöjen välillä ei tässä tutkimuksessa esiintynyt eroja lähestymistapojen suhteen. Asiantuntijajohtoista ja kasvatuksellista lähestymistapaa esiintyi yhtä paljon sekä tyttöjen että poikien neuvontatilanteissa sekä koko neuvontaprosessin aikana (Taulukko 5, s. 39).

Suun terveydenhuollon toimipaikkojen välillä voi olla eroavaisuuksia neuvontakäytäntöjen ja lähestymistapojen suhteen. Erilaisten organisaatioiden omat toimintatavat, ohjeet ja suositukset voivat poiketa toisistaan ja näin myös neuvonnan sisällölliset tekijät kuin myös neuvontatavat ovat vaihtelevia (vrt. Liimatainen ym. 1999, Kasila 2007). Tämä saattoi näkyä tässä aineistossa suuhygienistien antaman suun terveysterveystilanteiden lähestymistapojen samantyyllisenä ilmenemisenä kaikilla suuhygienisteillä. Myös organisaation toimintatapoja on arvioitava neuvontatyötä kehitettäessä.



11–12-vuotiaiden koululaisten saaminen mukaan keskusteluun pohtimaan omia terveystottumuksiaan ja niiden muuttamista on selkeästi haasteellista ja vaikeaa (vrt. Pyörälä 2000, Kasila 2007). Tämä näkyi myös tämän tutkimuksen neuvontakeskusteluissa koululaisten passiivisena osallistumisena. Tämä voi osaltaan johtua siitä, että kouluikäiset eivät usein vielä kykene kriittisesti arvioimaan ja pohtimaan omaa toimintaansa, vaan he tarvitsevat aikuista reflektoinnin tueksi (Jakonen ym. 2005). Tässä tutkimuksessa suuhygienistit eivät saaneet koululaisia osallistumaan neuvontaan tasavertaisesti.

Kasilan ym. (2006) tutkimuksesta käy ilmi, että koululaiset voivat pitää suuhygieniatottumuksiaan riittävinä vaikka ne eivät olisikaan suositusten mukaisia. Suun terveyden määritelmät ja kokemus terveestä suusta eroavat koululaisen ja ammattilaisen välillä. Koululaisten kanssa olisikin tärkeää pohtia neuvonnassa, mitä terve suu merkitsee heille ja pitävätkö he suun terveyttä tärkeänä asiana. Mikäli nämä käsitykset eroavat selvästi toisistaan, voi tasavertaisen keskusteluyhteyden löytäminen olla vaikeaa. Yhteisen kielen löytyminen neuvontaprosessissa on olennaista, sillä kieli on tärkeä kommunikoinnin väline (Shemeikan 2003).

Koululaisen passiivisuus voi osaltaan johtua myös siitä, että neuvonnassa käsiteltävät aiheet voivat olla hänen mielestään vaikeita (Laiho 1995, Kasila ym. 2006). Kyngäksen (2003) nuorten terveysneuvontatutkimuksen mukaan ammattilaisen käyttämä yleiskieli koettiin vastavuoroista vuorovaikutusta helpottavaksi, koska ymmärrettiin mistä puhuttiin. Vierasperäiset lääketieteelliset termit tuntuivat koululaisista vierailta ja he eivät ymmärtäneet niitä. Koululaiset kokivat jopa menettävänsä motivaationsa keskusteluun osallistujana, jos ammattilaisen käyttämä lääketieteellinen kieli oli liian vaikeaa (Kyngäs 2003). Tässä tutkimuksessa asiantuntijajohtoisessa lähestymistavassa esiintyi asiantuntijatietoa ja suun sairauksista sekä hampaistosta puhuttiin myös ammattitermein.

Tässä tutkimuksessa neuvontaa annettiin yleisimmin suuhygienistien vastaanottohuoneissa ja samalla kerralla tehtiin myös hoitotoimenpiteitä. Usein koululaiset istuivat aluksi kasvokkain suuhygienistien kanssa neuvontaa annettaessa. Suuhygienianeuvontaa annettiin myös koululaisten maatesa potilastuolissa tummat suojalasit silmillään, jolloin suuhygienistit olivat selvästi koululaisten yläpuolella, ollessaan kliinisessä työasennossa. Paikalla ja tilanteella, jossa neuvontaa annetaan, on myös merkitystä.

Kyngäksen (2003) koululaisten terveysneuvontatutkimuksessa yksilöt saattoivat kokea, että he eivät pystyneet keskittymään ja osallistumaan neuvontaan, jos sitä annettiin toimenpidehuoneessa. Esillä olevat hoitotavarat, kuten neulat ja instrumentit, saattoivat herättää pelkoa tai muistoja epämiellyttävistä hoitokokemuksista. Neuvontaa tuleekin mahdollisuuksien mukaan antaa tilanteessa, jossa voidaan eliminoida neuvontakeskustelua häiritseviä tekijöitä (Kyngäs 2003), ja jotka voivat vaikuttaa koululaisten passiiviselta vaikuttavaan rooliin terveysneuvontakeskustelussa.

### **8.1.2 Muutos suuhygieniatottumuksissa**

Muutokset koululaisten suuhygieniatottumuksissa näkyivät parhaiten hampaiden harjauksen osalta. Alun lähtökohtaiset tasot hampaiden harjauksen suhteen erosivat toisistaan kaikkien koululaisten kohdalla. Sekä tytöillä että pojilla esiintyi muutosvaihemallin mukaisista tasoista sekä esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis- että toimintavaihetta. Koululaiset alkoivat harjata hampaitaan pääsääntöisesti kaksi kertaa päivässä neuvontaprosessin edetessä (vrt. Taulukko 6, s. 49).

Neuvontajakson välillä oli kesäloman aiheuttama tauko. Neljällä koululaisella kahdeksasta tapahtui repsahdus kesäloman aikana, mutta tilanne palautui ennalleen neuvontojen jatkuessa. Osa koululaisista jatkoi suuhygienian ylläpitoa samalla tavalla kuin jo aikaisempien neuvontojen aikana. Loma-aika ei vaikuttanut näiden koululaisten käyttäytymiseen millään tavalla. Eroavaisuuksia tyttöjen ja poikien välillä repsahdusten suhteen ei esiintynyt, vaan ne ilmenivät tasapuolisesti sekä kahdella tytöllä että kahdella pojalla. Lopputuloksena kaikki koululaiset pääsivät vähintään toimintavaiheeseen hampaiden harjauksen osalta. Kaksi tyttöä pääsi ylläpitovaiheeseen (vrt. Taulukko 6, s.49). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että tytöt ovat aktiivisempia hampaiden harjaajia kuin pojat (Maes ym. 2004, Luopa ym. 2006).

Kasilan (2007) tutkimuksesta kävi ilmi, että vaikka koululaiset ilmoittivat harjaavansa ja lankaavansa hampaitaan suositusten mukaisesti, esiintyi harjauksen laadussa ja taidoissa puutteita. Tässä tutkimuksessa koululaisten vastaukset siitä, että he harjaavat hampaansa kahdesti päivässä, hyväksyttiin usein pelkän ilmoittamisen perusteella ilman kliinistä tarkastusta. Jatkossa myös koululaisten todellisiin taitoihin ja laatuun on kiinnitettävä

neuvonnassa huomiota. Pelkkä hampaiden harjaus kahdesti päivässä ei riitä, mikäli se ei ole tehokasta.

Ranniston ym. (2007) tutkimuksen mukaan 11–12-vuotiaat koululaiset eivät yhdistäneet hampaiden harjaamattomuutta suun sairauksien syntyyn. Koululaisten harjaustottumukset voivat joissakin tilanteista olla tästä syystä puutteelliset (Poutanen ym. 2005). Koululaisten puutteellisia suuhygieniatottumuksia on usein vaikea muuttaa (Kasila ym. 2006, Hausen ym. 2007), mikä näkyi myös tässä tutkimuksessa. Muutosta suun hoitotottumuksissa ei välttämättä tapahdu, jos koululainen ei ymmärrä suuhygienian olevan keskeinen suun terveyden edistämisen menetelmä. Kasvatuksellisen ja voimavarakeskeisen lähestymistavan avulla voidaan koululaista ohjata oivaltamaan omahoidon merkitys suun terveyden hoidossa.

Hammasvälien puhdistuksen osalta tulokset olivat heikommat. Välienpuhdistuksen osalta lähes kaikki koululaiset olivat harkintavaiheessa neuvontojen alussa. Tyttöillä tulokset hammasvälien puhdistuksessa olivat hieman paremmat kuin pojilla. Tytöt muuttivat jonkin verran tottumuksiaan päästen toimintavaiheeseen, kun taas pojat jäivät esiharkinta- tai harkintavaiheeseen yhtä poikkeusta lukuun ottamatta (vrt. Taulukko 6, s.49).

Hammastahnan käytöstä suuhygienistit keskustelivat koululaisten kanssa puutteellisesti. Vuorovaikutustilanteet antoivat koululaisille mahdollisuuden vastata kysymykseen, jossa vastaus oli valmiina. Hammastahnan käytön suhteen muutosta on vaikea arvioida, koska keskustelua tahnan käytöstä käytiin hyvin vähän neuvontojen aikana (vrt. Taulukko 6, s.49).

Suuhygienistit eivät saaneet aktivoitua koululaisia keskustelemaan omasta suun terveystilanteestaan tai pohtimaan ratkaisua siihen. Suuhygienistit eivät tarttuneet niihin keskusteluihin, joissa koululaiset alkoivat puhua, vaan he lopettivat tilanteet hyvin lyhyin vastauksin samaan tyyliin, kuin koululaisetkin vastasivat suuhygienistien esittämiin kysymyksiin. Näissä tilanteissa suuhygienistit eivät hyödyntäneet kasvatuksellisen tai voimavarakeskeisen lähestymistavan menetelmiä.

Neuvontojen aikana ainoastaan yksi suuhygienisti asetti tavoitteet suuhygieniatottumusten parantamiseksi toisen koululaisen kanssa. Tavoitteenasettelun ehdotus tuli kuitenkin suuhygienistin esittämänä, koska koululainen ei ottanut itsenäisesti kantaa omien

suuhygieniatottumusten parantamiseen. Koululainen kuitenkin suostui suuhygienistin asettamaan ehdotukseen.

Yhdessäkään neuvontatilanteessa suuhygienistit eivät kysyneet koululaisilta henkilökohtaisia ajatuksia ja merkityksen antoa suuhygieniasta. Kasila (2007) mainitsee oman merkityksenannon ja itse ääneen sanotun muutostarpeen oleellisiksi tekijöiksi terveyskäyttäytymisen muutoksessa (Kasila 2007). Lisäksi muutosta tukevaa neuvontaa ja motivointia esiintyi heikosti neuvonnoissa. Pietilän ym. (1998) tutkimuksen mukaan kouluikäiset nuoret ovat useimmiten valmiita kokeilemaan uusia toimintatapoja terveytensä ylläpitämiseksi, mutta he tarvitsevat tukea terveystottumusten muuttamiseen muutostarpeen tunnistamisen jälkeen.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset**

Tutkimuksen luotettavuuden, tulosten uskottavuuden sekä eettisen hyväksyttävyyden edellytys on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisto 2002). Tämä tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston Terveiden edistämisen tutkimuskeskuksen terveyttä edistävän vuorovaikutuksen arviointi- ja kehittämistutkimuskokonaisuutta. Terveysneuvonnan vuorovaikutusprosessit suun terveydenhuollon toimintakulttuurissa -tutkimukseen on hankittu asianmukaiset tutkimusluvut, tutkittaville ja tutkittavien perheille on annettu asianmukainen tiedotus tutkimukseen osallistumisesta sekä koululaisten vanhemmat ovat allekirjoittaneet suostumuksen tutkimukseen vapaaehtoisesta osallistumisesta (Kasila 2007).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, siirrettävyyden ja vahvistettavuuden käsitteiden avulla (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, Graneheim & Lundman 2004, Sirviö 2006). Uskottavuus ilmaisee kuinka hyvin tutkimuksen tulokset vastaavat todellisuutta ja kuinka tulokset on pystytty käsitteellistämään. Siirrettävyydellä arvioidaan, soveltuvatko tulokset johonkin toiseen ympäristöön. Tulosten vahvistettavuus käy ilmi tutkimusprosessin johdonmukaisuudesta, tutkimustehtävien selkeydestä ja vastaavuudesta käytettyihin menetelmiin ja saatuihin tuloksiin (Graneheim & Lundman 2004). Analysoimme tutkimuksemme luotettavuutta näiden käsitteiden avulla. Lopullisen arvion luotettavuudesta, uskottavuudesta, siirrettävyydestä ja vahvistettavuudesta tekee kuitenkin viime kädessä lukija (vrt. Eskola & Suoranta 2002, Sirviö 2006).

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, millainen neuvontatilanne on vuorovaikutuksellisesti suuhygienistien ja 11–12-vuotiaiden koululaisten välillä yksilöllisessä suuhygienianeuvonnassa ja muuttuvatko koululaisten suuhygieniatottumukset neuvonnan edetessä. Aineisto kerättiin laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti suuhygienistien vastaanotoilla luonnollisessa vastaanotto- ja neuvontatilanteessa (Tuomi & Sarajärvi 2002). Suuhygienistit nauhoittivat itse neuvontatilanteet videolle ja kasetille, jolloin kukaan ulkopuolinen ei ollut vaikuttamassa vuorovaikutukseen. Tämä menetelmä soveltuu tutkittavana olevan ilmiön tarkasteluun. Toisaalta emme itse ole keränneet aineistoa, joten on mahdollista, että emme ole tavoittaneet tutkimuspaikan aitoa tunnelmaa vuorovaikutuksen osalta niin hyvin, kuin itse kerätyssä aineistossa on mahdollista.

Neuvontatilanteen nauhoittaminen saattoi vaikuttaa suuhygienisteihin tai koululaisiin, sillä tilanne saattoi olla jännittävämpi kameran ja nauhurin läsnäolon vuoksi. Suuhygienistit joutuivat itse huolehtimaan kameran kuvauskulmista sekä nauhurin toiminnasta. Videoiden äänet, kuvakulmat sekä nauhurin ääni saattoivat toisinaan olla laadultaan huonoja niin suuhygienistien kuin koululaisten osalta, jolloin kielellistä vuorovaikutusta oli vaikea tulkita. Näistä kohdista litterointia ei ollut saatavilla. Tällaiset kohdat jätettiin tulkitsematta, koska niistä ei saanut selkeää kuvaa. Äänen ja kuvan laatuun tulee kiinnittää huomiota vastaavia tutkimuksia tehdessä.

Tutkimuksen aineisto oli niin sanotusti valmis toiseen tutkimustarkoitukseen kerätty aineisto. Se asetti haasteita muun muassa tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten asettelulle, sillä alkuperäiseen aineistoon olivat vaikuttaneet muun muassa sille asetetut tutkimuskysymykset. Aineiston suuhygienistit saivat lyhyen koulutuksen sekä transteoreettisen muutosvaihemallin että motivoivan haastattelun menetelmistä koululaisten suun terveysneuvonnan toteuttamiseen. Lisäksi he saivat ohjeistuksen siitä, mitä aiheita neuvontojen tulee sisältää. Heille annettiin mahdollisuus kuitenkin itsenäisesti päättää siitä, millaisiksi he muodostavat neuvontatilanteet ja miten tilanteet etenevät. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että suuhygienistien neuvontatilanteet eivät olleet täysin aitoja ja heidän vapaasti suunnittelemaan, mikä on saattanut vaikuttaa tämän tutkimuksen tuloksiin.

Tutkimukseen valituilla koululaisilla oli kaikilla hampaistossaan ainakin yksi alkava karies. Heillä oli siis kohonnut riski hampaiden reikiintymiseen, jolloin he olivat suun terveysneuvonnan tarpeessa. Tähän tutkimukseen tutkittavat valittiin sattumanvaraisesti

vuonna 2002 pidettyjen neuvontojen perusteella. Jokaiselta suuhygienistiltä haluttiin tutkia sekä tytön että pojan neuvontakeskustelua. Koululaisilla oli puutteelliset suuhygieniatottumukset, joskin aineistosta ei käynyt ilmi, olivatko koululaisten vastaukset päivittäisestä suuhygienian toteuttamisesta totuudenmukaisia verrattuna kliiniseen suun terveydentilanteeseen. Muutoksen arvioiminen oli täten vaikeaa, koska se perustui koululaisen antamaan vastaukseen suuhygienian toteuttamisesta. Muutoksen arvioinnin tukena olisi hyvä käyttää vastaisuudessa myös muita menetelmiä suuhygieniatapojen toteuttamiseksi. Näitä menetelmiä voisivat olla esimerkiksi biofilmin värjäävän liuoksen käyttö arvioitaessa harjaustottumusten muutosta, jolloin saadaan kuva myös harjauksen laadun onnistumisesta. Erilaisilla indekseillä, kuten plakki-indeksillä voitaisiin myös havainnoida alku- ja lopputilannetta. Lisäksi koululaisten itsearvioitua muutosta suun terveystottumuksista voitaisiin mitata kyselyiden avulla.

Aineisto koostuu yhteensä 35 neuvontatilanteesta, jossa jokaisella koululaisella neuvontakertoja oli yhdestä viiteen. Tämä on mielestämme riittävä määrä laadulliseen tutkimukseen, jolloin tulosten ja tutkimuksen luotettavuus paranee. Lisäksi useat neuvontakerrat mahdollistivat neuvontaprosessin ja suuhygieniatottumusten muutosten analysoimisen kokonaisuutena neuvontaprosessin aikana. Vielä pidempi seuranta-aika olisi voinut tuoda lisätietoa pidempiaikaisesta tai pysyvästä muutoksesta.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullisen sisällönanalyysin aineistolähtöistä ja teoriaohjaavaa suuntausta. Molempien menetelmien yhdistäminen parantaa luotettavuutta. Sisällönanalyysiin perustuvan tulkinnan haasteellisuutena pidetään sitä, kuinka onnistutaan luomaan alkuperäisestä aineistosta aluksi pelkistys ja sen jälkeen muodostamaan luotettavasti tutkittavaa ilmiötä kuvaava aito tulkinta (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Analyysiyksikön valinta on yksi uskottavuuteen vaikuttava tekijä (vrt. Graneheim & Lundman 2004). Analyysiyksikkönä tässä tutkimuksessa toimivat suuhygieniaan liittyvät ilmaukset, jotka vaihtelivat sanasta monien lauseiden muodostamiin virkkeisiin. Niiden avulla pyrittiin säilyttämään vuorovaikutusta mahdollisimman aitona kokonaisuutena. Se oli kuitenkin haasteellista, sillä ilmaukset saattoivat sisältää monia analysoitavia osa-alueita. Analyysiin poimittavien sisältöjen valinta oli haasteellista. Pyrimme välttämään liiallista karsimista, jotta mitään oleellista ei olisi jäänyt analyysin ulkopuolelle. Tähän pyrittiin esittämällä aineistolle tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä.

Aineiston luokittelu tehtiin systemaattisesti koko aineistosta tarkoitusta varten luodulle luokittelukehykselle, joka toimi lopullisen tulkinnan apuvälineenä. Analyysit dokumentoitiin tarkasti, jolloin niihin voitiin palata tutkimuksen edetessä. Dokumentointien avulla voidaan osoittaa muille analyysin tarkka eteneminen ja perustelut tehdyille tulkinnoille.

Tekemistämme luokitteluista on esimerkkinä muutama kehys helpottamaan lukijan arviota tutkimuksen uskottavuudesta ja luotettavuudesta (Liitteet 1–3). Aineiston analyysin tukena käytettiin videoita, joista saatiin selvennystä tulkintoihin. Pelkät litteroidut tekstit antoivat kliinisen ja virallisen kuvan neuvontatilanteista, joita videoinnit kuitenkin pehmensivät. Videoinneista kävi ilmi, että neuvontatilanteet etenivät leppoisasti mukavassa ilmapiirissä. Vuorovaikutusta tutkittaessa onkin hyvä yhdistää monia aineistonkeruumenetelmiä, mikä parantaa tulkinnan luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa molemmat tutkijat ovat tahollaan tehneet koko aineistosta omat analyysit, jotka on yhdistetty keskustellen yhteiseksi tulkinnaksi. Analyysissä käytetyllä tutkijatriangulaatiolla voidaan parantaa analyysin luotettavuutta, molempien osapuolten tarkastellessa samaa ilmiötä, jolloin henkilökohtaiset ennakkoluulot ja käsitykset tutkittavasta ilmiöstä joudutaan yhdistämään myös toisen näkemyksiin. Tällöin varmistutaan analyysin kestävydestä ja mahdollisimman monipuolisesta tarkastelusta (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002).

Molemmat tutkijat ovat koulutukseltaan suuhygienistejä ja omaavat kokemusta suuhygienistin neuvontatyöstä. Tämä voi lisätä tutkimuksen uskottavuutta, mutta myös rajoittaa tehtyjä tulkintoja (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, Sirviö 2006). Ammattitausta toi ymmärrystä analysoitavaan ilmiöön ja auttoi ymmärtämään käytettyä kieltä. Tietämys suun terveyden ja sen edistämisen perusteista mahdollisti ilmiön tutkimisen mahdollisimman aitona. Toisaalta ammattitausta voi vaikeuttaa tutkittavan ilmiön tarkastelua täysin avoimin silmin.

Tutkimusraportissamme on käytetty autenttisia lainauksia aineistosta, jolloin lukija voi seurata tekemiämme tulkintoja. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että tutkija voi vahvasti perustella itselle ja muille, että löydökset perustuvat kriittiseen tutkimukseen, eivätkä vain pariin hyvin valittuun esimerkkiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, Sirviö 2006). Olemme raportoineet useita esimerkkejä, jotka tukevat johtopäätöksiämme (vrt. Silverman 2005).

Tutkimustulosten siirrettävyys riippuu siitä, miten samankaltainen tutkittu ympäristö ja sovellettava ympäristö ovat (Graneheim & Lundman 2004). Viimeisen tulkinnan siirrettävyydestä tekeekin aina lukija, joka tietää mihin kontekstiin tuloksia voisi soveltaa. Tutkimusympäristönä toimi julkisen suun terveydenhuollon konteksti, jossa suuhygienistit työskentelevät. Autenttisten lainausten käyttö lisää lukijan mahdollisuuksia tehdä päätöksiä siirrettävyydestä (Sirviö 2006).

### **8.3 Johtopäätökset**

Tämä tutkimus on ajankohtainen kouluikäisten suun terveydentilanteen hyvän kehityksen pysähtymisen tai jopa heikentymisen vuoksi. Suun terveysneuvontaa annetaan päivittäin koululaisille suun terveydenhuollossa, joten suun terveysneuvonnan käytäntöjen tutkiminen ja kehittäminen ovat tärkeitä, jotta neuvonta olisi kouluikäisten suun terveyttä edistävää.

Tämä tutkimus antoi tietoa, millaisia terveysneuvonnan lähestymistapoja suuhygienistien ja koululaisten välisessä terveysneuvontakeskustelussa ilmenee. Tutkimuksen neuvontatilanteissa esiintyi pääsääntöisesti asiantuntijajohtoista neuvonnan lähestymistapaa. Neuvontatavat eivät juuri vaihdelleet neuvontojen aikana tai niiden edetessä, ja ilmiö oli samanlainen kaikkien suuhygienistien osalta. Tutkimuksesta nousi selkeästi esiin se, että asiantuntijajohtoinen lähestymistapa terveysneuvonnassa ei riitä yksinään muuttamaan kouluikäisen suun terveyskäyttäytymistä parempaan, vaan lähestymistapoja tulee käyttää monipuolisesti neuvontojen yhteydessä, jotta terveyskäyttäytymisen muutosprosessi mahdollistuu.

Terveysneuvonnan kasvatuksellista lähestymistapaa ilmeni tässä tutkimuksessa vähän. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistapaa ei tässä aineistossa esiintynyt. Kettusen (2001) mukaan voimavarakeskeistä terveysneuvontaa on tutkittu vielä vähän ja sen kehittäminen onkin yksi terveysneuvonnan haaste. Voimavarakeskeinen terveysneuvonta vaatii uudenlaisia taitoja neuvontaan osallistuvilta osapuolilta (Kettunen 2001). Koululaisten suun terveysneuvonnassa vastavuoroista vuorovaikutusta sisältävä neuvonta tukee koululaisen toiminnallisen terveydenlukutaidon ja terveysosaamisen kehittymistä. Kasvatuksellisen ja voimavarakeskeisen terveysneuvonnan lähestymistavan lisääminen suuhygienistien



neuvontatyöhön on yksi keskeinen haaste. Se vaatii uudenlaista roolia niin suuhygienisteiltä kuin koululaisiltakin.

Neuvontakeskustelun tulee sisältää vastavuoroista, yksilöä voimaannuttavaa vuorovaikutusta, myös kouluikäisen ollessa kyseessä. Pelkästään kysymyksiin vastaaminen ei tuota tarpeeksi uutta tietoa terveyskäyttäytymisestä, eikä se myöskään anna valmiuksia muutosvalmiuden arviointiin tai muutoksen toteutukseen. Vuorovaikutuksen rakentumisessa on oleellista molemmiin puoleinen aktiivinen ja tasavertainen osallistuminen ikä- ja kehitysvaiheet huomioiden (Kasila 2007). Vastavuoroinen neuvonta luo mahdollisuuden osallistumiseen, mutta asiantuntijajohtoinen neuvonta voi puolestaan rajoittaa osallistumismahdollisuuksia (Kettunen 2001).

Erilaisten terveysneuvonnan lähestymistapojen opettaminen suuhygienistien peruskoulutuksessa luo pohjan onnistuneelle neuvonnalle työelämässä. Liimataisen ym. (1999) mukaan hoitotyön koulutus ei useinkaan anna hoitajille kovin hyviä valmiuksia laaja-alaisen terveyden edistämisen toteuttamiseen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös työelämässä jo mukana oleville suuhygienisteille. Terve suun tilanne on mahdollinen, kun vain löydetään tehokkaat keinot sen saavuttamiseen.

Hampaiden reikiintyminen ei tule vähenemään, ellei reikiintymisen hallintaan oteta käyttöön uusia lähestymistapoja (Hausen 2005). Ehkäisevien menetelmien tehostaminen ja kohdentaminen koululaisen koko perheelle ovat avainasemassa suun terveyden edistämisessä. Yksin hammashoitolassa tehdyt toimet eivät riitä pitämään koululaisten suun terveydentilaa hyvänä, vaan kodin kanssa tehdyllä yhteistyöllä on oleellista merkitystä suun terveyden kannalta. Suun terveyden edistämisen tulee olla luonnollinen osa koululaisen jokapäiväistä elämää siinä missä muukin terveyden edistäminen on.

Tutkimusaineistosta käy ilmi myös se, että koululaisten perheet eivät olleet mukana koululaisille suunnatussa terveysneuvonnassa. Kuitenkin esimerkiksi Jakosen (2005) ja Poutasen (2007) tutkimusten mukaan kodin merkitys terveyden oppimisen ympäristönä on hyvin tärkeä. Koululaisten vanhemmat tulee ottaa mukaan neuvontaan, jolloin voidaan laaja-alaisesti vaikuttaa koululaisen terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Kouluikäisen vanhempien käsitykset suun terveyden edistämisestä tulee huomioida, jotta voidaan yhteistyössä edistää koululaisen hyvinvointia (Poutanen 2007). Jakonen (2005) pitää perheen ja vanhempien roolia

merkittävänä ja mahdollistavana tekijänä koululaisen terveystietämisen muutoksessa. Kodin tapojen pysyessä samanlaisina, voidaan olettaa, ettei 11–12 – vuotias koululainen muuta itsenäisesti terveystietämistään ohjattuun suuntaan. Kodin kiinnostuneisuus suun terveyttä kohtaan heijastuu myös koululaisen käyttäytymisessä positiivisesti.

Tässä aineistossa ei jaettu koululaisille laaja-alaisesti kirjallista materiaalia neuvonnan tueksi. Kyngäksen (2003) tutkimuksessa koululaiset kokivat kirjallisen materiaalin tärkeäksi tueksi neuvontakeskustelulle. Kirjallinen materiaali auttaa neuvonnassa saadun tiedon ja tuen sisäistämässä. Sen avulla koululainen voi kerrata itsenäisesti tai vanhempiensa kanssa keskeisiä aiheita.

Neuvontatilanteissa olisi hyvä käyttää havainnollistavia menetelmiä suuhygieniatottumusten oppimisen tukena. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi biofilmin värjäävän liuoksen käyttö ja puhdistamisen tehostamista vaativien tai hyvin puhdistettujen kohtien merkitseminen hammaskarttaan. Näin koululaisille konkretisoituisi suun omahoidon tavoite ja kehittämistä vaativat osa-alueet. Lisäksi neuvonnan tukena on hyvä käyttää esimerkiksi havainnollistavia kuvia suun terveydestä. Myös mallihampaiden käyttö hampaiden puhdistamisen oppimisessa tarjoaa koululaisille konkreettisen mallin ymmärtää hampaiden rakennetta, asentoja sekä sijaintia suussa. Tällaisten menetelmien käyttö suun terveysneuvonnassa yhdessä kasvatuksellisen ja voimavarakeskeisen lähestymistavan kanssa tarjoaa koululaisille mahdollisuuden osallistua neuvonnassa käsiteltävien aiheiden prosessointiin aktiivisena toimijana.

Suun terveysneuvonnasta voitaisiin jatkossa käyttää nimitystä suun terveysohjaus. Neuvontakäsite nähdään usein asiantuntijajohtoiseksi kun taas ohjaus-käsite määritellään vuorovaikutteisemmaksi. Neuvonta koetaan usein ohjeiden ja neuvojen antamisena. Ohjauksessa puolestaan molemmilla osapuolilla on tasavertaisempi asema (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Vuorovaikutuksen vastavuoroisuutta korostavan käsitteen käyttö voisi tarjota paremmat lähtökohdat tasavertaisemmalle vuorovaikutukselle neuvontakeskustelussa suun terveydenhuollon ammattilaisten sekä koululaisten välillä.

#### **8.4 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää samanlaisessa tutkimuskontekstissa fenomenologisella tutkimusotteella neuvontaprosessia koululaisten kokemana. Millaiseksi koululaiset kokevat suuhygienistien neuvonnat ja mikä olisi heidän mielestään vaikuttavaa neuvontaa? Mitkä ovat ne tekijät, jotka saavat koululaiset kiinnostumaan suun terveysneuvonnasta ja osallistumaan neuvontaprosessiin?

Terveyden edistämisen tutkimuksiin, jotka koskevat kouluikäisiä, olisi hyvä ottaa koko perhe mukaan, jotta terveystottumuksiin voitaisiin vaikuttaa tehokkaammin. Jatkotutkimuksen aiheena olisikin hyvä tutkia perheen mukana olon merkitystä kouluikäisten suun terveysneuvonnassa ja saadaanko näin tehokkaampia tuloksia koululaisten suun terveystottumusten muutokseen.

Koululaisten suun terveysneuvonnan vaikuttavuuden tutkimisessa olisi tärkeää selvittää, millaisia tuloksia saataisiin, jos neuvonnassa käytettäisiin tietoisesti kasvatuksellista ja voimavarakeskeistä lähestymistapaa asiantuntijajohtoisen lähestymistavan rinnalla sopivassa suhteessa. Tähän asetelmaan voisi lisätä myös erilaisia havainnollistavia menetelmiä suun terveydestä.

## LÄHTEET

Alaluusua S, Aine L, Asikainen S, Eriksson A-L, Hurmerinta K, Hölttä P, Karjalainen S, Lukinmaa P-L, Pirinen S. Pedodontia. Teoksessa Meurman J H, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H. Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:537–538.

Anderson J.M. Empowering patients: issues and strategies. *Social Science & Medicine* 1996;43:697–705.

Augner R. Tooth brushing as routine behaviour. *International Dental Journal* 2007;57:364–376.

Ballou MB, Fetter PM, Litwack KP, Litwack L. *Health Counseling*. Kent Ohio: American school health association, 1992.

Berry T, Naylor PJ, Wharf-Higgins J. Stages of change in adolescents: an examination of self efficacy, decisional balance and reasons for relapse. *Journal of Adolescent Health* 2005;37:452–459.

Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher* 1997;4(3):5–16.

Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Soc Sci Med* 2004;59:377–387.

Cullen KW, Baranowski T, Smith S. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change: Review. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;1010:562–566.

Eerola A, Hausen H, Lahti S, Widström E (toim). Tutkimus- ja tarkastusvälit lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa. Asiantuntijatyöryhmän raportti. *Stakes raportteja* 1998;225.

Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. Painos. Jyväskylä: Vastapaino, 2002.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiman A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006;16:81–88.

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

Haakana M, Raevaara L, Ruusuvuori J. Lääketieteen termit lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Teoksessa Ruusuvuori J, Raevaara L, Haakana M (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*. Tietolipas 173. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden seura, 2001:196–222.

Haarala R. Ymmärtääkö potilas lääkärin kieltä? *Duodecim* 1989;105:1805–1809.

Hausen H. Oral health promotion reduces plaque and gingival bleeding in the short term. *Evid Based Dent* 2005;6(2):31.

Hausen H, Seppä L, Fejerskov O. Can caries be predicted? Teoksessa Thylstrup A, Fejerskov O (toim.). *Textbook of Clinical Cariology*. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994:393–411.

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.

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 Res* 2007;41:384–391.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* 2007; B1.

Hirsjärvi S, Huttunen J. *Johdatus kasvatustieteeseen*. Porvoo: WSOY, 1995.

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

Hsieh H-F, Shannon S E. Three Approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15:1277–1288.

Jakonen S. Terveyttä joka päivä. Itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. 2005. Kuopion yliopisto. Julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 2005:121. [WWW- dokumentti]. Päivitetty 17.6.2005 [viitattu 3.9.2007].  
<http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-27-0360-2.pdf>

Jakonen S, Tossavainen K, Vertio H. Lasten ja nuorten terveydenlukupolun oppiminen – haaste terveysneuvonnalle ja -opetukselle. *Suomen Lääkärilehti* 2005;27–29:2891–2896.

Kannas L. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus* 1992;2:68–75.

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

Kansanterveyslaki 66 / 28.1.1972.

Kansanterveyslaki 626 / 25.5.2007.

Kasila K. Koeryhmän ehkäisyohjelma. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, 2002.

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

- Kasila K, Poskiparta M, Liimatainen L, Sjögren A. Terveiden edistämisaikojen kehittyminen terveystieteen ammattikorkeakoulussa. *Kasvatus* 2002;5:484–494.
- Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patient's readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Human Nutrition Diet* 2003;16:159–166.
- Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:419–428.
- Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:231–235.
- Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health* 1998;15:132–144.
- Kember D. A Reconceptualisation of the Research into University Academics' Conceptions of Teaching. *Learning and Instruction* 1997;7(3):255–275.
- Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveystieteiden osastolla. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 2001;75.
- Koivusilta L, Honkala S, Honkala E, Rimpelä A. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J Dent Res* 2003;82:361-366.
- Kolb DA. *Experimental learning: Experience as source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.
- Kolehmainen L. Dental caries in different tooth surfaces among 13-15-year-olds Helsinki schoolchildren. *Proc Finn Dent Soc* 1983;79:107–114.
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 8. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 2004.
- Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes oppaita 51. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Helsinki, 2002. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 21.6.2002 [viitattu 17.10.2006]. [http://www2.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Oppaita51\\_2002.pdf](http://www2.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Oppaita51_2002.pdf)
- Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11(1):3–12.
- Kyngäs H. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:744–751.
- Källestål C, Dahlgren L, Stenlund H. Oral health behavior and self - esteem in Swedish adolescents over four years. *Journal of Adolescent Health* 2006;38:583–590.

Kääriäinen M, Kyngäs H. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 2005a;5:250–258.

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

Laiho M. Oral health education in Finnish health centres. University of Kuopio. Department of Community Dentistry Faculty of Dentistry 1995;7.

Laine O. Psyykkinen kehitys. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Jyväskylä: Duodecim, 2002:103–109.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559 / 28.6.1994.

Liimatainen L. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 2002;90. [WWW-dokumentti]. [viitattu 19.4.2008]. <http://dissertations.jyu.fi/studsport/9513913511.pdf>

Liimatainen L, Poskiparta M, Sjögren A. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveystieteen ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:99–100.

Luopa P, Sinkkonen A, Jokela J, Ojajärvi A, Räsänen M. 2004. Nuorten hyvinvointi ja terveys Itä-Suomen läänissä vuosina 1996-2004. [WWW-dokumentti]. [viitattu 8.3.2008]. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/02F8E074-EA7B-4243-9DDE-5BE9C372E3C9/0/isuomi2004.pdf>

Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996-2005. *Kouluterveyskysely 2005*. Stakesin työpapereita. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006;25.

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. Health Policy for Children and adolescents 4*. Copenhagen: WHO 2004:130-133. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 22.6.2004 [viitattu 24.10.2006]. <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *The Cochrane Collaboration* 2003;1:1–16.

Mathiesen AT, Ogaard B, Rolla G. Oral hygiene as a variable in dental care experience in 14-year-olds exposed to fluoride. *Caries Res* 1996;30:29–33.

Mattila M-L, Rautava P, Sillanpää M, Paunio M. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *J Dent Res* 2000;79(3):875–881.

Mattila M-L, Ojanlatva A, Rähkä H, Rautava P. Perhe hammashuollon asiakkaana. Suomen hammaslääkärilehti 2005;12(8):491–496.

Murtomaa H, Keto A, Lehtonen E, Roos M. Suutterveyden edistäminen. Teoksessa Meurman J H, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H. Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:1052,1070.

Mönkkönen K. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet E 2002;94.

Nevgi A, Lindblom-Ylänne S. Oppimisenäkemykset antavat perustan opetukselle. Teoksessa Lindblom-Ylänne S, Nevgi A (toim.) Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Vantaa: WSOY, 2004:82–116.

Niiniluoto I. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Helsinki:Valtion painatuskeskus, 1989.

Niiranen T, Widström E. Suuhygienistin työnkuva Suomessa. Kyselytutkimus välittömästi hammashoitouudistuksen jälkeen. Suomen hammaslääkärilehti 2005;20:1184–1191.

Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 2004;278.

Nupponen R, What is counseling all about - Basics in the counseling of health – related physical activity. Patient Education and Counseling 1998;33:61–67.

Nupponen R, Aarva P, Laitakari J, Miilunpalo S, Paronen O, Urponen H. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Urponen H, Aarva P, Nupponen R. (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1991:11–25.

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

Nutbeam D, Harris E. Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories. 2<sup>nd</sup> ed. North Ryde: The McGraw-Hill Companies, 2004.

Oh TJ, Eber R, Wang H-L. Periodontal diseases in the child and adolescent. J Clin Periodontol 2002;29:400–410.

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986 [WWW-dokumentti]. [viitattu 22.10.2007]. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Perusopetuslaki 628 / 21.8.1998.



- Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:319–321.
- Pietilä AM, Eirola R, Oikarinen K. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. *Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. Hoitotiede* 1998;10(2):78–85.
- Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 1997;11.
- Poskiparta M, Kettunen T, Liimatainen L. Reflective Questions in health counseling. *Qualitative Health Research* 1998;8(5):682–693.
- Poskiparta M, Kasila K, Hausen H. Terveysneuvonta osa lasten kariksen ehkäisyä. *Suomen hammaslääkärilehti* 2003;10-11:550–555.
- Poulsen S, Hausen H. Suunterveys yksilön vai yhteisön vastuulla? *Suomen hammaslääkärilehti* 2008;3:20–23.
- Poutanen R. Boys and girls as health-promoting actors – Determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12- year – old schoolchildren. *Universitatis Oulensis. D Medica* 2007;942.
- 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 Odontol Scand* 2005;63:10–16.
- Powey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. A critical examination of the application of the Transtheoretical model's stages of change to dietary behaviors. *Health Education Research* 1999;5:641–651.
- Prochaska J O, DiClemente C C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and psychology* 1983;51(3):390–395.
- Prochaska J.O, DiClemente C.C, Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 1992;47:1102–1114
- Prochaska J O, Redding C A, Evers K E. The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa Glanz K, Lewis F. M, Rimer B.K. *Health behaviour and health education. Theory, Research and Practice.* 2<sup>nd</sup> ed. San Francico: Jossey Bass, 1997: 60–84.
- Pyörälä E. Interaction in dietary counselling of diabetec children and adolescents. University of Helsinki. *Publications of Public Health Sciences M* 2000;173.
- Raevaara L, Ruusuvoori J, Haakana M. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvoori J, Raevaara L, Haakana M (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia.* Tietolipas 173. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden seura, 2001:11.

- Rajala M, Honkala E, Rimpelä M, Lammi S. Toothbrushing in relation to other health habits in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8:391–395.
- Rannisto H, Tolvanen M, Poutanen R, Lahti S. Porilaisten 6- ja 7-luokkalaisten lasten kokemat hampaiden reikiintymistä edesauttavat houkutukset jokapäiväisessä elämässä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2007;14(1-2):8–14.
- Rask K, Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T, Laippala P. 2002. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *Journal of School Health*;72(6):243–249.
- Riihelä M. Mitä teemme lasten kysymyksille? Lasten ja ammattilaisten kohtaamisten merkitysulottuvuuksia lapsi-instituutiossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. *Tutkimuksia –sarja* 1996; 66.
- Rollnick S, Heather N. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivation interviewing. *J Ment Health* 1992;1:25–37.
- Rush KL. Health promotion ideology and nursing education. *Journal of advanced nursing* 1997;25:1292–1298.
- Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suomen lääkirilehti* 2003;42:58.
- Rödström M. Lapsen kehitys 7-12 vuotta. Keuruu: Otava, 1992.
- Savolainen J. A Salutogenic perspective to oral health. Sense of coherence as a determinant of oral and general health behaviours, and oral health-related quality of life. University of Oulu. Faculty of Medicine 2005.
- Schou L, Currie C, McQueen D. Using a “lifestyle” perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:230–234.
- Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB: Dental caries. *Lancet* 2007;9555(369):51–59.
- Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:399–406.
- Shemeikka S. Terveystottumusten muutosta tukeva neuvonta. Teoksessa Aro A, Mutanen M, Uusitupa M (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki:Duodecim, 2005:358–368.
- Silverman D. *Doing qualitative research*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage Publications, 2005.
- Sirviö K. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. *Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet E* 2006; 132.

Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A, Aromaa A. Pohdinta ja päätelmät. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. 2004:155–157.

Tenovuo J, Kerosuo E, Koskinen K P, Hausen H, Porko C. Kariologia. Teoksessa Meurman J H, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H. Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:375.

Tervonen M-M, Poutanen R, Lahti S. Ala-asteikäisten lasten vanhempien suun terveyteen liittyvät uskomukset sekä heidän lastensa suun terveystavat. Suomen Hammaslääkärilehti 2006;8:454–458.

Tomm K. Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as Fourth Guideline for the Therapist. Family Process 1987a;3:3–13.

Tomm K. Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. Family Process 1987b;26:167–183.

Tones K, Tilford S. Health promotion. Effectiveness, efficiency, and equity. 3<sup>rd</sup> ed. United Kingdom: Chapman & Hall, 2001.

Tones K, Green J. Health promotion. London: Sage Publications, 2004.

Tossavainen K. Miten nuorten terveystietämystä voidaan terveyskasvatuksen keinoin tukea kouluyhteisössä vai voidaanko. Hoitotiede 1993;5(4):184–186.

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

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisto. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelyminen. 2002. [WWW-dokumentti]. [viitattu 8.3.2008].

<http://www.pro.tsv.fi/tenk/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Tynjälä P. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki: Tammi, 1999a.

Tynjälä P. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa Eteläpelto A, Tynjälä P (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma. Helsinki: WSOY, 1999b:160–179.

Uitto V-J, Asikainen S, Knuutila M, Nieminen A, Pernu H, Ruukonen H, Suomalainen K. Parodontologia. Teoksessa Meurman J H, Murtomaa H, Le Bell Y, Autti H. Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Academica kustannus, 2003:460–469.

Vehkalahti M, Knuutila M. Suun omahoito. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2004;16.

Vehviläinen S. Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja- vertaileva näkökulma. Teoksessa Ruusu vuori J, Raevaara L, Haakana M (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Tietolipas 173. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden seura, 2001:39–61.

Virtanen JJ, Larmas MA. Timing on first fillings on different permanent tooth surfaces in Finnish schoolchildren. *Acta Odontol Scand* 1995;53:287–292.

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & tiede* 2004;6:81–88. [WWW-dokumentti]. [viitattu 19.4.2008]. [http://www.lts.fi/filearc/189\\_s81-88\\_Vahasarja.pdf](http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf)

Watt RG, Marinho VC. Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? *Periodontol* 2005;37:35–47.

Whitehead D. Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(6):822–832.

Whitelaw S, Baldwin S, Bunton R, Flynn D. The status of evidence and outcomes in stages of change research. *Health Education Research* 2000;6:707–718.

WHO. Health Promotion Glossary. 1998. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 10.7.2006 [viitattu 20.4.2008]. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)

WHO. Global Caries Data for 12-year-old Age Group 2001. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 19.2.2006 [viitattu 24.10.2006]. <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/globalcar.html>

Widström E. Hammassairaudet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalaisten terveyst. Saarijärvi: Duodecim, 2005:236–241.

Åström AN. Stability of oral health-related behaviour in a Norwegian cohort between the ages of 15 and 23 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:354–62.

## Sisällönanalyysin eteneminen asiantuntijajohtoisesta terveysneuvonnan lähestymistavasta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistäväkategoria	Vuorovaikutus
H: Nii joo, joo. No se on ihan hyvä, koska jos sä mietit sitä niin eipä se harja sin väliin oikeestaan mee yhtään. Et se vaatis kyl, kyl sen toisentyypisen välineen et sais sen putsattua. P. Mä tykkään silti enemmän hammastikusta.	kertominen lankauksen tärkeystä	kertominen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen
H: Nii joo. Lanka on vähän kyl sillai, sillai hankala. Mä katoin sitä et, et sullakin nyt on, on muut- kolmes välissä jo reiänalkuja.	kertominen reiänaluista	kertominen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen
H: Ja tota ,katotaan mä näytän sulle missä kohtaa nää reiänalut on H: ja mä näytän sen lankauksen viel et sä saisit, saisit sen hyvin sit langattuu tuolta. Koska toisaalta se olis hyvä että jos sä pikkuhiljaa opettelisit sitä	reiänalkujen näyttäminen	konkreettinen näyttäminen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen
lankaustakin ku siel on niitä. Kaikest parhaiten se puris noihin reiän alkuihin, jos sä saisit ne langattua ne välistä. Täshän olis just tarkoituksena se että pysäyt- yritettä pysäyttää noit reiän alkuja ettei niihin tulis kunnon reikiä. P: Mmm H: jos ei pese hampaita ni sithän tulee niit reikiä. P: Mmm	Lankauksen näyttäminen	konkreettinen näyttäminen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen
	Kertominen omahoidon merkityksestä	kertominen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen
	kertominen reikiintymisen syistä ja ennalta ehkäisystä	kertominen	behaviorismi	Tiedon siirto	Asiantuntijajohtoinen

## Sisällönanalyysin eteneminen kasvatuksellisessa terveysneuvonnan lähestymistavasta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistäväkategoria	Vuorovaikutus
H: Ja tota, sanopas mitä siihen yleensä vaaditaan, että tulee reikä hampaaseen tai ihan sit tarvitaan? P: Et tulee? H: Ni P: eikä tuota, pese hampait sit lainkaan. H: Yy-hyh, joo. Ihan oikein. P: mut sit illal mul joskus tai joskus ain unohtuu, et mä en pese hampait, mut aamul mä ain pesen.	Kysyminen reikiintymisestä	kysyminen	kokemuksellinen oppiminen	tiedon reflektointi	kasvatuksellinen
H: Mutta tota jos mietitään sitä et ko sul oli näissä hampaissa ne, tuleeks sulle mitään mieleen mikä vois olla syynä siihen että nää, et tääl on näissä kohdissa on ne reiänalut? P: No joskus ku mä joskus oon unohtanut illal. H: Nii, joo-o. P: Mut aamul mä pesen joka kerta H: Just, joo. Öö Arvaas miks se olis, miks se on tärkeempi olis pestä illalla kuin aamulla? P: No sen takii ko illal, tuota ne saa tehdä hommii ne bakteerit ko...H: Mmm P: ...ihminen nukkuu.	Kysyminen reiänaluista	kysyminen	kokemuksellinen oppiminen	tiedon reflektointi	kasvatuksellinen
	Kysyminen harjaamisen ajankohdasta	kysyminen	kokemuksellinen oppiminen	tiedon reflektointi	kasvatuksellinen

**Suuhygieniatottumusten muutoksen eteneminen hammaslangan käytössä ensimmäisen ja viimeisen neuvonnan kautta**

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Yhdistäväkategoria</b>	<b>Vuorovaikutus</b>
<b>1. NEUVONTA 3/2002</b>					
<p>”H: Ooksä koskaan kokeillu hammaslangan käyttöö?  P: Joo.  H: Miltäs se tuntu?  P: En mä tiedä..  H: Oli vähän hankalaa, vai?  P: Joo.  H: Mmm, millai saa sormet mahtuu sin taakse.  P: Nii.  H: Niin, se voi olla, olla toi vähän semmone hankala, hankalan tuntunen, mut sä voisit sitä ruvet vaik vähän harjottelemaan. Voit vaikka tehdä siit langasta ekaks tommose, sä tiedät mimmosta hammaslanka on?  P: Joo-o.”</p>	<p>Kysyminen hammaslangan käytön kokeilusta</p>	<p>kysyminen kokeilusta</p>	<p>muutostarve</p>	<p>harkintavaihe</p>	<p>kasvatuksellinen</p>
<b>4. NEUVONTA 8/2002</b>					
<p>H: No ooksä sitä hammaslankaa kokeillu, et millais sen kans sujuu?  P: Joo, joskus  H: Joskus ain  P: En mää sitä joka ilta tee.  H: Joo, mut oot kumminki ain sillo tällä käyttäny?  P: Joo  H: No hyvä on.</p>	<p>Kysyminen hammaslangan kokeilusta</p>	<p>epäsäännöllistä</p>	<p>muutostarve</p>	<p>valmisteluvaihe</p>	<p>kasvatuksellinen</p>