

Eija Turumäki

ALLE KOULUIKÄISTEN LASTEN VANHEMPIEN KANSSA
KÄYTYJEN SUUN TERVEYSNEUVONTAKESKUSTELUJEN
VOIMAVARAKESKEISYYS

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2008

ALLE KOULUIKÄISTEN LASTEN VANHEMPIEN KANSSA KÄYTYJEN SUUN TERVEYSNEUVONTAKESKUSTELUJEN VOIMAVARAKESKEISYYS

Turumäki Eija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma
Joulukuu 2008
Liimatainen-Yläne Elina
YKL:59.21
Sivumäärä: 76

Asiasanat: terveysneuvonta, empowerment, suuhygienia, lapset, arviointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueen alle kouluikäisten lasten vanhempien kanssa käytyjen suun terveysneuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyden arviointi. Tavoitteena on neuvontakeskustelujen kehittäminen voimavarakeskeisempään suuntaan. Kehittämismetodinä oli realistinen evaluaatio. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että organisaatiokulttuurilla on merkitystä työyhteisöissä tapahtuvien vuorovaikutusprosessien voimavarakeskeisyyteen. Siihen liittyen yhtenä arviointikohteena tässä työssä oli työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistävät ja estävät tekijät työyhteisössä. Neuvontaprosessien voimavarakeskeisyyttä kartoitettiin kesän 2008 aikana normaalihoitoikäisten (n=50) yhteydessä asiakkaille ja työntekijöille tehdyllä kyselyllä.

Lähtökohtana opinnäytetyölle on viime vuosina tapahtunut lasten suun terveyden huononeminen. Neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioitiin sairaalapotilaiden neuvontakeskusteluun Kettusen (2001) tutkimuksen pohjalta laaditulla arviointimittarilla, jossa sekä asiakkaat, että työntekijät arvioivat neuvontakeskusteluja samojen väittämien avulla. Arviointimittari on muokattu arviointiorganisaatiossa suun terveydenhuoltoon sopivaksi. Työntekijöiden (n=8) arvioita ammatillista jaksamistaan ja kehittymistään edistävistä ja estävistä tekijöistä kysyttiin avoimilla kysymyksillä.

Tulosten perusteella työntekijöiden vahvinta aluetta neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydessä olivat positiivisen ilmapiirin rakentaminen ja tiedon tarjoaminen. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydestä erosivat useimmin asiakkaan asertiivisuuden ulottuvuudella, jossa vuorovaikutus näyttää olleen yleisimmin ei-vastavuoroista.

Työntekijät arvioivat tärkeimmiksi omaa ammatillista jaksamistaan ja kehittymistään edistäviksi tekijöiksi työyhteisön vuorovaikutuksen ja innostuneisuuden. Ammatillista jaksamista ja kehittymistä estävinä tekijöinä pidettiin yleisimmin vähäistä vuorovaikutusta ja kiirettä.

Tulosten perusteella kehittämiskohteina nähdään muun muassa työyhteisön yhteisten arvojen määrittely ja käytännön pohdinta, kokouskäytäntöjen uudistaminen dialogiseen suuntaan ja pitkäkestoinen empowerment -lähtöinen potilasneuvonta koulutus todellisessa ympäristössä toteutettuna.

THE EMPOWERMENT OF COMMUNITY COUNSELLING BETWEEN PRE SCHOOL-AGE CHILDREN'S PARENTS AND ORAL HEALTH CARE WORKERS

Turumäki Eija
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
December 2008
Liimatainen - Yläne Elina
PLC: 59.21
Number of Pages: 76

Key Words: health counselling, empowerment, oral health, children, evaluation

The purpose of this thesis was to assess the empowerment of counselling sessions between health care workers and their customers at Huittinen oral health care area. The informants included oral health care workers, three dentists and one dental hygienist (n=4) and their customers, pre-school age children's parents (n=50). They assessed the same counselling session by way of parallel statements during normal dental care visits at summer 2008.

The purpose of this thesis was also to clear up from workers, dentists and dental nurses (n=8) what are the contributing and preventing factors of professional capacity and competence at working community. The developing method was realistic evaluation. The aim was to develop the empowerment –oriented oral health care counselling communications. Starting point for this study was the weakening situation of children's oral health. The oral health counselling communications were assessed with empowering health counselling measurement, which was developed for hospital counselling by the study of Kettunen (2001). The measurement was rewritten for this thesis in the assessment organisation.

According to the results of the empowerment of counselling communication the strongest areas of workers were constructing a positive atmosphere and offering information. Assessments of customers and workers were most different at dimension of patient's assertiveness; the communication was less reciprocal there. The workers assessed that the most important contributing factors of professional capacity and competence are communication and motivation. The preventing factors of professional capacity and competence at working community were in most cases too less communication and too much stress.

The main development points are; to discuss and agree upon the common values at work, to replace the meeting procedures to dialogic tendency and long-term empowerment- oriented videotaped education at the real care culture in the working community.

SISÄLLYS

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS | 8 |
| 2.1 | Terveyden edistäminen käytännön tasolla..... | 8 |
| 2.2 | Näyttöön perustuva terveystieteiden neuvonta | 10 |
| 2.3 | Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus | 13 |
| 3 | REALISTINEN EVALUAATIO KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ..... | 14 |
| 4 | PERHE SUUNTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA | 17 |
| 4.1 | Lasten suun terveys..... | 20 |
| 4.2 | Lasten suun terveyteen vaikuttavat tekijät | 20 |
| 5 | TERVEYDEN EDISTÄMINEN..... | 22 |
| 5.1 | Terveystieteiden neuvonta..... | 23 |
| 5.2 | Teorioita terveystieteiden neuvonnan taustalla | 25 |
| 6 | VOIMAVARAKESKEISEN TERVEYSTIETEIDEN NEUVONNAN ULOTTUVUUDET | 29 |
| 6.1 | Keskusteluodotuksen virittäminen..... | 30 |
| 6.2 | Positiivisen ilmapiirin luominen..... | 31 |
| 6.3 | Yksilöllisen tiedon tarjoaminen | 31 |
| 6.4 | Potilaan reflektion mahdollistaminen | 32 |
| 6.5 | Potilaan kompetenssin kunnioittaminen | 33 |
| 6.6 | Potilaan aserttiivisuus..... | 34 |
| 7 | TYÖNTEKIJÄN AMMATILLINEN KEHITYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT | 36 |
| 8 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 39 |
| 8.1 | Aineiston hankinta | 39 |
| 8.2 | Aineiston analysointi | 42 |
| 9 | TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS..... | 43 |
| 10 | TULOKSET | 46 |
| 10.1 | Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot väittämiin..... | 48 |
| 10.1.1 | Keskusteluodotuksen virittäminen..... | 48 |
| 10.1.2 | Positiivisen ilmapiirin rakentaminen | 49 |
| 10.1.3 | Yksilöllisen tiedon tarjoaminen..... | 50 |
| 10.1.4 | Asiakkaan reflektion mahdollistaminen | 51 |
| 10.1.5 | Asiakkaan kompetenssin kunnioittaminen | 52 |
| 10.1.6 | Asiakkaan toiminta (aserttiivisuus): Avautuminen..... | 52 |
| 10.1.7 | Asiakkaan toiminta (aserttiivisuus): Kysyminen | 53 |
| 10.1.8 | Asiakkaan toiminta (aserttiivisuus): Keskeyttäminen..... | 54 |

| | |
|---|----|
| 10.2 Vastaukset avoimiin kysymyksiin..... | 55 |
| 10.3 Työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä työyhteisössä..... | 56 |
| 11 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 57 |
| 11.1 Mittarin luotettavuuden tarkastelua | 61 |
| 11.2 Johtopäätökset | 63 |
| 12 KEHITTÄMISEHDOTUKSET | 67 |
| 13 POHDINTA..... | 71 |
| LÄHTEET..... | 73 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Hammaskaries on maailman yleisimpiä tulehdussairauksia. Se on myös krooninen sairaus, jonka esiintymiseen vaikuttavat terveystilanne ja elintavat sekä omat valinnat. Stakesin tutkijan Lien Nguyenin väitöstutkimuksen (2008) mukaan valistus, motivointi, mahdollisuus päästä julkiseen palveluun sekä kohtuulliset maksut lisäävät väestön tasa-arvoista hammashoitoa. Hyvän suun terveydentilan saavuttamiseksi tarvitaan lisää terveystietoa ja toimenpiteitä, joilla yleisten riskitekijöiden vaikutuksia voidaan vähentää. Terveystutkimuksen mukaan aikuisten suomalaisten omahoito on määrältään ja laadultaan riittämätöntä. Sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria terveyseroja, joiden kaventamiseen ei ole riittävästi kiinnitetty huomiota. TEROKA- hankkeessa kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietoa Terveystutkimuksen terveyserojen kaventamistavoitteiden saavuttamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.)

Suun terveyden paraneminen lapsilla ja nuorilla alkoi 1970-luvulla ja jatkui pitkään, mutta kymmenen viime vuoden aikana kehitys näyttää pysähtyneen. Suomessa on myös havaittavissa polarisaatiota eli suurella osalla lapsia on terveet hampaat, mutta osalla hampaiden kunto on huono ja koko ajan huononeva. Näyttääkin siltä, että entisenlaisilla terveystietoisuuskasvatustoimilla ja ehkäisevän suun terveydenhuollon keinoilla tätä kehitystä ei saada pysäytettyä. (Mattila, Ojanlatva, Riihinen, Rautava, 2005, 492).

Kailan ja Kuivalaisen (2007) tekemän systemaattisen potilasohjaukseen liittyvän kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaat ovat tyytymättömiä potilasohjauksen rutiinimaisuuteen ja riittämättömyyteen. Hoitajat arvioivat yleensä potilasohjauksensa melko hyväksi, potilaat puolestaan puutteellisiksi. Potilaat kaipaavat lisäksi mm. emotionaalista tukea. Esteitä ohjauksen onnistumiselle ovat yleensä muun muassa kiire, tiedon puute, henkilöstön vähäisyys ja ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä.

Tämän opinnäytetyön aiheena on pienten lasten vanhempien kanssa käytyjen neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyys, tutkimusmetodina on realistinen evaluatio. Työ toteutetaan työelämän kehittämistehtävänä ja se kuuluu osana ylempään ammattikorkeakoulututkintoon. Voimavarakeskeisyys on suomennettu käsitteestä empowerment, muita suomennoksia ovat muun muassa voimaantuminen, omavoimaistuminen ja valtaistuminen. Neuvontakeskustelujen puhekäytännöissä esiintyvän voimavarakeskeisyyden yleisyyttä arvioidaan kuntayhtymän alueen suun terveydenhuollon työntekijöille (hammaslääkärit ja suuhygienistit (N=8) ja asiakkaille (pienen lasten vanhemmat n=50) suunnattujen voimavarakeskeisyyttä mittaavien väittämien avulla. Opinnäytetyön eri vaiheissa terveysterveystieteiden toteuttajasta käytetään ammattinimikkeestä riippumatta nimitystä työntekijä. Lapsen kanssa terveysterveystieteiden tilanteesta olevasta aikuisesta henkilöstä käytetään nimitystä asiakas.

Siitosen (1999) mukaan toimintaympäristön olosuhteet, kuten turvalliseksi koettu ilmapiiri, voivat olla voimaantumisen kannalta merkityksellisiä. Empiiristen tutkimustulosten mukaan kategoriat vapaus, vastuu, arvostus, luottamus, konteksti, ilmapiiri ja myönteisyys ovat merkityksellisiä voimaantumisprosessissa. Voimaantumista voidaan yrittää tukea hienovaraisilla ja mahdollistavilla toimenpiteillä, esimerkiksi avoimuudella, toimintavapaudella, rohkaisemisella sekä turvallisuuteen, luottamukseen ja tasa-arvoisuuteen pyrkimisellä. Voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin. Kasila (2007) on tutkimuksessaan tullut siihen tulokseen, että organisaatiokulttuurilla on merkitystä työyhteisöissä tapahtuvien vuorovaikutusprosessien voimavarakeskeisyyteen. Tähän liittyen tässä opinnäytetyössä yhtenä arviointikysymyksenä on työntekijöiden omaa ammatillista jaksamista ja kehittymistä estävät ja edistävät tekijät työyhteisössä.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TARKOITUS

2.1 Terveyden edistäminen käytännön tasolla

Ajatus tämän opinnäytetyön aiheesta syntyi talvella 2007 Jokilaakso-lehteen antamani haastattelun yhteydessä. Tiedonhaun yhteydessä kävi ilmi, että vaikka omassa organisaatiossani on käytössä lasten hampaiden reikiintymis- eli kariesriskin osoittava seulontamenetelmä, ei tätä tietoa ole pystytty hyödyntämään niin, että reikiintyminen olisi vähentynyt. Henkilöstöresurssit ovat aiempaa vähäisemmät, joten tulisi entistä enemmän panostaa neuvontakeskustelujen sisältöön. Kuten valtakunnan tasolla (Mattila ym.) 2005) myös Huittisten kuntayhtymän alueella pienten lasten suun terveyden hyvä kehitys on 1990-luvulla jälkeen pysähtynyt ja alkanut huonontua. Vuonna 2006 kaikista huittislaisista kuusivuotiaista noin 50 prosentilla oli jossain vaiheessa ollut kariesta hampaissaan.

Kansanterveyslain (66/1972, muutettu 892/2007) mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito. Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Huittisten terveyskeskuksessa suun terveydenhuollossa on käytössä kariesriskiseulontamenetelmä eli Streptococcus mutans testi noin kaksi -vuotiaille lapsille. Tuloksista on tiedotettu vanhemmille ja annettu kotihoito-ohjeet kirjallisina. Kariesbakteeritartunnan saaneet lapset on kutsuttu uudelleen puolen vuoden kuluttua neuvontaan ja seuraava käynti on ollut hammaslääkärille kolme -vuotiaana ja sen jälkeen pääsääntöisesti vuoro vuosina suuhygienistille ja hammaslääkärille. Hoitokäynti on yleensä aloitettu suun tarkastuksella, jonka perusteella on annettu tarpeelliseksi katsottu neuvonta. Mikäli jossain vaiheessa on havaittu olevan alkavaa reikiintymistä, lapsi on kutsuttu ohjaukseen ja fluorilakkaukseen puolen vuoden välein. Streptococcus mutans positiivisen tuloksen saaneista lapsista noin 90 %:lla on potilasasia-kirjojen mukaan seuraavien neljän vuoden aikana jossain vaiheessa ollut kariesta

hampaissaan. Viimeisen vuoden aikana bakteerinäytteestä positiivisen tuloksen saaneita lapsia on ryhdytty kutsumaan tarpeen mukaan useammin neuvontaan. Tässä opinnäytetyössä kariesbakteeri (*straptococcus mutans*) näytteestä positiivisen tuloksen saaneista käytetään nimitystä kariesriskipotilaat ja positiivisesta streptococcus mutans näytteestä käytetään nimitystä kariesriskitekijä.

Yhtenä esimerkkinä hampaiden reikiintymistä ehkäisevästä, eli kariespreventio ohjelmasta, on Vanha Korpilahden ohjelma, jossa hampaiden reikiintymisriskin- eli streptococcus mutans (= yleisin reikiintymistä aiheuttava bakteeri) seulonta tehdään kaksivuotiaille. Ennalta ehkäisy eli prevention taso määräytyy plakin eli bakteeripeitteen streptococcus mutansin ja/tai hampaiden alkavan kariesriskin eli todetun riskin perusteella. Fluorilakkaukset ja terveysneuvonta tehdään kahdesta neljään kertaan vuodessa. Ehkäisevään hoitoon panostettiin kahden ja viiden ikävuoden välillä. Tässä vaiheessa kustannukset olivat vähän suuremmat kuin perinteisen ehkäisevän hoidon vertailuryhmässä. Suun terveys lisääntyi viisi -vuotiailla, jolloin saatiin säästöä korjaavan hoidon kustannuksista. Oleellisin kustannussäästö saatiin viiden ja kahdentoista ikävuoden välillä. Säästöä riskiperusteisella preventiolla syntyi 22,0€ /lapsi /vuosi. (Pienihäkkinen, 2007.) Suomalaistutkimuksessa on tultu siihen tulokseen, että monet hammaslääkärit valitsevat pelkäävien lasten hoidossa mieluummin korjaavan hoidon kuin ehkäisyä, vaikka aiempien tutkimusten mukaan ei tavanomainen ehkäisy riitä korkean kariesriskin lapsipotilaille (Krappe, 2008).

Terveydenhuollon etiikkaa tarvitaan ennen kaikkea siksi, että ihmisoikeudet toteutuisivat myös hoidon käytännössä ja että hoito olisi inhimillisesti turvallista ja laadukasta. On olemassa vaara, että potilaiden tarpeet ja kokemukset jäävät liian vähälle huomiolle raskaiden hallinnollisten rakenteiden ja rutiinien puristuksissa. Myös henkilökunnan ilmeinen ylikuormitus on eettinen riski potilaiden kannalta. Ihmisarvo muodostaa hoitamisen perustan ja tarkoituksen. Taloudelliset resurssit eivät yksinään ratkaise ihmisarvo-ongelmia. Sekä yliholhoavuus, että piittaamattomuus ovat eettisiä riskejä hoidossa. Jos itsemääräämisoikeuden periaatetta tulkitaan liian teknisesti, vaarana on välinpitämättömyys ja vastuun siirtäminen hoidon ammattilaiselta potilaalle. Oikeudenmukaisuuden kannalta keskeisimpiä asioita ovat yhdenmukainen kohtelu, syrjimättömyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. (ETENE, 2001, 3.)

Satakunnan suunterveydenhuollon koulutusrengas järjesti vuonna 2003 Asiakaslähtöinen terveysneuvonta suunterveydenhuollossa koulutuksen, johon myös Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän suunterveydenhuollon henkilöstö osallistui. Koulutus kesti yhden päivän ja luennoitsijana oli dosentti Marita Poskiparta Jyväskylän yliopistosta. Hänellä on suunterveydenhuollon pohjakoulutus. Sisältö oli rakennettu voimavarakeskeisyyden näkökulmasta.

Suun terveydenhuollossa on tarkoitus antaa tarpeen mukaista terveysneuvontaa jokaisen asiakaskäynnin yhteydessä. Toiminnan tulokset pienten lasten suun terveyteen liittyen eivät viime vuosina ole olleet erityisen hyvät ja siksi tässä opinnäytetyössä halutaan arvioida oman organisaation suun terveydenhuollon neuvontakeskustelujen vuorovaikutuksellista rakennetta. Tavoitteena on näyttöön perustuva toiminta. Peruskoulutuksen ja kokemuksen tuomaa asiantuntemusta työntekijöillä on ja neuvontaa ja tiedon hakua ei työyhteisön taholta rajoiteta, mutta toisaalta neuvontakeskusteluihin ei ole sovittu mitään yhtenäistä käytäntöä. Potilaan yksilöllinen näkemys neuvontakeskustelujen vuorovaikutuksesta puuttuu, samoin soveltuva tutkimuksiin perustuva tieto terveysneuvonnan lähestymistavoista.

2.2. Näyttöön perustuva terveysneuvonta

Hoitotyön ammattilaisilla on vastuu oman toimintansa kehittämistä ajanmukaiseen tutkimustietoon perustuvaksi. Se edellyttää tietoisuutta oman alan kehittymiseen liittyvästä tiedosta sekä valmiutta kyseenalaistaa totut toimintatavat ja etsiä uutta tietoa niiden kehittämiseksi. Tutkimusten tuottamaan tietoon tulee suhtautua kriittisesti ja arvioida sen soveltuvuutta omien potilaiden hoitotyöhön. Näyttöön perustuvassa toiminnassa tieteelliseen tietoon yhdistetään henkilöstön ammattikokemus, potilaan yksilöllinen näkemys elämäntilanteestaan ja käytettävissä olevat resurssit. Tavoitteena on käyttää eettisesti hyväksyttäviä sekä taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joista on tieteellistä näyttöä. (Pekkala, 2004, 4.)

Suun terveydenhuoltoon sijoittuvia neuvontakeskustelun vuorovaikutusta selvittäviä tutkimuksia löytyi yksi. Kasilan (2007) väitöskirjatutkimus kuuluu Jyväskylän yliopiston julkaisuja -sarjaan. Väitöskirjan nimi on Schoolchildren's oral health counselling within the organizational context of public oral health care: Applying and de-

veloping theoretical and empirical perspectives. Tutkimus koostui neljästä osajulkaisusta, joissa käytettiin kahta eri aineistoa. Neljän suuhygienistin toteuttamiin neuvontatilanteisiin osallistui 31 koululaista, jotka olivat iältään 11 – 13-vuotiaita. Neuvontatutkimuksen seuranta-aineisto sisälsi 97 nauhoitettua neuvontatilannetta vuosina 2002 – 2003. Organisaatiotutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeilla vuonna 2002. Tutkimus aineistoja analysoitiin kvalitatiivisesti sisällönanalyysillä ja kvantitatiivisesti tilastollisia menetelmiä käyttäen.

Tutkimus osoitti, että terveysneuvontatilanteet toteutettiin usein asiantuntijajohtoisesti perustuen monipuoliseen tiedonjakamiseen ja selkeään ja usein laaja-alaiseen tiedonkeräämiseen. Muutosprosessista keskustelemista ja tavoitteen asettamista ilmeni neuvontatilanteissa melko harvoin. Tutkimuksessa osoitettiin lisäksi, että viestintä-tyytyväisyydellä on välittävä vaikutus yksilö- ja organisaatiotason välillä. Ihmisten ymmärryksen ja tiedon lisääminen aidoista vaikuttamismahdollisuuksista organisaatiossa, niiden esteistä sekä vaikuttamiseen liittyvästä vastuusta on tärkeää.

Patient Education and Counseling lehdessä 64 (2006) on artikkeli ”Developing empowering health counseling measurement Preliminary results” Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Keski-Suomen keskussairaalan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä tehdystä tutkimuksesta. Tutkimuksessa testattiin aiemmin Kettusen (2001) tutkimuksen pohjalta kehitettyä neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioivaa mittaria, josta käytetään artikkelissa lyhennettä ESPS (Empowering Speech Practices Scale). Mittari muodostettiin kehitystyönä aikaisemman teoreettisen tiedon ja keskusteluanalyttisen tutkimuksen pohjalta. Pilottitutkimus tehtiin koeryhmälle Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin alueella 25.8.–30.9.2003 välisenä aikana. Mukana oli 17 osastoa ja poliklinikkaa, jotka tarjoavat hoitoa aikuisille. Arvioivat neuvontasessiot olivat osa normaaleja hoitajaksoja. Tutkimusajan sisällä vastauksia saatiin kaikkiaan 127 neuvontasessioon liittyen. Potilaiden ja hoitajien vastausten analysointiin käytettiin frekvenssijakaumaa ja ristiintaulukoimista.

Tulosten mukaan hoitajat onnistuivat parhaiten emotionaalisen tunneilmaston luomisessa ja tiedon antamisessa. Kehittämisalueeksi nousi vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentaminen eli potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen kysymällä mielipiteitä ja ottamalla paremmin huomioon potilaan elämäntilanne hoitoratkaisujen

ideoimisessa ja hoitopäätöksiin osallistumisessa. Vastaajien taustavaihtelut kuten ikä, sukupuoli ja koulutus otettiin huomioon vastauksia analysoitaessa. Nonparametrisilla testeillä vertailtiin hoitajien ja potilaiden vastauksia vastauksesta vastaukseen –periaatteella. Logistisen regressioanalyysin mukaan mikään taustamuuttujista (potilaan ikä, hoitajan ikä, hoitajan työkokemus, potilaan koulutus, potilaan sukupuoli) ei ollut tilastollisesti merkittävä. Siksi mittaustuloksia voidaan pitää luotettavina erilaisista potilaista ja hoitajista koostuvia verrokkiryhmiä ajatellen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko, 2006, 161, 163.)

Sirviön väitöskirjatutkimus (2006) ”Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukana olosta vastuunottoon Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista” kuuluu Kuopion yliopiston julkaisuja -sarjaan. Terveyttä edistävän toiminnan kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää asiakkaan osallisuuden vahvistamisen ja varhaisen mukaan-tulon näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveyden edistämistä ja lapsiperheiden osallisuutta terveyden edistämisen toimintaan perheiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui 14 sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää ja heidän palvelujaan käyttäviä lapsiperheitä (n=16). Aineistot koottiin vuosina 2001 -2002 ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin viirikkeitä antavaa haastattelua. Aineistona käytettiin myös asiakastilanteista videoituja kuvanauhoja (n=18). Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla ja kuvanauhojen analysoinnissa käytettiin haastatteluaineistosta muodostettujen teemojen avulla. Tulokseksi saatiin, että työntekijät tarkastelivat perheen terveyttä perinteisen lähestymistavan mukaisesti ongelmien näkökulmasta. Perheen voimavaroja selviytyä ei tuotu esiin. Keskeistä oli tiedon lisääminen ja vaikka asiakkaan osallisuuden merkitys tiedostettiin, toiminta oli asiantuntijalähtöistä. Johtopäätöksenä on, että työntekijöiden ja vanhempien poikkeava näkemys perheen terveyteen liittyvistä tekijöistä vaikeuttaa työntekijöiden valmiuksia vastata perheen tarpeisiin.

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on lisäksi muutamia vuorovai-
kutusta selvittäviä pääsääntöisesti laadullisia tutkimuksia (Liimatainen, 2002; Väns-
kä, 2000; Poskiparta, 1997). Kettusen (2001) tutkimuksen ”Neuvontakeskustelu Tut-
kimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa”
aineisto koostuu 38:sta sairaalan seitsemällä eri osastolla vuonna 1993 videoidusta ja

litteroidusta terveysterveystilanteesta ja potilaiden ja hoitajien haastatteluista tilanteen jälkeen. Tutkimuksessa on käytetty erilaisia laadullisia metodeja kuten keskusteluanalyysejä, tyypittelyä ja tapaustutkimusta. Tulokset osoittavat, että vastavuoroiset potilaan osallistumista edistävät neuvontakeskustelut ovat pääosaltaan vain hetkittäisiä ja hoitajien kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellinen. Vaikka sairaalan neuvontakeskusteluissa on puutteita, välittyy tutkimuksen kautta myös hoitajien taito toimia potilaiden voimavaroja vahvistavana kumppanina. Tulevaisuudessa tehokkuuden kriteeriksi tulisikin nostaa vuorovaikutuksen onnistuminen. Tutkimus osoitti konkreettisesti sairaalan kielenkäyttöön juurtuneita puhetyylejä, joiden tiedostamisen kautta niiden murtaminen on mahdollista. Johtopäätöksenä on, että hoitajien herkkyyttä asiakkaiden viesteille tulisi kehittää sellaisten koulutusohjelmien avulla, jotka toteutuvat todellisessa ympäristössä.

Asiakkaan ja työntekijän välisestä kohtaamisesta ei ole saatavissa kokeellista tutkimusnäyttöä, mutta löytyy hyviä määrällisesti kuvailevia ja useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tutkimustulokset ovat samansuuntaiset. Tutkimusten mukaan lähestymistapa neuvontakeskusteluissa on pääsääntöisesti asiantuntijalähtöinen, jonka seurauksena neuvonta ei kaikilta osin vastaa asiakkaan tarpeisiin. Katsauksen perusteella voimavarakeskeisen terveysterveystilanteen vaikutuksista on näyttöä, mutta näytön taso on niukka. Suun terveydenhuoltoon sijoitettavia neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioivia tutkimuksia löytyi yksi.

2.3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluja voimavarakeskeiseen suuntaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on

1. – Arvioida Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvien neuvolaikäisten (2 - 7-vuotiaiden) lasten vanhempien ja heidän kanssaan neuvontakeskustelua käyvien työntekijöiden voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen esiintymistä neuvontakeskustelujen kuluessa.
2. – Verrata asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydestä.

3. – Selvittää työyhteisöön liittyviä työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä.

3 REALISTINEN EVALUAATIO KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

Realistinen evaluaatio on monimenetelmällinen, käytännöllinen, arvioiva metodi, joka käyttää hyväksi määrällisen tutkimuskäytännön vahvuuksia, tulkinnallisia lähestymistapoja sekä monimenetelmällisiä lähestymistapoja samalla tutkien niiden rajoituksia silmällä pitäen sitä, mikä toimii, ketä varten ja missä kontekstissa. Realistinen evaluaatio pyrkii keskittymään siihen, mitä kulloinkin havaitaan hyödylliseksi ja sopivaksi. Taustalla oleva teoria perustuu arkijärjen käyttöön ja asioiden mielekkyyteen ohjaten siten käytännön ratkaisujen tekemiseen. Kriittisen evaluaation perusidea on hankkeen mallinnus, jossa määritellään kuka tekee, mitä tekee, miten tekee, ja milloin tekee sekä missä tehdään. (Anttila, 2007, 70.)

Realistinen evaluaatio alkaa suunnitelman laatimisesta, joka voi lähteä liikkeelle reaalimaailman ilmiöstä, odotuksesta tai visiosta, josta luodaan ensimmäinen mielikuva. Prosessin toisessa vaiheessa määritellään ongelmat; mikä tarvitsee kehittämistä, mitkä ovat tavoitteet ja odotukset. Seuraavaksi tehdään kirjallisuuskatsaus, onko aiemmin kohdattu samanlaisia ongelmia, mitä niistä on havaittu, mitä on jäänyt selvittämättä? Arviointisuunnitelmasta ilmenee onko kyseessä ulkoinen vai sisäinen arviointi ja millä kriteereillä arviointia suoritetaan. Kolmannessa vaiheessa toteutetaan toiminta, johon kuuluu tiedonhankinta ja reflektointi. Neljännessä vaiheessa hanketta arvioidaan saadun tiedon valossa suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Viides vaihe on teoreettisen kokoamisen vaihe, jossa tulokset arvioidaan ja tarkistetaan vastaavuus reaalimaailman havaintoihin ja asetettuihin tavoitteisiin nähden. Tulosten tarkastelu siirretään yksittäistapauksesta laajempaan kontekstiin ja tarkastellaan sen merkitystä esimerkiksi käytettävyyss- tai muussa kuluttajanäkökulmaan liittyvässä kontekstissa. (Anttila, 2007, 77.)

Tässä työssä arviointikohteena on voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen yleisyys käydyissä neuvontakeskusteluissa. Tarvetta tällaiseen arviointiin on, koska pienten lasten hampaiden terveys on viime vuosina huonontunut, eikä muutosta parempaan ole havaittavissa vaikka tietoa annetaan runsaasti. Arviointiorganisaatiossa on lähiaikoina jäämässä eläkkeelle kaksi hammaslääkärinä ja tällä hetkellä on yhden hammaslääkärin vajuus, joten toiminnan vaikuttavuuteen tullaan jatkossa todennäköisesti kiinnittämään aiempaa enemmän huomiota. Tavoitteena on lasten hampaiden korjauksen hoidon tarpeen vähentyminen vanhempien omien voimavarojen lisääntyessä. Voimavarojen vahvistuminen voi lisätä vanhempien valmiutta toimia toivottujen vaikutusten suuntaisesti.

Tässä kehittämistyössä arviointi suoritetaan sisäisenä yksilöllisenä arviointina, jossa pääpaino on asiakas- ja prosessinäkökulmilla eli työntekijät ja asiakkaat arvioivat käytyä neuvontakeskustelua sovitun mittarin avulla. Mittaaminen suoritetaan käyttäen testiä heti intervention jälkeen, kyse on toiminnan vaiheittaisesta eli formatiivisesta arvioimisesta. Mekanismina, jolla tässä tapauksessa pyritään kohti toivottuja vaikutuksia, on tällöin työntekijän ymmärrys vuorovaikutuksen merkityksestä potilaan toimintaan. Kontekstina on tällöin ympäristö olosuhteet, yhteisö, jossa työntekijä toimii. Näin ollen arviointikohteena on myös se, millä toiminnoilla työyhteisö voi auttaa työntekijää siirtymään asiantuntijanäkökulmasta asiakaskeskeiseen terveysneuvontaan eli mitkä ovat ammatillista osaamista estäviä ja edistäviä tekijöitä tässä yhteisössä. Toisena arviointikohteena onkin työntekijöiden omaa ammatillista jakamista ja kehittymistä edistävät ja ehkäisevät tekijät. Menetelmänä käytetään avointa kyselyä. Mittaustuloksia käytetään arvioinnin tukena pohtien sitä, mitä ne merkitsevät kehittämistavoitteiden saavuttamiselle. Sisäisen yhteisöllisen arvioinnin suorittajana on opinnäytetyön tekijä, joka toimii arviointiorganisaatiossa suuhygienistinä. Kehittämisehdotukset on tarkoitus kohdentaa havaittuihin ongelmakohtiin.

Arviointiin myönteisesti suhtautuvassa kehittämistyössä puhutaan evaluoivasta työotteesta, jolloin omaan työhön suhtaudutaan tutkivasti sekä kehittämismielessä muutavasti. Arviointi jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen arviointiin. Ulkoista arviointia suorittavat yleensä tutkijakoulutuksen saaneet henkilöt. Sisäinen eli itsearviointi voi olla yhteisöllistä tai yksilöllistä, oman suorituksen arviointia. Realistisen evaluaation keinot tähdentävät erityisesti itsearvioinnin keinoja ja empowerment – menetelmää, joil-

la on toimijoihin itseensä suuntautuva työssä jaksamiseen kannustava ja vahvistava vaikutus. (Anttila, 2007, 49, 64.)

Kehittämisen prosessien onnistumista ja tuloksellisuutta arvioidaan erilaisin arvoperusteisin kriteerein. Arvot ja arvostukset säätelevät niitä menetelmiä, joita arvioinnissa käytetään. Kehittämistyö perustuu asetettuihin tavoitteisiin ja sen arviointiin miten tavoitteet on saavutettu. Arvioinnin kriteerit voivat olla esimerkiksi taloudellisia terveydellisiä tai moraalisia. Arvoja asetettaessa on hyvä pohtia niiden taustalla olevia arvovakenteita, miten esimerkiksi pystytään yhdistämään hyvinvointipalveluja ohjaavat arvot ja liiketaloudelliset periaatteet. (Anttila, 2007, 15, 19.) Hyvinvointipalveluja tuottavilta organisaatioilta edellytetään näyttöjä toimintansa taloudellisuudesta, tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Niiden on siis näytettävä toteen omat suoritukset. (Virtanen, 2007, 15.) Ennen toimintaa ja toiminnan aikana tapahtuvaa arviointia kutsutaan formatiiviseksi- ja toiminnan jälkeen tapahtuvaa arviointia summatiiviseksi arvioinniksi. Formattiivinen vaiheittainen arviointi voi kiinnittää huomiota esimerkiksi käytännön työotteisiin ja tekniikoihin, toimijoiden tai asiakkaiden toimintaan, onnistumiseen, epäonnistumiseen ja ongelmakohtiin. Summatiivinen eli kokoa-va arviointi taas keskittyy arvioimaan tehtyjen interventioiden vaikutusta. (Anttila, 2007, 85.)

Opinnäytetyössä tutkimusstrategiana on teoriapohjainen realistinen arviointitutkimus, jossa Robsonin (2001, 109, 112) mukaan teorian avulla pyritään parempaan toiminnan vaikutusten ymmärtämiseen ja vaikuttavuutta lisäävien toimintatapojen löytymiseen. Arviointi painottuu tässä työssä pääasiassa prosessin arviointiin, miten vuorovaikutustilanteet rakentuvat, mutta myös vaikutusten arviointi formatiivisessa tarkoituksessa on mahdollinen. Keskeisenä näkökulmana on toiminnan kehittäminen. Tieteellisessä realismissa teorit ovat esityksiä siitä, miten mekanismit toimivat tietyssä kontekstissa tuottaakseen vaikutuksia. Toiminnot itsessään eivät muodosta mekanismeja, vaan mekanismi on toimintojen aikaansaama vastakaiku osallisissa. Toimintana on osallistava terveysneuvonta, jossa voimavarojen saavuttaminen on asiakkaasta itsestään lähtevä prosessi, jota työntekijä voi edesauttaa. Terveysneuvontakeskustelujen primääritavoitteena on asiakkaan hallinnan tunteen vahvistuminen. Neuvontakeskustelu on konteksti, jossa työntekijä tukee asiakkaan sisäisen voimantunteen vahvistumista. Voimavarojen vahvistuminen voi lisätä asiakkaan valmiutta toi-

mia toivottujen vaikutusten suuntaisesti. Voimavaraistuminen on mekanismi, joka toimii katalyyttinä elintapamuutoksiin.

4 PERHE SUUNTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa lapsia koskevaksi tavoitteeksi on asetettu: ”Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi”. ”Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat”. Kuntien toiminnassa haasteena ja suositeltavana toimintasuuntana pidetään muun muassa terveyden edistämistä, seuranta- ja arviointia osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Lasten terveyden osalta ohjelmassa korostetaan eri tahojen yhteistyötä ja terveyttä edistävää roolia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Lastenneuvolaoppaassa on suositus kehittää vanhemman ja työntekijän välistä yhteistyösuhdetta kumppanuuden ja dialogin suuntaan. Yhteistyön lähtökohtana ovat vanhempien voimavarat, tarpeet ja huolet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Vuonna 2006 Suomessa 41,2 % kaikista perheistä oli lapsiperheitä, joissa oli kaikkiaan 577 856 alle 10-vuotiasta lasta. Vuonna 2006 syntyi 58 840 lasta, mikä oli 2 % enemmän kuin vuonna 2005. Valtaosa suomalaisista lapsiperheistä koostuu kahdesta keskenään naimisissa olevasta vanhemmasta ja yhdestä tai kahdesta lapsesta. (Sotkanet, 2008.) Vuonna 2004 solmittiin avioliittoja noin 29 300 ja niitä purkautui noin 13 200. Eronneita ja leskiä oli Suomessa vuonna 2004 noin 15 % koko väestöstä. (Tilastokeskus 2006.) Vuonna 1984 astui voimaan lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskeva laki, joka mahdollisti vanhempien yhteishuoltajuuden. Nykyisin yhteishuoltajuus on yleisin huoltajuuden muoto. Mikäli eron jälkeen päädytään uuteen liittoon, muodostuu niin sanottu uusperhe. (Åstedt-Kurki ym., 2008, 39, 40.)

Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueeseen kuuluu Huittisten kaupunki, Vampulan kunta ja Punkalaitumen kunta. Asukkaita kuntayhtymän alueella on noin 14200 henkilöä. Viime vuosina kuntayhtymän alueella on syntynyt noin 115

lasta vuodessa. Suun terveydenhuollossa on neljä hammashoitolaa, joissa kesällä 2008 työskenteli yhteensä 14 työntekijää.

Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän toiminta-ajatus on ”Terveydenhuollon tehtävänä on auttaa alueensa väestöä hyvän terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä. Toiminta on asiakaslähtöistä, palveluhenkistä ja joustavaa. Perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisessa on tavoitteena optimaalinen laatu suhteessa käytettävissä oleviin voimavaroihin. Toimintoja tehostetaan ja tarvittaessa lisätään sekä suunnataan uudestaan väestön tarpeiden mukaan huomioiden erityisesti väestön ikärakenne. Toiminnassa huomioidaan myös lasten, nuorten ja lapsiperheiden osuus väestöstä”. (Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Taloussuunnitelma vuosille 2007- 2009.)

Suun terveydenhuollossa hoidon tavoitteena on terveyden lisääminen ja suun terveyden edistäminen, asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen, kiireellisen hoidon turvaaminen sekä turvallisen ja laadukkaan hoidon takaaminen. Suun terveydellä on keskeinen vaikutus ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Ennaltaehkäisevällä hoidolla voidaan merkittävästi vähentää lasten ja nuorten tulevaa hoidon tarvetta. Suun hoidon kustannukset ovat Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista noin 5% (Meurman, 2007, 6).

Lasten hammas- ja suuterveyden edistämistyö on haastavaa ja moniin perhetekijöihin nivoutuvaa. Vanhempien aktiivinen kuunteleminen ja tilan sekä ajan antaminen heille vahvistaa heidän turvallisuuden kokemistaan. Näin kyky ottaa vastaan tietoja, neuvoja ja ohjeita paranee. Suun terveydenhuollon terveysneuvonnan tulisi tapahtua vuorovaikutuksessa perheiden ja lasten kanssa. Terveysneuvontatilanteissa perheille tarjotaan lapsen, tai muun perheenjäsenen, koko perheen tai jopa kuntatason terveysasioihin ja huolenaiheisiin liittyvää terveystietoa. Terveysneuvonnalla voidaan parantaa tietotasoa, tavoitella terveyskäyttäytymisen muutosta ja luoda perhettä tukeva ilmapiiri tai olosuhteet. Suun terveydenhuollon henkilökunta voi auttaa perhettä kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla. (Mattila ym. 2005, 493.)

Kahden tai useamman henkilön kohtaaminen on aina kokemuksellista ja merkityksiä synnyttävää. Kohtaamistilanteet terveydenhuollossa ovat usein tavoitteellisia, joissa

apua tarvitseva henkilö hakee apua ammattilaiselta. Näissä tilanteissa vallitsee taidollinen ja tiedollinen eriarvoisuus terveyteen liittyvissä asioissa. Kohtaamistilanteeseen osallistuvat ihmiset ovat kuitenkin samanarvoisia, kaikilla on oma ihmisarvonsa. Tämä tarkoittaa yksilön ja hänen arvojensa kunnioittamista. Jos hoitava henkilö ei viestitä samanarvoisuutta perheenjäseniin nähden, on hän toimintatavoiltaan autoritääriäinen vallankäyttävä. Autoritäärisessä suhteessa kanssakäymiselle tärkeät avoimuus ja luottamus vaarantuvat. Tärkeää on tiedostaa ja tunnistaa toisen ihmisen erilaisuus itseen nähden. Tällä on yleisempi eettiseen kasvuun ja itsensä tuntemiseen liittyvä merkitys. Erilaisuuden tiedostaminen mahdollistaa avoimen ja vastaanottavan kohtaamisen. Avoin ja auttavassa mielessä saatavilla oleva ihminen on myös läsnä oleva. Usein hoitava henkilö vetoaa kiireeseen. Kuitenkin läsnäolo ei välttämättä vaadi lisääaikaa, vaan se on asiakkaaseen keskittymistä siinä hetkessä ja hänelle/heille ajan antamista. (Åstedt-Kurki ym., 2007, 144, 145.)

Lapsiperheen kohtaamisen tavoissa heijastuu työntekijän käsitys perheestä ja terveydestä. Perheen kulloiseenkin käsitteelliseen määrittelyyn vaikuttaa kulloinenkin elämäntilanne, jolloin kriteereistä tulee henkilökohtaisia ja kokemuksellisia. Siten perhe on ryhmä, jonka jäsenet ovat jonkinlaisessa juridisessa, biologisessa tai tunnesuhteessa toisiinsa ja he määrittelevät itsensä samaan perheeseen kuuluvaksi. Työntekijän omat kokemukset ja näkemys etnisen taustan, sosiaaliluokan tai perherakenteen vaikutuksista perheen terveyteen tai voimavaroihin voivat ohjata perheen ja työntekijän kohtaamista. Tällöin työntekijän voi olla vaikea ymmärtää perheen elämäntapoja ja ymmärtää perheen tekemiä terveyttä koskevia päätöksiä. (Sirviö, 2006, 37.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2006 tehnyt Internet -pohjaisen kyselyn kaikkiin Suomen terveystieteisiin liittyen isien ja isyyden tukemiseen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tulosten pohjalta laadittiin muun muassa seuraavia ehdotuksia isyyden tukemiseksi: isien aktiivinen kutsuminen neuvolaan, isien tarpeiden selvittäminen; dialogi, tutkimukset, iltavastaanotot; pienryhmät ja työtapojen kehittäminen isät huomioon ottaviksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006, 51.)

Mikäli työntekijä määrittää perheen ongelmien näkökulmasta, estää se osaltaan perheen omien voimavarojen hyödyntämistä ja vähentää perheen uskoa omaan kykyihinsä. Mikäli taas työntekijä uskoo perheestä löytyvän voimavaroja terveyden lisäämi-

seen, vahvistaa se myös perheen luottamusta omiin mahdollisuuksiinsa. (Sirviö, 2006, 37.)

4.1 Lasten suun terveys

Lasten ja nuorten suun terveyttä on seurattu erilaisilla indekseillä, kuten dmf/d (reikiintyneiden, poistettujen ja paikattujen maitohampaiden lukumäärä), DMF/D (reikiintyneiden, poistettujen ja paikattujen pysyvien hampaiden lukumäärä) sekä terve-hampaiset -mittareilla. Erilaisissa julkaisuissa ja väitöskirjoissa (mm. Suni (1997), Virtanen (2006) ja Meriläinen (2004) on osoitettu elinaika-analyysien soveltuvuus suun terveydenhuoltoon. Lasten ja nuorten hampaiden reikiintymisestä on kerätty 20 Winnhit järjestelmää käyttävän kunnan ja kuntayhtymän aineisto, joka käsittää 26000 lapsen ja nuoren pitkittäistiedot 1985, 1990 ja 1995- syntyneistä ikäluokista. Tämän tutkimuksen alustavat tiedot varmentavat kariuksen esiintyvyyden kasvun lapsilla nuoremmissa ikäluokissa. (Sunni 2005.)

Kansanedustaja Sari Palm on marraskuussa 2007 tehnyt eduskunnan puhemiehelle kirjallisen kysymyksen (489/2007vp) Lasten ja nuorten hampaiden kunnosta. Kysymyksen perusteena on huoli lasten hampaiden terveydentilan heikkenemisestä. Arvioidaan, että jo kolmanneksella nuorista hampaat ovat huonossa kunnossa ja huolestuttavan yleistä on jo pienten jopa alle yksivuotiaiden lasten hampaiden reikiintyminen.

4.2 Lasten suun terveyteen vaikuttavat tekijät

Suun terveys on osa lapsen kokonaisterveyttä, ja sille luodaan lapsen ensimmäisinä elinvuosina koko elämän ajan vaikuttava perusta. Jotta lasten suun terveyden edistämässä ja ongelmien ehkäisyssä onnistuttaisiin, tarvitaan yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Suun terveyden ylläpitämiseen tarvittavat keinot ovat yksinkertaisia: kariesbakteeritartunnan ehkäisy, suun ja hampaiden puhtaus, terveellinen ravinto sekä fluorin ja ksylitolin käyttö. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 193.)

Lasten hammaskarieksen ehkäisyssä erityisen tärkeää on estää mutans streptokokki-tartunta maitohampaiden puhkeamisvaiheessa. Mutans-streptokokit tarttuvat syljen mukana yleensä äidiltä, mutta myös muut lasta hoitavat henkilöt voivat tartuttaa lapsen. Varhaisen tartunnan on todettu lisäävän hampaiden reikiintymisriskiä sekä maito-, että pysyvissä hampaissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 193.)

Umeån yliopistossa (Holgerson ym.) ja Japanissa Fukuokan yliopistossa (Haresaku ym.) on tutkittu vuonna 2007 xylitolin vaikutusta mikrobikoostumukseen antamalla yhdelle ryhmälle xylitolilla makeutettua purukumia ja toiselle ryhmälle sorbitolilla ja maltitolilla makeutettua purukumia ja todettu muun muassa., että säännöllinen xylitolipurukumin käyttö häiritsee mikrobien koostumusta ja estää streptococcus mutans bakteerin kasvua. Queenslandin yliopistossa vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa (Law ym.) on todettu lapsen saavan Streptococcus mutans tartunnan yleensä äidiltään ja riski sairastua kariekseen on riippuvainen iästä, jolloin tartunta on tapahtunut. Ennaltaehkäisevän hoidon suunnittelua varten tulisi lapsilta ottaa bakteerinäyte ajoissa.

Suomalaisen nuorperheen terveystutkimusvalmiudet -tutkimusprojektissa (The Finnish Family Competence Study) on määritelty "family competence" käsite tai perheen kasvatuskyvyn rakentuvaksi kolmesta osatekijästä: lapsen huolenpitoa koskevan tietämyksen lisääntyminen, oikeat vanhemmuuden asenteet ja sopivat lastenkasvatustaidot ja -kyvyt. Nämä sisältävät muun muassa hyvät hampaiden harjaustavat, hammas- ja suuterveyden arvostuksen ja sopivien arvojen omaksumisen, mikä riippuu paljon vanhempien keskinäisestä yhteistyöstä. Tutkimustulokset osoittavat perhetekijöiden suuren ennustearvon lapsen hammas- ja suuterveydelle. Nuorten vanhempien lapsilla hampaiden reikiintymisriski on lisääntynyt. Vanhempien koulutus näyttää edistävän lapsen hammasterveyttä: mitä parempi koulutus, sitä paremmin kyetään soveltamaan tietoa arkielämään. Vanhempien huono hammasterveys ja epä-säännöllinen hampaiden harjaus ovat yhteydessä lapsen hampaiden reikiintymiseen. (Mattila ym., 2005, 494)

Tervonen ym. (2006, 458) on todennut tutkimuksessaan ”Ala-asteikäisten lasten vanhempien suun terveyteen liittyvät uskomukset sekä heidän lastensa suun terveystavat”, että perheissä, joissa vanhemmilla oli huonommat suun terveyteen liittyvät uskomukset myös lasten suunhoitotottumukset olivat huonommat. Myös Grönholm

ym. (2006) tulivat tutkimuksessaan ”Äitien suunterveyskäyttäytyminen, asenteet ja tiedot Neuvolatutkimus kaksikielisillä alueilla” siihen tulokseen, että erityisesti äidin käyttäytymisellä ja asenteilla sekä tiedoilla on keskeinen merkitys lapsen hammas-terveyskäyttäytymiseen. Vanhempien asenteet vaikuttavat siis paitsi siihen miten he hoitavat omaa suutaan, myös siihen miten tärkeänä he pitävät lapsen suun terveyttä. Äideillä on keskeinen merkitys suunterveyskäyttäytymisen opettajina. Mattila (2007) kirjoittaa artikkelissaan Duodecim lehdessä, että plakki kolmevuotiaan hampaissa tai epäsäännöllinen hampaiden pesu näkyy viisi- tai kymmenvuotiaan huonohampaisuutena. Plakki lapsen hampaiden pinnoilla kertoo vanhempien jaksamattomuudesta ja joskus jopa välinpitämättömyydestä.

5 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Vuonna 1986 hyväksytyssä Ottawan julkilausumassa terveyden edistäminen tulkitaan toiminnaksi, johon julkisen vallan ja järjestöjen tulee sitoutua. Terveyden edistäminen ymmärretään moniammatillisena ja monitieteisenä yhteistyönä, jonka strategiset suuntaviivat ovat seuraavat; terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudelleen suuntaaminen. (Perttilä 2006.)

Kaikki pohjoismaat ovat sitoutuneet WHO:n julkaisemaan Euroopan alueen Health 21-terveysohjelmaan, jonka tavoitteena on Euroopassa elävien 870 miljoonan ihmisen terveyden ja elämänlaadun parantaminen. WHO on asettanut ohjelmalle 21 tavoitetta. Monet näistä tavoitteista ovat tärkeitä myös suun terveydelle, mutta erityisesti tavoite 8 on tärkeä, koska siihen sisältyy erillinen osatavoite 6 ja 12-vuotiaiden lasten suun terveydestä: ”Vuoteen 2020 mennessä vähintään 80 % 6-vuotiaista tulee olla karieksesta vapaita, ja 12-vuotiailla saa olla keskimäärin enintään 1,5 reikiintynyttä, puuttuvaa tai paikattua hammasta.” (Petersen & Nordrehaug- Åström, 2008, 45.)

WHO:n sanastossa (1988) terveyden edistäminen määritellään prosessiksi, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden lisätä terveytensä hallintaa ja parantaa sitä. Se on laaja sosiaalinen ja poliittinen prosessi, johon sisältyy sekä yksilön valmiuksia ja kykyjä vahvistavia toimia että toimenpiteitä, jotka tähtäävät sosiaalisten taloudellisten ja ympäristöllisten olosuhteiden muuttamiseen yksilöön ja väestöön kohdistuvien vaikutusten torjumiseksi. Terveyden edistäminen on prosessi, joka parantaa väestön mahdollisuuksia hallita terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja siten edistää terveyttään. (Petersen ym. 2008, 46.)

5.1 Terveysneuvonta

Terveysneuvonnan tavoitteena on terveydenlukutaidon ja – osaamisen kehittyminen ja tarkoituksena on lisätä yksilön voimavaroja omasta terveydestään huolehtimisessa ja ohjata häntä käyttämään tietoa itsenäisesti siten, että siitä on hyötyä hänen jokapäiväisessä elämässään (Kettunen, 2001). Asiakaslähtöinen, potilaan tarpeista lähtevä ohjaaminen lisää hyvinvointia. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää, että työntekijöillä on käytössään potilaan ohjaukseen liittyvä viimeisin tutkimustieto. Laadukas ohjaus on yksilöllistä ja riittävää. Potilaan ohjauksen ja neuvonnan kehittämisellä on kansataloudellistakin merkitystä. Laadukkaalla ohjauksella voidaan vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä. (Kaila ym., 2007.)

Lapsiperheiden kanssa työskenneltäessä on viestittävä yhtä aikaa sekä lapsen, että aikuisen kanssa. Se on vaativa tehtävä, jokaisessa asiakaskohtamisessa toimivaa valmiste ohjesääntöä ei ole olemassa. Myös sanaton viestintä toimii koko ajan, pienikin otsan ry pistys äidin ilmoittaessa esimerkiksi lapsen syövän makeaa päivittäin viestii äidille, että kertominen on arveluttavaa ja henkilökunta paheksuu häntä. Sen jälkeen hän todennäköisesti päättää kertoa vain asioita, joiden takia hän ei joudu kärsimään häpeää, eikä ehkä koskaan enää onnistuta puhumaan hänen kanssaan asioista niiden oikeilla nimillä. (Mattiila ym. 2005, 4.)

Lapsen terveyden edellytykset ja esteet ovat lähtöisin paitsi hänen yksilöllisestä terveyspääomastaan myös mitä suurimmassa määrin ympäristön suomista mahdollisuuksista. Terveyden eriarvoisuus saa alkunsa siitä, että aineelliset, geneettiset, kulttuuriset ja psykososiaaliset voimavarat jakautuvat epätasaisesti jo lapsuudessa ja nuor-

ruusvuosina. Tärkeää olisi löytää kaikilta elämän alueilta ne tekijät, jotka ylläpitävät ja kärjistävät terveyseroja ja niitä tekijöitä, joiden avulla näitä eriarvoistavia tekijöitä voidaan purkaa. Lapsuudessa ja nuoruusvuosina luodaan terveydenlukutaidon elinikäisen oppimisen perusta. Terveysneuvonnan toteutuksessa ja vuorovaikutuksessa on otettava huomioon se, että ihmiset ovat terveydenlukutasoltaan hyvinkin erilaisia. (Jakonen, Tossavainen & Vertio, 2005, 2891, 2894.)

Terveyden lukutaito edustaa tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka mahdollistavat yksilön kyvyn ja motivaation saada tietoa, ymmärtää sitä ja käyttää sitä terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla. Terveyden lukutaito koostuu kolmesta tasosta. Ne ovat perustaso, jota voidaan lisätä tietoa välittämällä, vuorovaikutuksellinen taso, jota voidaan kehittää kohdentamalla terveysneuvonta tiettyyn tarpeeseen sekä motivaatio-taso. Edellisiin pohjautuvassa kriittisessä terveyden lukutaidossa on kyse yksilö- ja yhteisötason omavoimaistumisesta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005, 84, 85.) Tasot ovat hierarkkisia ja siten kriittiselle tasolle eteneminen edellyttää perus- ja vuorovaikutuksellista terveydenlukutaitoa. (Jakonen ym., 2005, 2894).

WHO:n sanastossa käsite empowerment käännetään voimaannuttaminen. Terveyden edistämässä voimaannuttaminen on prosessi, jonka välityksellä väestö pystyy paremmin valvomaan elämänsä vaikuttavia toimenpiteitä ja päätöksiä. Yksilön ja paikallisyhteisön voimaannuttaminen eroavat toisistaan siten, että yksilötasolla kyse on ensisijaisesti yksilön kyvystä tehdä päätöksiä ja kontrolloida elämänsä. Paikallisyhteisön tasolla sillä tarkoitetaan sitä, että yksilöt pyrkivät yhdessä vaikuttamaan terveyteen vaikuttaviin tekijöihin ja elämän laatuun kyseisessä yhteisössä ja hallitsemaan niitä paremmin. (Petersen ym., 2008, 46.)

Jaettu päätöksenteko (shared decision making) ammattihenkilön ja asiakkaan välillä havainnollistaa terveydenhuollon olennaista kommunikaatiotapaa. Perhettä autetaan ja luottamus saavutetaan kuuntelemalla perhettä, käymällä vuoropuhelua perheen kanssa, kartoittamalla perheen voimavarat ja tukemalla perhettä. Stakesissa on kiinnitetty huomiota vaikeiden asioiden puheeksi ottamiseen ja siihen kouluttautumiseen. Siinä rohkaistaan ammattilaista tuomaan julki perheelle huolensa havaitsemastaan asiasta ja kääntämään vaikeasti lähestyttävä asia avunpyynnöksi. Lapsiperheiden terveyskasvatustyössä perheen arjen tukeminen on tärkeää, vanhempien omat voimat

pitää yllä joka päiväisiä terveyttä edistäviä tapoja on kaikkein tärkeintä. (Mattila ym. 2005, 3.)

5.2 Teorioita terveystieteiden taustalla

Käytännön terveystieteiden pohjana on käytetty erilaisia käyttäytymisteorioita, joista

yhtenä esimerkkinä on KAP – eli tiedon, asenteiden ja toiminnan (knowledge, attitude, and practice) malli. Uskottiin vahvasti siihen, että tietoa antamalla voitiin saada aikaan muutoksia käyttäytymisessä. Tätä mallia on käytetty paljon hammashuollon terveystieteiden suunnittelussa. Malli on yksilökeskeinen, eikä siinä huomioida yksilön tilanteeseen tai sosiaaliseen ympäristöön liittyviä tekijöitä. Sosiaalipsykologisessa mallissa taas ajatellaan, että erot ihmisten terveystietoisuudessa johtuvat useista eri syistä kuten sosiaaliset tai yhteiskuntaan liittyvät tekijät tai yksilölliset seikat kuten persoonallisuus, asenteet jne. Yksi esimerkki tällaisesta mallista on niin sanottu terveystietoisuusmalli, joka perustuu käsitykseen, että ihminen toimii ehkäisevästi mietittyään ensin miten vakavan tilan välttämistä on kyse, miten suuri on sairauden todennäköisyys ja millaisen hyödyn ehkäisevällä käyttäytymisellä voi saada. Tätä mallia on kritisoitu siitä, että se yksinkertaistaa liikaa sosiaalisen ympäristön merkitystä terveystietoisuuteen. (Petersen ym. 2008, 46.)

Normatiiviset teorit käyttäytymisestä kuten suunnitellun käyttäytymisen teoria painottavat ensisijaisesti yksilön suhdetta niin sanottuihin merkityksellisiin muihin tahoihin. Yksilö pyrkii toimimaan sen mukaan, mitä uskoo muiden pitävän oikeana tai vääränä. Merkityksellisiä muita tahoja voivat olla vanhemmat, ystävät tai auktoriteetit. Käyttäytymistä voidaan selittää myös suoritusodotuksilla. Teoriasta on ollut hyötyä muun muassa selitettäessä äitien pyrkimystä vähentää pikkulasten makean syöntiä. Sillä ei ole kuitenkaan saatu paljoakaan tietoa siitä miten terveystietoisuusohjelmien vaikutuksia voidaan selittää tai miten käyttäytymistä voidaan muuttaa. Sosiaaliskognitiiviset oppimisteorit on kehitetty normatiivisten teorioiden pohjalta. Ne pyrkivät luomaan käsityksiä siitä, miten ympäristö- ja tilannetekijät vaikuttavat terveystietoisuuden muutospotentiaaliin. Nämä teorit painottavat roolimallien merkitystä ja sitä miten käyttäytyminen opitaan tarkkailemalla muiden käytöstä. Tärkeää ei ole ainoastaan se mitä vanhemmat pitävät esimerkiksi lasten hampaiden hoidossa

oikeana tai vääränä, vaan se miten vanhemmat itse hoitavat omia hampaitaan. Roomalliteesi osoittaa sen, miten tärkeää terveystkasvatuksen käytännön työssä on panostaa merkityksellisiin muihin eli ihmisten sosiaaliseen verkostoon. Sosiologinen näkökulma korostaa ihmisten toimintamahdollisuuksien edistämistä sekä päätöksentekovallan ja osallistumisen lisäämistä. Anglosaksisessa terminologiassa tästä käytetään nimitystä empowerment. (Petersen ym. 2008, 47.)

Terveyden edistämisen lähestymistapana voi olla ongelmalähtöinen näkökulma (Sirviö 2006, 30,31), jolloin toimintaa ohjaavat perheen ongelmat tai organisaation asettamat vaatimukset tai kasvatuksellinen lähestymistapa, jolloin muutokseen pyritään pääosin asiantuntijan ehdoilla. Asiantuntijan välittämän tiedon odotetaan johtavan terveystkäyttämisen muutokseen, koska oletetaan, että annettuja ohjeita noudatetaan. Voimavarakeskeinen lähestymistapa edellyttää asiakaslähtöistä työskentelyä ja asiakkaan aktiivisen osallisuuden tukemista.

Terveyttä voidaan edistää joko holhoavan eli paternalistisen, utilitaristisen eli yleistä etua korostavan tai liberalistisen eli voimavaraistavan hoitokäytännön pohjalta (Leino – Kilpi 2003, 163). Paternalistinen eli holhoava hoitokäytäntö on toimintaa, jossa toimitaan jonkun hyväksi selvittämättä tämän omaa näkemystä asiasta. Paternalistinen hoitokäytäntö saattaa lisätä potilaan riippuvuutta työntekijästä. Liberalistisen hoitokäytännön tavoitteena on yksilön omien voimavarojen vahvistaminen ja siinä korostuu vapaus ja oikeus.

Liimatainen (2002, 44, 56) on tutkinut ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveydenedistämisen oppimista hoitotyön harjoittelussa ja hän jakaa terveydenedistämisen lähestymistavat asiantuntijalähtöiseen (perinteiseen) ja voimavarakeskeiseen lähestymistapaan. Terveyden edistämisen tietoperustan merkittävimäksi osa-alueeksi kyseisen tutkimuksen tulosten pohjalta nousi itsesäätelytieto ja opiskelijan kehittyminen oman terveyden edistämisen toimintansa itsearvioinneissa kriittisen tietoisuuden tasolle. Kriittisen tietoisuuden tason saavuttaneet opiskelijat sitoutuivat muita enemmän voimavarakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistapaan käsityksissään ja toiminnassaan. Asiantuntijakeskeinen lähestymistapa on terveydenedistämisen traditionaalinen lähestymistapa, jolle on ominaista muun muassa se, että terveydenedistäjä opettaa, informoi ja kontrolloi. Tavoitteena on käyttäytymismuutos. Ter-

veydenedistäjä on yksilöasiantuntija. Keskeistä on yksilön vastuu terveydestään. Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa terveydenedistäjä on täysivaltaisen osallistumisen mahdollistaja. Tavoitteena on yhteisön, yksilön ja organisaatioiden mahdollisuus hallita omaan terveyteensä liittyviä tekijöitä. Terveydenedistäjä on reflekttiivinen yhteisöasiantuntija.

Ohjaus/neuvontakeskustelun keskustelun eteneminen riippuu paljolti siitä, minkälaiseen oppimis- ja ohjauksesitykseen työntekijä sitoutuu (kuvio 2). Konstruktivistiseen eli elämän kontekstiin painottuvaan vai behavioristiseen eli käyttäytymiseen painottuvaan, sekä siitä onko työntekijän terveysneuvonnan lähestymistapa traditionaalinen eli asiantuntijalähtöinen vai empowerment lähestymistapa. Ohjaus etenee sen mukaan, onko tarkoituksena orientoitua asiakkaan elämäntilanteeseen vai vaikuttaa asiakkaan kontekstiin. Tällöin ohjaava henkilö voi valita joko korjaavan tai muuttumismahdollisuutta tukevan korjauksen. Tätä valintaa tehdessään hän valitsee myös sen onko ohjaus asiakkaan autonomiaa vai riippuvuutta tukevaa. (Vänskä, 2000, 109, 110.)



Kuvio 1 Jaetun asiantuntijuuden mahdollistava malli (Vänskä 2002, 108).

Marita Poskiparta (2002, 25) jakaa voimavarakeskeisen terveysneuvonnan neljään vaiheeseen, jotka ovat ihmisen kuuntelu, vuoropuhelu, itsearviointi ja toimintamallien tunnistaminen sekä toiminnan uudelleen suuntautuminen. Hän kuvaa voimavarakeskeisen terveysneuvonnan etenemistä muutosvaihemallin avulla. Neuvontaprosessissa nähdään asiakas tasavertaisena kumppanina, jonka tulisi olla aktiivisesti mukana omaa terveyttään koskevassa päätöksenteossa

Kettunen (2001,80) pitää aktiivista osallistumista voimavarakeskeisyyden perustavana lähtökohtana ja avainkäsitteenä. Osallistuminen edellyttää tasavertaista vuorovai-
kutussuhdetta ja potilaan ehdotonta hyväksymistä ja luottamuksellista sekä kunnioit-
tavaa ilmapiiriä.. Omaan elämään liittyvien hallinnan tunteiden saavuttaminen perus-
tuu siihen, että on henkilökohtaista valtaa päättää asioista. Autonomia tässä yhtey-
dessä tarkoittaa sitä, että potilas päättää neuvonnan sisällöstä ja vastaa tältä pohjalta
tehdyistä päätöksistään. Reflektiolla tarkoitetaan niitä kielellisiä toimintoja, joilla
potilas pyrkii selvittämään kokemuksiaan tavoitteena uudenlainen ymmärrys ja
olemassa olevien arviointien uudenlainen jäsentäminen.

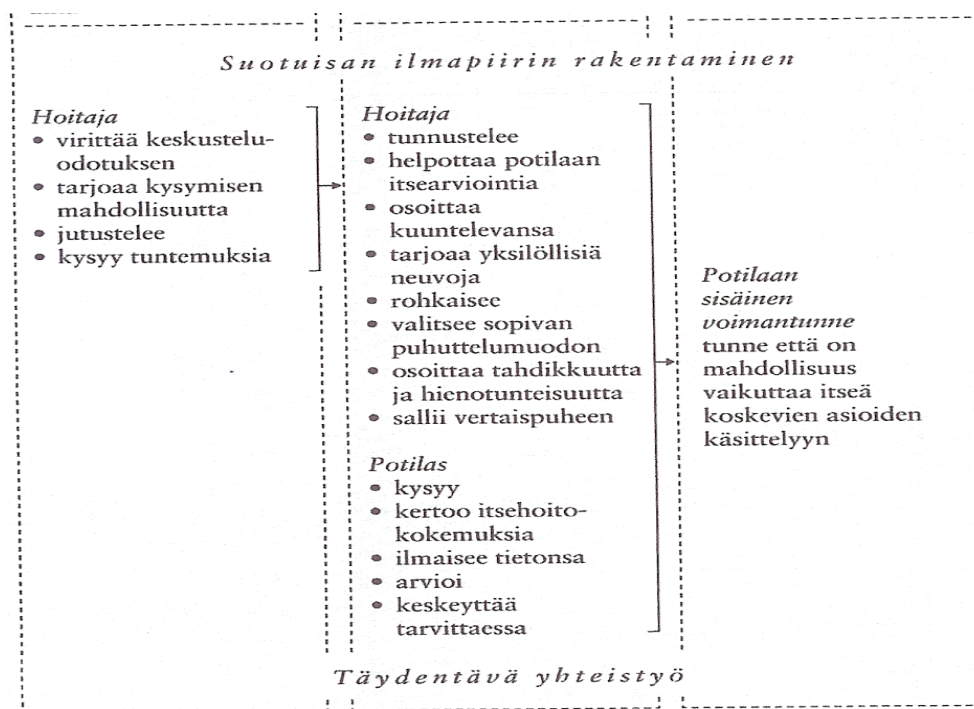
Neuvontakeskustelun vastavuoroisuus tarkoittaa yhteistyötä, jossa keskustelun osa-
puolet täydentävät toisiaan. Keskusteluissa esiintyy myös tekijöitä, jotka estävät vas-
tavuoroisen osallistumisen kehittymistä eli ei-vastavuoroisuutta tuottavia puhekäy-
töntöjä. Ei- vastavuoroisuutta tuottava keskustelu korostaa ammattilaisen roolia asi-
antuntijana, joka laatii keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne potilaalle. Pu-
heen tasolla säilyy ammattilaisen asiantuntijavalta, jota hallitsevat tietotankkaus, va-
kiintunut keskustelun rakenne, potilaan kompetenssin kieltäminen ja ammattisanas-
ton käyttö. Potilaan taholta puolestaan ei-vastavuoroisuutta tuottavat hoidettavaksi
jättäytyminen, keskusteluaiheen tuttuus sekä potilaan kohteliaisuus, jonka yhteydessä
puhutaan potilaan antamasta minimipalautteesta tai potilaan epäsuoruudesta, jotka
liittyvät ei- vastavuoroiseen keskusteluun. (Kettunen, 2001, 33, 54.)

6 VOIMAVARAKESKEISEN TERVEYSNEUVONNAN ULOTTUVUUDET

Sisäisen voimantunteen rakentuminen (voimaantuminen) on keskeistä ihmisen hyvinvoinnin, jaksamisen, elämänhallinnan ja toimintakykyisyyden kannalta. Sisäisen voimantunteen saavuttaneesta ihmisestä heijastuu myönteisyys ja positiivinen lataus, joka on yhteydessä hyväksyvään ja luottamukselliseen ilmapiiriin ja arvostuksen kokemiseen. Ihmisellä on halu yrittää parhaansa ja ottaa vastuu yhteisössä myös muiden hyvinvoinnista. (Dunder, 2002, 63.)

Vuonna 2006 päättyneessä Kasilan toteuttamassa nelivuotisessa suomalaisessa seurantatutkimuksessa selvitettiin vuorovaikutusprosessien rakentumista ja terveysneuvonnan vaikuttavuutta lasten ja nuorten suunterveydenhuollossa. Lisäksi tutkittiin, organisaatiokulttuurin heijastumista terveysneuvonnan vuorovaikutusprosesseissa ja sitä miten organisaation kulttuuri voi tukea terveyden edistämistä asiakkaiden terveysneuvonnan vuorovaikutusprosesseissa. Tutkimus osoitti, että terveysneuvontatilanteet toteutettiin usein asiantuntijajohtoisesti perustuen monipuoliseen tiedonjakamiseen ja selkeään ja usein laaja-alaiseen tiedonkeräämiseen. Muutosprosessista keskustelemista ja tavoitteen asettamista ilmeni neuvontatilanteissa melko harvoin. Toteutuessaan kyseiset strategiat olivat yhteydessä koululaisten tekemiin suun terveystottumusten muutoksiin. Tämä tutkimus osoitti, aikaisempia tutkimuksia vahvistaen, että muutokset suun terveystottumuksissa vaativat aikaa ja omakohtaista asioiden prosessointia.

Kettusen (2001) tutkimuksen perusteella kehitettiin voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu-mittari, jolla voidaan tutkia voimavarakeskeisyyden toteutumista potilaan osallistumisen näkökulmasta. Mittarin väittämien avulla kartoitettiin voimavarakeskeisyyden eri ulottuvuuksien toteutumista neuvontakeskusteluissa. Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ydin on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde (kuvio 2.), joka edellyttää hoitajalta vallasta luopumusta ja potilaalta vallan ottamista. Tehtävän ja suosittelun ohjatessa neuvonnan kulkua työntekijän negatiiviset vallankäytön keinot korostuvat. Tällöin hoitajat rajoittavat potilaiden mahdollisuuksia aloittaa tai kehittää omia puheenaiheitaan eivätkä he riittävästi seuraa potilaiden puhetta tai täydennä heidän tavoitteitaan. (Kettunen, 2001, 89.)



Kuvio 2. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan ulottuvuudet (Kettunen 2001).

6.1 Keskusteluodotuksen virittäminen

Terveysneuvontakeskustelun muotoutumisessa on sekä hoitajan että potilaan toiminnalla ratkaiseva merkitys. Neuvontatilanteet, joissa asiakkaat arvioivat omaa toimintaansa, alkavat usein tunnustelulla, jossa aloitetaan vuorovaikutuksen rakentaminen. Tällaisissa tilanteissa on hyvä luoda leppoisa ilmapiiri ja käyttää epämuodollista puhetyyliä. Yhteinen, arkipäivän keskusteluja muistuttava rupattelu ja potilaan tuntemuksista kysyminen keskustelun alkupuolella luo vapautuneisuuden mielikuvaa. (Torkkola, 2002, 34; Kettunen, 2001, 34; Åstedt-Kurki ym. 2008, 83.)

Neuvontakeskustelun alussa toimii hoitaja usein aloitteentekijänä. Potilaan rohkaiseminen keskusteluun toimii parhaiten tarjoamalla hänelle mahdollisuus kysymysten esittämiseen jo keskustelun alussa. Potilaan näkemyksiä neuvottavasta asiasta voidaan myös tiedustella heti keskustelun aluksi ja voidaan esittää toive potilaan osallistumisesta keskusteluun. Poppi - projektin yhteydessä kehitetyn voimavarakeskeisyyttä arvioivan mittarin pilottitutkimuksessa vuonna 2003 voimavarakeskeisyyden ulot-

tuvuuksista parhaiten toteutuivat keskusteluodotuksen virittäminen ja positiivisen ilmapiirin rakentaminen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko, 2006, 20.)

6.2 Positiivisen ilmapiirin luominen

Kettunen (2001,31) sanoo tutkimuksensa perusteella, että omaa vointia koskevan informaation antaminen näyttää potilaiden taholta olevan hyväksytty ja etukäteen tiedossa oleva normi. Avautuminen näyttäytyy kapea-alaisimmillaan lyhyesti kysymyksiin vastaamisina ja laajimmillaan hoitoon liittyvien kokemusten ja pelkoihin ja jännittämiseen liittyvien tunteiden läpikäymisenä. Hoitajat voivat helpottaa potilaiden avautumista pyrkimällä heti alusta alkaen edesauttamaan emotionaalisesti suotuisan ilmapiirin kehittymistä ja ylläpitämistä koko keskustelun ajan.

Hoitavan henkilön käyttämä kieli voi olla asiakkaan selviytymistä vaikeuttava tekijä. Ammattiterminologiaa sisältävät vastaukset jäävät helposti ymmärtämättä tai ne käsitetään väärin. Vuorovaikutuksessa ei ole kyse hoitavan henkilön toiminnan tekniikoista, vaan yhteistyön ulottuvuuksista, jotka syntyvät ja kehittyvät ihmisten välisissä suhteissa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 75, 81.)

6.3 Yksilöllisen tiedon tarjoaminen

Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö antaa usein ohjeita kuuntelematta asiakkaan toiveita; unohdetaan kuunnella ja tarkkailla asiakasta, jolloin pienet viestit asiakkaan toiveista ja tietämyksestä jäävät huomaamatta. Annetut neuvot voivat vahvistaa yksilön kykyä tehdä ratkaisuja, mutta ne saattavat myös ohjata asiakasta entistä enemmän nojautumaan vain asiantuntijan tietämykseen. Asiakkaan tuodessa esiin omia tuntemuksiaan ja tietojaan kuten aktiivista kuuntelua sisältävissä keskusteluissa, pitäisi myös terveydenhuollon asiantuntijalla olla mahdollisuus oppia. Neuvontatilanteessa ei myöskään pidä toistaa asioita, jotka asiakas jo tietää. Neuvot, joiden avulla asiakas suunnistaa kohti terveyskäyttäytymisen muutosta, syntyvät asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyönä. (Torkkola, 2002, 32.)

Ohjaus on usein vieläkin hoitajakeskeistä, rutiininomaista tiedon jakoa ja tietoa annetaan liian paljon yhdellä kertaa. Viimeaikaisissa elintapaohjausta selvittävässä tutkimuksessa ohjaus on todettu pinnalliseksi, asiantuntijajohtoiseksi ja kaavamaiseksi. Voimavarakeskeisessä ohjauksessa tavoitteena on potilaan sisäisen voimantunteen saavuttaminen, joka syntyy siitä, että potilaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseään koskevien asioiden käsittelyyn ja päätöksentekoon. (Liimatainen ym., 2005, 12,14.)

6.4 Potilaan reflektion mahdollistaminen

Kettunen (2001, 33, 93) määrittelee teoksessaan vastavuoroisuuden yhteistyöksi, jossa vastapuolet täydentävät toisiaan. Potilaan ja hoitajan välisessä keskustelussa se näkyy siten, että he kehittelevät puheen sisällöllisen aineksen yhdessä, jolloin kummankin puhe niveltyy luontevasti toisiinsa. Vastavuoroiseen osallistumiseen liittyy kutsu osallistujaksi, potilaan reflektion herättäminen, potilaan kompetenssin kunnioittaminen ja hoitajan kohteliaisuus. Toisaalta voimavarakeskeinen työskentelymalli sallii myös potilaan osallistumatta olemisen. Yhteistyöhön osallistumisen laatu ja laajuus määrittyy potilaan jaksamisen ja mahdollisuuksien mukaan.

Jotta asiakas voisi muuttaa omaa toimintaansa, hänen täytyy tulla tietoiseksi toiminnastaan ja se tapahtuu usein käsitteellistämällä, antamalla sanallinen muoto omalle toiminnalle. Toiminnan ja kokemusten esille ottaminen ei vielä tarkoita sitä, että tapahtuisi toiminnan pohdintaa, vaan niitä pyritään tarkastelemaan yhdessä ohjaavan henkilön kanssa uudesta näkökulmasta käsin. Tarkoituksena on pohtia sitä, onko toiminta ollut asiakkaan näkökulmasta onnistunutta ja toivottavaa, vai onko tarpeen muuttaa toimintaa. Omista näkemyksistä ja toiminnasta tietoiseksi tuleminen edellyttää asiakkaalta reflektiivistä tarkastelua. Omien toimintamallien tarkastelu auttaa asiakasta suuntaamaan toimintaansa uudelleen. Erilaisten reflektiivisten ja uusia näkökulmia avaavien kysymysten avulla ohjaava henkilö voi tukea asiakasta antamaan merkityksiä uudelle toivottavalle toiminnalle tai ajattelulle. Mahdollisuudet ovat asiakkaassa itsessään ja ne tulisi ohjauksen avulla saada asiakkaan itsensä tietoisuuteen. (Vänskä, 2002, 102.)

Reflektiolla tarkoitetaan niitä kielellisiä toimintoja, joilla potilas pyrkii selvittämään kokemuksiaan tavoitteena uudenlainen ymmärrys ja olemassa olevien arviointien uudenlainen jäsentyminen. Reflektio sisältää johtopäätöksiä, yleistyksiä, arviointeja, muistamista, ongelmien ratkaisemista ja tunteita sekä omien uskomusten perusteiden arviointia. Ne ohjaavat potilasta kuulostelemaan itseään ja ovat viesti siitä, että potilaan näkemyksillä on keskustelussa arvoa. Näin potilaalle mahdollistuu oman tulevaisuutensa määrittely. (Kettunen, 2001, 34, 37.)

Poskiparran (1997, 109) mukaan keskeistä reflektiiviselle keskustelulle oli potilaan ja hoitajan nonverbaalisen viestinnän tuki sekä leppoisa ilmapiiri neuvonnan aikana, jota kuvastivat sanavalinnat, epämuodollinen puhe. Reflektiivisyyttä edisti se, että hoitaja rohkaisi potilasta esittämään kysymyksiä. Potilaan ilmaisut ohjasivat keskustelun kulkua ja hän rohkeni ilmaista myös epätietoisuutensa. Kettusen (2003) mukaan eniten kehittämistarpeita havaittiin erityisesti potilaan reflektion mahdollistamisen ulottuvuudella. Potilaat itse arvioivat omasta mielestään reflektoineensa hoitoonsa liittyviä asioita hyvin, mutta hoitajista vain 60 % arvioi potilaan omaa arviointia esiintyneen keskustelun kuluessa.

6.5 Potilaan kompetenssin kunnioittaminen

Terveyspsykologiassa kompetenssilla ymmärretään yleistä, omaa terveydenhoitoa koskevaa pätevyyttä, kommunikatiivinen kompetenssi taas korostaa kykyä käyttää kieltä tarkoituksenmukaisesti tietyssä yhteisössä erilaisissa puhetilanteissa. Hoitajan aloitteesta tapahtuva potilaan kompetenssin kunnioittaminen rohkaisee potilasta vapaaseen ilmaisuun ja osoittaa kunnioitusta potilaan omaa päätöksentekoa ja omia näkemyksiä kohtaan korostamalla vaihtoehtoja. Hoitajan neuvot kohdistuvat potilaan esiin tuomiin aihealueisiin ja arviointeihin. Kettusen (2001, 46) mukaan potilaan kompetenssin kunnioittamista tukevat puhekäytännöt ovat kuunteleva palaute, vaihtoehtojen neutraali esittäminen ja neuvojen yksilöllisyys.

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa nousevat terveydenhuoltoammattilaisten kuuntelutaidot keskeisiksi tekijöiksi, siinä yritetään kuuntelun keinoin selvittää mitä puhuja ajattelee, tuntee ja miksi. Kuuntelija on samalla tietoinen omista reaktioistaan eli ilmeistään, eleistään, liikkeistään ja sanoistaan. Aktiivinen kuuntelu ei ole käske-

mistä, määräämistä, suostuttelua, kritisoimista tai kuulustelemista. (Poskiparta, 2002, 29.) Kettusen (2001) tutkimusaineistossa kuuntelemista osoittava verbaalinen palaute näkyy puhe-suorituksessa paitsi taukoina myös potilaan puheeseen reagoimisena sekä tilan antamisena potilaan puheelle.

Ennen vaihtoehtojen tarjoamista ammattilaisen tulee varmistua siitä, että potilaalla on riittävästi tietoa päätöksensä tueksi. Vaikka samanveroisilla hoitoratkaisuilla olisi erilaiset vaikutukset potilaan elämään tulee hänen saada itse päättää siitä, millaisen vaikutuksen hän valitsee. Näin tuetaan potilaan autonomiaa. Yksilölliset neuvot perustuvat sekä potilaan, että hoitajan puheissa ilmenneisiin neuvonnan tarpeisiin. Yksilölliset neuvot saavat usein alkunsa siitä, että potilas tuo ilmi tai arvioi omaa asiantuntemustaan tai kokemustaan taikka esittää tietoa hakevan kysymyksen. (Kettunen, 2001, 48,49.)

6.6 Potilaan assertiivisuus

Assertiivisuudella tarkoitetaan yksilön kykyä pitää puoliaan sekä ilmaista mielipiteensä ja tarpeensa suoraan ja tarkoituksenmukaisesti. Se on käyttäytymistä, johon kuuluu omien oikeuksien puolustaminen toisen ihmisen oikeuksia loukkaamatta. Assertiivisuudesta on käytetty suomeksi termejä jämäkkyys tai lujuus. (Suomalainen asiasanasto YSA.)

Harvoin potilas murtaa vakiintuneen keskustelurakenteen assertiivisilla toiminnoillaan. Potilaiden kysymysten ja tärkeiksi kokemiensa asioiden avaaminen osaksi keskustelua on havaittu lisäävän esimerkiksi lääkärin potilaalle antaman informaation määrää. Potilaan assertiivinen viestintä on tärkeä keino saada ammattilaiset huomaamaan paitsi tiedon myös emotionaalisen tuen tarve. Assertiivisuudella nähdään olevan myös toinen puoli, jonka vuoksi potilaat ehkä vierastavat tällaista toimintaa: assertiivinen potilas saatetaan nähdä vaativana ja itsepäisenä henkilönä. Henkilökunnalla saattaa myös olla käsitys, että potilaat eivät riittävästi lausu julki toiveitaan, jonka vuoksi he haluavat varmistaa rutiininomaisesti tietoa jakamalla potilaan tiedon tarpeen täyttymistä. (Kettunen, 2001, 75.)

Potilaan omat oivallukset ja julkituomat ajatukset ovat se pohja, josta terveyttä voidaan yhdessä lähestyä ja jotka ovat ratkaisevan tärkeitä potilaan päätöksille tulevan toiminnan suhteen. Voimavarakeskeisyydessä yhteistyö ei ole pelkästään kitkatonta harmoniaan pyrkivää vuorovaikutusta, vaan mukana on neuvottelun elementti, joka voi johtaa uuden syntymiseen, tämä voi olla tietoa, ymmärrystä, taitoa tai jopa käyttäytymistä. Näin potilas voi myös jatkossa saavuttaa entistä parempia mahdollisuuksia ratkaista omia ongelmiaan, tunnistaa tarpeitaan ja voimavarojaan ja saavuttaa tavoitteitaan. (Kettunen, 2001, 90.)

Assertiivinen ihminen on siis määrätietoinen ja jämäkkä sekä oikeuksiaan puolustava ja oikeutensa tunteva, joka on kykenevä myös ilmaisemaan toiveensa. Potilaan assertiivisuus voidaan tunnistaa kysymysten esittämisenä, omien käsitysten ja jonkin terveyteen liittyvän pulman hoidosta esitettyjen arvioiden esittämisenä (avautuminen) sekä kooperatiivisina keskeytyksinä. (Kettunen, 2001, 41.)

Avautuminen on yksi potilaan keino vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen pyrittäessä ja on osoitus luottamuksesta ammattilaista kohtaan. Potilaan kannalta yksinkertaisin ja vahvin vastavuoroisuutta edistävä toiminta on kysyminen. Kysymysten esittäminen on viesti siitä, että potilas haluaa osallistua ja päättää siitä, mitä hänelle tapahtuu, ja että päätökset tehdään yhdessä sopien ja hänen myötävaikutuksellaan. Potilaan keskeyttämisiä voidaan luonnehtia myötäileviksi ja yhteistyöhaluisiksi, esimerkiksi silloin, kun potilas keskeyttää hoitajan puheen varmistaakseen asioita pienin kysymyksin. (Kettunen, 2001, 44, 45.)

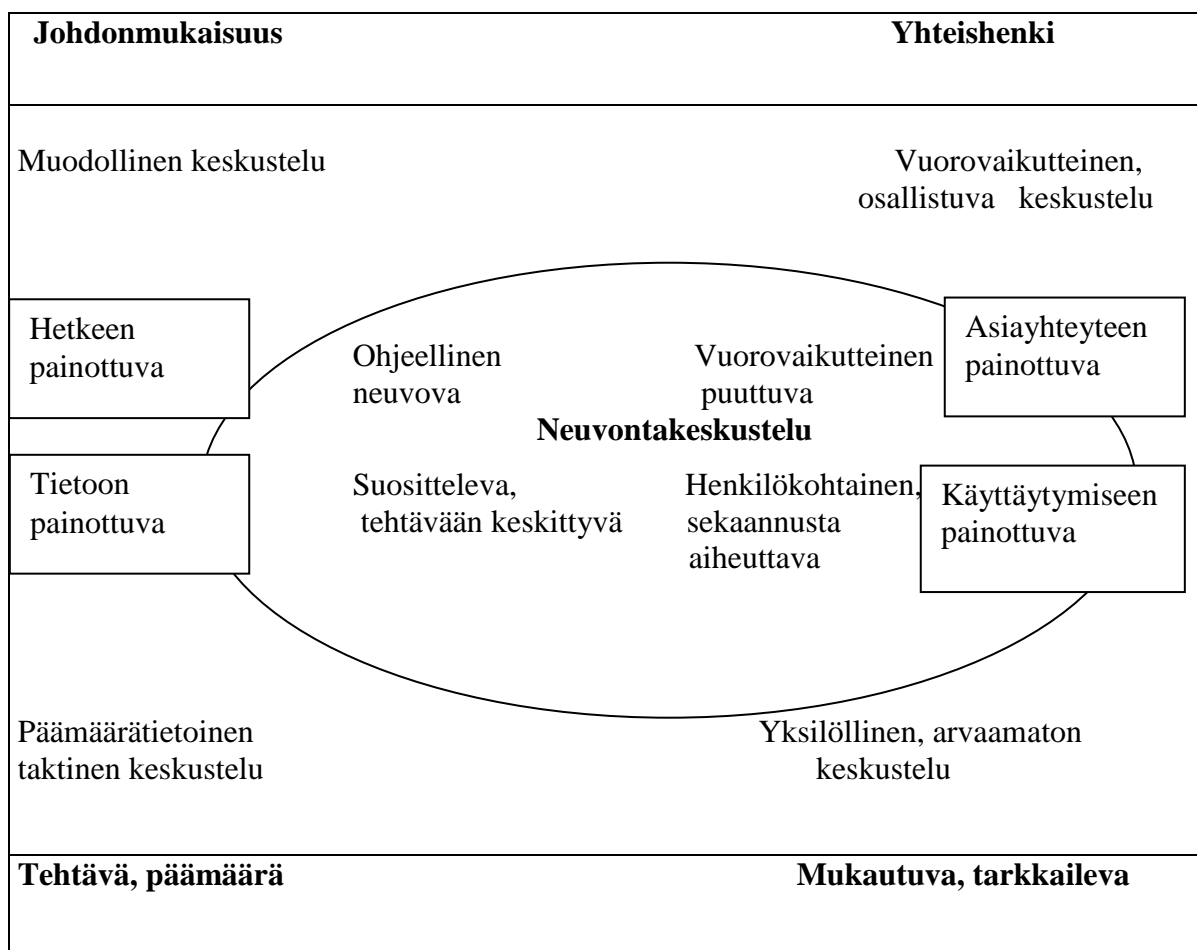
Sirviön (2006,129) tutkimuksessa vuorovaikutussuhteissa painottui työntekijän asiantuntijuus. Osa työntekijöistä koki, että asioita oli helppo viedä eteenpäin silloin, kun asiakkaat olivat samaa mieltä asioista. Työntekijän kokema asiakkaan ”hankaluus”, voi johtua siitä, että työntekijällä ei ole valmiuksia luovuttaa asiantuntijavaltaansa ja hän kokee tilanteen oman asiantuntijuutensa aliarvioimisena. Myös tilanteissa, joissa työntekijä antaa mahdollisuuden kokemusten ja mielipiteiden esittämiseen, voi tapahtua asiakkaan viestin huomiotta jättämistä.

Liiallinen lapsikeskeisyys toiminnassa voi Sirviön (2006, 128) tutkimuksen mukaan estää vanhemmuuden tukemista ja lapsen sekä vanhemman rooliin selkiyttämistä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhempien vastuuta korostettiin, mutta heidän asiantuntijuuteensa vanhempina ei luotettu. Tutkimuksissa on tullut esiin, että vanhemmat voivat kokea asiantuntemustaan sivuutettavan silloin, kun työntekijällä ei ollut aikaa antaa heille ohjeita.

7 TYÖNTEKIJÄN AMMATILLINEN KEHITTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kasilan (2007) väitöskirjatutkimuksessa rakennettu terveysneuvontaa koskeva teoreettinen viitekehys korostaa ihmis- ja käyttäytymisperusteisten sekä viestinnällisten tekijöiden tärkeyttä suun terveydenhuollon organisaatiotasaisen toiminnan toteuttamisessa ja kehittämisessä. Tutkimustulosten pohjalta rakennettiin terveysneuvonnan vuorovaikutusprosesseja kuvaava malli, joka tuo esille sen, että suun terveydenhuollon rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia ei voida tarkastella ilman organisaation kulttuuristen ja viestinnällisten piirteiden huomioimista (kuvio 3, suomennettu) organisaatiotasaisen toiminnan toteuttamisessa ja kehittämisessä.



Kuvio 3 Kasila, 2007. Suun terveydenhuollon neuvontakeskustelujen vuorovaikutusprosesseja kuvaava malli

Hyötilä on tutkielmassaan (2007) selvittänyt suuhygienistien kokemuksia ammattipätevyydestä. Tulosten mukaan ammattipätevyyden kehittämistä edistävät mahdollisuus ammatilliseen lisäkoulutukseen, työkokemus, oman tiimin tuki ja palaute, mahdollisuuksia antavat resurssit ja olosuhteet, positiivinen ja salliva ilmapiiri sekä oma asenne, itseluottamus ja aktiivisuus. Ammattipätevyyden kehittymistä estävinä tekijöinä mainittiin koulutuksen- ja välittömän palautteen puute, työyhteisön ja oman tiimin yhteistyön puuttuminen, riittämättömät resurssit, ympäristön negatiivinen asenne ja motivaation ja itseluottamuksen puute sekä oma negatiivinen asenne. Rantasen (2007) suuhygienistien suorittamaa potilasneuvontaa selvittävän tutkielman tulosten merkityksenä käytännön työlle esiin nousi muun muassa täydennyskoulutuksen tarve ohjausmenetelmistä, tietyistä suun hoidon osa-alueista, tiedon hausta ja

tutkimustiedon käytöstä. Ohjaustarpeen ja oppimisen arviointiin kaivattiin lisää systemaattisuutta.

Potilaan kohtaaminen on lääkärintyön ydintapahtuma; vuorovaikutuksen onnistuminen ratkaisee pitkälti myös vastaanoton lääketieteellisen laadun. Hyvään lääkärintaitoon kuuluu antaa potilaan kertoa asiansa keskeyttämättä. Sanattomalla viestinnällä, eleillä ja ruumiin kielellä lääkäri voi auttaa potilasta kertomaan vaikeistakin asioista ja viestittää mielenkiintoaan potilaan asioita kohtaan. Vuorovaikutustaito perustuu lääkärin persoonallisuudelle, mutta taito on analysoitavissa, parannettavissa ja opiskeltavissa aivan kuten muutkin kliiniset taidot. Lääkärin tulee huolehtia vuorovaikutustaitojensa kehittämisestä ja ylläpidosta samoin kuin yleisestä ammattitaidostaankin. Eettisesti hyvä vuorovaikutus on yleensä kliinisestikin toimiva. (Suomen lääkäriliitto, 2005.)

Työhyvinvointi on yhteydessä valtaistumiseen, joka voidaan määritellä vahvaksi sisäiseksi voimantunteeksi ja ympäristönsä hallinnaksi. Työhön liittyvää valtaistumisprosessia edistäviä tekijöitä ovat muun muassa yhdessä sovitut arvot, tiedotus, kouluttaminen, arviointi ja kehittäminen sekä henkilöstön vaikuttamismahdollisuudet työpaikkansa asioihin. (Kuokkanen, 2007, 2.) Heikkilä & Heikkilä (2005, 14, 136) toteaa, että vaikka voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään, keneltäkään ei voi odottaa spontaania, itseohjautuvaa voimaantumista, ellei häntä tueta. Voimaantunut työntekijä on yhteistyökykyinen, hän jaksaa paremmin kuunnella, kannustaa ja tukea. Koivuniemi (2004,172) toteaa tutkimusaineistonsa osoittavan, että koulutuksella ja osaamisella on merkitystä useilla työtyytyväisyyden osa-alueilla (esim. vaikutusmahdollisuudet, työn kuormittavuuden kokeminen, työtovereiden välit työpaikalla). Osaamista kehittämällä voidaan vaikuttaa positiivisesti työssä viihtymiseen.

Organisaation sisäiset ja ulkoiset näkemykset, arvot, uskomukset, mielikuvat ja teorialat luovat organisaatiokäsityksen, joka määrittää organisaation toimintaa ja rakennetta ja ohjaa tiedon käsittelyä ja joka näkyy muun muassa johtamistavoissa. Organisaationäkemykset voidaan jakaa mekaanisiin ja vuorovaikutuksellisiin. Mekaanisessa organisaatioajattelussa asiantuntijuus on tietämistä ja johtamisessa korostuu autoritäärisuus määräysten ja valvonnan kautta. Vuorovaikutuksellinen organisaationäkemykset kokee organisaation liiketilassa olevana vuorovaikutussuhteiden koko-

naisuutena. Vuoropuhelussa korostuu ihmisten erilaisuus ja keskusteluissa pyritään kohti dialogia. Asiantuntijuus on yhteistä tietämyksen hallintaa ja rajojen ylittämistä. Nykyisessä mekaanisessa johtamismallissa johtaja esittää arvot ja visiot ja houkuttelee muut omaksumaan ne. Uudessa johtamismallissa johtaja on keskellä vuorovaikutusten verkostoa. (Kaivola & Launila, 2007, 24,26.)

Uudenlaisen vuorovaikutus- ja työkuulttuurin synnyttäminen edellyttää monista vanhoista toimintamalleista luopumista ja uudenlaista asennetta; on opittava pois kaikki tietävyydestä. On pyrittävä kohti dialogia eli vuorovaikutuskäytäntöä, jossa jokaisen sanomisella on merkitystä. Keskustelu rakentuu avoimeen kohtaamiseen, jossa pyritään eroon valmiiksi lukkoon lyödyistä mielipiteistä ja ennakoasenteista. (Kaivola ym. 2007, 89, 91.) Vuorovaikutus voi olla tavoitteellista tai ei tavoitteellista. Tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa työyhteisö osallistuu yhteisesti vision ja strategian laadintaan, arviointiin sekä päätöksentekoon. Henkilöstön keskeinen kommunikatiivinen sisäinen viestintä on ei- tavoitteellista vuorovaikutusta. (Niiranen, Stenvall, & Lumijärvi, 2005, 136.)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Aineiston hankinta

Arviointikyselyn kohderyhmänä on kesä-heinäkuun 2008 aikana Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän suun terveydenhuollossa asioivat alle kouluikäiset (2-7-vuotiaat) lapset vanhempineen. Perusrhmän koko on noin 600 lasta. Kohdehenkilöt valikoituivat kyselyn piiriin satunnaisesti aiemmin määriteltyjen recall -kutsujen perusteella, muuta harkintaa ei asiakkaiden valinnassa käytetty. Terveydenhuollon kuntayhtymässä työskenteli kyseisenä aikana 5 päätoimista ja yksi osa-aikainen hammaslääkäri sekä yksi päätoiminen suuhygienisti ja yksi suuhygienistio opiskelija kesäsijaisena. Arviointiin lupautui osallistumaan viisi työntekijää ja lomakkeet jaettiin kaikille kesä- heinäkuun aikana neuvontakeskusteluissa olleille

pienien lasten vanhemmille. Lopulta mukana arvioinnissa oli neljä työntekijää ja heidän asiakkaansa. Arviointi oli asiakkaille vapaaehtoinen, mutta muutamaa kiireistä asiakasta lukuun ottamatta kaikki (n=50), suostuivat täyttämään arviointilomakkeen.

Suun terveydenhuollon asiakkaat on kuntayhtymämme alueella jaettu hammaslääkäreille syntymävuosien perusteella ja hammaslääkärit lähettävät asiakkaita suuhygienisteille oman harkintansa mukaan. Koska arviointiin osallistui vain osa neuvontaa antavista työntekijöistä, ei näyte ole homogeeninen vaan se painottuu nuorempiin eli kahdesta neljä- vuotiaisiin, joita on 41, kun taas viidestä seitsemään -vuotiaita on yhdeksän henkilöä.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli lähettää kyselylomakkeet satunnaisotoksella valituille vanhemmille, joilla on alle kouluikäisiä lapsia. Voimavarakeskeisyyteen perehtyneen tutkijan (Kasila) kanssa käydyn puhelinkeskustelun jälkeen kyselyt päätettiin tehdä normaalien hoito- ja neuvontakeskustelujen jälkeen. Perusteluna on se, että asiakkaiden mielikuvat neuvontatilanteista muuttuvat ajan myötä eivätkä enää todennäköisesti vastaa todellisuutta.

Sairaalapotilaiden kanssa käytäviin neuvontakeskusteluihin on kehitetty validi arviointimittari, joka on testattu Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Keski-Suomen keskussairaalan ja Jyväskylän yliopiston yhteistyönä tehdyssä tutkimuksessa (Kettunen, 2006). Mittari sisältää 44 väittämää, joihin vastataan kolmiportaisella asteikolla; kyllä - ei- ei voi tällä kertaa arvioida. Mittarin kehittäjältä on saatu lupa käyttää arviointimittaria ja muokata sitä suun terveydenhuoltoon sopivammaksi. Mitta-asteikon muuttamista Likertin- asteikon muotoon mietittiin, mutta mittarin luotettavuus kärsii, mikäli vastausvaihtoehtojen muotoa muutetaan, joten mitta-asteikkona on kolmiportainen luokittelu -asteikko

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä on strukturoidut saatekirjeen sisältämät (Liite 1) kyselylomakkeet. Lasten vanhemmille (Liite 2) (n= 50) ja työntekijöille (Liite 3) tehtävillä 30 erilaista väittämää sisältävillä kyselyillä pyritään kartoittamaan voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen yleisyyttä neuvontakeskusteluissa. Kyselyt tehdään normaalin hoitokäynnin lopuksi, hoitokäyntiin on sisältynyt ohjausta. Avoimilla kysymyksillä selvitetään sitä, mitä käydyissä ohjaustilanteissa olisi

voinut mahdollisesti tehdä toisin. Taustamuuttujina kysytään neuvontakeskustelua käyneen aikuisen suhdetta lapseen, lapsen ikää, vanhempien harjaustottumuksia sekä sitä onko lapsella ollut kariesta hampaissaan. Lomakkeissa kysytään lisäksi lapsen suusta otetun *Streptococcus mutans* bakteerinäytteen tulosta, koska mikäli kokeen tulos on ollut positiivinen, tulisi erityisesti panostaa vanhempien voimavaraistamiseen.

Neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä mitattiin Kettusen tutkimuksen pohjalta 2003 Poppi- projektissa kehitetyllä arviointimittaristolla, jota on arviointiorganisaatiossa muokattu arvioinnin toteuttajan toimesta sekä esitestausten perusteella suun terveydenhuoltoon sopivammaksi. Työntekijöiden ammatilliseen jaksamiseen ja kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä kartoittava mittari on kehitetty aiempien tutkimusten (mm. Kasila 2007; Hyötilä 2007) pohjalta.

Väittämiä sisältävät lomakkeet esitestattiin viidellä perusjoukkoon kuuluvalla henkilöllä (2-7-vuotiaiden vanhemmat), joiden tekemien ehdotusten perusteella lomakkeeseen tehtiin muutama muutos. Asiakkaan käsite oli vanhemmille epäselvä eli, että tarkoitettiinko sillä lasta vai vanhempaa. Asiaa tarkennettiin kirjaamalla perään sulkuihin vanhemmat. Lisäksi loppuun toivottiin mahdollisuutta vapaille kommenteille, joka lisättiin lomakkeeseen viimeiseksi. Työntekijöiden toivomuksesta lomakkeen väittämien määrä vähennettiin 30:een.

Arviointilomakkeet saatekirjeineen jaettiin kaikille kyseisenä ajanjaksona vastaanotoilla neuvontakeskusteluissa käyneiden lasten saattajille. Neuvontakeskustelua käynyt työntekijä täytti keskustelusta samanlaisen arviointilomakkeen. Lomakkeet suljettiin kirjekuoreen, joka palautettiin odotushuoneessa olevaan palautelaatikkoon. Kirjekuoret oli numeroitu, näin yhdistettiin asiakkaiden ja työntekijöiden lomakkeet toisiinsa siltä varalta, että myöhemmin analysointivaiheessa ilmenee seikkoja joiden vuoksi halutaan verrata tiettyyn keskusteluun liittyviä lomakkeita. Asiakkaille painotettiin sitä, että yksittäisen asiakkaan henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule esiin, vaikka kirjekuoret on numeroitu. Tarkoituksena oli ottaa arviointiin mukaan kaikki kahden kuukauden aikana kerätyt havaintolomakkeet. Lomakkeita kertyi tuona aikana 52 kappaletta. Kaksi lomakeparia jouduttiin hylkäämään koska toisesta puuttui

asiakkaan lomake kokonaan ja toisessa parissa asiakkaan vastauslomakkeen väittämätaulukko oli täytetty niin puutteellisesti, että se päätettiin hylätä.

Aiempien (Kasila, 2007, Kuokkanen, 2007) tutkimusten perusteella toimintaympäristön olosuhteilla kuten ilmapiirillä näyttäisi olevan merkitystä voimavaraistumisen kannalta. Siitä syystä haluttiin selvittää työntekijöiden käsityksiä omaa ammatillista jaksamistaan ja kehittymistään edistävästä ja estävästä tekijöistä työyhteisössä. Näitä asioita selvitettiin työntekijöille jaetuilla avoimia kysymyksiä sisältävillä lomakkeilla. Kysymysten ymmärtäminen varmistettiin etukäteen kohderyhmään kuuluvilla henkilöillä. Taustatietoja esimerkiksi koulutusta ei kysytty. Kysymyslomakkeet, jotka toimivat samalla saatekirjeenä (Liite 6) jaettiin kaikille organisaatiossa toimiville hammashoitajille ja hammaslääkäreille (N=12). Kyselyyn osallistui kahdeksan työntekijää

8.2 Aineiston analysointi

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli kuvata ja arvioida neuvontakeskusteluissa esiintyvien voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen yleisyyttä asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. Arviointi suoritettiin muuttujien välisiä eroja vertaamalla. Vastauslomakkeet numeroitiin ja tutkimusaineisto ryhmiteltiin siten, että sekä vanhempien että työntekijöiden vastaukset voitiin viedä samaan havaintomatriisiin.

Mitta-asteikkona oleva nominaali- eli luokitteluasteikko rajaa tilastollisia vaihtoehtoja. Analysointiin käytettiin Satakunnan ammattikorkeakoulusta saatua Tixel-tilastointiojelmaa. Ohjelmaan perehtymisessä sain apua ammattikorkeakoulun tietotekniikan opettajalta. Aineiston järjestäminen aloitettiin tietojen tarkistuksella. Tiedoista on tarkistettava mahdolliset virheellisuudet ja puuttuvat tiedot (Hirsjärvi, Remes, Liikanen & Sajavaara, 1986,53). Tarkistuksen yhteydessä jouduttiin hylkäämään yksi vastauspari, koska asiakkaan vastaukset olivat kauttaaltaan puutteelliset, sekä yksi työntekijän täyttämä lomake, koska asiakkaan vastine puuttui. Seuraavassa vaiheessa aineisto koodattiin antamalla arvo jokaiselle havaintoyksikölle, jotka merkittiin muistiin. Aineisto luokiteltiin eli laskettiin frekvenssiprosentit kaikista väittämistä, jotka taulukoitiin (Liite 2 ja Liite 3). Ristiintaulukoinnilla voidaan esittää joko koko aineis-

toa, sen ryhmiä tai yksittäisiä muuttujia koskevien frekvenssien taulukointeja. (Anttila, 2006, 243, 246).

Tutkimusyksikköjen (asiakas/työntekijä) ja muuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin ristiintaulukoinnilla. Tulokset on esitetty pylväsdiagrammeina väittämäkokonaisuuksettain. Tulosten raportoinnissa on mainittu tilastollisesti merkitsevät p-arvot (taulukko 4, Liite 5). Oleellista on ”kyllä” vastausten osuus kaikista vastauksista. Avoimilla kysymyksillä on tarkoitus tarkentaa väittämistä saatuja vastauksia. Arviointitulosten perusteella laadittiin toiminnan kehittämisehdotukset.

Työntekijöille tehdyn avoimen kyselyn analysointi suoritettiin luokittelevalla sisällön analyysillä (Anttila, 2007, 120). Analysoitava aineisto luettiin aluksi läpi muutama kertaan, jonka jälkeen se jaettiin keskeisimpiin luokkiin aineistolähtöisesti teemoittain. Käytännön arvioinnissa voi olla riittävää tarkastella tehtävää luokitteluna, jossa luodaan teemoja. Teemojen avulla yritetään selvittää, mitä aineisto kertoo arviointikysymysten näkökulmasta. (Robson, 2001, 176.) Teemoittelu tehtiin manuaalisesti monivärisiä yliviivauskyniä käyttäen. Seuraavassa vaiheessa täsmennettiin käsitteitä ja todettiin ilmiöiden esiintymistiheys, aineisto kvantifioitiin eli määrällistettiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Havainnot ilmoitettiin luokittain numeraalisesti. Luokittelulla tähdättiin aineiston kattavaan kuvaukseen taustalla oleva teoria huomioiden (Heikkilä, 2007, 121). Käytettävissä olevien vihjeiden perusteella tehtiin tulkinta eli päätelmä tutkittavasta ilmiöstä.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kun teoreettinen ja operationaalinen määritelmä ovat yhtäpitävät, on validiteetti täydellinen. Tutkimusmenetelmä on valittava sen mukaan millaista tietoa halutaan. Validiteettia voidaan tarkastella monelta kannalta. Sisäisen validiteetin tarkastelussa tehdään kysymys; Aiheutuvatko tutkimuksen koetilanteessa saadut tulokset/ muuttujien väliset erot niistä tekijöistä, joiden oletetaan niihin vaikuttavan? (Anttila, 2006, 513, 514.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Tutkimus on luotettava ja tarkka, kun toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta tutkijasta. Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan ennen kaikkea mittaukseen liittyviä asioita, tutkimuksen toteutuksen tarkkuutta. Arvioinnin kohteena ovat seuraavat asiat: Miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa? Mikä on vastausprosentti? Miten huolellisesti muuttujia koskevat tiedot on syötetty. Millaisia mittausvirheitä esimerkiksi lomakkeen kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin sisältyy? (Vilkka, 2007, 149, 150.) Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä satunnaisvirheistä. Reliabiliteettia voidaan tarkastella mittauksen jälkeen. Tutkimuksen johtopäätökset tehdään otoksen perusteella. Otoksesta saadut tulokset pyritään yleistämään koko perusjoukkoon. Riippuvuuksia ja eroja koskevat johtopäätökset perustuvat tilastollisiin testauksiin. (Heikkilä, 2008, 189.)

Otoksessa tulee olla vähintään 50 tilastoyksikköä. Mikäli verrataan eri ryhmiä, tulee jokaisessa ryhmässä olla vähintään 30 tilastoyksikköä. Mitä suurempi perusjoukko on sitä pienempi suhteellinen osuus riittää otokseksi luotettavan tuloksen saamiseksi. (Heikkilä, 2008, 4.) Tässä kehittämistehtävässä tutkittavan perusjoukon koko on noin 600 henkilöä. Otokseen ovat valikoituneet ne tutkittavaan perusjoukkoon kuuluvat henkilöt, jotka sattuvat olemaan kesä-heinäkuun recall-kutsuttavissa. Otosyksiköt ovat valikoituneet opinnäytetyön aikataulun perusteella, ei muulla tavoin harkiten. Korkea vastausprosentti lisää tutkimuksen luotettavuutta. Palautumattomien lomakkeiden lisäksi saattaa mukana olla sellaisia lomakkeita, jotka joudutaan hylkäämään puutteellisten tietojen takia. Puhutaan yksikkökadosta tai eräkadosta (Heikkilä 2008, 43). Katoa on pyritty minimoimaan siten, että lomakkeet on jaettu vastaanotolla neuvontatilanteen päätteeksi ja lomakkeiden palautus on odotushuoneessa olevaan palautelaatikkoon. Informoidun kyselyn etuna on myös se, että vastaaja voi saada selvennystä kysymyksiin väärinkäsitysten välttämiseksi (Heikkilä, 2008, 189.)

Tilastollisten testien avulla voidaan mitata riippuvuuksien tai erojen merkitsevyyttä (satunnaisriskin todennäköisyyttä). Riippuvuutta muuttujien välillä tai eroja keskiarvojen välillä voidaan sanoa olevan vain, mikäli siitä on tarpeeksi vahvaa näyttöä. Usein tulosta ilmoitettaessa käytetään ilmaisua ”tilastollisesti merkitsevä” ja ilmoitetaan merkitsevyytensä jolla voi olla $<0,001 - 0,05$ tai ”tilastollisesti oireellinen” jos

$p > 0,05$ $< 0, 1$. Jos riskitaso on liian suuri, saadaan tulos, joka ei ole tilastollisesti merkitsevä. Tilastolliset merkitsevyytestit eivät ilmoita eron tai riippuvuuden merkitystä käytännössä. Niiden perusteella voidaan tulkita vain se, miten todennäköistä on, että otoksessa vallitseva asiantila on voimassa myös perusjoukossa. Termiä merkittävä tulisi käyttää niissä tuloksissa, jotka ovat merkittäviä myös käytännössä. Johtopäätöksiä tehtäessä tulisikin aina pyrkiä selvittämään sisällöllinen merkitys. (Heikkilä, 2008, 194.)

Tilastolliset testit jaetaan parametrisiin- ja ei-parametrisiin testeihin. Nominaaliasiteikollisille muuttujille voidaan käyttää vain ei-parametrisiä testejä esimerkiksi khiin neliö - testiä. Siinä pitää huomioida, että käytön edellytykset ovat voimassa: korkeintaan 20 % odotetuista eli teoreettisista frekvensseistä saa olla < 5 ja jokaisen odotetun frekvenssin tulee olla > 1 . Ratkaisu tähän saattaa löytyä alkuperäisten luokkien yhdistelyllä. (Heikkilä, 2008, 213.)

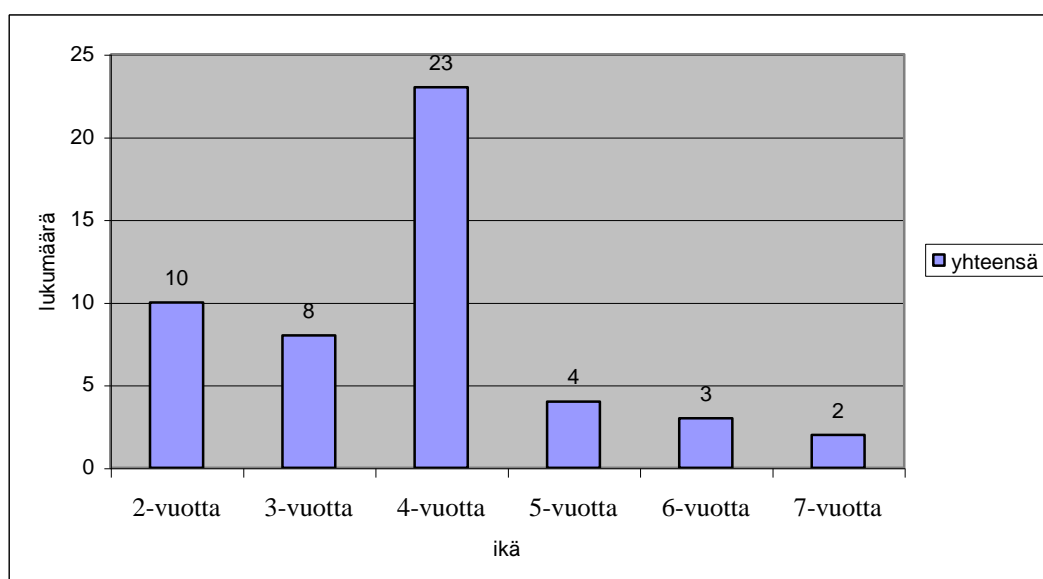
Tutkijan ammattietiikka on hyvä tieteellinen tapa, jota tutkijoiden tulee tutkimusta toteuttaessaan noudattaa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kysymyksen asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä tai hyvää tieteellistä tapaa. Tutkija on itse vastuussa tutkimuksessaan tekemistä valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. Tutkijan tehtävänä on minimoida tutkimuksen haitat ja suhteessa niihin maksimoida hyödyt. (Vilkka, 2007, 90.)

Oikeus yksityiselämän suojaan on Suomessa perusoikeus ja tieteen etiikassa ihmisarvon kunnioittaminen ja tutkittavien anonymiteetin suojeleminen ovat hyvin keskeisessä asemassa (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, 2007). Tässä kehittämistehtävässä ei vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Tämä on myös mainittu saatekirjeissä. Tutkittaville on lisäksi selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa.

10 TULOKSET

Vastauslomakkeita kerättiin 50 kappaletta. Kysymyksillä 10–14 (Liite 4) selvitettiin taustamuuttujina lapsen ikä, streptococcus mutans näytteen tulos ja kariksen esiintyminen, lisäksi kysyttiin mukana olleen aikuisen suhdetta lapseen sekä hänen hampaiden harjaustiheyttään. Vastaukset näihin kysymyksiin olivat yhteneväiset sekä asiakkailta, että työntekijöillä lukuun ottamatta hampaiden reikiintymiseen liittyvää kysymystä, jossa asiakkaiden mukaan oli kariesta 17 lapsella ja työntekijöiden mukaan 14 lapsella. Alla oleva hampaiden reikiintymistä kuvaava kaavio on muodostettu työntekijöiden vastausten perusteella. Asiakkaiden vastauksiin on saattanut vaikuttaa alkavien reikien esiintyminen. Lapsen mukana vastaanotolla oli 41:ssä neuvontatilanteessa äiti, viidessä neuvontatilanteessa mukana oli isä ja kahdessa tilanteessa lapsen mukana oli molemmat vanhemmat ja kahdessa isovanhemmat.

Vastaanotoilla käyneiden lasten ikäjakauma oli sellainen, että 4-vuotiaita oli 46 % ja 7-vuotiaita oli vähiten eli 4 %.

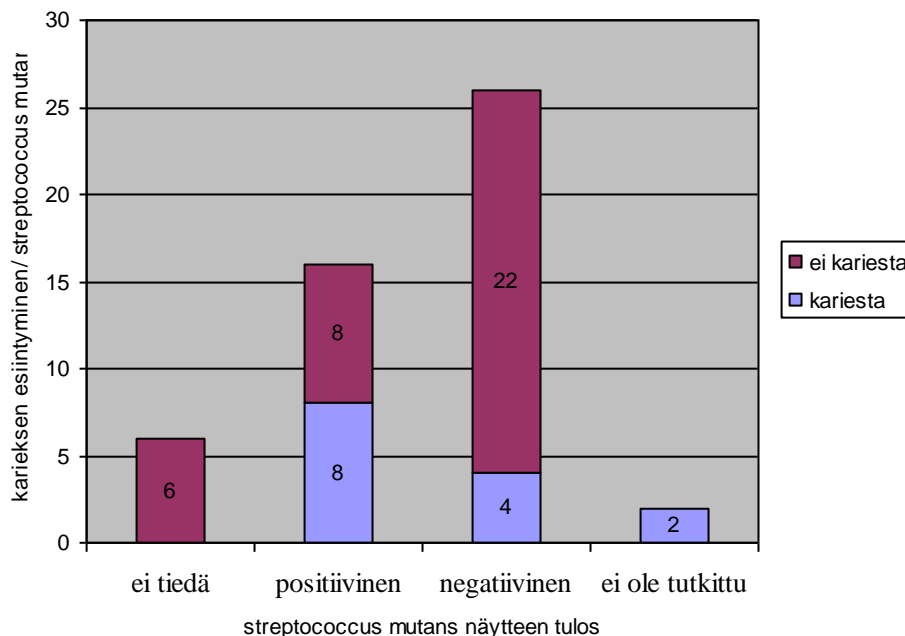


Kuvio 4. Lasten ikäjakauma

Kaikista arviointikyselyn piiriin kuuluneista lapsista 52 %:lla hampaiden pinnoilta otetun streptococcus mutans näytteen tulos on ollut negatiivinen ja 32 %:lla se on

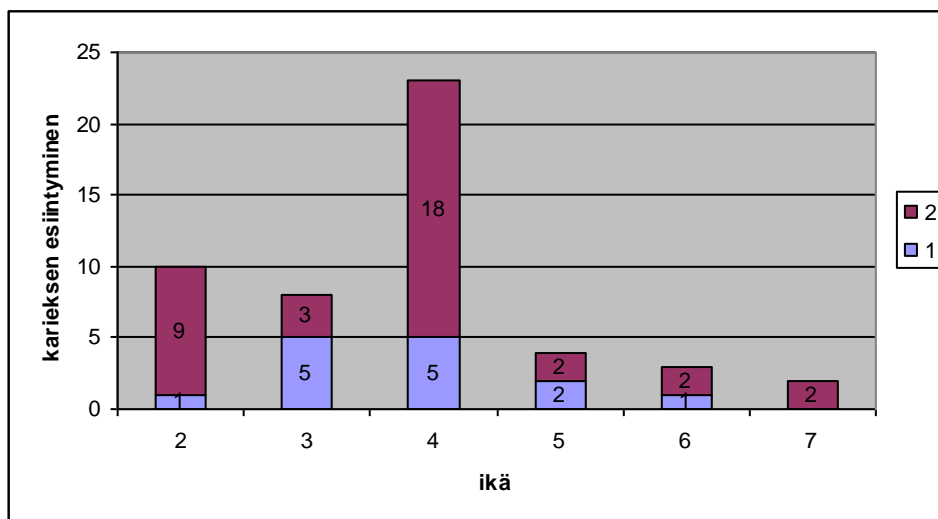
ollut positiivinen, 16 %:lla näytteen tulos ei ollut tiedossa tai sitä ei ollut otettu. Lapsista 72 %:lla ei ole ollut reikiä hampaissaan.

Niistä lapsista, joilla on todettu kariksen riskitekijä, on 50 %:lla ollut hampaissaan kariesta.



Kuvio 5. Kariksen esiintyminen suhteessa lasten hampaistosta otettuun streptococcus mutans tulokseen.

Kaikkiaan kariesta oli jossain vaiheessa ollut 28%:lla kaikista neuvontakeskusteluissa käyneistä. Ristiintaulukoimalla selvisi, että näistä sekä kolme-, että neljä -vuotiaita oli 36 %. Lapsen mukana olleista aikuisista 70 % harjasi hampaansa kaksi kertaa päivässä. Tässä ryhmässä ei ristiintaulukoimalla havaittu yhteyttä lasten hampaiden reikiintymisen ja vanhempien omien hampaiden harjaustiheyden välillä.



Kuvio 6. Kariksen esiintyminen ikäryhmittäin (1= kariesta, 2= ei kariesta)

10.1 Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot väittämiin

Väittämätaulukot prosentiosuuksineen ovat liitteenä (Liite 2 ja Liite 3). Tarkoituksena on näiden tulosten avulla arvioida Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvien neuvolaikäisten lasten vanhempien ja heidän kanssaan neuvontakeskustelua käyvien työntekijöiden voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen esiintymistä neuvontakeskustelujen kuluessa. Lisäksi tarkoituksena on verrata asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydestä.

10.1.1 Keskusteluodotuksen virittäminen

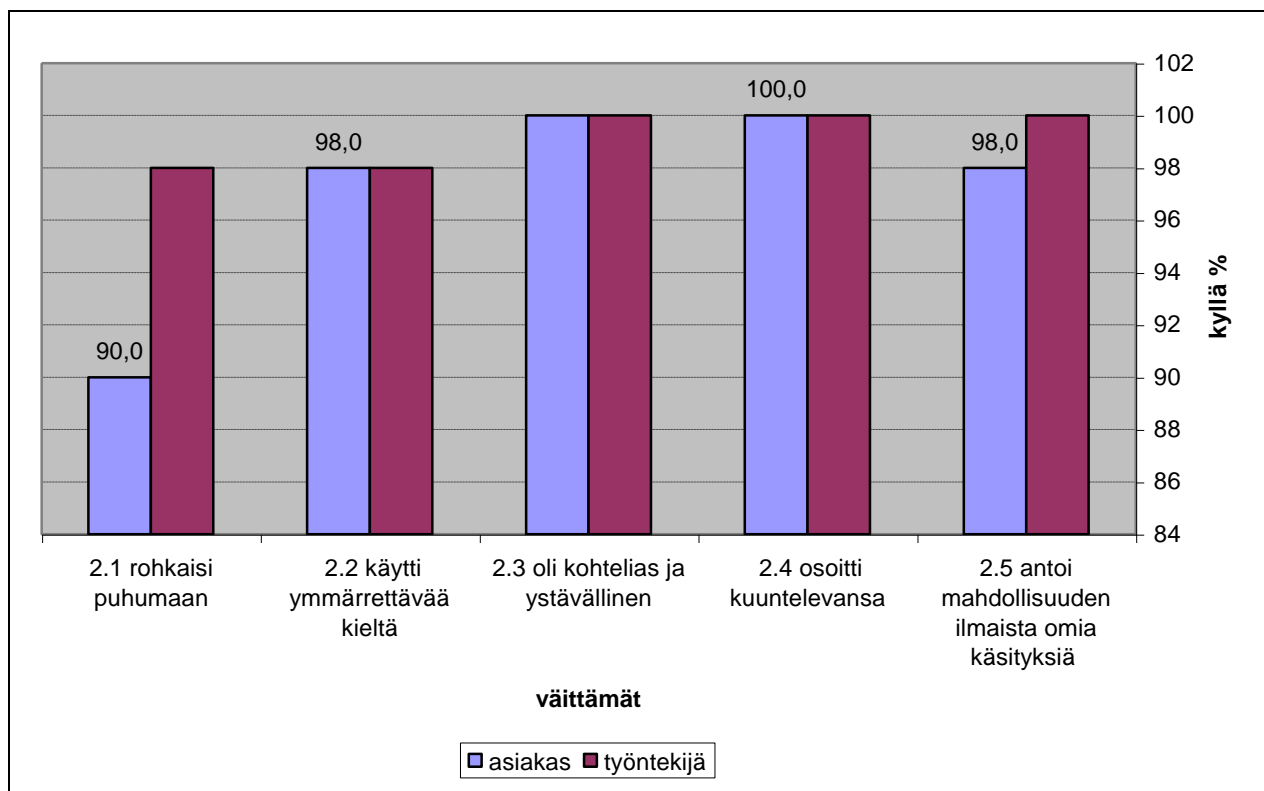
Työntekijät arvioivat ottaneensa yhtä neuvontakeskustelua lukuun ottamatta huomioon asiakkaan tuntemuksia ja auttaneensa asiakasta osallistumaan keskusteluun. Neuvontakeskusteluista 44:ssä arvioitiin asiakkaalle tarjotun aluksi kysymisen mahdollisuutta. Ensimmäiseen väittämään eli ”huomioi tuntemuksiani” rengasti viisi asiakasta kohdan ”tällä kertaa ei voi arvioida”. Kaikki arvioivat, että heille oli tarjottu kysymisen mahdollisuutta ja, että heitä oli autettu osallistumaan keskusteluun.



Kuvio 7. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot väittämiin koskien keskusteluodotuksen virittämistä

10.1.2 Positiivisen ilmapiirin rakentaminen

Työntekijät kuvasivat kaikissa neuvontatilanteissa pyrkineensä positiivisen ilmapiirin rakentamiseen olemalla kohteliaita ja ystävällisiä, osoittamalla kuuntelevansa asiakasta ja antamalla asiakkaille mahdollisuuden ilmaista omia käsityksiä suun hoitoon liittyen. Asiakkaat olivat lähes yhtä tyytyväisiä neuvontakeskustelun ilmapiiriin, ainoastaan yksi asiakas katsoi, että hänelle ei oltu annettu mahdollisuuksia ilmaista omia käsityksiä lapsen suun hoitoon liittyen. Kahdessa neuvontakeskustelussa työntekijällä oli se käsitys, että asiakasta ei oltu rohkaistu puhumaan ja asiakkaista viisi oli sitä mieltä, että tällä kertaa ei voi arvioida sitä, että onko heitä rohkaistu puhumaan. Yhdessä tapauksessa kumpikin osapuoli arvioi, että neuvontatilanteessa käytetty kieli ei ollut ymmärrettävää.



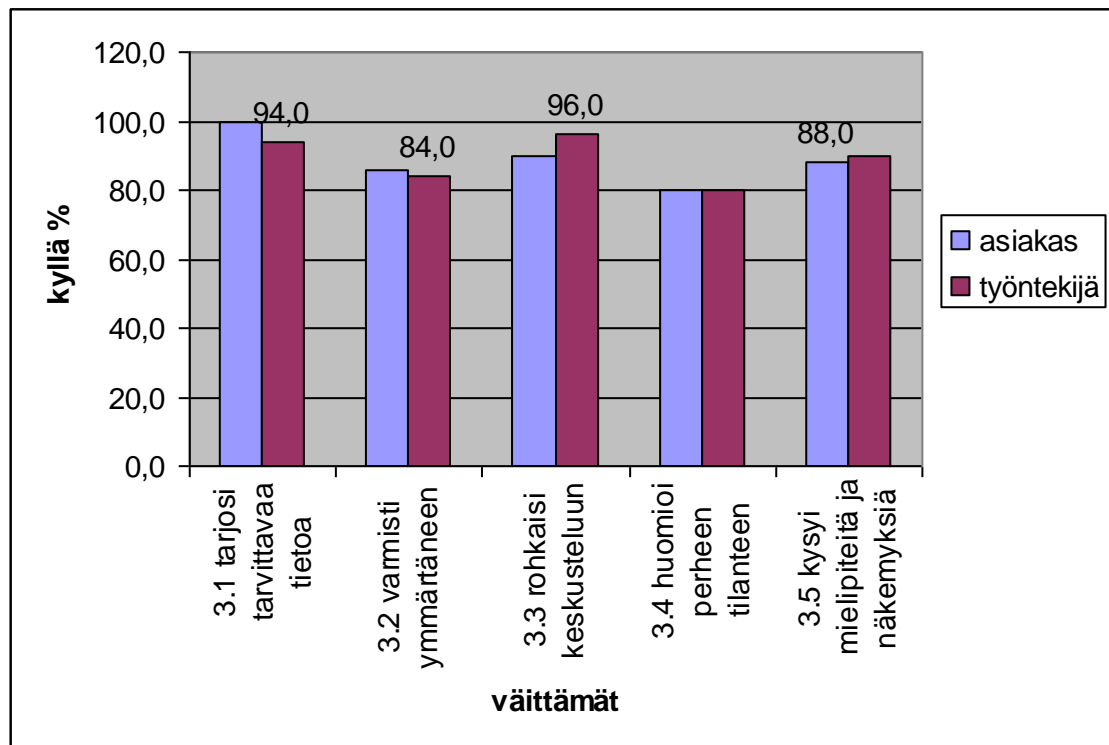
Kuvio 8. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot väittämiin liittyen positiivisen ilmapiirin rakentamiseen suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluissa.

10.1.3 Yksilöllisen tiedon tarjoaminen

Työntekijöistä suurin osa arvioi tarjonneensa neuvontakeskusteluissa asiakkaan tarvitsemaa tietoa ja kaikki asiakkaat olivat samaa mieltä. Kumpikin osapuoli katsoi, että noin 40. keskustelussa tiedon ymmärtäminen oli varmistettu. Ristiin taulukomalla selvitettiin sitä, miten usein työntekijä oli varmistanut tiedon ymmärtämisen siinä tapauksessa, että lapsella oli todettu kariesin riskitekijä (n=16). Tuloksena oli, että 69 % asiakkaista oli sitä mieltä, että työntekijä oli varmistanut hänen ymmärtäneen keskustelun yhteydessä annetun tiedon ja työntekijät arvioivat näin tehdyn 81 %:ssa neuvontakeskusteluista.

Perheen tämänhetkinen tilanne koettiin huomioidun 40:ssä neuvontatilanteessa., Työntekijät arvioivat, että kahdeksassa neuvontatilanteessa perheen tilannetta ei huomioitu, kun taas vain yksi asiakas oli sitä mieltä. Kumpikin osapuoli oli sitä mieltä, että asiakkaan mielipiteitä ja käsityksiä kysyttiin 45:ssä neuvontatilanteessa. Ris-

tiintaulukoimalla selvitettiin vastaajien arvioita siitä, miten usein perheen tämänhetkinen tilanne huomioitiin, mikäli lapsella oli todettu kariesriski. Tulokseksi tuli, että siinä tapauksessa, että lapsella oli todettu kariesriski, asiakkaista 63 % arvioi työntekijän ottaneen huomioon perheen tämän hetkisen tilanteen, työntekijöiden mielestä perheen tilanne huomioitiin 81 %:ssa neuvontakeskusteluista (n=16).



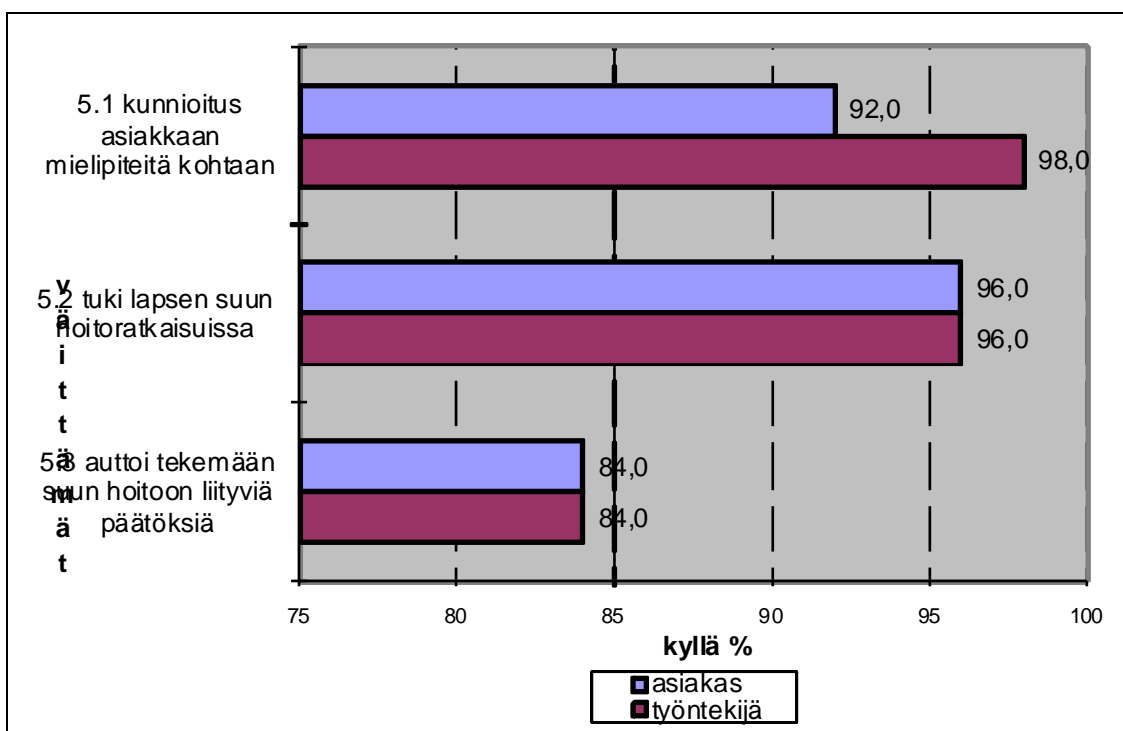
Kuvio 9. Asiakkaan ja työntekijän arviot työntekijän antaman tiedon yksilöllisyydestä suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluissa

10.1.4 Asiakkaan reflektion mahdollistaminen

Poskiparran (1997) mukaan keskeistä reflektiiviselle keskustelulle on potilaan ja hoitajan nonverbaalisen viestinnän tuki ja leppoisa ilmapiiri neuvonnan aikana. Reflektiivisyyttä edistää se, että hoitaja rohkaisee asiakasta esittämään kysymyksiä. Tässä opinnäytetyössä työntekijät kokivat mahdollistaneensa asiakkaan reflektion kysymällä kaikissa neuvontatilanteissa kysymyksiä, jotka auttoivat asiakasta arvioimaan lapsen suun kotihoitoon liittyviä asioita. Asiakkaista 47 oli samaa mieltä ja kolme henkilöä katsoi, että tällä kertaa ei voi arvioida. Kettusen ym. (2003) tutkimuksessa eniten kehittämistarpeita havaittiin potilaan reflektion mahdollistamisen ulottuvuudella.

10.1.5 Asiakkaan kompetenssin kunnioittaminen

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen on kuvattu kuviossa 10. Yhtä neuvontakeskustelua lukuun ottamatta työntekijät arvioivat osoittaneensa kunnioitusta asiakkaan mielipiteitä kohtaan. Asiakkaista 46 oli samaa mieltä ja loput katsoivat, että tällä kertaa ei voi arvioida. Lähes kaikki asiakkaat ja työntekijät olivat sitä mieltä, että asiakasta oli tuettu lapsen suun kotihoitoon liittyvissä ratkaisuissa. Yksimielisiä oltiin myös siitä, että asiakasta autettiin tekemään lapsen suun hoitoon liittyviä päätöksiä 42: ssa neuvontakeskustelussa.



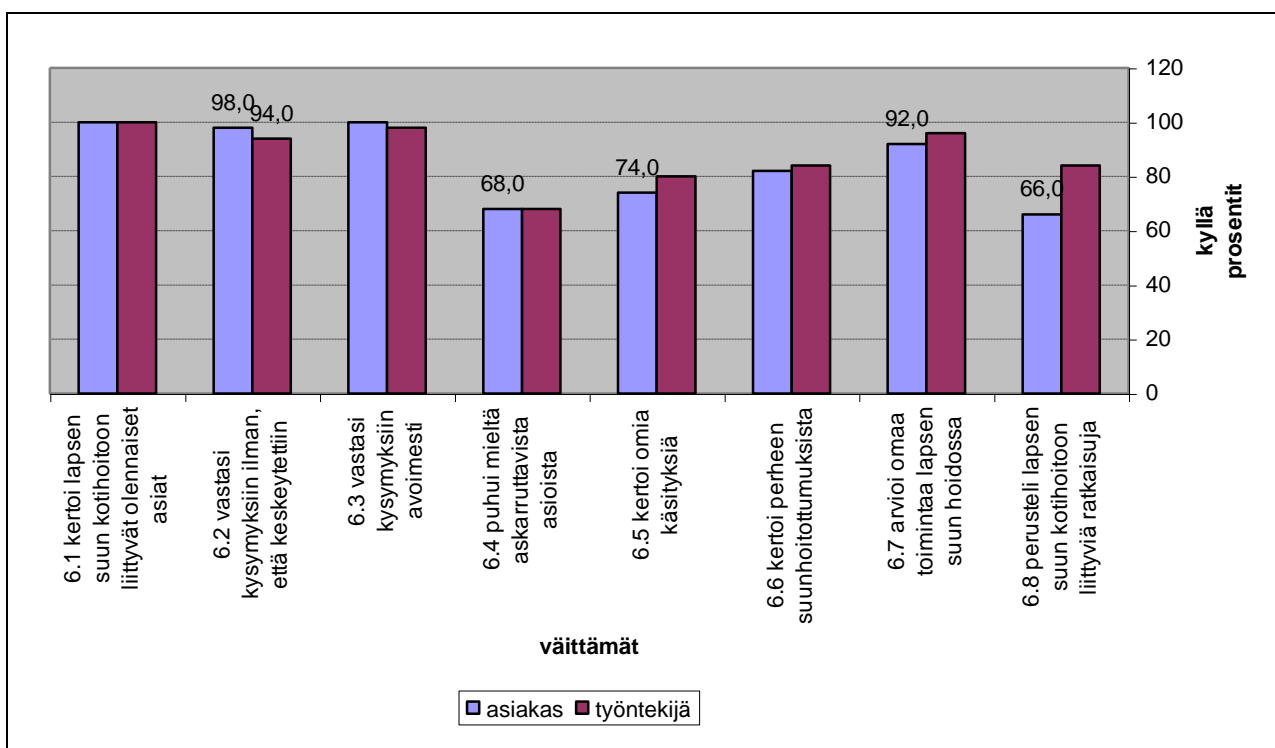
Kuvio 10. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot asiakkaan kompetenssin kunnioittamisen toteutumisesta suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluissa.

10.1.6 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Avautuminen

Asiakkaiden assertiivisuutta (avautumista) on kuvattu kuviossa 11. Asiakkaiden avoimuuteen lapsen suun kotihoitoon liittyvissä asioissa oltiin tyytyväisiä. Asiakas oli myös saanut lähes kaikissa keskusteluissa vastata kysymyksiin ilman, että hänet keskeytettiin. Sekä asiakkaat että työntekijät arvioivat asiakkaiden puhuneen mieltään askarruttavista asioista 34:ssä neuvonta tilanteessa. Työntekijät arvioivat 40:ssä neuvonta tilanteessa asiakkaan kertoneen omia mielipiteitään ja käsityksiään

ja asiakkaat arvioivat avautuneensa omista mielipiteistään vähän harvemmin. Sekä työntekijät että asiakkaat olivat samaa mieltä että 41. keskustelussa asiakkaat olivat kertoneet perheen suunhoitotottumuksista. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että asiakkaat olivat arvioineet omaa toimintaansa lapsen suun hoidossa.

Työntekijät ymmärsivät asiakkaiden perustelleen omia lapsen suun kotihoitoon liittyviä ratkaisujaan (taulukko 1, Liite 5) 42:ssä keskustelussa, kaksi kolmasosaa asiakkaista arvioi perustelleensa ratkaisujaan. Tämän väittämän kohdalla ero vastaajaryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,03$).



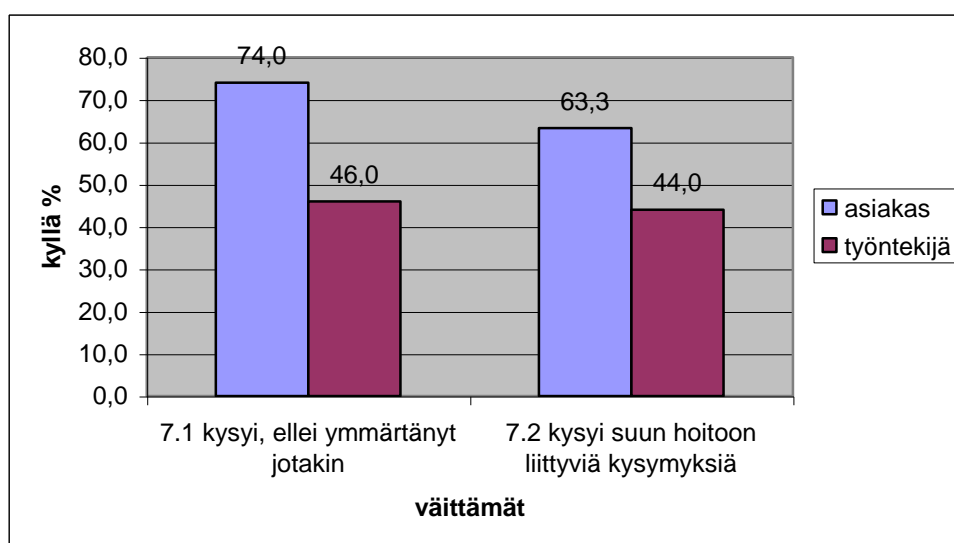
Kuvio 11 Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot asiakkaan assertiivisuudesta (avautuminen) suun terveydenhuollon neuvontakeskustelun kuluessa

10.1.7 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Kysyminen

Työntekijöiden arvioinnin mukaan 22:ä neuvontakeskustelussa ($n=50$) asiakas kysyi suun hoitoon liittyviä kysymyksiä (kuviokuva 12) ja 27:ssä ei kysynyt, kun taas asiakkaista 31 henkilöä ($n=49$) arvioi tehneensä suun hoitoon liittyviä kysymyksiä ja 10 asiakasta arvioi, ettei ollut tehnyt suun hoitoon liittyviä kysymyksiä.

Ristiintaulukoimalla selvitettiin vastaajien arvioita siitä, miten usein asiakas kysyi suun hoitoon liittyviä kysymyksiä, mikäli lapsella on todettu kariesriski. Tulokset saatiin, että asiakkaat arvioivat tehneensä suun hoitoon liittyviä kysymyksiä 69 %:ssa näistä neuvontakeskusteluista (n=16) ja työntekijöillä vastaava arvio on 38 %.

Asiakkaista 37 (74 %) ilmoitti kysyneensä, jos ei ymmärtänyt jotakin. Työntekijät puolestaan arvioivat asiakkaiden kysyneen, ellei ymmärtänyt jotakin, vain 23:ssa (46 %) neuvontakeskustelussa. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,004$) (taulukko 2, Liite 5).



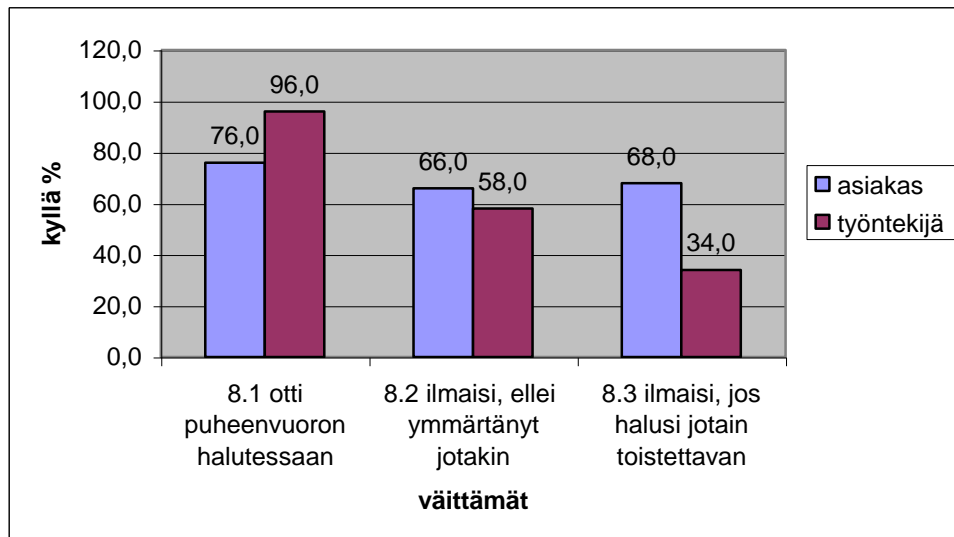
Kuvio 12. Arviot asiakkaiden aktiivisuudesta tehdä kysymyksiä suun terveydenhuollon neuvontakeskustelujen kuluessa.

10.1.8 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Keskeyttäminen

Asiakkaan rohkeutta keskeyttää tarvittaessa esitetään kuviossa 13. Kolme neljäsosaa asiakkaista (n=38) arvioi ottaneensa puheenvuoron halutessaan ja työntekijät tunsivat näin tapahtuneen lähes kaikissa (n=48) neuvontakeskusteluissa. Ero on tilastollisesti merkitsevä (p -arvo = 0,004) (taulukko 3, Liite 5).

Kaksi kolmasosaa asiakkaista arvioi ilmaiseensa, ellei ymmärtänyt jotain, kun taas työntekijät arvioivat näin tapahtuneen 29. keskustelussa. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset siitä, miten yleisesti asiakas ilmaisi, jos halusi jotain toistettavan

poikkeavat myös toisistaan. Työntekijät arvioivat 50 % harvemmin asiakkaiden ilmaisseen halunsa jonkin asian toistamiseen kuin asiakkaat itse kertoivat ilmaisseen- sa. Ero (taulukko 4, Liite5) on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,0007$).



Kuvio 13. Arviot siitä, miten yleisesti asiakas keskeytti työntekijän suun terveydenhuollon neuvontakeskustelussa

10.2 Vastaukset avoimiin kysymyksiin

Neuvontakeskustelua arvioivien väittämien jälkeen oli kaksi avointa kysymystä (Liite 4) Ensimmäisenä oli kysymys ”mitä mielestäsi oli pitänyt tehdä toisin?” Tähän kysymykseen vastasi 15 asiakasta, joista suurin osa ($n=13$) kommentoi kaiken menneen hyvin tai ”ei olisi pitänyt tehdä mitään toisin”. Yksi asiakas oli sitä mieltä, että häntä syyllistetään. Asiakkaat ovat herkkiä lukemaan myös sanattomia viestejä ja jos heistä tuntuu, että heidän toimintaansa paheksutaan tai arvostellaan, saattaa olla, ettei luottamusta koskaan saavuteta (vrt. Mattila ym.), 2005). Yksi asiakas vastasi tähän kysymykseen, että lapselle olisi voinut antaa enemmän ohjeita suoraan.

Toiseen avoimeen kysymykseen ”jotain muuta, mitä?” kuvasi myös yksi asiakas, että lapselle olisi voinut antaa enemmän ohjeita suoraan. Sirviön (2006) tutkimuksessa tuli esiin, että työntekijät toimivat hyvin lapsilähtöisesti, jopa niin, että vanhemmat saatettiin jättää lähes huomiotta. Lapsen huomiointi on tärkeää, mutta liian lapsikeskeinen toiminta voi Sirviön mukaan estää vanhempien voimavaraistumista. Yksi äiti

toivoi, että isille järjestettäisiin kurssi lapsen hampaiden hoidosta. Isyyden tukemiseen on myös Sosiaali- ja terveysministeriössä (2006) kiinnitetty huomiota laatimalla ehdotuksia isyyden tukemiseksi lasten- ja äitiysneuvolassa.

Kahdessa neuvontakeskustelussa työntekijät arvioivat antaneensa liian vähän informaatiota. Arviointilomakkeissa ei ollut väittämää ”antoi kaiken tarvitsemani tiedon”, mutta asiakkaat ovat 100 %:sti arvioineet saaneensa tarvitsemaansa tietoa.

10.3 Työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä työyhteisössä

Työyhteisön voimavarakeskeisyyteen liittyen opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Tätä asiaa selvitettiin avoimen kyselylomakkeen (Liite 6) avulla.

Työntekijöistä (n=8) viisi mainitsi omaa jaksamista ja kehittymistä edistävinä tekijöinä avoimen vuorovaikutuksen sekä työyhteisön positiivisuuden ja innostuneisuuden. Lähes yhtä tärkeänä (n=4) pidettiin mahdollisuutta osallistua koulutukseen ja asiakkaiden antama positiivinen palaute. Kaksi henkilöä mainitsi kannustavan ja tasapuolisen esimiestyöskentelyn ja työmäärän kohtuullisuuden sekä yhteiset tavoitteet. Nämä asiat nousivat esiin myös Hyötilän (2006) tutkielmassa suuhygienistien ammattipätevyyttä lisäävinä tekijöinä, lisäksi mainittiin mahdollisuuksia antavat resurssit ja olosuhteet, myös tässä työssä ammatillista jaksamista ja kehittymistä lisäävänä tekijänä esiin nousi tasapuolinen esimiestyöskentely. Kuokkanen (2007) ja Siitonen (1999) näkevät myös näitä asioita työyhteisön valtaistumisprosessia edistävinä tekijöinä. Lisäksi tuli muutamia yksittäisiä vastauksia, joita ei ole luokiteltu (Liite 7).

Tärkeimpinä ammatillista jaksamista ja kehittymistä estävinä tekijöinä nähtiin kiire (n=3) ja riittämätön vuorovaikutus (n=2) työyhteisössä, myös yhteisten tavoitteiden ja toimintatapojen puute mainittiin. Sirviö (2006) toteaa oman tutkimuksensa pohjalta, että toiminnan tavoitteiden puute tai niiden yleisluonteisuus ja hajanainen tieto terveyden edistämisen toimivista menetelmistä hankaloittavat terveyttä edistävän toiminnan kokonaisuuden ja yhtenäisyyden hahmottamista. Rantanen (2007) mainit-

see tutkimuksensa tulosten pohjalta suuhygienistien täydennyskoulutuksen tarpeen mm. ohjausmenetelmistä sisältäen potilaan näkökulman huomioimisen ja ohjauksen sisällön laajentamisen.

Åstedt - Kurki (2007) toteaa hoitavien henkilöiden usein vetoavan kiireeseen, läsnäolo ei kuitenkaan vaadi lisääntymistä, vaan se on asiakkaaseen keskittymistä siinä hetkessä ja hänelle/heille ajan antamista. Kasilan (2006) väitöskirjatutkimuksessa rakennettu terveysneuvontaa koskeva teoreettinen viitekehys korostaa ihmis- ja käyttäytymisperusteisten sekä viestinnällisten tekijöiden tärkeyttä suun terveydenhuollon organisaation toiminnan toteuttamisessa ja kehittämisessä. Yksittäiset vastaukset kysymykseen ”ammattillista jaksamista kehittymistä estävät tekijät” ovat esillä liitteessä 7.

11 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvien neuvolaikäisten (2 - 7-vuotiaiden) lasten vanhempien ja heidän kanssaan neuvontakeskustelua käyvien työntekijöiden voimavarakeskeisten puhekäytäntöjen esiintymistä neuvontakeskustelujen kuluessa. Lisäksi tarkoituksena oli verrata asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydestä. Tässä tarkastelussa verrataan myös tämän opinnäytetyön yhteydessä saatuja neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyden arviointituloksia Kettusen (2003) saamiin arviointituloksiin. Lisäksi pohditaan tulosten merkitystä käytännön työssä.

Tässä kehittämistehtävässä neuvontakeskusteluja käytiin viiteen ikäluokkaan kuuluvien lasten vanhempien kanssa. Lasten ikäjakauma ei ole homogeeninen perusjoukkoon nähden, jossa yhden ikäryhmän koko on noin 120 lasta. Tämän kehittämistehtävän yhteydessä vastaanotoilla käyneistä lapsista kahdesta neljään - vuotiaita oli enemmistö. Ihanteellisessa tapauksessa yhden ikäryhmän suuruus olisi ollut noin 20 %. Tämä vinouma johtuu siitä, että kaikki työntekijät eivät halunneet osallistua arvi-

ointiin, joten kaksi ikäryhmää puuttuu lähes kokonaan. Tästä syystä ikäryhmittäisiä vertailuja ei ole voitu tehdä.

Kaikista arviointikyselyn piiriin kuuluneista lapsista kolmanneksella streptococcus mutans tulos oli positiivinen. Vuonna 2006 alle kouluikäisistä noin 40 % oli saanut Streptococcus mutans tartunnan ennen kahta ikävuotta ja heistä noin 90 %:lla oli ollut kariesta hampaissaan jossain vaiheessa. Tässä ryhmässä puolella kariesriskin omaavista on ollut kariesta. Hampaiden reikiintyminen on tässä ryhmässä perusjoukkoa vähäisempää sekä kariesriskin omaavilla, että heillä joilla kariesriskiä ei ole todettu olevan. Tässä ryhmässä enemmistö kuitenkin oli alle viisivuotiaita.

Vanhempien hampaiden harjaustiheyttä kysyttiin, koska tutkimusten mukaan vanhempien harjaustiheys korreloi lasten hampaiden reikiintymisen kanssa (Mattila ym.) 2005, Tervonen ym., 2006, Grönholm ym., 2006). Tässä ryhmässä ei ristiintaulukoinnalla mainitunlaista yhteyttä havaittu.

Sekä asiakkaat että työntekijät arvioivat voimavarakeskeisyyden toteutuneen neuvontakeskustelun alussa hyvin. Työntekijät tosin arvioivat, että muutamassa neuvontakeskustelussa asiakkaalle ei tarjottu kysymisen mahdollisuutta. Tulos on samansuuntainen kuin Kettusen tutkimuksessa (2003). Neuvontakeskustelun alkua pidetäänkin ensiarvoisen tärkeänä keskustelun myöhemmän muotoutumisen kannalta (Kettunen, 2003; Åstedt-Kurki ym.), 2008).

Asiakkaat olivat hieman tyytyväisempiä työntekijöiden tarjoamaan tietoon kuin työntekijät itse. Arvioinnit ovat aika samansuuntaisia tässäkin ulottuvuudessa, tosin työntekijät arvioivat rohkaisseensa asiakkaita esittämään kysymyksiä vähän useammin kuin asiakkaat arvioivat heidän tehneen. Mielipiteitä oli kysytty usein, ainoastaan neljä prosenttia asiakkaista ja kahdeksan prosenttia työntekijöistä arvioi toisin. Kettusen tutkimuksessa noin 30 % asiakkaista ja työntekijöistä arvioi, ettei asiakkaiden mielipiteitä kysytty. Perheen tämän hetkisen tilanteen huomioiminen toteutui kummankin osapuolen mielestä suurimmassa osassa keskusteluista. Kettusen tutkimuksessa yli puolet väittämään vastanneista potilaista oli sitä mieltä, ettei perheen tilannetta kartoitettu yksityiskohtaisesti.

Riskipotilaiden kohdalla työntekijät arvioivat huomioineensa asiakkaiden tilanteen ja yksilöllisen tarpeen yleisemmin kuin asiakkaat ilmoittivat heidän huomioineen. Terveysneuvonnalla on kuitenkin mahdollisuus paitsi parantaa tietotasoa tai tavoitella terveyskäyttäytymisen muutosta myös luoda perhettä tukeva ilmapiiri ja olosuhteet. Suun terveydenhuollon henkilökunta voi auttaa perhettä kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla (Mattila ym.) 2005, 493).

Asiakkaan reflektion mahdollistaminen kysymällä kysymyksiä, jotka auttoivat asiakasta arvioimaan lapsen suun kotihoitoon liittyviä asioita, toteutui työntekijöiden mielestä kaikkien kohdalla. Asiakkaista osa arvioi, että tätä asiaa ei voi tällä kertaa arvioida. Tämä tulos poikkesi Kettusen tutkimustuloksesta, jossa asiakkaan reflektion mahdollistamisen ulottuvuus toteutui huonoimmin kaikista ulottuvuuksista. Hoitajista vain 60 % arvioi asiakkaan omaa reflektiota esiintyneen.

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutui parhaiten sekä asiakkaiden että työntekijöiden mielestä siinä, että työntekijä tuki asiakasta lapsen suun hoitoon liittyvissä ratkaisuissa ja asiakkaiden mielipiteitä kunnioitettiin. Työntekijät ilmoittivat vain kahdessa keskustelussa, etteivät olleet toimineet asiakkaan apuna päätöksenteossa, joka koski lapsen suun kotihoitoa. Kettusen tutkimuksessa lähes puolet työntekijöistä ilmoitti, ettei ollut toiminut apuna asiakkaan päätöksen teossa.

Tärkeäksi kokemistaan asioista avautuminen on yksi potilaan keino vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen pyrittäessä ja on osoitus luottamuksesta ammattilaista kohtaan (Kettunen, 2001). Kaikki asiakkaat ja työntekijät arvioivat asiakkaiden avautuneen ja kertoneen lapsen suun kotihoitoon liittyvät olennaiset asiat ja vastanneen kysymyksiin avoimesti ja he saivat vastata niin, ettei heitä juurikaan keskeytetty. Myös Kettusen tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaiset. Kymmenesosa asiakkaista oli sitä mieltä, että he eivät olleet puhuneet mieltään askarruttavista asioista. Kettusen (2003) tutkimuksessa neljäsosa potilaista ei ollut puhunut mieltään askarruttavista asioista.

Omia mielipiteitään ja käsityksiään lapsen suun kotihoitoon liittyen ei kertonut 10 % asiakkaista, sama määrä asiakkaita jätti kertomatta perheen suunhoitotottumuksista. Lähes kaikki olivat arvioineet omaa toimintaansa lapsen suun hoidossa. Asiakkaan

avautuminen toteutui huonoimmin lapsen suun kotihoitoon liittyvien ratkaisujen perustelemisessa. Kaksi kolmasosaa asiakkaista ei ollut perustellut ratkaisujaan lapsen suun hoitoon liittyen. Työntekijät arvioivat heidän perustelleen ratkaisujaan useammin. Kettusen tutkimuksessa ei ollut ihan samaa väittämää, mutta asiakkaiden kohdalla vähän yli puolet arvioi *kertoneensa* omista hoitoratkaisuistaan. Hoitajat sen sijaan arvioivat hoitoratkaisuista kertomisen olleen vieläkin vähäisempää.

Potilaan kannalta yksinkertaisin ja vahvin vastavuoroisuutta edistävä toiminta on kysyminen. Kysymysten esittäminen on viesti siitä, että potilas haluaa osallistua ja päättää siitä, mitä hänelle tapahtuu ja, että päätökset tehdään yhdessä sopien ja hänen myötävaikutuksellaan. (Kettunen, 2001.) Asiakkaan asertiivisuuden ulottuvuudella arvioitaessa asiakkaan kysymysten tekemisen yleisyyttä olivat ”tällä kertaa ei voi arvioida” vastausprosentit korkeat. Asiakkaat kuitenkin ilmaisivat kysyneensä suun hoitoon liittyviä kysymyksiä huomattavasti yleisemmin kuin työntekijät arvioivat heidän kysyneen. Myös Kettusen tutkimuksessa asiakkaat arvioivat esittäneensä kysymyksiä useammin kuin työntekijät arvioivat heidän tehneen, mutta erot ovat huomattavasti pienemmät kuin tässä arviossa. Mikäli lapsen hampaiston streptococcus mutans bakteeri tulos oli positiivinen, arvioi edelleen noin kaksi kolmasosaa asiakkaista kysyneensä suun hoitoon liittyviä kysymyksiä ja työntekijöiden arvion mukaan näin tapahtui lähes puolet harvemmin. Kettunen on tutkimuksessaan 2001 todennut, että tehtävän ohjatessa neuvonnan kulkua (vrt. Kasila 2007, kuvio 2) hoitajan negatiiviset vallankäytön keinot korostuvat. Tällöin hoitajat rajoittavat potilaiden mahdollisuuksia aloittaa tai kehittää omia puheenaiheitaan eivätkä he myöskään riittävästi seuraa potilaiden puhetta tai täydennä heidän tavoitteitaan.

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa ovat terveydenhuoltoammattilaisten kuuntelutaidot keskeisiä tekijöitä. Siinä yritetään kuuntelun keinoin selvittää mitä puhuja ajattelee, tuntee ja miksi (Poskiparta, 2002). Asiakkaat arvioivat harvemmin ottaneensa puheenvuoron halutessaan kuin työntekijät olettivat heidän tehneen. Sekä väittämän ”asiakas ilmaisi, ellei ymmärtänyt jotain”, että väittämän ”ilmaisi, jos halusi jotain toistettavan” kohdalla arvioinnit poikkesivat toisistaan. Asiakas arvioi ilmaisseensa, mikäli ei ymmärtänyt tai mikäli halusi jotain toistettavan useammin kuin työntekijät arvioivat. Kettusen tutkimuksessa tulos on samansuuntainen; eli noin 90 % potilaista ja noin 75 % työntekijöistä arvioi potilaan ilmaisseen, ellei ymmärtänyt

jotain. Luvut ovat kuitenkin kummankin kohdalla korkeammat kuin tässä opinnäytetyössä.

Onko sivuutettu asiakkaan ilmaiset ja jätetty esimerkiksi vastaamatta johonkin asiakkaan esittämään kysymykseen? Myös tilanteissa, joissa työntekijä antaa mahdollisuuden kokemusten ja mielipiteiden esittämiseen, voi tapahtua asiakkaan viestin huomiotta jättämistä. Mikäli työntekijän toiminta on samanlaista jokaisen asiakkaan kohdalla, ei hän voi kovinkaan vahvasti edistää asiakkaan toimintaa. (vrt. Sirviö, 2006.) Henkilökunnalla saattaa myös olla käsitys, että potilaat eivät riittävästi lausu julki toiveitaan, jonka vuoksi he haluavat varmistaa rutiininomaisesti tietoa jakamalla potilaan tiedon tarpeen täyttymistä (Kettunen, 2001).

Kaikki asiakkaat totesivat, että heille oli tarjottu kysymisen mahdollisuutta. Työntekijät totesivat muutaman neuvontakeskustelun kohdalla, että he eivät olleet antaneet asiakkaalle kysymisen mahdollisuutta. Asiakkaan assertiivisuus ulottuvuudella kysymisen ja keskeyttämisen alueilla merkittävää on korkeat ”tällä kertaa ei voi arvioida” vastaukset, mutta etenkin työntekijän arvioissa myös ”ei” vastaukset ovat yleisiä. Tässä pitää huomioida, että voimavarakeskeinen työskentelymalli sallii myös asiakkaan osallistumatta olemisen (Kettunen, 2001).

Epäselväksi jää joidenkin väittämien kohdalla ”tällä kertaa ei voi arvioida” arvion yleisyys. Onko sillä tarkoitettu sitä että tämä väittäjä ei tavallaan kuulu tähän keskusteluun. Esimerkiksi väittämän ”kysyi, ellei ymmärtänyt jotain” kohdalla; katsottiinko, että kaikki on asiakkaille selvää eli ”ei voi arvioida”. Vai käsitettiin sen vastaavan ”en osaa sanoa” vaihtoehtoa. Asiakkaat olivat käyttäneet enemmän ”tällä kertaa ei voi arvioida” vaihtoehtoa, johon voi olla syynä myös se, että he kokivat toimintatavan vieraaksi ja vaikeaksi arvioida.

11.1 Mittarin luotettavuuden tarkastelua

Validiteetti kuvaa sitä, missä määrin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata. Sisäistä validiteettia on pyritty varmistamaan sillä, että mittarin väittämät on luokiteltu teoriaosassa esitettyjen käsitteiden mukaisesti ja niiden sisältö on teorian mukainen. Yksikkö- ja eräkato jäivät vähäisiksi, mikä lisää luotettavuutta. Tulokset

on syötetty huolellisesti ja tarkastettu ennen tilastollista käsittelyä. Aineisto on käsitelty Tixel tilasto-ohjelmalla, jonka käyttöön on saatu apua ohjelmisto- asiantuntijalta, aineiston käsittelyyn liittyvien virheiden välttämiseksi.

Validiteetilla eli tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Validilla mittarilla suoritettut mittaukset ovat keskimäärin oikeita. Varsinkin abstrakteja asioita mitattaessa on validia mittaria usein vaikea löytää. (Heikkilä, 1998,30.) Tässä opinnäytetyössä neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyden arvioinnissa käytettävä mittari on muodostettu kehitystyönä aikaisemman teoreettisen tiedon ja keskusteluanalyytisen tutkimuksen pohjalta. Pilottitutkimus (Kettunen 2003) tehtiin koeryhmälle Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin alueella. Mittaria kehitettäessä luotettavuusarviointi suoritettiin sisäisen johdonmukaisuuden varmistamiseksi. Mittarin reliabiliteettia ja validiteettia arvioitiin Grohnbachin alphalla, yksimielisyysprosentilla ja logistisella regressioanalyysillä. Logistisen regressioanalyysin mukaan mikään taustamuuttujista (potilaan ikä, hoitajan ikä, hoitajan työkokemus, potilaan koulutus, potilaan sukupuoli) ei ollut tilastollisesti merkittävä. Siksi mittaustuloksia voidaan pitää luotettavina erilaisista potilaista ja hoitajista koostuvia verrokkiryhmiä ajatellen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko, 2006, 161, 163.)

Mittari on arviointiyksikössä muokattu suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluihin sopivammaksi. Suun terveydenhuoltoon ei ole kehitetty validia neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioivaa mittaria. Mittarin muokkaaminen ja käyttäminen suunnitellusta poikkeavassa ympäristössä saattaa heikentää luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta heikentää korkea ”tällä kertaa ei voi arvioida vastausten määrää”, joka saattaa selittyä sillä, että kyseiseen väittämään liittyvän asian ei koettu olevan ajankohtainen. Toinen mahdollinen selitys asialle on se, että väittämää ei ole ymmärretty, eikä ole siksi haluttu ottaa kantaa siihen. Neuvontakeskustelujen pieni määrä on tulosten yleistettävyyttä heikentävä tekijä.

Yhtenä arvioinnin johtopäätösten luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä voi olla se, että arvioinnin tekijä on myös itse osallistunut neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyden arviointiin. Ulkopuolinen arvioija olisi mahdollisesti huomannut tuloksissa sellaisia esiin nostettavia asioita, jotka nyt ovat mahdollisesti jääneet huomaamatta

aiheen läheisyyden takia. Arvioinnin tekijä on kuitenkin koko arviointi prosessin ajan pyrkinyt ”ulkoistamaan” itsensä ja ajattelemaan asiaa pelkästään arvioinnin kannalta.

Käytyjen neuvontakeskustelujen sisältö on liittynyt alle kouluikäisten lasten suun-terveydenhoitoon. Lasten ikäjakauma ei ole homogeeninen, mutta kaikki kuuluvat alle kouluikäisten lasten perusjoukkoon. Tilastollisten testien avulla voidaan varmistaa tulosten luotettavuutta. Khiin neliö -testin avulla on testattu muuttujien välisten riippuvuuksien ja erojen tilastollista merkitsevyyttä (vrt. Heikkilä, 2007). Mitä pienempi merkitsevyytaso on, sitä merkitsevämpi tulos. Tällöin riski siihen, että ero tai riippuvuus johtuu sattumasta, on pieni. Pienestä otannasta johtuen khiin neliö-testin edellytykset eivät täytyneet kaikkien muuttujien kohdalla. Asiakkaan assertiivisuus ulottuvuudelta saatiin tilastollisesti merkityksellisiä tuloksia, jotka ovat myös arvioinnin ja kehittämisen kannalta merkittäviä.

11.2 Johtopäätökset

Tämä arviointi ja kehittämistutkimus on ajankohtainen alle kouluikäisten lasten suun-terveydentilanteen hyvän kehityksen heikentymisen vuoksi. Pienten lasten vanhemmille annetaan neuvontaa jokaisen suun terveydenhuollon käynnin yhteydessä, joten terveystieteiden käytäntöjen arviointi ja kehittäminen ovat tärkeitä, jotta neuvonta olisi terveyttä edistävää ja vanhempien voimavaroja tukevaa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan suun terveydenhuollossa ei paljoakaan ole tehty tämäntyyppistä arviointitutkimusta ja suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluihin ei ole kehitetty nimenomaan siihen tarkoitettua arviointimittaria. Rantasen (2008) tutkimuksen tulosten merkityksenä käytännön työlle esiin nousi muun muassa täydennyskoulutuksen tarve ohjausmenetelmistä, ohjaustarpeen ja oppimisen arviointiin lisää systemaattisuutta, potilaan näkökulman huomioiminen ja ohjauksen sisällön laajentaminen.

Suun terveydenhuollossa käydyissä neuvontakeskusteluissa tehtyjen puheikäntöjen voimavarakeskeisyyttä mittaavien arviointien perusteella neuvontakeskustelujen alku on onnistunut hyvin. Työntekijät ovat pääsääntöisesti onnistuneet virittämään suotuisan keskusteluodotuksen ja positiivisen ilmapiirin. Neuvontakeskustelun kuluessa tarjottu tieto on yleisesti ollut sitä, mitä asiakkaat tunsivat tarvitsevansa. Tosin riskipotilaiden kohdalla työntekijät arvioivat ottaneensa perheen tilanteen huomioon use-

ammin kuin asiakkaat arvioivat heidän huomioineen. Välttämättä asiakkaan ja työntekijän käsitykset siitä mitä perheen tilanteen huomiointi tarkoittaa, eivät ole samantyyppiset. Tarkoittaako se varmuuden vuoksi annettua koko perheelle tarkoitettua suositteluvaa tietoa, vai onko neuvonta asiakkaan/perheen havaituista tarpeista lähtevää (vrt. Kettunen, 2001, Sirviö, 2006).

Asiakkaan omien toimintamallien reflektiivinen tarkastelu on mahdollistettu asiakkaiden mielestä lähes kaikissa ja työntekijöiden arvion mukaan kaikissa neuvontakeskusteluissa. Myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta oltiin suhteellisen yksimielisiä. Asiakkaan mielipiteitä on kuunneltu ja osoitettu kunnioitusta ja tukea hänen tekemilleen ratkaisuille. Toiminnan pohdinnassa on oleellista se, että toimintoja pyritään tarkastelemaan uudesta näkökulmasta käsin yhdessä, minkä pohjalta asiakkaan on mahdollista määritellä tulevaisuuttaan (Vänniö, 2000, Kettunen, 2001). Tässä kehittämistehtävässä työntekijät onnistuivat asiakkaan kompetenssin kunnioittamisen ulottuvuudella huonoimmin auttamaan asiakasta juuri uusien, toimintaan liittyvien päätösten tekemisessä.

Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyydestä erosivat eniten toisistaan asiakkaan asertiivisuuden ulottuvuudella. Asiakkaat vastasivat työntekijöiden esittämiin kysymyksiin ja kertoivat lapsen suun hoitoon liittyvät olennaiset asiat. Samaa mieltä oltiin siitä, että vain kaksi kolmasosaa asiakkaista puhui mieltään askarruttavista asioista neuvontakeskustelun kuluessa. Neuvontakeskusteluissa asiakkaat kertoivat omia mielipiteitään ja perustelivat ratkaisujaan omasta mielestään harvemmin kuin työntekijät arvioivat heidän tehneen.

Mielenkiintoisia on asiakkaan asertiivisuus ulottuvuudella asiakkaan ja työntekijän arviot siitä, miten yleisesti asiakas kysyi jotain tai keskeytti työntekijän puheen neuvontakeskustelun kuluessa. Työntekijät arvioivat asiakkaiden ottaneen puheenvuoron lähes aina halutessaan, asiakkaista yksi neljäsosaa ei mielestään ottanut puheenvuoroa aina halutessaan. Kuitenkin asiakkaat työntekijöiden mielestä keskeyttivät työntekijän puheen ja tekivät kysymyksiä huomattavasti harvemmin, kuin asiakkaat itse arvioivat tehneensä.

Työntekijät siis kokivat asiakkaan ottaneen puheenvuoron lähes aina halutessaan, mutta vain noin puolen asiakkaista keskeyttäneen jotenkin hänen puheensa tai muuten ilmaisseen, mikäli ei ymmärtänyt jotakin tai mikäli halusi toistettavan jotain. On mahdollista, että asiakkaat ovat ymmärtäneet assertiivisuuden niin, että he ovat kyseet silloin, kun heille tarjottiin siihen mahdollisuus. Työntekijät puolestaan ovat ehkä arvioineet juuri sitä, miten usein asiakkaat ovat keskeyttäneet heidän puheensa tai ilmaisseet muuten haluavansa ottaa puheenvuoron. Näyttää siltä, että puhekäytännöt eivät ole kaikilta osin tukeneet asiakkaan assertiivisuutta, joten siltä osin puhekäytännöt ovat olleet ei- vastavuoroisia (vrt. Kettunen, 2001). Potilaan omat oivalukset ja julkituomat ajatukset ovat kuitenkin se pohja, josta terveyttä voidaan yhdessä lähestyä ja jotka ovat ratkaisevan tärkeitä potilaan päätöksille tulevan toiminnan suhteen. On mahdollista, että ohjeita annettaessa potilaan julkituomat viestit on joissain tapauksissa jätetty huomiotta (vrt. Torkkola, 2002).

Arvioinnissa saatuja tuloksia on verrattu Kettusen toteuttamaan sairaalan neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä mittaavan tutkimuksen tuloksiin. Arviointiryhmät ovat erilaiset, samoin kontekstit, joihin arviointi liittyy. Mekanismi, jolla pyritään kohti toivottuja vaikutuksia on kummassakin työssä sama, voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun puheen keinot (kuvio2, s. 29). Arvioinnit eivät ole verrattavissa toisiinsa yksi yhteen, mutta tulokset ovat kuitenkin suurimmaksi osaksi samansuuntaisia. Tulokseksi saatiin, että useiden väittämien kohdalla arviot voimavarakeskeisyydestä ovat lähes yhteneväiset, mutta jokaisella voimavarakeskeisyyden ulottuvuudella työntekijä on ainakin yhden väittämän kohdalla arvioinut oman toimintansa positiivisemmin kuin asiakas on sen arvioinut. Ne ovat liittyneet siihen miten yleisesti asiakasta on rohkaistu osallistumaan. Asiakkaan assertiivisuus ulottuvuudella keskustelu näyttää olleen yleisemmin ei-vastavuoroista. Näyttää siltä, että asiakkaan viestit on jätetty huomioimatta.

Useiden tutkimusten mukaa (mm. Siitonen, 1999; Kasila, 2006; Hyötilä, 2007; Kuokkanen, 2007) organisaatiokulttuurilla on merkitystä muun muassa vuorovaikutustilanteiden voimavarakeskeisyyteen. Tässä opinnäytetyössä työntekijät arvioivat tärkeimmiksi omaa ammatillista jaksamistaan ja kehittymistään edistäviksi tekijöiksi työyhteisön vuorovaikutuksen ja innostuneisuuden. Kannustavaa esimiestyöskentelyä ja mahdollisuutta koulutukseen pidettiin myös tärkeinä, samoin kuin yhteisiä ta-

voitteita. Ammatillista jaksamista ja kehittymistä estävinä tekijöinä pidettiin yleisimmin vähäistä vuorovaikutusta ja kiirettä. Myös tämä arviointitulokset osoittaa, että sekä työyhteisö- että työntekijätasolla löytyy perusteltua tarvetta vuorovaikutuksen kehittämiseen.

Kasilan (2006) tutkimuksen pohjalta laaditusta kuviosta käy ilmi yhteys organisaatio- ja yksilötason viestintätyytyväisyyden välillä. Kaivola & Launila (2007) puhuvat mekaanisesta ja vuorovaikutuksellisesta organisaationäkemyksestä. Yhteisenä piirteitä voidaan nähdä ajatus siitä, että voimavarakeskeinen ohjaus edellyttää työntekijöiden voimaantumista. Työntekijöiden voimaantuminen näkyy avoimena vuorovaikutuksena, toimintana yhteisten päämäärien hyväksi ja ongelmien ratkaisutaitona sekä haluna ja kykyä vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin. Voimaantumista työyhteisössä edistää kehittäminen, yhteistyö, arviointi ja kouluttautuminen (Kuokkanen, 2003).

Vaikka neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyteen oltiin yleisesti tyytyväisiä, tuloksena on, että asiakkaan asertiivisuus ulottuvuudella esiintyy eniten ei-vastavuoroista keskustelua. Tämän voi osittain selittää se, että asia on osalle asiakkaista hyvin tuttua. Etenkin, jos perheessä on useita lapsia, eikä riskitekijöitä esiinny. Tässä on aina huomioitava se, onko ohjaus asiakkaan autonomiaa vai riippuvuutta tukevaa. Arviointiin halusi osallistua vain puolet työntekijöistä. Arvioinnin kokonaistulos olisi ehkä ollut erilainen, mikäli kaikki olisivat osallistuneet.

Saadut arviointitulokset ovat samansuuntaiset kuin aiemmissa terveydenhuollon neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä mittaavissa tutkimuksissa. Suun terveydenhuollon terveysneuvonta on perinteisesti ollut paternalistista, holhoavaa, joka tukee asiakkaan riippuvuutta työntekijästä. Potilaan taholta puolestaan ei-vastavuoroisuutta tuottavat hoidettavaksi jättäytyminen, keskusteluihin tuttuus sekä potilaan kohteliaisuus, jonka yhteydessä puhutaan potilaan antamasta minimipalautteesta tai potilaan epäsuoruudesta, jotka liittyvät ei-vastavuoroiseen keskusteluun. (Kettunen, 2001).

12 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tässä opinnäytetyössä saatujen arviointitulosten perusteella vuoropuhelu asiakkaan kanssa käydyissä neuvontakeskusteluissa on ajoittain vastavuoroista (vrt. Kettunen, 2001, Kasila, 2007). Neuvontakeskustelujen tavoitteena on kuitenkin asiakkaan sisäisen voimantunteen lisääntyminen, joka syntyy siitä, että hänellä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseään koskevien asioiden käsittelyyn. Tällöin neuvonta on asiakkaan autonomiaa ja omia voimavaroja tukevaa. Aiempien tutkimustulosten (Kasila, 2006 ym.) mukaan vuorovaikutus organisaatiotasolla heijastuu vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa käydyissä neuvontakeskusteluissa. Työntekijöille tehdyssä avoimessa kyselyssä tuli esiin, että yhtenä omaa ammatillista jaksamista ja kehittymistä estävänä tekijänä työyhteisössä on liian vähäinen vuorovaikutus.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on neuvontakeskustelujen kehittäminen voimavarakeskeisempään suuntaan. Neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyden arvioinnista ja työntekijöiden voimavarakyselystä saatujen tulosten perusteella on laadittu seuraavat kehittämisehdotukset:

1. Yhteisten arvojen määrittely ja pohdinta siitä, miten ne näkyvät käytännön työssä.
2. Pitkäkestoinen terveysneuvontakoulutus, joka sisältää nauhoitettujen ja videoitujen ohjaustilanteiden analyttistä tarkastelua ja käytännön tilanteisiin liittyvää palautekeskustelua.
3. Vuorovaikutuksen lisäämiseksi yksi tärkeä kehittämiskohde on työyhteisön kokouskäytäntöjen uudistamisen siten, että kokouksia lisätään määrällisesti ja niitä pyritään kehittämään dialogiseen suuntaan.
4. Tämän tutkimuksen pohjalta työyhteisön palautejärjestelmän uudistaminen sekä asiakas- että työntekijänäkökulmasta kuuluu kehittämiskohteisiin. Keskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioiva mittari voisi jatkossakin toimia yhtenä asiakasnäkökulman mittarina.

Asiakaslähtöinen työskentely edellyttää sitä, että organisaatio ottaa asiakkaan mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Yhteisiä arvoja asetettaessa on hyvä pohtia niiden taustalla olevia arvorakenteita, miten esimerkiksi pystytään yhdistämään hyvinvointipalveluja ohjaavat arvot ja liiketaloudelliset periaatteet. (Anttila, 2007). Asiakaslähtöinen, potilaan tarpeista lähtevä neuvonta/ohjaaminen lisää hyvinvointia. Potilaan ohjauksen ja neuvonnan kehittämällä on kansataloudellistakin merkitystä. Laadukkaalla ohjauksella voidaan vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä. (Kaila ym., 2007.)

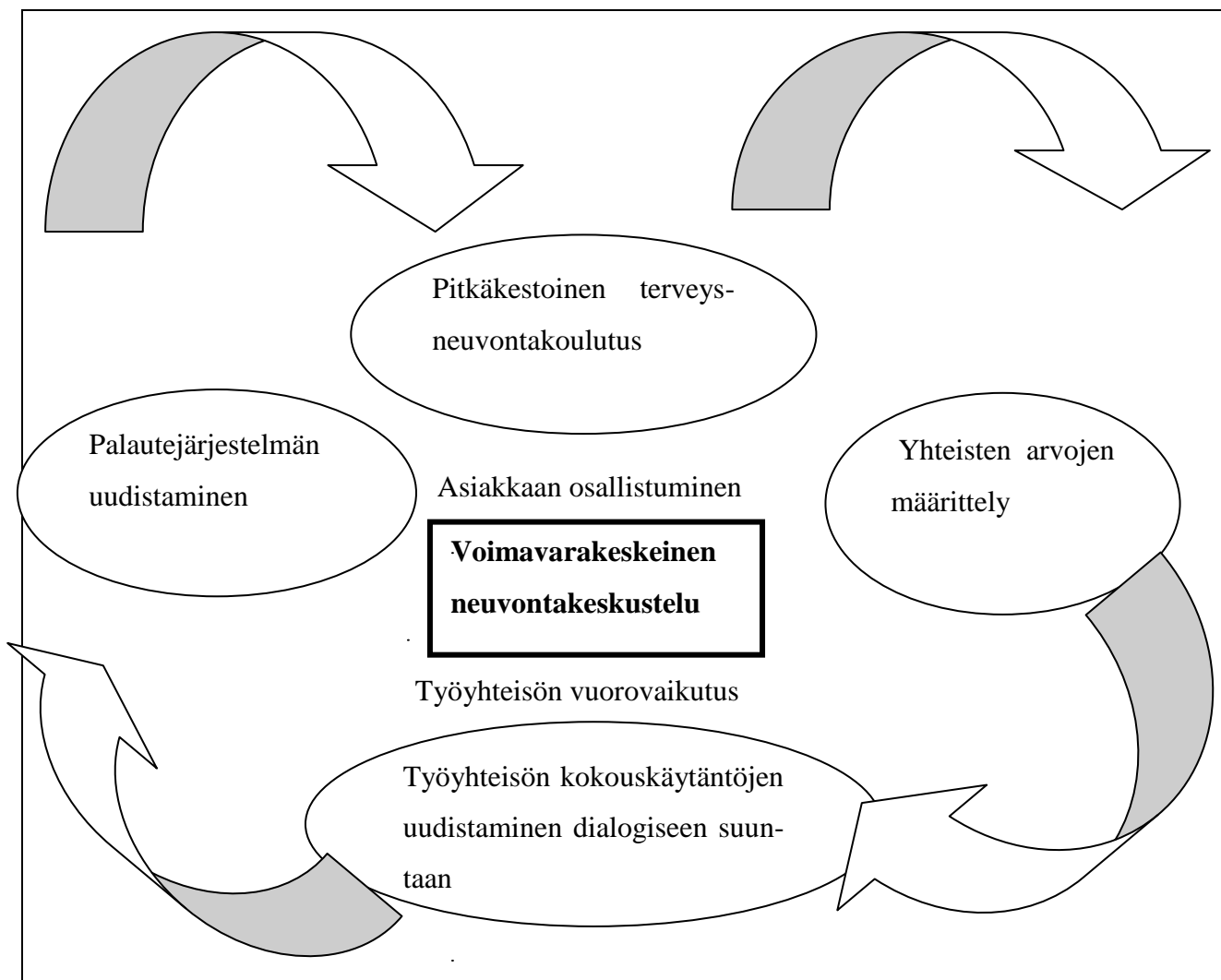
Tämän arviointitutkimuksen tavoitteena on toiminnan kehittäminen eli muutos. Käynnistyäkseen muutos tarvitsee yksilön/ yhteisön havainnon muutoksen tarpeellisuudesta. Potilasneuvontakäytäntöjen muutoksessa on kyse uuden oppimisesta, mutta myös vanhan poisoppimisesta. Tarvitaan motivointia, jotain joka häiritsee nykyistä tapainoa. (Liimatainen ym., 2005.) Täydennyskoulutusta potilasohjaukseen on kaivattu yleisemminkin kentällä (kts.Rantanen, 2008).

Luentomuotoinen koulutus ei ole käytännössä osoittautunut tehokkaaksi keinoksi muutokseen motivoinnissa. Koulutuksen pitäisi tapahtua todellisessa toimintaympäristössä. Todellisten tilanteiden videointi ja niiden jälkikäteen tapahtuva analysointi olisi osa tätä koulutusta. Puhutaan videoavusteisesta potilasohjauksesta. Asiakkaan osallistumisen aktivoimisen keinoja pohdittaessa voidaan miettiä esimerkiksi sitä, millaisin puheen keinoin asiakas saadaan tuomaan esille omia tarpeita ja käsityksiä asioista. Oman työn analysoinnissa tukena tulee olla henkilö, joka on perehtynyt voimavarakeskeiseen potilasohjaukseen ja saanut koulutuksen videoavusteiseen työskentelyyn, mielellään ulkopuolinen konsultti.

Dialogissa keskustelu rakentuu avoimeen kohtaamiseen, jossa pyritään eroon valmiiksi lukkoon lyödyistä mielipiteistä ja ennakkoasenteista (Kaivola ym.) 2007). Vuorovaikutus voi olla tavoitteellista tai ei tavoitteellista. Tavoitteellisesta vuorovaikutuksesta puhutaan silloin, kun työyhteisö osallistuu yhteisesti vision ja strategian laadintaan, arviointiin sekä päätöksentekoon. Henkilöstön keskeinen kommunikatiivinen sisäinen viestintä on ei- tavoitteellista vuorovaikutusta. (Niiranen ym. 2005, 136.) Yhteiset tavoitteet ja säännölliset yhteiset kokoukset on mainittu myös omaa

ammattillista jaksamista ja kehittymistä edistävinä tekijöinä (luokittelemattomat vastaukset Liite 7)

Realistisen evaluaation periaatteiden mukaan kehittäminen etenee prosessimaisesti. Tyypillistä prosessin etenemiselle on iteratiivisuus eli syklisyys (Anttila, 2007, 77, 82). Kierroksittain etenevien vaiheiden aikana tapahtumia havainnoidaan, korjataan ja muutetaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Toiminnan aikana siis suoritetaan arviointia. Kuviossa 14. on esitetty tämän kehittämistehtävän tulosten pohjalta syntynyt kehittämiskaavio syklisesti etenevänä prosessina. Tavoitteena on työyhteisön vuorovaikutuksen sekä asiakkaan ja työntekijän vastavuoroisen keskustelun lisääntyminen ja terveysneuvontakeskustelujen kehittäminen voimavarakeskeisempään suuntaan.



Kuvio 14. Tässä työssä suoritetun tutkimuksen tulosten pohjalta laadittu työyhteisön vuorovaikutuksen kehittämisprosessia kuvaava malli

Erilaisten terveysneuvonnan lähestymistapojen opettaminen suuhygienistien /hoitajien/hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa luo pohjan onnistuneelle neuvonnalle työelämässä. Liimataisen (2002) tutkimuksen mukaan hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisen tietoperustan merkittävimmäksi osa-alueeksi nousi itsesääätelytieto ja opiskelijan kehittyminen oman terveyden edistämisen toimintansa itse arvioinneissa kriittisen tietoisuuden tasolle. Kriittisen tietoisuuden tason saavuttaneet opiskelijat sitoutuivat muita enemmän voimavarakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistapaan käsityksissään ja toiminnassaan. Tämä tutkimus on osoittanut sen, että tässä käytetty voimavarakeskeisyyttä arvioiva mittari on soveltaen käyttökelpoinen erilaisissa konteksteissa ja yhteyksissä. Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun puhekäytäntömallia voi soveltaen käyttää voimavarakeskeisen terveysneuvonnan oppimisen apuvälineenä kaikissa eteen tulevissa neuvonta- tai ohjaustilanteissa, kuten esimerkiksi opiskelijan ohjaustilanteissa työyhteisöissä.

13 POHDINTA

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet yhteiskunnassamme viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveiden eriarvoisuus on eettinen ongelma. Terveyseroja kaventamalla voitaisiin kohottaa koko väestön terveyttä. Onnistunut hammasinfektioiden ehkäisy vähentäisi sairastumista yleensä.

Tässä opinnäyteyössä yksi asiakas oli vastannut avoimeen kysymykseen ”mitä neuvontakeskustelussa olisi pitänyt tehdä toisin?”, että ”*aina toistetaan samoja asioita, tulee syyllinen olo*”. Kyseessä oli asiakas, jonka lapsella oli jossain vaiheessa ollut kariesta hampaissaan. Tämä kertoo siitä, että oli toimittu paternalistisen eli holhoavan hoitokäytännön mukaan asiantuntijalähtöisesti. Tällainen valistus saattaa syyllistää ihmisiä ja syyllisyyden aiheuttama ahdistus puolestaan verottaa ihmisten voimavaroja. Kaikki vanhemmat kuitenkin haluavat, että heidän lapsensa voi hyvin ja hampaat ovat kunnossa. Tällaisessa tapauksessa asian voisi kääntää avunpyynnöksi esimerkiksi näin; ”Olen huolissani lapsen hampaiden reikiintymisestä, haluaisin auttaa, mutta tarvitsisin siinä apuasi. Yritämmekö yhdessä miettiä hoitoratkaisuja, jotka tällä hetkellä olisivat teidän perheessä mahdollisia toteuttaa?”

Teoreettisessa viitekehyksessä tuli selkeästi esiin, että pelkkä tottumusten kartoittaminen ja sen pohjalta neuvojen antaminen eivät ole riittäviä muutoksen aikaansaamiseksi. Omien toimintamallien reflektiivinen tarkastelu auttaa asiakasta suuntaamaan toimintaansa uudelleen. Asiakkaan tarpeista lähtevä keskustelu lisää hyvinvointia. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää, että työntekijöillä on käytössään ohjaukseen ja neuvontaan liittyvä viimeisin tutkimustieto. Laadukkaalla neuvonnalla voidaan vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä.

Omassa organisaatiossani toteutettiin kevään 2007 aikana projekti, jonka tavoitteena oli kehittää toimiva ja vanhemmuutta tukeva suun terveydenhuollon perhevalmennusohjelma. Tarkoituksena oli, että vanhemmat tiedostavat oman terveystyönsä vaikutuksen paitsi omaan terveyteensä, myös lapsen terveystyönsä.

ja suun terveyteen. Keskusteleva ja osallistuva toimintamalli on ollut käytössä siitä lähtien. Voimavarakeskeinen toimintamalli on terveydenhuollon työntekijöille suhteellisen outo käsite. Olen pyynnöstä esitellyt keskeneräistä opinnäytetyötäni sekä Satakunnan alueen suuhygienisteille, että Turun ammattikorkeakoulun suuhygienisti - opiskelijoille. Ajatuksena on, että asiasta puhumalla saa ihmisten kiinnostuksen heräämään ja sitä kautta vähitellen juurrutettua voimavarakeskeistä toimintamallia osaksi työyhteisöjen toimintakäytäntöä.

Uudenlaisen vuorovaikutus- ja työkuulttuurin synnyttäminen edellyttää monista vanhoista toimintamalleista luopumista, on opittava pois kaikki tietävyydestä. Kun työntekijä ymmärtää elämän jatkuvana muutoksena hän kokee oman keskeneräisyytensä kannustavana, eteenpäin vievänä voimana. Hän on tällöin valmis muuttumaan ja kehittymään, olemaan oma itsensä. Siitähän tässä pohjimmiltaan on kyse, ihmisen kohtaamisesta toista arvostavana ja läsnä olevana henkilönä, omana itsenään. Vastavuoroinen osallistuminen johtaa parhaassa tapauksessa kummankin osapuolen tietoisuuden lisääntymiseen ja voimaantumiseen.

LÄHTEET

Anttila, P., 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina. Akatiimi Oy.

Anttila, P., 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina. Akatiimi Oy

Dunder, M. 2002, Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Sosiaali- ja terveysministeriö.

ETENE. Seminaarin loppuasiakirja. 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa [verkkojulkaisu] [viitattu 7.11.2008]. Saatavissa: www.etene.org/dokumentit

Grönholm, J., Virtanen, J. & Murtomaa, H. 2006, Äitien suuterveyskäyttäytyminen, asenteet ja tiedot Neuvolatutkimus kaksikielisillä alueilla, [verkkoartikkeli] Duodecim, [viitattu 15. 9 2007] saatavilla www.terveysportti.fi

Haresaku, S., Hanioka, T., Tsutsui, A., Yamamoto, M., Chou, T. & Gunjishima, Y. 2007. Long-term effect of xylitol gum use on mutans streptococci in adults.[verkkojulkaisu] [viitattu 15.10.2007] saatavilla www.ncbi.nlm.nih.gov

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita

Heikkilä, J. & Heikkilä, K., 2005 Voimaantuminen työyhteisön haasteena, Helsinki WSOY

Holgerson, PL, Sjöström,I., Steckse`n – Blicks, C. & Twetman, S. 2007. Dental plaque formation and salivary mutans streptococci in schoolchildren after use of xylitol-containing chewing gum.[verkkodokumentti] [viitattu 15.10.2007] saatavilla www.ncbi.nlm.nih.gov

Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Taloussuunnitelma vuosille 2007–2009

Hyötilä, M. 2007. Suuhygienistin kokemuksia ammattipätevyydestä suun terveyden tilan selvityksessä. Pro Gradu-Tutkielma Turun yliopisto.

Jakonen, S., Tossavainen, K. & Vertio, H., 2005 Lasten ja nuorten terveydenluktaidon oppiminen - haaste terveysneuvonnalle ja – opetukselle. Lääkärilehti 60 (27–29), 2891, 2896.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. IMPAKTI 6, 21.

Kaivola, T.& Launila, H., 2007 Hyvä työpaikka. Helsinki Yrityskirjat OY

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 [verkkojulkaisu] [viitattu 13.3.2008] saatavilla www.finlex.fi

Kasila, K. 2007. Schoolchildren's oral health counselling within the organisational context of public oral health care. Applying and developing theoretical and empirical perspectives. Jyväskylän yliopisto

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & PerkoU. 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Sairaanhoitaja-lehti 1, 19–22.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & PerkoU. 2006. Developing empowering health counseling measurement Preliminary results. [verkkolehti] Patient Education and Counseling. 64, 159–166. [viitattu 20.4.2008] Saatavilla; www.elsevier.com

Kettunen, T., 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteessä. Jyväskylän yliopisto

Koivuniemi, T., 2004 Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla, väitöskirja, Tampereen yliopisto

Krappe, S. Pelkolasten karieshoidossa porataan mieluummin kuin ehkäistään. Suomen hammaslääkäriseura Apollonia lehdistötiedote 12.09.2008

Kuokkanen L., 2007 Ajankohtainen työhyvinvointi Hoitajien arvio omasta kunnostaan. Sairaanhoitaja-lehti.

Law, V., Seow, WK., & Townsend, G. 2007. Factors influencing oral colonisation of mutans streptococci in young children. [verkkojulkaisu] [viitattu 15.10.2007] saatavilla www.ncbi.nlm.nih.gov

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005 Potilasohjausta kehittämässä - innostusta ja innovaatiota. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveydenedistämisen asiantuntijuutta. Jyväskylän yliopisto.

Mattila, M.-L., Ojanlatva, A., Räihä, H. & Rautava, P. 2005, Perhe hammashuollon asiakkaana, Suomen Hammaslääkärilehti 12(8), 492,496.

Mattila, M.-L. & Rautava, P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa? Duodecim; 123(7), 819–823.

Meurman, J. 2007 ETENEN seminaarimuistio; Suun terveys ja kansanterveys [verkkojulkaisu] [viitattu 22.3.2008] Saatavilla www.etene.org

Niiranen, V., Stenvall, J. & Lumijärvi, I., (2005) Kuntapalvelujen tuloksellisuuden arviointia, Otavan kirjapaino OY Keuruu

Nguyen, L., 2008. Dental Service Utilization, Dental Health Production and Equity in Dental Care: the Finnish Experience. Stakes, Research Report 173.

Palm Sari 2007. Kirjallinen kysymys; lasten ja nuorten hampaiden kunto [verkkojulkaisu] [viitattu 3.5.2008] Saatavilla

[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/vex4000.sh?\\${APPL}=veps7099&\\${BASE}=veps7099&\\${THWIDS}=21.13/1227447433_144035&\\${TRIPSHOW}=html=vex/vex5000+form=vex5000&\\${THWURLSAVE}=13/1227447433_144035&\\${savehtml}=thwfakta/vpasia/vex/vex.htm](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/vex4000.sh?${APPL}=veps7099&${BASE}=veps7099&${THWIDS}=21.13/1227447433_144035&${TRIPSHOW}=html=vex/vex5000+form=vex5000&${THWURLSAVE}=13/1227447433_144035&${savehtml}=thwfakta/vpasia/vex/vex.htm)

Perttilä, K., 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoidaja-lehti 4.

Petersen, P. & Nordrehaug - Åström, A. 2008 Terveyden edistäminen 2000-luvulla-periaatteita ja strategioita. *Hammaslääkäri* 3 (12), 42–50.

Pekkala, E., 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä- käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. [verkkodokumentti] Suomen sairaanhoidajaliitto. [viitattu 1.11.2008] saatavilla www.sairanhoidajaliitto.fi

Pienihäkkinen, K., 2007. Lasten ja nuorten kariksen hallinta. Turun yliopisto. Henkilöstön kehittämispäivä 2.3.2007 luentomuistiinpanot

Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta oppimaan oppimista. Jyväskylän yliopisto

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. Terveysviestintä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24–35

Rantanen, M. 2007. Potilasohjaus suun terveydenhuollossa suuhygienistin näkökulmasta. Pro Gradu -Tutkielma. Turun yliopisto.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. [verkkodokumentti] Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 10.10.2008] Saatavilla <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

Savolainen, E. & Koskinen, - Ollonqvist, P., 2005 Terveyden edistäminen esimerkein - käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry.

Siitonen, 1999, Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua Väitöskirja Oulun yliopisto

Sirviö, K. 2006, Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä, mukanaolosta vastuunottoon. Kuopion yliopisto

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2008, 16. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma vuosille 2008–2011. [viitattu 16.11.2008]. Saatavilla www.teroka.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. [verkkojulkaisu] Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:24, [viitattu 14.10.2008] Saatavilla <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/07/hu1216966641554/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. [verkkodokumentti] Opas työntekijöille. Saatavana myös painettuna. [viitattu 15.10.2007] Saatavilla www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta [verkkojulkaisu] [viitattu 15.10.2007] Saatavilla www.stm.fi

Sotkanet verkkopalvelu [verkkodokumentti] [viitattu 28.4.2008] Saatavilla www.stakes.fi

Suni, J. 2005. Lasten hammasterveydestä ei valtakunnallista luotettavaa tietoa - miksi? Lehdistöiedote. Suomen hammaslääkäriseura Apollonia.

Suomen Lääkäriliitto, 2005. Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus. Lääkärin etiikka.[verkkojulkaisu] [viitattu 6.10.2008] Saatavilla www.terveysportti.fi

Suominen - Taipale L., Nordblad A., Vehkalahti M. & Aromaa A, toim. Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 200-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.

Tervonen, M.-M., Poutanen, R. & Lahti, S. 2006, Ala-asteikäisten lasten vanhempien suun terveyteen liittyvät uskomukset sekä heidän lastensa suun terveystavat, Suomen Hammaslääkärilehti 13 (8), 454–458.

Torkkola, S.2002. Terveysviestintä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vilka, H. 2007 Tutki ja mittaa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Virtanen, P., 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki Edita Prima.

Vänskä, K., 2000. Jaettu asiantuntijuus - Näkökulmia terveysneuvonnan ohjauskusteluun. Licensiaatintutkimus Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tutkimusetiikka. 2007 [verkkojulkaisu], [viitattu 12.10.2008] Saatavilla http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html

YSA- Yleinen suomalainen asiasanasto. [verkkojulkaisu] Helsingin yliopisto. [viitattu 3.5.2008] Saatavilla <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/index.html>

Åstedt - Kurki, P., Jussila, A. -L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Saatekirje

LIITE 2 Arviointimittari A; asiakkaan arvio väittämiin

LIITE 3 Arviointimittari B; työntekijän arvio väittämiin

LIITE 4 Kysymyslomake

LIITE 5 Taulukot tilastollisesti merkitsevästä tuloksista

LIITE 6 Voimavarakyselylomake

LIITE 7 Avointen kysymysten luokittelemattomat vastaukset

Hyvä vastaaja

Teen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä Satakunnan ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Tarkoituksena on kehittää pienten lasten vanhempien kanssa käytyjä suun terveydenhuollon terveystakeskusteluja. Siihen liittyen on ohessa lomake, joka sisältää erilaisia juuri käytyyn neuvontakeskusteluun liittyviä väittämiä koskien sekä työntekijän että asiakkaan toimintaa keskustelun aikana. Väittämien oikealla puolella on ”kyllä”, ”ei” ja ”tällä kertaa en voi arvioida sarakkeet”, joihin toivon sinun ruksaavan oman arviosi väittämän todenperäisyydestä. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja vastauksia ei voida yhdistää yksittäiseen henkilöön. Kirjekuoret on numeroitu, koska sekä asiakas, että työntekijä arvioivat samaa neuvontakeskustelua omilla lomakkeillaan. Vastaamiseen menee aikaa noin 7 minuuttia.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja yksittäisen ihmisen henkilöllisyys tai perheen tiedot eivät kyselyssä tule esille. Vastauksianne käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua joulukuuhun 2008 mennessä.

Vastauslomakkeen voi sulkea kirjekuoreen ja jättää odotustilassa olevaan palautelaatikkoon.

Ystävällisin terveisin Eija Turumäki
suuhygienisti
Huittisten seudun thky

Arviointimittari A

LIITE 2

| A) Asiakkaan (lapsen vanhemman) arvio väittämiin | Kyllä % | Ei % | tällä kertaa ei voi arvioida % |
|--|--------------------|-----------------|---|
| 1 Työntekijän toiminta: Keskusteluodotuksen virittäminen | | | |
| huomioi tuntemuksiani | 90 | | 10 |
| auttoi minua osallistumaan keskusteluun | 100 | | |
| tarjosi minulle kysymisen mahdollisuutta | 100 | | |
| 2 Työntekijän toiminta: Positiivisen ilmapiirin rakentaminen | | | |
| rohkaisi minua puhumaan | 90 | | 10 |
| käytti ymmärrettävää kieltä | 98 | | 2 |
| oli kohtelias ja ystävällinen | 100 | | |
| osoitti kuuntelevansa minua | 100 | | |
| antoi mahdollisuuden ilmaista omia käsityksiä lapsen suun hoitoon liittyen | 98 | | 2 |
| 3 Työntekijän toiminta: Yksilöllisen tiedon tarjoaminen | | | |
| tarjosi tarvitsemaani tietoa | 100 | | |
| varmisti minun ymmärtäneen | 86 | 2 | 12 |
| rohkaisi minua osallistumaan keskusteluun | 90 | | 10 |
| otti huomioon perheen tämän hetkisen tilanteen | 80 | 2 | 18 |
| kysyi mielipiteitäni ja näkemyksiäni | 88 | 4 | 8 |
| 4 työntekijän toiminta: asiakkaan reflektion mahdollistaminen | | | |
| kysyi kysymyksiä, jotka auttoivat minua arvioimaan lapsen suun kotihoitoon liittyviä asioita | 94 | | 6 |
| 5 Työntekijän toiminta: Asiakkaan kompetenssin kunnioittaminen | | | |
| osoitti kunnioitusta mielipiteitäni kohtaan | 92 | | 8 |
| tuki minua lapsen suun hoitoon liittyvissä ratkaisuisissa | 96 | 2 | 2 |
| auttoi minua tekemään lapsen suun kotihoitoon liittyviä päätöksiä | 84 | 6 | 10 |
| 6. Oma toiminta (assertiivisuus): Avautuminen | | | |
| kerroin lapsen suun kotihoitoon liittyvät olennaiset asiat | 100 | | |
| vastasin kysymyksiin ilman, että minut keskeytettiin | 98 | 2 | |
| vastasin kysymyksiin avoimesti | 100 | | |
| puhuin mieltä askarruttavista asioista | 68 | 10 | 22 |
| kerroin omia mielipiteitäni ja käsityksiäni | 74 | 10 | 16 |
| kerroin perheen suunhoitotottumuksista | 82 | 10 | 8 |
| arvioin omaa toimintaani lapsen suun hoidossa | 92 | 4 | 4 |
| perustelin omia lapsen suun kotihoitoon liittyviä ratkaisujani | 66 | 20 | 14 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| 7 Oma toiminta (assertiivisuus): Kysyminen | | | |
| kysyin, jos en ymmärtänyt jotakin | 74 | 8 | 18 |
| kysyin suun hoitoon liittyviä kysymyksiä | 63 | 20 | 17 |
| 8 Oma toiminta (assertiivisuus): Keskeyttäminen | | | |
| otin puheenvuoron silloin kun halusin | 76 | 10 | 14 |
| ilmaisoin ellen ymmärtänyt jotakin | 66 | 6 | 28 |
| ilmaisoin, jos halusin jotakin toistettavan | 68 | 8 | 24 |

| B) Työntekijän arvio väittämiin | Kyllä % | Ei % | tällä kertaa ei voi arvioida % |
|---|--------------------|-----------------|---|
| 1 Oma toiminta; keskusteluodotuksen virittäminen | | | |
| huomioin asiakkaan tuntemuksia | 98 | 2 | |
| autoin asiakasta osallistumaan keskusteluun | 98 | 2 | |
| tarjosin asiakkaalle kysymisen mahdollisuutta | 88 | 12 | |
| 2 Oma toiminta: positiivisen ilmapiirin rakentaminen | | | |
| rohkaisin asiakasta puhumaan | 98 | 2 | |
| käytin ymmärrettävää kieltä | 98 | | 2 |
| olin kohtelias ja ystävällinen | 100 | | |
| osoitin kuuntelevani asiakasta | 100 | | |
| annoin mahdollisuuden ilmaista omia käsityksiä suun hoitoon liittyen | 100 | | |
| 3 Oma toiminta: Yksilöllisen tiedon tarjoaminen | | | |
| tarjosin asiakkaan tarvitsemaa tietoa | 94 | | 6 |
| varmistin asiakkaan ymmärtäneen | 84 | 10 | 6 |
| rohkaisin asiakasta esittämään kysymyksiä | 96 | 2 | 2 |
| otin huomioon perheen tämänhetkisen tilanteen | 80 | 16 | 4 |
| kysyin asiakkaan mielipiteitä ja näkemyksiä | 90 | 8 | 2 |
| 4 Oma toiminta: Asiakkaan reflektion mahdollistaminen | | | |
| kysyin kysymyksiä, jotka auttoivat asiakasta arvioimaan lapsen suun kotihoitoon hoitoon liittyviä asioita | 100 | | |
| 5. Oma toiminta. Asiakkaan kompetenssin kunnioittaminen | | | |
| osoitin kunnioitusta asiakkaan mielipiteitä kohtaan | 98 | | 2 |
| tuin asiakasta lapsen suun hoitoon liittyvissä ratkaisuisa | 96 | | 4 |
| autoin asiakasta tekemään lapsen suun kotihoitoon liittyviä päätöksiä | 84 | 4 | 12 |
| 6 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Avautuminen | | | |
| kertoi lapsen suun kotihoitoon liittyvät olennaiset asiat | 100 | | |
| vastasi kysymyksiini niin, etten keskeyttänyt | 94 | 4 | 2 |
| vastasi kysymyksiini avoimesti | 98 | 2 | |
| puhui mieltään askarruttavista asioista | 68 | 22 | 10 |
| kertoi omia mielipiteitään ja käsityksiään | 80 | 18 | 2 |
| kertoi perheen suunhoitotottumuksista | 82 | 14 | 2 |
| arvioi omaa toimintaansa lapsen suun hoidossa | 96 | 4 | |
| perusteli omia lapsen suun kotihoitoon liittyviä ratkaisujaan | 84 | 14 | 2 |
| 7 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Kysyminen | | | |

| | | | |
|--|----|----|----|
| kysyi, jos ei ymmärtänyt jotakin | 46 | 20 | 34 |
| | | | |
| kysyi suun hoitoon liittyviä kysymyksiä | 44 | 54 | 2 |
| 8 Asiakkaan toiminta (assertiivisuus): Keskeyttäminen | | | |
| otti puheenvuoron silloin kun halusi | 96 | 4 | |
| ilmaisi, ellei ymmärtänyt jotakin | 58 | 12 | 30 |
| ilmaisi, jos halusi jotain toistettavan | 34 | 42 | 22 |

Ruksaa sopivin vaihtoehto

9. Mitä mielestäsi olisi neuvontatilanteessa pitänyt tehdä toisin?-----

10. Lapsen ikä-----vuotta

11. Oliko lapseltanne n. 2-vuotiaana otetun Streptococcus mutans bakteerinäytteen tulos

11.1 positiivinen (+) ?

11.2 negatiivinen (-)?

11.3 ei ole tutkittu

11.4 en tiedä

12. Onko lapsellanne ollut reikiä hampaissaan ?

12.1 kyllä

12.2 ei

13. Lapsen seurassa neuvontatilanteessa oli

13.1 äiti

13.2 isä

13.3 isovanhempi

13.4 joku muu kuka?-----

14 Harjaan itse hampaani

14.1 kaksi kertaa päivässä

14.2 kerran päivässä

14.3 harvemmin

15 Jotain muuta mitä haluaisit vielä tuoda esille?-----

Kiitos vastauksistasi

Taulukko 1. Asiakkaiden ja työntekijöiden arviot siitä, miten yleisesti asiakkaat perustelivat lapsen suun hoitoon liittyviä ratkaisujaan neuvontakeskusteluissa

| 6.8 perustelin lapsen suunhoitoon liittyviä ratkaisuja | asiakas | asiakas | työntekijä | työntekijä | Yht. |
|--|----------|-----------|------------|------------|------|
| | <i>f</i> | <i>f%</i> | <i>f</i> | <i>f%</i> | |
| kyllä | 33 | 66 | 42 | 84 | 75 |
| ei/ ei voi arvioida | 17 | 34 | 8 | 16 | 25 |
| F | 50 | 100 | 50 | 100 | 100 |

P-arvo = 0,0377 Tilastollisesti melkein merkitsevä

Taulukko 2 Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset siitä, miten yleisesti asiakkaat kysyivät, mikäli eivät ymmärtäneet jotain.

| 7.1 kysyi, jos ei ymmärtänyt jotakin | asiakas | asiakas | työntekijä | työntekijä | Yht. |
|--------------------------------------|----------|-----------|------------|------------|------|
| | <i>f</i> | <i>F%</i> | <i>f</i> | <i>F%</i> | |
| kyllä | 37 | 74 | 23 | 46 | 60 |
| ei/ ei voi arvioida | 13 | 26 | 27 | 54 | 40 |
| F | 50 | 100 | 50 | 100 | 100 |

P-arvo = 0,0043 Tilastollisesti merkitsevä

Taulukko 3 Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset siitä, miten yleisesti asiakkaat ottivat puheenvuoron halutessaan

| 8.1 otti puheenvuoron halutessaan | asiakas | asiakas | työntekijä | työntekijä | Yht. |
|-----------------------------------|----------|-----------|------------|------------|------|
| | <i>f</i> | <i>f%</i> | <i>f</i> | <i>f%</i> | |
| kyllä | 38 | 76 | 48 | 96 | 86 |
| ei /ei voi tällä kertaa arvioida | 12 | 24 | 2 | 4 | 14 |
| F | 50 | 100 | 50 | 100 | 100 |

P-arvo = 0,004 Tilastollisesti merkitsevä

Taulukko 4. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset siitä, miten yleisesti asiakas ilmaisi, jos halusi jotain toistettavan.

| 8.3 ilmaisi, jos halusi jotain toistettavan | asiakas | asiakas | työntekijä | työntekijä | Yht. |
|---|----------|-----------|------------|------------|------|
| | <i>f</i> | <i>f%</i> | <i>f</i> | <i>f%</i> | |
| kyllä | 34 | 68 | 17 | 34 | 51 |
| ei/ ei voi arvioida | 16 | 32 | 33 | 66 | 49 |
| F | 50 | 100 | 50 | 100 | 100 |

P-arvo = 0,0007 Tilastollisesti erittäin merkitsevä

Voimavarakysely

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää suun terveydenhuollon neuvontakeskusteluja voimavarakeskeiseen suuntaan. Siihen liittyen toivoisin sinun mieltävän seuraavia asioita.

Mitkä ovat ammatillista jaksamistasi ja kehittymistäsi edistäviä tekijöitä työyhteisössä?

Mitkä ovat ammatillista jaksamistasi ja kehittymistäsi estäviä tekijöitä työyhteisössä?

Voit kirjata vastaukset tähän lomakkeeseen. Palautukset nimettöminä 26.9 mennessä. Kiitos vastauksistasi.

Eija

Luokittelemattomat vastaukset

Työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä edistäviä tekijöitä työyhteisössä

keskinäinen toisten työn arvostus

mukavat työkaverit

hyvät työvälineet

joustavat työajat

se, että yrittää myös toteuttaa saamiaan oppeja

säännölliset yhteiset kokoontumiset

koulutuksessa saadun uuden tiedon tuominen kaikkien tietoon

Työntekijöiden ammatillista jaksamista ja kehittymistä estäviä tekijöitä työyhteisössä

henkilökohtaiset terveydelliset (fyysiset rajoitukset)

tulossa olevat kuntayhteistyöhön liittyvät ongelmat

esimiehen kiinnostuksen puute eli ei välitä innostaa tai kannustaa muita

riidat

yhteisten tavoitteiden ja toimintatapojen puute

työyhteisön negatiivinen suhtautuminen koulutukseen

henkilöstöpulan vuoksi tavoitteiden määrittely tapahtuu henkilöstön, ei asiakkaiden

tarpeiden perusteella

liian paljon aikaa menee muille ammattiryhmille kuuluvien tehtävien tekemiseen