

Helinä Männistö & Anna Raininko

MAAHANMUUTTAJAPERHEIDEN KOKEMUKSIA ÄITIYS- JA
LASTENNEUVOLAPALVELUISTA

Hoitotyön koulutusohjelma
2018

Männistö, Helinä & Raininko, Anna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2018
Sivumäärä: 85
Liitteitä: 5

Asiasanat: maahanmuuttajat, perheet, neuvolat, monikulttuurisuus, terveyden edistäminen, neuvonta, ohjaus, terveystarkastukset, kotikäynnit

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajaperheiden kokemuksia Rauman äitiys- ja lastenneuvolapalveluista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitajat voivat toteuttaa terveydenhoitotyötä maahanmuuttajalähtöisesti ja kehittää palveluita maahanmuuttajille sopiviksi.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan kvantitatiivinen, ja aineisto kerättiin tätä opinnäytetyötä varten laaditun kyselylomakkeen avulla. Terveydenhoitajat jakoivat lomakkeita vanhemmille (N=47) terveystarkastusten yhteydessä ja ne palautettiin neuvolaan joko postitse tai suoraan palautuslaatikkoon. Kohderyhmänä olivat Rauman neuvolapalveluita käyttäneet perheet, joissa ainakin toinen vanhemmista oli muuttanut Suomeen toisesta maasta. Vastauksia tuli 12, joista suurin osa oli äitien täyttämiä. Yhden lomakkeen oli täyttänyt isä ja yhden vanhemmat yhdessä. Vastausprosentti oli 25. Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja avoimet kysymykset sisällön analyysillä.

Tulosten mukaan neuvolakäyntien määrää ja kestoja pidettiin sopivina. Neuvolan ilmapääpiiri ja vuorovaikutus terveydenhoitajan kanssa koettiin hyväksi. Raskaudesta, ravitsemuksesta, rokotuksista, lapsen hoidosta sekä lapsen kasvusta ja kehityksestä oli saatu riittävästi tietoa ja ohjausta. Eniten puutteita havaittiin raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen, parisuhdeasioiden, perhe- ja lähisuhdeväkivallan sekä liikunnan käsittelyssä. Kotikäyntien määrään ja sisältöön oltiin pääosin tyytyväisiä. Ryhmämuotoiseen toimintaan vastaajat eivät olleet osallistuneet. Perhevalmennusta oli tarjottu yhdelle perheelle. Lastenneuvolan vertaisryhmätoimintaa ei ollut tarjottu vastaajille. Maahanmuuttajaperheet toivoivat enemmän englanninkielistä materiaalia ja opetusta.

Jatkossa olisi hyvä tutkia myös pakolaisten ja englantia taitamattomien asiakkaiden sekä lasten kokemuksia neuvolasta. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon maahanmuuttaja-asiakkaat ovat kokeneet väkivaltaa jossain muodossa, kuinka siihen on puututtu, millaista tukea he ovat saaneet sekä miten näitä kokemuksia olisi hyvä käsitellä. Maahanmuuttajaperheiden parisuhdetyytyväisyyttä ja sen vaikutusta koko perheen hyvinvointiin voisi myös tutkia. Olisi tärkeää selvittää, miten myös maahanmuuttajien parisuhdetta voitaisiin neuvolassa paremmin tukea. Tulevaisuudessa tärkeä projekti olisi laatia englanninkielisiä oppaita ja materiaalia esimerkiksi perhevalmennuksen pohjalta. Tämän kyseisen tutkimuksen voisi tehdä muutaman vuoden kuluttua uudelleen kyselylomakkeen korjattua versiota käyttäen. Näin olisi mahdollista vertailla ja havaita, mihin suuntaan asiat ovat kehittyneet. Samankaltaisen tutkimuksen voisi tehdä myös laadullisena tutkimuksena.

IMMIGRANT FAMILIES' EXPERIENCES OF THE MATERNITY CLINIC AND CHILD HEALTH CENTRE

Männistö, Helinä & Raininko, Anna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

February 2018

Number of pages: 85

Appendices: 5

Keywords: immigrants, families, mother-child clinic, multiculturalism, health promotion, counselling, guidance, health examinations, home visits

The purpose of this thesis was to figure out what kind of experiences immigrant families have with maternity- and child health services of Rauma. The goal was to provide information to help nurses carry out with immigrant-friendly healthcare, and to enhance health services to suite immigrants.

The thesis was quantitative and all data were collected through a questionnaire. Nurses handed out the questionnaires to parents (N=47) during health check-ups and they were returned to the mother-child clinic either by mail or straight into the 'return boxes'. The target group of the research consisted of the mother-child clinic using families with at least one parent from a foreign country. We received 12 responses to the questionnaire, most of which were filled out by the mother. One of the questionnaires was filled out by the father and one was filled out by both parents together. The response rate was 25 percent. The data were analyzed statistically and a content analysis was done for the open response questions.

According to the results, the number of required visits to the mother-child clinic and also the length of the visits were considered appropriate. The atmosphere there and the interaction with the public health nurses were considered good. Enough information and guidance were given on pregnancy, nutrition, vaccination, child care and child growth and development. Postpartum depression, relationship matters, domestic violence and exercise were lacking in discussion the most. The respondents were mostly satisfied with the amount of home visits. None of the respondents had participated in any group activity. Parent training had been offered to one family. The child health clinic's support group activity had not been offered to any of the respondents. The immigrant families wished to get more material and teaching in English.

In the future it would be good to study the experiences with mother-child clinic of children, refugees and clients who do not speak English. It would be interesting to examine how much violence, in any form, have immigrant clients experienced - how has it been interfered with, what kind of support have they received and how should these experiences be dealt with. Immigrant couples' satisfaction with their relationship and its' effects on the whole family could also be studied. It would be important to figure out how also immigrant couples' relationships could be supported better at mother-child clinics. An important project in the future would be to write guide books and other material in English, for the use of parent training for example. This same

study could be conducted again in a few years, using a fixed version of the questionnaire. Therefore it would be possible to compare and observe in which direction progress has been made. A similar study could be done as a qualitative study.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	MAAHANMUUTTAJAPERHE JA NEUVOLATYÖ.....	8
2.1	Neurolakäynnit.....	13
2.1.1	Käyntien määrä.....	13
2.1.2	Käyntien tekijät.....	14
2.1.3	Käyntien sisällöt.....	21
2.2	Kotikäynnit.....	32
2.3	Ryhmät.....	34
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA.....	37
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	38
4.1	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen.....	38
4.2	Aineistonkeruu.....	40
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	41
5	TULOKSET.....	42
5.1	Taustatiedot.....	42
5.2	Neurolakäynnit.....	45
5.2.1	Äitiysneuvola.....	45
5.2.2	Lastenneuvola.....	48
5.3	Kotikäynnit.....	52
5.3.1	Äitiysneuvola.....	52
5.3.2	Lastenneuvola.....	53
5.4	Ryhmät.....	54
5.5	Kehittämisehdotukset.....	54
5.5.1	Äitiysneuvola.....	55
5.5.2	Lastenneuvola.....	55
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	56
6.1	Tulosten tarkastelu.....	56
6.1.1	Kokemuksia äitiysneuvolapalveluista.....	56
6.1.2	Kokemuksia lastenneuvolapalveluista.....	61
6.1.3	Kokemuksia kotikäynneistä.....	65
6.1.4	Kokemuksia ryhmämuotoisesta toiminnasta.....	66
6.1.5	Kehittämisehdotuksia.....	67
6.2	Eettiset kysymykset.....	69
6.3	Luotettavuuden pohdinta.....	72
6.4	Jatkotutkimusideat ja kehittäminen.....	76

6.5 Oman osaamisen kehittyminen	77
LÄHTEET	78
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vuonna 2014 Suomen väestöstä neljä prosenttia oli ulkomaalaisia. Heistä suurin osa oli virolaisia ja venäläisiä. (Miettinen & Salo 2016b.) Vuonna 2012 Suomessa oli yli 90 000 perhettä, joissa ainakin toinen vanhempi oli vieraskielinen (Miettinen & Pelkonen 2016). Suomeen muuttaa eniten 25–44-vuotiaita ihmisiä (Miettinen & Salo 2016a), mikä tarkoittaa lisää asiakkaita neuvolapalveluiden piiriin.

Neuvolapalveluiden kohderyhmänä ovat lasta odottavat perheet, alle kouluikäiset lapset sekä heidän perheensä. Neuvolapalveluihin kuuluu näiden kohderyhmien terveyden seuranta ja hyvinvoinnin tukeminen, ympäristön ja elintapojen terveellisuuden edistäminen sekä tuen ja jatkotutkimusten tarpeen tunnistaminen ja niihin ohjaaminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 15§.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajaperheiden kokemuksia Rauman äitiys- ja lastenneuvolapalveluista. Suurin osa Raumalle muuttavista perheistä tulee jonkun perheenjäsenenä, yleensä isän, työn perässä. Lisäksi kaupungissa on pakolaisia ja turvapaikanhakijoita. (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2016.) Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitajat voivat toteuttaa terveydenhoitotyötä maahanmuuttajalähtöisesti ja kehittää palveluita maahanmuuttajille sopiviksi. Opinnäytetyön tilaaja on Rauman sosiaali- ja terveystieteiden virasto, ja työ tehdään yhteistyössä Nortamon perhekeskuksen kanssa.

Aiheen tutkiminen on tärkeää, koska erilaisista kulttuureista lähtöisin olevien asiakkaiden määrä kasvaa nopeasti terveydenhuollossa. Sen myötä terveydenhuoltohenkilöstön kulttuurisen osaamisen kehittämisen tarve kasvaa. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 7.) Haluamme tulevaisuudessa itse terveydenhoitajina kohdata ja hoitaa maahanmuuttaja-asiakkaita mahdollisimman hyvin. Kansainvälisyysosaamisen lisäksi opinnäytetyöprosessi kehittää myös meidän tietojamme yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaamisesta. Opimme yksilön ja perheen vaikutuksista toisiinsa sekä kuinka yksilön terveyden edistäminen lisää koko perheen hyvinvointia ja päinvastoin. Kehitymme myös päätöksenteossa ja tiimityöskentelyssä.

2 MAAHANMUUTTAJAPERHE JA NEUVOLATYÖ

Tutkimuksissa ja tilastoissa *maahanmuuttaja*-käsitteellä tarkoitetaan yleensä Suomeen muuttanutta henkilöä, joka aikoo asua maassa pidempään (Miettinen 2016). Laki määrittelee maahanmuuttajan Suomeen muuttaneeksi henkilöksi, joka ei ole maassa matkailijana tai muun lyhytaikaisen syyn vuoksi, tai jolla on rekisteröity oleskeluoikeus tai oleskelukortti (Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010, 3§). Toisen sukupolven maahanmuuttaja on itse syntynyt Suomessa, mutta toinen tai molemmat vanhemmista ovat muuttaneet Suomeen jostain muualta. Paluumuuttaja on henkilö, joka on aiemmin muuttanut pois Suomesta ja palaa taas lähtömaahansa. Turvapaikanhakija anoo Suomesta turvapaikkaa kotimaassaan kokemansa vainon vuoksi. Pakolainen taas pelkää joutuvansa vainotuksi kotimaassaan. Siirtotyöläinen on henkilö, joka muuttaa lyhyeksi ajanjaksoksi Suomeen töihin. Tällaisia ovat esimerkiksi marjanpoimijat, joita ei lyhyen ajan vuoksi tutkimuksissa ja tilastoissa katsota maahanmuuttajiksi. (Miettinen 2016.)

Tilastokeskuksen määritelmän mukaan *perheen* muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt sekä heidän lapsensa. Perheen voivat muodostaa myös toinen vanhemmista lapsineen, avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Perheen määritelmään eivät kuulu perheen ulkopuoliset henkilöt, jotka asuvat samassa taloudessa, vaikka he olisivat sukulaisia. Siihen eivät kuulu myöskään yhdessä asuvat sisarukset, serkkuset tai yksin asuvat henkilöt. Korkeintaan kaksi perättäistä sukupolvea voivat muodostaa perheen. Perheet, joiden kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi, ovat *lapsiperheitä*. (Tilastokeskuksen www-sivut 2016.) Emotionaaliselta kannalta katsottuna perhe voi olla myös sosiaalinen yhteisö, jonka muodostavat toisilleen läheiset henkilöt. Perhe voidaan määritellä eri tavalla eri aikoina ja eri kulttuureissa. Perhetyyppinä on monia erilaisia ja siksi perheen määritelmä ei ole aina yksiselitteinen. (Lindholm 2007b, 23.)

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hyvään terveydenhoitoon ilman minkäänlaista syrjintää. Asiakkaan äidinkieli, kulttuuri ja muut yksilölliset tarpeet on huomioitava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 3.) Kuntapaikan saaneella maahanmuuttajalla on oikeus sosiaali- ja terveystalouteen kansalaisuudestaan riippumatta. Kiireellistä sairaanhoitoa annetaan henkilön asuinpaikasta riippumatta

kaikille. Kiireellistä sairaanhoitoa on myös kiireellinen suunterveydenhuolto, mielen-terveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki. (THL:n www-sivut 2017.)

Alaikäiset turvapaikanhakijat ovat samoin perustein oikeutettuja terveydenhuoltoon kuin kuntalaiset. Kaikissa kunnissa tulee taata lasten, koululaisten ja raskaana olevien naisten pääsy julkisiin ennalta ehkäiseviin terveystalouteihin. Turvapaikanhakijalapsia ohjataan kunnalliseen lastenneuvolaan. (THL:n www-sivut 2017.)

Kulttuuri sisältää käyttäytymisen, kielen, pukeutumisen, ruoan, viestintätavan, arvot, normit, asenteet ja uskomukset (Husu 2007, 394). Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi muuttosyy, sosioekonominen asema, kielitaito, ikä, kulttuuri ja uskonto (THL:n www-sivut 2017). Toiseen kulttuuriin kuuluvan asiakkaan hyvä hoitaminen edellyttää terveydenhoitajalta herkkyyttä, tietoa ja taitoa. Kulttuurisensitiivinen hoitaja tunnistaa omat ennakkoluulonsa ja -asenteensa. (Koski, Abdulla, Rinne, Kantasalmi, Sevon & Palukka 2007, 17–18.)

Turtiainen ja Hiitola (2015, 3) ovat selvittäneet, miten peruspalvelut vastaavat Suomeen muuttaneiden perheiden tarpeita. He haastattelivat perheammattilaisia (n=53), vanhempia (n=24) ja maahanmuuttajayhteisöjen kanssa toimivia asiantuntijoita (n=2). Haastatteluita tehtiin Vantaalla, Jyväskylässä, Kokkolassa, Vaasassa ja Pietarsaareissa. Turtiainen ja Hiitola toteavat, että neuvolapalvelut auttavat perheitä kiinnittymään osaksi suomalaista yhteiskuntaa. Perheet, jotka tulevat Suomeen toisen vanhemman työn perässä, voivat jäädä neuvolapalveluiden ulkopuolelle. Turvapaikanhakijoiden jääminen Suomeen on vielä epävarmaa, joten he ovat tässä suhteessa erityisen haavoittuvassa asemassa.

Koskimies ja Mutikainen (2008, 2, 77) ovat tutkineet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin maahanmuuttaja-asiakkaiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia maahanmuuttajista asiakkaista. Tutkimusaineistoina olivat kotimaiset opinnäytetyöt vuosilta 2000–2007 (N=14). Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa maahanmuuttajat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin.

Valtioneuvoston asetuksen (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2011, 5§) mukaan kunnan on järjestettävä määräaikaista terveystarkastuksia

kaikille ennalta määriteltyihin ryhmiin kuuluville henkilöille sekä lisäksi yksilöllisestä tarpeesta johtuvia tarkastuksia. Kunnan tulee järjestää *neuvolapalvelut* lasta odottaville äideille ja perheille sekä alle kouluikäisille lapsille ja heidän perheilleen. Neuvolapalvelut pitävät sisällään raskauden, sikiön kasvun ja raskaana olevan äidin terveyden seurannan; lapsen ja lapsen suun terveyden seurannan ja edistämisen; vanhemmuuden ja perheen hyvinvoinnin tukemisen; kasvuympäristön ja elintapojen terveyden edistämisen sekä tuen ja jatkotutkimusten tarpeen aikaisen tunnistamisen ja niihin ohjaamisen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 15§.)

Neurolamalleja on yleisesti kahdenlaista: erillistä äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa sekä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa. Erillisessä mallissa perhe siirtyy lapsen syntymän jälkeen äitiysneuvolasta lastenneuvolan asiakkaaksi. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa seuranta jatkuu samassa neuvolassa raskauden alusta aina lapsen koulun alkua saakka. (Tuominen 2016, 9-10.) Raumalla äitiysneuvola ja lastenneuvola ovat samassa rakennuksessa Nortamon perhekeskuksessa, mutta toimivat erillään toisistaan eri kerroksissa. Äitiys- ja lastenneuvoloissa on pääosin eri terveydenhoitajat. (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2016.)

Äitiysneuvolan tehtävänä on tunnistaa mahdollisimman varhain raskauden riskitekijät ja ongelmat sekä tukea vanhempien voimavaroja ja terveyttä. Äitiysneuvola järjestää neuvolakäyntien lisäksi kotikäyntejä ja perhevalmennusta. Tavoitteena on, että vanhemmat saavat tukea vanhemmuuteen valmistautumiseen ja osaavat edistää terveys-tottumuksiaan. (Pelkonen 2013, 16–17.) Tavoitteena on myös koko perheen terveys ja hyvinvointi sekä kansanterveyden edistäminen. Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on, että vanhemmat tietävät, miten raskaus, synnytys ja lapsen saaminen muuttavat elämää ja saavat valmiuksia näihin muutoksiin. Vanhempien tulisi tietää, mistä he saavat tarvittaessa apua ja tukea. Tavoitteena on, että vanhemmat kokevat tullessa kuuluksi ja pystyvät puhumaan omasta epävarmuudestaan (THL:n [www-sivut](http://www.thl.fi) 2015.)

Neuvolassa työmuotoina ovat odottavan äidin, lapsen ja perheen terveystapaamiset (Lindholm 2007a, 113), terveyskeskustelu, puhelinneuvonta, kotikäynnit, ryhmämuotoinen toiminta sekä neuvolan sisäinen ja ulkoinen yhteistyö (Honkanen ym. 2015, 230, 234).

Määräaikaissa terveystarkastuksissa kartoitetaan molempien vanhempien terveys ja annetaan terveysneuvontaa. Jokaisella käynnillä tehdään perustutkimukset, kuten verenpaine, ja selvitetään äidin vointia. Käynneillä puhutaan lähestyvän synnytyksen herättämistä tuntemuksista, peloista ja huolista sekä puhutaan jo hyvissä ajoin synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä ja imetyksestä. (Ellilä, Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 103–106.)

Laajassa terveystarkastuksessa toivotaan molempien vanhempien olevan paikalla. Käynnillä käydään läpi Lasta odottavan perheen voimavaralomake. Mielialaa kartoittava EPDS-seula ja alkoholinkäyttöä mittaava Audit-testi tehdään molemmille vanhemmille. (Ellilä ym. 2013, 104.) Laaja terveystarkastus huomioi entistä laajemmin koko perheen kokonaisuutena, muun muassa sisarusten hyvinvoinnin. Käynnillä keskustellaan perherakenteesta, kasvatuksesta ja tulevan lapsen elinoloista. Lopuksi tiivistetään vanhempien, terveydenhoitajan ja lääkärin näkökulmat ja tehdään niiden pohjalta suunnitelma jatkoa ajatellen. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2013, 109–111.)

Synnytyksen jälkeisen terveystarkastuksen voi tehdä joko neuvolassa tai kotikäyntinä (Ellilä, Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 106). Jälkitarkastuksessa selvitetään äidin toimimista, imetyksen sujumista ja synnytyksen jälkeisen ehkäisyn tarvetta (Ellilä, Jouhki & Raussi-Lehto 2013, 133).

Lastenneuvolatoiminta kohdistuu kaikkiin lapsiin ja on kaikkien lapsiperheiden saatavilla. Toiminnan tulee olla perhekeskeistä ja asiakkaan tarpeista lähtevää. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2013, 84.) Lastenneuvolan tehtävänä on edistää alle kouluikäisten lasten ja heidän perheittensä terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveyseroja perheiden välillä (THL:n www-sivut 2015). Lastenneuvolan tehtävänä on lisäksi osallistua palveluiden ja hoitoketjujen kehittämiseen ja arviointiin terveyskeskuksen tasolla. Kunnan tasolla lastenneuvolan tehtävänä on tuntee lapsiperheitä koskevat palvelut ja osallistua niiden suunnitteluun sekä päätöksentekoon. Tavoitteena on perheiden hyvinvoinnin paraneminen. Lastenneuvolatoiminnassa ensisijainen päämäärä on lapsen etu. Jotta tämä saavutettaisiin, tulee kaikkiin lapsen hyvinvointia uhkaaviin tekijöihin puuttua. Tavoitteena on, että jokainen lapsi saa riittävän huolenpidon ja tukea oman persoonallisuutensa kehittämiseen. (Lindholm 2007a, 113–116.)

Lastenneuvolan toimintaan sisältyy erityisesti lapsen kasvun ja kehityksen seuranta, sairauksien, kehityshäiriöiden ja muiden poikkeavuuksien varhainen tunnistaminen, rokotusohjelman toteuttaminen, terveysneuvonta ja koko perheen psykososiaalinen tuki. Lastenneuvolassa tarjotaan tukea vanhemmille parisuhteen hoitamisessa, lapsilähtöisessä kasvatuksessa ja lapsen hyvässä huolenpidossa. (Honkanen, Mellin & Haarala 2015, 233–234.)

Määräaikaiset terveystarkastukset ovat yksi lastenneuvolan perustehtävistä. Terveystarkastuksissa seurataan lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä. (Honkanen, Mellin & Haarala 2015, 234.) Määräaikaisiin terveystarkastuksiin kuuluvat sairauksien ja poikkeamien seulonnat (Lindholm 2007a, 114). Terveystarkastuksissa kiinnitetään huomiota perheen kykyyn tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Lastenneuvolassa tapahtuva terveysneuvonta on suunnattu koko perheelle, sillä vanhemmillä on vastuu perheen elintavoista ja turvallisen elämän edellytyksistä sekä lapsen kasvun ja kehityksen tukemisesta. (Honkanen, Mellin & Haarala 2015, 234–235.)

Sorvari, Kangasniemi ja Pietilä (Sorvari, Kangasniemi & Pietilä 2015, 23–29) ovat tutkineet laadullisena tutkimuksena maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden terveyden edistämistä lastenneuvolassa. Tutkimusaineisto on kerätty maahanmuuttajataustaisilta vanhemmilta (n=12) loka-marraskuussa 2011. Haastattelut toteutettiin teema-haastatteluilla. Tulosten mukaan maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden terveyden edistämässä on keskeistä, että terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät maahanmuuton merkityksen ja vaikutuksen perheeseen, perheen terveyteen ja arkeen. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kokivat, että heidän perheensä avuntarvetta ja maahanmuuton aiheuttamia merkityksiä arkeen ei tunnisteta terveydenhuollossa. Maahanmuuttajataustaiset vanhemmat kokivat tarvitsevänsä erityisesti tietoa eri palvelujärjestelmien toiminnasta Suomessa ja kuinka kyseisiin palveluihin voi hakeutua. Tukea ja apua ei osattu hakea, kun ei ollut tiedossa, millaisia palveluja on saatavilla. Haastattelut pitivät terveyden edistämässä merkittävänä tekijänä luottamuksellista asiakassuhdetta. Tulosten perusteella maahanmuuttajataustaiset vanhemmat eivät halua, että hoitotyössä korostetaan heidän erilaisuuttaan, mutta arvostavat tasa-arvoista kohtelua, johon sisältyy ymmärrys siitä, mitä kulttuuri, uskonto, perhe ja terveys merkitsevät asiakkaana olevalle perheelle.

2.1 Neuvolakäynnit

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut tavoittavat lähes kaikki lapset ja lapsiperheet. Palvelujärjestelmä luo mahdollisuuden lasten ja perheiden säännölliselle tapaamiselle, jolloin terveystarkastukset ja -neuvonta tapahtuvat saumattomassa jatkumossa. (Honkanen, Mellin ja Haarala 2015, 220.)

Kamppila ja Kvist (2016, 20) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen maahanmuuttajanaisten voimavaroista ja heitä kuormittavista tekijöistä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 15 artikkelia, joista 14 olivat laadullisia haastattelututkimuksia ja yksi määrällinen kyselytutkimus. Artikkelit analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan neuvolapalveluiden käyttö tulee tehdä maahanmuuttajille mahdollisimman helpoksi ja esteitä palveluiden piiriin pääsemiselle ei saisi syntyä. Tiedonsaanti palveluista on turvattava ja asiakkaiden näkemyksiä siitä, mitä he odottavat terveysterveyspalveluilta, on kuunneltava.

Neuvolatyön mitoituksessa tulisi huomioida monikulttuuriset asiakkaat. Niukat resurssit voivat estää maahanmuuttajaperheiden tukemisen, vaikka he monesti tarvitsevat erityistä tukea. (Husu 2007, 393.) Maahanmuuttajia hoitavalla terveydenhoitajalle tulee olla määrällisesti vähemmän asiakkaita (THL:n www-sivut 2015).

Perhe käy äitiysneuvolassa vähintään 9-10 kertaa (Ellilä, Hakulinen-Viitanen, Soininmäki, Korpilahti & Pelkonen 2013, 96–102) ja lastenneuvolassa 15 kertaa (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 9§). Käyntien vastaanottajina ja toteuttajina ovat terveydenhoitaja, lääkäri tai he yhdessä (THL:n www-sivut 2015). He antavat terveysneuvontaa eri aihealueista, seuraavat ja edistävät terveyttä sekä ohjaavat tarvittaessa jatkotutkimuksiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 15§).

2.1.1 Käyntien määrä

Ensisynnyttäjälle tarjotaan vähintään yhdeksän ja uudelleen synnyttäjälle kahdeksan määrääikaista terveystarkastusta äitiysneuvolassa. Lisäksi jokaisella perheellä on oi-

keus vähintään yhteen laajaan terveystarkastukseen raskausaikana sekä tarpeen mukaan lisäkäynteihin. Käynnit kestävät normaalisti puolesta tunnista puoleentoista. (Elilä, Hakulinen-Viitanen, Soininmäki, Korpilahti & Pelkonen 2013, 96–102.) Vierasta kieltä puhuville asiakkaille tulisi varata 1,5-kertainen aika (Säävälä 2013, 209).

Asetuksen (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 9§) mukaan kunnan on järjestettävä lapselle ensimmäisen ikävuoden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta, joihin sisältyy kaksi lääkärintarkastusta lapsen ollessa 4-6 viikon ja kahdeksan kuukauden ikäinen sekä laaja terveystarkastus neljän kuukauden iässä. Lapselle tulee järjestää tämän ollessa 1-6 vuoden ikäinen vähintään kuusi terveystarkastusta. Niihin tulee sisältyä laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja 4 vuoden iässä. Yhteen terveystarkastukseen tulee sisällyttää terveydenhoitajan arvio suun terveyden tilasta.

2.1.2 Käyntien tekijät

Neuvolan keskeiset työntekijät ovat terveydenhoitaja ja lääkäri. Heidän lisäksi neuvolassa voi olla esimerkiksi perhetyöntekijöitä ja erityistyöntekijöitä. (THL:n www-sivut 2015.) Terveydenhoitaja on perhehoitotyön ammattilainen, joka on saanut korkeakoulutuksen neuvolatyöhön (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 279-281). Terveydenhoitajan vastuulla on hoitotieteellinen taso. Hänen tehtävänä on terveyden seuranta ja edistäminen (THL:n www-sivut 2015.)

Hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä on neuvolatyön perusta. Hyvään vuorovaikutussuhteeseen kuuluvat luottamuksellisuus, kiireettömyys, perheen yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, terveydenhoitajan asiantuntevuus, keskustelu, kuuntelu ja myönteinen ilmapiiri. Molemminpuoliseen tutustumiseen on hyvä varata aikaa erityisesti maahanmuuttajien kanssa työskennellessä, sillä erityisesti pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla voi olla vaikeuksia luottaa viranomaisiin lähtömaan traumaattisten kokemusten vuoksi (Husu 2007, 396), sillä esimerkiksi lähtömaan vainoajat voivat olla viranomaisia. Maahanmuuttajille onkin tärkeä antaa kokemus siitä, että Suomessa viranomaiset tukevat hyvinvointia, eivätkä vainoa. (Turtiainen & Hii-tola 2015, 15.)

Neuvolan työntekijän tulee tavoitella asiakkaan kanssa kumppanuutta. Kumppanuudessa on tärkeää molemminpuolinen kunnioitus ja yhteisten tavoitteiden asettaminen. Kunnioitusta vanhemmille voi osoittaa hyväksymällä heidän roolinsa lopullisen päätöksen tekijöinä. Luottamus ja kunnioitus mahdollistuvat, kun luodaan olosuhteet, jossa viestintä perheen ja työntekijänä välillä onnistuu ja jossa viestit on mahdollista kuulla tarkasti, tulkita ne hyvin ja vastata asianmukaisesti. Kun olosuhteet ovat oikeanlaiset, on vanhempien mahdollista puhua ja tulla kuulluiksi. (Kuosmanen 2007, 369–370.)

Perheen voimavaroja vahvistettaessa on tärkeää, että työntekijän ja perheen välillä on vastavuoroinen ja luottamuksellinen yhteistyösuhde, jossa molempien tiedot ja taidot tunnustetaan (Antikainen 2007, 379). Luottamuksellisen suhteen luomiseen täytyy varata tavallista enemmän aikaa, kun asiakkaana on maahanmuuttaja (Husu 2007, 396). Asiakkaana olevan perheen tulee kokea avun hakeminen ja sen saaminen neuvolasta luontevaksi. Terveystenhoitajan ja perheen välillä tulee olla tasavertainen suhde. (Kuosmanen 2007, 371.)

Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 3, 13–14) haastattelututkimuksessa maahanmuuttajavanhemmat (n=24) kokivat tärkeimmäksi sen, että terveydenhoitajalla ei ole ennakoasenteita heitä kohtaan ja että tämä kohtelee heitä arvostavasti. He toivoivat avointa ja suoraa vuorovaikutusta. Tasa-arvoisen kohtelun ja arvostavan asenteen myötä luottamuksuhteen luominen on mahdollista. Terveystenhoitajalla voi olla ennakoasenne siitä, että kulttuuri tuo aina mukanaan jonkin asian. Esimerkiksi maahanmuuttajaperheen isää voidaan pitää väkivaltaisena. Näiden ennakkoluulojen kohtaaminen ja oman perheen puolustaminen on asiakkaalle raskasta. Tämä pätee myös toiseen suuntaan: Asiakas voi kyseenalaistaa terveydenhoitajan ammattitaidon tämän uskonnollisen vakaumuksen tai maailmakuvan takia. Silloin asiakas ei myöskään luota terveydenhoitajaan tai ota tämän neuvoja vastaan. Koskimies ja Mutikainen (Koskimies & Mutikainen 2008, 76–77) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan, että terveydenhuollon henkilökunnalla on runsaasti stereotyyppisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan, eikä heitä oteta vakavasti. Poikkeuksen tekevät neuvolapalvelut, joissa maahanmuuttajat kokevat saavansa hyvää kohtelua, rohkaisua ja tukea. Aineisto koostui opinnäytetöistä (N=14), jotka oli tehty vuosina 2000–2007.

Ensimmäinen yhteydenotto äitiysneuvolaan on tärkeä askel luottamuksellisen suhteen syntymiselle. Asiakkaalle tulisi jäädä tunne, että hän on perheineen tervetullut neuvolan asiakkaaksi. (Jouhki, Ylä-Soininmäki & Virtanen 2013, 100.) Raskaana olevan tai raskautta suunnittelevan on aina saatava ottaa yhteys neuvolaan (Uotila 2013, 99). Banjara (2011, 37) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan Suomessa asuvien etelä-asiialaisten maahanmuuttajanaisten havaintoja ja kokemuksia äitiyshuollosta sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen keinoin. Banjaran tutkimuksessa kohderyhmänä olivat maahanmuuttajaäidit (n=15). He kokivat helpottavana asiana, että neuvolaan on aina mahdollisuus päästä, jos jokin asia huolestuttaa.

Viestintätyyleillä on merkitystä vuorovaikutuksessa. Kulttuurit voidaan jakaa suoriin ja epäsuoriin viestintätyyleihin. Suoran viestinnän kulttuurissa kielellisen viestinnän merkitys korostuu. Sanojen odotetaan vastaavan tarkasti sitä mitä niillä tarkoitetaan. Epäsuoran viestinnän kulttuureissa vain osa informaatiosta ilmaistaan kielellisesti. Viestinnässä hyödynnetään lähes kaikkia vihjeitä sanoman merkityksen ymmärtämiseksi. Suurin osa viesteistä havainnoidaan ei-kielellisestä käyttäytymisestä. Asiakkaan ja hoitajan erilaiset viestintätyylit voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä ja vaikeuksia ymmärtämisessä. Asiakas saattaa pitää suomalaista suoraan asiaan menemistä epäkohoteliaana ja jopa aggressiivisena. Hoitajalla taas voi olla vaikeuksia löytää olennainen asiakkaan puheesta, mikäli tämä eksyy usein aiheesta. Yhteisen ymmärryksen saavuttamista helpottaa, jos hoitaja tietoisesti luo omalla puheellaan ja käyttäytymisellään luottamusta herättävän ilmapiirin. (Abdelhamid ym. 2009, 116–117.) Ei-kielellisiä eleitä ovat eleet, kehon liikkeet, kehon asennot, äänensävyt, kasvojen ilmeet, hiljaisuus, katsekontakti, kosketus ja henkilökohtaisen tilan ja etäisyyden tarve (Abdelhamid ym. 2009, 116). Kulttuurien välisen viestinnän taito lähtee liikkeelle avoimesta asenteesta erilaisuuden ymmärtämiseen. Se ilmenee paitsi tietopuolisena ymmärryksenä, mutta myös taitona ottaa kulttuurierot esille asiakasta kunnioittavalla tavalla. (Brewis 2012, 169.) Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 74) haastattelujen mukaan jotkut vanhemmat (n=24) hämmentyivät neuvolakäynnin toimenpidekeskeisyydestä. He jäivät kaipaamaan aitoa kohtaamista.

Yhteiskunnan monikulttuuristuminen asettaa vaatimuksia hoitotyölle. Kulttuurinmukainen, ammatillinen, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää, että hoitajalla on vähintään perustiedot kulttuuristen tekijöiden merkityksestä ja vaikutuksesta

ihmisten hyvinvointiin, terveyteen ja sairauteen sekä niiden kokemiseen. Hoitotyöntekijältä vaaditaan myös kykyä ymmärtää oman kulttuurinsa vaikutus itseensä. Monikulttuurisessa hoitotyössä korostuu myös kulttuurien tuntemus. (Husu 2007, 393.)

Monikulttuurisella ohjauksella tarkoitetaan ohjausta, jossa ohjaaja ja ohjattava tulevat eri kulttuureista, edustavat eri etnistä ryhmää tai puhuvat äidinkielenään eri kieltä. Siinä pyritään järjestelmällisesti ottamaan ohjauksessa huomioon kulttuurillisia eroja. Keskeistä on ymmärtää, kuinka kaiken kattavasti kulttuuri vaikuttaa ihmisiin ja heidän tapansa hahmottaa ja ymmärtää maailmaa. Kulttuuri vaikuttaa arvoihin, ajattelutapoihin ja käyttäytymismalleihin. On vaikea ymmärtää ihmistä syvällisesti, jos ei tunne asiakkaan lähtökulttuuria. Ohjaustyötä tekevien onkin tärkeä oppia näistä syistä johdun hiljalleen sekä omaa että ohjattavansa kulttuuria. On ensiarvoisen tärkeää, että työntekijä, joka auttaa maahanmuuttajaa kotoutumaan uuteen kulttuuriin, pyrkii asettumaan hänen asemaansa. (Puukari & Korhonen 2013, 33–41.)

Jotta ihmisen käyttäytymis- ja ajattelutapoja sekä tunteita voisi ymmärtää, tulee tuntee hänen kulttuuritautansa. Kulttuuri omaksutaan osallistumalla yhteisön toimintaan. Suurin osa kulttuurista on näkymätöntä. Ulkopuolelle kulttuurista näkyy vain pieni osa, kuten käytöstavat, kieli, pukeutuminen ja ruoka. Kulttuuritaustasta puhuttaessa olisi tärkeä kuitenkin huomioida, että mikään kulttuuri ei ole täysin yhtenäinen. Eroja samasta kulttuurista tulevien ihmisten välillä luovat esimerkiksi koulutustausta, ikä, sukupuoli ja persoonallisuus. (Husu 2007, 394.) Hyvä kulttuurisensitiivinen terveydenhoitaja huomioi maahanmuuttajan kulttuuritaustan, mutta ei tee sen perusteella yleistyksiä (Lindevall 2017, 39). Hoitajan tulisi kiinnittää huomiota näkyvien kulttuurillisten piirteiden lisäksi huomiota asiakkaan maailmankatsomukseen, kulttuuri-identiteettiin, arvomaailmaan, odotuksiin, uskomuksiin, perheen ja suvun merkitykseen sekä asiakkaan kulttuuriin liittyviin tapoihin. Hoitajan tulee ymmärtää, että asiakkaan mahdollisesti oudolta tuntuva käyttäytyminen perustuu hänen arvoihinsa, odotuksiinsa ja uskomuksiinsa. Jotta hoitaja pystyisi toimimaan asiakkaan parhaaksi, tulee hänen ymmärtää kuinka kulttuuri, etninen tausta, uskonto, sukupuoli, koulutustausta, sosiaalinen asema, elämäntapa ja ikä vaikuttavat käyttäytymiseen, terveydentilaan ja terveysuskomuksiin. Asiakkaan kulttuuriset arvot vaikuttavat hänen käsityksiinsä terveydestä ja sairaudesta sekä siihen mitä hän pitää hyväksyttävänä hoitokäytäntöinä. Mo-

nien kulttuuristen arvojen perustana on uskonto. Uskonto voi vaikuttaa henkilön elämään enemmän kuin yhteiskunnalliset säännöt. Se voi toisinaan kieltää tapoja, jotka yhteiskunta hyväksyy. Kuitenkin joskus myös uskonto voi olla sallivampi kuin yhteiskunta. (Abdelhamid ym. 2009, 75–77.)

Hoitotyön käytäntöön vaikuttaa se, kuinka asiakas sopeutuu uuteen kulttuuriin, onko asiakas lähtöisin yksilöllisyyttä vai yhteisöllisyyttä korostavasta kulttuurista, sukupuoliroolien merkitys asiakkaan kulttuurissa, aikakäsitys, uskonto ja asiakkaan suhde siihen, kieli, kulttuuri ja viestintätyylit sekä biologinen kulttuurinen vaihtelevuus. Perheen sisällä voidaan sopeutua valtakulttuuriin eri tavoin. Lapset saattavat sopeutua paremmin kuin vanhemmat. Ammattihenkilöllä onkin tehtävä toimia perheenjäsenten välisinä sillanrakentajina ja tukea vanhempia vanhemmuuden ylläpitämisessä. Lasten tukemisen tavoitteena on kulttuurisen integraation saavuttaminen niin, että he arvostaisivat oman perheensä kulttuurista traditiota ja saavat välineitä toimia uudessa ympäristössään. Sopeutumisprosessia käyvistä ryhmistä pakolaiset ovat haavoittuvaisimpia. Heidän maahanmuuttopro sessinsa on erilainen mitä muilla, ja sosiaaliset suhteet muodostuvat erilaisiksi kuin muilla. Taustalla saattaa vaikuttaa lisäksi lähtömaassa koetut traumat. Pakolaisilla esiintyykin muita maahanmuuttajaryhmiä enemmän masennusta, ahdistusta ja fyysisiä vaivoja. Hoitajan on hyvä tietää siitä, kuinka maahanmuuttaja-asiakas on sopeutunut uuteen kulttuuriinsa, sillä se antaa tietoa potilaan voimavaroista, terveysuhista ja mahdollisesta syrjäytymisen vaarasta. (Abdelhamid ym. 2009, 108–112.)

Kulttuurit voidaan jakaa yhteisöllisiin ja yksilöllisiin kulttuureihin. Länsimaiset kulttuurit ovat yksilöllisiä, joissa yksilö vastaa omista teoistaan ja päätöksistään. Suurin osa ihmisistä kuuluu kuitenkin yhteisölliseen kulttuuriin, jossa perhe ja vanhempien kunnioitus ovat tärkeitä. (Husu 2007, 394.) He ovat usein perhe- ja sukukeskeisempiä kuin suomalaiset (Säävälä 2013, 206). Perheeseen voidaan käsittää kuuluvaksi myös isovanhemmat ja muut lähisukulaiset (Puukari & Korhonen 2013, 37). Yhteisöllisissä kulttuureissa eletään koko ryhmän yhteisten normien mukaan, ja uskonnon merkitys on korostunut. Maahanmuuttajien joukossa on toki myös niitä, jotka eivät ole uskossa, mutta uskonto näkyy silti osana kulttuuria. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 32–35.) Asiakkaan yhteisöllistä kulttuuritaustaa voi ottaa huomioon kutsumalla yhdessä hänen kanssaan sopien keskusteluihin mukaan muitakin

perheen tai suvun jäseniä, mikäli keskustellaan sellaisista asioista, joissa heidän kuulemisensa voisi olla tärkeää (Puukari & Korhonen 2013, 37). Banjaran (2011, 57) tutkimuksen mukaan etelä-aasialaiset Suomessa asuvat äidit (n=15) kokivat, että perhekeskeisyys oli äitiyshuollossa liian vähäistä.

Perhekeskeisyys terveydenhuollossa on sitä, että asiakkaana olevan perheen näkökulma ohjaa toimintaa asiakassuhteessa. Työntekijän ja perheen välinen suhde muodostaa perustan työskentelylle. Perheen kulttuuritausta, tottumukset ja elämäntilanne on huomioitava työskentelyssä. Työskentely vaatii siis tilanneherkkyyttä, perheen riittävää tuntemista, perheen päätöksenteon kunnioittamista ja luottamuksen saavuttamista. (Kuosmanen 2007, 369–370.)

Tasa-arvon toteutuminen ja sen edistäminen ovat neuvolatoiminnan keskeisiä periaatteita. Jo Tasa-arvolaki (15.4.2005/232) edellyttää terveydenhoitajalta tasa-arvon edistämistä. Käytännön toimia ovat esimerkiksi molempien vanhempien kutsuminen käynneille ja perhevalmennukseen sekä isien huomiointi näissä tilanteissa tasa-arvoisena vanhempana. Joissain kulttuureissa miehet päättävät lapsien hankinnasta ja äidin elämästä. Näissäkin tapauksissa auttaa tasavertainen kohtelu sekä tiedon antaminen sukupuolten tasa-arvosta ja naisten oikeuksista. Kolmen sukupolven perheissä voi olla hyvä huomioida tässä asiassa myös isovanhemmat. (Hakulinen, Onwen-Huma, Varsa, Pulkkinen & Sandt 2016, 11–33.)

Isien ottaminen mukaan lapsen kasvatukseen on osa ajanmukaista neuvolatyötä. Isä ei ole vain äidin kumppani, vaan myös isä tarvitsee huomiota, itseluottamuksen vahvistamista ja vahvistusta isyyden kehittymiseen. Lapsen kanssa neuvolakäynnillä voi käydä äidin sijaan myös isä. Isän ottaminen aktiivisesti mukaan on yksi perhekeskeisen neuvolatyön tunnusmerkki. (Paavilainen 2007, 365–367.)

Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 37–38) tulosten mukaan miehet arvostivat vertaisryhmiä ja toivoivat enemmän keskustelua perheroolien muuttumisesta suomalaisen asiantuntijan kanssa. Isät olivat kiinnostuneita heille suunnatusta tuesta ja toiminnasta. (Turtiaisen & Hiitola 2015, 37–38.) Isät tuntevat olonsa herkästi neuvolassa ulkopuoliseksi. Henkilökunta on usein pääosin naisista koostuvaa ja nainen ajatellaan lapsen pääasialliseksi hoitajaksi. Isän osallistuminen käynneille pitäisi mahdollistaa esimerkiksi tarjoamalla ilta-aikoja isän töiden jälkeen (Malmi 2013, 30) ja kannustamalla isiä mukaan

neuvolakäynneille ja perhevalmennuksiin. Varsinkin Lähi-Idästä tulevat miehet ovat osoittaneet kiinnostuksensa olla mukana käynneillä. (Säävälä 2013, 207–208.)

Keskeisiä perhekeskeisyyden osa-alueita ovat myös vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen. Perheen esiin tuomat asiat tulisi aina ottaa keskusteltaviksi neuvolassa. (Paavilainen 2007, 366.) Neuvolan tulee tukea ja mahdollistaa vanhempien riittävä tuensaanti vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, jotta perheen toimivuus vahvistuisi. Perheen huomioiminen terveystarkastuksessa mahdollistaa vanhemmuuden tukemisen. Tarkoituksena on keskittyä voimavarojen tukemiseen ongelmien sijaan. (Lindholm 2007a, 114–116.) Lapsen oma vanhempi tuntee yleensä lapsen kaikkein parhaiten. Vanhempien kuunteleminen onkin tärkeää ja heidän tulee myös saada kokea tulevansa kuuluksi. (Honkaranta 2007, 119.)

Lapsen kulttuurinen viitekehys on kehittynyt viiden vuoden ikään mennessä. Silloin hän on omaksunut kielen ja kulttuurisen koodin. Jokainen vuorovaikutustilanne sisältää kulttuurisen koodin, jonka lapsi omaksuu, vaikka sitä ei erikseen hänelle opetettaisi. Monet uskomukset ja käyttäytymistavat säilyvät koko elämän, kun ne opitaan lapsuudessa. Perheen kulttuuristaan liittyvää tietoa on hyvä hallita terveyden edistämistyössä, mutta tästä huolimatta lasta ja hänen perhettään on tarkasteltava yksilöinä. (Abdelhamid ym. 2009, 203–204.) Terveystieteiden työntekijän on lähes mahdotonta tuntea ja hallita asiakkaidensa lukuisia kulttuureja ja niihin liittyviä erityispiirteitä. Kulttuurin huomioimisen vaatimusta ja tarvetta helpottaa, jos tunnustetaan maahanmuuttajan asiantuntijuus omasta kulttuuristaan. (Sainola-Rodriguez 2013, 139.) Hoitajan ei välttämättä tarvitse muuttaa toimintatapojaan toteuttaakseen monikulttuurista hoitotyötä. Olennaisinta on riittävä aika perehtyä asiakkaan tilanteeseen, herkkyys tehdä havaintoja, joustava työote ja valmius omien asenteidensa tarkistamiseen. (Husu 2007, 365.) Ankelon (2013, 33) on opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaat (n=10) kokivat, että heidän kulttuurinsa otetaan huomioon lastenneuvolassa.

Yksi haaste maahanmuuton alkuvaiheissa on yhteisen kielen löytyminen (Puukari & Korhonen 2013, 40). Tulkkipalveluja olisikin pyrittävä käyttämään maahanmuuttajien kanssa työskennellessä. On pyrittävä kuitenkin välttämään omaisten käyttämistä tulkina, sillä se voi antaa perheen tilanteesta liian yksipuolisen kuvan. (Husu 2007, 395.)

Äitiysneuvolakäynneille pitäisi varata naispuolinen tulkki, jotta nainen pystyy kertomaan esimerkiksi intiimivaivoistaan tai perheongelmistaan. Tulkin vaihtolovelvollisuutta on hyvä korostaa. (Husu 2007, 295.)

Turtiainen ja Hiitola (2015, 88) haastattelivat Suomeen muuttaneita vanhempia (n=24), ja selvisi, että vanhemmalle voi jäädä epävarma olo neuvonnasta, vaikka yhteinen kieli olisikin käytössä. Useissa kulttuureissa ei saa kertoa, mikäli ei ole ymmärtänyt puhujaa. Tämän vuoksi terveydenhoitajan täytyy tarkkailla asiakkaan ilmeitä ja eleitä varmistaakseen, että viesti on mennyt perille. (Husu 2007, 396.) Koskimies ja Mutikainen ovat tehneet kotimaisista opinnäytetöistä (N=14) kirjallisuuskatsauksen. Tulosten mukaan maahanmuuttajat kokivat, että hoitajalla on vastuu tiedon aktiivisesta antamisesta ja sen ymmärtämisen varmistamisesta (Koskimies & Mutikainen 2008, 75). Riittävä tiedon saanti ja sen ymmärtäminen ovat tärkeitä varmistaa, sillä mikäli asiakas ei ole ymmärtänyt saamaansa tietoa tai saanut sitä riittävästi, on hänen vaikea tehdä omaan ja perheensä terveyteen liittyviä valintoja (Koistinen 2007, 432).

Maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa kannattaa pyrkiä käyttämään selkokieltä ja hyödyntää selkokielistä kuvitettuja kirjallisia oppaita (Puukari & Korhonen 2013, 40). Kirjallista materiaalia on eri kielillä vielä varsin vähän saatavilla. Sitä käytettäessä tulee kuitenkin huomioida, että kaikissa kulttuureissa sitä ei ole totuttu välttämättä käyttämään terveysneuvonnan tukena. Apuna on hyvä käyttää myös mallipakkauksia, tuotekuvastoja ja muita konkreettisia materiaaleja, joilla voidaan tukea puhuttua viestiä. (Husu 2007, 395–396.)

2.1.3 Käyntien sisällöt

Terveysneuvonnan on perustuttava näyttöön perustuvaan tietoon. Sen on tuettava vanhemmaksi kasvamista, parisuhdetta, sosiaalista tukiverkostoa sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kasvun, psykososiaalisen ja fyysisen kehityksen alueilla, ihmissuhteiden, levon ja vapaa-ajan, ergonomian, ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, suun terveyden ja seksuaaliterveyden alueilla. Terveysneuvonnassa tulee antaa tietoa tapaturmien sekä pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisystä, ja siihen kuuluu myös tupakoinnin, alkoholin ja muiden päihteiden käytön ehkäisy. Terveysneuvonnan osa-alueisiin kuuluu asetuksen mukaan myös kansallinen rokotusohjelma ja infektioiden

ehkäisy sekä soveltuvin osin sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystalvet. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011, 14 §.)

Tietämättömyys puolin ja toisin on isoimpia haasteita. Neuvoloilla ei ole tarpeeksi tietoa kulttuureista, niiden ongelmista ja maahanmuuttajien tietotasosta. (Laakkonen & Liimatainen 2015, 24.) Tietopohjan laajuus vaihtelee eri maahanmuuttajilla. Voi olla, että maahanmuuttajataustainen asiakas ei tiedä esimerkiksi ihmisen anatomiasta tai siikön kehityksestä mitään, vaan tarvitsee niistä tietoa neuvolan kautta. (Säävälä 2013, 207.)

Toimivaksi malliksi on todettu ottaa lähtökohdaksi juuri kyseisen perheen yksilölliset tarpeet. Perhettä ei saa pitää vain osana jotakin ryhmää. Pääosin maahanmuuttajavanhempien murheet ovat samanlaisia kuin suomalaisillakin. (Turtiainen & Hiitola 2016, 26, 50.) Terveysthoitajan tulee ensin oppia perheen yksilölliset tavat ja tottumukset ennen kuin voi antaa juuri heille soveltuvaa terveystneuvontaa (Husu 2007, 396).

Kulttuuri vaikuttaa siihen, miten perhe määrittelee sairauden, terveyden, hoitamisen ja terveyden edistämisen. Vanhemmat tarvitsevat paljon tietoa terveydestä ja sairaudesta sekä sairauksien hoitamisesta. (Lindevall 2017, 38.)

Kulttuurilliset tekijät ovat sidoksissa terveyden edistämiseen. Kulttuuri sisältää tietoisesti opittuja elämäntapaa liittyviä asioita, asenteita, uskomuksia ja käytänteitä. On tärkeää määrittää lapsen vanhempien terveyttä ja sairautta koskevat asenteet, arvot ja uskomukset, sillä niillä on merkitystä lapsen terveyteen liittyvien uskomusten muodostumiseen. (Abdelhamid ym. 2009, 131, 205.)

Kulttuurit voidaan jakaa aikakäsityksen mukaan lineaarisen ja syklisen aikakäsityksen kulttuureihin. Länsimaissa on totuttu lineaariseen ajatukseen, jossa aika on rajallista. Itäisissä kulttuureissa vallalla on syklinen aikakäsitys, jossa mikään hetki ei ole korvaamaton ja aika uusiutuu. Maahanmuuttajien sopeutumista helpottaa, kun hänelle kerrotaan suomalaisesta aikakäsityksestä ottaen kuitenkin samalla huomioon, että heilläkin on oma aikakäsityksensä. (Husu 2007, 394–395.) Asiakkaalle kannattaa varmistaa ajanvarausaika ja kertoa, että Suomessa varattuja aikoja noudatetaan täsmällisesti (Viljanmaa 2015).

Maahanmuuttajille tulee kertoa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintaperiaatteista. Heidän tulee saada tietää oikeutensa heille kuuluviin palveluihin sekä palveluiden tarjoamisessa noudatettavat säännöt. Tärkeää on, että maahanmuuttajat tietävät Suomen lainsäädännöstä ja tavoista. (Husu 2007, 395.) Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 32–34) tekemien maahanmuuttajavanhempien (n=24) haastattelujen mukaan maahanmuuttajaperheillä oleva tieto suomalaisen yhteiskunnan tarjoamista palveluista oli niukkaa. Turvapaikanhakijat oli pääsääntöisesti hyvin perehdytetty vastaanottokeskuksissa Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Avioliiton tai työpaikan perässä muuttaneilla taas ei ollut tietoa yhtä paljoa. Puolison työn perässä muuttaneet kertovat olevansa hyvin riippuvaisia puolisostaan. Joskus voidaan olettaa, että Suomessa useita vuosia asunut nainen kyllä tietää palveluista, mutta hän ei olekaan välttämättä saanut tietoa mistään.

Maahanmuuttajan kohdalla sosiaalinen turvaverkko ja kulttuurinen tuki usein puuttuvat (Lindevall 2017, 38). Turtiainen ja Hiitolan tutkimuksen tulosten mukaan maahanmuuttajavanhempien mielestä suurin ero vanhemmuudessa on suomalaisten vanhempien itsenäisyys. Monet ulkomailta muuttaneet ovat tottuneet yhteisöllisyyteen ja avunsaamiseen muun muassa lapsen kasvatuksessa, kodin hoidossa ja päätöksenteossa, joten he kaipaavat apua ammattilaiselta. Viranomaiset voivat olla ainoa perheen ulkopuolinen sosiaalinen kontakti. (Turtiainen & Hiitola 2015, 24.) Terveydenhoitajan tehtävä on ohjata perhe muiden perheiden pariin, esimerkiksi kerhoihin ja leikkipuistoihin (Husu 2007, 396).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi vuonna 2014 Maamu-tutkimuksen, johon osallistui 18–64-vuotiaita venäläis- (n=700), somalialais- (n=510) ja kurditaustaisia (n=630) maahanmuuttajia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajien terveydentilaa, työ- ja toimintakykyä, elinoloja ja -tapoja sekä palvelujen käyttöä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla. Somali- ja kurdinaisilla todettiin keskivertoa enemmän ylipainoa ja liikkumattomuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Myös etelä-aasialaisilla naisilla on tapana välttää kaikkea ylimääräistä liikuntaa raskauden aikana, mikä heikentää heidän kuntoaan ja synnytykseen valmistautumistaan (Apter ym. 2009, 17). Liikunta voi ehkäistä tai helpottaa raskausajan vaivoja ja ongelmia. Neuvolassa olisi hyvä tehdä liikuntasuunnitelma, joka perustuu molempien vanhempien tavoitteisiin, tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. (Luoto & Kinnunen 2013, 53–

54.) Synnytyksestä olisi hyvä kertoa ainakin se, ketkä voivat olla synnytyksessä paikalla, kivunlievityksestä sekä sairaalassaolosta ja kotiutumisesta (THL:n www-sivut 2017).

Kehitysmaiden parempiosaiset kokevat imetyksen yleensä alempien luokkien tavaksi. Suomessa julkista imetystä näkyy katukuvassa vähemmän, mikä saattaa herättää maahanmuuttajassa ihmetystä ja ajatuksia siitä, onko imettäminen soveliaista. (Apter ym. 2009, 18.) Imetykseen vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisen antaman tiedon lisäksi myös lähtömaan asenteet ja Suomeen kotiutuminen. Terveydenhoitajan tulisi huomata sekä kulttuurin imetystä edistävät että haittaavat vaikutukset. Puoliso, äiti tai ystävä voi olla naiselle tärkeässä roolissa, joten hänet voisi ottaa mukaan imetysohjaukseen. (Kolanen & Koskinen 2014.) Sosiaaliset tukiverkostot voivat olla hyvin kapeat esimerkiksi, jos suku on jäänyt kotimaahan (Jouhki, Klemetti & Hermanson 2013, 27). Jos äidillä on niukka sosiaalinen tukiverkosto, on riski, että hän tulee vieroittamaan lapsensa rintamaidosta aikaisessa vaiheessa. Näissä tilanteissa asiakkaalle tulisi tarjota enemmän yksilöohjausta ja kotikäyntejä. (Koskinen & Hakulinen-Viitanen 2013, 48.) Maahanmuuttajanaiset kaipaavatkin usein enemmän henkilökohtaista imetysohjausta, koska oman suvun naiset eivät ole opastamassa (Säävälä 2013, 207).

Maahanmuuttajille annetaan samaa imetysohjausta kuin muillekin äideille. Tulkkina olisi hyvä käyttää naispuolista henkilöä, kun yhteistä kieltä ei ole. Erikieliset ja kvaliliset oppaat tukevat ohjausta. Mikäli alueella on saman kulttuuritaustan omaavia maahanmuuttajia runsaasti, voidaan heille järjestää ryhmäohjausta. (THL:n www-sivut 2014.)

Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 75) tuloksissa selvisi, että vuoden täysimetys koettiin hämmentävänä, koska se ei toteudu täysin edes suomalaisilla. Osa maahanmuuttajista ei pysty imettämään lainkaan ja osa haluaa imettää pidempään.

Kehityksmaista kotoisin olevissa perheissä saatetaan arvostaa enemmän äidinmaidon korvikkeita ja teollisia lastenruokia kuin imetystä. Perheet saattavatkin korvata niillä imetyksen kokonaan. Perheille tulisi kertoa imetyksen hyödyistä ja kannustaa siihen. Toisaalta taas monissa kehitysmaissa on totuttu imettämään lasta kaksivuotiaaksi asti, jonka jälkeen lapsi siirtyy muun perheen mukaiseen ruokavalioon eikä soseita käytetä

lapsen ruokana. Perheiltä tulisikin kysyä, ovatko lasten soseruoat ja puurot heille tuttuja, sillä kiinteiden ruokien opetteluvaihe soseilla ja puuroilla on tärkeä vaihe niin ravitsemuksellisesti kuin lapsen suun motoriiikan kehittymisenkin kannalta. Perheitä voidaan tarittaessa ohjata soseiden ja puurojen valmistukseen sekä niiden käyttöön imetyksen lisänä. Myös äidinmaidonkorvikkeen käyttö tulee opastaa. (Tuokkola & Strengel 2010, 124.)

Etnisiin ryhmiin liittyy ravitsemusohjauksen osalta erityispiirteitä ja haasteita. Eri maiden ruokakulttuurit poikkeavat toisistaan, ja maahanmuuttajaperheen käyttämät ruoka-aineet muuttuvat lähes aina, sillä useinkaan kotimaan tuttuja ruoka-aineita ei enää ole saatavissa. Tyypillistä on, että kotimaassa toteutunut monipuolinen ja terveellinen ruokavalio muuttuu uudessa maassa epäterveelliseksi ja yksipuoliseksi. Perheen ruokavalioon voi vaikuttaa myös uskonto. Uskontoihin voi liittyä ruokaan ja syömiseen liittyviä sääntöjä, kuten joidenkin ruoka-aineiden välttäminen ja paasto. Tavoitteena on, että autetaan perhettä toteuttamaan omaa ruokakulttuuriaan Suomessa ja oppimaan suomalaista ruokakulttuuria niin, että ruokavaliosta tulee ravitsemuksellisesti monipuolinen ja riittävä. (Tuokkola & Strengel 2010, 124–125.)

Maahanmuuttajan ravitsemustila, tyypillinen ruokavalio, ruokailutavat ja ruokailurutiinit tulee kartoittaa neuvolassa, sillä ne vaihtelevat kulttuureittain ja perhekunnittain. Kaikki länsimaiden ulkopuolelta tulevat maahanmuuttajat eivät välttämättä ole tietoisia pika- ja roskaruoan korkeista kalori-, hiilihydraatti- ja rasva-ainepitoisuuksista. He eivät välttämättä näe myöskään yhteyttä lasten ylipainon, viihdekulttuurin yleistymisen ja liikunnan harrastamisen vähentymisen välillä. Monissa Afrikan ja Aasian maissa lihavaa lasta saatetaan pitää hyvinvoivana ja terveenä. Ylipaino ei myöskään poissulje aliravitsemusta. (Abdelhamid ym. 2009, 209.) Sodan ja muiden konfliktien vuoksi lähtömaassa voi olla huono ravitsemustilanne ja sen vuoksi maahanmuuttaja voi olla aliravittu. Ruokahalu voi olla heikko elämäntilanteen vuoksi, eivätkä maahanmuuttajat välttämättä osaa käyttää suomalaisia ruoka-aineita. Epäterveellistä ruokaa on helpompi laittaa. (Viljanmaa 2015.) Etelä-Aasiassa naiset rajoittavat syömistään huomattavasti raskauden aikana, jotta sikiö ei kasvaisi liian suureksi (Apter ym. 2009, 17).

Suomenkielisiä pakkausselosteita on vaikea tulkita kielimuurin ja esimerkiksi lukutaidottomuuden vuoksi. Maahanmuuttajien ravitsemusneuvonnassa apuna voidaan käyttää kuvia ja mallipakkauksia. Jotkut perheet saattavat tarvita myös ohjausta ruokien käsittelyssä, säilytyksessä ja valmistuksesta johtuen ruoanvalmistus- ja säilytystapojen erilaisuudesta lähtömaan ja Suomen välillä. (Tuokkola & Strenzel 2010, 125.)

Varsinkin hunnutetuilla naisilla erityiskysymykseksi nousee D-vitamiinin saanti, sillä he eivät saa sitä auringosta. D-vitamiinin puutos on yhteydessä sikiön luuston kehityshäiriöön ja myöhemmin lapsuudessa kroonisiin sairauksiin. (Erkkola & Virtanen 2013, 42.) Maahanmuuttajalapsilla esiintyy D-vitamiinin puutoksesta johtuvaa riisitautia enemmän kuin suomalaislapsilla. Tummaihoisille lapsille tulee antaa D-vitamiinivalmistetta 10 µg vuorokaudessa ympäri vuoden koko kasvuiän ajan. (Tuokkola & Strenzel 2010, 125–126.)

Ankelo (2013, 26) on tutkinut opinnäytetyössään ulkomaalaisten asiakkaiden kokemuksia Rauman lastenneuvolapalveluista. Kohderyhmänä olivat neuvolan ulkomalaiset asiakkaat (n=10). Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Aineiston analysointiin käytettiin tilastollista menetelmää sekä sisälönanalyysiä. Ankelon tutkimuksessa vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa lapsen ravitsemuksesta.

Anemia on maahanmuuttajilla yleistä. Taustalla on yleensä maidon liiallinen juonti ja liian vähäinen raudan saanti. Taustalla voi olla myös suolistolaiset. Joissakin kulttuureissa juodaan runsaasti teetä lapsesta asti, jolloin raudan imeytyminen voi heikentyä. (Tuokkola & Strenzel 2010, 125–126.) Anemia voi aiheuttaa raskausaikana väsymystä, hengästymistä ja sydämen tykyttelyä. Se myös altistaa ennenaikaiselle synnytykselle ja sikiön pienipainoisuudelle. Anemiat vaativat aina lisäseurantaa. (Uotila 2013, 168.)

Suun terveys on yksi terveysneuvonnan osa-alueista. Vanhempien hampaiden- ja suunhoitotottumuksilla on iso merkitys lasten tottumuksiin. Useimpiin lasten terveyttä ja hyvinvointia vaarantaviin tekijöihin voidaan puuttua alle kouluikäisenä. Varhaisen puuttumisen on tarkoitus ehkäistä suun sairauksia ja vähentää terveyseroja. (THL:n www-sivut 2015.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa todettiin, että kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä

koettu suun terveys oli koko väestöä heikompi. Tutkimuksen mukaan venäläis- ja somalitaustaiset maahanmuuttajat harjaavat hampaitansa suositusten mukaan lähes yhtä paljon tai enemmän koko väestöön nähden. Kurditaustaisilla hampaiden suositusten mukainen harjaus oli alhaisempaa kuin koko väestöllä. (Suominen & Suontausta 2012, 121-127.) Ensisynnyttäjä eli myös ensimmäistä kertaa Suomessa lasta odottava asiakas ohjataan suuhygienistille. Uudelleensynnyttäjän suun terveydestä tulee myös huolehtia äitiysneuvolassa. Raskaus altistaa hammas- ja iensairauksille. Vanhempien tottumukset on hyvä korjata jo raskausaikana, jotta he myöhemmin antavat hyvän esimerkin lapselleen. (Hausen 2013, 50–52.) Ankelon (2013, 36) opinnäytetyössä suurin osa lastenneuvolapalveluita käyttäneistä (n=10) koki saaneensa tarpeeksi tietoa lapsen suun terveydestä.

Neuvolassa tulee kiinnittää erityistä huomiota maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen, muun muassa ehkäisyneuvontaan ja seksuaalioikeuksien edistämiseen (THL:n www-sivut 2017). Seksuaalisuus on hyvin intiimi aihe kenelle tahansa. Maahanmuuttajilla lisäpainetta tuovat vieras ympäristö ja vieras kieli. Mikäli terveydenhoitaja ei ymmärrä, mitä asiakas yrittää sanoa, aiheuttaa se asiakkaassa turhautumista ja turvattuuden tunnetta. (Laakkonen & Liimatainen 2015, 24.)

Raskauden ehkäisyn käyttö maahanmuuttajilla on vähäisempää kuin muulla väestöllä (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2015). Ehkäisyä käyttää somalinalaisista alle 12 %, kurdi- ja venäläistaustaisista alle 50 % (Säävälä 2013, 206). Ehkäisy yhdistetään herkästi ”yhden yön juttuihin” ja hormonaalisen ehkäisyn pelätään heikentävän hedelmällisyyttä (Laakkonen & Liimatainen 2015, 25). Tehokas raskaudenehkäisy voi olla monelle täysin vieras asia. Toisaalta muutto on itsessään kuluttava prosessi, jolloin ehkäisystä huolehtiminen jää helposti taka-alalle. Maahanmuuttaja ei myöskään välttämättä tiedä, mihin Suomessa kuuluu ottaa yhteyttä ehkäisyasioissa. (Apter ym. 2009, 8-10, 16.) Puolelle venäläisnaisista on tehty abortti, joten heidän informointiinsa raskauden jälkeisestä ehkäisystä tulee kiinnittää erityishuomiota (Säävälä 2013, 206). Ehkäisyn puheeksi ottaminen on terveydenhoitajille usein hankalaa, koska pelätään, että asiakas loukkaantuu (Laakkonen & Liimatainen 2015, 25). Maahanmuuttajat tarvitsevat selkokielistä ohjeistusta raskauden ehkäisyyn (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2015). Synnytyksenjälkeinen ehkäisy on ongelmallinen yhtä lailla myös suo-

malaisille, sillä yli 11 % raskaudenkeskeytyksistä tehdään parin vuoden sisään synnyttäneille äideille, jotka ovat luottaneet imetykseen ehkäisymenetelmänä. Myös tästä menetelmästä tulee neuvolassa kertoa, mutta muistaa painottaa sen kriteereitä ja ehtoja. (Liikanen & Suhonen 2014.) Muista Euroopan maista muuttaneilla on enemmän HIV-tartuntoja kuin suomalaisella kantaväestöllä. Kurdi- ja somalitaustaisilla on todettu puutteita tiedoissa sukupuolitaudeista. (Säävälä 2013, 206–207.)

Turvapaikkaa hakeville lapsille ja raskaana oleville, kiintiöpakolaisille, turvapaikan saaneille, adoptiolapsille, ulkomaalaisille opiskeluterveydenhuollon asiakkaille ja muille pysyvästi Suomeen muuttaneille tarjotaan Suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet. Terveystenhoitajan tulee neuvolassa tarkistaa maahanmuuttajan ja tämän perheen rokotussuoja. On pidettävä mielessä, että myös lähellä sijaitsevista valtiosta tulevilla voi rokotussuojassa olla puutteita. Rokotussuoja tulee täydentää, mikäli puutteita havaitaan. Maahanmuuttajalla saattaa olla mukanaan annetuista rokotuksista todistus, jota voi käyttää apuna rokotustarpeen arviointiin. Mikäli ei ole tietoa saaduista rokotteista, voidaan olettaa, että asiakas on saanut WHO:n kehitysmaille suositaman peruserokotusohjelman eli EPI-ohjelman mukaiset rokotteet. Epävarmoissa tilanteissa on kuitenkin parempi rokottaa asiakas, kuin olla rokottamatta. (THL:n www-sivut 2016.) Vanhemmille olisi suositeltavaa puhua lapsen rokottamisesta jo ennen syntymää. Koska vanhempien kiinnostus asiaan ei ole juuri silloin ajankohtainen, asiaan tulee palata uudestaan lapsen synnyttyä. Jokaisella rokotuskerralla keskustellaan myös perheen tarpeiden mukaan rokotuksista. Ennen rokottamista lapsen vanhemmilta tulee kysyä lupaa lapsen rokottamiseen. Mikäli vanhemmat eivät halua lastaan rokottettavan, heiltä tulee varmistaa, onko ratkaisu tietoinen ja tietävätkö he mitä rokottamattomuudesta voi seurata. (Nikula 2007, 183.)

Koskinen ja Kokkonen (2017, 1, 29) ovat opinnäytetyössään tutkineet maahanmuuttajien rokotusohjausta ja sen haasteita neuvolassa. Opinnäytetyö on toteutettu osana Metropolia Ammattikorkeakoulun koordinoimaa ROKOKO-hanketta. Siinä haastateltiin maahanmuuttajia rokottavia terveydenhoitajia (N=8). Tuloksista käy ilmi, että terveydenhoitajat kokivat haasteiksi ulkomailla aloitetun rokotusohjelman, kirjallisen materiaalin puutteen, ajankäytön, kommunikoinnin ongelmat sekä kulttuurillisten te-

kijöiden vaikutukset rokotusohjaukseen. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat toteuttavat rokotusohjausta lähtökohtaisesti samalla tavalla sekä kantasuomalaisille että maahanmuuttajille. Kaikille pyrittiin antamaan samantasoista ohjausta.

Terveystarkastusten yksi käsiteltävä osa-alue on lapsen turvallisuus ja tapaturmien ehkäisy. Vastasyntyneiden ja pienten lasten vanhempiin on hyvä vaikuttaa turvallisuuskasvatuksella, sillä tässä elämänvaiheessa vanhemmat ovat vastaanottavaisia uudelle tiedolle. Lasten tapaturmariski vähenee, kun tapaturmariskiä käsitellään riittävästi. (THL:n www-sivut 2014.)

Kulttuurien väliset erot lasten kasvatukseen liittyvissä käsityksissä, vanhempien uskomukset hyvästä ja huonosta vanhemmuudesta, vanhempien lapsiin ja lapsuuteen liittyvät uskomukset, hellyyden osoittamistavat sekä vanhempien näkemykset kurinpito- ja rangaistustavoista vaikuttavat lasten käyttäytymiseroihin. Perheen kanssa tulisi keskustella lapsen koskettamiseen ja käsittelyyn liittyvistä uskomuksista ja sopia yhdessä heidän kanssaan toimintatavoista. Joissakin kulttuureissa uskotaan esimerkiksi, että päähän koskeminen voi vahingoittaa lasta. Kulttuureissa on myös eroja lapsen nukku- maanmeno- ja nukkumistavoissa. Tärkeintä kuitenkin on varmistaa lapsen riittävä unen saanti kartoittamalla perheen noudattamia tapoja. Perhettä rohkaistaan noudattamaan omia tapojaan, mikäli ne edistävät lapsen hyvinvointia. (Abdelhamid ym. 2009, 204–205, 210.)

Kulttuureittain esiintyy lisäksi vaihtelua lapsen kuivaksi opettamisessa. Joissakin kulttuureissa kuivaksi opettaminen aloitetaan alle 1-vuotiaana ja joissakin taas lapsen kuivana pysymistä odotetaan vasta 5-vuotiaalta lapselta. Jotkut kulttuurit saattavat korostaa säännöllistä suolentoimintaa, ja lapsille saatetaankin antaa ulostuslääkettä, mikäli suoli ei toimi kerran päivässä. Joskus ulostuslääkkeillä saatetaan myös ajaa lapsesta ulos pahoja henkiä. (Abdelhamid ym. 2009, 211.) Maahanmuuttajaperheiden lapsilla ovat vatsavaivat ja ummetus yleisiä, jotka saattavat olla seurausta ruokavalion muutoksista. Taustalla saattaa olla myös psyykkisiä syitä. (Tuokkola & Strengel 2010, 125–126.)

Lapsen biologinen kasvu ja kehitys noudattavat kulttuurista riippumatta samoja periaatteita. Joitakin etnisiä ja sukupuoleen liittyviä eroja kuitenkin on havaittavissa. Lapsen kasvua ja kehitystä arvioitaessa on tiedettävä lapsen ikä. Toisinaan iän määrittystä

voivat hankaloittaa puuttuvat syntymädokumentit tai iän erilainen laskutapa. Vietnamsissa esimerkiksi määritellään lapsi syntyessään 1-vuotiaaksi. Lapsen ikä saatetaan joskus ilmoittaa väärin taloudellisten etujen maksimoimiseksi. Lapsen kehitykseen vaikuttavat etninen tausta, ravinto, ympäristötekijät ja muut taustatekijät. Länsimaisilla lapsilla paino, pituus ja päänympäryys ovat 1-vuotiaaksi asti suurempia muualta tuleviin lapsiin verrattuna, jolloin länsimaiset standardoidut paino-, pituus- sekä päänympäryyskäyrät eivät ole sellaisenaan sovellettavissa. (Abdelhamid ym. 2009, 208.)

Tavoitteena äitiysneuvolassa on, että vanhemmat saavat vahvistusta äidiksi ja isäksi kasvuun ja parisuhteen hoitamiseen (THL:n www-sivut 2015). Maahanmuuttajat tarvitsevat erityistä tukea vanhemmaksi kasvuun, sillä raskauden aikana he yrittävät sopeutua uuteen ympäristöön, ja raskaana olevan suhde omaan äitiin saattaa katketa. Silloin raskaana olevalla voi olla vaikeuksia sopeutua vauvan tuloon. (Deufel & Montonen 2016, 283.) Eri kulttuureissa on erilaisia käsityksiä vanhemmuudesta, parisuhteesta (Jouhki, Klemetti & Hermanson 2013, 27) ja sukupuolten rooleista (Apter, Eskola, Säävälä & Kettu 2009, 7). Perheen isän ja äidin välillä voi olla uudessa kotimaassa jännitteitä, sillä roolit muuttuvat maan vaihtuessa (Lindevall 2017, 38).

Yksi naisiin kohdistuvan syrjinnän muoto on naisten kaltoinkohtelu. Maahanmuuttajanaisiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua on esimerkiksi pari- ja lähisuhdeväkivalta, pakkoavioliitot, tyttöjen ympärileikkaus, syrjintä ja rasistinen väkivalta kohdemaassa. Näitä kokemuksia voi olla lapsuudenkodissa, parisuhteessa, työpaikalla, kadulla, sodan aikana tai vaikka pakolaisleirillä. Väkivallan kokemus jättää aina trauman ja se koskee koko perhettä. (Lindevall 2017, 38.)

Vuonna 2005 poliisi sai tietoonsa yli 1200 maahanmuuttajanaisiin kohdistuvaa väkivallan tekoa. Näistä 60 % oli lähisuhdeväkivaltaa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työntekijä saa kertoa suoraan, mikä on oikein ja mikä väärin ja korostaa väkivallan monimuotoisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 34–36.) Väkivaltaa voi olla fyysistä, seksuaalista ja taloudellista. Esimerkiksi omaisuuden tuhoaminen luetaan väkivallan teoksi. Terveystieteiden työntekijät eivät osaa ottaa väkivaltaa puheeksi. Esimerkiksi lapsen kuirittaminen voidaan kokea kulttuuriseksi tavaksi toimia. (Lindevall 2017, 38.) Ankelon (2013, 29) opinnäytetyön tulosten mukaan suurin osa vastaajista (n=10) koki, että ei ollut saanut riittävästi tietoa lähi- ja parisuhdeväkivallasta.

Egyptissä ja Somaliassa naisen ympärileikkaus on kulttuuriperinne. Somalinalaisista 70 % on ympärileikattuja, kurdeista noin 30 %. Ympärileikatut naiset kokevat usein itsensä erityisen haavoittuviksi terveydenhuollon palveluissa. Jos ilmenee, että vanhemmat aikovat ympärileikata tyttölapsensa, on terveydenhoitajan velvollisuus tehdä siitä lastensuojeluilmoitus. (Säävälä 2013, 207.) Lastensuojeluilmoitus on aina otettava puheeksi, jos perheen kotimaassa on ympärileikkausperinne, vaikka akuuttia uhkaa ei olisikaan olemassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Maahanmuuttajien mielialaan ja jaksamiseen vaikuttavat aiemmin koetut kriisit, kieli-ongelmat ja sosiaalisen verkoston puute (Deufel & Montonen 2016, 311). Tilastokeskuksen ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa 2014 todettiin, että etenkin Lähi-Idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla on enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta, yksinäisyyttä ja traumaattisia kokemuksia taustalla kuin suomalaisilla. Turvapaikanhakijoiden määrän lisääntyessä täytyy mielenterveyden tukemiseen ja hyvinvointiin kiinnittää yhä enemmän huomiota. Tilastokeskuksen tekemä tutkimus toteutettiin käyntihaastatteluin 3 262 ulkomaalaistaustaisen henkilön luokse. Tutkimukseen kohderyhmä oli otettu satunnaisotannalla Tilastokeskuksen Suomen väestöä koskevasta tietokannasta. Tietokannasta poimittiin 5449 henkilöä, joista osallistujaprosentti jäi 66 %. (Castaneda, Larja, Nieminen, Jokela, Suvisaari, Rask, Koponen & Koskinen 2015, 36.) Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 26) tutkimuksen mukaan Suomen talven pimeys ja kylmyys voi tuntua erityisen masentavalta siihen tottumattomilta maahanmuuttajilta.

Mielenterveyden ongelmia ilmaistaan eri tavoin eri kulttuureissa (Deufel & Montonen 2016, 311). Monissa etnisissä yhteisöissä mielenterveysongelmiin liittyy vahva kielteinen sävy eikä niistä ole tapana puhua suoraan. Vanhempia voidaan lähestyä mielenterveyteen liittyvissä asioissa kysymällä, onko vanhempi itse huolissaan ja tunnistaako hän työntekijää huolestuttavia asioita, kuten oman mielensä kuormittuneisuutta tai vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia. Vanhemman jaksamista kuormittavat tekijät voivat vaarantaa tarpeille herkistymistä ja hoivaajana toimimista. (Kuittinen & Isosävi 2013, 88–89.)

Traumaattiset kokemukset kotimaassa yhdessä tukiverkon puuttumisen kanssa voivat laukaista raskauden aikaisen tai synnytyksen jälkeisen masennuksen (Hakulinen-Vii-

tanen, Räisänen, Lehto & Solantaus, 275). Banjaran (2011, 46–47) tutkimuksen tulosten mukaan raskauden aikaisesta masennuksesta puhuttiin maahanmuuttajaäitien mielestä liian vähän. Mielialaa raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen ei kyselty tarpeeksi, varsinkaan isältä. Banjaran tutkimuksessa kohderyhmänä olivat maahanmuuttajaäidit (n=15). THL:n koordinoimassa Maamu-tutkimuksessa havaittiin, että kurdinaisista puolella on vakavia masennus- tai ahdistusoireita. Muutto vieraaseen maahan aiheuttaa stressiä, taloudellisia vaikeuksia ja yksinäisyyttä (Säävälä 2013, 208). Stressin ja psyykkisten paineiden vuoksi elimistö erittää kortisolia, jota kulkeutuu istukan kautta myös sikiölle. Tällaiset tunteet heijastuvat raskauskokemukseen ja voivat vaikuttaa negatiivisesti varhaiseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa. (Solantaus & Raudaskoski 2013, 185.)

Kulttuurillisten tapojen ohella ihmisen biologiassa esiintyy kulttuurillista vaihtelua. Ihon väri on yksi sellaisista asioista. Asiakkaan tummasta ihonväristä johtuen voi olla vaikeaa tunnistaa kalpeutta, keltaisuutta tai syanoosia. Myös ihottumaa ja punoitusta voi olla vaikeaa havaita. Afrikkalais- ja aasialaistaustaisista lapsista 80–90 prosentilla esiintyy mongoliläiskä. (Abdelhamid ym. 2009, 120–121.) Mongoliläiskä on synnyinäinen pigmenttimuutos, joka sijaitsee tavallisesti ristiselässä ja pakaroissa sekä toisinaan jopa kasvoissa. Läiskä on väriltään siniharmaa. (Hannuksela 2013.) Läiskää ei tule sekoittaa mustelmaan, ja niiden olemassaolosta on hyvä tietää, jotta lapsen vanhemmat eivät tule aiheettomasti syytetyksi pahoinpitelystä (Abdelhamid ym. 2009, 121).

2.2 Kotikäynnit

Kotikäynnit ovat neuvolatyön keskeinen toimintatapa (Paavilainen 2007, 366). Niiden tarkoituksena on edistää koko perheen hyvinvointia ja lapsen kasvuympäristön turvallisuutta. Kotikäynnit ehkäisevät lapsen tapaturmia ja muita ongelmia, synnytyksen jälkeistä masennusta ja parantavat vuorovaikutusta niin vanhempien kuin vanhemman ja lapsenkin välillä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 142.)

Kotikäyntiä suositellaan tarjottavaksi kaikille synnytyksen jälkeen, mutta ensisynnyttäjälle voidaan tarjota kotikäyntiä jo raskauden aikana. (Ellilä, Hakulinen-Viitanen, Soininmäki, Korpilahti & Pelkonen 2013, 102.) Valtioneuvoston asetuksen mukaan

(Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2011, 15§) ensimmäisen lapsen saaneen perheen luo on tehtävä kotikäynti. Muita kotikäyntejä tulee järjestää tarpeen vaatiessa. Myös ensimmäistä Suomessa syntyvää lastaan odottavan maahanmuuttajaperheen luo tulisi tehdä kotikäynti sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen. Käynnit pyritään ajoittamaan niin, että kummatkin vanhemmat olisivat paikalla. (Hakulinen-Viitanen, Lang, Ylä-Soininmäki & Pelkonen 2013, 142–143.)

Kotikäynnit ovat perhekeskeinen ja perhettä tukeva työmuoto (Honkanen ym., 2015, 235). Kotikäyntejä tehdään hyvin pian lapsen syntymän jälkeen. Kotikäynneillä neuvolan työntekijä pääsee näkemään perheen elinympäristön (Paavilainen 2007, 366). Perheen ilmapiiri ja ihmissuhteet ovat helpommin havaittavissa kotona kuin neuvolassa. Kotona on helpompi havainnoida lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta ja kommunikointia, sillä lapset ovat kotioloissa usein luonnollisempia kuin neuvolassa vastaanotolla. Kotikäynnillä toteutettava terveysneuvonta on yleensä myös paremmin perheen tarpeita vastaavaa ja ohjaus realisoituu arkiympäristössä. (Honkanen ym. 2015, 235.) Kotikäynti antaa hyvin tietoa perheen kulttuurista ja voi auttaa luottamuksen syntymisessä. Se antaa monesti myös mahdollisuuden tavata muita perheenjäseniä, sukulaisia ja ystäviä. Tulkki on suositeltavaa ottaa mukaan myös kotikäynnille, mikäli asiakkaan kanssa ei ole yhteistä kieltä. (Husu 2007, 396.)

Raskauden aikana tehtävällä kotikäynnillä kysellään molempien vanhempien vointia, arjen rutiineja ja mielikuvia tulevaisuudesta. Käynnillä ohjataan vauvan hoitoon, valmistaudutaan lähestyvään synnytykseen ja kartoitetaan mahdollisen lisäävun tarvetta kotona. (Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 144.) Tarvittaessa käynnin voi tehdä yhteistyössä esimerkiksi perhetyöntekijän kanssa (THL:n www-sivut 2015).

Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä käydään molempien vanhempien raskaus- ja synnytyskokemukset läpi sekä selvitetään äidin toipuminen. Käynnillä tarkistetaan vastasyntyneen vointi ja kerrotaan lastenneuvolaan siirtymisestä. Vanhemmille tärkeistä aiheista keskustellaan, esimerkiksi parisuhteesta ja vauvanhoidosta. Samalla terveydenhoitaja voi kartoittaa kodin turvallisuutta ja sisarusten vointia. (Ellilä ym. 2013, 106.) Muita aiheita ovat esimerkiksi varhainen vuorovaikutus ja imetys. Synnytyksen jälkeinen kotikäynti on tarpeen erityisesti silloin, kun raskauden aikana ei ole tehty

kotikäyntiä. Sen tarpeellisuus lisääntyy, kun perheessä on useampi pieni lapsi. (Honkanen ym. 2015, 236.) Banjaran (2011, 45–47) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajäideille kotikäynti on erityisen tärkeä, sillä oma suku ei ole apuna ja opastamassa vauva-arjen käytännön asioissa, esimerkiksi vauvan ruuan lämmittämisessä. Lisäksi Suomen talvi aiheuttaa murheita, kun maahanmuuttaja ei tiedä, miten vauva pitäisi pukea ulos tai kuinka lämpimänä asunto pitäisi pitää.

Ankelon (2013, 30-31) opinnäytetyön tuloksissa äidin ja vauvan hyvinvointia oli huomioitu kaikkien vastaajien (n=6) mielestä riittävästi. Suurin osa piti vauvan hoitoon (n=6) ja synnytyskokemukseen (n=4) liittyvää keskustelua riittävänä. Puutteellisena pidettiin isän hyvinvoinnin huomioimista (n=3) ja kodin turvallisuuden käsittelyä (n=5).

Maahanmuuttajat voivat kokea kodin sisällä tapahtuvan työn pelottavana (Turtiainen & Hiitola 2015, 31). Kotikäynneillä korostuikin terveydenhoitajan hienotunteisuus sekä perheenjäsenten ja kodin kunnioittava kohtaaminen (Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 143).

2.3 Ryhmät

Samasta kulttuurista tulevista perheistä on hyvä koota ryhmiä, joissa perheet voivat verkostoitua ja keskustella eri aiheista (Husu 2007, 395). Koskimiehen ja Mutikaisen (2008, 78) kirjallisuuskatsauksesta tulee ilmi, että vieraassa maassa omaan kulttuuriin liittyvät tavat korostuvat. Samoja tapoja noudattavien ihmisten tapaaminen luo turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Turtiaisen ja Hiitolan (2015, 80) tutkimuksessa esiin, että vanhemmat toivoivat enemmän vuorovaikutusta toisten vanhempien kanssa.

Perhevalmennus on moniammatillista toimintaa, johon sisältyy vanhempainryhmätöitä ja synnytysvalmennusta. Perhevalmennusta tulisi aina tarjota ensimmäistä lastaan odottaville sekä lisäksi sellaisille maahanmuuttajaperheille, jotka odottavat ensimmäistä lastaan Suomessa. Valmennuksen tavoitteena on tukea raskauteen, synnytykseen ja vanhemmuuteen liittyvissä asioissa, edistää koko perheen terveyttä ja tarjota perheille vertaistukea. (Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 78–79.) Perhevalmennuksessa

tuetaan vanhempia, varmistetaan heidän mahdollisuutensa toimia terveellisesti ja toisaalta kerrotaan, millaisia riskejä toisenlaisessa käyttäytymisessä on (Koski ym. 2007, 25).

Perhevalmennusprosessi muodostuu neljästä vaiheesta: tarpeiden määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, suunnittelu ja tuloksellisuuden arviointi (Koski ym. 2007, 20). Perhevalmennuksessa käsiteltävät aiheet perustuvat perheiden tarpeeseen ja annettava ohjaus perustuu näyttöön. Käsiteltäviä aiheita ovat muun muassa raskaus, synnytys, kotiutuminen, vauvan hoito, vanhemmuus, parisuhde, terveystottumukset sekä etuudet ja palvelut (THL:n www-sivut 2015.) Aiheet määritellään asiakkaiden näkökulmasta ja pysytään niissä aiheissa, jotta tietoa ei tule liikaa (Koski ym. 2007, 25).

Perhevalmennuksessa pohditaan omia käsityksiä, asenteita ja toimintatapoja sekä pyritään muokkaamaan niitä tarvittaessa. Perinteistä opetusta sopivampi on keskusteleva valmennustapa. Keskustelevan eli dialogisen tavan myötä hyväksytään jokaisen erilaisuus ja hyödynnetään sitä. Tarkoitus on kuunnella ryhmää ja oppia heiltä. Osallistujia rohkaistaan mukaan keskusteluun. (Koski ym. 2007, 21–25.)

Monikulttuurisen perhevalmennuksen haasteita ovat kommunikaatiovaikeudet, esimerkiksi yhteisen kielen puute ja tulkkausongelmat. Monikulttuurista perhevalmennusta suunnittelevan on huomioitava kohderyhmänsä etninen tausta, mutta samalla vapauduttava omasta kulttuurisidonnaisuudestaan. Kulttuurisensitiivinen perhevalmennus on joustavaa, suvaitsevaa ja empaattista. Ryhmän ohjaaja pyrkii ymmärtämään kohderyhmänsä tarpeita ja kasvuprosessia. (Koski ym. 2007, 13–21.)

Lepola (Lepola 2017, 20–23, 74–80) on tutkinut Pro Gradu -tutkielmassaan monikulttuurista perhevalmennusta ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus on tehty laadullisena tutkimuksena käyttäen menetelmänä haastattelua. Tutkimukseen osallistui terveydenhoitajia, kättilöitä ja muita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia (n=11) julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Julkiselta sektorilta osallistui seitsemän henkilöä, yksityiseltä kaksi ja kolmannelta sektorilta kaksi henkilöä. Sisältö on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen mukaan perheen yksilöllisten tarpeiden huomioiminen on monikulttuurisessa perhevalmennuksessa olennaista. Tarve erityisen huolellisesti suunnitellulle perhevalmennukselle korostui ammattilaisten mukaan kielitaidottomina maahan tulleiden luku- ja kirjoitustaidottomien kohdalla.

Tutkimuksen mukaan tulisi myös ottaa huomioon aikaisemmat synnytyskokemukset ja mahdolliset pelot. Ammatillaiset korostivat tutkimuksessa monikulttuurisen perheen voimavarojen ja keskinäisten suhteiden vahvistamista. Monikulttuurisen perhevalmennuksen haasteina olivat ennakko-oletukset, käytettävissä olevat resurssit ja perheiden monenlaiset tarpeet sekä eri kielten ja kulttuurien mukanaan tuomat haasteet.

Vertaisryhmät ovat perhekeskeinen toimintamuoto (Paavilainen 2007, 366). Ryhmätoiminnan keskeisenä tavoitteena on edistää vertaistukea. Vertaistuellla tarkoitetaan sosiaalista tukea, jota antaa samassa elämäntilanteessa elävä henkilö. Vertaistuesta on hyötyä monille perheille. Pienryhmissä lasten vanhemmat voivat saada uusia näkökulmia avaavaa käyttökelpoista tietoa toisiltaan. Ne voivat auttaa myös jäsentämään omaa elämäntilannetta ja auttaa käytännön pulmien ratkaisemisessa. Pienryhmät mahdollistavat myös kokemusten jakamisen toisten samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Ryhmissä syntyy myös uusia ihmissuhteita, jotka lujittavat perheen sosiaalista verkostoa. (Honkanen ym. 2015, 236–237.) Vertaisryhmissä asioita pääsee pohtimaan vertaistensa kanssa, millä on perheille voimaannuttava vaikutus (Paavilainen 2007, 367). Ryhmät antavat voimavaroja arjesta selviämiseen ja tuottavat sekä mielihyvää että iloa. Pienryhmissä vanhemmille voidaan antaa myös kokemus siitä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa neuvolan toimintaan. (Honkanen ym. 2015, 236–237.) Pienryhmissä toimiminen lisäksi lähentää perheen suhdetta terveydenhoitajaan. Vertaisryhmien keskeisinä toimijoina ovat perheet, ja terveydenhoitaja toimii vain ryhmän vetäjänä ja asiantuntijana (Paavilainen 2007, 366–367.)

Vertaisryhmä voidaan koota niin, että osallistujilla on sama elämäntilanne tai ryhmä voi painottua jonkun teeman ympärille (Paavilainen 2007, 367). Lastenneuvolassa ryhmätoiminnan muotoja voivat olla pienryhmissä tapahtuvat ryhmäneuvolavastaanotot ja vanhempainryhmät. Vanhempainryhmissä samanlaisessa elämäntilanteessa olevat vanhemmat tapaavat toisiaan ja saavat mahdollisuuden oppia toisiltaan. (Honkanen ym. 2015, 237.) Ryhmäneuvolan ajatuksena on kutsua samanaikaisesti saman ikäisten lapsia perheineen neuvolakäynnille ja samalla tarjota mahdollisuus keskusteluun muiden vanhempien kanssa. Ryhmäneuvolaan kutsutaan usein samanaikaisesti 4-5 lasta vanhempineen ja aikaa on varattuna 1-2 tuntia. Käsiteltävinä aiheina voivat olla esimerkiksi vauvan kehitys ja hoito, vanhempien parisuhde tai lapsiperheen palvelut. Vanhempainryhmiä voidaan perustaa myös erityisiin tarpeisiin perustuen. Tällaisia

ryhmiä voivat olla esimerkiksi yksinhuoltajavanhemmille suunnatut ryhmät. Ryhmiä järjestettäessä on huomioitava vanhempien erilaiset tarpeet ja elämäntilanteet. (Honkanen ym. 2015, 238–239.)

Ankelon (2013, 31) opinnäytetyötutkimuksessa kukaan vastaajista ei ollut osallistunut vertaisryhmätoimintaan. Suurin osa (n=6) toivoi englanninkielisiä vertaisryhmiä.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajaperheiden kokemuksia Rauman äitiys- ja lastenneuvolapalveluista. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhoitajat voivat toteuttaa terveydenhoitotyötä maahanmuuttajalähtöisesti ja kehittää palveluita maahanmuuttajille sopiviksi.

Tutkimusongelmaksi muodostui: Kuinka maahanmuuttajaperheet kokevat Rauman kaupungin tarjoamat neuvolapalvelut? Sen alle muodostuivat seuraavat alaongelmat:

1. Miten maahanmuuttajaperheet kokevat Rauman kaupungin tarjoamat äitiysneuvolapalvelut?
2. Miten maahanmuuttajaperheet kokevat Rauman kaupungin tarjoamat lastenneuvolapalvelut?
3. Miten neuvolapalveluita voisi kehittää maahanmuuttajaperheille sopiviksi?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen

Neuvolasta pyydettiin heti alun alkaen määrällistä tutkimusta (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2016). Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat myös käytettävissä olevat resurssit, esimerkiksi aika ja rahoitus. Määrällinen tutkimus voidaan tehdä havainnoimalla, kyselyllä tai rekistereiden tai tilastojen avulla. (Vilkkä 2015, 50–142.) Tähän tutkimukseen oli käytettävissä rajallisesti aikaa ja rahaa, mikä tuki kvantitatiivisen menetelmän valintaa.

Laadimme tätä tutkimusta varten mittarin, jossa on skaalakysymyksiä sekä avoin kysymys toiveista ja kehitysehdotuksista. Kysymykset kehitettiin teorian tiedon ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. Kysymysten valinta perustuu teorian tietoon ja keskeisiin käsitteisiin. Kirjallisuushaussa hakukoneina olivat käytössä yliopistojen tietokannat, Medic, PubMed, Aleksi ja Finna. Hakusanoina käytettiin asiasanoja *maahanmuuttajat**, *neuvola*, *lastenneuvola*, *terveyden edistäminen*, *laaja terveystarkastus*, *monikulttuurinen hoitotyö*, *ohjaus*, *hoitotyö*, *pakolai**, *kokemuksia*, *monikulttuurisuus* sekä näiden sanojen erilaisia yhdistelmiä. Lisäksi hakusanoina olivat englanninkieliset vastineet *immigrant*, *guidance centre*, *child health centre* ja *counselling bureau*. Tulokset rajattiin siten, että aineisto oli enintään 5 – 10 vuotta vanhaa. Kirjallisuushaussa haettiin sekä suomeksi, englanniksi että ruotsiksi olevaa aineistoa. Tutkimuskysymysten pohjalta luotiin kysymykset, joiden avulla pyrittiin saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeessa kysytään vain niitä asioita, joita opinnäytetyössä tutkitaan. (Vilkkä 2015, 101,105.) Jokainen kysymys käytiin vielä läpi ja pohdittiin, mitä asiaa ne mittaavat (Virstan www-sivut 2016). Avoimiksi kysymyksiksi pyydettiin neuvolasta kehitysehdotuksia (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 19.10.2016).

Kysymysten johdonmukainen järjestys helpottaa vastaamista. Saman sisältöiset asiat kannattaa laittaa omaan ryhmäänsä ja yksittäiset asiat omaansa. (Vilkkä 2015, 107.) Jaoin kysymykset alaotsikkoihin *neivolakäynnit*, *kotikäynnit* ja *perhevalmennus / vertaisryhmät*. Neivolakäyntien alle tuli niin paljon kysymyksiä, että ne jaettiin aihepiirien mukaan *ohjaukseen*, *vuorovaikutukseen* ja *ilmapiiriin* sekä *koko perheen huomiointiin* ja *tukemiseen*. Helpon ja yleisluontoiset kysymykset tulevat ensin ja loppua

kohden ne muuttuvat yksityiskohtaisemmiksi ja yksityisemmiksi (Kananen 2010, 92–93). Esimerkiksi seksuaalisuutta, väkivaltaa ja mielenterveyttä koskevat asiat ovat lomakkeen loppupuolella. Taustatietojen paikka lomakkeessa jakaa mielipiteitä. Heikkilän (Heikkilä 2004, 48–49) mukaan ne kuuluvat lomakkeen loppuun, mutta suomalaiset mieltävät nämä kysymykset usein helpoksi tavaksi aloittaa (Heinonen 2016).

Skaala-asteikko on sekä vastaajille että tiedeyhteisöille tuttu asteikko, jonka luotettavuutta on tutkittu. (KvantiMOTV 2010.) Yksi skaala-asteikon tyyppi on Likert-asteikko, jolla mitataan asenteita. Vastausvaihtoehdot ovat ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. (KvantiMOTV 2007.) Likert-asteikko etenee järjestyksessä siten, että samanmielisyys kasvaa toiseen ja laskee toiseen suuntaan mentäessä (KvantiMOTV 2010). Tässä kyselylomakkeessa ääripäät on tiivistetty kahteen vaihtoehtoon siten, että ne ovat ”samaa mieltä” ja ”eri mieltä”. Lisäksi näiden väliin on laitettu vielä ”ei samaa eikä eri mieltä”.

Yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa (Vilkkä 2015, 107). Kielteisiä ei-muotoisia lauserakenteita ei käytetty lainkaan, sillä ne voivat helposti sekoittaa vastaajan (Kananen 2010, 93). Monivalintakysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot (Vilkkä 2015, 106). Vaihtoehdot ovat sellaisia, että ne sulkevat toisensa pois, jolloin vastaaja voi valita vain yhden (Virstan www-sivut 2016). Poikkeuksena on taustatietokysymys kyselyä täyttävistä perheenjäsenistä, jossa pyydetään ympyröimään jokainen sopiva vaihtoehto.

Siihen, lähteekö kyselyn saaja vastaamaan, vaikuttaa paljon kyselyn yleisilme ja muun muassa pituus. Kysymysten on hyvä edetä ylhäältä alaspäin. Kannattaa tehdä tiiviisti, mutta selkeällä fontilla ja erottaa kysymykset esimerkiksi viivoilla tai laatikoimalla. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010.) Lomakkeessa oli paljon kysymyksiä ja monta sivua, mutta pyrimme luomaan selkeällä fontilla ja kysymysten taulukoinnilla miellyttävämmän ja helposti vastattavan kokonaisuuden. Sopivan kokoinen fontti luo selkeän kuvan ja saa lomakkeen vaikuttamaan lyhyemmältä. Asettelut ja fontit ovat yhdenmukaisia lomakkeessa. (Virstan www-sivut 2016.) Kysymykset numeroitiin, mikä helpottaa tulosten tallentamista ja analysoimista (Kananen 2010, 93). Alanumerointia kuitenkin vältettiin (Virstan www-sivut 2016).

Mittari testattiin eri-ikäisillä tuttavilla, jotka ovat olleet äitiys- tai lastenneuvolan asiakkaina. Saimme paljon hyvää ja rakentavaa palautetta, ja teimme sen pohjalta muutoksia lomakkeeseen.

Lähetimme kyselylomakkeen yhteyshenkilölle ja kysyimme vielä, tarvitaanko siihen muutoksia. Yhteyshenkilö hyväksyi tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen. Hän ohjasti lähettämään ne eteenpäin. (Falin henkilökohtainen tiedonanto 13.2.2017.) Helmikuun lopussa neuvolasta otettiin vielä yhteyttä opinnäytetyön ohjaajaan ja pyydettiin lisää taustatietokysymyksiä neuvolakäyntien määrästä ja tulkin käytöstä (Lahtinen henkilökohtainen tiedonanto 28.2.2017). Lopulliseksi kysymysten määräksi muotoutui 114 ja sivuja tuli yhteen lomakkeeseen 12. Resurssipulan vuoksi jouduimme tyytymään vain englanninkieliseen käännökseen.

4.2 Aineistonkeruu

Saatekirje on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Sen perusteella tutkittava päättää, vastaako hän kyselyyn. Saatekirjeen tarkoitus on perustella aiheen tärkeys tutkittavalle ja motivoida hänet vastaamaan. (Vilka 2015, 189.) Ainoa kommunikointitapa tutkijan ja vastaajan välillä oli kuori, jossa oli saatekirje (Liite 4) ja kyselylomake (Liite 5). Siksi saatekirjeen ja vastausohjeiden merkitys korostui entisestään. (Virstan www-sivut 2016.)

Lomakkeet lähetettiin kääntäjille, tutkimuslupahakemukset (Liite 1) Rauman sosiaali- ja terveysvirastolle ja opinnäytetyösopimukset vietiin henkilökohtaisesti paikan päälle neuvolaan 16.2.2017. Lupa hyväksyttiin (Liite 2) 1.3. ja kaikki osapuolet saivat sopimukset allekirjoitettua 31.3.2017.

Tilaaaja ei osannut sanoa, kuinka pitkältä ajalta aineistoa pitäisi kerätä tai kuinka paljon vastauksia he haluavat. Hän ei myöskään osannut arvioida, kuinka paljon maahanmuuttaja-asiakkaita neuvolassa suurin piirtein käy. (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 1.12.2016.) Rauman maahanmuuttajatoimistossa ei myöskään ollut tilastotietoa olemassa. Ehdotimme, että tulostaisimme itse esimerkiksi 80 lomaketta ja neuvo-

lassa voitaisiin tulostaa tarpeen mukaan lisää. Se ei kuitenkaan ollut mahdollista (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 19.1.2017), joten tulostimme vain itse 80 lomaketta ja päätimme, ettei enempää lomakkeita tarvittaisi.

Kohderyhmänä olivat äitiys- tai lastenneuvolapalveluja käyttävät perheet, joissa toinen tai molemmat vanhemmat olivat maahanmuuttajia. Lomakkeet ja terveydenhoitajien saatekirjeet (Liite 3) vietiin neuvolaan 13.4.2017. Neuvolaan sijoitettiin kaksi palautuslaatikkoa, yksi lastenneuvolaan ja yksi äitiysneuvolaan. Yhteyshenkilö oli jo aiemmin luvannut, että terveydenhoitajat tekevät ”tukkimiehen kirjanpitoa” siitä, kuinka monelle lomake annetaan (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 1.12.2016). Tämä pyyntö oli myös terveydenhoitajille annettavissa saatekirjeissä (Liite 3).

Sovimme tilaajan kanssa, että kuoret postitetaan neuvolaan, mutta opinnäytetyön tekijät maksavat postimaksut (Tuomola henkilökohtainen tiedonanto 1.12.2016). Postitse tulleet palautukset pyydettiin palauttamaan jompaankumpaan palautuslaatikkoon. 19.5. mennessä palautuksia oli tullut kolme, joten aineistonkeruuaikaa jatkettiin vielä kuukaudella, ja päivämäärät pyydettiin vaihtamaan saatekirjeistä (Liite 4) vastaamaan uutta palautuspäivää eli 19.6.2017. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, joten osa vastaajista saattoi ajatella, että vastausaika oli jo päättynyt.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tukkimiehen kirjanpitoa ei ollut pidetty, mutta jäljelle jääneiden lomakkeiden perusteella kahden kuukauden aikana terveydenhoitajat jakoivat lomakkeita 47 kappaletta. Vastauksia palautui 12, joista yhdeksän postin kautta. Vastausprosentti oli näin ollen 25 %.

Tutkimusaineisto on käsitelty tilastotieteen analyysimenetelmillä. Aineistoa voidaan analysoida jakaumilla, tunnusluvuilla ja tilastollisilla menetelmillä. (Kananen 2015, 89–90, 203.) Tallensimme kyselylomakkeiden tiedot manuaalisesti havaintomatriisiksi Tixel-tilasto-ohjelman avulla. Jokainen vastauslomake numeroitiin, ja skaalaky-symysten vastaukset sijoitettiin havaintomatriisiin.

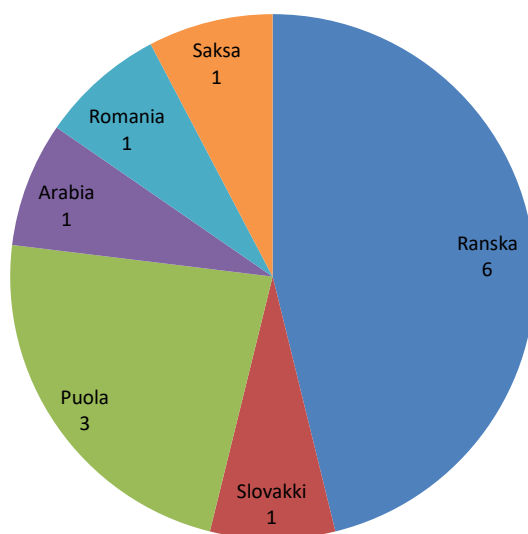
Tulokset ilmaistaan usein sekä numeerisesti että graafisesti. Kuviot mahdollistavat tulosten nopean silmäilyn ja havainnollistavat hyvin lukumääriä ja tulosten jakautumista. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2017). Opinnäytetyössä käytetään vaakapalkkeja, sillä vaakapalkit sopivat sellaisiin tilanteisiin, joissa vaihtoehdot ovat sanallisia ja vertaillaan keskenään kolmea eri vaihtoehtoa. Taustatiedoissa äidinkielen esittämisessä käytetään sektorikaaviota, sillä vaihtoehdot eivät ole numeerisia ja äidinkieliä on vain vähän. (Heinonen 2016.)

Avoimien kysymysten vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi Word-tiedostolle täysin samoin sanoin kuin vastaaja oli lomakkeelle kirjoittanut. Vastaukset luettiin läpi useampaan kertaan, jotta varmistettiin niiden ymmärtäminen. Tämän jälkeen vastaukset käännettiin suomeksi ja ryhmiteltiin vastaukset. (Liimatainen-Yläne 2016.) Avoimet kysymykset vastasivat kolmanteen tutkimuskysymykseen eli siihen, miten neuvolapalveluita voisi kehittää maahanmuuttajaperheille sopiviksi.

5 TULOKSET

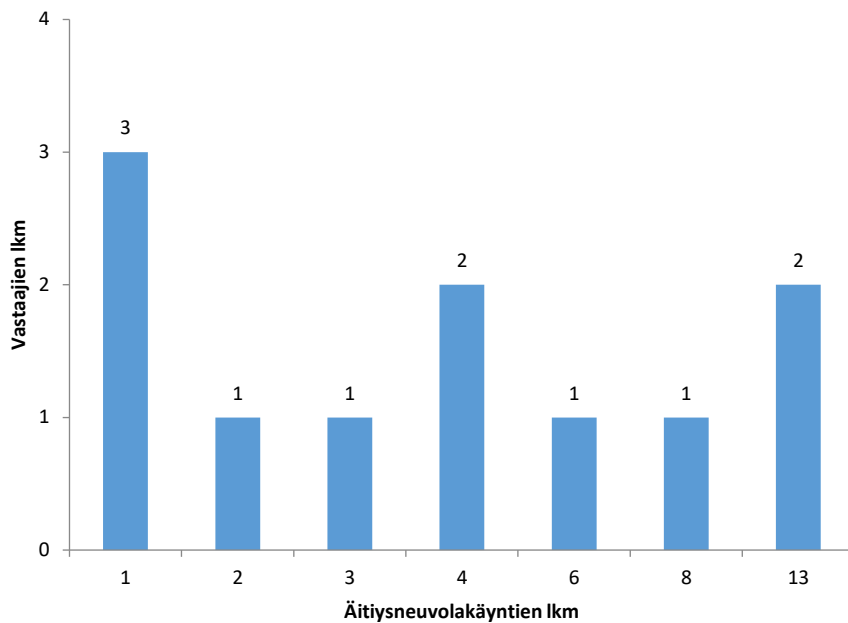
5.1 Taustatiedot

Taustatiedoissa selvitettiin, mikä on vastaajien äidinkieli, mitä kieltä he käyttävät neuvolassa asioidessaan ja ovatko he käyttäneet tulkkia. Suurin osa vastaajista puhui äidinkielenään ranskaa (n=6) tai puolaa (n=3) (Kuvio 1). Kaikki vastaajat käyttivät neuvolassa asioidessaan englannin kieltä. Yhdenkään perheen käynneillä ei ollut käytetty tulkkia.

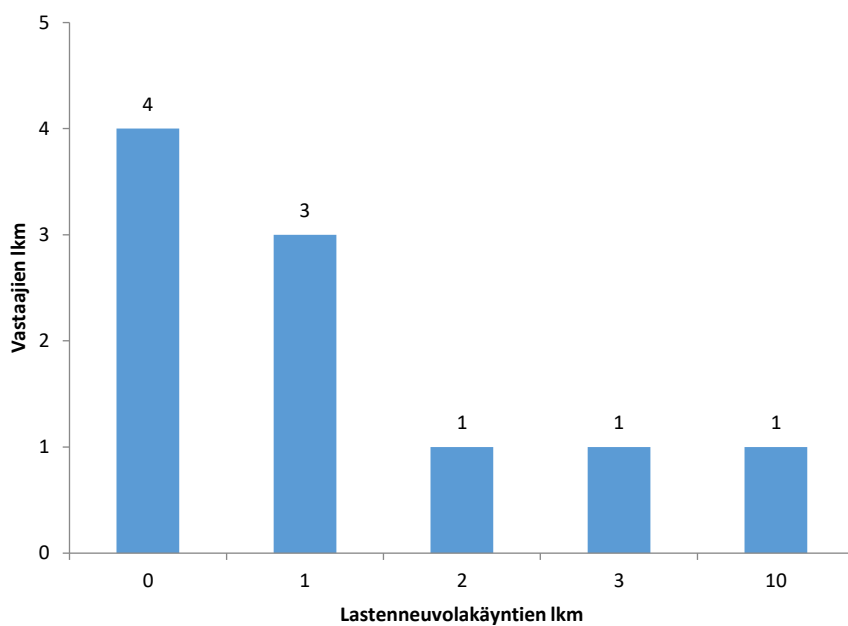


Kuvio 1. Vastaajien äidinkieli.

Taustatiedoissa kysyttiin myös, ketkä perheenjäsenet täyttävät kyselyä tai ovat mukana täyttämässä. Suurimpaan osaan kyselyistä (n=10) oli vastannut perheen äiti yksin. Yhden lomakkeen oli täyttänyt isä yksin ja yhden lomakkeen vanhemmat yhdessä. Lapset eivät osallistuneet kyselyn täyttämiseen. Lisäksi selvitettiin, kuinka monta neuvolakäyntiä vastaajilla on kyselyn täyttämisen hetkellä ollut. Äitiysneuvolakäyntejä vastaajilla oli ollut 1 – 13 ja käyntien keskiarvo oli 5,1 käyntiä perhettä kohden (Kuvio 2). Lastenneuvolakäyntejä vastaajilla oli 0 – 10 ja keskiarvo oli 1,8 käyntiä perhettä kohden (Kuvio 3).



Kuvio 2. Äitiysneuvolakäyntien määrä.

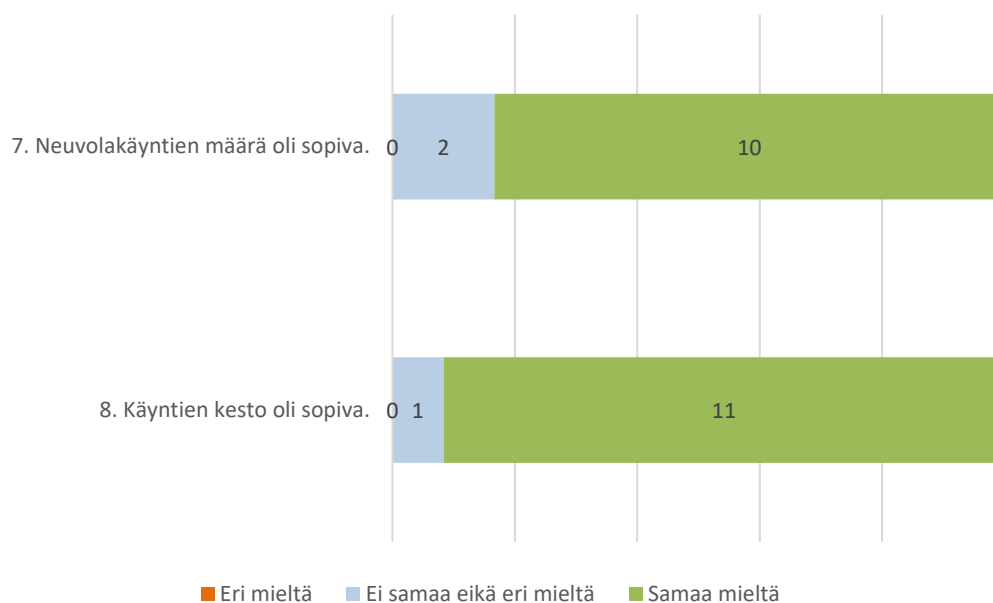


Kuvio 3. Lastenneuvolakäyntien määrä.

5.2 Neuvolakäynnit

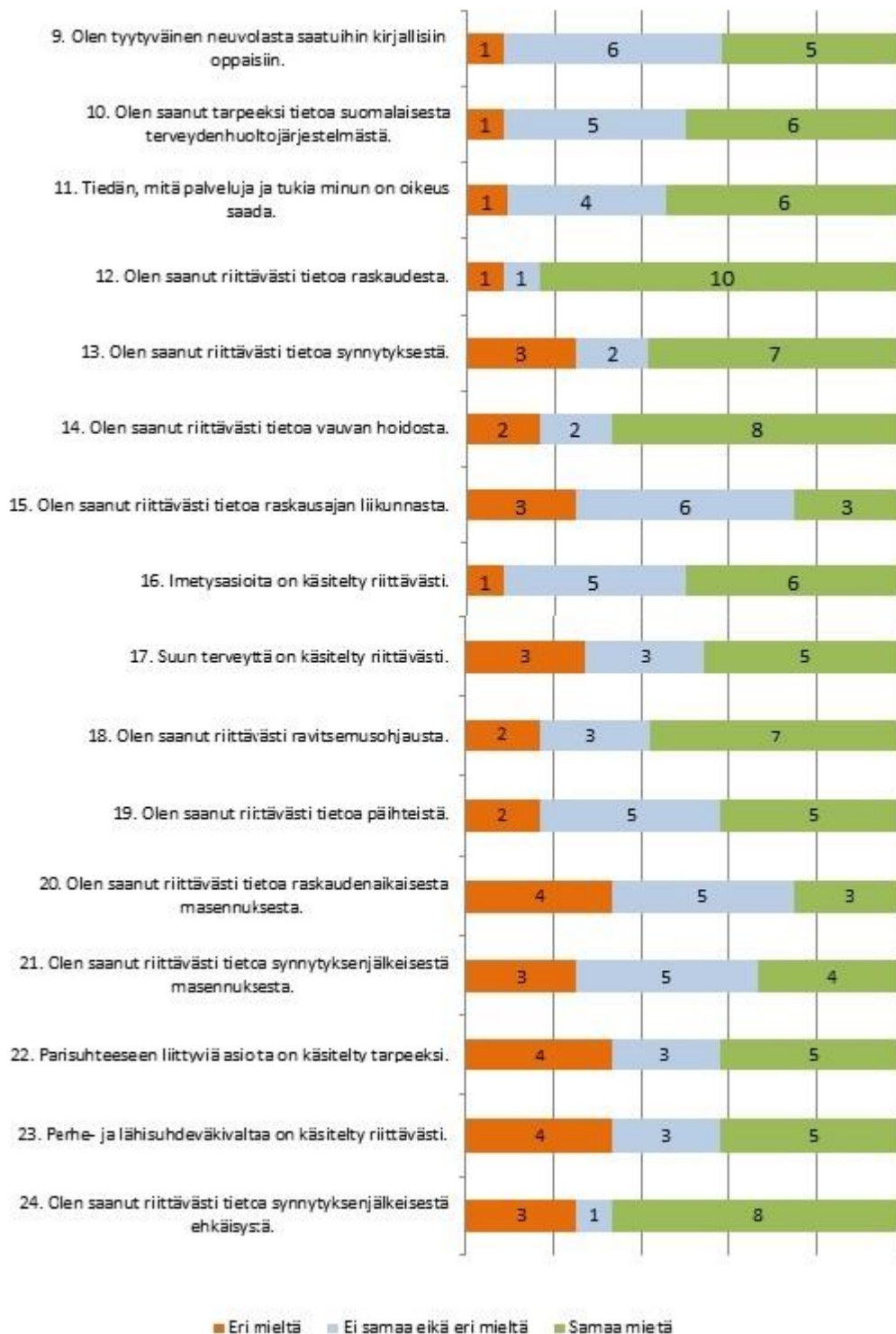
5.2.1 Äitiysneuvola

Äitiysneuvolaosuus oli täytetty 12 lomakkeessa. Alussa kysyttiin neuvolakäyntien määrän ja keston sopivuutta. Käyntien määrä (n=10) ja niiden kesto (n=11) olivat vastaajien mielestä sopivia (Kuvio 4).



Kuvio 4. Äitiysneuvolakäyntien määrä ja kesto.

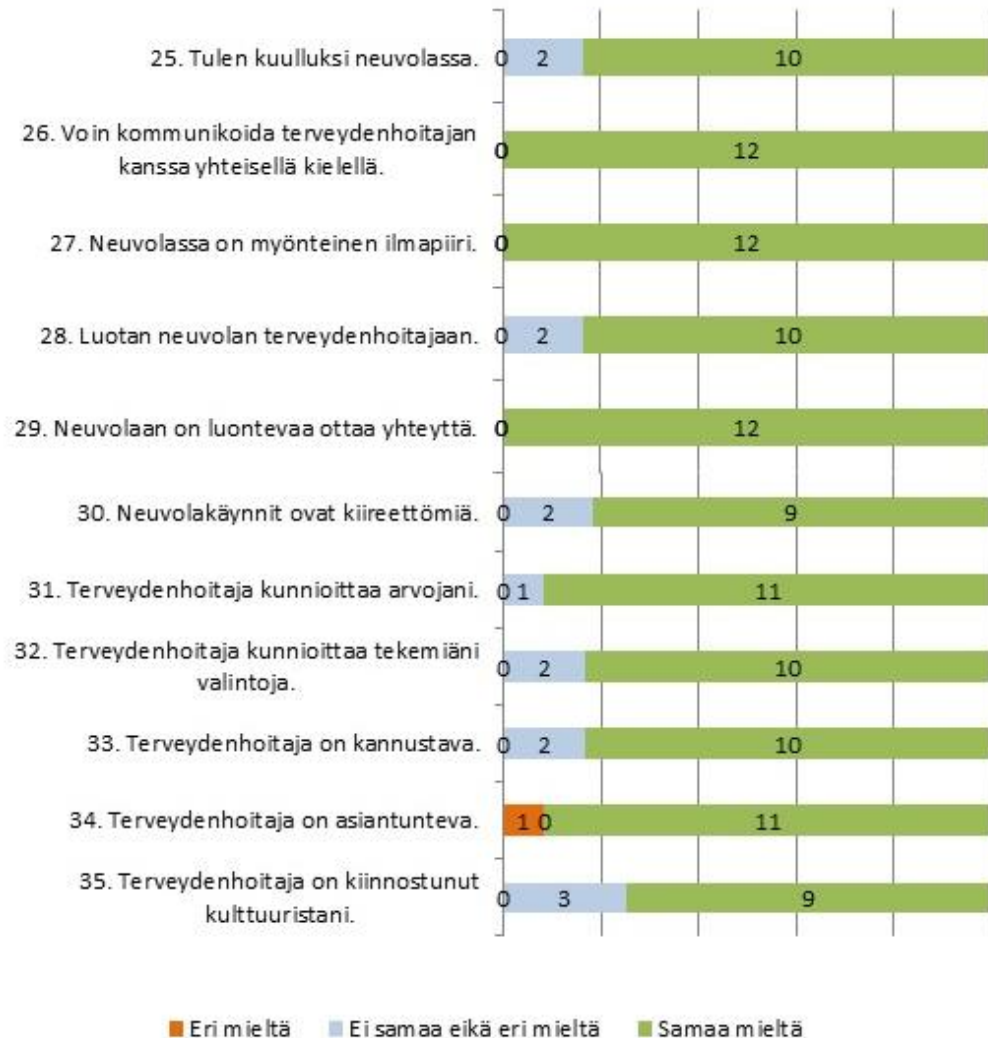
Taustatietojen jälkeen kysyttiin kokemuksia ohjauksesta. Riittäväntä ohjaus oli raskaudesta (n=10), vauvan hoidosta (n=8) ja synnytyksenjälkeisestä ehkäisystä (n=8). Suurin osa (n=7) piti myös synnytyksestä ja ravitsemuksesta saatua tietoa riittävänä. Eniten puutteita oli raskaudenaikaisen masennuksen (n=4), parisuhteen (n=4) sekä perhe- ja lähisuhdeväkivallan (n=4) käsittelyssä. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Asiakkaiden kokemuksia äitiysneuvolan ohjauksesta.

Toisessa osiossa selvitettiin kokemuksia ilmapiiristä ja vuorovaikutuksesta. Neuvolassa oli myönteinen ilmapiiri (n=12) ja sinne oli luontevaa ottaa yhteyttä (n=12). Perheet kokivat tullessa kuulluksi (n=10) ja pystyivät luottamaan terveydenhoitajaan (n=10). Kaikki kyselyyn vastanneet perheet (n=12) kykenivät kommunikoimaan terveydenhoitajan kanssa yhteisellä kielellä eli englannilla. Äitiysneuvolan käynnit ovat

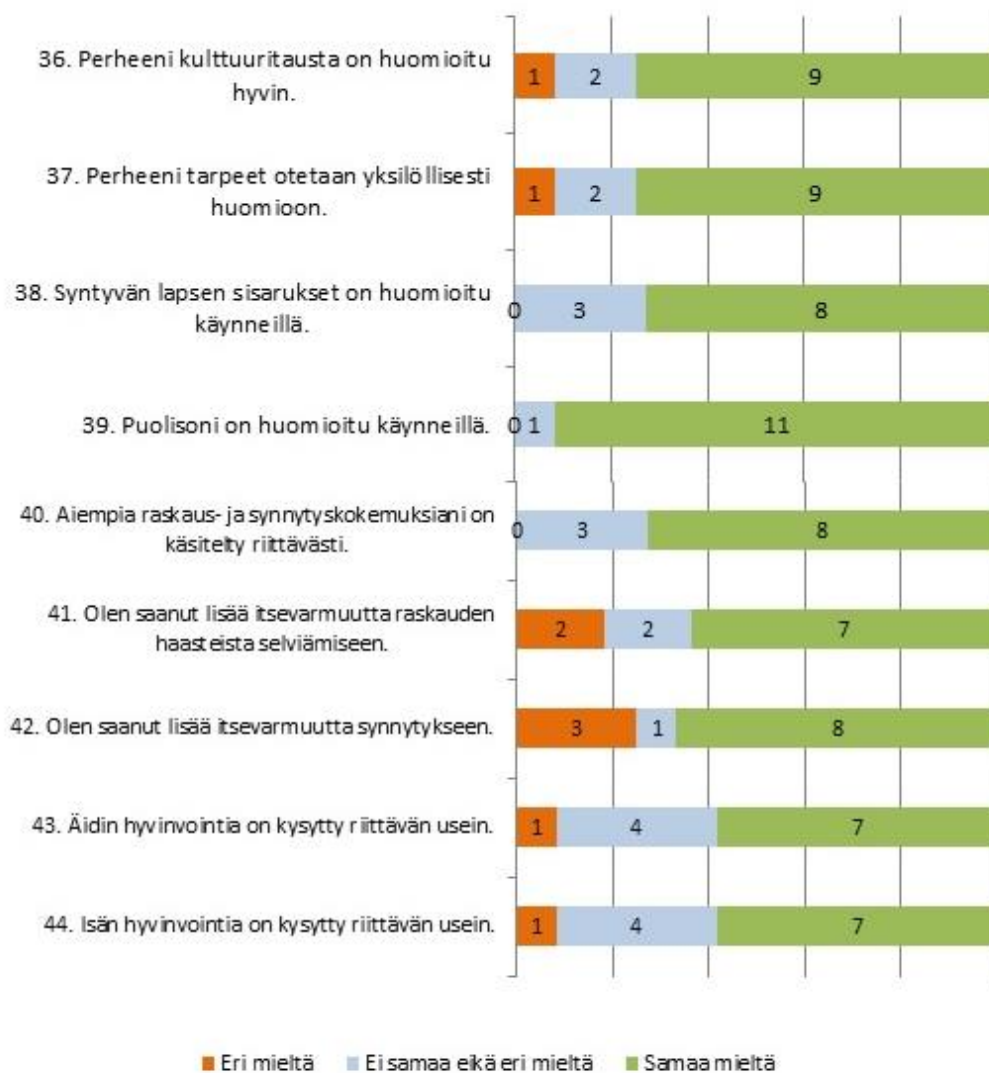
kiireettömiä (n=9). Terveydenhoitaja oli kannustava (n=10), asiantunteva (n=11) ja kiinnostunut asiakkaansa kulttuurista (n=9). Hän kunnioitti perheen arvoja (n=11) ja valintoja (n=10). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Asiakkaiden kokemuksia vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä äitiysneuvolassa.

Kolmannessa osiossa kysyttiin kokemuksia koko perheen huomioinnista ja tukemisesta. Perheen kulttuurista (n=9) ja yksilölliset tarpeet (n=9) huomioitiin hyvin. Myös puoliso (n=11) ja perheen muut lapset (n=8) otettiin hyvin huomioon. Aiempia raskaus- ja synnytyskokemuksia oli käyty läpi (n=8) ja molempien vanhempien hyvinvointia oli kysytty riittävän usein (n=7). Yli puolet koki saaneensa neuvolasta lisää itsevarmuutta raskauteen (n=7) ja synnytykseen (n=8), mutta osa oli myös eri mieltä.

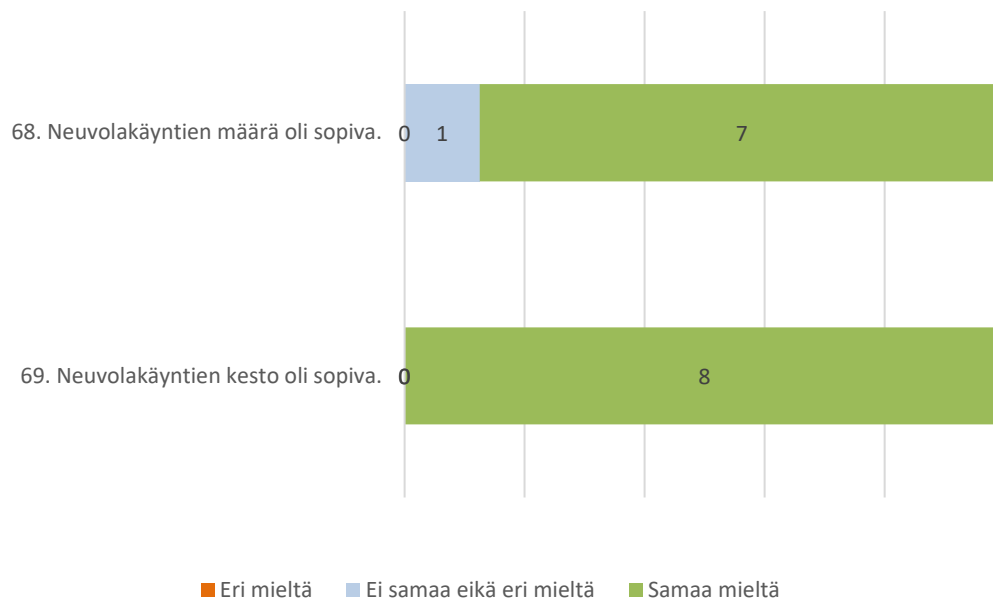
Esimerkiksi neljäsosa (n=3) koki, ettei ole saanut synnytykseen lisää itsevarmuutta. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Asiakkaiden kokemuksia koko perheen huomioimisesta ja tukemisesta äitiysneuvolassa.

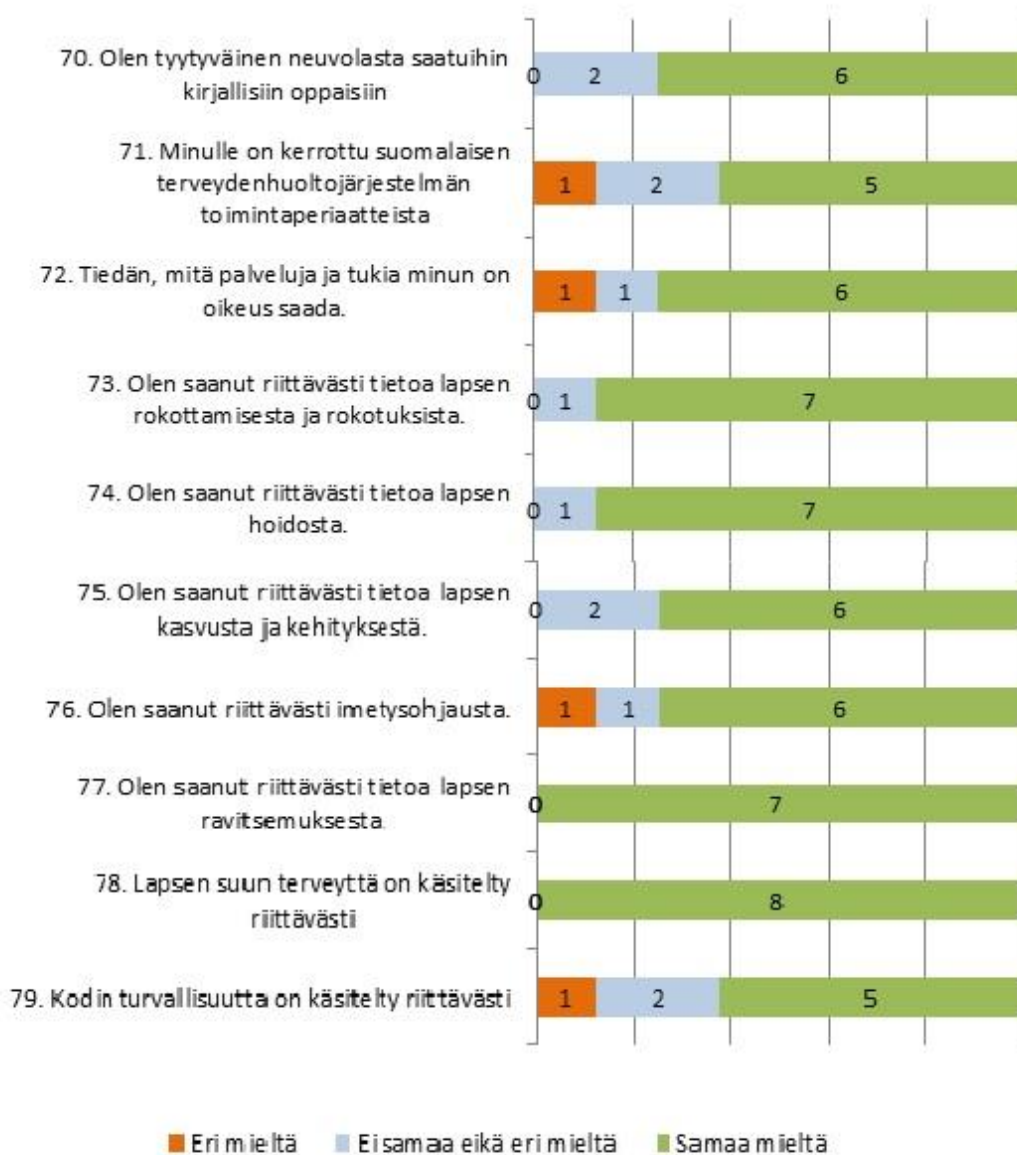
5.2.2 Lastenneuvola

Lastenneuvolaosuus oli täytetty 8 lomakkeessa. Lomakkeessa kysyttiin neuvolakäyntien määrän ja keston sopivuutta. Neuvolakäyntien määrä (n=7) ja kesto (n=8) olivat perheille sopivia (Kuvio 8).



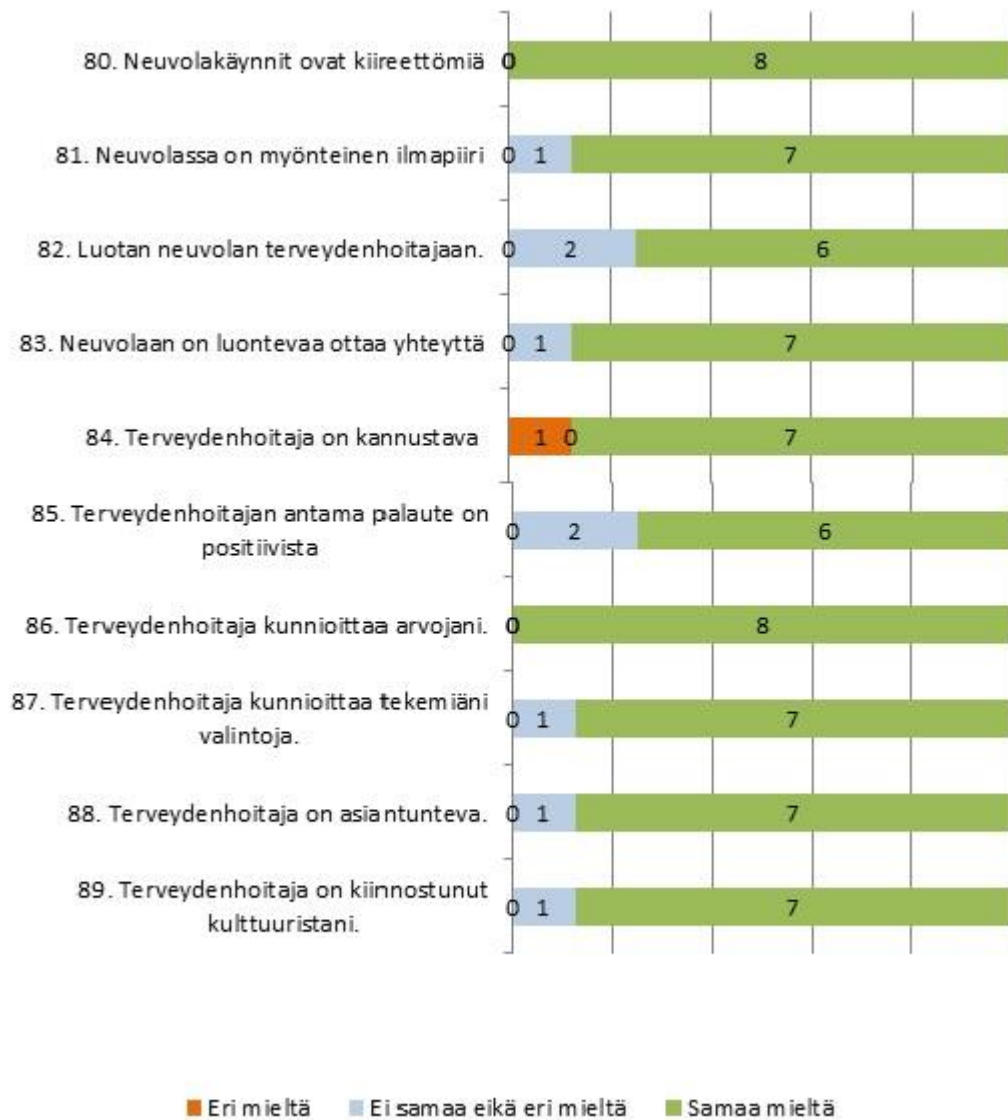
Kuvio 8. Lastenneuvolakäyntien määrä ja kesto.

Kyselylomakkeessa selvitettiin ohjauksen riittävyttä eri aiheista. Riittävä ohjaus oli suun terveydestä (n=8), lapsen ravitsemuksesta (n=7), rokotuksista (n=7) ja lapsen hoidosta (n=7). Jotkin vastaajista kokivat suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä (n=1), palveluista ja tuista (n=1), kodin turvallisuudesta (n=1) ja imetyksestä (n=1) saadun ohjauksen riittämättömäksi. (Kuvio 9.)

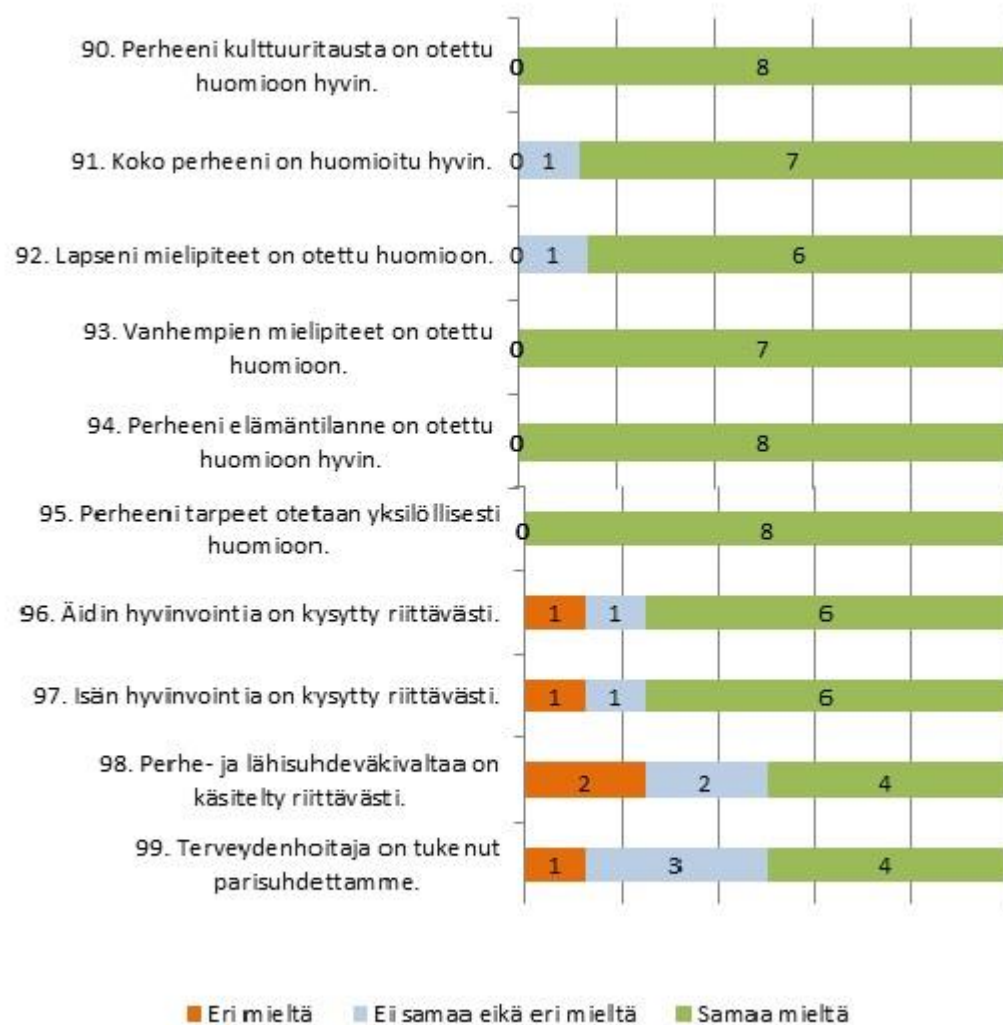


Kuvio 9. Asiakkaiden kokemuksia lastenneuvolan ohjauksesta.

Lomakkeessa kysyttiin kokemuksia neuvolan ilmapiiristä ja vuorovaikutuksesta. Kaikkien vastaajien (n=8) mielestä käynnit olivat kiireettömiä, ja terveydenhoitaja kunnioitti heidän arvojaan. Neuvolaan oli luontevaa ottaa yhteyttä (n=7) ja siellä oli myönteinen ilmapiiri (n=7). Terveydenhoitajaa pidettiin kannustavana (n=7) ja asiantuntevana (n=7). Hän oli kiinnostunut asiakkaansa kulttuurista (n=7) ja kunnioitti heidän tekemiään valintoja (n=7). (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Asiakkaiden kokemuksia lastenneuvolan vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä. Lomakkeessa selvitettiin, miten koko perhe oli käynneillä huomioitu. Kulttuuritausta (n=8), elämäntilanne (n=8), vanhempien mielipiteet (n=7) ja tarpeet (n=8) huomioitiin hyvin. Perhe- ja lähisuhdeväkivallan käsittely koettiin riittämättömimmäksi (n=2). Osa koki puutteita myös vanhempien hyvinvoinnin (n=1) ja parisuhteen (n=1) huomioinnissa. (Kuvio 11.)



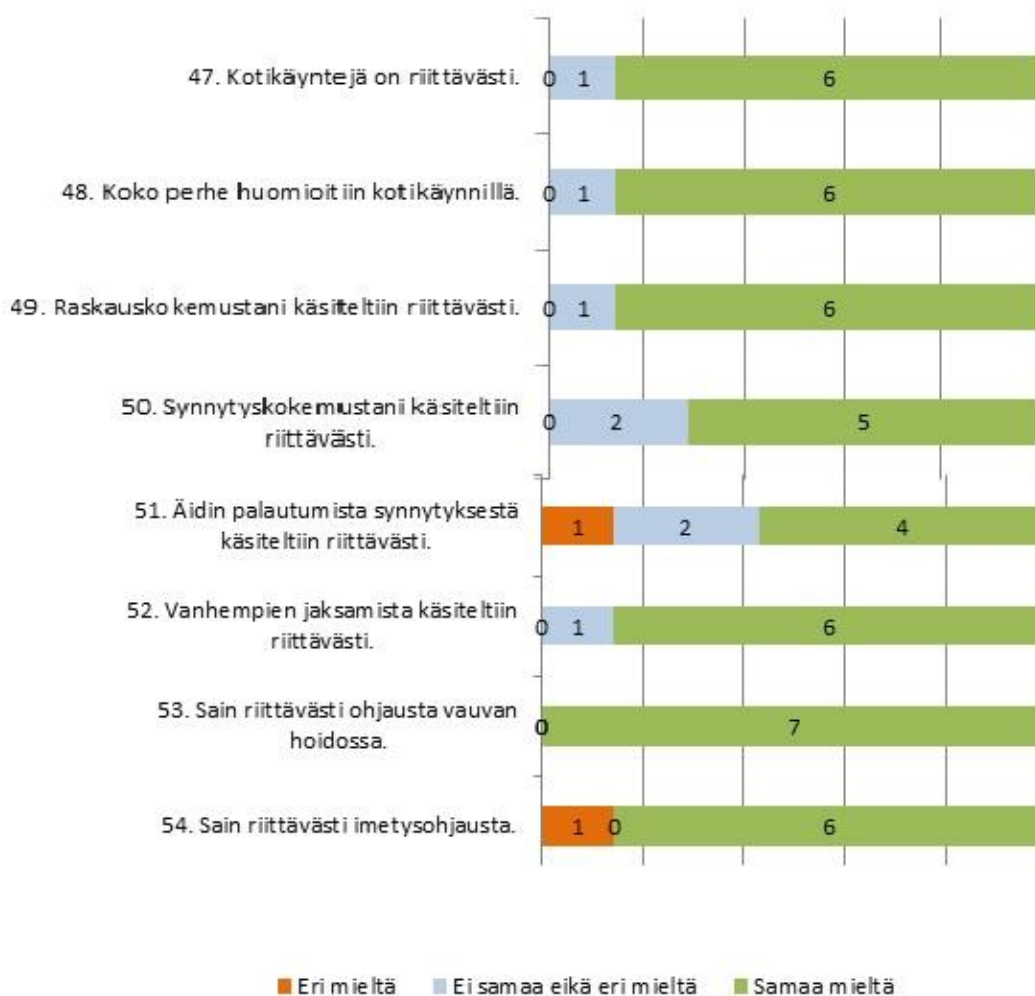
Kuvio 11. Asiakkaiden kokemuksia koko perheen huomioimisesta ja tukemisesta lastenneuvolassa.

5.3 Kotikäynnit

5.3.1 Äitiysneuvola

Lomakkeessa kysyttiin, oliko perheille tarjottu tai tehty kotikäyntejä. Yhdelle perheelle oli tarjottu kotikäyntiä raskauden aikana ja kuudelle synnytyksen jälkeen. Kolmelle ei ollut tarjottu kotikäyntiä ollenkaan. Neljän perheen luo oli tehty kotikäynti synnytyksen jälkeen ja kahdelle raskauden aikana.

Kyselyssä selvitettiin kokemuksia kotikäyntien määrästä ja sisällöstä. Kotikäyntien määrä oli sopiva (n=6). Koko perhe oli huomioitu käynneillä (n=6) ja kokemukset raskaudesta (n=6) ja synnytyksestä (n=5) oli käsitelty. Kotikäynneillä annettiin riittävästi ohjausta vauvan hoitoon (n=7) ja imetykseen (n=6). Vanhempien jaksamista käsiteltiin tarpeeksi (n=6). Noin puolet (n=4) koki synnytyksestä palautumisen käsittelyn riittäväksi. (Kuvio 12.)

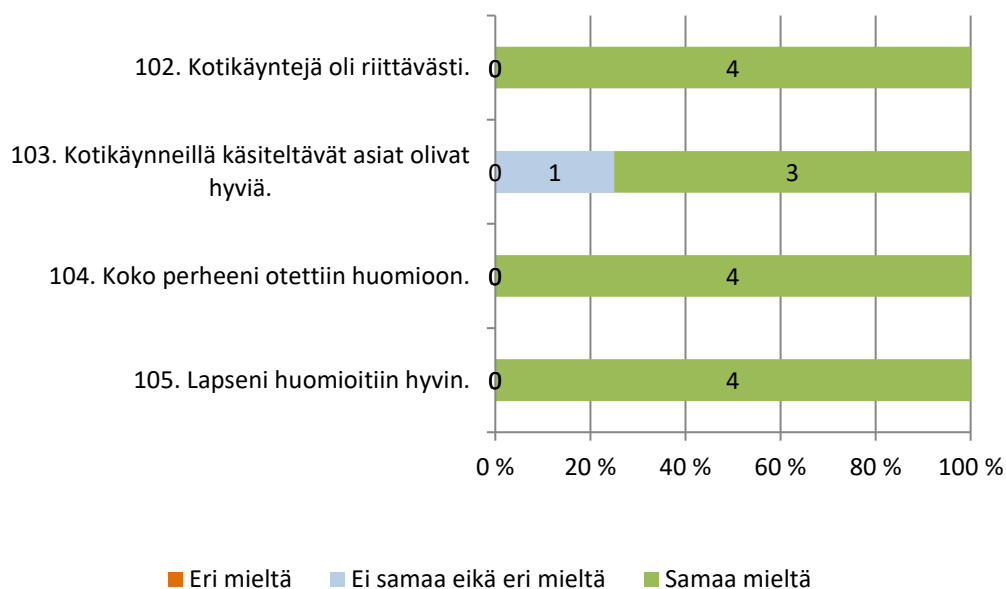


Kuvio 12. Asiakkaiden kokemuksia äitiysneuvolan kotikäynneistä.

5.3.2 Lastenneuvola

Lomakkeessa tiedusteltiin, onko asiakkaille tarjottu kotikäyntiä ja kuinka monelle se oli toteutettu. Puolelle vastaajista (n=3) oli tarjottu kotikäyntiä. Neljälle vastaajista se oli myös toteutettu.

Kotikäyntien määrä oli riittävä (n=4), ja käsiteltävät asiat hyviä (n=3). Koko perhe huomioitiin käynneillä hyvin (n=4). (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Asiakkaiden kokemuksia lastenneuvolan kotikäynneistä.

5.4 Ryhmät

Kyselyssä selvitettiin, oliko perheille tarjottu perhevalmennusta tai vertaisryhmätoimintaa. Äitiysneuvolan perhevalmennusta oli tarjottu yhdelle perheelle, joka ei ollut kuitenkaan osallistunut. Lastenneuvolan vertaisryhmätoimintaa ei ollut tarjottu yhdellekään vastaajista.

5.5 Kehittämisehdotukset

Sekä äitiys- että lastenneuvolaosuuden lopussa oli avoin kysymys, jossa pyydettiin vastaajia kertomaan omia kehitysehdotuksiaan ja toiveitaan neuvolapalveluilta. Äitiysneuvolan kehitysehdotuksia oli kirjattu kuuteen lomakkeeseen ja lastenneuvolan kehitysehdotuksia kahteen.

5.5.1 Äitiysneuvola

Ensimmäistä lastaan odottavien ensimmäistä neuvolakäyntiä toivottiin aikaisemmalle ajankohdalle (n=1), esimerkiksi kuudennelle raskausviikolle. Käyntien määrää toivottiin myös lisättävän (n=1), jotta kaikista aiheista olisi mahdollista keskustella perusteellisesti. Yksi vastaaja (n=1) toivoi, että lääkäri olisi enemmän tavoitettavissa.

Terveydenhoitajan toivottiin antavan tietoa aktiivisemmin (n=1). Eräs vastaaja (n=1) koki, että terveydenhoitaja odottaa asiakkaan itse kysyvän tai ottavan asian puheeksi. Synnytysongelmien käsittelyä toivottiin lisää (n=1). Vauvan hoidosta, suun terveydestä, synnytyksenjälkeisestä masennuksesta ja raskaudenaikaisesta liikunnasta kaivattiin lisää tietoa (n=1). Imetysongelmiin haluttiin enemmän tukea (n=1).

Koko perheeseen kohdistuvaa emotionaalista tukea toivottiin enemmän (n=1). Erityisesti keskenmenon kokeneet ja synnytysongelmia kohdanneet naiset (n=1) kaipasivat enemmän tukea terveydenhoitajalta.

Vastauksissa todettiin, että englanninkielistä valmennusta ei ollut saatavilla (n=1). Vanhemmille suunnattuja englanninkielisiä oppitunteja tai luentoja toivottiin (n=2). Erikseen tuli esille vielä englanninkielinen synnytysvalmennus (n=1).

5.5.2 Lastenneuvola

Kehitysehdotuksia lastenneuvolaan antoi kaksi vastaajaa. Toinen vastaajista toivoi, että lääkäri tai hoitaja olisivat enemmän saatavilla, mikäli asiakkaalla on ongelmia tai epäilyksiä jonkin asian suhteen. Toinen kehitysehdotuksia antaneista toivoi, että infotekstit olisivat myös englanniksi, sillä Raumalla on runsaasti maahanmuuttajia.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Lomakkeita laadittiin 80 kappaletta, joista 47 jaettiin maahanmuuttajaperheiden vanhemmille neuvolakäyntien yhteydessä. Aineistonkeruuaikaa jouduttiin pidentämään vähäisten vastausten takia. Vastauksia palautui lopulta kahden kuukauden aikana 12 kappaletta. Vastausprosentti oli näin ollen 25 %. On tavallista, että ensimmäiseen kyselykierrokseen vastaajia on vähän, ja suuri osa jättää vastaamatta. Riittävää vastausprosenttia ei voida määritellä, vaan se riippuu vastaajajoukosta ja aihepiiristä. Valtakunnallisissa postikyselyissäkin tyydytään usein alle 50 %. (KvantiMOTV 2011.) Vastausten pieneen määrään vaikutti todennäköisesti se, että lomake oli käännetty vain englanniksi, jolloin siihen vastasivat vain englantia osaavat. Tästä kertoo myös se, että jokainen vastaaja oli puhunut vastaanotolla englantia ilman tulkkia. Jos perhe tarvitsee tulkkia vastaanotolla, olisi se luultavasti tarvinnut sitä myös lomakkeen täyttämiseen. Vastausten määrään on voinut vaikuttaa myös se, ettei aineistonkeruujan jatkamisen jälkeen neuvolassa vaihdettu päivämääriä saatekirjeisiin. Osa potentiaalisista vastaajista on saattanut ajatella, että vastausaika on jo päättynyt. Osa vastaajista olikin alleviivannut saatekirjeestä jo ohittuneen päivämäärän.

6.1.1 Kokemuksia äitiysneuvolapalveluista

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, miten maahanmuuttajaperheet kokevat Rauman kaupungin tarjoamat äitiysneuvolapalvelut.

Käyntien määrä ja kesto olivat maahanmuuttajille sopivia. Ensisynnyttäjälle tarjotaan suosituksen mukaan vähintään yhdeksän ja muille kahdeksan määräaikaista terveystarkastusta. Lisäksi jokaisella on oikeus vähintään yhteen laajaan terveystarkastukseen raskausaikana. Yksilöllisen tarpeen mukaan järjestetään lisäkäyntejä. Yleensä käynteihin varataan aikaa puolesta tunnista puoleentoista (Ellilä, Hakulinen-Viitanen, Soininmäki, Korpilahti & Pelkonen 2013, 96–103), mutta vieraskieliselle parille tulisi varata 1,5-kertainen aika (Säävälä 2013, 209). Käyntien riittävinä kokemiseen vaikuttaa

varmasti maahanmuuttaja-asiakkaan tausta. Jos hänellä ei ole lainkaan kokemusta neuvolapalveluista, jokainen käynti ja jokainen hetki tuntuvat hienolta ja ylimääräiseltä. Osaako tällainen asiakas edes toivoa enempää?

Raskaudesta, vauvan hoidosta ja ravitsemuksesta saatiin pääosin riittävästi tietoa. Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on antaa vanhemmille tietoa raskaudesta (THL:n www-sivut 2015). Erityisesti maahanmuuttajien tiedonsaanti raskaudesta on varmistettava, sillä he eivät välttämättä tiedä riittävästi ihmisen anatomiasta tai sikiön kehityksestä (Säävälä 2013, 207). Vauvan hoidossa on tärkeää puhua lapsen koskettamisesta ja käsittelystä (Abdelhamid ym. 2009, 204–205, 210). Maahanmuuttajalla voi olla huono ravitsemustilanne ja Suomen elintarvikkeet tuntua oudoilta ja vierailta (Viljanmaa 2015), minkä takia ravitsemusasiat on tärkeä ottaa puheeksi. On hienoa, että nämä maahanmuuttajille oleelliset asiat on huomioitu äitiysneuvolassa riittävästi.

Eniten puutteita todettiin raskauden aikaisesta ja synnytyksenjälkeisestä masennuksesta, parisuhteesta, perheväkivallasta, raskaudenaikaisesta liikunnasta, suun terveydestä, synnytyksestä ja synnytyksenjälkeisestä ehkäisystä annetusta ohjauksesta. Koskisen ja Mutikaisen (2008, 75) tekemän kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat samankaltaisia. Kirjallisuuskatsauksessa kerättiin tietoa 14 suomalaisesta opinnäytetyöstä. Heidän aineistossaan syy tiedonpuutteeseen oli useimmiten kielimuurissa. Suurin osa tämän kyselyn äitiysneuvolan osuuteen vastaajista oli käynyt vasta yhdellä käynnillä, joten osa aiheista ja neuvonnasta on voinut olla vasta tulossa seuraavilla käynneillä. Toisaalta kaksi vastaajista oli ollut jo 13 äitiysneuvolakäynnillä. Osa vastaajista kirjoitti tyhjään tilaan, että oli hakenut tietoa itse internetistä tai kotimaansa lääkäreiltä. Valtaosa vastaajista oli kotoisin Euroopan maista, joissa terveydenhuolto on kattavaa. Huomionarvoista on, jos huonommista oloista tulevilla maahanmuuttajilla on yhtä paljon tai enemmän puutteita tiedonsaannissa. Heillä ei välttämättä ole samanlaista mahdollisuutta hakea tietoa itse. Erityisesti tällaisten asiakkaiden kohdalla tulee huolehtia riittävästä tiedon antamisesta.

Tulokset vastaavat Banjaran (2011, 46–47) tekemää tutkimusta maahanmuuttajaäideistä (n=15), jonka mukaan raskaudenaikaisesta masennuksesta puhuttiin maahanmuuttajanaisten mielestä liian vähän. Muutto vieraaseen maahan voi aiheuttaa stressiä (Säävälä 2013, 208) ja psyykkisiä paineita. Vanhemman jaksamisen ongelmat voivat vaikuttaa negatiivisesti raskauskokemukseen (Solantaus & Raudaskoski 2013, 185)

sekä heikentää vauvan viestien ymmärtämistä ja hoitoa. Monissa kulttuureissa mielen-terveyden häiriöihin suhtaudutaan negatiivisesti, eikä niistä puhuta suoraan. (Kuittinen & Isosävi 2013, 88–89.) Tämän vuoksi terveydenhoitajan on tärkeää ottaa mielenterveysasiat puheeksi, auttaa perhettä tunnistamaan masennuksen oireita ja kannustaa hakemaan neuvolasta tarvittaessa apua.

Perheväkivallan ehkäisemiseksi ja koko perheen hyvinvoinnin edistämiseksi parisuh-teen tukeminen on oleellinen osa neuvolan terveydenhoitajan työtä. Toiseen maahan muuton myötä ennen hienosti toimeen tulleelle pariskunnalle voi syntyä uudenlaisia jännitteitä (Lindevall 2017, 38), joista on tärkeää puhua. Maahanmuuttajien kohdalla voisi olla hyvä ottaa vanhempien suhteet puheeksi tavallista useammin, koska sopeu- tuminen uuteen kulttuuriin on pitkä prosessi, ja jännitteitä voi varmasti syntyä myös myöhemmässä vaiheessa.

Väkivallasta puhuminen neuvolassa on tärkeää, sillä maahanmuuttajanaisiin kohdistu- via väkivallantekoja tulee ilmi useita tapauksia vuodessa ja näistä suurin osa on lähi- suhdeväkivaltaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 34–36). Lindevall (Lindevall 2017, 38) on todennut, että terveydenhoitajat eivät osaa ottaa perheväkivaltaa pu- heeksi. Tämä saattaa selittää sen, miksi aihetta ei ole käsitelty käynneillä riittävästi.

Raskaudenaikaisesta liikunnasta puhuminen on tärkeää, koska joissakin kulttuureissa voi olla vääriä käsityksiä liikunnan turvallisuudesta raskaudelle. Liikunta kuitenkin ylläpitää raskaana olevan äidin kuntoa ja auttaa synnytykseen valmistautumisessa. (Apter ym. 2009, 17.) Liikunta voi olla apu moneen raskausajan vaivaan ja ehkäistä raskaudenaikaista painonnousua (Luoto & Kinnunen 2013, 53–54). Liikunnasta olisin tärkeää puhua, jotta raskaus ja synnytys sujuisivat mahdollisimman hyvin.

Ensimmäistä kertaa Suomessa raskaana oleva maahanmuuttaja tulisi ohjata suuhygie- nistille. Neuvolassa tulisi myös keskustella suun hoidosta, koska raskaus altistaa ham- mas- ja iensairauksille. Vanhempien tavat ovat myös esimerkkinä tulevalle lapselle. (Hausen 2013, 50–52.) On mahdollista, että suun terveydestä saatu tieto koettiin riit- tämättömänä sen vuoksi, että asiakas on ohjattu suuhygienistille ja siirretty siten vas- tuu ohjauksesta hammashuollon puolelle.

Synnytyksen herättämistä ajatuksista pitäisi keskustella jokaisella neuvolakäynnillä (Ellilä, Hakulinen-Viitanen ym. 2013, 103–106). Lisäksi synnytyksestä pitäisi kertoa

etukäteen, keitä synnytyksessä voi olla paikalla, millaisia kivunlievityskeinoja on käytössä sekä hieman sairaalassaolosta ja sieltä kotiutumisesta (THL:n www-sivut 2017). Muissa kulttuureissa voi olla erilaisia käytäntöjä kuin Suomessa, joten nämä asiat on hyvä selvittää erityisen hyvin toisesta kulttuurista tulevalle asiakkaalle.

Ehkäisyn puheeksi ottaminen on terveydenhoitajille vaikeaa (Laakkonen & Liimatainen 2015, 25), mutta juuri maahanmuuttajille se on tärkeää, sillä he käyttävät ehkäisyä kantaväestöä vähemmän. Käypä Hoito -suositusten mukaan maahanmuuttajien tulisi saada selkokielistä ohjausta raskauden ehkäisyyn. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2015.) Joissain kulttuureissa ehkäisyn ei ajatella kuuluvan parisuhteeseen tai pelätään sen heikentävän hedelmällisyyttä (Laakkonen & Liimatainen 2015, 25). Synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan merkitys on erityisen suuri, sillä iso osa raskaudenkeskeytyksistä tehdään naisille, jotka ovat synnyttäneet viimeisen kahden vuoden aikana. Suurin osa pitää imetystä ehkäisykeinona, mutta ei tiedä sen kaikkia kriteereitä. Imetyksestä puhumista ehkäisykeinona ei saa vältellä, vaan siitä ja sen kriteereistä tulee kertoa rehellisesti neuvolassa. (Liikanen & Suhonen 2014.) Asiakas voi muussa tapauksessa löytää tiedon jostain muualta, mutta ei saakaan silloin tietoonsa menetelmän kriteereitä, ja luottaa siihen liian optimistisesti. Terveydenhoitajan olisi hyvä pelkkien vaihtoehtojen luettelemisen lisäksi pyrkiä muuttamaan myös asenteita ehkäisyä kohtaan.

Kaikki perheet olivat tyytyväisiä neuvolan ilmapiiriin. Neuvolaan oli luontevaa ottaa yhteyttä, ja käynnit koettiin kiireettömiksi. Terveydenhoitajat kunnioittivat perheiden arvoja ja valintoja sekä olivat kiinnostuneita heidän kulttuuristaan. Terveydenhoitajaa pidettiin kannustavana ja asiantuntevana. Perheet kokivat tulevansa kuulluksi ja voidensa luottaa terveydenhoitajaan. Tulokset ovat samankaltaisia Koskimiehen ja Mutikaisen kotimaisista opinnäytetöistä (N=14) tehdyn kirjallisuuskatsauksen kanssa (Koskimies & Mutikainen 2008, 77), jossa maahanmuuttajat kokivat neuvolan ilmapiirin kannustavana ja tukevana. Näin ollen voidaan todeta, että 15 opinnäytetyön mukaan Suomen neuvolat kannustavat ja tukevat maahanmuuttajaperheitä hyvin. Luottamuksellisen suhteen luominen maahanmuuttaja-asiakkaaseen ottaa enemmän aikaa (Husu 2007, 396), mutta siitä huolimatta vastaajat kokivat terveydenhoitajan luotettavana. Terveydenhoitajat ovat kiitettävästi pystyneet saavuttamaan luottamuksen lyhy-

essä ajassa. Terveystenhoitajilla vaikuttaa olevan positiivinen asenne maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kohtaamiseen. Tämä on ilahduttava tieto, sillä hyvä vuorovaikutus ja ilmapiiri ovat edellytys monelle muulle asialle.

Perheen kulttuuritausta ja yksilölliset tarpeet huomioitiin hyvin. Kulttuuritausta vaikuttaa asiakkaan käsityksiin (Lindevall 2017, 38), asenteisiin, arvoihin, uskomuksiin ja toimintatapoihin (Abdelhamid ym. 2009, 131, 205). Perhettä ei kuitenkaan saa pitää vain osana jotakin ryhmää (Turtiainen & Hiitola 2016, 26, 50), sillä vaikka kulttuurilla on oma vaikutuksensa, on kulttuurienkin sisällä yksilöllistä vaihtelua (Husu 2007, 394). Rauman äitiysneuvolassa työskentelee tulosten mukaan hyvin kulttuurisensitiivisiä terveydenhoitajia, jotka osaavat ottaa huomioon sekä kulttuurin että yksilöllisyyden.

Puoliso ja perheen muut lapset otettiin hyvin huomioon. Äitiysneuvolan tavoitteena on koko perheen terveys (THL:n www-sivut 2015), mikä tarkoittaa äidin lisäksi myös muuta perhettä. Isän aktiivinen mukaan ottaminen on lisäksi yksi perhekeskeisen neuvolatyön tunnusmerkki (Paavilainen 2007, 365–367). Etenkin laajassa terveystarkastuksessa painottuu tämä näkökulma (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2013, 109–111). Rauman äitiysneuvolassa toteutuu perhekeskeinen toiminta tutkimuksen mukaan hienosti ja maahanmuuttajille sopivalla tavalla. Vastauksissa ei tule ilmi, missä määrin tai millä tavoin muuta perhettä on huomioitu. Jos neuvolajärjestelmä on vieras, ei maahanmuuttaja välttämättä tiedä, mitä siltä odottaa. Pitävätkö maahanmuuttaja-asiakkaat esimerkiksi muiden perheenjäsenten tervehtimistä jo riittävänä huomioimisena vai osaavatko he odottaa tiiviimpää vuorovaikutusta? Lähes kaikkiin lomakkeisiin oli vastannut äiti yksin, joten käsitys perheen riittävästä huomioimisesta on äidin subjektiivinen käsitys.

Raskaus- ja synnytyskokemuksia oli käyty läpi ja molempien vanhempien hyvinvointia oli kysytty riittävän usein. Muuton aiheuttama stressi (Säävälä 2013, 208) ja psykiset paineet voivat vaikuttaa myös raskauskokemukseen (Solantausta & Raudaskoski 2013, 185). Synnytys- ja raskauskokemukset tulee käydä läpi synnytyksen jälkeen tehtävän kotikäynnin aikana (Ellilä ym. 2013, 106). Jälleen voidaan pohtia, kuinka tarkkaa asioiden läpikäyntiä maahanmuuttaja-asiakkaat haluavat tai osaavat toivoa. Raskaus ja synnytys ovat intiimejä asioita, joista ei välttämättä haluta puhua. Näiden asioiden käsittely voidaan kokea riittävänä, vaikka se olisi vähäistä. Toisaalta asiakkaat

kokivat voivansa luottaa terveydenhoitajaan, joten se on todennäköisesti myös helpottanut raskaus- ja synnytyskokemusten läpikäyntiä.

Yli puolet koki saaneensa neuvolasta lisää itsevarmuutta raskauteen ja synnytykseen. Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on, että vanhemmat saavat tukea raskauden, synnytyksen ja lapsen saannin tuomiin muutoksiin (THL:n www-sivut 2015). Tulos on ilahduttava, sillä se kertoo paljon tuen laadusta ja määrästä. Neuvolan tuki näissä asioissa on ollut niin hyvää, että itsevarmuus raskauteen ja synnytykseen on lisääntynyt.

6.1.2 Kokemuksia lastenneuvolapalveluista

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, miten maahanmuuttajaperheet kokevat Rauman kaupungin tarjoamat lastenneuvolapalvelut.

Neuvolakäyntien määrä ja kesto olivat perheille sopivia. Kunnan on järjestettävä lapselle ensimmäisen ikävuoden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta, joihin sisältyy kaksi lääkärintarkastusta lapsen ollessa 4-6 viikon ja kahdeksan kuukauden ikäinen sekä laaja terveystarkastus neljän kuukauden iässä. Lapselle tulee järjestää tämän ollessa 1-6 vuoden ikäinen vähintään kuusi terveystarkastusta. Niihin tulee sisältyä laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja neljän vuoden iässä. Yhteen terveystarkastukseen tulee sisällyttää terveydenhoitajana arvio suun terveydentilasta. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 9§.) On tärkeää, että asiakkaat ovat kokeneet neuvolakäyntien määrän riittäväksi, sillä asiakkaat ovat siten voineet saada riittävästi aikaa kertoakseen huolistaan ja murheistaan.

Lähes kaikille oli kerrottu riittävästi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintaperiaatteista ja siitä, mitä palveluita ja tukia heidän on oikeus saada. Sorvarin, Kangasniemen ja Pietilän tutkimuksessa maahanmuuttajataustaiset lapsiperheet kokivat tarvitsevansa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, taloudellisista avustuksista, päivähoidosta ja koulujärjestelmästä. Kyseisessä tutkimuksessa perheet toivoivat myös tietoa palveluiden piiriin hakeutumisesta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat maahanmuuttajataustaiset vanhemmat (n=12). (Sorvari, Kangasniemi & Pietilä 2015,

26.) Maahanmuuttajille tulee kertoa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintaperiaatteista. Heidän tulee saada tietää oikeutensa heille kuuluviin palveluihin sekä palveluiden tarjoamisessa noudatettavat säännöt. Tärkeää on, että maahanmuuttajat tietävät Suomen lainsäädännöstä ja tavoista. (Husu 2007, 395.) On erityisen positiivista, että vastaajista suurin osa koki kuulleensa riittävästi palveluista. Sorvarin, Kangasniemen ja Pietilän tutkimuksessa vanhemmat toivoivat tietoa palveluiden piiriin hakeutumisesta. Palveluista tietäminen itsessään ei ole riittävä, mikäli niihin hakeutumisesta ei tiedetä.

Vastaajat kokivat saaneensa lastenneuvolan puolella riittävästi tietoa lapsen ravitsemuksesta ja suun terveydestä. Ravitsemusohjauksen osalta tulos on yhtenevä Ankelon (2013, 26) tuloksien kanssa. Ankelo tutki vuonna 2013 valmistuneessa opinnäytetyössään maahanmuuttajien (n=10) kokemuksia Rauman lastenneuvolapalveluista. Eri maiden ruokakulttuurit poikkeavat toisistaan, ja maahanmuuttajaperheen käyttämät ruoka-aineet muuttuvat lähes aina, sillä useinkaan kotimaan tuttuja ruoka-aineita ei enää ole saatavissa. Tyypillistä on, että kotimaassa toteutunut monipuolinen ja terveellinen ruokavalio muuttuu uudessa maassa epäterveelliseksi ja yksipuoliseksi. Tavoitteena on, että autetaan perhettä toteuttamaan omaa ruokakulttuuriaan Suomessa sekä suomalaisen ruokakulttuurin oppimisessa niin, että ruokavaliosta tulee ravitsemuksellisesti monipuolinen ja riittävä. (Tuokkola & Strengel 2010, 124–125.) Koska ravitsemuksella on merkittävä vaikutus lapsen normaaliin kasvuun, on positiivista, että vastaajat ovat kokeneet saaneensa riittävästi ravitsemusohjausta. Ankelon (2013, 36) tutkimuksessa vain puolet vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa lapsen suun terveydestä. Tämä osa alue on siis parantunut aikaisempaan verraten. Se on hyvä asia, sillä on tutkittu, että maahanmuuttajien koettu suun terveys on muuta väestöä heikompi (Suominen & Suontausta 2012, 121).

Suurin osa vastaajista koki imetysohjauksen riittäväksi, mutta joukossa oli myös niitä, jotka olivat eri mieltä. Maahanmuuttajille tulee antaa samanlaista imetysohjausta kuin muillekin äideille. Tulkkina olisi hyvä käyttää naispuolista henkilöä, kun yhteistä kieltä ei ole. Erikieliset ja kuvalliset oppaat tukevat ohjausta. Saman kulttuuritaustan omaaville voitaisiin järjestää aiheesta ryhmäohjausta. (THL:n www-sivut 2014.) Maa-

hanmuuttajien kohdalla olisi tärkeä panostaa imetysohjaukseen yhtä lailla kuin kanta-
väestönkin kohdalla. Yhteisen kielen puuttuessa onkin tulkista paljon hyötyä, joten
tulkkipalveluista ei tulisi säästää.

Vastaajista noin kaksi kolmasosaa koki kodin turvallisuuden käsittelyn riittäväksi.
Lapsen turvallisuuteen ja tapaturmien ehkäisyyn liittyvät asiat ovat terveystarkastusten
yksi käsiteltävä osa-alue. Lasten tapaturmariski vähenee, kun tapaturmariskiä käsitel-
lään riittävästi. (THL:n www-sivut 2014.) Tapaturmien ehkäisyn kannalta olisinkin
tärkeää ottaa neuvolassa puheeksi lapsen turvallisuus.

Kirjallisiin oppaisiin oltiin tyytyväisiä. Maahanmuuttajien kanssa tulisi käyttää selko-
kielisiä ja kuvitettuja kirjallisia oppaita (Puukari & Korhonen 2013, 40), mallipak-
kauksia, tuotekuvastoja ja muita konkreettisia materiaaleja, joilla voidaan tukea pu-
huttua viestiä (Husu 2007, 396). On hienoa, että myös suomen kieltä taitamattomille
löytyy kotiin annettavaksi materiaalia. Neuvolakäynnin jälkeen on siis mahdollista
vielä itse palata neuvolassa käsiteltyihin aiheisiin.

Perheille oli kerrottu riittävästi lapsen kasvusta, kehityksestä ja hoidosta sekä rokotuk-
sista. Neuvolakäynneillä tulee antaa terveysneuvontaa kasvun, psykososiaalisen kehi-
tyksen ja fyysisen kehityksen alueilla. Terveysneuvonnan osa-alueisiin kuuluu myös
kansallinen rokotusohjelma ja infektioiden ehkäisy. (Valtioneuvoston asetus neuvola-
toiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä
suun terveydenhuollosta 338/2011, 14 §.) On tärkeää, että vanhemmat ovat saaneet
riittävästi tietoa lapsen kasvusta ja kehityksestä, jotta he tietävät, mikä lapsen kehityk-
sessä on normaalia ja osaavat siihen peilaten havaita mahdollisia huolestumisen arvoi-
sia asioita. Rokotuksista kertominen on oleellista, jotta vanhempi tietää mitä tauteja
vastaan hänen lapsensa on rokotettu, ja mitä oireita rokotuksen jälkeen voi tulla.

Neuvolan ilmapiiri koettiin hyväksi, ja sinne oli luontevaa ottaa yhteyttä. Kaikkien
asiakkaiden mielestä neuvolakäynnit olivat kiireettömiä, ja suurin osa koki voivansa
luottaa terveydenhoitajaan. Terveydenhoitaja oli kannustava, kunnioittava, asiantun-
teva ja kiinnostunut perheen kulttuurista. Sorvari, Kangasniemi ja Pietilä (2015, 26)
ovat tutkineet maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden (n=12) terveyden edistämistä
lastenneuvolassa. Sorvarin, Kangasniemen ja Pietilän tutkimuksesta nousee esille, että

luottamuksellista asiakassuhdetta pidetään merkittävänä. Se edellyttää hoitajalta kiinnostusta perhettä kohtaan sekä turvallisuuden tunteen luomista. Kamppila ja Kvist (2016, 20) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen maahanmuuttajanaisten voimavaroista ja heitä kuormittavista tekijöistä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu 15 artikkelia. Kamppilan ja Kvistin tutkimuksesta käy ilmi, että hyväksyvä ilmapiiri ja työntekijöiden antama kannustus edistivät vastaanotolla käymistä. Suhde asiakkaan ja ammattilaisen välillä vaikuttaa siihen, hakeeko ja hyväksyykö maahanmuuttaja apua sitä tarvitessaan. Neuvolan hyvä ilmapiiri, yhteydenoton luontevuus, käyntien kiireettömyys ja luottamus terveydenhoitajaan ovat käyntien onnistumisen ja vaikuttavuuden kannalta isossa roolissa, joten on hyvä, että asiakkaat kokevat näiden asioiden olevan kunnossa.

Puolet vastanneista koki, että perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa on käsitelty riittävästi. Puolet koki, että parisuhdetta tuettiin riittävästi. Ankelon opinnäytetyössä vastaajista suurin osa ei ollut saanut tietoa parisuhde- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisystä (Ankelo 2013, 29). Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisy ja parisuhteen tukeminen on määritetty terveysneuvonnan osa-alueiksi (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 14 §). Ennaltaehkäisevällä väkivaltatyöllä ja varhaisella puuttumisella säästetään yhteiskunnan varoja ja vähennetään inhimillistä kärsimystä (THL:n www-sivut 2015). Lähisuhde- ja parisuhdeväkivallan riskiä tulee systemaattisesti kartoittaa. Koska vain harva uhri ottaa väkivallan puheeksi itse, tulee asiasta kysyä suoraan. (THL:n www-sivut 2015.)

Kaikki vastaajat kokivat, että perheen kulttuuritausta on otettu neuvolassa hyvin huomioon, samoin vanhempien mielipiteet ja perheen elämäntilanne. Perheen tarpeiden yksilöllinen huomiointi toteutui myös kaikkien mielestä. Ankelon opinnäytetyössäkkin vastaajat kokivat, että heidän kulttuurinsa otetaan neuvolassa huomioon (Ankelo 2013, 33). Keskeistä onkin ymmärtää, kuinka kaiken kattavasti kulttuuri vaikuttaa ihmisiin ja heidän tapansa hahmottaa ja ymmärtää maailmaa. Kulttuuri vaikuttaa ihmisen arvoihin, ajattelutapoihin ja käyttäytymismalleihin. On vaikea ymmärtää ihmistä syvällisesti, jos ei tunne asiakkaan lähtökulttuuria. Ohjaustyötä tekevien onkin tärkeä oppia näistä syistä johtuen sekä omaa kulttuuriaan että ohjattavansa kulttuuria. On ensiar-

voisen tärkeää, että työntekijä, joka auttaa maahanmuuttajaa kotoutumaan uuteen kulttuuriin, kykenee asettumaan hänen asemaansa. (Puukari & Korhonen 2013, 33, 36–38.) Ymmärrys asiakkaan valintoja kohtaan lähtee kulttuuritaustan huomioon ottamisesta. Luottamus vahvistuu, kun asiakas kokee tulevansa ymmärretyksi. On siis tärkeää, että neuvolassa otetaan asiakkaan kulttuuritausta huomioon.

6.1.3 Kokemuksia kotikäynneistä

Kotikäyntiä oli tarjottu ja se oli tehty selvästi useammin synnytyksen jälkeen kuin raskauden aikana. Kolmasosalle ei kotikäyntiä ollut tarjottu laisinkaan. Ensimmäistä Suomessa syntyvää lastaan odottaville maahanmuuttajille se tulisi tehdä sekä raskauden viimeisen kolmanneksen aikana, että synnytyksen jälkeen (Hakulinen-Viitanen, Lang, Ylä-Soininmäki & Pelkonen 2013, 142–143). Koska vastaajien raskausviikkoja ei tiedetä, ei voi myöskään tehdä johtopäätöksiä siitä, onko suositusta noudatettu vai ei.

Perheet, joille oli tehty kotikäynti äitiysneuvolassa, olivat tyytyväisiä niiden määrään ja sisältöön. Erityisesti vauvan hoidosta saatu ohjaus oli kaikkien mielestä riittävää. Myös Ankelon (2013, 30-31) opinnäytetyössä kaikki vastaajat pitivät vauvan hoidosta saatua ohjausta kotikäynnin aikana riittävänä. Banjaran (2011, 45–47) Pro Gradu -tutkimuksen mukaan varsinkin synnytyksen jälkeinen kotikäynti ja siinä annettava käytännön ohjaus koettiin maahanmuuttajaperheiden keskuudessa hyvin tärkeäksi. Banjaran tutkimuksen kohderyhmänä olivat Suomessa asuvat etelä-aasialaiset maahanmuuttajanaiset (n=15). Kotikäynnillä on maahanmuuttajaperheille suuri merkitys, joten on hienoa, että ne koettiin Raumalla kaikin puolin riittäviksi ja painotus oli enemmän synnytyksenjälkeisessä ajassa.

Kotikäyntiä oli vastausten mukaan tarjottu lastenneuvolasta kolmelle perheelle, mutta tehty neljälle. Tämän voisi selittää se, ettei terveydenhoitaja ole varsinaisesti kysynyt, tehdäänkö kotikäynti vaan todennut, että seuraava käynti on kotikäynti. Yksi perheistä on voinut kokea, ettei kotikäyntiä ole tarjottu, vaan se on tehty terveydenhoitajan päätöksellä. Valtioneuvoston asetuksen mukaan (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2011, 15§) ensimmäisen lapsen saaneen perheen luo on teh-

tävä kotikäynti. Muita kotikäyntejä tulee järjestää tarpeen vaatiessa. Suositusten mukaan ensisynnyttäjille olisi hyvä tehdä kotikäynti sekä ennen synnytystä, että sen jälkeen. Uudelleensynnyttäjille suositellaan kotikäynnin tekemistä synnytyksen jälkeen. Maahanmuuttajaperhe, jossa on ennestään lapsia, mutta saa ensimmäisen Suomessa syntyvän lapsen, katsotaan ensimmäisen lapsen saavaksi perheeksi. (THL:n www-sivut 2015.) Kotikäyntiä ei oltu kaikille tarjottu. Kotikäyntejä voisi olla hyvä tehdä jo perheen kulttuurin ymmärtämiseksi.

Vastanneista kaikki, joille oli tehty kotikäynti lastenneuvolassa, kokivat kotikäyntien määrän riittäväksi ja että koko perhe huomioitiin käynnillä hyvin. Kamppilan ja Kvisstin (2016, 19) tutkimuksen mukaan maahanmuuttajanaiset kokivat kotikäynnit positiiviseksi asiaksi. Koska kotikäynnit koetaan positiivisiksi kokemuksiksi, niitä tulisi tarjota enemmän, vähintään suositusten mukainen määrä. Hyödyllisiksi ja hyväksi koetuilla käynneillä voisi olla myönteinen vaikutus terveyden edistämiseen.

6.1.4 Kokemuksia ryhmämuotoisesta toiminnasta

Sekä äitiys- että lastenneuvolaan liittyy ryhmämuotoinen toiminta. Äitiysneuvolan perhevalmennusta oli tarjottu yhdelle perheelle, joka ei ollut kuitenkaan osallistunut. Lastenneuvolan vertaisryhmätoimintaa ei ollut tarjottu yhdellekään vastaajista. Vertaistuesta olisi hyötyä monille perheille. Pienryhmät mahdollistavat kokemusten jakamisen toisten samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Ryhmissä syntyy myös uusia ihmissuhteita, jotka lujittavat perheen sosiaalista verkostoa. (Honkanen ym. 2015, 236–237.) Sorvarin, Kangasniemen ja Pietilän tekemissä maahanmuuttajavanhempien teemahaastatteluissa (n=12) tuli esille, että maahanmuutto tarkoittaa läheisistä, kodista, kotimaasta, kulttuurista ja kielestä luopumista (Sorvari, Kangasniemi & Pietilä 2015, 25). Tähän perustaen vertaisryhmätoiminnasta olisi varmasti hyötyä monille maahanmuuttajille. Ankelon tutkimuksessa (2013, 31) todettiin, ettei kukaan vastaajista ollut osallistunut vertaisryhmiin. Yli puolet vastaajista (n=6) kuitenkin toivoi englanninkielisiä ryhmiä järjestettävän. Tämä osoittaa, että englannin kielellä toteutettava ryhmämuotoinen toiminta olisi ollut tarpeellista jo vuonna 2013, mutta vuoteen 2017 mennessä toimintaa ei ollut siitä huolimatta kehitetty. Pienryhmätoiminta voisi auttaa Raumalla asuvia maahanmuuttajia verkostoitumaan. Halukkaita olisi, mutta tulevatko resurssit vastaan?

6.1.5 Kehittämisehdotuksia

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, miten neuvolapalveluita voisi kehittää maahanmuuttajille sopiviksi.

Eräs vastaaja toivoi äitiysneuvolan ensimmäistä käyntiä aikaisemmaksi, esimerkiksi kuudennelle raskausviikolle. Yksi vastaaja toivoi käyntejä lisättävän, mutta suurin osa oli skaalakysymyksissä osoittanut olevansa tyytyväinen niiden määrään. Äitiysneulooppaan mukaan raskausviikolla 6-8 arvioidaan palvelutarve puhelimitse, mutta tarvittaessa myös kasvokkain (Ellilä, Hakulinen-Viitanen, Yli-Soininmäki, Korpilahti & Pelkonen 2013, 103). Koska skaalakysymyksissä oltiin tyytyväisiä käyntien määrään ja toive lisäkäynneistä tuli esille vasta kehitysehdotuksien kohdalla, voidaan päätellä, että käyntejä on riittävästi, mutta lisäkäynnitkään eivät olisi pahitteeksi. Terveydenhoitajan pitäisikin sekä havainnoimalla että suoraan kysymällä selvittää, tarvitseeko perhe ylimääräisiä käyntejä. Keskenmenon ja synnytysongelmia kokeneet kaipasivat erityisesti lisää tukea.

Vastauksissa nousi esille, että terveydenhoitaja odottaa asiakkaan kysymystä, eikä aktiivisesti itse ota asioita esille. Koskimiehen ja Mutikaisen mukaan erityisesti maahanmuuttajat odottavat, että terveydenhoitaja ottaa vastuun siitä, että asiakas saa tarvitsemansa tiedon ja ymmärtää sen (Koskimies & Mutikainen 2008, 75). Terveydenhoitajan tulisi ottaa aiheita aktiivisemmin itse puheeksi ja muistaa etenkin maahanmuuttajia erityisesti koskevat aiheet: raskaudenaikainen masennus, raskaudenaikainen liikunta, synnytys, parisuhde, väkivalta, synnytyksenjälkeinen ehkäisy ja suun terveys. Osan aiheista voisi sisällyttää englanninkieliseen perhevalmennukseen, jota pitäisi tarjota.

Englanninkielistä opetusta, *parental classes in English*, jäätiin kaipaamaan. Sana on tulkinnanvarainen, mutta tämän kaltainen opetus voisi mahdollisesti toteutua perhevalmennuksen kautta. Vastaajat eivät olleet osallistuneet perhevalmennukseen, joten on mahdollista, että tällä kehitysehdotuksella viitataan juuri sen tyyppiseen toimintaan. Perhevalmennuksessa käsiteltävät aiheet määritellään asiakkaiden näkökulmasta (Koski ym. 2007, 25). Niitä voivat olla esimerkiksi raskaus, synnytys, kotiutuminen, vauvan hoito, vanhemmuus, parisuhde, terveystottumukset tai etuudet ja palvelut (THL:n www-sivut 2015).

Lastenneuvolan kehittämisehdotuksissa toivottiin parempaa saatavuutta lääkärin ja hoitajan palveluille, kun vanhemmilla on ongelmia tai epäilyksiä jonkin asian suhteen. Samansuuntaisia tuloksia on tullut esiin Sorvarin, Kangasniemen ja Pietilän tutkimuksessa, jossa haastateltiin maahanmuuttajataustaisia vanhempia (n=12). Maahanmuuttajavanhemmat kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa sairauksien hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista. (Sorvari, Kangasniemi & Pietilä 2015, 26.) Rauman kaupungin sivuilla on kerrottu, että perhettä pyritään tukemaan kasvatukseen ja hoitoon liittyvissä tilanteissa. Asiakas voi ottaa yhteyttä omaan terveydenhoitajaan lapsen sairastuessa tai perhekriisin kohdatessa. (Rauman kaupungin www-sivut 2017.) Maahanmuuttajaperheet voivat kuitenkin kaivata ammattilaisen saatavuutta myös monessa muussa arkisemmassa tilanteessa. Yhteisöllisestä kulttuurista tulevat ovat tottuneet saamaan apua ja kaipaavat nyt uudessa kotimaassa apua ammattilaiselta sosiaalisten kontaktien jäätyä kotimaahan (Turtiainen & Hiitola 2015, 24). Hoitajaresurssit eivät välttämättä pysty vastaamaan tähän tarpeeseen ja useisiin yhteydenottoihin. Ratkaisuna voisi olla ryhmätoiminnan ja englanninkielisen ohjausmateriaalin kehittäminen, jolloin perheet saisivat tarvitsemaansa tietoa sitä kautta. Tarvittaessa voidaan sopia ylimääräisiä käyntejä, joilla epäselvistä asioista voidaan keskustella.

Tutkimuksessa tuli esille, että kirjallista materiaalia on englanniksi liian vähän saatavilla, ja myös neuvolassa olevia infotekstejä toivottiin englanniksi. Neuvolan oppaita on tehty hyvin vähän vieraille kielille (Husu 2007, 395). Skaalakysymyksissä vain yksi vastaaja ei ollut tyytyväinen äitiysneuvolan kirjallisiin oppaisiin. Suurin osa ei ollut kumpaakaan mieltä. Lastenneuvolan osuudessa suurin osa oli tyytyväinen oppaisiin. Tämä saattaa tarkoittaa juuri sitä, että oppaat ovat itsessään hyviä, mutta kieli on väärä. Hyvä kehitysaskel olisi kääntää jo olemassa olevia oppaita englannin kielelle. Toiveet koskivat nimenomaan englannin kieltä, eikä useammalle eri kielelle kääntämistä toivottu.

Sekä äitiys- että lastenneuvolan osuuksissa nousi esille englanninkielisten vertaisryhmien tarve. Samankaltaisia toiveita esitettiin Ankelon (2013, 31) opinnäytetyötutkimuksen vastauksissa. Yli puolet vastaajista toivoi englanninkielisiä vertaisryhmiä ja puolet kertoi, ettei englanninkielistä perhevalmennusta ollut mahdollista saada. Kaikki kyselyyn vastanneet asioivat neuvolassa englannin kielellä, joten he todennäköisesti

pystyisivät toimimaan keskenään myös pienryhmässä englanniksi. Enemmistö vastajista puhui äidinkielenään ranskaa tai puolaa, joten näilläkin kielillä voisi harkita ryhmätoiminnan järjestämistä. Terveystoimittajan tulisi ottaa rohkeasti aiheita puheeksi ja ottaa vastuu asiakkaan tiedon saannista. Tarvittaessa terveystoimittajan tulisi tarjota ylimääräisiä käyntejä.

6.2 Eettiset kysymykset

Eettisesti valittu aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä ja hyödyllinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218). Maahanmuutto on ajankohtainen aihe, joten neuvopalveluiden kehittäminen heille sopivaksi on tärkeää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön työssä. Tutkimusta pyydettiin Rauman sosiaali- ja terveystoimistosta, joten tällä tavoin he osoittivat, että aihe on tarpeellinen.

Koska opinnäytetyöaihe oli tilattu, ei Raumalla koettu itse aihetta epäeettiseksi. Aihetta on rajattu ja muotoiltu tarkoin. Esimerkiksi tutkimusongelma ja sen määrittely eivät saa olla sellaisia, että ne loukkaisivat ketään tai sisältäisivät tiettyä ryhmää väheksyviä oletuksia (Leino-Kilpi 2014, 366). Opinnäytetyön tutkimusongelma on pyritty määrittelemään mahdollisimman neutraalisti. Se ei sisällä oletuksia tutkimusryhmästä, ja tutkimusryhmän määrittelyyn on käytetty maahanmuuttaja-sanaa, jonka ei pitäisi loukata tutkittavia.

Eettisen tutkimuksen vaatimuksena on, että tutkija on kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja paneutuu siihen tunnollisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 211). Opinnäytetyöntekijät olivat kiinnostuneita käsiteltävästä aiheesta ja kokivat aiheen tärkeäksi. Tutkijoiden tulee arvostaa toisiaan. He eivät saa vähätellä toisiaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 212.) Yhteistyö opinnäytetyöntekijöiden kesken toimi moitteettomasti. Toisen työpanosta arvostettiin eikä sitä missään tilanteessa vähätelty. Saatua tuloksia pidetään yhteisen työn tuloksena ja koko opinnäytetyötä yhteisenä saavutuksena.

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa (Liite 1) Rauman sosiaali- ja terveystoimistolta. Tutkimuslupa myönnettiin (Liite 2) sillä ehdolla, että tutkimusta tehdessä nou-

datetaan henkilötietolakea, raportissa ei ole yksilöitävissä ketään tutkimukseen osallistunutta henkilöä ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista sekä mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Vastaajien yksityisyys ja potilastietojen luottamuksellisuus on turvattava. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 214.) Tutkimuksessa ei kerätty henkilötietoja eli henkilöä tai tämän ominaisuuksia kuvaavia tietoja, jotka voidaan tunnistaa häntä koskeviksi (Henkilötietolaki 523/1999, 3 §). Saatekirjeessä kerrottiin, että vastaaminen tapahtuu anonyymisti. Kenelläkään ei ollut mahdollista saada tietoonsa tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyksiä, edes itse opinnäytetyöntekijät itse eivät niitä tiedä.

Kyselylomakkeessa oli kysymyksiä, joista perheitä hoitanut henkilö olisi voinut vastaajan tunnistaa. Tämän vuoksi vastaukset palautettiin suljetuissa kirjekuorissa joko itse tai postin kautta neuvoloissa sijaitseviin palautuslaatikoihin. Palautuskuoriin kirjoitettiin neuvolan osoitteen lisäksi merkintä siitä, että kyse on opinnäytetyötutkimuksesta. Tällä pyrittiin välttämään se, että joku neuvolan työntekijöistä vahingossa avaisi postissa tulleen palautuskuoren. Työntekijöitä ohjeistettiin palauttamaan nämä opinnäytetyötutkimuksen vastaukseksi merkityt kuoret suoraan palautuslaatikkoon. Tätä tutkimusta varten tehtiin palautuslaatikko siten, että sitä ei saanut avattua. Vastaukset sai laatikosta ulos vain tuhoamalla palautuslaatikon. Näin laatikosta ei ollut mahdollista viedä kirjekuoria huomaamatta. Koska palautuspaikkoja tarvittiin kaksi, itse tehty laatikko vietiin äitiysneuvolan puolelle, ja lastenneuvolan palautuslaatikko saatiin neuvolasta lainaksi. Siinä ei ollut mekanismeja, joka olisi estänyt vastausten poimimisen. Kuljetuksen ajaksi kaikki kuoret siirrettiin äitiysneuvolan suljettuun palautuslaatikkoon, ja laatikko avattiin vasta opinnäytetyöntekijän kotona. Kuoret avattiin opinnäytetyöntekijän kotona ilman ulkopuolisten henkilöiden läsnäoloa. Vastaukset säilytettiin aineiston analysoinnin ajan, minkä jälkeen ne tuhottiin. Tulosten raportoinnissa ei käytetty esimerkiksi suoria lainauksia avoimista kysymyksistä, jotta niistä ei voisi ketään tunnistaa.

Tutkittavia ihmisiä tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioitus tarkoittaa sitä, että tutkittavalta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tutkittaville tulee kertoa etukäteen riittävästi tutkimuksesta, johon he osallistuvat. (Leino-

Kilpi 2014, 368.) Tutkittaville on kerrottava tutkimuksen tavoite ja menetelmät, rahoituslähteet, eturistiriidat sekä tutkijoiden yhteydet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 214). Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 4), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Vastaajille tarkoitettussa saatekirjeessä (Liite 4) kerrottiin tutkimuksen tavoitteesta. Tutkimusmenetelmää ei varsinaisesti avattu. Opinnäytetyö rahoitettiin opinnäytetyöntekijöiden toimesta, mutta sitä ei erikseen mainittu. Saatekirjeessä esiteltiin opinnäytetyöntekijät ja kerrottiin, mistä oppilaitoksesta he tulevat.

Tutkijan on saatava vastaajalta suostumus. Kyselyyn vastaamista voidaan pitää tietoisena suostumuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 214, 220.) Näin oli myös tässä opinnäytetyössä. Esitiedoissa mainittiin, että kyselyyn vastaaminen tulkitaan suostumukseksi käyttää vastauksia opinnäytetyössä.

Vastaajille on annettava mahdollisuus kysymyksiä esittämiseen ja tutkimuksen keskeyttämiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 219). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot ja tarjottiin mahdollisuutta ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi. Ennen taustatietokysymyksiä mainittiin lisäksi, että kyselyn voi jättää kesken missä vaiheessa tahansa eikä kaikkiin kysymyksiin ole pakko vastata.

Toiselle kielelle kääntämisessä on aina se vaara, että sanat muuttavat luonnettaan. Suomeksi neutraalilta kuulostava sana voi englanniksi olla negatiivissävyinen. Opinnäytetyöntekijöillä ei ollut kovinkaan paljon kokemusta englannin kielen käytöstä, joten tällaisten sanojen havaitseminen voi olla vaikeaa. Kääntäjänä käytettiin englannin kielen opiskelijaa, joten hänen taitonsa havaita sanojen vivahteita ja merkityksiä oli todennäköisesti parempi kuin opinnäytetyöntekijöiden.

Otannan tulee olla oikeudenmukainen. Tutkimukseen ei saa valita vain tyytyväisiä asiakkaita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 221.) Terveystieteilijät ohjeistettiin jakamaan kyselylomakkeita kaikille perheille, joissa on toisesta maasta Suomeen muuttanut henkilö. Käytännössä terveydenhoitajat ovat kuitenkin voineet valita perheet sen mukaan, ketkä olivat olleet tyytyväisiä neuvolatoimintaan.

Tutkimusaineistoa ei saa väärentää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 212). Opinnäytetyön aineisto kerättiin rehellisin keinoin neuvolan oikeilta asiakkailta. Yksikään vastauslomake ei ollut kenenkään kohderyhmän ulkopuolisen henkilön täyttämä.

Tutkijan on pohdittava tutkimuksen vaikutuksia vastaajaan. Hyötyjä ovat esimerkiksi tulevien asiakkaiden hyötyminen, tietojen lisääntyminen tai terveydentilan kasvu. Haittoja ovat esimerkiksi negatiiviset tunteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218.) Osa kysymyksistä käsittelee arkoja aiheita, esimerkiksi seksuaalisuutta ja perheväkivaltaa. Ne voivat tuntua joistakin vastaajista tungettelevilta tai ahdistavilta. Nämä kysymykset voivat herättää pintaan ikäviä muistoja ja tunteita. Intiimit kysymykset ovat voineet aiheuttaa myös riitoja ja erimielisyyksiä, jos vanhemmat ovat täytäneet kyselyä yhdessä. Toisaalta kysymykset ovat voineet myös antaa luvan puhua näistä aiheista ja herättää rakentavaa keskustelua perheen sisällä. Perheet ovat voineet kyselyn kautta ymmärtää, että näistä asioista saa puhua neuvolassa.

Tutkimusten analysoinnissa eettisesti tärkeää on hyödyntää koko kerättyä aineistoa. Ei ole eettisesti hyväksyttävää kerätä ihmisestä tietoja, joita ei tule käyttää. (Leino-Kilpi 2014, 370.) Tutkimusaineistosta on analysoitu kaikki kysymykset, eikä mitään ole jätetty avaamatta ja analysoimatta.

Plagiointi on epäeettistä. Tekstiä lainattaessa on käytettävä lähdeviitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 225.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt viittaukset on merkitty lähdeviitein ja kaikki lähteet on lueteltu lähdeluettelossa.

6.3 Luotettavuuden pohdinta

Koko opinnäytetyön suunnitteluvaihe on tehty erityistä huolellisuutta noudattaen ja virheitä välttäen. Palautetta on pyydetty sekä opiskelijaryhmältä, opettajalta että tilaajalta.

Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Validiteettia lisääviä tekijöitä ovat käsitteiden rajaus ja määrittäminen (Myllymaa 2016). Ennen aineistonkeruun aloittamista on keskeisimmät käsitteet rajattu ja määritelty riittävän laajasti. Tutkimuskysymyksien tulee olla yksiselitteisiä ja kattavia (Myllymaa 2016). Tutkimuskysymykset ovat tarkkoja, mutta samalla laajoja. Ne kattavat sekä äitiys- että lastenneuvolan ja ottavat huomioon myös kehitysehdotukset.

Teoriatietoa on hankittu riittävästi ja siihen on pyritty käyttämään luotettavia lähteitä huomioiden esimerkiksi kirjoittajan ja vuosiluvun. Kirjallisuushakuun on käytetty luotettavia hakukoneita kuten yliopistojen tietokantoja, Medic, PubMed ja Aleksis. Englanninkielisten lähteiden käsittelyssä on voinut tapahtua käänkövirheitä, mutta näitä on pyritty välttämään sillä, että hiemankin epävarmat sanat on tarkistettu sanakirjasta. Myös suomenkielisten sanojen oikeellisuus on epävarmoissa tilanteissa tarkistettu Kielitoimiston ohjepankista tai Kielitoimiston sanakirjasta.

Validi mittari mittaa kattavasti sitä ilmiötä, mitä on tarkoitus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 190). Opinnäytetyössä käytetty lomake oli laaja ja kattoi kaikki osa-alueet. Lomakkeen kääntäminen useammalle kielelle olisi lisännyt validiteettia, koska silloin siihen olisivat pystyneet vastaamaan myös englantia taitamattomat asiakkaat.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta pysyvyyden näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189) eli mittatarkkuutta ja toistettavuutta (Myllymaa 2016). Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että kyselylomakkeet olivat jokaiselle vastaajalle samanlaisia eli mittari toistui jokaisen vastaajan kohdalla täysin samanlaisena.

Reliaabeli mittari on johdonmukainen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 194). Kyselylomake etenee loogisessa järjestyksessä. Neuvolakäyntien alaotsikot helpottavat kysymysten jäsentämistä. Kyselylomakkeen olisi voinut tehdä yhtenäisemmäksi, sillä äitiys- ja lastenneuvolan osuuksissa oli paljon samoja kysymyksiä. Alussa olisi voinut olla yhteiset asiat ja vasta sen jälkeen eriteltynä äitiysneuvolan ja lastenneuvolan erityispiirteisiin liittyvät kysymykset.

Reliabiliteettia laskeva tekijä on esimerkiksi kysymysten väärinymmärtäminen (Myllymaa 2016). Englanti ei ole kyselylomakkeen tekijöiden, kääntäjän eikä myöskään vastaajien äidinkieli. Vieraan kielen käytön takia väärinkäsityksiä on voinut tulla neljässä eri vaiheessa: Onko kääntäjä osannut kääntää kysymykset selkeästi ja yksiselitteisesti sekä tuttuja ja yleisiä sanoja käyttäen? Onko vastaaja osannut englantia ja ymmärtänyt kysymyksen oikealla tavalla? Onko vastaaja osannut kirjoittaa avoimen kysymyksen vastauksensa sillä tavalla kuin on asian tarkoittanut? Ovatko opinnäytetyöntekijät osanneet kääntää avoimet vastaukset oikein?

Reliabiliteettia laskeva asia on lisäksi haluttomuus vastata. Tähän vaikuttaa esimerkiksi mittarin pituus ja sen täyttöön annettu ohjeistus. (Myllymaa 2016.) Vastaajia pyrittiin motivoimaan ystävällisellä saatekirjeellä (Liite 4), jossa toivottiin mahdollisimman monelta vastauksia ja kerrottiin, miten tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään vastaajien hyväksi. Lisäksi kerrottiin, että vastaamisen voi jättää kesken missä vaiheessa tahansa eikä kaikkiin kysymyksiin ole pakko vastata. Näin tavoiteltiin sitä, että esimerkiksi liian intiimi kysymys jätettäisiin mieluummin vastaamatta ja palautettaisiin silti muu lomake kuin jätettäisiin kokonaan vastaamatta. Saatekirjeessä annettiin myös yhteystiedot, jotta vastaaja voi halutessaan kysyä lisätietoa. Kysymyksiä oli suhteellisen paljon, mutta ne pyrittiin asettelemaan siten, että niiden määrä näyttäisi vähäisemmältä. Ohjeistuksessa lisäksi neuvottiin vastaamaan vain sen neuvolan kysymyksiin, missä perhe oli ollut asiakkaana. Näin vastattavien kysymysten määrä todellisuudessakin pieneni. Ohjeistus oli selkeästi ja yksinkertaisesti ilmaistu.

Esitestaus lisää koko tutkimuksen reliabiliteettia (Myllymaa 2016) ja mittarin validiteettia. Se on erityisen tärkeää, kun kyseessä on uusi ja tiettyä tutkimusta varten laadittu mittari. Esitestaus tulisi tehdä otosta vastaavalla, mutta pienemmällä joukolla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 190.) Kyselylomake esitettiin suomenkielisellä ryhmällä, mikä ei täysin vastaa tutkimuksen kohderyhmää. Heiltä kysyttiin valmiiksi määriteltäviä kysymyksiä lomakkeen ymmärrettävyydestä ja ulkoasusta.

Validi tutkimus mittaa ja selvittää sitä, mitä on tarkoitus. Tulokset ovat yleistettävissä perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189.) Vastausprosentin tulisi olla korkea ja otoksen edustava (Myllymaa 2016), mutta ne jäivät tässä tutkimuksessa pieniksi. Kohderyhmänä olivat vain Rauman perhekeskuksen maahanmuuttaja-asiakkaat, joten tuloksia ei voi yleistää muihin organisaatioihin. Vastaajat olivat pääasiassa Euroopan varakkaimmista maista eli todennäköisesti tulleet perheenjäsenen työn perässä. Vastauksia ei tullut esimerkiksi pakolaisilta tai kauempaa muuttaneilta. Tämän kaltainen vastaajien valikoituminen vähentää tutkimuksen sisäistä validiteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 195). Tuloksia ei näin ollen voi yleistää kaikkiin Rauman perhekeskuksen maahanmuuttaja-asiakkaisiin. Yhtä pariskuntaa lukuun ottamatta kaikki lomakkeet oli täytetty yksin, eivätkä muut perheenjäsenet olleet osallistuneet vastaamiseen. Vastaukset ovat todennäköisesti vain lomakkeen täyttäjän omia mielipiteitä, joten varsinaisesti perheiden kokemuksista ei voida puhua.

Validi tutkimus antaa tutkittavasta totuudenmukaisen kuvan (Myllymaa 2016). Vastaukset ovat todennäköisesti rehellisiä kokemuksia ja mielipiteitä. Vastaajia pyrittiin rohkaisemaan rehellisiin vastauksiin kertomalla saatekirjeessä (Liite 4), että terveydenhoitajat eivät tule näkemään täytettyjä lomakkeita, tutkimuksen tarkoituksena on kehittää maahanmuuttajien saamaa palvelua, vastauksia ei yhdistetä henkilöihin, ja lomakkeet tuhoetaan käytön jälkeen. Lomakkeen sai täyttää rauhassa kotona ja palauttaa suljetussa kirjekuoressa joko postitse tai tuomalla suljettuun palautuslaatikkoon. Skaalakysymyksien analysoinnissa ei jäänyt opinnäytetyöntekijälle tulkinnan varaa, vaan vastaukset olivat selkeitä. Avointen kysymysten tuloksissa saattaa näkyä lukijan omaa tulkintaa. Avoimien kysymyksien analysoinnissa on vaara, että tutkimuksen tekijä sokeutuu omalle tutkimukselleen ja muodostaa tuloksista mielessään mallin. Avoimia kysymyksiä analysoidessaan tutkija voi olla jo vakuuttunut omista johtopäätöksistään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197.) Tämä on mahdollista, koska opinnäytetyössä analysoitiin ensin määrällinen aineisto ja vasta sen jälkeen laadullinen. Määrälliset vastaukset olivat jo luoneet tietyn kuvan opinnäytetyöntekijän mieleen siinä vaiheessa, kun aloitettiin laadullisen aineiston analysointi. Toisaalta avoimet vastaukset olivat melko lyhyitä ja selkeitä, joten omaan tulkintaan ei jäänyt paljon varaa.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa, ettei mikään muu asia ole voinut vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Tällainen asia voi olla esimerkiksi hoitajan toiminnan muuttuminen tutkimuksen vuoksi. Tästä käytetään nimitystä Hawthornen efekti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 193–196.) Terveydenhoitajat ovat voineet tutustua lomakkeisiin etukäteen, joten he ovat tienneet, mitä asiakkailta tullaan kysymään. Tästä johtuen he ovat voineet kiinnittää työskentelytavoissaan näihin asioihin enemmän huomiota. Terveydenhoitaja on voinut esimerkiksi huomata, ettei ole antanut ohjausta jostakin lomakkeella mainitusta aiheesta, joten on antanut ohjausta heti seuraavalla käynnillä. Terveydenhoitaja on voinut myös huomata lomakkeessa vuorovaikutukseen liittyviä asioita, joissa on ollut puutteita ja muuttanut käyttäytymistään. Jos lomake on annettu asiakkaalle tällaisen käynnin jälkeen, asiakas on voinut vastata kysymyksiin eri tavalla kuin olisi jonkin aikaisemman käynnin jälkeen vastannut.

Kiire ja stressi voivat laskea tutkimuksen reliabiliteettia (Myllymaa 2016). Opinnäytetyön ja tutkimuksen tekemiseen liittyy luonnollisestikin stressitekijöitä ja ajoittaista

kiirettä, mutta niistä huolimatta on pyritty tekemään huolellista ja tarkkaa työtä. Aikataulusuunnitelmasta joustettiin, jotta kiire ei vaikuttaisi tutkimuksen laatuun.

Triangulaatio eli useamman eri menetelmän ja tutkijan käyttäminen sekä eri tutkijoiden saamien tulosten vertailu lisäävät myös reliabiliteettia (Myllymaa 2016). Kyselylomakkeessa oli sekä skaalakysymyksiä että avoimia kysymyksiä, jolloin vastauksia oli määrällisessä ja laadullisessa muodossa. Opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi, ja molemmilla omat vastuualueensa. Raportissa huomioidaan skaala- ja avointen kysymysten yhteneväisyydet ja erot. Lastenneuvolaosuudelle on olemassa vertailukohta myös neljän vuoden takaa Ankelon opinnäytetyössä.

6.4 Jatkotutkimusideat ja kehittäminen

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta heräsi kysymys siitä, millaisia kokemuksia pakolaisilla ja englantia taitamattomilla asiakkailla on neuvolapalveluista. Erityisesti kiinnostaa heidän saamansa tieto aiheista, joita tämän opinnäytetyön mukaan oli käsitelty liian vähän. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää myös maahanmuuttajaperheiden lasten kokemuksia neuvolasta. Lasten kokemuksia voisi selvittää haastattelujen, leikkien tai piirustusten avulla. Yksinkertaisimmillaan lapset voisivat neuvolakäynnin päätteeksi jättää palautelaatikkoon mielialaansa vastaavan kasvokuvan.

Koska väkivallan käsittely koettiin asiakkaiden mukaan puutteelliseksi, olisi myös mielenkiintoista tutkia, kuinka moni vastaajista on kokenut väkivaltaa jossain muodossa, kuinka siihen on puututtu sekä millaista tukea ja apua he asiaan ovat saaneet. Olisi tärkeää selvittää, millä tavoin maahanmuuttajien väkivaltakokemuksia olisi hyvä käsitellä.

Myös parisuhteen tukeminen koettiin molemmissa neuvoloissa puutteelliseksi. Jatkossa voisi tutkia maahanmuuttajaperheiden parisuhdetyytyvää ja sen vaikutusta koko perheen hyvinvointiin. Olisi tärkeää selvittää, miten myös maahanmuuttajien parisuhdetta voitaisiin neuvolassa paremmin tukea.

Englanninkielistä ohjausmateriaalia kaivattiin lisää, joten se olisi tärkeä projektiaihe jatkoa ajatellen. Samoin englanninkielistä opetusta ja perhevalmennusta toivottiin. Olisi tärkeää vastata näihin toiveisiin ja laatia materiaalia näihin tarkoituksiin. Kun

pohjamateriaali on valmis, olisi neuvolankin helpompi toteuttaa opetustilanteita tai perhevalmennusta.

Saman tutkimuksen voisi tehdä muutaman vuoden kuluttua uudelleen samaa kyselylomaketta tai sen korjattua versiota käyttäen. Näin olisi mahdollista vertailla ja havaita, mihin suuntaan asiat ovat kehittyneet. Samankaltaisen tutkimuksen voisi tehdä myös laadullisena tutkimuksena. Osa vastaajista kirjoitti kommentteja kyselylomakkeen tyhjiin kohtiin ja pitempiä vastauksia avoimiin kysymyksiin, minkä voi tulkita halukkuutena kertoa kokemuksista enemmän ja vapaamuotoisemmin.

6.5 Oman osaamisen kehittyminen

Haluamme tulevaisuudessa itse terveydenhoitajina kohdata ja hoitaa maahanmuuttaja-asiakkaita mahdollisimman hyvin. Tämä opinnäytetyö on lisännyt osaamistamme sekä neuvolatyöstä että maahanmuuttajien kohtaamisesta. Olemme kehittyneet tiedon hankinnassa ja kriittisessä arvioinnissa sekä joutuneet ottamaan vastuun sekä omastamme että toistemme oppimisesta ja kehittymisestä.

Olemme joutuneet ottamaan vastuuta opinnäytetyön etenemisestä, sen luotettavuudesta ja eettisyydestä. Prosessin aikana olemme huomioineet opinnäytetyöhön liittyvän lainsäädännön ja eettiset säännöt. Kestävän kehityksen periaate ei tämän opinnäytetyön kohdalla toteutunut kovin hyvin, sillä jouduimme tekemään ylimääräisiä tuloksia ja hankintoja. Sähköisen kyselyn toteuttaminen olisi voinut vähentää tuhlatun paperin määrää. Liikennepäästöjä pyrittiin säästämään etätyöskentelyn ja kimpapakyytien kautta.

Olemme kehittyneet tiimityöskentelyssä työparina toimimisen kautta. Työn johtamisessa olemme myös kehittyneet. Itsenäinen työskentely on kehittynyt vastuualueiden jakamisen myötä. Myös itsenäisiä päätöksiä olemme joutuneet tekemään yllättävissäkin tilanteissa. Opinnäytetyön myötä projektityöskentelytaidot ovat kehittyneet ja olemme oppineet soveltamaan teorian tietoa käytännön tuloksiin.

Olemme oppineet paljon uutta eri kulttuureista ja niiden vaikutuksesta käytännön hoitotyöhön. Olemme käsittäneet kulttuurin vaikutuksen yksilöön, mutta oppineet myös, että kulttuurienkin sisällä on suurta vaihtelua.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Porvoo. WSOYpro Oy.
- Antikainen, I. 2007. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 379.
- Apter, D., Eskola, M-S., Säävälä, M. & Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väestöliitto. Viitattu 20.10.2016. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/b9163a56bdfbdf11433bd5ea4506d6bb/1476962715/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>
- Banjara, T. 2011. Perceptions and experiences of maternity care by South Asian immigrant mothers living in Finland. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Brewis, K. 2012. Kulttuurien välinen viestintä hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki; Suomen sairaanhoidajaliitto Ry.
- Castaneda, A., Larja, L., Nieminen, T., Jokela, S., Suvisaari, J., Rask, S., Koponen, P. & Koskinen, S. 2015. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Tampere: Juvenes Print. Viitattu 10.4.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127023/URN_ISBN_978-952-302-535-6.pdf?sequence=2
- Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: Juvenes Print.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2016. Lapsivuodeaika. Helsinki: Duodecim.
- Ellilä, M., Hakulinen-Viitanen, T., Yli-Soininmäki, T., Korpilahti, U. & Pelkonen, M. 2013. Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 102–107.
- Ellilä, M., Jouhki M-R & Raussi-Lehto, E. 2013. Synnytyksen jälkitarkastus. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 133–135.
- Erkkola, M. & Virtanen, S. 2013. Ravitseminen. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 40–46.
- Falin, M. 2017. Osastonhoitaja, Nortamon perhekeskus. Rauma. Sähköposti 13.2.2017.
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystieteiden hoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Hakulinen, T., Onwen-Huma, H., Varsa, H., Pulkkinen, P. & Sandt, M. 2016. Sukupuolten tasa-arvo neuvolan asiakastyössä. Miten tukea vanhempia ja lapsia sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta? Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.2.2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75613/06_2016_Sukupuolten%20tasa-arvo%20neuvolan%20asiakastyossa_NETTIIN_kansilla.pdf?sequence=1

Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2013. Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 108–112.

Hakulinen-Viitanen, T., Jouhki, M-R., Korhonen, H., Rahkonen, E., Raudaskoski, T., Ylä-Soininmäki, T. & Pelkonen, M. 2013. Perhevalmennus. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 78–85.

Hannuksela, M. 2013. Värilliset luomet. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 17.10.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00973

Hausen, H. 2013. Suun terveydenhoito. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 50–52.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heinonen, T. 2016. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulussa 10.11.2016.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523 muutoksineen.

Honkanen, H., Mellin, O-K. & Haarala, P. 2015. Lasta odottava ja alle kouluikäisen lapsen perhe terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) 2015. Terveydenhoitajan osaaminen. Porvoo: Edita, 220–247.

Honkaranta, E. 2007. Johdanto lapsen kasvun ja kehityksen seurantaan neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 118–119.

Husu, K. 2007. Maahanmuuttajaperhe neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi, 393 – 397.

Jouhki, M-R., Klemetti, R. & Hermanson, E. 2013. Monimuotoinen perhe. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 26–29.

Jouhki, M-R., Ylä-Soininmäki, T. & Virtanen, T. 2013. Ensikontakti äitiysneuvolaan raskausaikana. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 100 – 101.

Kamppila, H. & Kvist, T. 2016. Maahanmuuttajanaisten voimavarat ja heitä kuormittavat tekijät raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Tutkiva hoitotyö. Vol 14 (3), 13 – 23.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 189 – 210.

Koistinen, P. 2007. Asiakkaan ja ryhmän ohjaaminen neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 431 – 438.

Kolanen, H. & Koskinen, H. 2014. Maahanmuuttajat. Imetysohjaus. Lastenneuvolakäsikirja. THL:n www-sivut. Viitattu 10.4.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/imetysohjaus/maahanmuuttajat>

Koski, P., Abdulla, Z., Rinne, A., Kantasalmi, P., Sevon, S. & Palukka, J. 2007. Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.

Koskimies, K. & Mutikainen, H-K. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakaina. AMK-opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Viitattu 12.7.2017. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1>

Koskinen, A. & Kokkonen, H. 2017. Maahanmuuttajien rokotusohjaus ja sen haasteet. AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 17.10.2017. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124288/kokkonen_hanna_koskinen_anu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koskinen, K. & Hakulinen-Viitanen T. 2013. Imetys. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 47–49.

Kuittinen, S. & Isosävi, S. 2013. Vanhemmuus ja pienten lasten hoiva eri kulttuureissa. Teoksessa Alitorppa-Niitamo, A., Fågel, S. & Säävälä, M. (toim.) 2013. Olemme muuttaneet ja kotoudumme. Maahan muuttaneiden kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto, 78–95.

Kuosmanen, M. 2007. Ennalta ehkäisevä ja voimavaroja vahvistava neuvolan perheytyö. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 369–371.

KvantiMOTV 2007. Mittaaminen: muuttajien ominaisuudet. Viitattu 1.2.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 1.2.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

- KvantiMOTV 2011. Postikyselyaineiston kokoaminen. Viitattu 30.11.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html>
- Laakkonen, K. & Liimatainen, A. 2015. Ehkäisyneuvonta synnytyksen jälkeen – haasteina tiedonpuute ja lisääntyvä monikulttuurisuus. *Terveystieteiden tutkimus* 8, 24–25.
- Lahtinen, E. 2017. Lehtori, Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sähköposti 28.2.2017.
- Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386 muutoksineen.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 muutoksineen.
- Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) 2014. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki; SanomaPro Oy, 361–378.
- Lepola, S. 2017. Monikulttuurinen perhevalmennus ammattilaisten kokemana. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 13.11.2017. <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101396/gradu07376.pdf?sequence=1>
- Liikanen, J. & Suhonen, S. 2014. Vastasynnyttäneiden naisten ehkäisytyövälineissä on puutteita. *Lääkärilehti* 16–17. Viitattu 12.7.2017. <http://www.potilaanlaakari-lehti.fi/artikkelit/vastasynnyttaneiden-naisten-ehkaisytyoivaelineissa-on-puutteita/>
- Liimatainen-Yläne, E. 2016. Sisällön analyysi. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulussa 10.11.2016.
- Lindevall, A. 2017. Kaltoinkohtelua kokeneen maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaaminen terveydenhoitajan vastaanotolla – kohtaa, kysy, kuuntele. *Terveystieteiden tutkimus* 1, 38–39.
- Lindholm, M. 2007a. Lastenneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 113–116.
- Lindholm, M. 2007b. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 20–21.
- Luoto, R. & Kinnunen, T. 2013. Liikunta. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: JuvaPrint, 53–54.
- Malmi, P. 2013. Miehet äitiysneuvolan asiakkaina. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: JuvaPrint, 30.
- Miettinen, A. & Pelkonen, I. 2016. Maahanmuuttajaperheet. Väestöliiton www-sivut. Viitattu 20.10.2016. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajaperheet/
- Miettinen, A. & Salo, J. 2016a. Maahanmuuttajat ikäryhmittäin. Väestöliiton www-sivut. Viitattu 20.10.2016. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajat-ikaryhmittain/

Miettinen, A. & Salo, J. 2016b. Maahanmuuttajien määrä. Väestöliiton www-sivut. Viitattu 20.10.2016. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/

Miettinen, A. 2016. Maahanmuuttajat. Väestöliiton www-sivut. Viitattu 14.10.2016 http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/

Myllymaa, T. 2016. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan luotettavuus. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulussa 24.11.2016.

Nikula, A. 2007. Lasten rokottaminen. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 181–192.

Paavilainen, R. 2007. Perhe neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 362–367.

Pelkonen, M. 2013. Tavoitteet ja tehtävät. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 16–17.

Puukari, S. & Korhonen, V. 2013. Monikulttuurinen ohjaus kotoutumista tukevassa työssä. Teoksessa Alitorppa-Niitamo, A., Fågel, S. & Säävälä, M. (toim.) 2013. Olemme muuttaneet ja kotoudumme. Maahan muuttaneiden kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto, 32–47.

Rauman kaupungin www-sivut 2017. Lastenneuvola. Viitattu 24.10.2017. <https://www.rauma.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapset-nuoret-perheet/neurolat/lastenneuvola/>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Vuorovaikutus ja monikulttuurinen hoitotyö. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro, 27–38.

Sainola-Rodriguez, K. 2013. Maahanmuuttajan kohtaaminen terveydenhoidossa. Teoksessa Alitorppa-Niitamo, A., Fågel, S. & Säävälä, M. (toim.) 2013. Olemme muuttaneet ja kotoudumme. Maahan muuttaneiden kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto, 134–146.

Solantaus, T. & Raudaskoski, T. 2013. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 184–187.

Sorvari, M., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2015. Maahanmuuttajataustaisten lapsiperheiden terveyden edistäminen lastenneuvolassa. Tutkiva Hoitotyö. Vol 13(2), 23–29.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisemisen toimintaohjelma 2012 – 2016 (FGM). Helsinki. Viitattu 20.10.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112458/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226213.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 24.11.2016. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74213/Julk_2008_9_perhevakivaltatyon_suosituks_verkko.pdf?sequence=1

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä 2015. Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50104>

Suominen, L. & Suontausta, N. 2012. Suun terveys, suunhoitotavat ja tyytyväisyys hoitoon. Suun terveydentila. Teoksessa E Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 121–133. Viitattu 1.10.2017. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90907>

Säävälä, M. 2013. Monikulttuurisuus. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juva-Print, 206–209.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) perustulokset. Viitattu 20.10.2016. http://www.slideshare.net/THLfi/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointitutkimuksen-maamu-perustulokset?qid=b26831bd-e912-4e01-9d94-5a1f1563d7db&v=default&b=&from_search=1

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 muutoksineen.

THL:n www-sivut 2014. Imetysohjaus. Maahanmuuttajat. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 1.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/imetysohjaus/maahanmuuttajat>

THL:n www-sivut 2014. Tapaturmien ehkäisy. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 1.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/tapaturmien-ehkaisy>

THL:n www-sivut 2015. Henkilöstö. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 20.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/lastenneuvolatyon-perusteet/henkilosto>

THL:n www-sivut 2015. Kotikäynnit. Lapset, nuoret ja perheet. Viitattu 18.10.2017. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola/kotikaynnit

THL:n www-sivut 2015. Mitä lähisuhde- ja perheväkivalta on? Viitattu 22.10.2017 https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/lahisuhde

THL:n www-sivut 2015. Määräaikaistarkastukset. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 24.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/maaraaikaistarkastukset>

THL:n www-sivut 2015. Suun terveys. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 1.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/suunterveys>

THL:n www-sivut 2015. Tavoitteet. Lastenneuvolatyön perusteet. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 24.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/lastenneuvolatyon-perusteet/tavoitteet>

THL:n www-sivut 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 20.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/maaraaikaistarkastukset/terveydenhoitaja>

THL:n www-sivut 2015. Väkivaltasta puuttuminen. Viitattu 22.10.2017. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevaki-vallan_ekaisytyo/puuttuminen

THL:n www-sivut 2015. Äitiysneuvola. Viitattu 15.2.2017. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola

THL:n www-sivut 2016. Maahanmuuttajien rokotukset. Rokottaminen. Viitattu 17.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/maahanmuuttajien-rokotukset>

THL:n www-sivut 2017. Maahanmuuttajien palvelut. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Viitattu 24.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-palvelut>

THL:n www-sivut 2017. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys. Viitattu 12.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys>

THL:n www-sivut 2017. Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Viitattu 24.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/turvapaikanhakijoiden-terveys-ja-hyvinvointi/turvapaikanhakijoiden-palvelut>

Tilastokeskuksen www-sivut. Perhe. Viitattu 25.10.2016. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/perhe.html>

Tilastokeskuksen www-sivut. Uusperhe. Viitattu 25.10.2016. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/uusperhe.html>

Tuokkola, J. & Strengel, K. 2010. Syömiseen liittyvät sairaudet ja muut erityistilanteet. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.) 2010. Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita, 81–126.

Tuominen, M. 2016. Hyötyvätkö perheet äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmätutkimus. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 7.11.2017. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125185/AnnalesC426Tuominen.pdf?sequence=4>

Tuomola, R. 2016. Terveydenhoitaja, Nortamon perhekeskus. Rauma. Puhelu 19.10.2016.

Tuomola, R. 2016. Terveydenhoitaja, Nortamon perhekeskus. Rauma. Puhelu 1.12.2016.

Tuomola, R. 2017. Terveydenhoitaja, Nortamon perhekeskus. Rauma. Tekstiviesti 19.1.2017.

Turtiainen, K. & Hiitola, J. 2015. Varhaisen tuen palvelut maahanmuuttajataustaisille perheille. Ammattilaisten ja perheiden kokemuksia. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Viitattu 10.4.2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75047/TEMjul_68_2015_web_17112015.pdf?sequence=1

Uotila, J. 2013. Anemia, trombosytopenia ja tromboosi. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 168–171.

Uotila, J. 2013. Yhteydenotto neuvolaan raskautta suunnitellessa. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: JuvaPrint, 99.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

Viljanmaa, H. 2015. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveydenhuolto. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 15.2.2017. http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04350&p_haku=maahanmuuttaja

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Virstan www-sivut 2016. Viitattu 14.11.2016. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/05/>

Virtuaali ammattikorkeakoulu 2017. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. Viitattu 13.11.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289824724.html>

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 9.11.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS


 OPINNÄYTETYÖ-/
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

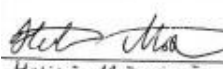
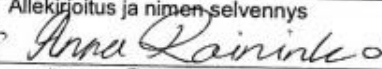
1(2)

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN TEKIJÄ	Sukunimi Männistö	Etunimet Helinä Marjaana
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite helina.mannisto@student.samk
	Sukunimi (Muut tekijät) Raininko	Etunimi Anna
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Satakunnan ammattikorkeakoulu	
	Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma	
OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA	Nimi Elina Lahtinen	
	Toimipaikka ja osoite Rauman kampus, Satamakatu 26	
	Puhelin	Sähköpostiosoite elina.lahtinen@samk.fi
	Oppiarvo ja ammatti lehtori, sh, th, THM	
OPINNÄYTETYÖ/ TUTKIMUS	Opinnäytetyön/ tutkimuksen nimi Maahanmuuttajaperheiden kokemuksia neuvolapalveluista	
	Opinnäytetyön/ tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK –opinnäytetyö	
	<input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Lyhyt yhteenveto (Opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat.) Katso liitteenä oleva tutkimussuunnitelma	

YHTEYSHENKILÖ(T) SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA	Jotta opintäytetyö/tutkimuksen teko voidaan suorittaa mahdollisimman joustavasti ja ao. yksikön kannalta mielekkäästi, on tutkijan syytä ennen varsinaista luvanhakua ottaa yhteys tämän yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat. Yhteyshenkilön nimi merkitään tähän	
	Nimi Riitta Tuomola	Yksikkö Nortamon perhekeskus
	Puhelin 044 403 2020	Sähköposti riitta.tuomola@rauma.fi

HAKEMUKSEN LIITTEET	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö-/tutkimussuunnitelma, josta ilmenevät opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointi, tutkimuksen arviointi, eettiset näkökohdat. <input checked="" type="checkbox"/> Kyselylomake <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Aineiston keruu-aika (alkaa/päätyy) 20.3./13.4.2017	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika 19.5.2017

TUTKIJAN SITOMUS JA ALLEKIRJOITUS	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön. <p>Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaitiolovelvollisuutta ja luovuttamaan korvauksetta opinnäytetyöstä/tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta, kannellinen ja toinen ilman, Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolle. Mikäli opinnäytetyön/ tutkimuksen teko keskeytyy, tulen ilmoittamaan siitä Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämisspalveluun.</p>
---	---

ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika Porissa 13.2.2017	13 / 02 2017
	Allekirjoitus ja nimen selvennys  Helina Männistö	 Anna Raininko

Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus:

Rauman sosiaali- ja terveysvirasto
 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 Rauma
 puhelinvaihe 02 834 11 tai 02 835 11

TUTKIMUSLUPA

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
28.2.2017

19/2017

Muut asiat
/0//0

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:

Maahanmuuttajaperheiden kokemuksia neuvolapalveluista

Helinä Männistö

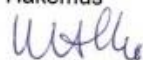
Päätös

Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet

Hakemus

Päätöksen
allekirjoitus



Marja-Leena Alho
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä

8.3.2017

Tiedoksi

Hakijat, yhteyshenkilö

Tiedoksianto
asianosaiselle

Tämä päätös on
 lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on
 annettu tiedoksi mainituille

Päiväys 1.3.2017

Tiedoksiantaja

Terttu Grönvall

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimusviranomaisen
Sosiaali- ja terveyslautakunta
PL 283
26101 Rauma

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon viimeistään seitsemäntenä (7) päivänä päätöksen postituspäivän jälkeen. Kunnan jäsenen, joka ei ole asianosainen, katsotaan saaneen tiedon silloin, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Vaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusviranomaiselle postitse, henkilökohtaisesti tai lähetin välityksellä. Toimitustavasta riippumatta vaatimuksen on oltava oikaisuvaatimusviranomaisella ennen aukioloajan päättymistä viimeistään neljäntenätoista (14) päivänä päätöksen tiedoksisääntäpäivästä mainittua päivää lukuunottamatta.

SAATEKIRJE TERVEYDENHOITAJILLE

SAATEKIRJE TERVEYDENHOITAJALLE

Hyvä terveydenhoitaja.

Perhekeskus on tilannut Satakunnan ammattikorkeakoululta opinnäytetyön maahanmuuttajaperheiden kokemuksista neuvolapalveluista.

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja teemme tutkimusta maahanmuuttajaperheiden kokemuksista Rauman neuvolapalveluista. Opinnäytetyössä selvitetään, millaisia neuvolakokemuksia maahanmuuttajilla on. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla neuvolapalveluita voidaan kehittää ja että te neuvolan terveydenhoitajat voitte hyödyntää tutkimuksen tuloksia työssänne.

Tarkoituksena on, että kyselyyn vastaajat voivat täyttää kyselyä koko perhe yhdessä pohtien ja keskustellen. Kyselyyn voi toki vastata yksinkin. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä vastauksia voi yhdistää kyselyyn vastanneeseen henkilöön.

Terveydenhoitaja jakaa lomakkeen neuvolakäynnin yhteydessä ja tarvittaessa opastaa sen täyttämässä. Lomakkeita jaetaan huhti-toukokuun aikana. Terveydenhoitajan tulee myös laittaa ”tukkimiehenkirjanpidolla” ylös, kuinka monelle maahanmuuttaja-asiakkaalle kyselylomaketta on tarjottu. Näin saamme laskettua vastausprosentin. Vastaukset tulee palauttaa 19.5. mennessä mukana olevassa palautuskuoressa. Vastaajia tulee ohjata palauttamaan kysely joko neuvolassa olevaan erilliseen palautuslaatikkoon tai postitse neuvolaan. Postimaksu on valmiiksi maksettu. Tarkoituksenamme on hakea vastauskuoret itse neuvolasta. Vastaukset päätyvät vain ja ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden käyttöön. Niitä säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen asti, minkä jälkeen ne tuhotaan.

Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin:

Terveydenhoitajaopiskelija

Helinä Männistö

helina.mannisto@student.samk.fi

Terveydenhoitajaopiskelija

Anna Raininko

anna.raininko@student.samk.fi

SAATEKIRJE MAAHANMUUTTAJILLE



Hello

We are students from the university of applied sciences in Satakunta where we are studying to become public health nurses. We are doing a study about the experiences immigrant families have had in the neuvola (counselling bureau, guidance centre) of Rauma. We would like to know about your experiences at the neuvola. The purpose of this study is to help the public health nurses of Rauma improve the quality of the service they offer.

We hope that as many of you as possible would fill this questionnaire so that its results will be more reliable. The survey can be filled together with the whole family so that you can talk about all the questions together. This questionnaire is anonymous and none of the answers can be linked to the people who answered them.

We hope you will return your filled questionnaires in the reply envelope, which came with the questionnaire, by Friday 19.5. to the neuvola either by mail or by dropping it off at the return box there. The postage has already been paid and the address has also already been written on the envelope. The answers will only end up in the use of the employees who are working with the thesis. The public health nurses at the neuvola will not read the answers. The answers will be kept until the thesis is ready and after that they will be destroyed.

We would be delighted to answer any questions regarding the questionnaire.

Thank you for your time!

Regards

Student in Public Health Nursing

Helinä Männistö

helina.mannisto@student.samk.fi

Student in Public Health Nursing

Anna Raininko

anna.raininko@student.samk.fi

KYSELYLOMAKE

Questionnaire for the clients of the maternity clinic and the child health centre

By answering this questionnaire, you are giving permission for the two students who made this it to use the answers you have provided in their thesis. You do not have to finish the questionnaire nor do you have to answer all the questions in it. Your personal information cannot be linked to your answers.

Circle the option(s) which best describe(s) your experiences. In the open questions, you can write your answers on the blank rows.

Background information

1. What is your native language? _____
2. What language do you use when you visit the neuvola? _____
3. Which one of your family members is filling the questionnaire? Circle also other members of the family who are helping with the questionnaire.
 - 1 father
 - 2 mother
 - 3 the child(ren) of the family
 - 4 someone else
4. How many maternity clinic visits have you had? _____
5. How many child health centre visits have you had? _____
6. Have you communicated through an interpreter during visits? 1 No 2 Yes

Answer the parts of the questionnaire that corresponds with the services you have used.

If you have used **the maternity clinic services**, answer the maternity clinic part (questions 7-67).

If you have used **the child health centre services**, answer the child health centre part (questions 68-114).

If you have used both services answer both parts.

MATERNITY CLINIC

VISITS TO THE NURSE AT THE NEUVOLA

Do you disagree or agree with the following statements?

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
7. I am happy with the number of visits to the nurse at the neuvola.	1	2	3
8. The duration of the visit was suitable.	1	2	3
GUIDANCE			
9. We are satisfied with the written guides we have received from the neuvola.	1	2	3
10. We have been given enough information about the Finnish health care system.	1	2	3
11. We are aware of the services and benefits we are entitled to.	1	2	3
12. We have been given enough information about pregnancy.	1	2	3
13. We have been given enough information about delivery.	1	2	3
14. We have been given enough information about infant care.	1	2	3
15. We have been given enough information about exercise during pregnancy.	1	2	3
16. I am happy with the way breastfeeding is addressed.	1	2	3
17. Oral health has been discussed enough.	1	2	3
18. Nutrition has been discussed sufficiently.	1	2	3

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
19. I have got enough information about drugs.	1	2	3
20. We have been given enough information about prenatal depression.	1	2	3
21. We have been given enough information about postnatal depression.	1	2	3
22. Things concerning me and my spouse's relationship have been discussed.	1	2	3
23. Domestic violence has been discussed enough.	1	2	3
24. We have been given enough information about birth control after pregnancy.	1	2	3
INTERACTION AND ATMOSPHERE			
25. We feel heard at the neuvola.	1	2	3
26. I can communicate with the nurse in a shared language.	1	2	3
27. There is a positive atmosphere in the neuvola.	1	2	3
28. We trust the nurse.	1	2	3
29. We feel comfortable contacting the employees of the neuvola.	1	2	3
30. The visits to the neuvola are leisurely.	1	2	3
31. Our nurse respects our values.	1	2	3
32. Our nurse respects the choices we have made.	1	2	3
33. Our nurse is supportive.	1	2	3
34. Our nurse is well-informed.	1	2	3

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
35. Our nurse shows interest in our culture.	1	2	3
THE CONSIDERATION AND SUPPORT OF THE WHOLE FAMILY			
36. Our family's cultural background has been taken into consideration.	1	2	3
37. Our family's individual needs have been taken into consideration.	1	2	3
38. The siblings of the soon-to-be-born baby have been taken into consideration in the visits.	1	2	3
39. My spouse is taken into consideration.	1	2	3
40. Our previous pregnancies and delivery experiences have been discussed.	1	2	3
41. We have gained confidence in coping with the challenges of pregnancy.	1	2	3
42. We have gained confidence in delivery.	1	2	3
43. The mother's well-being has been enquired about sufficiently often.	1	2	3
44. The father's well-being has been enquired about sufficiently often.	1	2	3

HOME VISITS

45. Have you been offered a home visit 1 during pregnancy 2 after pregnancy?
46. Has your nurse visited your home 1 during pregnancy 2 after pregnancy?

If your nurse hasn't visited your home, you can move on to question 55.

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
58. I am happy with the amount of meetings.	1	2	3
59. The length of the meetings was good.	1	2	3
60. The training was suitable for us.	1	2	3
61. We were encouraged to participate in the discussion.	1	2	3
62. The subjects covered were important to us.	1	2	3
63. We had a chance to influence the subjects at training.	1	2	3
64. Parent training helped to develop a positive attitude towards delivery.	1	2	3
65. Parent training contributed to the well-being of our whole family.	1	2	3
66. Peer support was good.	1	2	3

67. How do you think maternity clinic services could be improved?

CHILD HEALTH CENTRE

VISITS TO THE NURSE AT THE NEUVOLA

Do you disagree or agree with the following statements?

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
68. We are happy with the number of visits to the nurse at the neuvola.	1	2	3
69. The duration of the visits has been suitable.	1	2	3
GUIDANCE			
70. We are satisfied with the written guides we have received from the neuvola.	1	2	3
71. We have been given enough information about the Finnish health care system policy.	1	2	3
72. We are aware of the services and benefits we are entitled to.	1	2	3
73. We have been given enough information about the vaccination of a child and vaccines.	1	2	3
74. We have been given enough information about child care.	1	2	3
75. We have been given enough information about the upbringing and development of a child.	1	2	3
76. We have received enough information about breastfeeding.	1	2	3
77. We have been given enough information about the nutrition of a child.	1	2	3

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
78. We have been given enough information about the oral health of a child.	1	2	3
79. The security of our home has been discussed enough.	1	2	3
INTERACTION AND ATMOSPHERE			
80. The visits to the neuvola are leisurely.	1	2	3
81. There is a positive atmosphere in the neuvola.	1	2	3
82. We trust the nurse.	1	2	3
83. We feel comfortable contacting the employees of the neuvola.	1	2	3
84. Our nurse is supportive.	1	2	3
85. The feedback we receive from our nurse is positive.	1	2	3
86. Our nurse respects our values.	1	2	3
87. Our nurse respects the choices we have made.	1	2	3
88. Our nurse is well-informed.	1	2	3
89. Our nurse shows interest in our culture.	1	2	3
THE CONSIDERATION AND SUPPORT OF THE WHOLE FAMILY			
90. Our family's cultural background has been taken into consideration.	1	2	3
91. My whole family is taken into consideration.	1	2	3
92. My child's opinions have been taken into consideration.	1	2	3
93. Our opinions have been taken into consideration.	1	2	3

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
94. Our life situation has been taken into consideration.	1	2	3
95. The individual needs of our family has been taken into consideration.	1	2	3
96. The mother's well-being has been enquired about sufficiently often.	1	2	3
97. The father's well-being has been enquired about sufficiently often.	1	2	3
98. Domestic violence has been discussed enough.	1	2	3
99. Our nurse has supported our relationship.	1	2	3

HOME VISITS

100. Have you been offered a home visit? 1. Yes 2. No

101. Has your nurse visited your home? 1. Yes 2. No

If your nurse hasn't visited your home, you can move on to question 106.

Do you disagree or agree with the following statements?

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
102. I am happy with the amount of home visits.	1	2	3
103. The matters discussed on the home visits were good.	1	2	3

104. My whole family has been taken into consideration.	1	2	3
105. My child has been taken into consideration.	1	2	3

SUPPORT GROUPS AND GROUP GUIDANCE

A support group is a meeting for those who are in the same life situation with the other members of the group. In a support group one can share their own experiences in parenthood and receive support from the other members of the group.

106. Have you been offered to join a support group or any other group guidance -group?

1. Yes

2. No

107. Have you participated in a support group activity of any other group guidance activity?

1. Yes

2. No

If you **have not** participated in support group activities or any other group guidance activities, you can move on to question 114.

Do you disagree or agree with the following statements?

	Disagree	Neither agree or disagree	Agree
108. The size of the group was fine	1	2	3
109. I am happy with the amount of meetings.	1	2	3
110. The length of the meeting was adequate.	1	2	3
111. The topics discussed in the group were good.	1	2	3
112. The execution method was suitable.	1	2	3

113. The group meetings were useful.	1	2	3
--------------------------------------	---	---	---

114. How do you think the child health care services could be improved?
