

Savuton odotus ja vanhemmuus - hoitoketju Etelä-Pohjanmaan sai- raanhoitopiirin alueella

Mari Vuorenmäki
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma
Terveysten edistäminen

Tekijä Vuorenmäki, Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 5/2018
	Sivumäärä 95	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Terveystieteiden edistäminen		
Työn ohjaajat Sirpa Tuomi, Riitta Ala-Luhtala		
Toimeksiantaja EPSHP:n Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö AKSILA		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa raskaana olevista noin 15 % tupakoi jossain raskauden vaiheessa. Tätä tupakointia vähentämään otettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (EPSHP) alueella keväällä 2017 käyttöön Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvaa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökannalta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat käytännössä hoitoketjua raskaana olevien kanssa. Muita tavoitteita oli selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat hoitoketjun toimivuuden sekä onko hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimukseen otettiin mukaan kaksitoista äitiysneuvolan terveydenhoitajaa. Haastattelut toteutettiin henkilökohtaisina teemahaastatteluina. Analyysi suoritettiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä ja grounded theory -menetelmää.</p> <p>Tuloksissa tuli esiin hoitoketjun saama positiivinen vastaanotto. Häkämittauksen tuoma lisä tupakkavalistukseen sekä yhteistyön tärkeys perus- ja erikoissairaanhoidon välillä korostui. Terveystieteidenhoitajat toivoivat lisäkoulutusta tupakoinnin hoitoon riippuvuutena. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun haasteena oli hoitoketjun yhdistäminen käytännön työhön siten, että hoitoketjun tarkoitus toteutui. Käytännössä tämä tarkoitti häkämittarien määrän lisäystä ja vastaanottoaikojen keston pidentämistä. Selkeää muutosta ei terveydenhoitajien mukaan ollut vielä raskaana olevien tupakointiin nähtävissä. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun käytön toivottiin laajenevan koskemaan kaikkia perheiden kanssa toimivia terveydenhuollon yksiköitä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) tupakointi, häkämittaus, hoitoketju		
Muut tiedot		

Author Vuorenmäki, Mari	Type of publication Master's thesis Number of pages: 95	Date 5/2018 Language of publication: Finnish Permission for web publication: x
Työn nimi Smokeless Expectancy and Parental Care Chain in the South Ostrobothnia hospital district		
Degree programme Master's degree programme in Health promotion		
Supervisors Tuomi, Sirpa and Ala-Luhtala, Riitta		
Assigned by South Ostrobothnia Hospital District's Unit for Primary Health Care and Health Promotion called AKSILA		
Abstract <p>About 15% of pregnant women in Finland smoke at some stage of pregnancy. To reduce this smoking South Ostrobothnia Hospital District (EPSHP) introduced the Smokeless Expectancy and Parental Care chain in spring 2017.</p> <p>The purpose of the study was to describe the Smokeless expectancy and parental care chain from the nurses', who work in the maternity clinics, point of view. The aim of the study was to find out how nurses carry out the care chain in practice working with smoking pregnant women. Other goals were to find out how the nurses feel the functionality of the care chain and what kind of effect they thought it has had on pregnant smokers. The study was carried out as a qualitative study. Twelve maternal clinics' nurses' were interviewed. The interviews were conducted as a personal theme interviews. The analysis was performed using inductive content analysis and grounded theory.</p> <p>The results showed a positive reception of the care chain. The importance of co-operation between basic and special health care was emphasized in the results. Nurses hoped for additional training for smoking treatment as an addictive disease. The challenge of the Smokeless expectancy and parental care chain was to combine the care chain with practical work so that the purpose of the care chain comes to fruition. This was feasible with more carbon monoxide meters and longer reception times.</p> <p>According to nurses, a clear change was not yet apparent in pregnant women smoking habits. It was hoped that the use of the Smokeless expectancy and parental care chain would be extended to all health care units working with families.</p>		
Keywords/tags (subjects HYPERLINK "http://vesa.lib.helsinki.fi/") HYPERLINK "http://vesa.lib.helsinki.fi/"smoking, measurement of carbon monoxide, care chain		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Raskaus ja tupakointi	4
2 Hoitoketjut Suomessa.....	7
2.1 Yleistä hoitoketjuista	7
2.2 Äitiyshuollon hoitoketjuja.....	8
2.3 Hoitoketjujen valvonta	9
2.4 Hoitoketjun toteutumisen esteitä ja mahdollisuuksia	10
2.5 Hoitoketjujen vaikuttavuus käytännössä.....	12
3 Raskauden ajan tupakoinnin ennaltaehkäisy ja siihen puuttuminen äitiysneuvolassa.....	12
3.1 Tupakkavalistus äitiysneuvolassa	12
3.2 Häkämittaus	13
3.3 Häkämittaus äitiysneuvolassa.....	15
4 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju EPSHP:n alueella.....	18
4.1 Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun keskeisimmät uudistukset....	18
4.2 Äitiysneuvolan rooli Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa	19
4.3 Erikoissairaanhoidon rooli Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa	20
4.4 Äitiysneuvolan muita työkaluja tupakkavalistuksessa.....	21
5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja kysymykset	22
6 Tutkimuksen toteutus.....	23
6.1 Tutkimusmenetelmät.....	23
6.2 Aineiston rajaus	24
6.3 Aineiston keruu.....	25
6.4 Aineiston litterointi.....	27
6.5 Aineiston analyysi	28
6.6 Aineiston analyysiprosessi	30
7 Tulokset	33
7.1 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolan vastaanotolla	33
7.1.1 Asiakkaiden tietoisuus hoitoketjusta ja sen saama vastaanotto	34
7.1.2 Terveystenhoitajien asenne tupakasta valistamiseen	36
7.1.3 Hoitoketjun toimivuus.....	37
7.1.4 Hoitoketjun vaikutus raskaana olevien tupakointiin.....	39
7.2 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla.....	40
7.2.1 Häkämittari	41
7.2.2 Häkämittauksen tulosten tulkinta	42

7.2.3	Terveydenhoitajan toiminta käytännössä	43
7.2.4	Äidit ja isät asiakkaina	45
7.2.5	Asiakkaiden asenteet häkämittaukseen	47
7.3	Muu valistus kuin häkämittaus	48
7.3.1	Asiakaskontakteissa tapahtuva valistus	49
7.3.2	Tupakoitsijoiden valistus	51
7.4	Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa	52
7.4.1	Yhteistyö lääkärin ja terveydenhoitajan välillä	53
7.4.2	Lähetteet äitiyspoliklinikalle	54
7.4.3	Korvaushoitojen toteutuminen	56
7.5	Kehitysehdotuksia hoitoketjuun	57
7.5.1	Koulutuksen tarve	58
7.5.2	Yhteistyön tiivistäminen	60
7.5.3	Kehitysehdotuksia	62
8	Pohdinta	65
8.1	Eettisyys	65
8.2	Luotettavuus	67
8.3	Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju käytännössä	69
8.4	Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuus	70
8.5	Mahdolliset muutokset raskaana olevien tupakointiin	71
8.6	Terveydenhoitajien toiveita hoitoketjun kehittämiseen	72
8.7	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	73
	Lähteet	76
	Liitteet	87
	Liite 1 Häkämittariin puhaltaminen	87
	Liite 2 Vertailutaulukko äidin ja sikiön häkäpitoisuudelle	88
	Liite 3 Kirje terveydenhoitajille	89
	Liite 4 Tutkittavan suostumus	90
	Liite 5 Haastattelurunko	91
	Liite 6 Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti	92
	Taulukot ja kuvio	
	Taulukko 1 Esimerkki pelkistetyn ilmaisun muodostamisesta	31
	Taulukko 2 Esimerkki alaluokan muodostamisesta	31
	Taulukko 3 Esimerkki yläluokan muodostamisesta	32
	Taulukko 4 Esimerkki pääluokan muodostamisesta	32

Taulukko 5 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolassa	34
Taulukko 6 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla	41
Taulukko 7 Muu valistus kuin häkämittaus	48
Taulukko 8 Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa.....	52
Taulukko 9 Kehitysehdotuksia hoitoketjuun	58
Kuvio 1 Analyysiprosessin eteneminen	33

1 Raskaus ja tupakointi

Raskaana olevien naisten tupakoinnin vähentäminen on Suomessa ajankohtainen aihe. Ekbladin (2013; 2017) mukaan raskauden ajan tupakoinnilla on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia raskauteen ja sikiöön. Näitä ovat erilaiset istukan toiminnan häiriöt sekä sikiön ennenaikainen syntymä tai pienipainoisuuden aiheuttamat ongelmat. Myös passiivinen tupakointi, esimerkiksi puolison tupakointi, lisää edellä mainittujen ongelmien lisäksi muun muassa keskenmenon riskiä. (Ekblad 2013, 19; Ekblad 2017, 173.) Raskauden ajan tupakoinnilla on vaikutusta sikiön vieroitusoireisiin ja jopa kätkytkuolemaan (Ekblad, Gissler, Korkeila & Lehtonen 2015, 632). Äidin raskauden aikainen tupakointi vaikuttaa lapsen myöhäisempään terveyteen. Tupakoitsijoiden lapset ovat usein muun muassa ylipainoisia ja he sairastavat useammin sairaalahoitoa vaativia uloshengitystietulehduksia kuin tupakoimattomien äitien lapset. (Ekblad 2017, 175.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tupakkatilaston mukaan Suomessa vuonna 2015 tupakoi 15 % raskaana olevista naisista, mikä on vastaava luku kuin 2000-luvun alkuvuosina (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 4). THL:n tilastoissa ”tupakointi raskauden aikana” on synnyttäjän oma ilmoitus tupakoinnistaan (Vuori & Gissler 2016). Pohjoismaista verrattuna Suomen luvut ovat korkeat, sillä esimerkiksi Ruotsissa vuonna 2012 tupakoitsijoita oli enää vain kuusi prosenttia raskaana olevista naisista (Ekblad, Gissler, Korkeila & Lehtonen 2013).

THL:n Tupakkatilaston 2015 mukaan Suomessa viime vuosina tupakoivista yhä useampi on kuitenkin ilmoittanut lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Vuonna 2015 tupakoinnin ilmoitti lopettaneensa 49 prosenttia tupakoijista, mikä on noin kaksi prosenttiyksikköä enemmän kuin edellisenä vuonna ja viisi prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 2013. (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 4.) Kymmenen vuotta aikaisemmin raskauden aikana tupakoinnin lopetti vain 22 prosenttia (Vuori & Gissler 2016,5). Myönteinen uutinen on, että THL:n vuoden 2016 perinataalitalaston ennako-

tietojen mukaan vuonna 2016 raskauden aikana tupakoi 14,2 prosenttia synnyttäjäistä. Heistä joka toinen on lopettanut tupakoinnin raskauden alussa. (Gissler, Vuori & Heino 2017.)

Raskaana olevien tupakointiin on pyritty puuttumaan monin eri keinoin. Lääkärit tupakkaa vastaan verkosto (DAT Suomi) on tehnyt Suomessa vuonna 2015 aloitteen yhdessä Suomen gynekologiyhdistyksen sekä Suomen Kätilöliiton ja Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa Sosiaali- ja terveysministeriölle raskaana olevien tupakoinnin vähentämiseksi. Aloitteessa toivottiin, että kaikissa Suomen äitiysneuvoloissa otettaisiin käyttöön raskaana olevien uloshengityksen häkämittaus osana tupakkavalistusta. (DAT Suomi- Lääkärit tupakkaa vastaan 2015.)

Suomen kätilöliitto ja Suomen terveydenhoitajaliitto julkaisivat syyskuussa 2017 kannanoton siitä, että raskauden ajan tupakointia tulisi hoitaa riippuvuutena. Kannanotossa kehoitetaan jokaista Suomen sairaanhoitopiiriä luomaan hoitokäytänteet raskaana olevien tupakoitsijoiden riippuvuuden hoitamiseksi. (Suomen kätilöliitto 2017.) Näin tulisi huomioitua se, että tupakointi luetaan WHO:n (World Health Organization) mukaan päihteiden ja riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden joukkoon käytettäessä kansainvälistä WHO:n luomaa tautiluokitusta ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) (Duodecim 2002; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 3,14).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (EPSHP) alueella toimii Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö nimeltään AKSILA (AKSILA). AKSILA:n nimi tulee Jurvan murteesta ja tarkoittaa suoraa tankoa kahden pyörän välissä. Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö AKSILA:n tehtävänä on EPSHP:n alueella toimia yhdistävänä tekijänä perus- ja erikoissairaanhoidon välillä. (Luhta 2018.) AKSILA perusti vuonna 2016 työryhmän nimeltään Savuton odotus ja vanhemmuus. Työryhmän tarkoituksena oli saada EPSHP:n alueen lasta odottavien perheiden tupakointi vähenemään. Työryhmän tavoitteena oli kehittää uusi hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliselle yhteistyölle perheiden tupakoinnin ja tupakkatuotteiden käytön vähentämiseksi.

Savuton odotus ja vanhemmuus -työryhmän työn tuloksena EPSHP:n alueen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on otettu käyttöön keväällä 2017 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju. Hoitoketju on ohjeistus perus- ja erikoissairaanhuollon henkilöstölle siitä, miten toimia tupakoivan perheen kanssa. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju perustuu Savuton Suomi 2030 -verkoston tupakastavieroituksen asiantuntijaryhmän ja tieteellisen neuvottelukunnan laatimiin tupakasta vieroituksen laatukriteereihin (Krogerus, Ekblad, Heikkinen ja Korhonen 2017).

Tämä tutkimus käsittelee raskaana olevien naisten tupakoinnin vähentämistä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun keinoin EPSHP:n alueella. Tutkimuksessa tupakoitsija käsitetään henkilöksi, joka tupakoi savukkeita ollessaan raskaana. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvan EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua ja miten he kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuuden. Tutkimuksessa pyritään myös selvittämään, onko Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa savuttomaan vanhemmuuteen ohjaavien hoitoketjujen kehittämisessä.

Tutkimuksen tiedonhankinnassa käytettiin sekä sähköisiä tietokantoja että saatavilla olevaa kirjallisuutta. Tutkija halusi rajata tutkimuksen lähdetiedon mahdollisimman uudeksi, joten tutkimuksen aihepiiriä koskevat tutkimukset ja julkaisut ovat pääosin vuosien 2012 ja 2017 väliltä. Hakujen tietokantoina olivat yleisimmät terveydenhuollon tutkimustietoa julkaisevat tietokannat, esimerkiksi Medic, Cinahl ja PubMed. Hakusanoina on käytetty keskeisiä käsitteitä. Näitä ovat muun muassa tupakointi (smoking), häkämittaus (measurement of carbon monoxide) sekä hoitoketjun implementointiin liittyvät hakusanat niin suomeksi kuin englanniksi.

2 Hoitoketjut Suomessa

Hoitoketjulla on ymmärretty totunnaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Stakes (2002) on määritellyt Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa hoitoketjun siten, että se on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Terveysthuollossa käytetään nimitystä hoitoketju yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Nimitystä palveluketju käytetään terveydenhuollossa silloin, kun ketjuun sisältyy myös muiden toimialojen palveluja. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017.) Stakesin määritelmää hoitoketjun ja palvelupolun eroista korostaa myös Silvennoinen-Nuora (2004; 2010) tutkiessaan hoitoketjujen vaikuttavuutta. Silvennoinen-Nuora (2010) käyttää väitöskirjassaan hoitoketjusta englanninkielisiä määritelmiä care chain, disease based integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway ja seamless care. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34; Silvennoinen-Nuora 2010, 91-92.)

2.1 Yleistä hoitoketjuista

Nuutisen (2000; 2017) mukaan diagnoosikohtainen hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta, ja se on tarkoitettu tukemaan hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä. Lääketieteellisen tiedon osalta sen tulisi perustua hyväksytyyn valtakunnalliseen hoitosuositukseen. Toimiva hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot ja edistää potilaan hyvän, sujuvan ja laadukkaan hoidon toteutumista. Hoitoketju toimeenpannaan siten, että se ohjaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Lisäksi otetaan huomioon kuntien yksilöllisyys erikoissairaanhoidon asiakkaina siten, että perusterveydenhuollon toivomukset ja resurssit muodostuvat keskeisiksi lähtökohdiksi potilaan hoidossa. (Nuutinen 2000, 1821; Nuutinen 2017, 1285.)

Ketolan, Mäntyrannan, Mäkisen ym. (2006, 7-8) mukaan hoitoketjut ovat yleisesti hyväksytyjen kliinisten käytäntöjen alueellisia, soveltavia toimintaohjeita. Niissä kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tarvittaessa

kolmansien osapuolien tehtävät ja työnjako. Hoitoketjun ajatuksena on vastuunotto potilaan hoidon järjestämisestä. Siinä määritellään potilaan hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät ja vastuut. Hoitoketjussa pyritään myös varmistamaan tiedonkulku eri hoitoon osallistuvien osapuolten välillä. Hoitoketjut laaditaan koskemaan isoja alueellisia kokonaisuuksia, jolloin tietyt alueelliset erityispiirteet pystytään ottamaan hoitoketjussa huomioon. (Ketola ym. 2006, 7-8.)

Alueelliset hoitoketjut nähtiin 2000-luvun alussa yhtenä keinona tehdä tutuksi ja implementoida valtakunnallisia Käypä hoito -suosituksia. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten perustaksi. Suosituksia laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suositusten tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. (Käypä hoito 2017; Nuutinen 2017, 1284.)

Hoitoketjujen toimeenpanosta ja laadinnasta on Suomalainen Lääkäriseura Duodecim julkaissut oppaat Hoitosuosituksen toimeenpano (2003), Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi (2006) sekä vuonna 2012 uudistettu painos Käsikirja työryhmille hoitosuosituksen laatimista varten (Ks. Käypä hoito 2017). Hännisen (2008, 24) mukaan palveluketjuja sekä palvelupolkuja kehitettäessä otetaan huomioon myös asiakkaiden mielipiteet ja tarpeet osana niiden kehitystä. Maailmanlaajuisesti hoitopolulla pyritään parantamaan hoidon laatua koko hoidon ajalta. Hoitopolkua noudattamalla parannetaan riskisopeutettujen potilaiden tuloksia, edistetään potilasturvallisuutta, lisätään potilaiden tyytyväisyyttä sekä optimoidaan resurssien käyttöä. (the European Pathway Association E-P-A 2005.)

2.2 Äitiyshuollon hoitoketjuja

Suomessa pelkästään äitiyshuoltoa koskevia hoitoketjuja on olemassa. Hoitoketjuja on tehty koskemaan päihderiippuvaisia eli huume-, alkoholi- ja lääke -

riippuvaisia (HAL) raskaana olevia naisia ja heidän läheisiään. Hoitoketjuja on laadittu myös raskausdiabeteksen tai raskauden hoitoon yleensä. Päihderiippuvaisten hoitoketjuissa tupakka on määritelty samaan kategoriaan muiden riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden kanssa (Ks. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketju HAL äideille; Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoketju päihteitä käyttäville raskaana oleville).

Tupakointi on huomioitu terveydenhuollossa niin hoitoketjuina kuin ohjeistuksina. Tupakointia ja tupakoinnista vieroitusta koskevia hoitoketjuja on monissa sairaanhoitopiireissä. Ne ovat löydettävissä jonkin tietyn sairauden alta, kuten Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) internetsivuilla ”Diabetes ja tupakointi”, tai päihderiippuvuuden sekä psykiatrian toimintojen alta. Ohjeistuksiksi voidaan taas lukea senkaltaiset sairaanhoitopiirien laatimat sivustot kuin ”Savuton sairaala” tai ”Savuttomana leikkaukseen”. Näitä ohjeistuksia löytyy muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP), EPSHP:n ja TAYS:sin omilta internetsivuilta. Sisällöltään ohjeistukset ovat enemmän ohjeistavia kuin selkeitä hoitoketjuja. Ohjeistuksista on pyritty tekemään niin sanotusti universaaleita, jolloin ne saadaan käsittämään mahdollisimman monta eri asiakasryhmää. EPSHP:n raskaana oleville laadittu hoitoketju tupakoinnista on tutkijan tietämyksen mukaan ainoa laatuaan Suomessa.

2.3 Hoitoketjujen valvonta

Suomessa perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä määritellään Terveydenhuoltolaissa vuodelta 2010 (L 30.12.2010/1326). Laissa korostetaan sekä perus- että erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä potilaan edun mukaisesti. Hoitoketjuja ei laissa mainita erikseen. Suomessa VALVIRA (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvonta viranomainen) on terveydenhuollon ylin valvova elin ja sen vastuulla on terveydenhuollon toiminnan sujuminen. VALVIRA muun muassa antaa lausuntoja hoitoketjuista, seuraa niiden toteutumista sekä valvoo perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyön sujumista. (Valvira 2017.)

Hoitoketjujen julkaisualusta on ollut Suomessa vuodesta 2001 terveydenhuollon henkilöstön käytössä oleva Terveysportti (www.terveysportti.fi). Sitä kehitetään yhteistyössä Suomessa toimivan Lääkäriseura Duodecimin kanssa. Terveysportin vastuulla on huolehtia julkaisemiensa tekstien ajan tasalla pysymisestä tiedustelemalla vastuukirjoittajalta tekstin ajantasaisuudesta viiden vuoden välein. Ellei vastausta saada vuoden sisällä, hoitoketju jää Terveysporttiin vielä vuodeksi, minkä jälkeen se poistetaan. (Nuutinen 2017, 1284.)

2.4 Hoitoketjun toteutumisen esteitä ja mahdollisuuksia

Kun hoitoketjua tehdään ja kirjoitetaan, on hyvä ottaa huomioon se, että pelkkä rakentaminen ja hoitoketjutekstin tuottaminen eivät yksin riitä. Hoitoketjun laatijoiden täytyy varmistaa hoitoketjun tunnetuksi tekeminen, löydettävyys, helppokäyttöisyys ja käyttöolosuhteet. Parhaimmillaan hyvä hoitoketju määrittelee jo rakentamisvaiheessa työkalun prosessin mittaamiseen ja arviointiin. Lisäksi tulisi olla selkeästi määriteltynä vastuuhenkilöt, joille voidaan osoittaa palaute ja korjausehdotukset sekä joille ilmoitetaan julkaisu sekä päivityspäivämäärät, jotta nähtäisiin myös ajallinen päivitystarve. (Ketola ym. 2006, 9.) Näihin panostamatta jättäminen voi osaltaan edesauttaa hoitoketjun toimimattomuutta tai sen vastustamista.

Hoitoketjujen käytön esteinä ovat Nuutisen (2000; 2017) mukaan muun muassa niiden vaikeaselkoisuus, vaikea löydettävyys sekä etäänntyminen asiakaskeskeisyydestä. Jotta asiakaslähtöisyys ja hoitoketjun toimivuus potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tukena ja ohjaajana voidaan taata, hoitoketjun tulee olla helposti sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon ja sosiaali-toimen saavutettavissa. Ongelmana on myös se, että erikoissairaanhoidossa ei välttämättä tiedetä tarpeeksi perusterveydenhuollon resursseista ja toimintamahdollisuuksista. (Nuutinen 2000, 1825; Nuutinen 2017, 1286-1289.) Nuutinen (2017) jatkaa, että tällä hetkellä käynnissä oleva maakuntauudistus sekä siihen liittyvä sosiaali- ja terveystalouden uudistus tulee mullistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ja asettamaan huomattavia haasteita hoitoketjujen rakentamiselle ja ylläpitämiselle. Sote-hoitoketjujen imple-

mentaatio tulee olemaan entistä haasteellisempaa, koska saman potilasryhmän ympärillä toimijoiden määrä tulee vaihtelemaan huomattavasti sekä yksittäisen potilaan että potilasryhmän kohdalla. (Nuutinen 2017, 1286-1289.)

Silvennoinen-Nuora (2004) toteaa tutkimuksessaan hoitoketjujen vaikuttavuudesta reumapotilaan hoitoketjussa sen, että toimivassa hoitoketjussa on selkeästi esitetty kunkin tahon vastuu ja tehtävät. Jollakin taholla täytyy olla myös hoitoketjun toiminnallinen vastuu. Eräs keskeisimmistä ja vaikeimmista ongelmista toimivassa hoitoketjussa on varmistaa ajantasainen tiedon kulku eri hoitoportaiden välillä potilasta koskevien tietojen osalta. (Silvennoinen-Nuora 2004, 132.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi 2017-2021 korostetaan potilasturvallisuuteen liittyen sitä, että keskeiset prosessit tiedonkulussa, kirjaamisessa ja dokumentaatioissa toteutuvat samanlaisina kaikissa organisaatioissa ja erityisesti potilaan tai asiakkaan siirtyessä organisaatiosta toiseen (STM 2017, 16). Tietotekniikan sujumisen hoitoketjun eduksi on todennut myös Silvennoinen-Nuora (2004, 132) tutkimuksessaan. EPSHP:lla on yhteinen tietojärjestelmä äitiysneuvolan ja erikoissairaanhoidon välillä nimeltään raskaana olevan palvelupolku. Siinä raskaana olevan tiedot ovat reaaliaikaisesti sekä perus- että erikoissairaanhoidon saatavilla koko äitiysneuvolan asiakkuuden ajan.

Suurimmat esteet hoidon toimivalle porrastukselle luovat kuitenkin ennakkoluuloiset asenteet sekä vakiintunut toimintakulttuuri. Hyvin organisoitu hoitoketju edesauttaa tuon vastustuksen vähentämistä. (Nuutinen 2000, 1823.) Toimivassa hoitoketjussa potilaan hoito on myös kokonaisvaltaisempaa, hoidon laatu on parempaa sekä hoidon jatkuvuus on taattu (Renholm 2015, 33). Vaaditaan paljon työtä ja sitoutumista, jotta hoitoketjut muuttuvat käytännön toiminnaksi. Merkittävä edistysaskel hoitoketjujen käyttöön saattamisessa on niiden julkaiseminen. Tämä helpottaa ja tehostaa huomattavasti niiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysalan valtakunnallinen Terveysportti-sivusto tukee osaltaan tätä päämäärää. (Nuutinen 2000, 1821-1828.)

Haastetta hoitoketjujen toimintaan tuo osaltaan hoitoketjujen ja -polkujen muiden erilaisten termien ja määritelmien käytön lisäksi niiden käytössä ja vaiku-

tuksissa esiintyvät epäselvyydet. Useat kliinisten reittien vaikutusten tieteelliset katsaukset kuvaavat erilaisia tuloksia ja niissä on käytetty erilaisia termejä. (E-P-A 2005.) Tuolloin hoitoketjut tai palvelupolut eivät aina ole suoraan verrattavissa toisiinsa.

2.5 Hoitoketjujen vaikuttavuus käytännössä

Silvennoinen-Nuoran (2004) mukaan hoitoketjun vaikuttavuus on hyvin monimuotoinen ja monitasoinen ilmiö. Ongelmana on se, että hoitoketjun vaikuttavuus määritellään sen eri vaiheissa ja eri toimijoiden kannalta eri tavoin. Hoitotyön ammattilaiset määrittelevät sen ammatillisuutensa kautta, kun taas potilas määrittelee sen oman kokemuksensa kautta. Vaikuttavuuden arviointi tarkoittaa hoitoketjun tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Mikäli hoitoketjun vaikuttavuuden tavoitteita ei ole määritelty, tulee ensisijaisesti kartoittaa mitä vaikutuksia hoitoketjun käytöstä on yleensäkin syntynyt. (Silvennoinen-Nuora 2004, 38-40, 42.) Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun vaikuttavuuden mittarina on raskaana olevien tupakoinnin väheneminen.

3 Raskauden ajan tupakoinnin ennaltaehkäisy ja siihen puuttuminen äitiysneuvolassa

3.1 Tupakkavalistus äitiysneuvolassa

Äitiysneuvoloiden tehtävänä Suomessa on THL:n määritelmän mukaan turvata raskaana olevan naisen ja sikiön terveys sekä hyvinvointi raskauden ajan. Niiden kuuluu edistää koko tulevan perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä tulevan lapsen kehitysympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Tavoitteena on edistää kansanterveyttä ja ehkäistä raskaudenajan häiriöitä. (Klemetti & Akulinen-Viitanen 2013, 16.)

Äitiysneuvoloiden toiminnasta säädetään Suomen laissa (Ks. Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Äitiysneuvoloiden tulee toimia kulloinkin voimassa olevien Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroituksen Käypä hoito -suositusten mukaisesti (Ks. Käypä hoito 2012). Äitiysneuvoloissa perheitä valistetaan vastaanottokäyntien aikana tupakkatuotteiden haitoista. Tupakoivan raskaana olevan naisen ja hänen kumppaninsa tupakointi tulee kartoittaa jo äitiysneuvolan ensikäynnillä.

Äitiysneuvolassa tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen kannustetaan keskustelemalla sekä jakamalla tietoa erilaisin esittein. THL:n ohjeistuksen mukaan äitiysneuvoloissa toteutetaan laaja terveystarkastus viimeistään raskauden puolivälissä (raskausviikoilla 22-24) ja siihen sisältyy tupakkatuotteista valistaminen, myös ei tupakoiville asiakkaille (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin ym.2012, 52; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 108). Huolimatta siitä tupakoiko raskaana oleva vai ei, kannustusta ja keskustelua tupakoinnista käydään koko äitiysneuvolan asiakassuhteen ajan. Hellittämätöntä tupakkavalistusta puoltaa muun muassa Fendall, Griffith, Iliff ym. (2012) tekemä tutkimus, jossa raskaana olevat vähensivät tupakointiaan, kun heille annettiin intensiivisesti valistusta tupakoinnista raskauden aikana. Tällä oli positiivinen vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. (Fendall ym. 2012, 241.) Tätä tukee myös Piispasen (2016) tekemä pro gradu -tutkimus raskausajan kommunikoinnista äitiysneuvolassa koskien tupakointia. Tutkimuksessa äidit kokivat tupakoinnista keskustelun äitiysneuvolassa tärkeäksi. (Piispasen 2016, 42.)

3.2 Häkämittaus

Tupakoidessa elimistöön menee muun muassa häkää. Häkä on myrkyllinen kaasu. Kun äiti tupakoi, sikiö kokee eräänlaisen pitkäaikaisen häkämyrkytyksen. Ellfolk ja Malm (2012) ovat Duodecim lehdessä määritelleet sikiön häkämyrkytyksen synnyn siten, että sikiön hapenpuute syntyy kahdessa vaiheessa: kun äidiltä määritetty karboksihemoglobiinin (COHb) pitoisuus suu-

rentuu ja veren happikyllästeisyys vähenee, myös napalaskimon veren happipitoisuus pienentyy ja hapen kuljetus sikiöön vähenee. Sikiö voi jo tässä vaiheessa kärsiä merkittävästä hapen puutteesta. Toisessa vaiheessa hiilimonoksidi (CO) kulkeutuu istukan läpi passiivisen diffuusion kautta ja sitoutuu edelleen sikiön hemoglobiiniin. Istukan hiilimonoksidin läpäisevyys lisääntyy raskauden edetessä ja istukan pinta-alan kasvaessa. Sikiöaikainen hemoglobiini sitoo hiilimonoksidia 2–3 kertaa voimakkaammin kuin aikuishemoglobiini, ja sikiön COHb-arvot ovat tasapainotilassa keskimäärin 10–15 % suuremmat kuin äidin. Hiilimonoksidi sitoutuu plasman hemoglobiinin lisäksi myoglobiiniin ja mitokondrioiden sytokromioksidaasiin, mikä estää soluhengitystä. Näillä tapahtumilla voi hapenpuutteen lisäksi olla merkitystä myös sikiövaurion kehityksessä. (Ellfolk & Malm 2017, 2149-2150.)

Goldstein, Gans, Ripley-Moffitt ym. (2017) ja Vierolan (2016) mukaan Gomez (2005) on tutkimuksessaan tuonut ilmi että, häkämittari laskee äidin veren karboksihemoglobiinipitoisuuden ja arvioi saman sikiöltä. Sikiön veressä pitoisuus on noin kaksinkertainen äidin COHb-arvoon verrattuna (Goldstein, Gans, Ripley-Moffitt ym. 2017, 2; Vierola 2016).

Suomessa häkämittareita on aktiivisemmin otettu käyttöön äitiysneuvoissa vuodesta 2015 (Vierola 2016, 974). Häkämittaus on vapaaehtoinen.

EPSHP:n äitiysneuvoissa aloitettiin keväällä 2017 häkämittarin käyttö osana äitiysneuvolan tupakkavalistusta. EPSHP:n alueen äitiysneuvolat käyttävät häkämittareita, jotka erottelevat sikiön karboksihemoglobiinipitoisuuden prosentuaalisen osuuden äidin puhalluksesta (Ks. Medkit, 2017). Häkämittarin tulos kertoo edellisenä vuorokautena poltettujen savukkeiden aiheuttaman häkäpitoisuuden elimistössä. Puhallustuloksessa erotellaan kuinka paljon prosentuaalisesti häkää on sitoutuneena sekä äidin että sikiön verenkiertoon.

Maailmanlaajuisesti häkämittarit ovat olleet raskaana olevien tupakkavalistuksen tukena jo pitkään. Iso-Britanniassa häkämittarit ovat olleet National Institute for Health and Care Excellencen (NICE:n) suosituksesta äitiysneuvoissa käytössä jo vuodesta 2010 (O'Connell & Duaso 2014, 454). NICE:n ohjeistus koskee erityisesti kättilöitä, jotka tapaavat raskaana olevan ensimmäisen kerran raskauden aikana ja kirjaavat hänet asiakkaakseen (engl. midwives at first

maternity booking and subsequent appointments). NICE:n ohjeistuksen mukaan kättilön tulee jo ensikäynnillä selvittää äidin tupakointi keskustelemalla ja suorittamalla uloshengityksen häkämittaus. Kättilön tulee tukea tupakoinnin lopettamista koko raskauden ajan. Tukena oman kättilön lisäksi raskaana olevalla on Iso-Britanniassa NHS Stop Smoking Services. Se on Terveysministeriön (Department of Health) perustama palvelu, mikä tarjoaa tupakoivalle henkilölle näyttöön perustuvaa ja taloudellisesti kannattavaa tukea tupakoinnin lopettamiseksi. (NICE 2017.)

Iso-Britanniassa on tutkittu uloshengityksen häkämittauksen lisäämistä raskaana oleville tehtävän sikiön ultraäänitutkimuksen yhteyteen. Tästä on saatu lupaavia tuloksia, jotka kertoivat häkämittauksen lisänneen tupakasta luopumista raskauden ajaksi (Campbell, Cooper, Fahy ym. 2016, 5). Häkämittaus toimiikin oikein toteutettuna hyvänä keskustelun avaajana pohdittaessa raskaana olevan kanssa tupakan haittoja raskauden aikana.

3.3 Häkämittaus äitiysneuvolassa

O'Connellin ja Duason (2014) suorittamassa tutkimuksessa häkämittarin käytöstä äitiysneuvoloissa tutkittiin kättilöiden näkökulmasta häkämittarin käytön estäviä tai edistäviä tekijöitä. Estävinä tekijöinä häkämittarin rutiininomaiselle käytölle kättilöt totesivat olevan asiakastapaamisten lyhyiden, kättilöiden koulutuksen puutteen häkämittauksen suhteen ja epäselvän ohjeistuksen siitä, miten toimia häkämittauksen tuloksen suhteen. Tärkeänä koettiin se, että kättilöillä oli tiedossa mihin ottaa yhteyttä epäselvissä tilanteissa tai minne ohjata tupakoinnin lopettamiseen tukea tarvitsevat raskaana olevat naiset. Kättilöt toivoivat selkeää hoitopolkua tai -ketjua. (O'Connell & Duaso 2014, 455-456.)

Saman suuntaisia tuloksia tuli esille vuonna 2017 julkaistussa artikkelissa ”Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study” (Bauld, Graham, Sinclair ym. 2017, 68). Artikkelissa todettiin, että Iso-Britanniassa hoitohenkilökunnalla oli tarve hoitoketjulle, joka ohjaisi heitä selkeästi raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä tupakoinnin vieroituksessa ja lopettamisessa. Artikkelin tutki-

musosassa tuli ilmi myös muita terveydenhuoltohenkilökunnan toivomia asioita kuten terveydenhuollon henkilöstön tiiviimpi yhteistyö, kouluttautuminen tupakasta vieroittamiseen ja tehokkaampi häkämittarin käyttö. Huomioitavaa oli myös se, että mitä kattavammin hoitaja oli tietoinen raskaana olevien tupakointiin ja sen lopettamiseen liittyvistä asioista, sitä enemmän hoitaja koki saavansa työssään hyödyllistä aikaa. (Bauld ym. 2017, 68.)

O'Connellin ja Duason (2014) tutkimuksessa tuli ilmi, että äitiysneuvoloiden kättilöiden saama koulutus häkämittarin käyttöön ja heidän käytettävissään olevat selkeät hoitopolut ja -ketjut tukivat häkämittauksen toteutumista äitiysneuvolassa. Hoitopolun lisäksi kättilöt korostivat mahdollisuutta käyttää tupakoinnin lopettamiseen erikoistuneen asiantuntijan apua tupakoitsijoiden kanssa. Asiantuntijan käyttöä kättilöt perustelivat sillä, että heillä oli raskaana olevan tapaamisissa monia muitakin raskauteen liittyviä asioita toteutettavana. Tuolloin he kokivat, etteivät voi antaa tarpeeksi tukea tupakoitsijoiden pyrkimyksille lopettaa tupakointi. Kättilöt kokivat tärkeäksi myös sen, että heille häkämittaus ei olisi vain yksi rutiini toisten joukossa, vaan että heillä olisi perusteellista tietämystä häkämittauksesta ja sen tulosten tulkinnasta. Kättilöt kokivat, että häkämittaus tuli toteuttaa ajan kanssa ja ketään syyllistämättä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että nämä pelot osoittautuivat turhiksi, kun kättilöt ottivat häkämittauksen osaksi normaalia neuvolakäyntiä ja siitä tuli heille rutiinia. (O'Connell & Duaso 2014, 456-457.)

Cameronin ja Windsorin (2015) tutkimuksessa tieteellisen tiedon tuomisesta kättilön käytännön työhön todettiin, että kättilöt ymmärtävät kyllä miksi naiset tupakoivat raskauden aikana ja että raskaana olevat naiset ovat tietoisia siihen liittyvistä riskeistä. Tästä huolimatta kättilöt tarvitsivat erityisiä tietoja ja taitoja tupakoinnista ja sen lopettamisesta tukeakseen sekä neuvoakseen raskaana olevia naisia koskien tupakointia ja sen lopettamista. Raskaana olevan tupakasta vieroitus onnistui paremmin, kun kättilöllä oli aihepiirin tietoa ja kollegiaalista tukea. (Cameron & Windsor 2015, 27-28.)

O'Connellin ja Duasonin tutkimuksia tuki myös Flemming, Graham, McCaughan ym. (2016) tekemä kirjallisuuskatsaus tutkimuksista, joissa selvitettiin terveysalan ammattilaisten käsityksiä estävistä ja edistävästä tekijöistä

raskaana olevien ja juuri synnyttäneiden naisten tupakoinnin lopettamisessa. Näissä tutkimuksissa oli osallisina muitakin terveydenhuollon ammattilaisia kuin kättilöitä. Katsauksessa korostui henkilökohtaisen neuvonnan sekä puolison tuen tärkeys tupakoinnin lopettamisessa. (Flemming ym. 2016, 5-6, 11.) Puolison tuki korostui myös Penn ja Owenin (2002) tekemässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin tekijöitä koko raskauden ajan jatkuneeseen tupakointiin. Tutkimuksessa todettiin, että raskaana oleva todennäköisesti tupakoi, jos hänen taloudessaan yksikin henkilö tupakoi. Kumppanin tupakointi myös lisäsi riskiä aloittaa tupakointi sen lopettamisen jälkeen uudelleen, mikäli naisen kumppani tupakoi. (Penn & Owen 2002.)

O'Connell ja Duaso (2015) tutkivat Iso-Britanniassa raskaana olevien suhtautumista äitiysneuvolassa suoritettavaan häkämittaukseen. Tutkimus jakaantui kahteen osaan. Tutkittiin sitä miten raskaana olevat reagoivat siihen, että heille tehdään häkämittaus ja mikä oli heidän reaktionsa häkämittauksen tuloksiin. Tutkimuksesta saadut tulokset olivat pääosin positiivisia. Kaikki, joille mittauksesta tarjottiin, olivat siihen halukkaita. Äitiysneuvolan kättilöt perustelivat häkämittauksen tarpeen niin tupakoinnin kuin mahdollisen häkämyrkytyksen kautta. Häkämyrkytys on huomioitava Iso-Britanniassa, jossa kotitaloudet käyttävät paljon kaasuhelloja. Häkämittauksen tunnettavuus sekä kättilöiden että asiakkaiden joukossa osana äitiysneuvolapalveluja edesauttoi mittauksen tarjoamista. Häkämittaukseen osallistumisessa ainoastaan teiniäidit epäröivät osallistumisestaan. Siihen ei tutkimuksessa löytynyt selittävää syytä ja tutkijat nostivatkin teiniäitien tupakoinnin ja häkämittaukseen osallistumisen tutkimuksen yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi. (O'Connell & Duaso 2015, 486.)

Raskaana olevien reaktiot häkämittauksen tuloksiin vaihtelivat O'Connellin ja Duason (2015) tutkimuksessa yllättyneisyydestä helpotukseen, shokista hiljaisuuteen. Osa tutkittavista koki häkämittauksen kuin painonhallinnan eli he odottivat seuraavaa puhalluskertaa nähdäkseen, mikä vaikutus tupakoimattomuudella tai sen vähentämisellä oli heidän tuloksiinsa. Raskaana olevien häkämittausten tulosten joukossa oli myös tupakointinsa kättilölle kieltävien korkeat häkämittaustulokset tai syntymättömän vauvan terveyden puolesta syyllisyyttä kokeneiden reaktiot. Tällaisten tulosten ja reaktioiden esiin tullessa tut-

kimuksessa tuli ilmi se, että häkämittauksen suorittaneet kättilöt toivoivat selkeää ohjeistusta siitä, miten heidän kuuluu toimia tällaisessa tilanteessa (vertaa O'Connell ja Duaso 2014 tutkimus). Kättilöt toivoivat, että heillä olisi tarvittaessa ollut käytössään tupakointiin ja sen lopettamisen tukemiseen erikoistunut henkilö. (O'Connell & Duaso 2015, 487.)

4 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju EPSHP:n alueella

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun myötä EPSHP:n alueen äitiysneuvoloissa on aloitettu raskaana olevien ja heidän kumppaneidensa uloshengityksen häkämittaukset osana äitiysneuvoloissa tapahtuvaa tupakkavalistusta keväällä 2017. Häkämittauksen tulos antaa terveydenhoitajalle ja raskaana olevalle konkreettista tietoa henkilön aktiivisesta ja passiivisesta tupakoinnista sekä helpottaa tupakoinnin haitoista keskustelemista (Luhta & Mesiäislehto-Soukka 2017).

4.1 Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun keskeisimmät uudistukset

EPSHP:n alueen äitiysneuvolat pyrkivät hoitoketjun keinoin vähentämään ja tukemaan vaikuttavasti raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettamista raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa tuki kohdistetaan myös ennen raskautta tai sen jälkeen imetyksen aikana tupakoinnin lopettaneisiin. Hoitoketju koskee kaikkia raskaana olevien käyttämiä tupakkatuotteita. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Samaan aikaan Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun kanssa on EPSHP:n alueella otettu käyttöön uudistettu äitiysneuvolakortti. Uudistetussa äitiysneuvolakortissa on enemmän tilaa tupakan ja muiden päihteiden käytön kirjaamiseen. Äitiysneuvolakortin lisäksi raskaana olevan sähköisiin potilastietoihin merkitään tupakointi ja poltettujen savukkeiden määrä sekä muiden tupakkatuotteiden käyttö.

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju toteutuu yhteistyössä äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien sekä äitiyspoliklinikan huume-, alkoholi- ja lääkeriippuvuuksien hoitoon erikostuneiden kättilöiden (HAL -kättilö), kättilöiden ja lääkäreiden välillä. Tämän lisäksi Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju toteutuu EPSHP:n alueen kaikissa perheiden kanssa työskentelevissä terveyden- ja sairaanhoidon yksilöissä, esimerkiksi alueen sairaaloissa, terveyskeskuksissa, perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenneuvoloissa. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

4.2 Äitiysneuvolan rooli Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa

Äitiysneuvolan ensikäynnillä kaikille raskaana oleville ja heidän kumppaneilleen tarjotaan mahdollisuutta suorittaa uloshengityksensä häkäpitoisuusmittaus terveydenhoitajan valvonnassa. Kumppanin osallistumisella häkämittaukseen pyritään kartoittamaan ja vähentämään raskaana olevan passiivista tupakointia. Häkämittaus on kaikille vapaaehtoinen. Mittauksen voi suorittaa myös myöhemmillä äitiysneuvolakäynneillä, jos raskaana oleva tai hänen kumppaninsa on siihen halukas. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Raskaana oleva ja hänen kumppaninsa puhaltavat ohjatusti häkämittariin (liite 1). Häkämittauksen jälkeen terveydenhoitaja tarkistaa yhdessä häkämittariin puhaltaneiden kanssa saadun tuloksen vertailutaulukosta (liite 2). Taulukosta nähdään mikä on hiilimonoksiditilanne naisen elimistössä ja mikä on hiilimonoksiditilanne sikiön elimistössä. Taulukkoa voi soveltaa myös kumppanin elimistön hiilimonoksiditilanteeseen jättämällä sikiövaikutus huomioimatta. Ajatuksena häkämittauksen tekemisellä on saada konkreettista tietoa naisen aktiivisesta ja passiivisesta tupakoinnista. Toteuttamalla häkämittauksen äitiysneuvola saa tietoonsa kaikki ne henkilöt, jotka altistuvat tupakansavulle tietoisesti tai tietämättään. Häkämittauksen tuloksen lisäksi jokaisella äitiysneuvolakäynnillä raskaana olevan tupakointi ja poltettujen savukkeiden määrät merkitään potilastietoihin. Yhtenä tavoitteena hoitoketjulla on, että jokaisella raskaana olevalla tupakoitsijalla olisi kirjattuna potilastietoihin tupakointia koskeva hoitosuunnitelma. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Kahden viikon kuluttua ensikäynnistä raskaana oleva tupakoitsija kumppaneineen kutsutaan terveydenhoitajan vastaanotolle keskustelemaan tupakoinnista. Jos terveydenhoitajan ei ole mahdollista antaa vastaanottoaikaa, käynti voidaan korvata puhelulla. Mikäli äidillä todetaan vahva nikotiiniriippuvuus, mutta hän ei pysty lopettamaan vieroitusoireiden vuoksi, ohjataan äiti varhaisessa vaiheessa neuvolalääkärille saamaan tietoa tupakoinnin haitoista sikiölle ja keskustelemaan nikotiinikorvaushoidosta Käypä-hoito suosituksen mukaisesti. Lääkärin aika annetaan viimeistään joko raskausviikolle 18 tai äitiysneuvolassa tapahtuvan laajan terveystarkastuksen yhteyteen. Tuolloin lääkäri voi yhdessä raskaana olevan kanssa keskustella mahdollisista nikotiinikorvaushoidoista. Nikotiinikorvaushoitoa voidaan harkita, mikäli raskaana oleva on motivoitunut lopettamaan ja kärsii fyysisistä vieroitusoireista. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

4.3 Erikoissairaanhoidon rooli Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju mahdollistaa sen, että äitiysneuvola voi lähettää raskaana olevan tupakoitsijan äitiyspoliklinikalle silloin, kun äitiysneuvolan tukitoimet eivät riitä. Neuvolalääkärin vastaanotolla tuetaan äitiä ja puolisoa savuttomuuteen. Mikäli äidin tupakkariippuvuus on voimakas, eivätkä neuvolan tukitoimet riitä, voi tehdä äidin kanssa yhdessä lähetteen jatkohoitoon äitiyspoliklinikan kättilölle. Äitiyspoliklinikalla raskaana oleva tapaa erilaisten riippuvuuksien hoitoon erikoistuneen kättilön (HAL-kättilön) keskustellakseen tupakkariippuvuudestaan. HAL-kättilö tekee hoitosuunnitelman äitiyspoliklinikan lääkärin kanssa. Tarvittaessa raskaana oleva tapaa myös äitiyspoliklinikan lääkärin. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.)

Huomioitavaa on, että äitiysneuvola lähettää tupakoitsijat aina äitiyspoliklinikalle, jos sikiöllä on havaittavissa jotain poikkeamaa kulloinkin voimassa olevien ohjeiden mukaan. Tuolloin ei ole merkitystä sillä, onko raskaana oleva motivoitunut tupakoinnin lopettamiseen vai ei. Erikoislääkärin tapaaminen on olennaista varsinkin, jos sikiöllä on jo havaittavissa mahdollisesti tupakoinnista johtuvia muutoksia, esimerkiksi kasvun hidastumaa.

4.4 Äitiysneuvolan muita työkaluja tupakkavalistuksessa

Tupakoivan tai tupakoinnin juuri ennen raskautta tai sen aikana lopettaneen raskaana olevan naisen jokaisella äitiysneuvolakäynnillä keskustellaan tupakoinnista ja sen lopettamisesta. Keskustelut tulee käydä ilman naisen tai perheen syyllistämistä. (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Äitiysneuvolan terveydenhoitaja voi käyttää apunaan esimerkiksi motivoivaa keskustelua. Sen keinoin pyritään positiivisessa hengessä saamaan raskaana oleva päättämään tupakoinnin lopettamisestaan niin, että hän itse kokee tekevänsä lopettamispäätöksensä terveydenhoitajan tukemana (Järvinen 2014). Käytössä voi olla myös niin sanottu Kuuden K:n malli (kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta ja kontrolloi). Kuuden K:n malli perustuu Piispasen (2016, 23) mukaan yhdysvaltalaisen kehittämään viiden A:n malliin, mikä on näyttöön perustuva kliinisen työn ohje tupakoinnin lopettamisessa. Käypä hoito -suositukseen mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulisi edetä hoitotilanteessa kuuden K:n periaatteella (Winell 2012). Suullisen valistuksen lisäksi raskaana oleva ja hänen perheensä saa äitiysneuvolasta myös erilaisia esitteitä koskien raskauden ajan tupakointia.

Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla on käytössään terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu sivusto Terveysportti (www.terveysportti.fi) (Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla 2017.) Terveysportin tupakka- ja nikotiiniriippuvuustietokannasta löytyy edellä mainittujen lisäksi erilaisia työkaluja käytettäväksi tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen sekä ohjaukseen sekä motivointiin. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa korostetaan näiden Terveysportista löytyvien erilaisten työkalujen käyttöä tupakkavalistuksessa. Äitiysneuvolan terveydenhoitajaa kehoitetaan hoitoketjun puitteissa käyttämään esimerkiksi Fagerströmin vuonna 1978 kehittämää nikotiiniriippuvuustestiä (liite 6) tai Terveysportin ja Käypä hoidon -nettisivuilla olevia muita motivointi- ja työskentelymalleja, esimerkiksi reflektointia, tupakkapäiväkirjan pitoa, avartavien kysymysten esittämistä ja ennen kaikkea positiivisuutta. (Fagerström 2011; Winell 2012.)

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja kysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvan EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien näkökannalta. Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on selvittää miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat käytännössä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua. Toinen tavoite on selvittää miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuuden. Kolmas tavoite on selvittää onko Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjulla ollut terveydenhoitajien mielestä vaikutusta raskaana olevien tupakointiin. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa savuttomaan vanhemmuuteen ohjaavien hoitoketjujen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua savuttoman, aktiivisesti tupakoivan, passiivisesti tupakoivan ja tupakointinsa juuri lopettaneen raskaana olevan äitiysneuvolakäynneillä?
2. Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun toimivuuden asiakkaiden ja eri yhteistyötahojen kanssa?
3. Millaisia muutoksia äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat ovat huomanneet raskaana olevien tupakoinnissa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun myötä?
4. Miten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat mahdollisesti muuttaisivat tai kehittäisivät raskaana olevien Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua?

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin. Caronnan (2010) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on terveydenhuoltoalalle parempi tutkimustapa kuin kvantitatiivinen, kun on kyse esimerkiksi työntekijöiden, organisaatioiden ja potilaiden kulttuurien, kokemusten ja oikeuksien tutkimisesta. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa suuremman liikkumavaran ja tilan analysoida tutkittavia asioita. Sen keinoin pystytään ymmärtämään erilaisten organisaatiomuutosten, mukaan lukien epäonnistuneet aloitteet, hienovaraiset ja joskus piilevätkin syyt. (Bourgeault, Dingwall & de Vries 2010, 71-72.) Hakalan (2015) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tavoite on usein kohteena olevien toimijoiden omien tulkintojen esiin tuominen ja niiden tunnustaminen (Valli & Aaltola 2015, 22).

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti se, että tutkittiin terveydenhoitajien näkökulmia, mielipiteitä ja kokemuksia. Metsämuurosen (2002) mukaan kvalitatiivinen tutkimusote pohjautuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan, joka korostaa yksilön kokemusta ja tutkii inhimillisiä kokemusta ja elämysmaailmaa. (Metsämuuronen 2002, 177: Sivistyssanakirja 2017.) Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat teoksessaan Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi esiin tutkijoiden käsitteitä siitä, että fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus tutkii ihmistä kohteena ja tutkijana. Keskeisiä käsitteitä ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. Sen tavoitteena on tehdä jo tunnettu tiedetyksi. Fenomenologis-hermeneuttista tutkimusta on relevanttia kutsua myös tulkinnalliseksi tutkimukseksi, koska silloin tutkitaan yksittäisen ihmisen kokemusmaailmaa. Ihminen on läsnä elämysmaailmassa, mutta muodossa joka ei avaudu käsitteellistämiseksi ja ymmärtämiseksi suoraan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34-35.)

6.2 Aineiston rajaus

Eskola ja Suorannan (1998) mukaan laadulliseen tutkimuksen tieteellisyyden kriteeri ei ole aineiston määrä vaan laatu sekä käsitteellistämisen kattavuus. Tutkijan tulee rakentaa vahvat teoreettiset perusteet, jotka osaltaan ohjaavat aineiston hankintaa. Aineiston tehtävä on tavalla tai toisella toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Sillä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 18, 61-62.) Tätä tukevat myös Tuomi ja Sarajärvi (2009, 85), joiden mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan tutkittavaa asiaa sen hyvin tuntevien henkilöiden kautta.

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun tutkimus rajattiin koskemaan äitiysneuvoloita. Rajaus perustui siihen, että Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa suurin uudistus, uloshengityksen häkämittaus, toteutettiin äitiysneuvoloissa. Uudistuksen toteutuksen myötä raskaana olevien ja heidän perheidensä savuttomiksi saaminen oli hoitoketjussa pääosin äitiysneuvoloiden vastuulla, jolloin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien oletettiin olevan uudistuksen asiantuntijoita. Käynnit äitiyspoliklinikalla huomiottiin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien vastauksissa koskien yhteistyötä hoitoketjun sisällä.

Tutkimukseen otettiin mukaan kaksi EPSHP:n alueen suurinta äitiysneuvolaa niin työntekijä- kuin asiakasmääriltäänkin. Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajia niissä oli yhteensä 16 ja alueilla asukkaita yhteensä noin 96 000. Äitiysneuvoloiden asiakaskunta poikkesi toisistaan siten, että toisessa äitiysneuvolassa asiakaskunta oli kaupunkimaisesta ympäristöstä ja toisessa maaseutumaisesta. Työkokemusta terveydenhoitajilla oli äitiysneuvolatyöstä muutamasta kuukaudesta 35 vuoteen. Jokainen tutkimuksen haastatteluun pyydetty terveydenhoitaja suostui haastatteluun. Valituista äitiysneuvoloista oli ollut myös edustajat mukana Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun kehittämisessä. Nämä terveydenhoitajat olivat tuoneet neuvoloidensa alueelle tietämystä uudesta hoitoketjusta jo ennen sen käyttöönottoa. Hoitoketjun

kehittäjillä voi esiintyä ennakko-oletuksia vaikka laadullinen tutkimus on pääosin hypoteesiton ja tämä tuli tutkijan huomioida omassa työssään (Eskola & Suoranta 1998, 19).

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju koskee kaikkia tupakkatuotteita. Tutkimus rajattiin koskemaan savukkeita polttavia tupakoitsijoita. Rajaus tehtiin siksi, että erilaisia tupakkatuotteita on Suomessa käytössä yhä enenevässä määrin, joten tutkijan oli mahdoton käsitellä tupakkatuotteiden kaikkia muotoja. Suomen vuoden 2016 tupakkalain (L 29.6.2016/549) mukaan tupakkatuotteella tarkoitetaan poltettavaa, sieraimiin vedettävää, imeskeltävää tai pureskeltavaa tuotetta, joka on joko kokonaan tai osittain valmistettu tupakasta. Tupakkatuotteita ovat savukkeet, irtotupakka, sikarit ja suunuuska. (THL 2014; Tupakkalaki 29.6.2016/549). EPSHP:n alueen äitiysneuvoloissa kirjataan potilastietoihin tupakointi ja poltetut savukkeet sekä päivitetyn neuvolakortin myötä myös nuuskan käyttö. Muiden tupakkatuotteiden käyttö kirjataan potilastietoihin, mutta ne eivät välity THL:n tilastoihin.

6.3 Aineiston keruu

Kerätessään aineistoa haastattelemalla, on tutkijan esitettävä Hyvärisen (2017) mukaan ainakin kolme kysymystä. Ensiksi on oltava yksi tai useampi tutkimuskysymys, jotka ohjaavat koko tutkimuksen jäsentymistä. Toisen kysymystyyppin muodostavat haastattelukysymykset, jotka eivät ole samoja kuin tutkimuskysymykset. Viimeisenä tutkija esittää aineistolle kysymyksiä, joilla pyritään saamaan vastaukset alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 24.)

Tutkimuksen äitiysneuvoloissa terveydenhoitajia oli 16. Heidän haastatteluistaan toteutui 14. Tämä määrä haastateltavia todettiin sopivaksi, koska Hyvärisen (2017) mukaan riittävä määrä haastateltuja on sellainen määrä, jolla tulokset voidaan esittää uskottavasti (Hyvärinen ym. 2017,35). Tutkimukseen osallistuneet äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat olivat tutkittavan asian asiantuntijoita, koska he toimivat raskaana olevien tupakoitsijoiden kanssa päivittäin ja heillä oli Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju käytössään. Tutkimuksen otannasta voidaan käyttää termiä

eliittiotanta, jos haastatellut henkilöt ovat tutkittavan asian asiantuntijoita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Tuolloin heitä ei määrällisesti tarvitse olla satoja, vaan tutkittavaan asiaan hyvin perehtynyt perusjoukko riittää.

Haastattelut toteutettiin Hyvärisen (2017) mainitseamalla Hirsjärven ja Hurmeen vuonna 1979 esittämän teemahaastattelun keinoin.

Teemahaastattelun ajatuksena on, että tutkija ei lyö lukkoon tarkkoja haastattelukysymyksiä vaan määrittää keskeiset teemat, joita tulee käsitellä haastattelussa (Hyvärinen ym. 2017, 21). Teemahaastattelussa ei voi kuitenkaan kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Periaatteessa etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelun periaatteita noudattaen tutkija muodosti haastattelujen teemat ja siten haastattelujen rungon tutkimuksen tutkimuskysymyksistä (liite 5).

Tutkija päätyi teemahaastattelun myös siksi, että Eskola ja Vastamäen (2015) mukaan teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet on etukäteen määrittänyt, mutta teemahaastattelusta puuttuu kuitenkin strukturoidulle haastattelulle tyypilliset kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemahaastattelu antaa tilaa vastauksille joita ei suoraan kysytä. Olennaisinta on kuitenkin se, että tutkimusongelma sitoo kokonaisuuden yhteen ja oikeuttaa myös erilaiset kysymykset. (Valli & Aaltola 2015, 29-35.)

Haastattelut suoritettiin kahden kesken tutkijan ja äitiysneuvolan terveydenhoitajan välillä terveydenhoitajan omassa työhuoneessa. Henkilökohtaiset haastatteluaikat sovittiin jo kaksi kuukautta etukäteen siitä syystä, että terveydenhoitajat pystyivät varmasti varaamaan työajastaan aikaa haastatteluun. Tästä huolimatta joitakin aikataulumuutoksia jouduttiin tekemään tutkijasta riippumattomista syistä. Puhelinhaastattelu oli vaihtoehtona kasvokkain tapahtuvalle haastattelulle, ellei yhteistä aikaa olisi löytynyt. Puhelinhaastatteluun ei kuitenkaan jouduttu turvautumaan. Hyvä näin, sillä vaikka tiedonkeruumenetelmänä käyntihaastattelut ovat puhelinhaastatteluja kalliimpia, niillä voidaan kerätä

laaja ja rakenteellisesti vaikeakin tietosisältöä luotettavasti (Tilastokeskus 2017).

Haastattelut nauhoitettiin ja numeroitiin. Numeroimalla haastattelut varmistettiin niiden toistettavuus. Tällä tarkoitetaan sitä että, tietty haastattelu on mahdollista tehdä uusiksi tarpeen vaatiessa. Tämä voi tulla kyseeseen esimerkiksi, jos ilmenee jokin tekninen ongelma käytetyn nauhurin toiminnassa tai haastattelun purkamisessa. Haastattelujen numerointia käytettiin myös tutkimusraportin aineisto-otteissa. Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan näin voitiin osoittaa, että käytetyt aineisto-otteet ovat peräisin useammalta haastateltavalta eivätkä vain yhdeltä haastatetulta (Hyvärinen ym. 2017, 427). Haastattelujen ja niiden numeroinnin vastaavuus tehtyyn haastatteluun jäi vain tutkijan tietoon. Tällä taattiin haastateltavien anonymiteetti. Tutkija teki myös omia muistiinpanoja jokaisen haastattelun jälkeen. Niihin hän merkitsi tunnelmia, ajatuksia ja sellaista tietoa mitä haastattelussa ei sanallisesti tullut esiin.

6.4 Aineiston litterointi

Analyysi aloitettiin kirjoittamalla eli litteroimalla haastattelunauhoitukset tekstimuotoon. Tällä tavoin saatiin tutkimuksen aineisto. Se, miten litteroidaan ei ole itsestään selvää, sillä litteroinnin tarkkuusasteen määrää Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan tutkimuskysymys ja analyysitapa. Keskeisenä määrääväänä tekijänä on tutkimuskysymys. Litteroinnin tarkkuus määräytyy sen mukaan, onko tarkoitus tutkia puheen sisältöä vai puheen implisiittisimpiä piirteitä. (Hyvärinen, ym. 2017, 427.) Tässä tutkimuksessa tutkittiin puheen sisältöä, koska haluttiin tietää Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta käytännön työssä, ei niinkään hoitoketjun toimijoiden asemasta hoitoketjussa.

Käytettävä analyysitapa vaikuttaa litteroinnin tarkkuuteen. Tutkimuksessa toteutettiin analyysitapana induktiivista eli aineistosta lähtevää sisällönanalyysia. Sitä käytettäessä litterointi tapahtuu Ruusuvuori ja Nikanderin (2017) mukaan sanatarkasti kirjaamalla ylös kaikki puhuttu, myös niin sanotut tilkesanat (esimerkiksi ”niinku”, ”tuota”) (Hyvärinen ym. 2017, 430). Tutkija käytti aineiston koodaamisen apuna grounded theory -menetelmää, johon sanatarkka litte-

rointi myös käy. Tärkeää oli tutkijan litteroida ne asiat, joita pidettiin olennaisina analysoitavan ongelman kannalta. Naurahdukset, huokaukset tai muut "ei sanalliset" -viestinnät jätettiin kirjoittamatta.

Haastattelujen litterointi on aineiston analyysin tärkeä vaihe. Se on tapa tutustua ja hahmottaa oma aineisto. Huomattavaa on, että litteroidessaan tutkija tekee valintoja niistä asioista, jotka ovat relevantteja vuorovaikutuksen ja aineiston tulkinnan suhteen. Litteraatio toimii aivan kuin muistiinpanona haastattelusta ja sen jäsentämisen välineenä. (Hyvärinen ym. 2017, 437-438.) Tutkimuksessa tutkijan tekemät omat kenttämuistiinpanot kustakin haastattelusta toimivat muistuttajina haastattelun aikaisista tutkijan omista ajatuksista ja tuntemuksista, joita haastattelu tuotti.

Aineistossa tuli esiin 12 haastattelun jälkeen aineiston kylläntymistä eli aineiston saturaatiota. Tämä tarkoitti sitä, että aineisto alkoi toistamaan itseään, eli siinä oli nähtävissä tietty teoreettinen kuvio eivätkä viimeisimmät haastattelut tuoneet mitään uutta informaatiota tutkimukseen (Eskola & Suoranta 1998, 63). Tuolloin tutkija teki ratkaisun olla litteroimatta ja analysoimatta kahta viimeistä haastattelua.

6.5 Aineiston analyysi

Aineiston käsittelyn ja analyysin täsmällinen erottaminen on hankalaa. Aineistoa lukiessaan tutkija usein tulkitsee ja analysoi aineistoa, samalla kun hän pyrkii ymmärtämään aineistoa tutkimustehtävän näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2012, 110). Eskola ja Suorannan (1998, 19) mukaan olisi hyvä, jos kvalitatiivisen aineiston analyysissä tutkija voisi lähteä mahdollisimman puhtaalta pöydältä ilman määritelmiä tai ennakoasettamuksia.

Tutkimuksessa käytettiin kahta analyysimenetelmää rinnakkain, induktiivista sisällönanalyysiä ja grounded theory -menetelmää. Tutkija perusteli kahden menetelmän käyttöä sillä, että toimimalla näin saatiin aineistosta esiin tutkimuksen kannalta oleellisin tieto. Kahden eri menetelmän käytön mahdollisti se, että laadullisen tutkimuksen kehittyessä on triangulaation käsite siirtynyt jo aineiston analyysimenetelmienkin käyttöön.

Analyysimenetelmien triangulaatiolla tarkoitetaan useamman eri analyysimenetelmän käyttöä tutkimuksen tulosten oikeaksi näyttämiseen. (Tuomi 2007, 154.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Ennen analyysin aloittamista tulee määritellä käytettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö määriteltiin tutkimustehtävän ja aineiston laadun pohjalta. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useampia lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Tutkijan valitsemat koodausyksiköt ovat niitä analyysiyksiköiden osia, jotka voidaan tulkita tarkoituksenmukaisella tavalla suhteessa luokkiin ja jotka sopivat yhteen koodaavan kehyksen alaluokkaan (Schreier 2012, 13). Tutkimuksen analyysiyksikkönä oli terveydenhoitajien saman sisältöiset ajatuskokonaisuudet eli ilmaiset. Niitä tutkija pystyi käsittelemään ja yhdistelemään kokonaisuuksiksi vastaamaan tutkimuksen tarkoitukseen.

Induktiivisesta sisällön analyysi perustuu ensisijaisesti aineistolähtöiseen päätelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat (Schreier 2012, 60-61). Kylmä ja Juvakan (2007) mukaan induktiivisessa sisällön analyysissä ei tarvitse jäsentää kaikkea tietoa vaan analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineisto puretaan ensin osiin ja kootaan uudelleen vastaamaan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineistonlähtöisyydessä on ensiarvoista se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113; Schreier 2012, 58-61.)

Tutkijaa ohjasi analyysissä grounded theory -menetelmässä käytetty aineiston koodaaminen yhdessä induktiivisen sisällönanalyysin kanssa. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston koodaaminen on olennaista (Schreier 2012, 127-128). Grounded theory -menetelmässä aineisto koodataan ensin käyttäen avointa koodausta. Siinä aineistosta pyritään etsimään erityisiä merkityskokonaisuuksia, jotka liittyvät tutkimusongelman kannalta relevantteihin ilmiöihin tai prosesseihin. (Luomanen 2010, 356-357.)

Avoimen koodauksen jälkeen suoritetaan aineiston pitkittäiskoodaus, jolloin pyritään löytämään yhteyksiä, erilaisia suhteita ja vuorovaikutusta analyysin ensimmäisen vaiheen aikana löytyneiden irrallisten kategorioiden välillä. Näin eri merkitykset saadaan asetettua uuteen kontekstiin. (Luomanen 2010, 356-357.) Tutkija luo näin ensin alaluokkia, sitten yläluokkia ja lopulta pääluokkia. Viimeinen vaihe on valikoiva koodaus, jolloin tarkastelussa keskitytään yhteen ydinkategoriaan. Käytännön tutkimustyössä nämä vaiheet menevät usein päällekkäin. (Luomanen 2010, 356-357.)

Alasuutarin (2011) mukaan aineiston tarkastelussa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymyksenasettelun kannalta olennaista. Näin aineistosta saadaan nousemaan pelkistettyjä, isoa aineistoa hallittavampia, havaintoja. Pelkistäminen jatkuu karsimalla näitä havaintoja yhdistämällä niitä harvemmiksi havaintojen joukoksi. Tähän päästään etsimällä havaintojen yhteinen piirre tai nimittäjä tai muotoilemalla sääntö, joka tältä osin pätee koko aineistoon. (Alasuutari 2011, 40.) Schreierin (2012, 61) mukaan tutkijaa auttaa tässä oma päätös siitä, mitä on se hänen tutkimukselleen olennainen tieto ja montako kategoriaa tutkija pystyy käsittelemään tutkimuksessaan. Aineiston koodaamista ja olennaisen tiedon poimintaa helpotti se, että tutkijalla oli esillä koko analyysiprosessin ajan tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tuolloin tutkija pystyi poimimaan aineistosta tutkimukselle oleellisen tiedon.

6.6 Aineiston analyysiprosessi

Tutkija lähti analysoimaan aineistoa lukemalla sen useaan kertaan läpi. Luetuun aineistoa läpi tutkija jätti viimein huomioimatta aineistossa turhiksi kokemansa ilmaisut ja sanat kuten ”jaa”. Näin tutkija teki itselleen aineistosta version, jossa oli vain asiapitoista tekstiä. Tämä tehtiin menettämättä alkuperäisten ilmaisujen merkitystä. Saatu teksti talletettiin erilliseksi tiedostoksi. Tutkija tulosti tuon tekstin ja konkreettisesti leikkasi erikseen kunkin ilmaisun omaksi yksittäiseksi paperiksi. Näissä yksittäisissä papereissa olevat ilmaisut tutkija asetti taulukon muotoon etsimällä kustakin ilmaisusta eli ”lainauksesta” niiden sisältämän keskeisen, pelkistetyn, asian (Ks. taulukko 1).

Taulukko 1 Esimerkki pelkistetyn ilmaisun muodostamisesta

Lainaus	Pelkistetty ilmaus
se on ollu mun mielestä paras työkalu kaikista. Että toki mä annan kaikki esitteet ja tämmöset, mutta mun mielestä se on niinku konkreettisin. H1	häkätaulukko toimii asian selittämissä
Mittarin käyttöön en niinku oo ei oo, eli jos ei olis mitään puhalluksia niin sitten mä koen, että mä osaan perustella ja selittää miksi ei kannata tupakoida. H12	häkätaulukon tulkinta varmaksi ja rutiiniksi
ku joiltakin on mitaillu täs niin on huomannut että ku ei oo ja mä en muista nyt kuinka pitkä aika tupakoinnista oli ja se kuitenkin näyttää tosi hyviä. Sitte mä ajattelen että puhaltaako niin kunnolla siihen ku näyttää aina melkein parempaa. Että jotenki aina tulee sitte semmoinen, että miten voikin näyttää noin hyvältä. H2	vaikeinta taulukon tulkinta: jos tupakoi paljon mutta mittari näyttää vähän
ku meillä on se hieno kaavio. Se että se vaikuttaaki enemmän siihen sikiöön niin se on mun mielestä aika havainnollinen. Että tosi hyvä. Vähän herää. H4	häkätaulukko hyvä: konkretisoi asian

Pelkistetyt lauseet tai sanayhdistelmät tutkija yhdisti samaa tarkoittavien isompien aihealueiden alle (Ks. taulukko 2). Näin muodostui 70 erilaista alaluokkaa.

Taulukko 2 Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
häkätaulukko toimii asian selittämisessä	Häkätaulukon tulkinta
häkätaulukon tulkinta varmaksi ja rutiiniksi	
vaikeinta taulukon tulkinta: jos tupakoi paljon mutta mittari näyttää vähän	
häkätaulukko hyvä: konkretisoi asian	
häkätaulukko on hyvä	häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena
äidille häkämittarin lukema helpompi selvittää, kun suora yhteys sikiöön	
häkämittaus konkretisoi tupakoinnin äidille	
häkämittaus on hyvä	

Tämän jälkeen saaduista alaluokista etsittiin saman aihepiirin luokkia laajemman yksittäisen käsitteen merkityksen alle. Näin muodostettiin alaluokista

isompia luokkia eli yläluokkia (Ks. taulukko 3). Yläluokat kuvasivat jo laajemmin aineistosta saatua tietoa ja niissä toteutui Kylmä ja Juvakan (2007, 118) toteamus, että yläluokan nimen tulee kattaa sen alle tulevien alaluokkien sisällöt. Yläluokkia saatiin 20.

Taulukko 3 Esimerkki yläluokan muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
häkätaulukon tulkinta	HÄKÄTAULUKKO
häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena	
asiakkaiden reaktiot häkämittauksen tulokseen	
häkämittaustuloksen vaikutus asiakkaaseen	

Yläluokat yhdistettiin alaluokkien tapaan taas suuremmiksi kokonaisuuksiksi aiheittain (Ks. taulukko 4). Näin saatiin tutkimukselle pääluokat. Pääluokat sisälsivät aina yhden aineistosta esiin nousseen terveydenhoitajien ilmaiseman keskeisimmän ja tärkeän aihealueen.

Taulukko 4 Esimerkki pääluokan muodostamisesta

Yläluokka	Pääluokka
Häkämittari	HÄKÄMITTAUS ÄITIYSNEUVOLAN VASTAANOTOLLA
Häkätaulukko	
Terveydenhoitajan toiminta käytännössä	
Äidit asiakkaina	
Isät asiakkaina	
Asiakkaiden asenteet häkämittaukseen	

Tulokseksi saatiin viisi pääluokkaa. Pääluokkien muodostamisessa niiden nimet käsitteellistettiin luomalla teoreettiset käsitteet. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Saadut pääluokat olivat Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla, Muu valistus kuin häkämittaus, Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolassa, Yhteistyö tupakasta vieroituksessa sekä Kehitysehdotuksia hoitoketjuun.

Analyysiprosessin lopuksi tutkija vertasi saatujen pääluokkien sisältöjä tutkimuskysymyksiin pyrkien saamaan vastauksia tutkimuksen tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Tutkija vertasi tuloksia aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin löytääkseen yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia. Näin pyrittiin siirtymään empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113).

Aineiston analyysi ei toteutunut virtaviivaisesti. Analyysiprosessi on kuvailtu pääpiirteissään kuviossa 1. Tutkija joutui palaamaan useaan otteeseen edelliseen kohtaan analyysiprosessissa, koska terveydenhoitajien tuottama aineisto oli monisanaista ja monimerkityksellistä. Prosessina kuvailtuna analyysi vaikuttaa johdonmukaisesti etenevältä, mutta käytännössä näin ei tapahtunut.



Kuvio 1 Analyysiprosessin eteneminen

7 Tulokset

7.1 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolan vastaanotolla

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli otettu äitiysneuvoloissa vastaan positiivisena uudistuksena. Tärkeimpinä kohtina nousivat esiin asiakkaiden tietoisuus hoitoketjusta, hoitoketjun saama vastaanotto, terveydenhoitajien asenne tupakasta valistamiseen, hoitoketjun toimivuus ja hoitoketjun vaikutus raskaana olevien tupakointiin.

Taulukko 5 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju äitiysneuvolassa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
asiakkaiden tietoisuus häkämittauksesta	ASIAKKAIDEN TIETOISUUS HOITOKETJUSTA	SAVUTON ODOTUS JA VANHEMMUUS - HOITOKETJU ÄITIYSNEUVOLASSA
häkämittauksesta tiedottaminen		
Terveystoimijien reaktiot hoitoketjuun	HOITOKETJUN SAAMA VASTAANOTTO	
asiakkaiden reaktiot hoitoketjuun		
suhtautuminen tupakoinnin lopettamiseen	TERVEYSTOIMIJAIN ASENNETUPAKASTA VALISTAMISEEN	
tupakoinnin hoito riippuvuutena		
asenne tupakoinnin suhteen		
suhtautuminen valistukseen		
tapa vastaan riippuvuus		
terveydenhoitajien asenne hoitoketjuun	HOITOKETJUN TOIMIVUUS	
audit		
ylimääräinen vastaanottoaika		
hoitoketjun toimimattomuus		
hoitoketjun toimiminen		
synnytyksen jälkeen		
aktiivinen tupakoitsija jatkaa	HOITOKETJUN VAIKUTUS RASKAANA OLEVIA TUPAKOINTIAIN	
tupakoinnin määrää vähennetään		
satunnaiset tupakoijat lopettavat		
tupakoitsijoiden määrän muutos		
asiakkaan oman motivaation vaikutus lopettamiseen		

7.1.1 Asiakkaiden tietoisuus hoitoketjusta ja sen saama vastaanotto

Terveystoimijien mukaan heidän asiakkaistaan suurin osa oli tietämättömiä äitiysneuvolassa tehtävästä häkämittauksesta. Niissä neuvoloissa, joissa äidit olivat mittauksesta tietoisia, he olivat saaneet tiedon muilta raskaana olevilta. Terveystoimijien mukaan asiakkaat eivät olleet juurikaan saaneet tietoa häkämittauksesta mistään virallisesta julkaisusta tai lukeneet siitä tehtyjä uutisia.

No nyt tuntuu, että on aivan ehkä ihan nyt viime aikoina varmahan vasta ruvennut puskatiedotus kulkemahan, niin mä luulisin. Haastattelu 11.

Vaikka kyllä ku lehdiskin on ollu, mutta ku nuorille ei tuu enää niin paljo lehtiä, ei ne sillä lailla niinku tiedä etukäteen. Haastattelu 2

Toisaalta tuli huomioida, että ensimmäinen neuvolakäynti sisälsi niin paljon asiaa, ettei asiakkaalle jäänyt häkämittaus päällimmäiseksi mieleen. Näin varsinkin, jos asiakkaalla ei tupakoinnin suhteen ollut mitään erikoista.

Ensimmäisen äitiysneuvolakerran on monesti niin jännittävä ja paljon asiaa sisältävä, että tehty häkämittaus ei ole päällimmäisensä mielessä äitiysneuvolasta poistuttaessa” Haastattelu 10.

Ensinnäkin häkämittariin yllättävän positiivinen kun itte vähän jännitti että miten nämä reagoi tähän että ku tarjotaan mahdollisuutta että tuleeeko sieltä totaalikieltäytyminen. Mutta moni on ollu että mielenkiinnosta haluaa puhaltaa. Haastattelu 12

Pääosin hoitoketju ja siihen liittyvä asiat oli otettu positiivisesti vastaan. Mitään negatiivista itse hoitoketjussa ja sen menetelmissä eivät terveydenhoitajat tuoneet esiin. Terveydenhoitajat totesivat toimineensa pääosin jo ennenkin hoitoketjussa esitettyjen toimintojen mukaan. Aikapula lisätoimintojen kuten häkämittauksen tai ylimääräisen vastaanottoajan antamiseksi oli hoitoketjulle epäedullinen asia.

Aivan joo, no kun mä en taas miellä ku mä oon tehny sitä jo enemmin, niin en miellä sitä uutena. Haastattelu 10

Joo kyllä se olis ihan positiivinen juttu. Mä itte tykkäisin puhalluttaa että sais vanhemmat, siinä näkis ihan oikeesti mitä se on. Haastattelu 7

Eihän tuo puoltuntia riitä mihinkää. Koska niillä monilla on niin paljo kysymyksiä, että ne höpöttäänsä sitä omaa asiaansa niin kauan että sit sä huomaat et sul olis jo seuraava tua oven takana. Haastattelu 1

Suurin osa asiakkaista suostui häkämittaukseen ja mielenkiinnolla kuuntelivat tuloksiaan. Mielenkiinto mittauksesta ja häkämittaria kohtaan olikin yksi merkittävä tekijä häkämittauksen markkinoinnissa.

Niin joku on jo saattanu kysyäkki hei että ku oli jonku kaverin kans puhetta että ku täällä on ny sitte se että, niin mä että hyvä ku muistutit (asiakas häkämittauksesta terveydenhoitajalle) niin mäkin muistan. Haastattelu 11

7.1.2 Terveystoimijien asenne tupakasta valistamiseen

Hoitoketjun toimivuuden eduksi oli se, että terveydenhoitajilla oli tupakoinnin lopettamiseen kannustava asenne. Toisaalta he tiedostivat, että tupakointi on riippuvuutta aiheuttava sairaus ja tapa eikä muutosta tupakointiin ole helppo saada aikaan. Terveystoimijat pyrkivätkin huomioimaan tupakoitsijoiden taapamisissa riippuvuuden hoidon näkökohdat. Terveystoimijat jaksoivat kannustaa koko raskauden ajan tupakoitsijoita tupakoinnin lopettamiseen tai vähentämiseen. He totesivat tupakoitsijoille, että koskaan ei ole liian myöhäistä lopettaa tupakointi, sillä lopettamisesta on joka raskauden vaiheessa hyötyä. Terveystoimijat pyrkivät saamaan muutosta mahdollisimman hyvällä.

Ne on ne mun sanani että tupakointi on siitä hyvä että siitä on hyötyä joka raskauden vaiheessa lopettamisesta. Haastattelu 10

Mä hoidan riippuvuutta enkä sitä niinku tupakointia vaan että se on se riippuvuus. Haastattelu 1

Suurin osa terveydenhoitajista ei pitänyt tupakointia mitenkään ”pienenä pahana” asiakkaan terveystottumuksissa. Tupakointi otettiin esille realistisesti ja tiukalla otteella. Niissä asiakassuhteissa, joissa tupakointiin puuttuminen jäi hiukan taka-alalle, asiakkaat olivat moniongelmaisia. Heillä saattoi olla isoja ongelmia psyykkisessä ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Tuolloin tupakointi oli heille eräänlainen stressinpurkukeino. Terveystoimijat pyrkivätkin tuolloin pääosin saamaan asiakkaan vähentämään tupakointia, ei niinkään kerralla lopettamaan.

En mä sitä pienenä pahana pidä ollenkaan. Että ei se mikää pieni paha oo koska siinä on just nämä niinku lasten koot ja ennenaikaisuudet ja nehän on sitte mukana kaikilla sitte. Ei se mikää pieni paha oo, kyllä mä siihen aika kärkkäästi puutun ja mä sanon, että mä en tykkää, että mä oon aikalalla tupakan vihollinen sitte. Ja mun nenäni haistaa hyvin. Haastattelu 5

Ja sitte joillaki ku sitä on sitä stressiä siinä loppu vaiheessa jos tuloo jotain kipuja niin sitä käytetähän vähän ”että ku mä sain niin huonosti nukuttua ja mulla on niin liitoskipuja ja on niin vaikiaa niin se vähän helpottaa kun mä saan käydä savuulla”. Että aina se löytyy se hyvä syy, että minkä takia. Haastattelu 9

7.1.3 Hoitoketjun toimivuus

Toimintatavoissaan terveydenhoitajat olivat olleet aktiivisia tupakoinnin suhteen jo ennen Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua. Heillä oli ollut hiukan toisistaan poikkeavia toimintamalleja tupakoinnin suhteen eikä hoitoketju itsessään ollut vielä toimiva terveydenhoitajien näkökulmasta. Huomattavaa oli, että hoitoketjun mukanaan tuoma toivottu yhtenäisyys toimintatapoihin ei aivan toteutunut. Osa toimi kirjaimellisesti hoitoketjun ohjeistuksen mukaan esimerkiksi antamalla ylimääräisen tai aikaistetun ajan neuvolalääkärille tupakoinnin takia. Osa taas toimi kuten aina ennenkin, lisänä vain häkämittauksen suorittaminen. Perusteluina näille erilaisille toimille oli pääosin erilaiset mahdollisuudet toteuttaa hoitoketjua. Erilaisuutta toi muun muassa mahdollisuus antaa neuvolalääkärille ylimääräisiä aikoja tai mahdollisuus käyttää häkämittaria. Terveydenhoitajat kokivat myös, että hoitoketju oli selkeä, mutta käytännössä sen toteutus oli yllämainituista syistä mahdotonta. Toisaalta osalla terveydenhoitajia oli kertomansa mukaan niin vähän tupakoitsijoita, että he eivät siksi nähneet tarpeellisena hoitoketjun tarkkaa toteuttamista. Häkämittauksen kuitenkin nämäkin terveydenhoitajat suorittivat.

Joo ja kyllä se mitä nyt mä oon sinne lähettänykki jokka siitä erohon haluaa mutta ei pysty, niin kyllähän siellä on enemmän koke-musta siitä, että olisko se sitte laastari vai onko se purkka vai an-netaanko tablettia. Ja sitte siellä on aina lääkäri aina arvioimassa sitä, että mitä tälle ny olis hyvä. Haastattelu 9

Joo mä luulen kans et oli niinku se, ja että ku on huomannut, että ei kaikki sitte jatkos puhalluta sitä tupakoijaa välttämättä. Ku itte kokee että se on se tietenkkin se jatkossa tehtävä asia näin, että tuota. Ehkä se on enemmänki se. Se pitää tulla osaksi sitä arki-vastaanottoa sillä lailla. Haastattelu 1

Meillä oikeastaan vaihtuu koko ajan (neuvolalääkäri), että oikees-taan yks on semmonen vakituinen lääkäri ja ne toiset vaihtuu. Haastattelu 8

Mutta mulla on kyllä aika vähän äitejä, en tiedä sitte ne sanoo, että ne ei tupakoi, mutta mistä mä tiedän. Haastattelu 3

Terveydenhoitajat kokivat, että jo vuosia käytössä ollut Audit-kysely toimi hyvin myös tupakoinnin suhteen. Raskaana olevat täyttivät sen kotona usein yhdessä puolison kanssa ja samalla pohtivat sekä alkoholin että huumeiden

käyttöään kuin myös tupakointiaan. Tuolloin täytetty Audit-kysely toimi pohjustuksena terveydenhoitajan vastaanotolle. Toisaalta Auditissa korostuu alkoholi ja tätä vastakkainasettelua sen ja tupakan välillä terveydenhoitajat toivat esiin. Tupakointi oli vasta nyt nousemassa alkoholin ja huumeiden rinnalle merkittäväksi riskitekijäksi raskauden suhteen. Toivottiin tupakalle Auditin kaltaista pisterajaa, jonka ylitettyään terveydenhoitaja voi lähettää jopa ilman asiakkaan myötämielisyyttä paljon tupakoivan raskaana olevan äitiyspoliklinikalle, jos herää huoli asiakkaan ja sikiön hyvinvoinnista.

Kuten on sovittu, tuo on mun mielestä hyvä toi audit et se on joku tietty piste ja sitte mulla on lupa tehdä lähete eikä mun tarvi miettiä, että mä voin vaan sanoa asiakkaalle että meillä on tämmönen tapa ja mä voin sen tehdä ja kaikki käy. Haastattelu 8

Hoitoketju toimi terveydenhoitajien mielestä hyvin siinä, että se huomioi raskaana olevien naisten tupakoinnin hyvin. Osasyynä oli äitiysneuvolatapaamisten toistuvuus naisten kohdalla. Isät ja muut läheiset jäivät vähälle huomiolle, elleivät he osallistuneet useammalle äitiysneuvolakäynnille. Terveydenhoitajat toivat tupakoinnin suhteen esiin myös synnytyksen jälkeisen ajan. Vaikka hoitoketju on Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju, on sen painopiste käytännössä äitiysneuvolassa häkämittausten toteuttamisen muodossa. Vauvan siirryttyä lastenneuvolan asiakkaaksi, lastenneuvolassa ei ole äitiysneuvoiloissa hyväksi todettuja häkämittauksia mahdollista toteuttaa eikä äideille tai perheille ole osoittaa tarkkaa paikkaa, minne mennä saamaan erikoissairaanhoidon tasoista tupakasta vieroitusta.

No se on aina semmonen et moni sanoo että niitä pelottaa että miten käy et siitä jutellaan ja mietitään et mitä ne voi olla ne keinot mitkä auttaa pysymään siinä päätöksessä minkä on jo tehny. Haastattelu 7

Ja tietysti just näiden lopettaneiden kans tulee puheeksi se ”et nyt on näin hienoa, että sä oot ollu raskauden savutta että mitä sä ajattelet siitä ajasta ku lapsi on syntyny ja ehkä imetyksen lopettanut, että mitä sä siellä mietit tupakointiin liittyen”. Ja myöskin sitä kautta lähtee kannustamaan sitä että ”varmaan nyt kannattaa tehdä se ajatustyö sinne että en aio edes aloittaa että tämä oli sit tässä”, että ei jätä mitään takaporttia itselleen sinne auki. Haastattelu 12

7.1.4 Hoitoketjun vaikutus raskaana olevien tupakointiin

Mikä on sitten Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun vaikutus ollut raskaana olevien tupakointiin hoitoketjun voimassaoloaikana? Mitään tarkkoja lukumääriä ei ollut saatavilla, mutta terveydenhoitajien tuntuma tupakoitsijoiden määrän muutoksiin oli vaihteleva. Suurin osa oli sitä mieltä, että tupakoitsijoiden määrä oli pysynyt samana. Yksittäinen terveydenhoitaja oli sitä mieltä, että tupakointi raskaana olevien joukossa oli vähentynyt. Osa ei osannut sanoa tupakoitsijoiden määrien muutokseen mitään. Naisten tupakoinnin suhteessa miehiin eräs terveydenhoitaja kertoi lisääntyneen. Osa ei osannut sanoa oliko hoitoketjun käyttöönotolla ollut vaikutusta tupakointiin. Siitä terveydenhoitajat olivat yhtä mieltä, että tupakoinnin lopettajia oli yhä vähemmän, mutta sen sijaan tupakoinnin vähentäjien määrä oli kasvanut.

Mutu tuntuma on, että same same, sama on. Haastattelu 12

Se ehkä mua huolettaa eniten, että niinku ne jotka jatkaa raskaustestin jälkeen vaan eikä niinku miten ne sais niinku motivoitua siihen vielä. Haastattelu 2

Se on varsinaisesti vielä yks keino tuoda sitä tietoisemmaksi sitä asiaa. Haastattelu 11

Aktiiviset tupakoitsijat olivat haasteellisempia asiakkaita. Heistä tavallisesti kaikki jatkoivat tupakointia koko raskauden ajan jossain määrin. Heistä osa oli tupakoinut jo edellisissäkin raskauksissaan. Jos edellisissä raskauksissa kaikki oli mennyt hyvin tai tupakoivalla tuttavalla oli ollut kaikki hyvin raskauksessaan, ei tupakoitsija nähnyt mitään väärää tupakoinnissaan. Terveydenhoitajan oli melko vaikeaa saada heitä vähentämään tai lopettamaan tupakointia. He olivat kuulleet valistusta niin paljon, ettei heihin enää mikään vaikuttanut. Terveydenhoitajat totesivatkin, että jos tupakoitsijat jatkoivat koko raskauden ajan tupakointiaan, terveydenhoitajatkin jatkoivat tupakasta valistamistaan yhä vain aktiivisemmin läpi koko raskauden.

Asiakkaalla on vähän sellainen asenne, että mä suodatan, se on niinku sellainen teflonpinta että pompahtaa takaisin vaikka sä mitä sanot. Haastattelu 2.

Kyllä tuli jonku kans melkein riitakin, jolla oli useampiki lapsi niin se sanoo, että meidän lapsille ei oo kellekään tullu mitään ongelmaa vaikka mä oon kaikkien aikana polttanu. Haastattelu 9

Suurin osa satunnaisista tupakoijista ja niin sanotuista ”bilepolttajista” lopetti tupakoinnin raskaustestin tehtyään. Tuolloin heillä oli jo omasta tahdostaan lähtenyt motivaatio tupakoinnin lopettamiseen ja savuttomuuteen. Terveystenhoitajien mukaan asiakkaat, jotka omatoimisesti olivat lopettaneet tupakoinnin ilman minkäänlaisia äitiysneuvolan häkämittauksia tai valistuksia, myös pysyivät savuttomina koko raskauden ajan. Toinen ryhmä, jonka terveydenhoitajat totesivat haastavaksi, oli niin sanotut tapapolttajat. He tupakoivat noin yksi tai kaksi savuketta päivässä. He eivät oman kertomuksensa mukaan olleet riippuvaisia tupakasta, mutta terveydenhoitajat olivat todenneet, että tavasta oli vaikea luopua. Motivaatiota lopettaa löytyi, mutta mitä ottaa tavan tilalle.

No niin joka tapauksessa suurimmäksi osaksihan ne sanoo, että on lopettanu siinä kun on tehny sen testin eli siinä sitte vaan keuhataan että onpa hieno juttu. Haastattelu 8

Mun mielestä ne jotka on pystynyt lopettamaan, pystyy hyvin viemään raskauden ajan tupakoimatta. Haastattelu 10

Että melkein on helpompi avittaa sellaista joka kokee sitä riippuvuutta ja koska siihen se korvaustuote on helpompi tarjota, ku sellainen joka kokee, että se on pelkästään se tapa, eli mikä tapa tavan tilalle. Mun mielestä se on kaikista vaikein. Haastattelu 11

7.2 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla

Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla sisälsi konkreettisen häkämittarin, häkämittariin puhaltamisen, häkämittarin tuloksen tulkinnassa käytetyn vertailutaulukon tulkinnan äidin ja sikiön häkäpitoisuudelle, terveydenhoitajan toiminnan käytännössä sekä asiakasnäkökulman häkämittaukseen.

Taulukko 6 Häkämittaus äitiysneuvolan vastaanotolla

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
häkämittarin toiminta	HÄKÄMITTARI	HÄKÄMITTAUS ÄITIYSNEUVOLAN VASTAANOTOLLA
häkämittarien määrä		
häkämittarin merkitys		
häkätaulukko terveydenhoitajan työn tukena	HÄKÄTAULUKKO	
häkätaulukon tulkinta		
häkämittauksen esittäminen	TERVEYDENHOITAJAN TOIMINTA KÄYTÄNNÖSSÄ	
ensikäynnillä puhalluttaminen		
puhalluttaminen muuten kuin ensikäynnillä		
häkämittaus rutiiniksi		
häkämittauksen merkitys		
savuttomat asiakkaat	ÄIDIT ASIAKKAINA	
tupakoinnin vähentäjät / lopettaneet		
isien tupakoiminen	ISÄT ASIAKKAINA	
terveydenhoitajan toiminta isien kanssa		
parit		
kieltäytyminen häkämittauksesta	ASIAKKAIDEN ASEENTEET HÄKÄMITTAUKSEEN	
positiivinen vastaanotto		
asiakkaiden reaktiot häkämittauksen tulokseen		
häkämittaustuloksen vaikutus asiakkaaseen		

7.2.1 Häkämittari

Häkämittariin mittarina terveydenhoitajat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä. Se oli helppokäyttöinen niin terveydenhoitajille kuin asiakkaille. Mittarin tekniseen toimintaan oltiin yleisesti tyytyväisiä. Jossain neuvolassa häkämittarin ei toiminnut kunnolla lukuisista korjauksista huolimatta ja heillä olikin toiveissa saada uusi mittari. Osalla oli ollut tilanteita, joissa mittarin tulos näytti terveydenhoitajan oman asiakkaasta tehdyn aistihavainnon mukaan liian vähäistä lukemaa. Tämä aiheutti terveydenhoitajille tilanteita, joissa piti miettiä miten tulkita häkämittauksen tulosta, kun se oli vastoin asiakkaasta saatua vaikutelmaa. Tuolloin terveydenhoitajat kokivat, että häkämittari ei tuonutkaan heidän työhönsä apua vaan vaikeutti sitä.

Ja sit siitä on tullu vähän ristiriitaista, että jos on ollu sellainen joka tupakoi paljon ja puhaltaaki aika vähän. Niinku itse on vähän siinä sitte ollu vähän niinku pulassa että ”oho, niinku hmm, jos et ookkaa hetkeen polttanut, mutta sitte ku tupakoit, niin tietysti sikiöön siirtyy paljo ja kaikkea”. Haastattelu 12

Mittarien lukumäärään terveydenhoitajaa kohden toivottiin kohennusta. Osalla terveydenhoitajista oli oma häkämittari, mutta osa jakoi häkämittarin toisten terveydenhoitajien kanssa. Tuolloin häkämittari ei ollut aina terveydenhoitajan omalla työpisteellä, ja silloin sen käyttö jäi vähäisemmäksi kiireen tai unohduksen vuoksi.

Se olis niin hyvä ku se olis tos niinku siinä on verenpainemittari ja hb mittari. Ja sitte jos vielä sattuu, että sitä ei ookkaa tuos vaan jollakin muulla käytös, niin sitte se vähän niinku. No ei mulla oo aikaa odotella tässä ja sit se siirtyy ja sen takia. Haastattelu 4

Raskaana olevat ja heidän kumppaninsa pitivät häkämittaria myös mielenkiintoisena laitteena. Kokonaiskuva häkämittarista oli terveydenhoitajien kannalta positiivinen. He eivät halunneet luopua siitä.

En mä ainakaan mittaria pois antaisi. Jos aatellaan että sillä lailla, joo välillä sen unohdan, niinku, mutta. Haastattelu 11

7.2.2 Häkämittauksen tulosten tulkinta

Häkämittauksesta saadun tuloksen tulkinnan ja siitä tehdyn vertailutaulukon terveydenhoitajat kokivat sujuvan. Taulukossa näkyi konkreettisesti prosentuaalisina lukuina se, miten paljon häkää on sikiön elimistössä, kun äiti tupakoi. Koska veressä oleva häkäpitoisuus on sikiöllä äitiä suurempi, oli tämä monelle raskaana olevalle pysäyttävä tieto. Vaikeinta tulkinnassa oli terveydenhoitajille se, jos mittari näytti ristiriitaista tulosta raskaana olevan ilmoittamaan tupakoinnin määrään.

Vertailutaulukon käytön terveydenhoitajat kokivat oleellisena osana häkämittauksessa ja tupakoinnin vaaroista valistamisessa. Terveydenhoitajat pystyi-

vät mittausta ja taulukkoa käyttäen avaamaan keskustelun siitä, mitä häkä tekee sikiölle ja miksi olisi hyvä olla tupakoimatta raskauden aikana. Häkämittaus parhaimmillaan toimi tukena terveydenhoitajan työlle

Ei ku mä esitän sen asian niin että mulla on mittari, että haluakko kokeilla, et jos sä haluat sä pystyt ite siitä näkemähän. Yks oli sellainen epäileväinen mutta mä sanoin sille, että sä näet siitä, että ku sä poltat niin paljonko sikiöllä on niin sä pystyt näkemähän vähän että mihinä mennähän. Kyllä ne sitte haluaa, ainaki sen keran puhalttaa, mutta ei ne välttämättä toiste varsinki jos ne ei pysty oikeen paljo lopettamahan niin ei ne halua puhalttaa toista kertaa. Haastattelu 9

Häkämittarin terveydenhoitajat kokivat hyväksi kannustimeksi tupakoinnin vähentäjille. Toistuvat mittaukset ja niissä näkyvä mahdollinen hään määrän lasku toimivat motivaationa asiakkaille. Tupakoinnin ennen raskautta lopettaneille häkämittaus näytti nykyisen, savuttoman elimistön tilanteen.

Joo se on vähä niinku kaikilla laihduttajilla joilla on se personal trainer niin ne vähä niinku treenaa sitäki varten, että ne saa niinku näyttää sen tuloksen niinku sille PT:lle niin sama juttu varmahan ehkä että ne tuloo tänne neuvolahan ja sanoo että mä oon saanu vähennettyä ja ne tietää että mä vastaan niinku positiivisesti siihen. Seki tsemppaa vähän. Haastattelu 1

Kyllä se on niille jotka oikeen tosissaan haluaa. ja kun ne huomaa sen häkämittauksen tuloksen eron niin niitä se motivoi ihan selvästi. Haastattelu 9

7.2.3 Terveydenhoitajan toiminta käytännössä

Mahdollisuutta puhalttaa häkämittariin esitettiin kaikille. Käytännön työssä häkämittaus pyrittiin esittämään raskaana oleville mahdollisimman neutraalisti äitiysneuvolassa tehtävänä asiaankuuluvana mittauksena. Häkämittauksen vapaaehtoisuutta korostettiin eikä ketään pakotettu puhaltamaan häkämittariin. Suurin osa terveydenhoitajista ei tiedustellut syytä puhaltamisesta kieltäytymiseen, ellei asiakas sitä itse kertonut.

En mä oo sitte kysyny. Jos joku kieltäytyy, niin se on sitte hänen oma valinta. Sithän se tietysti vähä alkaa ahdistaa jos mä ”et mikset sä puhalla”. Haastattelu 12

Käytännössä se kenet puhallutettiin, vaihteli hyvinkin paljon. Terveystenhoitajat olivat tietoisia siitä, että jokainen asiakas tulisi puhalluttaa, mutta käytännössä näin ei tapahtunut.

En, en ihan kaikille. No tänäänki esimerkiksi täällä on ollu ihan kauhia kiire, että jos perusjutut eikä oo ikinä polttanu ja näin sanoi niin en kerenny siinä hakeen. Mutta lähinnä se, että jos polttaa tai on polttanu, niiltä mä otan aina. Haastattelu 4

Osa terveydenhoitajista puhallutti kaikki asiakkaansa huolimatta siitä tupakoiko asiakas vai ei, osa jätti savuttomaksi itsensä ilmoittamat raskaana olevat puhalluttamatta. Terveystenhoitajista osa ei edes tarjonnut mahdollisuutta häkämittaukseen, jos asiakas ei kertomansa mukaan ollut koskaan tupakoinut. Savuttomien puhalluttamisessa terveydenhoitajat olivat kohdanneet asiakkaan puolelta pahastumista. Asiakkaat kokivat, että tarjotessaan häkämittausta itsensä savuttomaksi ilmoittamalle asiakkaalle, terveydenhoitaja epäili asiakkaan rehellisyyttä. Tuolloin oli riskinä luottamuksellisen asiakassuhteen rikkoutuminen ja tämä oli saanut osan terveydenhoitajista olemaan varovaisia häkämittauksen tarjoamisessa savuttomille asiakkaille. Kuitenkin aina, jos asiakas halusi häkämittauksen, oli se missä raskauden vaiheessa tahansa, terveydenhoitaja suoritti sen.

Oli sellainen asiakas joka ei tupakoi eikä mies tupakoi ja minä sanoin, että meillä on tällainen käytäntö että jos haluaa puhalttaa niin se katto hetken mun päälle ja oli hiljaa. Ja mä sanoin, että mitä tuumaat: ”Mulle tuli sellainen olo, että sä epäilet että mä valehtelen sulle”. Haastattelu 9

Häkämittaus tapahtui pääosin ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä. Tuolloin terveydenhoitajat kävivät asiakkaan esitiedot läpi ja täyttivät äitiyshuollon palvelupolun, jolloin tupakointi tuli luonnollisesti esille. Jos häkämittausta ei ensikäynnillä tehty, esimerkiksi häkämittaria ei ollut juuri silloin saatavilla, terveydenhoitajat kertoivat unohtavansa mittauksen suorittamisen varsinkin, jos oli kyseessä sillä hetkellä tupakoimaton odottaja. Ensikäynnillä puhalluttamisen etuja oli myös se, että isät olivat usein käynnillä läsnä, jolloin heidätkin saatiin osallistumaan häkämittaukseen. Häkämittausta tarjottiin pariskunnille pääosin silloin, jos jompikumpi tupakoi. Tuolloin myös keskusteltiin molempien kanssa tupakoinnista ottaen huomioon isän osallisuus savuttomuuteen.

Ensikäynnillä mä puhallutan aina kaikki automaattisesti. Haastattelu 11.

Sillä ensikäynnillä käy iso osa eikä sitte enää tai sitte joku on aina tai siltä väliltä. Mutta sillä ensikäynnillä ja silloin tästä keskustellaan ja käydään läpitte, niin siinä on se puolisokin kuulolla. Haastattelu 8

Muilla äitiysneuvolakäynneillä häkämittäriin puhaltaminen käsitti lähinnä niiden asiakkaiden puhalluttamisen, jotka olivat siihen omasta tahdostaan halukkaita tai asiakkaat, jotka vähensivät tupakointiaan tai halusivat seurata häkäpitoisuutensa muutosta tupakoinnin vähentämisen seurauksena. Häkämittauksen terveydenhoitajat kokivat merkitykselliseksi siinä mielessä, että se oli heille yksi lisäkeino tuoda tupakointia ja sen vaikutuksia raskaana olevien tietoisuuteen. Toistuvat häkämittaukset koettiin myös hyödylliseksi tupakasta vieroituksessa.

Kyllä mä puhallutan, jos äiti sanoo että hän haluaa ja jos hän ei ole pystynyt lopettamaan niin kyllä mä aina käynnillä tarjoan sitä mahdollisuutta että haluaasikko nyt puhaltaa että mitkä lukemat nyt on. Haastattelu 6

Käytännön työssä haastavinta häkämittäyksessä oli terveydenhoitajien mielestä sen saaminen automaattiseksi rutiiniksi vastaanotolle. Nyt mittaus monesti unohtui kiireen tai muiden asioiden vuoksi. Häkämittauksen tulokselle ei ollut myös mitään pakollisesti täytettävää kohtaa palvelupolussa, joten tietokoneohjelmakaan ei muistuttanut sen tekemisestä.

Joo annan, en merkitte ja se on se mikä mulla tahtoo unohtua ku sille ei oo sellaista omaa kohtaa. Haastattelu 10

Joo, mut yleensä mä yritän ottaa sen ensikäynnillä, että siinä olis joku rutiini et se ei unohtu, mut jos ei niin sit mä yritän siirtää et sitte ensi kerralla. Haastattelu 4

7.2.4 Äidit ja isät asiakkaina

Raskaana olevat pääosin puhallutettiin häkämittarilla. Juuri tupakoinnin lopettaneiden, joko ennen raskautta tai alkuraskauden aikana, erityistä seurantaa eivät terveydenhoitajat häkämittarilla tehneet, ellei asiakas halunnut. Ajatuk-

senä tällaisten asiakkaiden toistuvan puhalluttamisen terveydenhoitajat kuitenkin kokivat mahdollisena. Tupakoinnin vähentäneille tehtiin toistuvia häkämittauksia, jos asiakas niin halusi.

*Kysymys: Entäs semmonen joka on just lopettanut tupakoinnin?
Vastaus: No joo, voisin puhalluttaa joo. Haastattelu 3*

Isien tupakoinnin terveydenhoitajat näkivät ongelmallisena. Pääosin isät huonosti lopettivat tupakoinnin eikä häkämittauksella ollut heihin juurikaan vaikutusta. Poikkeuksiakin toki oli: eräs isä oli häkämittauksen jälkeen päätenyt lopettamaan tupakoinnin. Terveydenhoitaja arveli, että juuri häkämittaus oli ollut tuolle isälle lopullisen sysäyksen tupakoinnin lopettamiseen antava keino. Isien tupakoinnin lopettamisen esteenä oli äitejä enemmän sosiaalinen paine. Isät kokivat jäävänsä jostain paitsi työpaikalla tai kaveriporukassa, jos he luopuivat tupakoinnista porukassa. Oli toki myös pareja, jotka yhdessä päättivät lopettaa tupakoinnin ja näin tukivat toisiaan.

Niin ja kyllä mä oon monelle miehelle, ku mä saan ihan hyvin sanottua että sen asian tehny julki että miks sä aattelet että sä voit polttaa ku vaimon pitää lopettaa. Ja just niinku sanoot se on miesvaltaasilla aloilla aina se sama miesporukka, joka lähtee savuille. Siellä sitte puhutaan muutaki kaljailloista ja se on yks sosiaalinen kanssakäymisen muoto. Haastattelu 9

Isille tarjottiin aina mahdollisuutta häkämittaukseen, jos isä oli ensikäynnillä paikalla. Jos hän ei ensikäynnillä ollut läsnä, häkämittauksen suorittaminen usein unohtui muilla käynneillä. Tupakoinnista juteltiin isän kanssa samalla lailla kuin raskaana olevan kanssa unohtamatta isän tupakoinnista aiheutuvan passiivisen tupakoinnin merkitystä sikiölle. Isien kohdalla terveydenhoitajat kokivat häkämittarin ja -taulukon helpoiksi käyttää. Miehiä kiehtoi erityisesti taulukon numeraalisuus ja siinä olevat värimuutokset hänen määrän vähetessä.

No sitte toki yritetään keskustella, että onko mahdollisuutta että se isä lopettaa. Tosi huonosti ne innostuu, yllättävän huonosti ja tuota ja toki sitte siitä että jos varsinki on sitä että poltetaan autossa. Haastattelu 4

Mutta onhan se ero, että kyllähän ite sen lukeman selittäminen on helpompaa äidille ku on se selkeä yhteys jonka kumpikin ymmär-

tää. Mutta että musta tuntuu että se varmahan isällä itte siinä tilantees ku se näkyy todella ne värimuutokset enemmänkin. Haastattelu 11

7.2.5 Asiakkaiden asenteet häkämittaukseen

Asiakkaiden asenteet häkämittaukseen olivat pääosin positiivisia. Terveystenhoitajat olivat todenneet, että joka haluaa häkämittauksen, niin hänellä oli jo asenne valmiina vastaanottamaan tietoa tupakoinnista. Häkämittaus sai isätkin enemmän miettimään tupakointiaan ja sen vaikutuksia

Yleensä ne jotka haluaa sen häkämittauksen, niillä on jo jotenki se asenne niinku myönteinen. Haastattelu 2

Pääsääntöisesti terveydenhoitajien näkemys oli se, että ne jotka kieltäytyivät puhaltamasta häkämittariin, olivat tupakoitsijoita. He olivat jo pitkään tupakoineet, usein jo edellisissäkin raskauksissaan. Heillä ei ollut halua eikä tahtoa nähdä hään vaikutuksen sikiöön. Sen sijaan nuoret raskaana olevat olivat halukkaita ja avoimia häkämittaukseen ja kertomaan tupakoinnistaan.

Ne jotka tupakoi ei halua että häkämittauksia tehdään. Haastattelu 2

Niitten nuorten äitien kans on aika helppo jutella ja ne aika rennosti ja rohkeesti lähtee kertomaan, on tosi avoimia. Et me kyllä paljo jutellaan siitä tupakoinnista, et ittelleki on jääny tosi hvyä mieli siitä. Ja tosi avoimesti ne kertoo ja kertoo ku on polttaneet ja että miltä se ny tuntu ku oliko polttanu vaikka halus olla polttamatta ja kertoo ne fiilikset ja sitte ollaan yhes se mietitty onko mitään muita vaihtoehtoja mitä me voitaas yhdessä keksiä ja miettiä ja kokeilla ja. Jotenki mä koen että se on helppo, en tiä liittyykö se siihen ikään et heidän on helpompi jollakin tapaa puhua. Et tosi avoimesti kertovat. Haastattelu 7

Asiakkaat reagoivat häkämittaukseen monin eri tavoin. Joku purskahti itkuun nähdessään ison lukeman ja kuullessaan sen merkityksen hänen vauvalleen. Häkämittaus loi osalle asiakkaista syyllisen olon tupakoinnistaan, vaikka terveydenhoitajat esittivätkin mittauksen tekemisen aina mahdollisimman neutraalisti, ketään syyllistämättä.

Aina oli välillä lopettanut, mutta sitte aina taas tupakoinu ja siis ääni käheä ja mä sain sen mittarin siinä vaiheessa kun hän oli keskivaiheessa sitä raskautta jo eli se ei ollu ekakäyntejä. Niin sillä tuli itku ku se puhalsi siihen ”että herrajestas”. Haastattelu 5

Useimmiten häkämittauksella oli raskaana olevalle tietoisuutta lisäävä vaikutus sikiön tilasta äidin tupakoidessa. Raskaana oleva näki tuloksistaan, miten paljon häkää sikiölle käytännössä meni, jolloin terveydenhoitaja pystyi selittämään sekä lisäämään hänen tietoisuuttaan hänen vaikutuksista sikiöön. Häkämittaus sai raskaana olevat usein myös ajattelemaan tupakointiaan konkretisoimalla tupakoinnin vaikutukset. Moni raskaana olevista ei terveydenhoitajien mukaan lopettanut häkämittauksen takia, mutta mittautulos sai heidät vähentämään savukkeiden määrää.

Mut et kyllä varmaan niinku auttanu, helpottanu siinä tupakoinnin lopettamisessa kyllä varmaan kun sen näkee konkreettisesti sen asian että miten se häkä on niin. Varmaan helpottaa sitä lopettamista, niin mä ehkä sanoisin tai ainaki vähentää sitä tupakointia, niinku että polttais vähä vähemmän. Vähän herää. Haastattelu 4.

7.3 Muu valistus kuin häkämittaus

Muu terveydenhoitajan antama valistus käsitti asiakaskontakteissa tapahtuvan valistuksen, suullisen sekä kirjallisen valistuksen. Yksittäiseksi ryhmäksi nousi nimenomaan tupakoitsijoille annettava valistus.

Taulukko 7 Muu valistus kuin häkämittaus

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
puhelut	ASIAKASKONTAKTIT	MUU VALISTUS KUIN HÄKÄMITTAUS
ensikäynti vastaanotolla		
muut äitiysneuvolakäynnit		
raskauden jälkeen		
esitteiden jako	VALISTUKSEN ERI MUODOT	
esitietokaavakkeet		
suullinen valistus		
kannustus	TUPAKOITSIJOIDEN VALISTUS	
realistisesti pelottelematta		

7.3.1 Asiakaskontakteissa tapahtuva valistus

Tupakkavalistusta terveydenhoitajat tekivät muullakin keinoin kuin häkämittauksella. Valistus aloitettiin jo ensikontaktissa äitiysneuvolan ja raskaana olevan kanssa. Varatessaan ensimmäistä äitiysneuvola-aikaa asiakkaalleen, terveydenhoitaja tiedusteli tulevan asiakkaansa tupakoinnin. Jos asiakas tupakoi, terveydenhoitaja kehotti lopettamaan sen ja kävi samalla nikotiinikorvaushoitoja läpi.

No se siis se tietenkin nyt lähtöö liikkeelle siitä, että no siisku ku äiti tulee, tai siitä puhelusta kun hän ottaa ensi kerran yhteyttä tänne, niin tuota haastatellaan ja kysellään nämä tupakointiasiat ja sitte tuota niin puhelimes annetaan jo ohjeistusta siihen jos äiti kertoo että tupakoi niin sitä että kuinka sitte olisi tupakointia syytä vähentää ja lopettaa. ja tuota ohjeita siihen suuntaan. Haastattelu 5

Kukin raskaana oleva täyttää audit -kaavakkeen raskauden alussa (ks THL). Kaavakkeessa tiedustellaan alkoholin ja huumeiden käyttöä. Lisäksi alueen raskaana olevat täyttivät verkossa olevassa Hyvis -tietokannassa äitiyshuollon esitiedot. Hyviksessä kysyttiin molempien tulevien vanhempien huumeiden, lääkkeiden ja tupakan käyttöä. Ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä käytiin läpi nämä raskaana olevan täyttämät esitietokaavakkeet. Niiden perusteella tupakoinnista keskusteltiin. Ensikäynnin keskustelun terveydenhoitajat kokivat hyväksi, sillä silloin monesti molemmat vanhemmat olivat paikalla. Tuolloin useimmiten tehtiin häkämittaukset, jolloin tupakoinnista keskustelu oli luonnollinen osa tapaamista. Muilla kuin ensikäynneillä tupakointiin palattiin joka kerta, jos asiakas oli tupakoinut tai jatkoi tupakointia. Harmillisena seikkana terveydenhoitajat totesivat käyntien ajanpuutteen. Vastaanottoaikaa ei ollut antaa tupakoitsijalle sen enempää kuin ei tupakoivalla. Tuolloin tupakoitsijan tarvitsema tupakkavalistus ja kannustus tuli tapahtua samassa ajassa kuin muut normaalit neuvolarutiinit.

Okei, no tuota lähtee ainaki sieltä ensimmäiseltä käynniltä, ku selvitetään, on se Hyvis esitietokaavake meillä käynnissä ja selvitetään niitä päihteiden käyttöä, niin sieltä se oikeastaan lähtee liikkeelle, selvitetään mikä se tilanne on nyt ja mikä se on ollu ennen raskautta. Ja tuota sit sen mukaan lähetään liikkeelle jatkossa. Haastattelu 7

Se ensikäynti on se tärkein, että siinä ehtii sitä asiaa kunnolla käydä läpille ja yleensä se puoliso on mukana ja jos sitä ei enää

sitte näe niin se on aika vaikia vaikuttaa sitte enää hänen tupakointiinsa millään lailla. Haastattelu 8

Raskauden jälkeisen ajan terveydenhoitajat kokivat tupakoitsijan tai joskus tupakoineen kohdalla riskiksi aloittaa tupakointi uudelleen tai lisätä savukkeiden määrää. Terveydenhoitajat huomioivat tämän pohtimalla loppuraskaudessa raskaana olevan kanssa keinoja, miten pysyä savuttomana. Tätä pohdintaa ja tukea jatkettiin kotikäynneillä synnytyksen jälkeen. Raskaana olevat tiedostivat sen, että riski aloittaa tupakointi uudelleen oli olemassa, jollei heti synnytyksen jälkeen, niin viimeistään imetyksen päätyttyä.

Ja sitte se kans on toinen kohta, mä niinku ajattelen usein, että ku sais siihen vielä motivaatiota ja jotaki työkalua sitte sen motivoinnin synnytyksen jälkeen. Kun se on, että jos ne raskauden ajan pystyykin niin sitte se on se synnytyksen jälkeen kun ne voi sitte ruveta taas tupakoimaan. Haastattelu 2

Se on sitte taas toinen riski siinä kun vauva on syntyny ku on pyrkiny olemaan tupakoimatta niin sitte ku mä teen jälkitarkastuksia niin siinä mä saatan kysyä mikä on tilanne ja taas sen jälkeenhän mä en enää niitä äitejä tapaa että se on sitte lastenneuvolan puolella. Haastattelu 8

Kirjallista materiaalia valistuksen tukena terveydenhoitajat käyttivät kuten ennenkin. Esitteitä jaettiin, niitä käytiin läpi ja niihin pyydettiin tutustumaan kotonan mahdollisesti yhdessä puolison kanssa. Suullisesti tapahtuvan valistuksen suhteen terveydenhoitajilla oli erilaisia työtapoja, jos oli kyseessä täysin savuton odottaja. Tupakoinnista ei juteltu lainkaan, jos asiakas oli ollut savuton pitkän aikaa ja tuonut sen ilmi. Usein savuttomat jättivät tupakointia koskevat kohdat täyttämättäkin esitietokaavakkeissa, jolloin asiaan ei enää palattu. Osa terveydenhoitajista tiedusteli savuttomiltakin tilannetta tupakoinnin suhteen raskauden edetessä.

No ei mun mielestä mä ihan samalla tavalla noita kirjallisia materiaaleja käytän edelleen ihan samaan tyyliin ku sitte en koe et se olis sillä lailla muuttunu. Yhtä lailla mä oon ennenkin niitä käyttänyt hyödyksi ja jakanu asiakkaalle. Haastattelu 6

Se on niin helppo palvelupolussa se, että tupakoitko, ootko koska viimeksi, koska oot lopettanu, nehän pitää näkyä siellä. Ja Audit kyselykaavakkeen toisella puolella on tupakka huumeet ja lääkkeet. Niin se tulee siellä.

7.3.2 Tupakoitsijoiden valistus

Jos kyseessä oli tupakoitsija, joka jatkoi tupakointiaan raskauden aikana, terveydenhoitajat keskustelivat tupakoinnista jokaisella äitiysneuvolakäynnillä. Tupakoitsijan kieltäytyessä häkämittauksesta, terveydenhoitajat panostivat suulliseen valistukseen ja kannustukseen. Kerrottiin ja kerrattiin käynneillä mitä keinoja on käytettävissä tupakoinnin vähentämisen ja lopettamisen suhteen. Tupakoinnin juuri lopettaneen savuttomuuteen panostettiin samalla intensiivisyydellä kuin tupakoitsijaan, koska vaara aloittaa uudelleen tupakointi tiedostettiin.

*Joo, että kyllä mä sitte siitä keskustelen ja kyllä mä joka kerta kysyn kun ne käy neuvolas, oli se mikä tahansa käynti. Joskus se jää kirjaamatta tuonne tai korttiin, mutta kyllä mä sen aina kysyn. Että ei ne ajattele, että se asia on unohdettu ku mä sen oon ker-
ran kysyny. Että mä palaan siihen. Haastattelu 9*

Tärkeää tupakoitsijoiden kanssa työskennellessä oli terveydenhoitajien mukaan toimia kunkin asiakkaan kanssa yksilöllisesti. Asioista ei voinut aina puhua suoraan, vaan hienotunteisesti sekä tunnustellen asiakkaan mielentilaa tupakoinnin suhteen. Terveydenhoitajat käyttivät paljon motivoivaa haastattelua, ohjausta, neuvontaa ja tsemppausta. Tärkeäksi koettiin asiakkaan kehuminen pienessäkin onnistumisissa, esimerkiksi tupakan määrän vähentämisessä tai tupakoinnin välttämiseksi tilanteessa jossa asiakas normaalisti olisi tupakoinut. Tuolloin oli hyvä, kun terveydenhoitaja oli jo ensitapaamisilla selvittänyt raskaana oleva historian tupakoitsijana. Näin hän pystyi löytämään tupakoitsijalle omia voimavaroja ja henkilökohtaisia keinoja käytettäväksi tilanteissa, joissa repsahdusvaara on olemassa. Jos asiakas sortui tupakointiin, vaikka oli pyrkinyt savuttomuuteen, asiasta keskusteltiin terveydenhoitajan kanssa. Pyrittiin löytämään syy tapahtuneeseen sekä asiakkaalle keinot toimia, jos vastaava tilanne toistuisi.

Tupakoitsijoiden valistuksen piti tapahtua terveydenhoitajien mielestä realistisesti pelottelematta tai syyllistämättä ketään. Realistisesti tuli kertoa mitä tupakka aiheuttaa sikiölle ja naiselle luomatta kuitenkaan kauhukuvia asiakkaalle. Tärkeänä koettiin myös, että terveydenhoitaja rohkeni antaa valistusta

tupakoinnin vaaroista jokaiselle asiakkaalle. Valistuksen tuli herätellä asiakasta tupakoinnin vaaroihin. Eräs terveydenhoitaja toi esiin lapsen näkökulman: lapsi ei voi valita millaisessa ympäristössä hän kehittyy.

No niin joka tapauksessa suurimmaksi osaksihan ne sanoo, että on lopettanu siinä kun on tehny sen testin eli siinä sitte vaan keuhataan että onpa hieno juttu. Ja sitte mä kysyn, että onko tullu kertaakaan sellaista oloa että haluais uudestaan tai onko tullu retkahduksia tai onko tullu ajatuksia, vähä niinku sitä yritetään siinä peilata että miten vahvalla pohjalla mennään. Haastattelu 8

Mutta tietysti se että sitä semmosta syyllistämistä ei sekää oo tervettä. Et siinä pitää tosi kattoa ja haistella se asia kuinka tään esittää. Haastattelu 5

Joo ja ihan konkreettinen että mitä se sille sikiölle aiheuttaa. Haastattelu 4

Terveydenhoitajat kokivat, että heidän keinoillaan tupakoitsijat harvemmin lopettivat tupakoinnin kokonaan. Suurin osa kuitenkin vähensi tupakointiaan ja sen terveydenhoitajat kokivat positiiviseksi asiaksi.

7.4 Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa

Yhteistyö -pääluokan alle tuli yhteistyö lääkärin ja terveydenhoitajan välillä, lähetteet äitiyspoliklinikalle ja korvaushoitojen toteuttaminen

Taulukko 8 Yhteistyö Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
terveydenhoitajan ja neuvolalääkärin yhteistyö	YHTEISTYÖ LÄÄKÄRIN JA TERVEYDENHOITAJAN VÄLILLÄ	YHTEISTYÖ SAVUTON ODOTUS JA VANHEMMUUSA -HOITOKETJUSSA
terveydenhoitajan ja äitiyspoliklinikan lääkärin yhteistyö		
muun syyn kuin tupakan takia äitiyspoliklinikalle	LÄHETTEET ÄITIYSPOLIKLINIKALLE	
lähetteet tupakan takia äitiyspoliklinikalle		
terveydenhoitajien asenne äitiyspoliklinikalle lähettämiseen		
äitien motivaatio		
lääkärien toiminta korvaushoidoissa	KORVAUSHOITOJEN TOTEUTUMINEN	
terveydenhoitajan toiminta korvaushoidoissa		

7.4.1 Yhteistyö lääkärin ja terveydenhoitajan välillä

Terveydenhoitajien ja neuvolalääkärin välinen yhteistyö toimi pääosin kirjallisen tiedottamisen ja yhteisen tietokannan kautta. Jos oli kyseessä monimutkaisempi asiakastapaus, lääkärit mahdollisesti kävivät terveydenhoitajien kanssa asiasta keskustelemassa. Yhteistyön terveydenhoitajat kokivat pääosin sujuvan hyvin oman neuvolalääkärin kanssa. Vakituiset neuvolalääkärit olivat terveydenhoitajien mukaan myös tietoisia Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta.

Jos on erityistä niin lääkäri saattaa soittaa tai tulla sanomaan. Mutta pääasiallisesti papereiden kautta. Haastattelu 12

Haasteita yhteistyölle toi terveydenhoitajan tietämättömyys siitä mitä neuvolalääkäri konkreettisesti tekee tai keskustele asiakkaan kanssa tupakoinnista. Vaikka tiedonkulku yleensä oli sujuvaa eikä asiakaspalautteista ollut tullut esiin ristiriitoja tupakkavalistuksessa, terveydenhoitajat eivät tarkalleen tiedäneet, miten lääkäri tupakoitsijoita hoiti. Potilaskertomukseen oli usein kirjattu vain lause että ”keskusteltu tupakoinnista”.

Joo, et tämäki joka poltteli, ketjupoltteli, niin sille oli niinku loppuraskauden lääkäriaika laitettiin ja mä kirjoitin sinne että haluan että lääkäri ottaa kantaa ja että puhallutetaan ens kerralla ja näin. Mut mä en sit tiedä mitä se lääkäri on sit sille sanonu. Haastattelu 1

Haasteita aiheutti myös neuvolalääkärin suuri vaihtuvuus. Terveydenhoitajilla ei ollut varmuutta jokaisen heillä työskentelevän neuvolalääkärin toimista tai tavoista. Tuolloin yhteisten hoitolinjojen sopiminen oli vaikeaa. Monesti neuvolalääkäreistä oli myös pulaa ja kun terveydenhoitajat saivat lääkärin pitämään vastaanottoa, vastaanottoajat menivät lääketieteellisesti tupakointia tärkeämpien asioiden hoitoon. Merkitystä yhteistyölle oli myös oman neuvolalääkärin aktiivisuus tupakoinnin suhteen.

Ei oo, joka kerta on vähän eri. Ja se on pari kertaa kuukaures muutaman tunnin. Haastattelu 9

Ku se (lääkäri) aina vaihtuu. Jos olis kiinteä lääkärisysteemi niin se olis helpompi tehdä kaikkia tällaisia sopimuksia, että nyt tehdään näin ja näin. Haastattelu 8

Se edellinen (lääkäri) oli oikeen tarkka ja se otti oikeen kunnolla puheeksi ja puhu niitten kans. Mutta tää joka on ollu ny niin meillä niin ei ehkä niin hirveen. Haastattelu 5

Äitiyspoliklinikan lääkärien kanssa yhteistyön kerrottiin toimivan tupakoinnin suhteen hyvin niillä terveydenhoitajilla, joilla oli yhteistyötä tupakoinnin takia äitiyspoliklinikalle. Osa terveydenhoitajista ei tehnyt yhteistyötä pelkän tupakoinnin takia äitiyspoliklinikan lääkärien kanssa lainkaan. Ensisijaisesti tehtiin yhteistyötä oman neuvolalääkärin kanssa. Yhteistyötä äitiyspoliklinikan lääkärin kanssa kaivattiin silloin, jos asiakas oli haastava ja äitiysneuvolan omat resurssit ja keinot eivät riittäneet hänen hoitamiseen. Tämä tuli kyseeseen esimerkiksi vahvojen nikotiinikorvaushoitojen aloittamisessa. Tuolloin terveydenhoitajat kokivat, että äitiyspoliklinikalla oli enemmän tietoa aloittaa voimakkaat nikotiinikorvaushoidot. Jokaisen tupakoitsijan äitiyspoliklinikkakäynnillä tupakointi huomioitiin, varsinkin jos sillä oli jo vaikutuksia raskauteen. Tietoa miten tupakointi huomioitiin, tiedotettiin terveydenhoitajille hyvin samoin periaattein kuin neuvolalääkäritkin tekivät.

Äitipoli ottaa mielellänsä, ei siinä oo mitää. Että mun mielestä siinä ei oo mitää, yhteistyö pelaa hyvin keskussairaalan kans kaikin puolin. Haastattelu 9

Kyllä se (tupakointi) on huomioitu. Ja historias muistan yhden äidin mut siitä on pitkä aika, jolle aloitettiin ihan laastari ku sillä oli niin isot ne määrät. Haastattelu 8

7.4.2 Lähetteet äitiyspoliklinikalle

Terveydenhoitajista vain yksi oli tehnyt raskaana oleville pelkän tupakoinnin takia lähetteen äitiyspoliklinikalle. Jotkut terveydenhoitajat eivät olleet tästä mahdollisuudesta tietoisia. Jokainen terveydenhoitaja kuitenkin mainitsi tupakoinnin, jos tekivät raskaana olevasta äitiyspoliklinikalle lähetteen syystä tai toisesta. Osa jopa korosti tekstissä paksuntamalla tupakointia koskevan maininnan. Lääkärin toiminnasta lähetteiden teosta äitiyspoliklinikalle pelkän tupakoinnin takia terveydenhoitajat eivät olleet tietoisia.

Ei oo, sen on ollu niinku semmonen sivutuottees. Sen moon tehny että mä oon niinku sitte kun on ollu jotain muuta syytä lähettää niin mä oon pannu sitte vielä paksusti sen tupakan sinne. Et tuota siihen kiinnitetään, mutta siinä on usein sitte jotakin muuta lieveilmiötä, että mistä on menty. Haastattelu 5

No kun mullakin on sellainen mielikuva, että mulla olis ollu joku ihan HAL polilla tupakoinnin kans, niinku takia mutta että mä en oo tehny lähetettä siitä. Joku semmonen hatara mielikuva jossain tuolla on. Haastattelu 4

Haasteena läheteiden teolle pelkän tupakoinnin takia terveydenhoitajat pitivät tietämättömyyttä siitä mitkä ovat ne kriteerit, jolloin he voivat lähetteen tehdä. Läheteiden tekoa vaikeutti asiakkaiden halukkuuden puute lopettamiseen. Eräs terveydenhoitaja myös pohti, mitä äitiyspoliklinikalla on enemmän annettavaa tupakasta valistamiseen kuin hänellä on.

Mutta sitte olis yks ongelma se, että mihin sä sen rajan paat. Että kuinka paljo sitä pitää olla että. Haastattelu 9

Siis kyllähän minä pystyisin lähettämään mutta se että et niinku saako sen äidin motivoitumaan käynteihin siellä pelkästään tupakan takia. Haastattelu 11

Hankaluutta aiheutti myös raskaana olevien haluttomuus järjestää käyntinsä äitiyspoliklinikalle. Eräs terveydenhoitaja totesi, että sikiöseulontoihin jokainen pystyi järjestämään ajan, mutta tupakoinnin vuoksi ei. Terveydenhoitajat ohjasivatkin asiakkaansa ensisijaisesti omalle lähellä olevalle neuvolalääkärille.

Lähettäessään raskaana olevan äitiyspoliklinikalle tupakoinnin takia terveydenhoitajat esittivät toiveen, että raskaana olevat tapaisivat HAL -kättilön. Terveydenhoitajien mukaan HAL-kättilö pystyy eläytymään paremmin raskaana olevan naisen maailmaan kuin lääkäri. Muuna vaihtoehtona olisi tupakasta vieroitusohjaajan tapaaminen, mutta siinä terveydenhoitajat pelkäsivät unohdettavan raskauden moninaiset näkökohdat ja keskittymisen pelkästään tupakointiin.

Että tietää niinku tupakan ja riippuvuuden ja kaikki nämä mitä se voi tehdä mutta se että niinku se (mainittu henkilön nimi) tupakoinnin asiantuntija senku, silleku pääsis niin niin se vois olla aika hyväki. Mä ehkä laittaisin niitä kättilöille, niin mä aattelis että ku se

on tavallaan siitä että sä oot raskaana ja sä tupakoit enemmän se menee sinne että se pääsee sinne niinku äitiyspoliklinikalle, kätilöpolille, kätilö, kätilö, kätilö niin se jotenki siellä vois jotenki herättää niitä. (Kysymys: Että kätilö voi mennä paremmin sen äidin maailmaan?). Nimenomaan, sitä mä justihin tarkoitin. Joo kyllä. Että enemmän sitte ku se tuota puhua vaan vain tupakka, tupakka, koko ajan sitä samaa. Onko se sille asiakkaalle, se voi saada siitä sätkyn siellä ja aatella että en kyllä toiste mee. Haastattelu 3

7.4.3 Korvaushoitojen toteutuminen

Korvaushoitoina tupakoinnin lopettamiselle käsitetään tässä nikotiinikorvaushoidot. Niiden käytöstä oli monenlaista tapaa ja mielipidettä. Osa terveydenhoitajista koki äitiyspoliklinikan olleen aktiivisempi niitä aloittamaan kuin oman neuvolalääkärin. Toiset taas totesivat äitiyspoliklinikan olleen liian passiivinen aloittamaan nikotiinikorvaushoitoja, vaikka terveydenhoitaja oli nimenomaan maininnut tupakoinnin lähettäessään raskaana olevan heidän vastaanotolleen syystä tai toisesta. Mistä tämä vaihtelu johtui, siihen eivät terveydenhoitajat osanneet vastata. Kuitenkin terveydenhoitajat olivat huomioineet, että potilasasiakirjojen mukaan äitiyspoliklinikalla oli raskaana olevan kanssa keskusteltu nikotiinikorvaushoidoista: Mitä oli keskusteltu, sitä ei asiakirjoissa tullut ilmi.

Terveydenhoitajien vastaanotolla korvaushoitoihin motivoitunut asiakas sai aina tukea korvaushoitojen aloittamiseen ja käyttöön. Terveydenhoitajat kävivät jo ensimmäistä vastaanottoaikaan varatessaan läpi mitä nikotiinikorvaushoitoja ja miten tupakoiva asiakas voi käyttää, jos hän tupakoi. Vastuun korvaushoitojen aloituksesta ja seurannasta terveydenhoitajat totesivat olevan suurelta osin heillä. Tämä johtui siitä, että terveydenhoitaja tapasi raskaana olevan ennen neuvolalääkärinä, jolloin oli luonnollista, että terveydenhoitaja aloitti korvaushoidon. Aina terveydenhoitajat eivät kokeneet saavansa tarpeeksi tukea neuvolalääkäriltä, varsinkin jo lääkärit vaihtuivat usein eikä heillä ollut ”omaa” lääkäriä.

Ku tällaset niinku nikotiinikorvaustuotteet käydään läpi siinä heti jo puhelimes jos niihin tarvetta on. Ohjeistetaan vaihtamaan vaikka nikotiinipurkkaan esimerkiksi sitte. Haastattelu 6

Mutta tuota, kyllähän se tupakan, siitä on yrittäny niinku aina enemminkin niinku et ensiksi mitä ne keksii itte siihen vähentämiseen ja sitte tavallaan nuo korvaushoidot tarvittaessa. Mutta aika harva niitä mun mielestä käyttää. Et et vaikka niistä sanoo, ei ne niitä vaikka niistä sanoo niin aika harva mun asiakkaista niitä alkaa käyttämään. Haastattelu 10

Jos asiakas oli motivoitunut lopettamaan tupakoinnin ja tarvitsi vahvempia korvaushoitoja, niin silloin terveydenhoitaja laittoi hänet jo aikaisemmillä raskausviikoilla kuin normaalisti kuuluisi neuvolalääkärille tai äitiyspoliklinikalle. Yleisesti pohdittuna terveydenhoitajat totesivat kuitenkin, että nikotiinikorvaushoitoja käytettiin melko vähän raskauden aikana. Yksi syy tähän oli esimerkiksi nikotiinipurukumin maku, joka ei miellyttänyt muutenkin pahoinvoivia raskaana olevia. Toisena syynä oli tupakoitsijoiden motivaation puute lopettaa tupakointi.

No en oo käyttäny (lääkärille tai äitiyspolille korvaushoitoon), ku tavallaan ne jotka on täs tupakoonu on itte ruvennut vähentämään sitä ja sitte on keskusteltu siitä purkasta. Et joku sano että ei hän pysty syömään purkkaa vaikka mä kuinka puhun että otat vain sen puoliskan ja pari minuuttia ja sitte pois. Että ne väittää, että se kirvelee ja karvastelee. Haastattelu 5

7.5 Kehitysehdotuksia hoitoketjuun

Keskeisimpinä kehitysehdotuksina Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjuun terveydenhoitajat nostivat heidän oman lisäkoulutuksen tarpeensa häkämittauksen toteuttamiseen ja sen tulosten tulkintaan. Koettiin tarvetta myös koulutukselle tupakoinnin hoitoon riippuvuutta aiheuttavana asiana. Terveydenhoitajat halusivat tietoa ja käytännön vinkkejä tupakoitsijoiden kanssa toimimiseen.

Terveydenhoitajat toivoivat tiiviimpää yhteistyötä kaikkien raskaana olevien hoitoon osallistuvien osapuolten kesken. Esiin nostettiin myös hoitolinjojen selkeyttäminen, Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toiminta raskauden jälkeen sekä hoitoketjun tulevaisuus. Isien huomiointi savuttomuuteen kannustamisessa haluttiin nostaa esiin. Raskaana oleville toivottiin myös jonkinlaista omaa seurantaa oman tupakointinsa suhteen.

Taulukko 9 Kehitysehdotuksia hoitoketjuun

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
häkätaulukon tulkinta	KOULUTUKSEN TARVE	KEHITYSEHDOTUKSIA HOITOKETJUUN
tupakoitsija asiakkaana		
HAL kätilöiltä koulutusta		
hoitoketjuun liittyvästä koulutuksesta yleensä		
tiedonkulun ja yhteistyön tiivistäminen erikossairanhoidon kanssa	YHTEISTYÖN TIIVISTÄMINEN	
yhteistyö HAL polin kanssa		
Palvelupolun käyttö		
yhteistyön tiivistäminen oman lääkärin kanssa		
yhteistyön tiivistäminen terveydenhoitajien kesken		
hoitolinjojen selkeyttäminen	KEHITYSEHDOTUKSIA	
hoitoketju raskauden jälkeeseen		
hoitoketjun tulevaisuus		
isät		
potilaan oma hoito		

7.5.1 Koulutuksen tarve

Häkätaulukon tulkintaan terveydenhoitajat kaipasivat eniten koulutusta. He halusivat saada koulutuksen kautta häkätaulukon tulkintaan varmuutta, jotta he pystyisivät paremmin selittämään taulukon merkitystä asiakkailleen ja vastaamaan heidän kysymyksiinsä. Esimerkiksi samalle asiakkaalle tupakoinnin vähentämisen yhteydessä toistuvasti tehtyjen häkämittaustulosten muutosten tulkinta oli hankalaa. Terveydenhoitajat eivät esimerkiksi tieneet kuinka paljon lukujen tuli laskea suhteessa tupakoinnin määrään.

No mä tykkäisin sitä kyllä antaa jos mä tietäsin siitä vielä enemmän eli olis jotakin millä perustella minkä takia mä puhallutan teidät täällä ja sitte mulla olis faktaa että kato ku sä puhalsit näin niin sitte näin pienellä vauvalla, olokohon ne on nyt niitä 9-10 viikkoisia, että paljonko se näkyy siinä. Haastattelu 3

Ja häkämittarista ja siitä taulukosta, että pikkasen hepposella pohjalla ollaan kuitenkin sitte se taulukon kaa että mitä me tästä hyödytään niin siihen vielä enemmän et niinku mitä me voidaan

vielä enemmän sanoa niinku niistä tuloksista ja niistä, ehkä siihen erityisesti. Haastattelu 12

Toinen lisäkoulutuksen tarvetta vaativa asia oli terveydenhoitajien mielestä tupakasta vieroitus yleisellä tasolla. He kokivat olevansa vieroituksessa osaavia, mutta halusivat ajanmukaistaa taitonsa ja tietämyksensä mahdollisista uusista menetelmäistä ja käytetyistä lääkityksistä. Motivointikeinoja ja erilaisia työkaluja he halusivat koulutuksen kautta lisää, ei pelkästään itse opittuna Terveysportti.fi sivustolta.

No jotakin kaipais itte ainakin, tai ei ainakaan haittaa olis. Mutta että oisko se niinku, ehkä jotenki ittelle lisää niinku työkaluja, jotenki siihen en mä tiedä puheeks ottamiseen, et mitä ois ne motivointikeinot, ehkä semmoset on niitä mitä välillä kaipaiski. Et jotakin varmasti vois. Haastattelu 7

No tietysti siinä vois olla ihan semmonen kertauski tavallaan näistä, no onhan se tullu esille nämä sähköhommat ettei ne sovi missää vaiheessa. Että välillä tulee semmosta että se muuttuu että saisko se laastari ollakin sitte kumminki jollekin superkäyttäjille. Nämä jutut, ku siitä on ollu vähä ristiriitaaskin mun mielestä että. Haastattelu 5

HAL-kätilöiltä toivottiin koulutusta. Terveydenhoitajat mielsivät HAL-kätilöt riippuvuuksien hoidon asiantuntijoiksi, jollin he ovat asiantuntijoita myös tupakoitsijan hoidossa. Toivomuksena oli saada HAL-kätilöiltä lisää keinoja tupakoitsijoiden kanssa toimimiseen. Koulutusta toivottiin nimenomaan kätilöiltä eikä lääkäreiltä. Tämän terveydenhoitajat perustelivat siten, että lääketiede ei ole asian suhteen aikojen kuluessa juuri muuttunut. Riippuvuuden hoito raskauden aikana sen sijaan on jotain mistä voi uusinta ja alati muuttuvaa tietoa sekä käytännön vinkkejä antaa raskaana olevan ja riippuvuuksien hoidon asiantuntijana toimiva ammattilainen eli HAL-kätilö.

Se vois olla HAL kätilö mun mielestä. Kaikkein käytännön ihminen siinä. Ku siinä tulis mun mielestä enemmän sellasta käytännön toiminnasta sit tavallaan. Haastattelu 5

Ehkä mä aattelin että ei niin lääketieteen sillä ne on ne perusjutut mitä sieltä tulee ja mikkä on tiedos. Mut et HAL poli olis ainaki mielenkiintoinen, sieltä ainaki niitä näkökulmia. Niin mä aattelin että ehkä sen terveyden edistämisen kannalta. Haastattelu 7

Lisää oppia meille. Justiin sellasta mistä sä voisit helposti sille asiakkaalle sanoa tiäkkö tää ei oo hyvä. Sanoa sen vielä jotenki niin että se jää niinku muhimaan miettimään, että hetkinen mä oon halunnu tätä vauvaa kauan ja paljo. Haastattelu 3

Toinen syy miksi HAL-kätilöt nousivat kouluttajina esiin, oli heidän työpaik-
kansa. Tällä terveydenhoitajat tarkoittivat sitä, että haluaisivat tietää mitä äi-
tiyspoliklinikalla ja sen yhteydessä olevalla HAL-poliklinikalla tehdään tupakoit-
sijoiden kanssa. Terveydenhoitajia kiinnosti millaisia ovat HAL-kätilöiden käyt-
tämät hoitomenetelmät sekä toimintamallit. Tietäessään näistä tarkemmin, ter-
veydenhoitajat olettivat pystyvänsä pohjustamaan raskaana olevan käyntiä äi-
tiyspoliklinikalla tupakan takia kertomalla jo etukäteen hänelle mitä poliklini-
kalla tehdään. Näin madallettaisiin raskaana olevan kynnystä mennä äitiys- tai
HAL-poliklinikalle.

*Voishan se olla HAL kätilö niin me tiedettääs vähän että mitä ne
siellä puhuu ja vähän kertois, että miten siellä toimitaan. Et aika
vähähän meillä on yhteistyötä kumminki sairaalan kans. Ja siitä et
osais asiakkaalleki kertoa, että mitä siellä sanotaa ja miten siellä
mennään ja mitä siellä tapahtuu. Et se ei ois semmonen, joillekin
voi olla aika mörköki se että nyt pannaan HAL polille tupakoinnin
takia. Et sais vähä pehmenettyä sitä asiaa siitä. Haastattelu 4*

7.5.2 Yhteistyön tiivistäminen

Yhteistyön tiivistämisessä erikoissairaanhoidon kanssa terveydenhoitajat piti-
vät tärkeänä tiedottamista ja tiedonkulkua puolin sekä toisin. Palvelupolku ko-
ettiin tässä yhteydessä toimivaksi, jos sen sisältämään tietoon halusi ja ehti tu-
tustua. Terveydenhoitajat kokivat myös helpommaksi lähettää raskaana olevia
tupakoinnin takia äitiyspoliklinikalle, jos yhteistyö oli tiivistä ja terveydenhoita-
jat itse kokivat olevansa erikoissairaanhoidon tasavertaisia yhteistyökumppa-
neita. Tämä myös madalsi terveydenhoitajan kriteereitä lähettää raskaana
oleva äitiyspoliklinikalle pelkästään tupakan takia.

*Kannattaa, hmmm. Ja kehittää. Ja tivistää. että niinku että tota
ehkä vois olla niinku esimerkiksi tulla vaikka se HAL kätilö kerto-
maan että mitä se siellä polillansa keskustelee. Niin sitte sais ta-
vallaan sen tiedon ettei se oo vain joku juttu tuolla että mä laitan
sulle ny lähetteen vaan että osattaas niinku kertoa jotta miksi*

sinne laitetaan ja mitä se kätilö siellä puhuu ja miksi se on hyödyllinen ja . Vois vähä niinku mainostaakin täs että tän takia mä laitan sun tuonne. Tämösiä asioita siellä puhutaan ja. Mun mielestä yhteistyön tiivistäminen olis kaikista paras. Ja sitte ehkä niitä apuvälineitä tänne siihen keskusteluun että mitenkä kannattaa se asia niinku tuoda esille ja näin. Haastattelu 1

Yhteistyöstä HAL-poliklinikan kanssa haluttiin myös tiiviimpää. Terveystenhoitajille oli tärkeää tietää mitä HAL-polilla tehtiin, että he voivat jatkaa samoilla hoitolinjoilla ja osaavat vastata asiakkaiden kysymyksiin. Terveystenhoitajat kokivat, että heille tärkein yhteistyökumppani Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun puitteissa oli HAL -poliklinikka. Toivottiin jopa, että HAL-poli jalkautuisi perusterveydenhuoltoon, jolloin raskaana olevat olisi helpompi tavoittaa paikallisesti. Toivottiin panostusta perusterveydenhuollossa tapahtuvaan hoitoketjun toimimiseen ja tupakasta vieroitukseen. Näin ne olisivat asiakasta lähempänä ja kuten eräs terveystenhoitaja mainitsi ”eikö se SOTE:kin halua palveluja lähemmäs asiakasta”. Terveystenhoitajat toivoivat myös enemmän vastaanottoaikoja asiakkailleen, sekä terveystenhoitajalle että neuvolalääkärille.

Tietysti se ihanne olis se että se olis täällä paikan päällä. Nää on ehkä jotain sote-odotuksia tietyllä lailla että saadaanko sitte selailaista että se HAL tulee tänne eikä asiakkaat mene sinne. Tai mikä ikinä onkaan mutta kumminki että se olis enemmän täällä paikan päällä neuvolakäyntien yhteydessä, lisänä, liitteenä, yhteistyönä, sehän se ideaali tietenkä olis. Haastattelu 11

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjuun liittyvien asioiden kertausta toivottiin. Toivottiin yhteisiä tapaamisia perus- ja erikoissairaanhoidon kesken, jolloin olisi mahdollisuus vaihtaa hoitoketjusta ajatuksia ja ideoita. Uutta tietoa toivottiin jaettavan. Näissä hoitoketjua koskevissa tapaamisissa toivottiin hoitoketjun parissa työskentelevien lääkäreidenkin olevan läsnä. Koulutuksista ei toivottu monen päivän sessioita, vaan korkeintaan yhden päivän kestoisia kertaustyyppisiä keskustelutilaisuuksia. Samoin oman neuvolalääkärin kanssa toivottiin yhteistyöpalavereita ja keskusteluja koskien Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua ja tupakoitsijoiden hoitoa. Sama toivomus esitettiin toisia terveystenhoitajia kohtaan. Haluttiin kuulla toisten mielipiteitä ja toimintatapoja sekä ajatuksia tupakoitsijan hoidosta ja Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta. Sairaanhoidopiirin avohuollon yhteiset koulutuspäivät todettiin näihin sopiviksi.

Joo ja että todella se olis sitte sellainen että se olis se lääkäritkin mukana jotta tää lähtis että se olis todella sitä yhteistyötä. Miten se sitte saadaan toimimaan ja miten ne lääkärit sinne saadahan kaikis puitteis niin mielenkiinnon kuin järjestelyn, niin se ei sitte taas oo onneksi mun ongelma. Haastattelu 11

Kyllä mun mielestä meillekin sais enemmän olla jotakin tällaista koulutusta. Et silloinki oli ku ketkä meiltä lähti kaksko meiltä lähti jokka oli niitä tupakkavastaavia, mut ei meille oo tullu mitää niinku et mitä sitte kerrottiin tuosta et niinku tarkenpaa. Ei varmaan olis pahitteeksi yhtää. Olis vielä helpompi puhua sitte näille asiakkaillekin. Haastattelu 4

Sen pystys mä luulen sen tupakka-asian ottamahan niihin äitiys-huollon aluepäiviin että mitä nyt sitte onki syksyllä. Että se vois olla siinäki sellanen pieni kertaus ja tietoisku. Ei sen tarvi olla mikää maata mullistava tavallaan. Haastattelu 6

7.5.3 Kehitysehdotuksia

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua koskevia yksittäisiä kehitysehdotuksia nousi muutama esiin. Toivottiin yksiköihin selkeää hoitolinjaa siihen koska raskaana olevan voi lähettää äitiyspoliklinikalle. Verrattiin esimerkiksi Audit-kyselystä tulevaan pisterajaan, jonka ylitettyään raskaana oleva lähetetään automaattisesti HAL-poliklinikalle. Terveystenhoitajilla ei kuitenkaan ollut antaa selkeää toivomusta mikä tuo pisteraja tai muu syy lähettämiseen äitiyspoliklinikalle voisi olla. Suurimpana esteenä heidän toiminnalleen ja raskaana olevan lähettämislle äitiyspoliklinikalle koettiin Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa nikotiinikorvaushoitojen kohdalla mainittu raskaana olevan motivaatio tupakasta vieroitukseen. Terveystenhoitajat kuitenkin toivoivat, että heillä annettaisiin selkeät säännöt joita noudattaa, ettei heidän tarvitsisi jokaisen tupakoitsijan kohdalla pohtia onko tätä asiakasta tarpeen lähettää vai ei äitiyspoliklinikalle.

Se vois olla ihan hyvä. Ja niinku sen hoitopolun vaikka näyttää ja kattoo kuinka se menee ja mikkä. Mä ainaki tykkäisin siitä, että sulla on tietty raja. Haastattelu 3

Joo, se olis selkee ja sitte ei tarvi miettiä ja vaikerrella tässä tuolissa että ”voi voi ku mun pitäis tehdä susta lähete tämän takia ku

sulla on nyt näin”. Et se olis sitte helppo sanoa että meillä on tämän tapa. On sovittu että me tehdään näin ja sä saat käväistä siellä ja näin. Haastattelu 8

Puutteeksi koettiin myös hoitoketjun toimiminen raskauden jälkeen. Terveystenhoitajat tiedostivat, että raskaana olevalla oli iso riski aloittaa tupakointi raskauden jälkeen uudelleen, jos hän oli joskus tupakoinut. Osa terveydenhoitajista valmisti raskaana olevia tupakoinnin jättäneitä jo etukäteen synnytyksen ja erityisesti imetyksen jälkeiseen elämään. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on keskittynyt paljolti juuri raskauden aikaan ja esimerkiksi lastenneuvolat eivät käytä häkämittausta. Terveystenhoitajat toivoivatkin hoitoketjun toiminnan tehostamista lapsiperheissä. Toivottiin niin sanottua perheen hoitopolkua, jossa myös muut neuvolat ja kouluterveydenhuolto ottaisivat aktiivisesti vastuuta vanhempien tupakoinnista ja siitä vieroituksesta. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju koskee teoriassa kaikkia perheiden kanssa toimivia terveydenhuollon tekijöitä, mutta käytännössä se toimii vain äitiysneuvolassa häkämittauksen ja suoran pääsyn erikoissairaanhoidon (=äitiyspoliklinikka) vuoksi.

Isät on kyllä vähän heitteillä, ei ole mitään selkeää hoitolinjaa niille. Niinku näitä portaita et mihin. Jos on motivoitunut, sellastahan on helppo, mutta semmonen joka ei oo motivoitunut niin niillehän ei oo oikeen mitään et juuri yrität silotella täs et ”kannastaasko.” Haastattelu 12

No se on aina semmonen et moni sanoo, että niitä pelottaa että miten käy et siitä jutellaan ja mietitään et mitä ne voi olla ne keinot mitkä auttaa pysymään siinä päätöksessä minkä on jo tehny. Mut sit se on vähän, että se sillä lailla jää ku ei nää et miten siinä on sitte käy loppujen loppuksi. Haastattelu 7

Hoitoketjun tehokkaan jatkumisen vuoksi terveydenhoitajat toivoivat lisää häkämittareita käyttöönsä. Tuolloin mahdollistettaisiin häkämittauksen oleminen rutiinina äitiysneuvolan vastaanotolla mittarin ollessa vain yksi mittari muiden joukossa. Palvelupolkuun toivottiin häkämittauksen tulokselle oma kohta jota ei voi ohittaa merkitsemättä siihen jotain. Usein mittaus jäi kiireessä tekemättä siksikin, kun se ei tietokoneohjelman mukaan ollut pakollista.

Meillä ei oo ku mulla toi häkämittari, eikä sitä muut oo käyttäneenkään. Et sillä tavalla. Haastattelu 2

Et sellainen koska kyllähän sitä ku rutiinithan on ku tekee, että jos sitä tavallaan ei oo siellä sitä kohtaa tai onhan sille tavallaan mutta se vie aikaa ennen kuin siitä tulee sillälailla se rutiini. Haastattelu 10

Terveydenhoitajat olivat huolestuneita isien sivuun jäämisestä tupakasta valistamisessa. Isät huomioitiin äitiysneuvolakäynneillä, mutta jos he olivat halukkaita lopettamaan tupakointinsa ja tarvitsivat siihen tukea sekä ohjeistusta, oli terveydenhoitajien ohjattava heidät pääsääntöisesti päihdeklinalle. Raskaana olevat lähetettiin äitiyspoliklinikalle, mutta jos pariskunta ei ollut HAL-poliklinikan asiakas, toimi heidän päihdeettömyytensä, eli tässä tapauksessa savuttomuutensa hoito, jaettuna äitiysneuvolatoiminnan ulkopuolella. Tähän toivottiin perhekeskeisempää ratkaisua. Eräs terveydenhoitaja oli lähettänyt sekä äidin että isän äitiyspoliklinikalle tupakan takia, mutta tämä oli ainutkertaista.

Se mua harmittaa edelleenkin vielä kolmannen kerran mainittuna ne isät jotka tupakoi paljon mutta ei oo käyny neuvolakäynneillä ja joilta puuttuu se puhallus että mitä niille tapahtuis, mitä niistä toivottavasti ne tuloo vastahan jatkos, että niihin mä jotenki aattelin että voisin kuvitella että se olis yksi puheeksi ottamisen lisäkeino helpotus ku näkee. Haastattelu 10

Joillekin se raskaus ei motivoi, varsinkaan miehille et jos ei niillä ole omaa halua niin ylipäänsäkään ihan sama onko raskaana vai eikö oo, minä tupakoin kuitenkin. Mutta et sen tavallaan huomaa et naisille se tulee jo selkeesti enemmän, eli jollain tavalla he tietää että heidän tupakointi on vaarallista sikiölle, mutta isillä niin on, ei välttämättä aina niin hyvä. Haastattelu 12

Muina kehitysehdotuksina nousi esiin tupakasta vieroitusryhmän perustaminen pelkästään raskaana oleville, vertaistuki ja asiakkaan oma tupakoinnin seuranta. Tupakasta vieroitusryhmän toivottiin olevan erikoissairaanhoidossa tapahtuvaa. Tämä siksi, että äitiysneuvoloiden resurssit eivät riitä nyt jo olemassa olevan ryhmätoiminnan lisäämiseen ja terveydenhoitajat kokivat äitiyspoliklinikalla tapahtuvalla ohjauksella voivan olevan suurempi vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. Raskaana oleville tupakoijille olisi ryhmässä mahdollisuus vertaistukeen. Eräs terveydenhoitaja ehdotti tupakoiville raskaana oleville omaa seurantaa, kuten esimerkiksi raskausdiabeteksen seurannassa on

käytössä. Tuolloin asiakasta itseäänkin vastuutettaisiin seuraamaan tupakointiaan eikä seuranta olisi yksin terveydenhoitajan varassa. Asiakas joutuisi tuolloin kohtaamaan tupakointinsa päivittäin ja ottamaan siihen kantaa aivan kuten mitattuihin sokeriarvoihin tulee hänen itsenäisesti reagoida.

Mä aattelin että se vois olla hyvä niin jos vaikka olis kyllä äitiyshuollossa oma tupakastavieroitusryhmä. Ei mikään semmonen että sinne tulis kaikki vaan että se olis ne odottavat äidit. Haastattelu 2

Eli tavallaan vastuuttaa sitä ihmistä ittiänsä että se ei jää sen yhden käynnin tavallaan. Nämä HAL asiakkaat on suuremmaksi osaksi niitä että jos tulee yli 6 niin ne käy kerran siellä ja that's it ja sitte mä vaan täällä yritän kysellä. Että tavallaan aika vähän ne joutuu sen asian kans tavallaan vastakkain. Sitte jos sitä jossakin muuallakin ku täällä kyseltäis ja seurattais, niin houkuttelisko se yrittämään enemmän, en tiedä. Haastattelu 8

8 Pohdinta

8.1 Eettisyys

Eettistä lupaa ei Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeiden mukaan tutkimukseen tarvittu, koska tutkimus ei koskenut potilaita vaan toimintatapoja ja äitiysneuvolan työntekijöiden kokemuksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Jos jotain potilaaseen liittyvä tuli esiin, niin se ilmeni lukumäärinä tai prosenttilukuina eikä niissä ollut tunnistettavuuden vaaraa. Tutkimukseen haettiin kirjallinen lupa tutkimussuunnitelman kera kunkin äitiysneuvolan tutkimuslupia myöntäviltä tahoilta. Lisäksi haastatteluihin osallistuneille terveydenhoitajille lähetettiin tutkijan kirje tutkimuksesta (liite 3) heidän esimiestensä kautta. Tutkittavat allekirjoittivat myös tutkittavan suostumuksen ennen haastattelua (liite 4).

Tutkija oli henkilökohtaisesti käynyt kertomassa tutkimuksestaan siihen osallistuvien äitiysneuvoloiden osastotunneilla. Näissä tapaamisissa oli ollut läsnä suurin osa äitiysneuvoloiden terveydenhoitajista. Tutkittaville selvitettiin

ennen tutkimusta sen tavoitteet, menetelmät ja riskit. Heille myös kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja se toteutetaan anonymiteetisti. Tutkittaville selvitettiin mistä tutkimuksessa on kyse ja mihin tutkittavien antamat tiedot päätyvät sekä mitä nille tapahtuu tutkimuksen päätyttyä (Ks. Tuomi 2007, 145). Tällä tavoin tutkija pyrki olemaan avoin tutkimuksestaan ja tutkimuksen molemmat osapuolet olivat selvillä tutkimuksesta, oikeuksistaan ja rooleistaan tutkimuksessa.

Tutkimuksen haastatteluaineiston hallinnassa on Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mukaan olennaista tutkittavien informointi, suostumus, tunnistetietojen käsittely ja aineiston kuvailu. Informointi ja tunnistetietojen käsittely ovat olennaisia myös eettisten periaatteiden ja tietosuojalain noudattamisen näkökulmasta. (Hyvärinen ym. 2017, 413.) Haastateltavien anonymiteetin suojaamisessa toteutettiin Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mainitsema haastateltavien suojaaminen. Tuolloin heitä ei voi tunnistaa tutkimuksesta kohtuullisesti toteutettavissa olevilla toimenpiteillä. Sopivia keinoja ovat haastateltavien tietojen muuttaminen, poistaminen tai kategorisointi. (Hyvärinen ym. 2017, 418-419.) Tietoarkiston aineistohallinnan käsikirjan mukaan aineisto on anonyymi vasta, kun siitä ei voi millään kohtuullisesti toteutettavissa olevilla keinoilla tunnistaa yksittäisiä tutkittavia. Anonyymistä aineistosta ei voi tunnistaa yksittäisiä tutkittavia esimerkiksi epäsuorien tunnistajien avulla tai yhdistämällä aineistoon muualta saatavia tietoja. (Tietoarkisto 2017.)

Kuulan (2011, 201) mukaan tutkija voi valita sellaisia tutkimustapoja, joissa on vähiten riskiä tunnistamiselle tai vaikuttamiselle asiaan. Tämän tutkimuksen toteutus tapahtui haastatteluina. Tehdyistä haastatteluista ei tullut ilmi ketä haastatellaan tai missä äitiysneuvolassa haastattelu toteutettiin. Haastattelut numeroitiin, sillä aineistoa litteroidessa tämä helpotti asian käsittelyä ja analyysia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 80). Käyttämällä ainoastaan numerointia tunnistajainona tutkimuksessa, haastateltaville taattiin anonymiteetti. Haastatteluille annettujen numeroiden vastaavuudet haastateltaviin jäivät vain tutkijan tietoon. Tarvittaessa numerointi helpotti haastattelun uudelleen toteuttamista, mikäli ilmeni esimerkiksi haastattelun taltioinnissa jokin tekninen ongelma.

Eettisyyden suhteen tutkija on itselleen läheisellä alueella. Tämä aihe koskee tutkijan omaa henkilökohtaista ammattia. Tutkija näkee omassa ammatissaan äitiysneuvolan toiminnan tuloksia. Hoitoketjun varsinaisessa suunnittelussa tutkija ei ole ollut mukana, mutta hän on ollut yhtenä tekijänä sen viimeistelyssä ja julkistamisessa. Tutkijan noudattikin TENK:n ohjetta ja sopi etukäteen ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut, eri tekijöitä koskevat periaatteet ja velvollisuudet käymällä äitiysneuvoloiden osastotunneilla esittelemässä opinnäytetyötään sekä kertomalla omasta osuudestaan siihen liittyen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Tämän lisäksi tutkija avasi tutkimuksen toteutusta ja analyysia kirjallisessa raportissa.

Oleellista Ranta ja Kuula-Luumin (2017) mukaan on suunnitella haastattelutallenteiden tietoturvallinen käsittely (Hyvärinen ym. 2017,437). Tutkija kirjoitti henkilökohtaisesti haastattelut auki omassa käytössä olevalla tietokoneellaan. Kirjoitetut haastattelut tallettiin tutkijan omiin salasanoilla suojattuihin tiedostoihin. Kenelläkään muulla ei ollut mahdollisuutta niitä aukaista tai lukea. Missään vaiheessa ei tutkittavien henkilökohtaisia tietoja talletettu minnekään. Tiedostoissa haastattelut kulkivat pelkästään niille annetuilla numeroilla.

Tutkimuksen valmistuttua haastattelut ja saatu aineisto, lukuun ottamatta valmista tutkimusraporttia, tuhottiin noudattaen Arkistolakia (L 23.9.1994/831, 13 §). Arkistolain mukaan haastattelujen ja aineiston tuhoaminen tulee tapahtua niin, ettei niitä millään keinoin voi rekonstruoida tai jäljittää (L 23.9.1994/831, 13 §). Toimimalla näin varmistettiin myös tutkittavien tietosuojaa.

8.2 Luotettavuus

Luotettavuuden todistaminen laadullisessa tutkimuksessa on monivaiheista. Laadullisen tutkimuksen tekemisessä valideetti ja reliabiliteetti ovat vaikeampia määritellä. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin mieluummin tutkimuksen vakuuttavuudesta. Tuolloin tutkija vakuuttaa tiedeyhteisön tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat mahdollisimman näkyviksi. (Toikko & Rantanen 2009, 123.)

Tuomi ja Sarajärven (2009) mukaan tutkijan tulee laadullisessa tutkimuksessa huolehtia siitä, että tutkimuksen kohde ja tarkoitus on selvästi esitetty. Tutkijan tulee myös tuoda ilmi omat tarkoituseränsä tutkimuksen teossa. Aineiston keruu ja analyysi pitää perustella ja esittää niin, että lukijalle tulee esiin miten saavutettuihin tuloksiin on tultu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Eskola ja Suoranta (1998) korostavat sitä, että kvalitatiivinen tutkimus voi olla hypoteesiton, jolloin siinä ei ole lukkoonlyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuksen kohteesta tai tutkimustuloksista. Tulee kuitenkin huomioida, että tutkijan havainnot ovat aina latautuneet aikaisemmiilla kokemuksillamme. (Eskola & Suoranta 1998, 19.) Tässä tutkimuksessa tutkija oli ollut mukana suunnittelemassa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua, jolloin hänelle oli jo muodostunut jonkinlainen ennako-oletamus hoitoketjusta käytännössä. Tutkijan tuli huomioida tämä tutkimuksen aikana sekä tuoda se tutkimuksessa avoimesti esiin.

Tutkimuksessa pyrittiin avoimuuteen kaikin mahdollisin keinoin. Kirjallisessa raportissa käytiin aiheen valinta, sen taustat ja teoriat lävitse. Haastattelujen teemojen valinta sekä haastattelujen analyysit selostettiin kohta kohdalta. Analyysiprosessi laitettiin raporttiin kuviona. Pääluokkien ja tulosten muodostuminen haastatteluista kuvattiin eri taulukoissa. Lukijalle tuli tieto siitä mistä tutkimus alkoi, miten se on edennyt, miksi sekä miten näihin tuloksiin on päädytty ja millaisiin tuloksiin on päädytty.

Alasuutarin (2011, 231) mukaan kvalitatiivisella tutkimuksella saadaan syvällistä tietoa, joka on huonosti yleistettävää. Tässä tapauksessa tutkimuksen tuloksia voidaan EPSHP:n alueella jollain muotoa yleistää Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjuun liittyen, sillä tutkimuksessa olivat mukana alueen kahden suurimman alueen äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat. Äitiysneuvoloiden asiakaskunta on myös hyvä läpileikkaus EPSHP:n alueesta. Saatu aineisto oli luotettavaa, koska tutkija ei kokenut tarpeelliseksi litteroida kahta viimeistä haastattelua niiden sisältämän aineistossa jo esiin tulleen aineiston saturaation vuoksi.

8.3 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju käytännössä

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli otettu positiivisesti vastaan. Hoitoketjun sisällön suhteen terveydenhoitajilla ei ollut muutoksen tarvetta. Se, mikä aiheutti eniten kysymyksiä, oli hoitoketjun yhdistäminen käytännön työhön siten, että hoitoketjun tarkoitus toteutuisi.

Terveydenhoitajat toteuttivat Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua pääosin yhtenäisesti. Savuttomien asiakkaiden kanssa suurin ero tuli ilmi häkämittarin käytössä. Heidän puhalluttamisessaan häkämittarilla terveydenhoitajilla oli monia eri tapoja. Osa puhallutti kaikki asiakkaansa, osa jätti savuttomien puhalluttamisen kokonaan pois. Myös tupakoinnin huomioiminen savuttoman asiakkaan käynneillä oli vaihtelevaa. Joku terveydenhoitaja ei asiasta vastaanottokäynneillä puhunut, joku toinen kysyi joskus savuttomuuden tilaa. Eniten huomiota saivat ne savuttomat raskaana olevat, jotka olivat joskus tupakoineet, mutta jo ennen raskautta tai aivan alkuraskaudessa lopettaneet tupakoinnin. Tämä siksi, että terveydenhoitajat tiedostivat riskin tupakoinnin aloittamiselle näillä naisilla. Tuoilloin terveydenhoitajat pyrkivät löytämään yhdessä raskaana olevan kanssa niitä keinoja ja voimavaroja millä raskaana oleva voisi välttää tupakoinnin uudelleen aloituksen synnytyksen ja erityisesti imetyksen jälkeen.

Aktiivisesti tupakoivan raskaana olevan puhalluttivat häkämittarilla kaikki terveydenhoitajat. He eivät puhalluttaneet, jos asiakas kieltäytyi puhaltamasta häkämittariin. Syytä kieltäytymiseen terveydenhoitajat eivät kysyneet. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitajat panostivat muuhun tupakoinnista valistamiseen, keskusteluun, motivoivaan haastatteluun ja mahdollisesti korvaushoitojen käyttöön.

Jokaiselle raskaana olevalle jaettiin esitteet tupakoinnista raskauden aikana. Häkämittauksen voikin korvata intensiivisellä valistamisella saaden näin tupakoinnin vähenemään kuten Fendall ym. (2012) olivat todenneet (Fendall ym. 2012, 241). Suomalaiset äidit olivat myös halukkaita keskustelemaan eivätkä terveydenhoitajat kokeneet suurta vastustusta raskaana olevien puolelta kun keskusteltiin tupakoinnista. Samaan raskaana olevien

halukkuuteen keskustellaa tupakoinnista oli päätynt Piispanen (2016, 42).
Terveystenhoitajat olivat toiminnassa huomioineet myös sen, että
tupakoinnin lopettaneella oli riski aloittaa tupakointi uudelleen imetyksen
loputtua.

Lähetiteitä pelkästään tupakoinnin takia äitiyspoliklinikalle terveydenhoitajat
eivät juuri tehneet. Suurin syy tähän oli, että raskaana olevat eivät olleet
halukkaita tupakoinnin lopettamiseen. Suurin osa vähensi tupakointiaan,
mutta harva todella lopetti sen. Jos raskaana oleva jostain syystä lähetettiin
äitiyspoliklinikalle, terveydenhoitaja mainitsi tupakoinnin lähetteessä. Tuolloin
he toivoivat että äitiyspoliklinikalla otettaisiin tupakointiin kantaa. Näin olikin
useinmiten tehty, mutta kirjaamisen puutteen vuoksi eivät terveydenhoitajat
olleet varmoja mitä äitiyspoliklinikalla oli tehty tupakoinnin lopettamiseksi.
Terveystenhoitajat toivoivatkin että heillä olisi joku johon tukeutua, vaikka oma
neuvolalääkäri, jos tupakoijan kanssa oli ongelmia. O'Connell ja Duaso (2014,
455-456) toivat esiin tämän terveydenhoitajien toiveen, että heillä olisi joku
joka ottaisi kantaa ja neuvoisi heitä tupakoitsijan toimimisen suhteen.

Isien tupakointi tuli huomioitua kartoitettaessa raskaana olevan passiivista
tupakointia. Isät saivat puhaltaa halutessaan häkämittariin ollessaan
äitiysneuvolassa. Tämä tapahtui suurimmaksi osaksi ensimmäisellä
äitiysneuvolakäynnillä. Jos isä ei tuolloin ollut läsnä, unohtui puhalluttaminen.
Terveystenhoitajat kokivat isän läsnäolon positiivisesti, sillä silloin he saivat
antaa tietoa tupakoinnin vaaroista sikiölle pariskunnalle yhdessä. Tuolloin he
kokivat, että riski raskaana olevan tupakoinnin uudelleen aloittamiselle tai
määrän nostamiselle pieneni, kun kumppanikin osallistui aktiivisesti
tupakkavalistukseen. Penn ja Owen (2002) olivat todenneet tämän saman eli
kumppanien vaikutuksen raskaana olevan tupakoinnin muutokseen
toteamalla, että raskaana oleva todennäköisesti tupakoi, jos hänen taloudes-
saan yksikin henkilö tupakoi.

8.4 Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuus

Tutkimuksessa tuli ilmi, että äitiysneuvoloissa oltiin tietoisia uudesta Savuton
odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta ja sen toiminnasta melko hyvin. Osa

terveydenhoitajista ei ollut varmoja mahdollisuudestaan lähettää itsenäisesti tupakoitsijoita äitiyspoliklinikalle tai omalle neuvolalääkärille heti kun tehokkaampaan tupakointiin puuttumiseen ja korvaushoitoihin tuli tarvetta ja asiakas oli tähän halukas.

Suurin pohdintaa aiheuttava asia olikin asiakkaan motivaation aiheuttama ristiriita terveydenhoitajan ja raskaana olevan käsityksissä siitä, milloin oli tarve tiukemmalle puuttumiselle tupakointiin. Jos terveydenhoitaja koki, että raskaana oleva tarvitsi enemmän tukea kuin hän voi antaa, mutta asiakkaalla ei ollut itsellään tähän motivaatiota tai halukkuutta, olivat terveydenhoitajat melko neuvottomia. Heille ei ollut selvää miten toimia tässä tilanteessa. Kaivattiin jotain omaa äitiysneuvolassa toimivaa tupakastavieroituksen asiantuntijaa ja enemmän kollegiaalista tukea. Tämä sama oli tullut esille Cameron ja Windsorin (2015, 27-28) tutkimuksessa siitä, että raskaana olevan tupakasta vieroitus onnistui paremmin, kun kättilöllä oli aihepiiristä tietoa sekä kollegiaalista tukea.

Äitiyspoliklinikan kanssa yhteistyö sujui, mikäli sinne oli tupakoinnin takia raskaana oleva lähetetty. Yhteistyö oli kirjallisella tasolla ja sekin oli usein vain merkintä potilaspapereissa ”keskusteltu asiakkaan kanssa nikotiinikorvaushoidoista / tupakoinnista”. Tämä sama päti yhteistyöhön oman neuvolalääkärin kanssa. Toisaalta, ristiriitoja lääkärin ja terveydenhoitajien tekemisissä tupakasta valistuksen suhteen ei ollut tullut esiin. Korvaushoitojen aloitukseen terveydenhoitajat toivoivat enemmän tukea lääkäreiltä.

8.5 Mahdolliset muutokset raskaana olevien tupakointiin

Suuria muutoksia raskaana olevien tupakointiin eivät terveydenhoitajat olleet huomanneet. Joku sanoi tupakoinnin vähentyneen, joku kertoi naisten tupakoivan yhä vain enemmän. Suurin osa kuitenkin totesi, että tupakoinnin vähentäjien määrä oli noussut, mutta niiden määrä jotka lopettivat kokonaan oli pysynyt samana. Vähennykseen vaikutti terveydenhoitajien mukaan eniten häkämittauksen esittämä konkreettinen tieto hään vaikutuksista sikiöön. Tuolloin tulevat vanhemmat näkivät häkätaulukosta numeroina kuinka paljon häkää heidän vauvalleen meni. Samanlainen vaikutus oli tullut esiin Campbell

ym. (2016) tutkiessa häkämittauksen tekoa ultraäänitutkimuksen yhteydessä. Tuolloin hänen vaikutus konkretisoitui raskaana oleville ja sillä oli positiivinen vaikutus tupakoinnin vähentämiseen. (Campbell ym. 2016, 5.)

Terveystenhoitajat kokivat myös, että häkämittauksen taulukosta oli heille itselleen tuki asian selittämisessä.

Isien tupakonnissa oli samanlaista vaihtelua kuin äitienkin. Suurin ongelma oli, että isät eivät olleet niin aktiivisesti läsnä äitiysneuvolapäynteillä. Myös se, että Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju oli aktiivisimmillaan juuri äitiysneuvolassa, vähensi isien osuutta. Lastenneuvoloitten aktiivisempi rooli voisi tuoda perheissä tapahtuvaan tupakointiin enemmän muutosta.

8.6 Terveystenhoitajien toiveita hoitoketjun kehittämiseen

Tutkimuksessa tuli esiin O'Connellin ja Duasan (2014, 455-456) esiin tuomat haasteet häkämittauksessa ja aktiivisemmassa tupakoinnista valistamisessa äitiysneuvolakäynteillä. Terveystenhoitajat kokivat kiireen ja ajankäytön heille haastavimmaksi Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjussa. Eritoten ongelma korostui niissä neuvoloissa, joissa oli yksi häkämittari useamman terveystenhoitajan käytössä. Tuolloin, jos häkämittari ei ollut heti käytettävissä, häkämittaus jäi tekemättä. Häkämittauksen ja tupakoinnista valistamisen tuli tapahtua äitiysneuvoloissa tapahtuvan muun työn ohella. Eritoten häkämittauksen tekemiseen ensikäynnillä terveystenhoitajat kokivat haastavaksi, sillä tuolla käynnillä oli monta muutakin asiaa käsiteltävänä raskaana olevan kanssa.

Terveystenhoitajat kokivat, että eivät pysty toteuttamaan tupakasta valistusta niin aktiivisesti kuin haluaisivat ajanpuutteen vuoksi. Hoitoketju oli vielä niin uusi, että siitä ei ollut vielä tullut terveystenhoitajille rutiinia, jolloin sen toteutus vei enemmän aikaa. Tällä hetkellä vain yksi terveystenhoitaja pystyi antamaan ajan itselleen tupakoitsijan ylimääräiselle kontrollikäynnille. Mitään selkeää ratkaisua terveystenhoitajille ei ollut tähän antaa. He olettivat, että kun hoitoketju tulee enemmän rutiiniksi heille, niin he pystyvät sitä paremmin toteuttamaan (Ks.O'Connell & Duaso 2014). Osansa vastaanottoajasta vei raskaana olevien tietämättömyys hoitoketjusta, erityisesti häkämittauksesta.

Tuolloin aikaa terveydenhoitajan vastaanotosta kului siihen, että terveydenhoitajat selittivät kullekin raskaana olevalle ja hänen kumppanilleen yksilöllisesti mistä mittauksessa oli kyse.

Toinen merkittävä toive minkä terveydenhoitajat esittivät oli koulutus. Toivottiin koulutusta nimenomaan häikätaulukon tulkintaan sekä tupakoinnin hoitoon riippuvuutena. Häikätaulukkoa paremmin tulkitsemalla terveydenhoitajat olettivat pystyvänsä tehokkaampaan ja ajallisesti tiiviimpään valistukseen. He toivoivat pystyvänsä vastaamaan raskaana olevien kysymyksiin kaikella sillä varmuudella millä he pystyivät vastaamaan suurimpaan osaa asiakkaitensa kysymyksiä. Sama oli tullut esiin Bauld ym. (2017) tutkimuksessa. Siinäkin toivottiin terveydenhuollon henkilöstön tiiviimpää yhteistyötä, kouluttautumista tupakasta vieroittamiseen ja tehokkaampaa häikämittarin käyttöä. Hoitajan varmuus tupakan lopettamiseen liittyvistä asioista lisäsi hänen tunnettaan siitä, että hän sai enemmän hyödyllistä aikaa koskien raskaana olevien tupakointia. (Bauld ym. 2017, 68.)

Yhteistyön lisäämistä toivottiin lähinnä tiedonjaon lisäämisenä. Toivomuksena oli yhteisiä tapaamisia, joissa hoitoketjusta keskusteltaisiin ja jaettaisiin kokemuksia. Osallistujia toivottiin mahdollisimman laajalta alueelta ja lääkäreidenkin haluttiin näihin osallistuvan. Näillä keinoin haluttiin lisätä hoitoketjun toimivuutta ja yhtäläistä käytännön toimintatapoja. Tämä kollegiaalinen tuki oli todettu Cameron ja Windsorin (2015, 27-28) tutkimuksessakin vaikuttavan positiivisesti tupakasta vieroitukseen.

8.7 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tutkimuksen tarkoitus saavutettiin. Tutkimuksessa kuvattiin Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua terveydenhoitajien näkökulmasta. Tarkoitusta tuki se, että tutkimuksen haastattelut rajattiin vain äitiysneuvolan terveydenhoitajille tehtäväksi. Tutkimuksessa saatiin laajasti tietoa hoitoketjun toiminnasta käytännössä. Haastateltavat olivat verbaalisesti lahjakkaita, joten aineistoa haastatteluista saatiin monipuolisesti.

Tutkimuksen tavoitteet saavutettiin osittain. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjusta saatiin kuvaus käytännön työssä erilaisten asiakkaiden kanssa. Terveystenhoitajien tunteja hoitoketjusta tuotiin hyvin esiin. Kolmas tavoite selvittää hoitoketjun vaikutusta raskaana olevien tupakointiin ei saatu täysin selville. Tavoitteeseen vastattiin terveystenhoitajien käytännön työssä saadun vaikutelman mukaan. Tarkempaa tietoa määristä joudutaan odottamaan siihen saakka, kun THL:n vuoden 2017 kansalaisten tupakointia kuvaavat tilastot julkaistaan. Toisaalta tutkimuksen terveystenhoitajista suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus äitiysneuvolatyöstä, joten heidän ”mutu eli musta tuntuu” -mielipiteensäkin antoi jo melko varmoja viitteitä siitä, mihin suuntaan raskaana olevien tupakoinnissa oltiin menossa.

Hoitoketjun laatimisessa oli pyritty huomioimaan voimassa olevat suositukset tupakoinnin vähentämisestä. Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun laadinnassa oli huomioitu Ketolan ym. (2006) mainitsema toimintamalli, jonka mukaan pelkkä hoitoketjun rakentaminen ja hoitoketjutekstin tuottaminen eivät yksin riitä. Hoitoketjun tulee löydettävissä olevat, helppokäyttöinen ja käyttöolosuhteet huomioon ottava. (Ketola ym. 2006, 9.) Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjua tehtiin tunnetuksi monilla eri neuvoloiden osastotunneilla sen käyttöönoton yhteydessä. Hoitoketju oli terveystenhoitajien helposti löydettävissä. Negatiivisena puolena tuli esiin hoitoketjun toimiminen käytännössä. Terveystenhoitajien aikataulut olivat melko tiiviit ja toistaiseksi hoitoketju toi mukanaan lisää työtä, ei poistanut sitä. Lisäksi hoitoketjulle oli määritelty prosessin mittaamisen arvoksi tupakoitsijoiden määrän muutos. Se oli tilastollisesti helppo toteuttaa, mutta tilastotiedot tulevat ajallisesti aina hiukan jäljessä käytännön työssä tapahtuvasta muutoksesta.

Tutkimuksessa eniten pohdintaa aiheutti tutkijalla se, että mitkä ovat ne keinot millä Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun tavoitteisiin päästäisiin, jollei tämä hoitoketju tällaisenaan häkämittauksineen ole riittävä. Kysyttäessä tätä terveystenhoitajilta, ei heillä ollut siihen antaa vastausta. Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua tukevaa toimintaa olisi hyvä kehittää, jotta tupakointia saadaan vähennettyä. Olisi hyvä tämän jo tehdyn tutkimuksen toistaminen, kun Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on ollut pidempään käy-

tössä. Hoitoketjun kartoittamista voi laajentaa koskemaan myös muita ammattikuntia ja työpisteitä kuin äitiysneuvolaa ja sen työntekijöitä. Asiakasnäkökulmaakin on mielenkiintoinen tuoda esiin.

Haastetta aiheen tutkimiseen ja kehittämiseen lisää osittain se, että Suomen neuvolajärjestelmä on ainutlaatuinen maailmassa eikä tupakoiville raskaana oleville ole erikseen hoitoketjuja vaan heidät huomioidaan päihdeäitien hoitoketjuissa. Tuolloin EPSHP:n Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju on edelläkävijä tässä asiassa. Olisi eduksi, jos Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua ja sen vaikutuksia seurattaisiin ja kehitettäisiin ensiluokkaisten kykyjen ja asiantuntemuksien mukaan.

Lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0 uud.p.4. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.

Arkistolaki 23.9.1994/831. 1994. Viitattu 12.4.2017. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=arkistolaki

Bauld, L., Graham, H., Sinclair, L. Flemming, K., Naughton, F., Ford, A., McKell, J., McCaughan, D., Hopewell, S., Angus, K., Eadie, D. & Tappin, D. 2017. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. Health Technology Assessment. Vol 21 Issue 36. www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta21360#/full-report

Cameron, D.M. & Windsor, C. 2015. Diffusing research into routine midwifery practice. Evidence Based Midwifery 13(1): 22-28. Viitattu 11.09.2017. web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost

Campbell, K.A. Cooper, S., Fahy, S.J., Bowker, K., Leonardi-Bee, J., McEwen, A., Whitemore, R. & Coleman T. 2016. 'Opt-out' referrals after identifying pregnant smokers using exhaled air carbon monoxide: impact on engagement with smoking cessation support. British medical journal. Tob Control 2016;0:1–7. doi:10.1136. Viitattu 11.09.2017. discovery.ucl.ac.uk/1496327/1/Tob%20Control-2016-Campbell-tobaccocontrol-2015-052662.pdf

Caronna, C.A. 2010. Why use qualitative methods to study health organisations. Insights from multi-level case studies. Teoksessa Sage handbook of Qualitative methods in Health Research. Toim. I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries. 2010. Cornwall. Sage. 71-87.

Cope, G. 2015. How smoking during pregnancy affects the mother and fetus. Clinical. Clinical focus. Nurse Prescribing. Vol 13 No 6. Viitattu 04.05.2017. www.web.b.ebscohost.com.ezproxy

Duodecim. 2002. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2002:118(24):2578-2587. Viitattu 19.7.2017. www.duodecimlehti.fi/duo93343

Ekblad, M. 2013. Smoking during pregnancy and fetal brain development. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D osa 1065. Medica – Odontologia. Turku. Painosalama. Viitattu 02.10.2017. www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88970/AnnalesD1065Ekblad.pdf?sequence=2

Ekblad, M. 2016. Raskauden aikaisen tupakoinnin yleisyys ja siihen vaikuttavat tekijät. Terveysportti. Viitattu 23.01.2017. www.terveysportti.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=tnr00075#F2

Ekblad, M. 2017. Raskauden aikaisen tupakoinnin yleisyys ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Tupakka ja nikotiiniriippuvuus. Toim. A. Heloma, K. Kiianmaa, T. Korhonen, & K. Winell. Kustannus Duodecim. Tallinna. Printon. 171-173.

Ekblad, M. 2017. Tupakoinnin vaikutukset raskauteen, sikiöön ja lapsen terveyteen myöhemmin. Teoksessa Tupakka ja nikotiiniriippuvuus. Toim. A. Heloma, K. Kiianmaa, T. Korhonen, & K. Winell. Kustannus Duodecim. Tallinna. Printon. 173-175.

Ekblad, M., Gissler, M., Korkeila, J. & Lehtonen L. 2013. Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. Eur J Public Health (2013) 24 (4): 544-551. Viitattu 31.01.2017. academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckt128

Ekblad, M., Gissler, M., Korkeila, J. & Lehtonen, L. 2015. Sikiön tupakka-altituksen vaikutukset lapsen terveyteen. Katsaus. Suomen lääkärilehti. 10/2015

vsk 17. Viitattu 04.05.2017. <http://docplayer.fi/1086185-Sikion-tupakka-altistuksen-vaikutukset-lapsen-terveyteen.html>

Ellfolk, M. & Malm, H. 2012. Raskaudenaikaiset myrkytykset ja niiden hoito. Teema: myrkytys. Duodecim. 128: 2149-2156. Viitattu www.duodecim-lehti.fi/ezproxy.jamk.fi:2048/lehti/2012/20/duo10570

E-P-A the European Pathway Association. 2005. Viitattu 09.08.2017. www.e-p-a.org/

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. p.2. Tampere. Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tutkijoille. Toim. R. Valli, & J. Aaltola. uud. & korj. p. 4. Juva. Bookwell. 27-44.

Euroopan komissio. 2016. Viitattu 31.01.2017. ec.europa.eu/health/tobacco/policy_fi

Euroopan komissio. 2017. Tupakkapolitiikka. Viitattu 21.03.2017. ec.europa.eu/health/tobacco/policy_fi

Fagerström, K. 2011. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine & Tobacco Research Advance Access. Viitattu 21.02.2017. nicotinepolicy.net/documents/research/Fager%20Determin%20Renaming%20FTND.pdf

Fendall, L., Griffith, W., Iliff, A., Lee, A. & Radford, J. 2012. Integrating a clinical model of smoking cessation into antenatal care. British Journal of Midwifery. Vol 20, No 4, 236-244. Viitattu 21.02.2017 www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2012.20.4.236?journalCode=bjom

Flemming, K., Graham, H., McCaughan, D., Angus, K., Sinclair, L. & Bauld, L. 2016. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. BMC Public Health 16:290: Viitattu 25.7.2017. <http://eprints.whiterose.ac.uk/115045/>

Gissler, M., Vuori R. & Heino, A. 2017. Ennakkotieto: Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Viitattu 29.8.2017. www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet

Goldstein, A.O., Gans, S.P., Ripley-Moffitt, C., Kotsen, C. & Bars, M. 2017. Use of Expired Air Carbon Monoxide Testing in Clinical Tobacco Treatment Settings. CHEST 2017. 19 December 2017; 1-9. Viitattu 26.1.2018. [http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(17\)33070-2/pdf](http://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(17)33070-2/pdf)

Hakala, J.T. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tutkijoille. Toim. R. Valli, & J. Aaltola. uud. & korj.p.4. Juva. Bookwell. 14-26.

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. ja Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus, Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL:n julkaisuja. Opas 22. Tampere. Juvenes Print – Tampereen yliopisto-paino. Viitattu 31.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1

Holmber-Marttila, D. 2012. Saumaton hoitoketju asiakkaan hoitoketju. OIOS-käynnistysseminaari Seinäjoki, Mediwest. Luento. Viitattu 09.08.2017. www.Aksila_hoitoketju_19.9.12.ppt_Doris_Holmber_Marttila.pdf

Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 11-45.

Hänninen, K. 2008. Palveluohjauskäytäntöjen arviointia ja haasteita. Julkaisussa FinSoc, Sosiaalialan menetelmien arviointi. 1/2008. FinSoc sosiaalipalvelujen arviointimenetelmä. Stakes. Kajaani. KS-paino. 24-28. Viitattu 10.9.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77517/FinSoc1_2008vedos4.pdf?sequence=1

Jenssen, B.P., Bryant-Stephens, T., Leone, F.T., Grundmeier, R.W. & Fiks, A.G. 2016. Clinical Decision Support Tool for Parental Tobacco Treatment in Primary Care. *Pediatrics*. Vol.137(5). Viitattu 23.03.2017. pediatrics.aappublications.org/content/137/5/e20154185.long

Järvinen, M. 2016. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 15.02.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109

Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. 2016. Tupakkatilasto 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.8.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131190/Tr15_16.pdf?sequence=5

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas., P, Brander, P & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.02.2017. www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi

Krogerus, S., Ekblad, M., Heikkinen, A.M. & Korhonen, T. 2017. Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveydenhuollossa. STESO Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. Viitattu 25.4.2017. www.thl.fi/documents/605763/1449622/Tupakasta+vieroituksen+laatukriteerit+16.5.2017.pdf/1f6d8935-700a-463c-ba45-f8b689791410

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Juva. Bookwell.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. uud.p.2. Helsinki. Edita Prima.

Käypä hoito. 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 31.01.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020#s15

Käypä hoito. 2017. Viitattu 09.08.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito

Luhta, R.-M. & Mesiäislehto-Soukka, H. 2017. Savuton odotus ja vanhemmuus- hoito-ketju Etelä-Pohjanmaalla, Häkämittarin käyttö ohjauksessa. Luento 17.01.2017.

Luhta, R.-M. 2018. Kehittämissuunnittelija, ennaltaehkäisevä päihdetyö. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveyden ja terveyden edistämisen yksikkö AKSILA. Keskustelu. 9.1.2018.

Luomanen, J. 2010. Straussilainen grounded theory -menetelmä. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen, M. 2010. Tampere. Vastapaino. 351-371.

Lääkärit tupakkaa vastaan. DAT Suomi. 2015. Lääkärit tupakkaa vastaan verkoston, Suomen gynekologiyhdistyksen, Suomen kättilöliiton ja Suomen terveydenhoitajaliiton yhteinen aloite sikiön tupakansavuaaltistuksen ehkäisemiseksi. Viitattu 31.01.2017. www.datsuomi.fi

Medkit. N.d. Viitattu 22.02.2017. <http://www.medkit.fi/bedfont-picobaby-smokerlyzer>

Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. p.1. Sri Lanka.International Methelp Ky.

NICE. 2010. Smoking: Stopping in pregnancy and in childbirth. Viitattu 31.01.2017. www.nice.org.uk/guidance/PH26/chapter/1-Recommendations#recommendation-1-identifying-pregnant-women-who-smoke-and-referring-them-to-nhs-stop-smoking

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim.116:1821-8. Katsaus. Viitattu 15.02.2017. www.terveyskirjasto.fi

Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. 133(13):1283-90. Viitattu 09.08.2017. www.duodecimlehti.fi/duo13795

O'Connell, M. & Duaso, M.J. 2014. Barriers and facilitators of midwives' use of the carbon monoxide breath test for smoking cessation in practice: a qualitative study. *Midwifery Digest* 24:4 2014: 453-458. Viitattu 25.7.2017. www.researchgate.net/publication

O'Connell, M. & Duaso, M.J. 2015. Pregnant women's reactions to routine CO monitoring in the antenatal clinic. *British Journal of Midwifery*. Vol 23: No 7. Viitattu 25.7.2017. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy>.

Penn, G. & Owen, L. 2002. Factors associated with continued smoking during pregnancy: analysis of socio-demographic, pregnancy and smoking-related factors. *Drug and alcohol review*. Vol 21, issue 1. Viitattu 04.05.2017. www.onlinelibrary.wiley.com

Piispanen, A. 2016. Raskausajan tupakointia koskeva kommunikaatio äitiysneuvolan vastaanotolla. Pro Gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 27.10.2017. www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125379/gradu2016Piispanen.pdf?sequence=2

Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 413-426.

Rautalahti, M. & Pietilä, K. 2011. Tupakan käytön lopettaminen raskauden aikana. Käypä hoito: Näytönastekatsaus. Viitattu 31.01.2017. Suositus%20-%20K%C3%A4yp%C3%A4%20hoito.htm

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Turun yliopiston julkaisuja – Annales universitatis Turkuensis. Sarja D, osa 1199. Medica - Odontologica. Turku. Painosalama.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori. Tallinna. Vastapaino. 427-444.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMot. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietovaraston julkaisuja 2009. Tampere. Viitattu 27.02.2017.
http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketju Etelä-Pohjanmaalla. 2017. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala, Naistentautien ja synnytysten toimintayksikkö. Viitattu 11.01.2017.

Schreier, M. 2012. Qualitative content analysis in practice. Croydon. Sage publications.

Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Pekan Offset.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa, Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print.

Sivistyssanakirja. N.d. Viitattu 20.7.2017. www.suomisanakirja.fi

Suomen kättilöliitto. N.d. Viitattu 02.10.2017. www.suomenkatiloliitto.fi

Suomen terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010. Viitattu 31.01.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Suomisanakirja. N.d. Viitattu 31.01.2017. www.suomisanakirja.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD 10. Luokitukset, terministöt ja tilasto-ohjeet. Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar. 3.painos. Mikkeli. St Michel Print. Viitattu 19.7.2017. www.thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tupakkatuotteet ja sähkösavuke. Viitattu 20.07.2017. www.thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka-tupakkatuotteet-ja-sahkosavuke

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. N.d. Lomakkeet koulu ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Audit, alkoholin käytön arviointilomake. Viitattu 21.11.2017. www.thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon#Audit,%20alkoholin%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20arviointi%20%E2%80%93kysely.

Terveysportti. N.d. Viitattu 11.09.2017. www.terveysportti.fi

Tietoarkisto. N.d. Aineistonhallinnan käsikirja. Viitattu 12.4.2017. www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html

Tilastokeskus. N.d. Tiedonkeruumenetelmän valinta. Viitattu 12.4.2017. www.stat.fi/tup/htpalvelut/haastutk_toiminta_tiedonkeruu.html

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue, Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6.uud.p. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Tupakkalaki 29.6.2016/549. 2016. Viitattu 11.9.2017. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160549?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tupakkalaki

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyt-täytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 31.01.2017.

www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 31.01.2017. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuol-
lostä sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 2011.

6.4.2011/338. Viitattu 31.01.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/201110338>

Valtioneuvoston periaatepäätös. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Viitattu 23.10.2017. julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1

Vierola, H. 2016. Uloshengityksen häkämittausta äitiysneuvolan rutiiniksi. Suomen lääkäri-lehti. 14/2016. Vsk 71. 974-5.

Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2017. Käsitteitä. Viitattu 10.9.2017.

www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030702/1115120704266/1115123610672/1115123658085/1115123893278.html

Vuori, E. & Gissler, M. 2016. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Tilastoraportti 16/2016. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1

Winell, K. 2012. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä "Kuuden K:n" malliin tupakoinnin lopettamisessa. Duodecim. Käypä

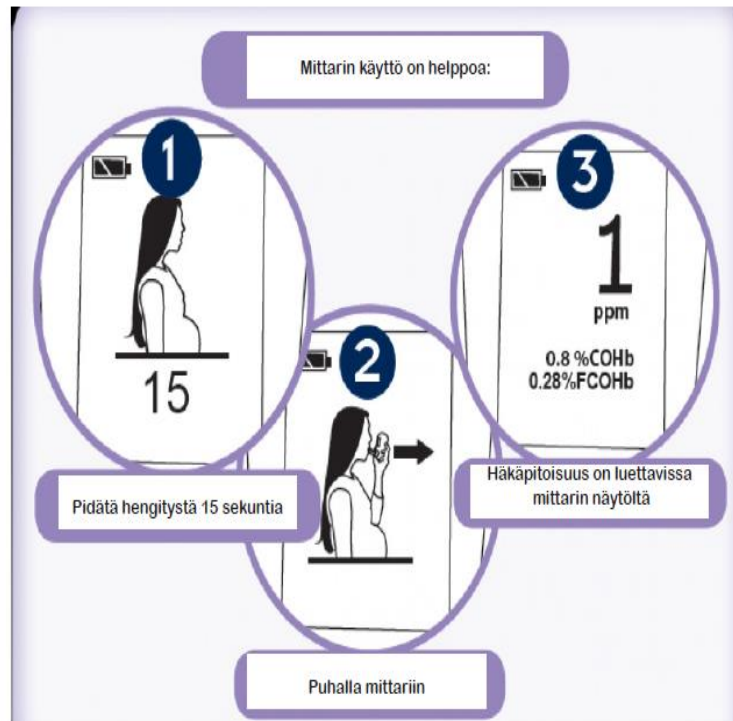
hoito. Viitattu 21.02.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00248&suositusid=hoi40020>

Winell, K. 2012. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä "Kuuden K:n" malliin tupakoinnin lopettamisessa. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 27.10.2017. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00248

Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. THL. Tampere. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino. Toim. R. Klemetti. & T. Hakulinen-Viitanen. 2013. Viitattu 31.01.2017. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3

Liitteet

Liite 1 Häkämittariin puhaltaminen



Liite 2 Vertailutaulukko äidin ja sikiön häkäpitoisuudelle

ÄIDIN JA SIKIÖN HÄKÄPITOISUUS

	Äidin COppm	Äidin %COHb	Sikiön %FCOHb
Häkämittarilla mitataan uloshengityksen ja veren punasoluihin sitoutunut häkäpitoisuus, jonka avulla voidaan arvioida viimeisen vuorokauden aikana poltettujen savukkeiden määrä.	>20	>3.83	>5.66
	19	3.67	5.38
	18	3.51	5.09
	17	3.35	4.81
	16	3.19	4.53
	15	3.03	4.25
	14	2.87	3.96
	13	2.71	3.68
	12	2.55	3.40
Häkämittari mittaa uloshengityksen häkäpitoisuuden (COppm) ja kertoo paljonko häkää prosentteina on sitoutuneena äidin (%COHb) ja tätä kautta sikiön (%FCOHb) hemoglobiiniin. Tupakoivan äidin sikiön häkähemoglobiinipitoisuus on jopa korkeampi kuin äidin.	11	2.39	3.11
	10	2.23	2.83
	9	2.07	2.55
	8	1.91	2.26
	7	1.75	1.98
	6	1.59	1.70
	5	1.43	1.42
	4	1.27	1.13
	3	1.11	0.85
	2	0.95	0.57
	1	0.79	0.28
	0	0.00	0.00



Häkämolekyylit sitoutuu happea kuljettavaan hemoglobiiniin odottavassa äidissä 300 kertaa happea tiukemmin ja sikiössä 170 kertaa happimolekyylit tiukemmin syrjäyttäen happimolekyylit.

Häkä aiheuttaa hapenpuutteen ja sillä on myös myrkyllinen ja kasvuhäiriöitä aiheuttava vaikutus sikiön soluissa. Sikiön kyky eliminoida nikotiinia on selvästi huonompi kuin äidillä.

22.9.2016

Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

Liite 3 Kirje terveydenhoitajille

Kurikka 17.07.2017

Hyvä Terveydenhoitaja,

Olette ottaneet Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin äitiysneuvoloissa vuoden 2017 alusta käyttöön Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun. Tämän hoitoketjun tarkoituksena on pyrkiä vähentämään raskaana olevien naisten sekä perheiden tupakointia. Olennaista hoitoketjussa äitiysneuvoloiden toiminnalle on hääkäämittarien käyttöönnotto sekä hoitoketjun toimivuus.

Tutkimus on opinnäytetyöni. Sen tarkoituksena on kuvata raskaana olevien tupakointiin kohdistuvan EPSHP:n uutta Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien kokemana.

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa Terveyden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Pohjakoulutukseltani olen kättilö-terveydenhoitaja. Tällä hetkellä työskentelen Seinäjoen keskussairaalan synnytysosastolla kättilönä.

Työni ohjaajina ovat yliopettaja Sirpa Tuomi (sirpa.tuomi@jamk.fi) ja lehtori Riitta Ala-Luhtala (riitta.ala-luhtala@jamk.fi). Opinnäytetyöhön olen saanut luvan äitiysneuvolanne johdolta. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyön aineisto kerätään haastattelemalla Teitä syksyn 2017 aikana. Toivon saavani mahdollisimman monipuolisesti tietoa teiltä siksi, että Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketju toimisi parhaalla mahdollisella tavalla nyt ja tulevaisuudessa. Tulokset ja haastatteluissa esiin tulevat asiat käsitellään anonyymisti ja haastattelu-materiaali tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Ystävällisin terveisin,

Mari Vuorenmäki

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Terveyden edistäminen YAMK
sähköposti: k8117@student.jamk.fi

Liite 4 Tutkittavan suostumus

Raskaana olevien perheiden tupakkavalistus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella -Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien kokemuksia uudesta hoitoketjusta

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikkakunta ja aika:

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 5 Haastattelurunko

Työkokemus äitiysneuvolasta:

Kuvaile Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjua työssäsi raskaana olevan äitiysneuvolakäynneillä.

Tupakoinnin ja häkämittauksen suorittamisen esiin ottaminen äitiysneuvolakäynnillä.

Erot toiminnassa sen mukaan, onko äiti -savuton, aktiivisesti tupakoiva, mahdollisesti passiivisesti tupakoiva tai tupakointinsa juuri lopettanut

Lähestymistapojen erot verrattuna asiakkaan historiaan tupakoitsijana. Hoitoketjun aiheuttamat muutokset tähän.

Muut työkalut (esitteitä, motivoivaa keskustelua, jne). Tärkein työkalu tai -menetelmä

Toiminta (huomioiden hoitoketjun) raskaana olevan kanssa, jonka häkämittarin tulos on vertailutaulukkoon verrattuna äidin osalta yli 4 COppm

Eroa on toimintatavoissa, jos asiakas kieltää puhallustuloksesta huolimatta tupakointinsa

Asiakkailta saatu vastaanotto häkämittaukselle ja aktiivisemmalle tupakoinnista puhumiselle.

Positiivista, Negatiivista.

2 Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjun toimivuus asiakkaitten ja eri yhteistyötahojen kanssa.

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun toimivuus raskaana olevien tai heidän kumppaniensa kanssa.

Yhteistyö toisten hoitoketjun toimijoiden (lääkärit, erikoissairaanhoido) kanssa.

Yhteistyön toimivuus ja laatu

Palaute yhteistyötahoilta.

3. Mahdollisia muutos- tai kehittämisehdotuksia raskaana olevien Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjuun.

Muutosehdotukset, kehittämisehdotukset

Positiivisuus / Negatiivisuus hoitoketjussa.

4. Muutokset raskaana olevien tupakoinnissa Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun myötä äitiysneuvolan terveydenhoitajan näkökulmasta

Mahdolliset muutokset ja niiden aiheuttajat

Savuton odotus ja vanhemmuus -hoitoketjun mahdollinen vaikutus raskaana olevien tupakointiin.

Onko sinulla muuta asiaa / sanottavaa / mielipidettä Savuton odotus ja vanhemmuus hoitoketjusta?

Liite 6 Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti

Taulukko 1. Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustesti ja sen tulkinta

Kysymys	Määrä	Pisteet
Kuinka pian (minuuteissa) herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?	alle 6	3
	6-30	2
	31-60	1
	yli 60	0
Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?	alle 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	yli 30	3
Tulkinta: nikotiiniriippuvuus on vähäinen = yhteispisteet 0-1 p, kohtalainen = 2 p, vahva = 3 p, erittäin vahva = 4-6 p		

lähde: Käypä hoito, viitattu 11.09.2017