

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma / Terveystyö

Emilia Wacklin

PERHEKESKEISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMINEN ÄÄNEKOSKEN
ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLOISSA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

WACKLIN, EMILIA	Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloissa
Opinnäytetyö	55 sivua + 9 liitesivua
Työn ohjaaja	Sinikka Koho, THM
Toimeksiantaja	Äänekosken kaupunki, neuvola- ja terapiapalvelut
Huhtikuu 2014	
Avainsanat	perhe, perhekeskeisyys, lastenneuvolat, äitiysneuvolat, terveydenhoitajat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten perhekeskeinen hoitotyö toteutuu Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitajien kokemana. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kehittämisideoita alueen terveydenhoitajilla on perhekeskeiseen hoitotyöhön liittyen. Kohderyhmänä olivat kaikki Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Yhteistyökumppanina opinnäytetyön toteutuksessa oli Äänekosken kaupungin neuvola- ja terapiapalvelut.

Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomake toimitettiin paperiversiona kaikille yhdelletoista (11) Äänekosken äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajalle. Viisi (5) terveydenhoitajaa vastasi kyselyyn (N=5). Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Kaikki alueen terveydenhoitajat pitivät perhekeskeistä hoitotyötä tärkeänä ja oma osaaminen sen toteuttamisessa koettiin hyvänä. Perheet miellettiin vastausten perusteella monimuotoisiksi ja perhekeskeisen hoitotyön keskiössä oli terveydenhoitajien kuvaamana koko perheen ja kaikkien perheenjäsenten tasavertainen huomiointi. Tulosten perusteella vallitsevina haasteina perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa oli ajan puutteen tuomat haasteet. Vastauksista nousi esiin myös, että lisäkoulutusta kaivattiin ja isien neuvolaan osallistumista haluttaisiin tehostaa.

Matalan vastausprosentin (45,5%) vuoksi vastaukset eivät ole yleistettävissä. Kuitenkin vastauksista saatiin arvokasta tietoa perhekeskeisen hoitotyön nykytilasta Äänekosken neuvoloissa. Tuloksia voidaan hyödyntää perhekeskeistä hoitotyötä kehittäessä ja koulutuksia suunniteltaessa alueen neuvoloissa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health care

WACKLIN, EMILIA

Family-Centered Care in Maternity Clinics
and Child Health Centres in Äänekoski

Bachelor's Thesis

55 pages + 9 pages of appendices

Supervisor

Sinikka Koho, Senior Lecturer

Commissioned by

City of Äänekoski, the clinics and therapy services

April 2014

Keywords

family, family-centered care, child health centres, maternity clinics, public health nurses

The aim of this Bachelor's Thesis was, firstly, to find out the present state of family-centered care in maternity clinics and child health centres in Äänekoski, experienced by the public health nurses. Secondly, the research aimed at studying what kinds of ideas the public health care nurses of the area have on developing family-centered care. The target group was all the public health care nurses in the maternity clinics and child health centres in Äänekoski. The study was performed in co-operation with the clinics and therapy services of the city of Äänekoski.

The study was mainly qualitative. The data was collected with a questionnaire. The questionnaire was delivered on paper to all the health care nurses in maternity clinics and child health centres in Äänekoski. Five (5) of the health care nurses answered the questionnaire (N=5). The data was analyzed with data-based content analysis method.

The study revealed that family-centered care was seen mainly as satisfactory. All the public health care nurses considered family-centered care important and saw their own competence in contributing to it as being good. According to the respondents, families were perceived as diverse. Moreover, as described by health care nurses, giving attention to the whole family and all family members equally was seen to be the core of the family-centered care. The results showed that the prevalent challenges in running family-centered health care were the challenges caused by the lack of time. Furthermore, the answers indicated that further education was required and participation of fathers in maternity clinics and child health centres was hoped to be enhanced.

Due to the low response rate (45,5%) the results cannot be generalized. Nevertheless, the results provide valuable information of the present state of family-centered health care in the maternity clinics and child health centres in Äänekoski. The results can be utilized in developing family-centered health care and in planning further training for the clinics of the area.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PERHE JA PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ	7
	2.1 Perhe käsitteenä	7
	2.2 Perhekeskeisen hoitotyön määritelmä	8
	2.3 Perhekeskeisyys neuvoloissa	11
3	ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLA	12
	3.1 Äitiysneuvola	12
	3.2 Lastenneuvola	13
	3.3 Laaja terveystarkastus	14
	3.4 Kotikäynnit	16
	3.5 Perhevalmennus	18
	3.6 Isien huomiointi neuvolassa	19
	3.7 Terveystenhoitaja	21
4	MONIAMMATILLISUUS	22
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TARKOITUS	25
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
	6.1 Tutkimusmenetelmä	25
	6.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	26
	6.3 Aineiston analyysi	27
7	TUTKIMUSTULOKSET	29
	7.1 Vastaajien taustatiedot	30
	7.1.1 Perheen ja perhekeskeisyyden määrittely	30
	7.2 Resurssit perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa	32
	7.3 Perheen huomiointi äitiys- ja lastenneuvoloissa	34

7.3.1	Isät ja puoliset neuvolassa	34
7.3.2	Sisarusten ja muun perheen huomiointi	36
7.4	Kotikäynnit	36
7.5	Moniammatillisuus	38
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	38
8.1	Johtopäätökset	39
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
8.2.1	Tutkimuksen eettisyys	43
8.2.2	Luotettavuus	44
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	55
	Liite 1. Kyselylomake	
	Liite 2. Saatekirje	

1 JOHDANTO

Neuvolatyö on merkittävä osa maamme perusterveydenhuollon terveyttä edistävässä ja ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Neuvolapalveluihin osallistuminen on asiakkaille vapaaehtoista. Kunnat ovat velvollisia järjestämään neuvolapalvelut asiakkailleen (THL 2013a.) Neuvolatyötä ohjaavien periaatteiden, toimintatapojen ja suositusten mukaan työtä tulee toteuttaa perhekeskeisesti ja asiakaslähtöisesti. Neuvolatyön perhekeskeisyyden tulisi pohjautua perheiden omaan tuntemukseen omasta perheestään sekä hoitotyössä tulisi ottaa huomioon perheen kulttuuri, toimintatavat, ympäristö ja elämäntavat. Nevolakäyntien tulee pohjautua perheen itsensä esiin tuomiin huoliin ja ajatuksiin (Armanto & Koistinen 2007, 266; STM 2004, 23).

Terveydenhoitaja on keskeinen toimija äitiys- ja lastenneuvoloissa. Lisäksi hän on myös päävastuussa äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaina olevien perheiden hoidosta. Terveydenhoitajan työ on perhekeskeistä ja voimavaralähtöistä (Armanto & Koistinen 2007, 37.) Neuvolan perhekeskeistä työtä kuitenkin toteutetaan hyvin moniammatillisesti (Armanto & Koistinen 2007, 115 ja 367).

Perhekeskeiselle ja perhelähtöiselle hoitotyölle on monta käytössä olevaa käsitettä. Työssäni käytän perhekeskeisen hoitotyön -käsitettä, jolla on vakiintunut asema suomalaisessa hoitotyössä ja etenkin äitiys- ja lastenneuvoloissa.

Perhekeskeisestä hoitotyöstä on paljon teoriatietoa. Tutkimuksia perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta neuvoloissa ei kuitenkaan ole Suomessa tehty paljon. Tämän vuoksi halusin selvittää, kuinka perhekeskeinen hoitotyö toteutuu Äänekosken alueen neuvoloissa. Ideasta kiinnostui myös kyseisen alueen neuvolan osastonhoitaja, joka on ollut tämän tutkimuksen työelämän yhteyshenkilö. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten perhekeskeinen hoitotyö toteutuu Äänekosken neuvoloissa terveydenhoitajien kokemana. Lisäksi selvitetään, millaisia kehittämisideoita terveydenhoitajilla on perhekeskeiseen hoitotyöhön liittyen.

Tämä opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2014. Opinnäytetyön teoriaosio muodostui syksyn 2013 aikana. Teoriaosiossa selvitetään tutkimukselle oleellisia käsitteitä sekä äitiys- ja lastenneuvolan keskeisiä perhekeskeisen hoitotyön työmuotoja. Teoriassa

selvitetään myös äitiys- ja lastenneuvolan perhekeskeiselle hoitotyölle merkittäviä valtakunnallisia suosituksia. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella marras-joulukuussa 2013 Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloissa. Aineisto analysoitiin ja tutkimustulokset, sekä johtopäätökset muodostuivat tammi-helmikuussa 2014.

2 PERHE JA PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ

2.1 Perhe käsitteenä

Jotta voimme ymmärtää perhekeskeistä hoitotyötä, ensin pitää määritellä perhe käsitteenä. Perhekeskeisyyden käsittely on jopa mahdotonta ilman perhekäsitteen tarkastelua (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15; Ezzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 78.)

Perheen määrittelyminen ei kuitenkaan ole niin yksiselitteistä ja helppoa kuin voisi kuvitella. Olemassa ei ole vain yhtä selkeää määritelmää perheestä, koska ei ole voitu tehdä määritelmää, joka kattaisi koko perheiden kirjon (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 26.)

Perhe voidaan määritellä useilla eri tavoilla sekä useista eri näkökulmista. Määrittelyä voidaan tehdä esimerkiksi biologisia, emotionaalisia tai juridisia näkökulmia tarkastelemalla. Määrittelyä voidaan myös ajatella perhetyyppien sekä perhemuotojen tai yksittäisten perheenjäsenten mukaan. Myös ajan tuomat muutokset sekä niiden vaikutukset yhteiskuntaan ovat vaikuttaneet perhekäsitykseen ja siihen, miten kukin perheen määrittelee (Armanto & Koistinen 2007, 362; Ezzell ym. 1998, 78 – 81; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.)

Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999, 16 - 17) määrittelevät perheen yksilön ja perhekokonaisuuden tilanteen mukaan. Heidän mukaan perhe voidaan nähdä myös jatkuvasti yhdessä elävänä pienryhmänä. He myös painottavat, että perhettä voidaan tarkastella myös yksittäisten jäsenten kautta, jolloin perhe vaikuttaa taustalla, tai perhettä kokonaisuutena, jolloin yksiöt jäävät taka-alalle.

Virallinen määritelmä perheestä on Tilastokeskuksen (2013) määrittelemän mukainen. Se määrittelee perheeksi avo- tai avioliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa. Perheeksi luetaan virallisesti myös jompikumpi vanhemmista ja hänen lapsensa. Perheen muodostaa myös avo- tai avioliitossa olevat, sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Tämän määritelmän mukaan perheeseen voi kuulua vain kaksi sukupolvea, eli jos esimerkiksi samassa asuntokunnassa asuisi lapsen isovanhempi, hän ei tilastokeskuksen määritelmän mukaan ole osa lapsen perhettä.

Hoitotyössä perhe käsitteenä ei ole niin tarkkarajainen, kuin tilastokeskuksen määritelmä. Hoitotyössä ajatellaan, että perheen määrittelee perhe, asiakas tai potilas itse. Esimerkiksi asiakkaan määrittelemänä perheeseen voidaan lukea kuuluvaksi sukulaisia tai ystäviä (Etzell ym. 1998, 81; Armanto & Koistinen 2007, 362.)

Neuvolatyön näkökulmasta Armanto ja Koistinen (2007, 354) ovat määritelleet perheeksi yksikön, johon lapsi kuuluu. Tämä määritelmä on lähellä yleistä hoitotyön perhekäsitystä. Tämän määritelmän mukaan perheeseen ei kuulu pelkästään niin kutsuttu ydinperhe, eli äiti, isä ja sisarukset, vaan tämä käsite kattaa laajasti erilaiset perhemuodot. Näitä ovat muun muassa perheet, joihin kuuluu myös isovanhemmat, vain yksi vanhempi, sijaisvanhemmat, samaa sukupuolta olevat vanhemmat tai sisarpuolia.

2.2 Perhekeskeisen hoitotyön määritelmä

Käsitteinä perhekeskeisyys, perhelähtöisyys, perhehoitotyö ja perheen hoitotyö ovat hyvin lähellä toisiaan. Perhekeskeinen hoitotyö-käsite on yleisesti käytössä etenkin lastenneuvola- ja äitiyshuoltotyössä (Hakulinen ym. 1999, 33 ja 39; Etzell ym 1998, 85.)

Kuten perhekäsite, ei perhekeskeisyyden käsitteeseen ole yksiselitteinen, vaan joskus käsitettä on pidetty jopa vaikeaselkoisena. Perhekeskeisyyttä voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta, mikä myös vaikeuttaa käsitteen yksiselitteistä määrittelyä (Hakulinen ym.1999, 37; Etzell ym. 1998, 85.)

Perhehoitotyö voidaan jakaa kolmeen ominaispiirteeseen, jotka ovat: perhe taustatekijänä, perhe jäsentensä summana, sekä perhe asiakkaana. Hoitotyössä näkökulma vaikuttaa siihen, miten perhettä painotetaan yksilöön nähden. Ensimmäisessä ominaispiirteessä, eli perhe kontekstina, painopiste on yksilössä ja yksilön hoitamisessa. Perhe nähdään taustatekijänä, joka on yksilölle joko voimavara tai voimavaroja kuormittava tekijä. Hoitotyön tavoitteena on yhden perheenjäsenen fyysinen ja psyykkinen terveys. Toiseksi ominaispiirteeksi on määritelty perhe jäsentensä summana. Tässä näkemyksessä perhe nähdään systeeminä, jonka yksilön ja perheenjäsenten eri osien hyvinvointi ja terveys ovat vastavuoroisia toisiinsa nähden. Keskeisenä painopisteenä ovat siis perheenjäsenten väliset suhteet ja hoitotyön näkökulmasta painottuu perheen toimivuus, tuki ja yhteisymmärrys perheenjäsenten välillä. Kolmas ominaispiirre on perhe asiakkaana. Tästä näkökulmasta perhe on hoidossa pääasia ja yksilöt jäävät taustalle. Hoitotyön näkökulmasta huomio kiinnitetään perhedynamiikan, perhesuhteiden ja perheen rakenteen huomioimiseen. Tässä näkemyksessä painottuu myös perheen sidonnaisuus ympäristöönsä, sukuun ja yhteiskuntaan. Näkökulmasta, jossa perhe on asiakkaana, pyritään perheen terveyden ja hyvinvoinnin kautta vaikuttamaan koko yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointiin ja terveyteen. Tarkoituksena olisi, että hoitotyöntekijä sisällyttäisi kaikki nämä eri ominaispiirteet työskentelyynsä ja käyttäisi ominaispiirteitä joustavasti erilaisissa asiakastilanteissa (Armanto & Koistinen 2007, 363 – 364; Etzell ym. 1998, 86 - 90; Hakulinen ym. 1999, 28 – 29.)

Hakulinen ym. (1999, 33 - 38) näkevät perhekeskeisen hoitotyön käsitteen tarkoittavan sitä, että perhe on taustalla ja hoitotyön keskiössä on yksilö. Perhe huomioidaan vain potilaan tai asiakkaan tilan arvioinnissa ja hoitosuunnitelmien laatimisessa. He näkevät kuitenkin, että perhekeskeinen hoitotyö käsitteenä on yläkäsite sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävälle perhekeskeisyydelle, joka taas kattaa alleen monia eri näkökulmia ja perhehoitotyön ominaispiirteitä. Perhekeskeisyys on heidän mukaan laajempi periaate, ei niinkään käsite, jota hoitotyössä sovelletaan laajasti koskemaan kaikkia inhimillisiä toimintoja. Heidän vertailussaan perhehoitotyön ja perhekeskeisen hoitotyön käsitteet ovat samansisältöisiä. Näiden termien lähikäsitteiksi he määrittävät termit perhesysteeminen hoitotyö ja yhteisöhoitotyö, joissa perhe nähdään laajemmin osana ympäristöä.

Viljamaan (2003, 43) mukaan perhekeskeisyys pohjautuu perhekäsitykseen, jonka mukaan perhe on itseään säätelevä kokonaisuus, jonka kaikki jäsenet vaikuttavat toisiinsa ja täten perheen kokonaisuuteen. Tältä pohjalta hoitotyötä voidaan tehdä intensiivisesti koko perhettä hoitaen, tai hoitaa yksilöä ymmärtäen hänen taustansa ja yhteytensä perheeseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004, 22) lähestyy perhekeskeisyyttä lapsen näkökulmasta. He määrittelevät perhekeskeisyyden siten, että lapsen paras ei voi toteutua ilman koko perheen hyvinvoinnin huomioimista. Perheen hyvinvointiin vanhempien parisuhteella ja vanhemmuuden laadulla on suuri merkitys.

Åstedt-Kurki, Paavilainen ja Pukuri (2007) määrittelevät perhekeskeisyyden tarkoittavan hoitotyössä sitä, että hoitamisessa potilas ja hänen läheiset ovat hoitotyön keskipisteenä. Perhekeskeisessä hoitotyössä pyritään edistämään potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointia heidän omista lähtökohdista käsin. He myös ajattelevat, että perhe voidaan tilanteesta riippuen nähdä potilaan taustatekijänä, jolloin perhe otetaan huomioon, mutta itse hoitotyö kohdistetaan enemmän yksilöön tai koko perhe voidaan nähdä terveydenhuollon asiakkaana, jolloin itse hoitotyö kohdistetaan koko perheeseen.

Terveydenhoitajien määritelmässä perhekeskeistä hoitotyötä esille on noussut muun muassa seuraavia tekijöitä: perhekeskeisyys on työn organisaatiomuoto, yksilön hoitoa perhetaustat huomioiden, perheen tarpeita huomioiden perheen terveystottumuksiin vaikuttamista ja se on työskentelyä koko perheen parissa (Etzell ym. 1998, 87.)

Kansainvälisesti perhekeskeinen hoitotyö (family-centred care = FCC) on omaksuttu työskentelytavaksi lasten sairaanhoidossa. Perhekeskeisen hoitotyön avulla voidaan varmistaa, että hoito kohdistuu koko perheeseen, eikä yksilöllisesti vain yhteen lapseen tai henkilöön. Perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta jokaisen perheenjäsenen nähdään olevan arvostettu ja tasavertainen hoidon vastaanottaja. Perhekeskeisen hoitotyön on todettu vähentävän lasten sairaalahoidosta johtuvia haittoja ja edistävän vanhempien osallistumista lastensa hoitoon. Lisäksi perhekeskeisen hoitotyön periaate on yhdenmukainen vallitsevan hoitotyön aatteen kanssa, jossa pyritään saamaan kuluttajaa osallistumaan enemmän terveydenhoitoon, ja jossa ajatuksena on kunnioittaa

henkilön itsenäisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoja. Vaikka perhekeskeinen hoitotyö on suositeltu periaate lasten terveydenhoidossa ympäri maailman, on eri maissa tehdyissä tutkimuksissa osoitettu, että käytännössä perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa on useita ongelmia (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello & O'Shea 2011, 2561 – 2562.)

2.3 Perhekeskeisyys neuvoloissa

Lähes kaikissa neuvolatoimintaa ohjaavissa periaatteissa ja toimintatavoissa mainitaan ensimmäisenä perhekeskeiset ja asiakaslähtöiset toimintatavat. Perhekeskeisyys ja asiakaslähtöisyys neuvoloissa käytännössä tarkoittavat sitä, että toiminnan tulisi perustua perheen omaan asiantuntijuuteen omasta perheestään (STM 2004, 22). Perheen elämäntilanne, ympäristö, tottumukset ja kulttuuritausta, sekä perheen esiintuomat asiat tai päällimmäiset huolet tulisivat olla lähtökohtana kaikissa tapaamisissa (Armento & Koisitinen 2007, 266; STM 2004, 23).

Perhekeskeistä hoitotyötä toteuttavan työntekijän tavoitteena on tunnistaa ja tukea yksilön ja perheen voimavaroja. Perhettä pystytään auttamaan vain työskentelemällä yhteistyössä perheen kanssa. Tärkeää on, että kannustetaan perhettä ja uskotaan perheen omiin voimiin selviytymisessä (Etzell ym. 1998, 178.)

Perhekeskeisessä työskentelyssä aktiivinen kuuntelu ja perheen kanssa yhdessä tehtävät päätökset ovat ensiarvoisen tärkeitä. Tärkeää perheen kanssa työskentelyssä on myös avoimuus, luottamus ja molemminpuolinen kunnioitus (STM 2004, 23; Viljanen 1999, 299 ja 303.)

Vuorovaikutus neuvolan työntekijän ja perheen välillä on erittäin tärkeää laadukkaana perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa. Vuorovaikutuksen kautta pystytään luomaan niin terveydenhoitajien, kuin perheidenkin tärkeänä pitämät luottamus, tasa-arvoisuus ja rehellisyys. Vaikka vuorovaikutuksen kannalta usein on tärkeää, että työntekijä tapaa jokaisen perheenjäsenen kasvotusten, ei se perhekeskeisyyden kannalta aina ole välttämätöntä. Perhekeskeisyydessä vuorovaikutusta pystytään luomaan jo sillä, että tiedostetaan perheen läsnäolo ja yksilön sidonnaisuus perheeseen, eikä tehdä perheestä näkymätöntä käyntien yhteydessä (Viljanen 1999, 299.) Perhekeskei-

sen hoitotyön vuorovaikutussuhteessa on tärkeää myös sen jatkuvuus ja joustavuus. Tähän vaikuttaa muun muassa se, että kun neuvolan terveydenhoitaja pysyy pitkään samana, tulee koko perhe paremmin huomioiduksi (Viljamaa 2003, 45 – 46.)

3 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLA

Neurolatyö on merkittävä osa maamme perusterveydenhuollon terveyttä edistävässä ja ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Kunnat ovat velvollisia järjestämään neuvolapalvelut asukkailleen. Neuvolapalveluihin osallistuminen on vapaaehtoista (THL 2013a.)

3.1 Äitiysneuvola

Äitiysneuvola kuuluu osana suomalaiseen äitiyshuoltojärjestelmään. Neuvolan tuki kohdistetaan koko perheelle. Äitiysneuvolan tavoitteena on normaali raskauden kulku, eli häiriöiden ehkäisy raskauden aikana, sekä mahdollisten häiriöiden nopea havaitseminen ja tarvittaessa oikeanlaiseen hoitoon ohjaaminen. Tarkoituksena on turvata äidin, sikiön ja koko perheen hyvinvointi, sekä terveen lapsen syntymä. Terveysneuvonnalla pyritään vahvistamaan perheen voimavaroja, varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä, parisuhteen hyvinvointia, ja vaikuttamaan koko perheen terveellisiin elintapoihin (Armanto & Koisitinen 2007, 33; THL 2013b.) Lisäksi äitiysneuvolan tehtäviin kuuluu auttaa vanhempia vahvistamaan omaa vanhemmuuttaan perhemuodosta riippumatta, huomioida vanhempien seksuaali- ja lisääntymisterveys ja huomioida palveluita käyttämättömät selvittämällä heidän tuen tarpeensa (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 17.)

Ensisynnyttäjien neuvolakäyntien suositus oli vanhojen suositusten (1999) mukaan 13 – 17 kertaa ja uudelleen synnyttäjien neuvolakäyntien määrän suositus on 9 – 13 kertaa raskauden aikana. Nyt uusien äitiysneuvolatoiminnan suositusten (2013) mukaan ensisynnyttäjille tarjotaan yhteensä 11 määräaikaistarkastusta, ja uudelleen synnyttäjälle 10 määräaikaista terveystarkastusta. Yksilöllisen tarpeen mukaan on mahdollista järjestää lisäkäyntejä äitiysneuvolaan raskauden aikana, tai synnytyksen jälkeen (Armanto & Koistinen 2007, 33; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 102.) Raskaana olevista naisista 97 – 99 % käyttää äitiysneuvolan palveluita, neuvolakäyntien vapaaehtoisuudesta huolimatta. Äitiys- ja isyys-

sekä vanhempainlomaan liittyvät todistukset, sekä äitiysavustuksen saamiseen oikeutavat todistukset saa vain äitiysneuvoloista tai yksityissektorin palveluntarjoajilta (Armanto & Koistinen 2007, 33).

Äitiysneuvolan työmuotoja ovat perhesuunnittelu, terveystarkastukset, seulonnat, kotikäynnit, perhevalmennukset, puhelin- ja mahdolliset nettineuvonnat, moniammatillinen yhteistyö muiden raskaana olevan ja perheen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Äitiyshuolto on järjestetty porrastetusti perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon välillä, jolloin äitiyshuolto toimii aukottomasti ja hoito on korkealaatuista. (Armanto & Koistinen 2007, 33.)

3.2 Lastenneuvola

Lastenneuvolatyö kuuluu perusterveydenhuoltoon, joka pohjautuu vuonna 1972 säädettyyn kansanterveyslakiin (Viljanen 1999, 290). Lastenneuvolan tarkoituksena on turvata lapsen hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kasvu ja hyvinvointi. Lastenneuvolassa myös panostetaan koko perheen hyvinvointiin ja pyritään kaventamaan perheiden välisiä terveyseroja. Lastenneuvolan asiakkaiksi kuuluvat kaikki alle kouluikäiset lapset (Armanto & Koistinen 2007, 113; THL 2013c.) Lastenneuvolan tavoitteena on varhainen puuttuminen lapsen kehitykseen epäsuotuisasti vaikuttaviin tekijöihin, kuten sairauksiin tai perheen muihin terveysongelmiin (STM 2004, 20).

Lastenneuvolan työmuotoina ovat terveystarkastukset. Terveystarkastuksia on vähintään 15 ennen lapsen kouluikää, näistä 3 ovat laajoja terveystarkastuksia ja 5 tarkastusta suoritetaan terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyönä (THL 2013c.) Muita työmuotoja ovat kotikäynnit, rokottamiset, seulontatutkimukset ja tärkeänä osana neuvolatyötä on koko perheelle suunnattu terveysneuvonta ja tuki (Armanto & Koistinen 2007, 113; THL 2013c.) Neuvolan palveluiden lisäksi lastenneuvolatyötä toteutetaan moniammatillisesti muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa (STM 2004, 36).

3.3 Laaja terveystarkastus

Laajat terveystarkastukset sisältyvät äitiys- ja lastenneuvoloiden määräaikaistarkastuksiin, joissa kuitenkin otetaan laaja-alaisemmin huomioon koko perheen hyvinvointi (THL 2014a). Laajat terveystarkastukset ovat lakisääteisiä, ja kuntien on pitänyt järjestää ne viimeistään vuoden 2011 alusta lähtien kaikille äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaille, sekä kouluikäisille lapsille. Laajojen terveystarkastusten toteutumista valvoo Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot. Laajoille terveystarkastuksille on olemassa kriteerit, joiden täytyessä terveystarkastusta voidaan kutsua laajaksi terveystarkastukseksi. Kriteereihin kuuluvat, että lastenneuvolan terveystarkastukseen osallistuu lapsi ja ainakin toinen vanhemmista, tavoitteena on saada molemmat vanhemmat osallistumaan laajaan terveystarkastukseen. Äitiysneuvolassa laajaan terveystarkastukseen voi osallistua myös raskaana olevan puoliso. Terveystarkastuksen aikana käsitellään laaja-alaisesti koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita. Terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja tai kättilö ja terveystarkastukseen sisältyy lääkärin tekemä terveystarkastus, lastenneuvolassa terveystarkastuksessa käsitellään huoltajan luvalla päivähoidon henkilökunnan arvio lapsen hyvinvoinnista ja selviytymisestä päivähoitossa, terveystarkastus toteutetaan yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa perheen ja muiden työntekijöiden kanssa (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen 2012, 12 - 15.)

Laajoja terveystarkastuksia järjestetään äitiysneuvolassa kerran. Äitiysneuvolatoiminnan suositusten mukaan se tulisi järjestää raskausviikoilla 13 – 18 (Kansallinen äitiys- ja lastenneuvolan asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 103.) Lastenneuvolassa laajoja terveystarkastuksia järjestetään kolme kertaa, lapsen ollessa 4 kuukauden, 18 kuukauden ja 4 vuoden iässä. Lisäksi laajat terveystarkastukset jatkuvat lapsilla koulussa (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 13.)

Laajoissa terveystarkastuksissa on mahdollisuus keskustella vanhempien ja koko perheen kanssa yksilöllisen tarpeen mukaan perheen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä asioista, kysymyksistä ja mahdollisesta tuen tarpeesta. Laajojen terveystarkastusten tavoitteena on vahvistaa koko perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi tarkoituksena on tunnistaa lapsiperheiden tuen tarve entistä aiemmin ja tarjota perheille oikea-aikaista tukea ja hoitoon ohjaamista. Laajoilla terveystarkastuksilla pyritään

myös tehokkaammin ehkäisemään syrjäytymistä ja kaventamaan terveyseroja. Laajoissa terveystarkastuksissa terveysneuvonta ja ohjaus ovat keskeisessä roolissa (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 12, 15.)

Laajoissa terveystarkastuksissa käsiteltävät aihepiirit valikoituvat tarkastuskohtaisesti ja kullakin kerralla tarpeen mukaan painottuen. Yleisiä keskusteluteemoja kaikissa laajoissa terveystarkastuksissa kuitenkin ovat lapsen ja vanhempien hyvin vointi, sisarusten väliset suhteet ja sisarusten vointi. Lisäksi käynneillä tarkastellaan perheen sisäistä vuorovaikutusta, perheen elinoloja ja tukiverkostoja. Lastenneuvolassa liikkeelle lähdetään lapsen ikätason, perheen tarpeiden ja toiveiden, sekä perheestä aiemmin kertyneen tiedon pohjalta. Vanhemmilta kysytään kuulumiset, kartoitetaan myös vanhempien terveydentilaa, terveystottumuksia, voimavaroja ja parisuhteeseen ja kodin ilmapiiriin liittyviä asioita (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 40 - 48.)

Lapsen hyvinvoinnissa keskeistä laajoissa terveystarkastuksissa on lapsen ikätasoinen fyysinen, psyykkinen ja psykososiaalinen terveys ja kehittyminen. Käynneillä käydään läpi lapsen terveystottumuksia. Näihin kuuluu muun muassa uniajat, ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvät asiat, hygienia-asiat, ruutu aika ja liikkuminen. Käynneillä keskustellaan myös lapsen ikätasoisesti lasten tapaturmien ehkäisystä. Lapsen näkökulmasta keskustellaan myös lapsen leikkimisestä, kavereista ja harrastuksista (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 40 – 48.)

Alle kouluikäisen lapsen laajassa terveystarkastuksessa käydään läpi myös päivähoiton arvio lapsen terveydentilasta, kasvusta ja kehityksestä. Laajoissa terveystarkastuksissa paneudutaan normaaleja määräaikaistarkastuksia enemmän sisarussuhteisiin. Käynneillä keskustellaan lapsen mahdollisista sisarussuhteista ja siitä, miten sisarukset tulevat keskenään toimeen. Vanhempien kanssa keskustellaan siitä, miten vanhemmat huomioivat sisarukset yksilöllisesti ja kuinka he tukevat sisarusten keskinäistä suhdetta esimerkiksi riitatilanteissa. Lisäksi kartoitetaan sisaruksen vointia ja sen vaikutusta muuhun perheeseen (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 40 – 48.)

Lastenneuvolan laajassa terveystarkastuksessa käydään läpi myös perheen sisäistä vuorovaikutusta, perhetilannetta, perherakennetta, kasvatuskäytäntöjä ja turvallisuutta. Perheen elinoloista keskustellaan ja käydään läpi muun muassa perheen toimeentuloa,

asumista, ympäristön turvallisuutta, arjen hallintaa ja näiden vaikutusta perheeseen. Perheen tukiverkostoa kartoitetaan käynnillä ja tarvittaessa mietitään mistä perheelle saataisiin puuttuvaa tukiverkostoa (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 40 – 48.)

Äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa edellä mainittuja aihealueita käydään läpi soveltuvin osin. Äitiysneuvolassa keskeisimpänä aihealueena on tulevaan elämäntilanteeseen valmistautuminen. Äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa keskustellaan lapsen syntymän tuomista muutoksista muun muassa parisuhteeseen, vanhemmuuteen kasvusta, vuorovaikutuksesta lapseen ja mielenterveyteen liittyvistä asioista. Terveysneuvonnan keskeisiä aihealueita ovat päihteiden käyttö, imetykseen, ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvät asiat (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 40, 49.)

3.4 Kotikäynnit

Kotikäynnit ovat olleet mukana äitiys- ja lastenneuvolatyössä jo niiden aloittamisesta lähtien. Kotikäynntejä pidetään merkittävänä osana perhekeskeistä hoitotyötä (Viljamaa 2003, 40.)

Terveystarkastajat ovat kokeneet, että kotikäynnit ovat hyvä keino oppia tuntemaan perhe paremmin (Armanto & Koistinen 2007, 366). Kotikäynntejä tekemällä työntekijä pääsee siihen ympäristöön, jossa perhe elää ja näin saa enemmän tietoa perheestä sekä sen arvoista ja kulttuurista (Hakulinen ym. 1999, 31 – 32). Kotikäynneillä työntekijä pystyy myös paremmin selvittämään perheen sosiaaliset ja taloudelliset olot sekä kartoittamaan tarkemmin perheen toimintakykyä ja voimavaroja (Viljanen 1999, 294).

Kotikäynntejä on Suomessa tutkittu vähän. Tehdyissä tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että varhaisessa vaiheessa kotikäynnein annettulla perheneuvonnalla on mahdollista muun muassa ehkäistä lapsen nuoruuden aikaisia ongelmia. Lisäksi kotikäynnit on ennaltaehkäisevän työn menetelmänä todettu vaikuttavaksi etenkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 142 – 143.) Kotikäynneillä on pystytty parantamaan ennaltaehkäisevän työn merkittävyyttä. Ohjauksen ja neuvonnan on myös todettu olevan vaikuttavampaa, kun se tapahtuu perheen omassa elinympäristössä. (Viljanen 1999, 301.) Kotikäyntien on todettu vaikuttavan myönteisesti monella muullakin tapaa. Kotikäyn-

neillä pystytään parantamaan perheen varhaista vuorovaikutusta, niillä on ollut myönteiset vaikutukset muun muassa imetykselle, tapaturmien ehkäisylle, perheen tiedon saannille, lapsen hoidolle, sekä kaltoinkohtelun ehkäisemiselle. (STM 2004, 121.) Borgn & Roinisen (2008, 27) mukaan terveydenhoitajilla on lapsen ja perheen elämää muita ammattiryhmiä kattavampi kuva juuri kotikäyntien ansiosta.

Valtakunnallisten suositusten mukaan terveydenhoitajan tulisi tehdä ensimmäisen kotikäynnin ensisynnyttäjää perheeseen jo vauvan odotusaikana (Kansallinen äitiys- huollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 145). Äitiysneuvolan terveydenhoitaja voi tehdä käynnin tarvittaessa lastenneuvolan työntekijän kanssa. Tällöin myös perheen kanssa jatkava lastenneuvolan työntekijä pääsee tutustumaan perheeseen jo ennen vauvan syntymää, mikäli perheen lastenneuvolan työntekijä on eri, kuin äitiysneuvolan työntekijä. Tarkoituksena on, että työntekijä tutustuu käynnin aikana perheeseen ja tunnistaisi jo tässä vaiheessa, mikäli perheellä on erityisen tuen tarvetta. Toivottavaa on, että perheen isä, sekä perheen muut lapset olisivat paikalla kotikäynnillä. Ensimmäisellä kotikäynnillä on tarkoitus keskustella koko perheen kanssa vauvan myötä muuttuvasta elämäntilanteesta. Käynnin tarkoituksena on myös tapaturmien kartoitus ja ennaltaehkäisy. Kotikäyntien tarkoituksena on myös kartoittaa perheen mahdollisia sosiaalisia tukiverkostoja. Kokonaisuudessaan käynnin tarkoituksena on antaa perheelle tukea ja mahdollisuus keskustella mieltä askarruttavista asioista (STM 2004, 121 – 122.)

Suosituksien mukaan toinen kotikäynti tehdään perheeseen vauvan syntymän jälkeen, siinä vaiheessa kun äiti ja vauva ovat palanneet kotiin synnytys sairaalasta. Tämä käynti tehdään kaikille synnyttäneille, ei vain ensisynnyttäjille (Kansallinen äitiys- huollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 145.) Kotikäyntiä suositellaan vauvan syntymän jälkeen tehtäväksi etenkin, jos ensimmäinen kotikäynti ennen vauvan syntymää on jätetty tekemättä, tai mikäli äiti ja vauva ovat kotiutuneet sairaalasta tavallista aikaisemmin. Vauvan syntymän jälkeisen kotikäynnin tarkoituksena on äidin, vastasyntyneen ja isän voimien selvittäminen ja vastasyntyneen hoidon ohjaus. Tarkoituksena on myös tukea perheen varhaista vuorovaikutusta vauvaan ja keskustella perheen kanssa asioista, jotka ovat ajankohtaisia synnytyksen jälkeen, kuten esimerkiksi synnytyksen kulusta, imetykseen liittyvistä asioista tai parisuhteesta

vauvan syntymän jälkeen, sekä sisarusten suhtautumisesta vauvaan (STM 2004, 123 – 124.)

Joillakin paikkakunnilla vauvan syntymän jälkeisen kotikäynnin tekee äitiysneuvolan työntekijä yksin. Tällöin on tärkeää, että äitiysneuvolan terveydenhoitajan ja perheen kanssa jatkavan lastenneuvolan terveydenhoitajan välinen raportointi ja viestintä perheen tilanteesta on sujuvaa (STM 2004, 123.)

Kotikäyntejä voidaan toteuttaa muulloinkin, kuin ennen ja jälkeen vauvan syntymän. Kotikäyntejä on hyvä tehdä lisää tarpeen mukaan, mikäli perheellä on jonkinlainen erityistilanne. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi paikkakunnalle muuttaneiden perheet, keskosena syntyneen lapsen perheet, perheet, joissa on mielenterveys- tai päihdeongelmia, perheet, joissa lapsi on pitkäaikaisesti sairas, tai mikäli terveydenhoitajalla on noussut lapsesta tai perheestä huoli muuten. (STM 2004, 124 – 125.) Kotikäynneille voi osallistua tarvittaessa terveydenhoitajan lisäksi perhetyöntekijä tai muun tarvittavan ammattiryhmän edustaja (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 145).

Kotikäynnit ovat olleet yksi varhaisen puuttumisen väline, jolla on pystytty vähentämään lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmia. Kotikäyntien tekeminen on tämän myötä tuonut myös yhteiskunnalle säästöjä. Tällä hetkellä neuvoloissa ei kuitenkaan ole riittäviä resursseja puuttua perheiden ongelmiin kotikäynnein riittävän ajoissa, vaan ongelmat kerkeävät usein kärjistyä, ennen kuin perheet niihin saavat apua ja tukea. (Borg & Roininen 2008, 27.)

3.5 Perhevalmennus

Suomessa perhevalmennuksella on pitkät perinteet äitiyshuollossa. Perhevalmennus on saanut alkunsa synnytykseen valmentamisesta. Käsitteenä perhevalmennus otettiin käyttöön 1980-luvulla (Vehviläinen-Julkunen 1999, 169.) Perhevalmennus on osa neuvolan perhekeskeistä toimintaa ja sitä tarjotaan ensimmäistä lastaan odottaville perheille. Kuten muukin neuvolatoiminta, myös perhevalmennus on vapaaehtoista. (Armanto & Koistinen 2007, 366.) Uusien äitiysneuvolatoiminnan suosituksien mukaan perhevalmennusta tulisi tarjota myös uudelleen synnyttäjille, mikäli perheessä on

erityisen tuen tarvetta. Suositusten mukaan valmennusta tulisi tarjota myös maahanmuuttajille, joille on syntymässä ensimmäinen lapsi Suomessa, sekä uusperheille, mikäli toinen uusperheen vanhemmista odottaa esikoistaan. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 81.)

Perhevalmennuksen tarkoituksena on valmentaa tulevia vanhempia synnytykseen, tukea vanhempia lapsen hoiva- ja kasvatustehtävissä ja vahvistaa tulevien vanhempien itseluottamusta synnytyksen ja perheen arjen sujumisessa (Mäkinen 2013.) Vanhemmuuden vahvistamisen keinoina perhevalmennuksessa käytetään vanhempien tiedon ja taidon herättelyä, toiminnallisia harjoituksia ja vertaistukea, jota vanhemmat saavat muista samassa elämäntilanteessa elävistä perhevalmennukseen osallistuneista henkilöistä. Perhevalmennuksen keskeisiä teemoja ovat synnytykseen valmistautuminen, imetys, varhaisen vuorovaikutuksen luominen, vanhempien ja lapsen kiintymyssuhteen luominen, vanhemmuus, vanhempien parisuhde, vauvaperheen arki ja lapsiperheiden tuki- ja palveluverkostot. Tarkoituksena on, että sisältöä painotetaan ryhmään kuuluvien vanhempien toiveiden ja tarpeiden mukaan. Ryhmäkertoja on 6 – 8 ja niiden aloitus ajoitetaan raskausviikoille 18 – 22. (Sosiaaliportti 2008; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 80 – 81.)

Perhevalmennukseen osallistuvat tuleva äiti ja hänen puolisonsa tai äidin kanssa synnytykseen osallistuva tukihenkilö (Armanto & Koistinen 2007, 366). Perhevalmennusta toteutetaan eri ammattiryhmien toimijoiden yhteistyönä. Keskeisinä toimijoina ovat äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Muita toimijoita voivat olla esimerkiksi synnytyssairaalat, suun terveydenhuollon toimijat, fysioterapeutit, päivähoidon työntekijät, seurakunnat ja erilaiset lapsiperheille suunnatut järjestöt. (Sosiaaliportti 2008.)

3.6 Isien huomiointi neuvolassa

Isien huomiointi ja isyyden tukeminen neuvolassa on melko uusi asia. Isän roolin muutos aktiiviseksi vanhemmaksi on tapahtunut lähes yhden sukupolven aikana. Vasta 1990-luvulta eteenpäin on puhuttu jaetusta vanhemmuudesta, jossa äiti ja isä nähdään tasavertaisina vastuun jakajina vanhemmuudessa ja lasten hoivaamisessa (Hämäläinen, Kondratjeff & Westerlund 2008, 71.) Isyyttä koskevia tutkimuksia Suomessa on tehty vähän. Neuvolaa koskevissa tutkimuksissa isien omia kokemuksia ja käsityk-

siä on tutkimuksissa selvitetty enemmän äitien kautta kuin isiltä itseltään kysymällä. (STM 2008, 16 - 17.) Isien huomiointi, mukaan ottaminen ja neuvolakäynneille osallistumiseen kannustaminen on tärkeää muun muassa siksi, että tutkimuksien mukaan isän aktiivisen läsnäolon on todettu edistävän lapsen terveyttä, kasvua ja kehitystä, esimerkiksi vähentämällä lapsen kognitiivisen kehityksen ongelmia ja etenkin poikalapsien käytöshäiriöitä (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 80).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 3 – 4, 47 – 48) valtakunnallisen selvityksen mukaan isät ovat aiemmin olleet neuvolassa enemmän sivusta seuraajia, kuin aktiivisia osallistujia. Nykyään isät myös osallistuvat äitiys- ja lastenneuvola käynneille aiempaa aktiivisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut isien tukemista neuvoloissa 1990-luvun lopulta saakka. Viime vuosien aikaan isien tukemiseen onkin kiinnitetty enemmän huomiota neuvolatyössä. Selvityksen mukaan terveydenhoitajat ovat sisäistäneet isien tukemisen hyvin neuvoloiden tehtäväksi ja osaksi neuvolan perhekeskeistä hoitotyötä. Huomion kiinnittäminen isien tukemiseen on ollut myös haaste neuvoloissa. Osa neuvoloista on isien tukemisessa toisia edellä, ja tämä muun muassa aiheuttaa epätasa-arvoa isien välillä eri neuvoloissa. Myös terveydenhoitajilla on puutteita isien tukemisessa käytännössä, vaikka asenteet ovatkin myönteisiä. Terveydenhoitajien koulutukseen ei ole aina kuulunut isien tukeminen ja huomioon ottaminen. Suurin osa terveydenhoitajista on opiskellut aihetta omatoimisesti tai täydennyskoulutuksen kautta. Selvityksestä käy ilmi, että moni terveydenhoitaja kokee valmiutensa isien huomioimiseen riittämättömänä, ja koulutusta aiheesta kaivataan.

Viljamaan (2000, 38) tutkimuksessa isät tulee ottaa aktiivisemmin mukaan neuvolaan ja osallistumisen pitäisi olla isille helppoa ja isien neuvolassa olemisen pitäisi olla yhtä itsestään selvää kuin äidin mukana olo. Vaikka neuvolapalvelut painottavat perhekeskeisyyttä työskentelyssä, ja täten koko perheen huomioon ottamista neuvolassa, isät kokevat jäävänsä helposti ulkopuolisiksi. Yhtenä keinona isien huomioimisen lisäämiseen olisikin kutsua isät mukaan erillisellä kirjeellä, tai jopa järjestää isille omia neuvolakäyntejä (Mykkänen 2011.) Isälle henkilökohtaisesti osoitettu kutsu lisää isien osallistumista neuvolan tarkastuksiin (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 23). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (2008, 36, 47 - 48) käy ilmi, että isät henkilökohtaisesti kutsutaan vain harvoin mukaan neuvolaan. Kutsu yleensä välitetään äidin kautta.

Tärkeäksi asiaksi isien tukemisen kannalta selvityksessä nousee myös se, että kotikäynnit pyritään pääsääntöisesti järjestämään siten, että isäkin pääsee paikalle. Selvityksen mukaan terveydenhoitajat kokevat, että isien tavoittaminen on vaikeaa. Jotta isät pysyvät ottamaan osaa neuvolakäynteihin, on iltavastaanottojen järjestäminen tärkeää.

Vaikka isät eivät aina ole ottaneet aktiivisesti osaa neuvolassa käymiseen, ovat he osallistuneet synnytysvalmennukseen, eli nykyiseen perhevalmennukseen, jo 1970-luvulta lähtien. Ennen synnytysvalmennukseen osallistuminen oli vaatimus, mikäli isä halusi päästä mukaan synnytykseen. Tämä pakko on ollut pois käytöstä jo kauan, mutta silti isien osallistuminen valmennukseen on säilynyt. Perhevalmennukseen osallistuvat lähes kaikki ensimmäistä lastaan odottavat isät. Perhevalmennukset ovat suoneet isille mahdollisuuden pohtia yhdessä muiden tulevien isien kanssa isyyteen, miehuuteen, parisuhteeseen ja vauvan hoitoon ja hoivaamiseen liittyviä kysymyksiä (Armanto & Koistinen 2007, 366.) Terveydenhoitajat kohtaavat isiä kaikessa neuvolatoiminnassa, mutta parhaiten isät tavoittaa perhevalmennuksessa (STM 2008, 24).

3.7 Terveydenhoitaja

Terveydenhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattilainen, joka on käynyt ammattikorkeakoulussa terveyden- ja sairaanhoitajatutkinnon (240 op). Terveydenhoitajan ammattinimikettä saa käyttää vain terveydenhoitajatutkinnon suorittanut henkilö (Suomen terveydenhoitajaliitto ry 2013.)

Terveydenhoitajan työn näkökulma on ennaltaehkäisevässä työssä ja hän on perhehoitotyön asiantuntija. Terveydenhoitaja suunnittelee, toteuttaa, arvioi ja kehittää työtään ottaen huomioon väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tekijät, elinympäristön ja elinolosuhteet. Terveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu sairauksien ja terveystieteiden ennaltaehkäisy, sairauksien ja terveystieteiden varhainen toteaminen ja hoitoon ohjaaminen, sekä terveyden edistäminen ja terveellisten elintapojen ohjaaminen (STHL 2013; STM 2014, 32.) Neuvolassa terveydenhoitajan työhön kuuluu koko perheen terveyden edistäminen. Terveydenhoitaja tekee työtä perhekeskeisesti ja voimavaroiltaan (STM 2004, 32).

Äitiys- ja lastenneuvoloissa terveydenhoitaja on päävastuussa äitien ja perheiden hoidosta (Armanto & Koistinen 2007, 37). Terveydenhoitaja on neuvolassa keskeisin toimija. Hänen vastuullaan on alueensa lapsiperheille suunnattu ennaltaehkäisevän työn asiantuntijuus, neuvolan hoitotyön taso ja työn ajanmukaisuus. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa perheet ja tapaa heitä työkäytäntöjen mukaisesti usein. Terveydenhoitajan tavatessa perheitä usein, hän oppii tuntemaan asiakkaansa ja luomaan kokonaiskuvan heistä (STM 2004, 32 - 33.)

Suosituksien mukaan terveydenhoitajan asiakkaiden laskennallisen mitoituksen lähtökohtana on lastenneuvolassa enintään 340 lasta vuodessa per kokopäiväinen terveydenhoitaja (Wiss, Frantsi-Lankia, Koskinen & Saaristo 2012, 21). Uusien äitiysneuvolan suositusten (2013) mukaan terveydenhoitajalla saa olla enintään 76 (ennen 80) lasta odottavaa perhettä vuodessa per kokopäiväinen terveydenhoitaja. Mikäli terveydenhoitaja tekee väestövastuu-mallin mukaisesti sekä äitiys- että lastenneuvolatyötä, saa hänellä olla 38 raskaana olevaa perhettä vuodessa. Laskennallisesti mitoitus on tämä, kun terveydenhoitajalla on sijainen vuosilomansa ajaksi. Mitoituksessa tulee ottaa huomioon asiakaskunnan perhetilanteet. Mikäli alueella on paljon erityistä tukea tarvitsevia perheitä, maahanmuuttajia tai jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella sektorilla, on laskennallista asiakasmäärää vähennettävä (Armanto & Koistinen 2007, 37 ja 115; STM 2004, 39; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 306 – 309.) Jotta äitiysneuvolassa voidaan varmistaa terveydenhoitajan riittävä osaaminen, tulee hänellä olla hoidettavanaan vähintään 38 lasta odottavaa perhettä vuodessa (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 309).

4 MONIAMMATILLISUUS

Moniammatillisuus käsitteenä on laaja-alainen, mutta sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisuudella yleisesti tarkoitetaan toimintaa, jossa eri ammattiryhmiin kuuluvat asiantuntijat jakavat tietojansa, osaamistaan ja valtaansa siten, että yhteistyöllä päästään yhteiseen päämäärään. Moniammatillisuuden myötä yhteistyössä on paljon eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, ja onnistuneeseen lopputulokseen pääsemiseksi

pitää yhteistyötä tekevien tahojen osata koota kaikki tieto yhteen. Toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä ryhmän jäsenet tietävät mitä tehdään ja miksi tehdään, ryhmän sisällä on osaamista riittävästi, osaamista ja tarpeellista asiantuntijuutta jaetaan ryhmän kesken, tarpeen mukaan ryhmään otetaan mukaan ulkopuolisia asiantuntijoita, mikäli ryhmän oma asiantuntijuus ei riitä päämäärään pääsemiseksi. Monipuolisen asiantuntijuuden, sekä selkeän tavoitteen lisäksi tehokas moniammatillinen yhteistyö vaatii ryhmän jäseniltä vuorovaikutustaitoja, yhteishenkeä, roolien ymmärtämistä, sekä toisten ryhmän jäsenten arvostamista (Kontio 2010, 8 - 10.) Yksinkertaisesti määriteltynä moniammatillisuus on muiden tietotaidon hyödyntämistä. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan asiakaskohtaisessa työssä, ja toimintojen sekä palveluiden kehittämisessä (Järvinen & Taajamo 2008, 12.)

Neuvolatyössä yhteistyö monien eri tahojen kanssa on erityisen tärkeää, ja moniammatillinen yhteistyö on osa perhekeskeistä hoitotyötä. Yhteistyö perheiden, lapsen ja vanhempien kanssa on neuvolan lähtökohta, mutta tehokkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vuoksi yhteistyö muiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa on välttämätöntä (Armanto & Koistinen 2007, 115, 367.) Usein neuvolassa olevalla asiakkaalla on yhteyksiä muihinkin palvelujärjestelmän toimipisteisiin. Mikäli eri toimipisteet eivät tee yhteistyötä asiakkaan asioiden hoitamisessa, asiakkaan kokonaisuutena tilanteen ymmärtäminen hankaloituu. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on selkeyttää asiakkaan tilannetta ja muutoksissa tukemista, yhteisesti jaettu tavoite, päällekkäisyyksien karsiminen ja yhteistyökumppanien vastuiden ja työnjaon selkeyttäminen. Asiakkaan näkemys otetaan aina huomioon kokonaisnäkemyksessä ja sen rinnalle otetaan eri ammattiryhmien asiantuntijoiden näkemykset. Asiakkaan tulee aina tietää, ketkä hänen asioitaan käsittelevät, millaista apua ja tukea kultakin henkilöltä asiakas voi saada (Järvinen & Taajamo 2008, 14.) Neuvolassa osa perheistä suhtautuu moniammatilliseen yhteistyöhön melko kielteisesti. Usein kielteisyys taustalla on pelko perheen päätäntävällän menettämisestä heidän omissa asioissaan. Tämän vuoksi onkin tärkeää muistaa, että jokaisessa vaiheessa perhe itsessään on tärkein yhteistyökumppani oman asiansa asiantuntijana (Viljanen 1999, 303.)

Suositus on, että jokaisessa lastenneuvolassa toimii lastenneuvolatyöryhmä. Lisäksi äitiys- ja lastenneurolat tekevät saumatonta yhteistyötä ja yhteistyö koskee kaikkia syntyviä lapsia ja perheitä. Lastenneuvolatyöryhmä muodostuu paikallisten olosuhteiden

den mukaan lapsen tutkimiseen ja perheen tukemiseen osallistuvista työntekijöistä. Lastenneuvolatyöryhmän osallistujista, kokoontumistiheyksistä ja työnjaosta sovitaan lastenneuvolassa (STM 2004, 42.)

Neuvolan moniammatillisessa työryhmässä olisi hyvä olla neuvolan lääkärin ja terveydenhoitajan lisäksi perhetyöntekijä, psykologi, suun terveydenhuollon edustaja, puheterapeutti, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, sekä sosiaalitoimen edustajat päivähoidosta, lastensuojelusta ja perheneuvolasta. Mikäli neuvolan moniammatillisessa työryhmässä ei ole kaikkien näiden ammattiryhmien edustajia, on tärkeää, että neuvolalla on kuitenkin luotuna näihinkin ammattiryhmiin yhteistyö ja konsultaatio mahdollisuudet (Armanto & Koistinen 2007, 115.) Keskeisinä neuvolan yhteistyökumppaneina ovat myös erikoissairaanhoidon, kotipalvelun, seurakunnat ja järjestöt, opetustoimi ja vanhempien palvelut, kuten esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeasioita hoitavat sosiaali- ja terveystieteiden tahot (THL 2013d.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suositukseksi on, että yhteistyön ja konsultaatioiden helpottamiseksi lapsiperheiden palvelut koottaisiin yhteen siten, että lapsiperheille suunnatut terveys- ja hyvinvointipalvelut olisivat koottu yhdeksi perhepalveluverkostoksi. Toiminnan ajatuksena on, että palvelut voitaisiin järjestää fyysisesti samassa paikassa, tai toiminnallisena perhepalveluverkostona. Perhepalveluverkostossa toimii lääkäri, terveydenhoitaja, psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti, perhetyöntekijä ja tarvittaessa myös muita erityistyöntekijöitä. Verkostossa toimii myös paikallisen tarpeen mukaan muita lapsiperheiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia, kuten päivähoitajan henkilökuntaa. Ajatuksena on myös, että perhepalveluverkoston fyysisissä tiloissa voi toimia myös esimerkiksi vanhempainryhmiä, järjestöjä ja perhekahviloita (STM 2004, 28 – 30; THL 2013e.)

Yhteistyö eri sosiaali- ja terveystieteiden välillä vaatii asiakkaalta suostumuksen potilas- ja asiakastietojen luovuttamiseen. Mikäli lupaa ei ole, asiakkaan asiaa käsitellään nimettömänä. Lapsen hoitoon ja seurantaan liittyvistä asioista lastenneuvolantyöntekijät (ja terveyskeskuksen työntekijät), jotka osallistuvat lapsen hoitoon, voivat antaa toisilleen tietoa lapsesta ja keskustella lapsen ja perheen asioista. Vanhemmilta tai huoltajalta tarvitaan erillinen lupa, mikäli lapsen asioita käsitellään työryhmässä, johon kuuluu lastenneuvolan ulkopuolella työskenteleviä henkilöitä. Laissa on määrätty

erityistapaukset, joissa lupaa vanhemmilta ei tarvita lapsen hoitoon liittyvien tietojen luovuttamisessa (THL 2013d; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka perhekeskeinen hoitotyö käytännössä toteutuu Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloissa. Opinnäytetyölläni haluan selvittää, miten ja millaisena terveydenhoitajat kokevat omassa työssään perhekeskeisyyden ja perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen. Lisäksi selvitän, millaisia kehittämissideoita terveydenhoitajilla on perhekeskeisen hoitotyöhön liittyen. Aihe on ajankohtainen ja perhekeskeisyyttä on painotettu myös meidän terveydenhoitajaopinnoissamme. Itseäni aihe kiinnostaa kovasti. Perhekeskeisyyteen liittyen on olemassa suosituksia, mutta etenkin neuvolaan liittyviä perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen liittyviä tutkimuksia löysin vain vähän. Työelämä kiinnostui aiheestani ja täten lähdin toteuttamaan tutkimusta Äänekosken neuvolassa. Äänekosken neuvoloissa ei ole aiemmin tehty vastaavaa tutkimusta.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Miten perhekeskeinen hoitotyö toteutuu Äänekosken neuvoloissa terveydenhoitajien kokemana?
- 2) Millaisia kehittämissideoita terveydenhoitajilla on perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen liittyen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukseni on pääosin laadullinen, mutta osa kysymyksistä on strukturoituja, jolloin tutkimus näiltä osin on myös määrällinen. Vaikka tutkimus on peruslähdekohdil-

taan laadullinen, on siihen mahdollista liittää kvantitatiivinen mittaus joidenkin kiinnostavien asioiden kohdalla. Näin laadulliseen raporttiin saadaan vaihtelua ja aineistoa havainnollistettua. (ks. Metsämuuronen 2000, 65.) Valitsin laadullisen tutkimuksen, koska tutkin vastaajien kokemuksia tutkittavasta asiasta ja lisäksi halusin tutkia vastaajien mielipiteitä ja ajatuksia perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa. Laadullisessa tutkimuksessa kohteena on yleensä ihminen ja hänen maailma. Näitä usein tutkitaan merkityksien kautta, jolloin merkitykset voivat olla ihmisen toimintaa, suunnitelmia, päämäärien asettamista tai yhteisöjen toimintaa. Ihmisten kokemuksiin ja niistä kertomiseen vaikuttavat aina ihmisen elämismaailma, kuten kieli, symbolit, tavat puhua, ymmärtää ja käydä keskustelua. Tähän vaikuttaa myös ympäröivä kulttuuri, sen toimintatavat ja instituutiot (Varto 2005, 28 – 29; Ronkainen ym. 2011, 81 – 82.) Laadullisen tutkimuksen toteuttamismenetelmille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää laadullisesta tutkimusaineistosta yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia ja toimintatapoja (Janhonen & Nikkonen 2003, 21.) Näitä tutkin myös omassa tutkimuksessani.

6.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat, joita alueella on 11. Kohderyhmäksi valikoitui kyseinen ryhmä, koska tutkimus käsittelee vain Äänekosken terveydenhoitajien kokemuksia oman alueensa äitiys- ja lastenneuvolatyön perhekeskeisyyden toteutumisesta.

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin kyselyn, joka on yksi yleisimpiä tutkimusmenetelmistä. Kyselyt voidaan jaotella toteuttamistapansa mukaisesti sähköisesti, puhelimitse tai kyselylomakkeella kerättyihin aineistoihin. Jaottelussa voidaan ottaa huomioon myös, täyttääkö tutkija kyselyn vastaajien puolesta vai täyttävätkö he sen itse (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 113 – 114.) Tutkimukseni kyselyn toteutin kyselylomakkeella, jonka vastaajat täyttivät itse.

Kyselyissä käytetään ennalta laadittua kyselylomaketta. Kaikki kysymykset ovat kaikille vastaajille samat. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia, jolloin vastaukset muodostuvat vastaajan omista sanoista, tai strukturoituja, jolloin kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselylomaketta laadittaessa sen tekijällä tulee olla hyvä teoreettinen tieto tutkimusilmiöstään (Ronkainen ym. 2011, 114.)

Tutkimusta varten laadin kyselylomakkeen (Liite 1). Kyselylomakkeessa on seitsemän strukturoitua monivalintakysymystä ja 21 strukturoimatonta, eli avointa kysymystä. Osassa monivalintakysymyksessä on lisäksi perustelukohta, joka täytetään omin sanoin. Ennen kyselylomakkeen laatimista tutustuin aiheen kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimustuloksiin sekä aihetta koskevaan muuhun saatavissa olevaan teorialtietoon. Kysymyslomake muotoutui useasta eri versiosta. Lopulliseen kyselylomakkeeseen valikoitui viisi perhekeskeisyyteen vaikuttavaa osa-aluetta, joiden näkökulmasta kysymykset on asetettu. Osa-alueet ovat: vastaajan taustatiedot, resurssit perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa, perheen huomiointi äitiys- ja lastenneuvoloissa, kotikäynnit ja moniammatillisuus. Kyselylomakkeen suunnittelussa kysyin mielipiteitä kysymyksiin ja lomakkeen rakenteeseen opinnäytetyöni opponenteilta sekä ohjaavalta opettajalta. Lisäksi kysymyslomakkeen kysymyksiä käytiin läpi suunnitteluseminaariin osallistuneiden henkilöiden kanssa. Koska yksikertaiseltakin tuntuva kysymys voi muodostaa vastaajassa yllätyksellisiä ajatuskuvioita, kyselylomake on hyvä esiteltävä ennen sen käyttöä oikeassa tutkimustilanteessa (Pahkinen 2012, 219). Kysymyslomakkeen esiteltäessä kahdella terveydenhoitajaopiskelijalla ja täytin myös itse lomakkeen, jotta saisin selville, kuinka kauan lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa ja ovatko kysymykset ymmärrettävissä muodossa.

Kyselylomakkeet vein marraskuun 2013 puolessavälissä Äänekosken äitiys- ja lastenneuvolan osastonhoitajalle, joka toimitti kyselylomakkeet terveydenhoitajille. Kyselylomakkeiden lomassa oli saatekirje (Liite 2), jossa kerroin opinnäytetyöstäni, tutkimuksen tarkoituksen ja kyselyyn vastaamisen ohjeet. Vastausaikaa oli noin 3 viikkoa, 4.12.2013 saakka. Terveydenhoitajat lähettivät vastukset suoraan minulle suljetussa kirjekuoressa. Kyselylomakkeita palautui minulle viisi (5) kappaletta vastausajan päättymiseen mennessä.

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin toteutin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää tutkimuksen aineisto siten, että tutkittava ilmiö tai asia voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvata. Olennaista on, että sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotellaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Sisällönanalyysin tarkoituksena usein on myös, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan tuotua selkeästi

esille. Itse sisällönanalyysiä pidetään laadullisen tutkimuksen perusprosessina. Sen keinoin voidaan analysoida joko suullista tai kirjoitettua kommunikaatiota ja pystytään myös tarkastelemaan tapahtumien ja asioiden yhteyksiä, merkityksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysillä analysoitava aineisto voi olla kvalitatiivista, eli esimerkiksi kertomuksia, puheita tai raportteja, mutta se voi olla myös kvantitatiivisesti mitattava asia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 23.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelmällä käsitteitä ja luodaan aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysi lähtee nimenomaan aineistosta. Tämä tarkoittaa sitä, että aikaisemmat tiedot, havainnot tai teoriat tutkittavasta ilmiöstä eivät ohjaa analyysiä tai vaikuta analyysin lopputulokseen missään vaiheessa. Tutkimuksen analyysiin liittyvä teoria liittyy ainoastaan analyysin toteuttamismenetelmään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97 – 98.)

Sisällönanalyysin prosessissa on useita eri vaiheita, jotka voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Usein analyysiprosessi voi olla myös monivaiheisempi, kuin mitä karkeassa analyysiprosessin rungossa esitetään. Analyysiprosessi etenee karkeasti eroteltuna seuraavasti: Valitaan analyysiyksikkö, tutustutaan aineistoon, pelkistetään aineisto, aineisto luokitellaan ja tulkitaan, sekä arvioidaan analyysin luotettavuus (Janhonen & Nikkonen 2003, 24 - 25.)

Työssäni valitsin analyysiyksiköksi lausuman, joka voi olla sana, lause tai lauseen osa. Analyysiyksikön valintaa ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Yleisesti analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa, aineistoyksikkö, sanayhdistelmä tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Janhonen & Nikkonen 2003, 25 – 26; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.)

Aineistoon tutustuin lukemalla aineistoin useaan kertaan läpi, ensin kyselylomake kerrallaan, tämän jälkeen vielä kysymys kerrallaan kaikkien vastaajien vastaukset lukien. Aineistoa pelkistäessäni karsin tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Etsin aineistosta tutkimustehtäviä kuvaavia ilmaisuja, esittämällä aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Ilmaisut alleviivasin erivärisillä korostuskynillä. Samaan aikaan tein alustavaa aineiston ryhmittelyä, alleviivaamalla samanlaiset lausumat samanvärisellä kynällä. Täten myös oli helposti nähtävissä eriväristen ilmaisujen väliset yhtäläi-

syydet ja eroavaisuudet. Alleviivatut lausumat kirjoitin allekkain erilliselle paperille. (ks. Janhonen & Nikkonen 2003, 25 – 2626 - 28; Tuomi & Sarajärvi 2002, 111 – 112.)

Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jonka jälkeen samaa tarkoittavat asiat yhdistetään yhdeksi luokaksi, jolle annetaan nimi sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkin-taa. Ryhmittelyssä luodaan pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle ja saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Keräsin paperille kirjoittamistani ilmauksista samalla värillä korostetut ilmaisut yhdeksi alaluokaksi ja nimesin luokat (ks. Janhonen & Nikkonen 2003, 28 - 29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112 – 113.)

Kun olin käynyt koko aineiston ryhmitellen läpi, abstrahoin, eli käsitteellistin aineis-ton. Tarkastelin syntyneitä alaluokkia ja keräsin niistä saman sisältöiset luokat ylä-luokiksi. Käsitteellistämässä etsitään tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä (Ks. Janhonen & Nikkonen 2003, 29 ; Tuomi & Sarajärvi 2002, 114 – 115.)

Tutkimuksessani analysoin myös strukturoidut, eli tutkimukseni kvantitatiiviset, ky-symykset aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin. Näissä kysymyksissä käytin kvantifiointia, eli laskin kuinka monta kertaa sama monivalintakysymyksen vastaus ilmeni aineistossa samoissa kysymyksissä. Kvantifioin aineistosta myös osan avoimis-ta kysymyksistä, jolloin laskin, kuinka monta kertaa samaa tarkoittava lausuma ilmeni aineistossa kustakin kysymyksestä, tai kuinka monta kertaa tutkittavat ilmaisivat sa-man asian (Janhonen & Nikkonen 2003, 34; Tuomi & Sarajärvi 2002, 117.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Kohderyhmänä olivat kaikki Äänekosken 11 äitiys- ja lastenneuvolan työntekijää. Näistä viisi (5) vastasi kyselyyn (N=5). Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 45,5 %.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Vastanneista terveydenhoitajista kaksi (2) työskentelee äitiysneuvolassa ja kolme (3) lastenneuvolassa. Suurimmalla osalla vastanneista työkokemusta on 16 – 20 vuotta. Muilla vastaajilla työkokemusta on 6 – 15 vuotta.

7.1.1 Perheen ja perhekeskeisyyden määrittely

Vastauksista kävi ilmi, että terveydenhoitajat näkivät perheet monimuotoisina. Erilaisia perhetaustoja ja perheiden elämäntilanteita oli ajateltu perhettä määrittäessä. Vastauksissa oli nähtävissä erilaiset perhetyypit (Ks. Tilastokeskus 2014). Tämä näkyy esimerkiksi seuraavissa vastauksissa:

”parisuhteessa asuvat henkilöt ja heidän lapsensa”

”Parisuhteessa asuvat henkilöt ja heidän lapsensa tai yksihuoltajavanhempi lapsineen tai parisuhteessa asuva lapseton pariskunta”

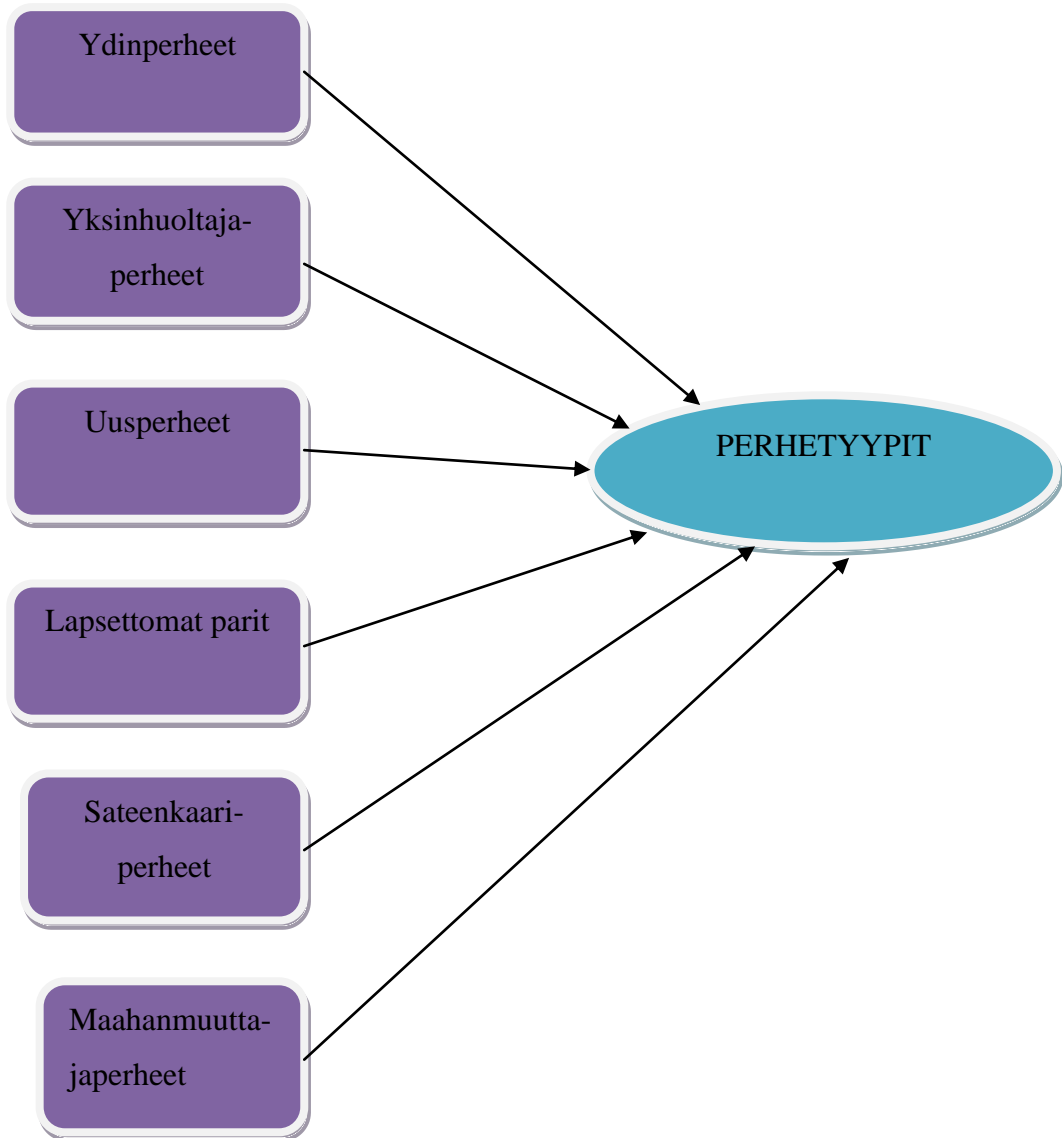
”äiti, isä ja lapsi/lapset...”

Vastauksien perhetyypeistä moni sopi niin ydinperheen, yksihuoltajaperheen, sateenkaariperheen, uusperheenkin, kuin lapsettoman perheen kuvaukseen. Toisaalta vastauksissa oli myös suoraan ilmaistuna perheen määritelmiä:

”...yksihuoltajaperhe, uusioperhe, maahanmuuttajaperhe, sateenkaariperhe.”

”yksihuoltajat lapsineen.”

Seuraavasta kuvasta käy ilmi perhekonseptin määrittymisen perhetyyppien mukaan:



Kuva 1. Perhekäsitteen määrittäminen.

Perhekeskeisyyttä terveydenhoitajat kuvasivat koko perheen huomioimisena. Koko perheen huomioimiseen liittyi vahvasti perheenjäsenten huomiointi yksilöinä. Tämä selviää esimerkiksi seuraavista vastauksista:

”asiakkaana olevan yksilön ohella huomioidaan myös perheenjäsenet ja koko perhe.”

”Huomioidaan yksittäisen perheenjäsenen vaikutus perheeseen ja päinvastoin.”

Itse perheen yksilöllisyyden ja jokaisen perheen omalaatuisuuden huomiointi nousi myös esiin. Perheen yksilöllisyyden huomioinnissa näkyi perheen kulttuurin ja toimintatapojen kunnioitus.

7.2 Resurssit perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa

Suurin osa vastaajista näki, että perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen on aikaa melko vähän. Tässä nousi esiin perheiden yksilöllisyys, toiset tarvitsevat paljon aikaa ja toiset vähemmän, mutta käyntiaikoja ei voi tämän mukaan pidentää, vaan kaikille varattu tietty aika:

”Perheet ovat yksilöllisiä, ohjanta aika rajallista.”

”Käyntiaikoja ei voi pidentää, jokainen käynti muokkautuu kuitenkin perheiden tarpeiden mukaisesti.”

Toisaalta osa vastaajista näki, että aikaa perhekeskeisyyden toteuttamiselle on sopivasti. Kaksi vastaajaa totesi seuraavasti:

”...on välillä hyvin kiireistä, mutta onneksi välillä on rauhallisempiakin päiviä.”

”Enemmänkin voisi olla, mutta isät ei aina tule neuvolaan.”

Kysyttäessä, miten terveydenhoitajat pystyvät itse vaikuttamaan omiin työaikoihinsa, oli vallitseva näkemys, että vaikuttamismahdollisuuksia työaikaan on vähän. Vain yksi vastaajista vastasi, että voi suunnitella aikataulunsa itse. Muissa vastauksissa työaikaan vaikuttamista heikensi se, että esimies määrittää työajan ja työaika on pääsääntöisesti klo 8 - 16. Toisaalta vaikuttamista paransi se, että työajoissa on pientä joustovaraa.

Tutkimuksessa selvitin, kuinka usein terveydenhoitajat järjestävät iltavastaanottoja. Kävi ilmi, että varsinaisia iltavastaanottoja ei järjestetä koskaan. Ainoa ilta-aikaan toteutettava neuvolan toiminto on perhevalmennus, johon neljä viidestä terveydenhoitajasta kertoi osallistuvansa vuorollaan kerran vuodessa. Kaksi viidestä vastaajasta ker-

toi, että ei järjestä iltavastaanottoja lainkaan. Perusteluja iltavastaanottojen järjestämättömyydelle olivat, että tämä on turvallisuussyistä hankalaa järjestää ja lisäksi kysyntää ei ole ollut.

Työtilat koettiin suurimmassa osassa vastauksia sopiviksi perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta:

”Työtila hyväkokoinen”

”...sopivan kokoinen – tilaa on usealle hengelle.”

Kaksi kolmesta työntekijästä kertoi, että työtilat ovat ahtaat perhekeskeisen hoitotyön toteuttamista ajatellen.

Terveystyöntekijät kokivat oman osaamisen hyvänä. Vastauksista ilmeni, että työkokemus ja käytännön työ ovat parhaita perhekeskeisen hoitotyön opettajia. Osaamisen tunnetta vahvisti työkokemuksen lisäksi se, että tuntee omat asiakkaansa hyvin.

Useammassa vastauksessa ilmeni, että koulutuksesta on jo pitkä aika, tai koulutusta perhekeskeisestä hoitotyöstä ei ole ollut lainkaan. Vastauksista ilmeni, että koulutus nähtäisiin hyvänä asiana, vaikka käytännön työ opettaa eniten. Koulutusta kaivattaisiin etenkin moniongelmaisten perheiden kohtaamisessa, sillä työskentely heidän kanssaan on vaativaa.

Kaikki vastaajat kertoivat käyttävänsä työssä apuvälineinä erilaisia työvälineitä. Perheiden arjen voimavaroja lisäävien ja kuormittavien tekijöiden arvioinnissa voidaan käyttää lasta odottavan perheen voimavaralomaketta tai lapsiperheen (vauvaperheen ja pikkulapsiperheen) voimavaralomaketta (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä ym. 2013, 35). Kaikki vastaajat kertoivat käyttävänsä työn apuvälineenä perheiden voimavaralomakkeita. Äitiysneuvolassa käytetään lasta odottavan perheen voimavaralomaketta ja lastenneuvolassa käytetään lapsiperheen voimavaralomakkeita lapsen ollessa 4:n kk ja 18:n kk ikäinen. Muina työvälineinä mainittiin seuraavia:

”audit, neuvokas-perhekortti, vanhemmuuden roolikartta, masennuskaavake, parisuhdeväkivalta-kaavake”.

Suurimmassa osassa vastauksesta kerrottiin, että työvälineitä on sopivasti. Vastauksista nousi esiin, että aika ei riittäisi useampien työvälineiden käyttöön ja että työvälineet ovat työn apuna, ne eivät ole itsetarkoitus. Vastauksista ilmeni myös, että työvälineitä on melko vähän. Yhdessä vastauksessa koettiin, että käytettävistä työvälineistä voisi olla enemmän tietoa ja koulutusta.

Kysymys omista vaikuttamismahdollisuuksista perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa koettiin osin hankalana. Yksi vastaajista vastasi, että vaikuttamismahdollisuudet perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa ovat vähäiset. Valtaosassa vastauksista kuitenkin ilmeni, että terveydenhoitajat kokivat vaikuttamisen mahdollisuudet paljon oman persoonan kautta. Vastaajat kokevat, että oman työn organisoinnilla, ammattitaidolla ja vuorovaikutustaidoilla pystyy paljon vaikuttamaan perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen.

Resursseihin liittyviin kehittämideoihin vastauksissa tuotiin ilmi ajan riittämättömyys useassa eri kysymyksessä. Toisaalta aikaa myös nähtiin olevan joissain tapauksissa riittävästi. Yhteenvedona vastauksista voi todeta, että käytännössä työaika käynnille olisi hyvä voida varata enemmän niille perheille, jotka aikaa enemmän tarvitsevat. Myös lisäkoulutusta kaivattiin useammassa vastauksessa.

7.3 Perheen huomiointi äitiys- ja lastenneuvoloissa

Vastaajat näkivät perhekeskeistä hoitotyötä ohjaavien suositusten merkityksen tärkeänä. Tärkeyttä perusteltiin muun muassa sillä, että hoitajat kokivat itse perhekeskeisyyden tärkeänä ja näin ollen myös suositukset nähtiin tärkeässä roolissa. Suosituksia pidettiin työtä ohjaavina tekijöinä, joita arjessa ei välttämättä tule ajateltua, mutta ne ovat tärkeitä työn taustatekijöitä.

7.3.1 Isät ja puoliset neuvolassa

Kolme viidestä vastaajasta ilmoitti isien ja puolisoitten osallistuvan neuvolakäynneille usein. Kaksi viidestä vastaajasta ilmoitti heidän osallistuvan joskus.

Tutkimuksessa selvitin, miten terveydenhoitajat kutsuvat isät tai puoliset mukaan neuvolakäynneille. Vallitsevana käytäntönä on, että vain laajoihin terveystarkastuksiin isät ja puoliset varsinaisesti kutsutaan mukaan

”Laajoihin tarkastuksiin...”

”Laajoihin tarkastuksiin kutsutaan.”

Tuloksista käy ilmi, että kutsu on suullinen ja se esitetään laajaa terveystarkastusta edeltävällä käynnillä. Useimmiten kutsu välitetään isälle/puolisolle äidin kautta suullisesti

”Suullisesti, kun äiti varaa aikaa tai on vastaanotolla.”

”...suullisesti edellisen neuvolakäynnin yhteydessä”

”Lähetän kutsun äidin mukana.”

Kaikki vastaajat kokivat omat valmiutensa isien ja puolisoiden kohtaamisessa hyvinä. Osassa vastauksissa kävi ilmi, että oma kokemus lapsiperheen arjesta helpottaa myös isien kohtaamista. Isien ja puolisoiden kohtaaminen nähtiin myös hyvin luontevana asiana.

Isien ja puolisoiden huomioimisessa vastaajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota siihen, että isät ja puoliset kohdataan tasavertaisina äitiin nähden. Terveydenhoitajat pyrkivät selvittämään isien taustatietoja, voimavaroja ja tiedon tarvetta käynneillä

”Kysymällä molempien vanhempien tuntemuksia ja mielipiteitä tasavertaisesti.”

”Isät/puolisot huomioidaan tasavertaisesti.”

”Isän voimavarat... Isän terveydentila.”

Useammassa vastauksessa kävi myös ilmi, että toisinaan isiä saa houkutella keskusteluun, mutta myös isien haluttomuutta puhua asioista kunnioitetaan.

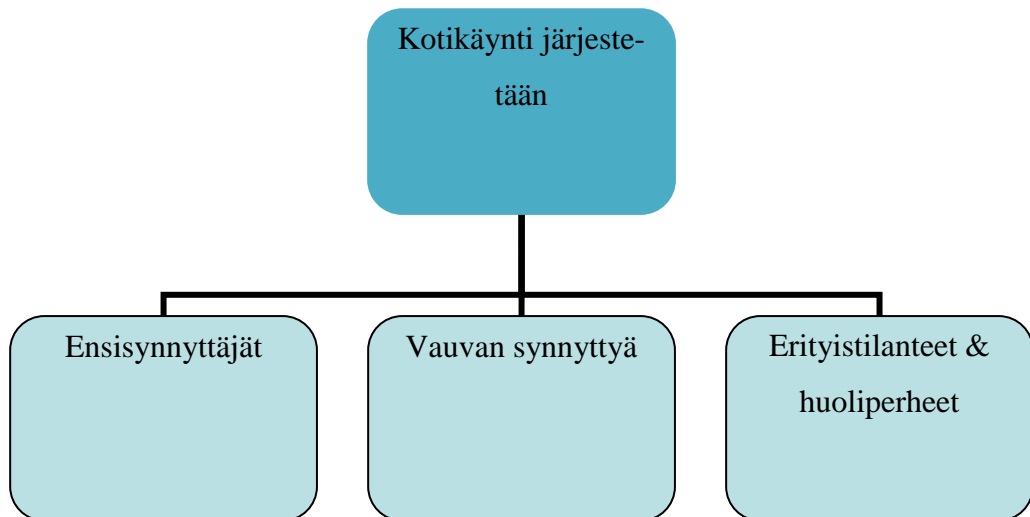
7.3.2 Sisarusten ja muun perheen huomiointi

Kaikissa vastauksissa ilmeni, että sisarusten ja muun perheen huomiointiin kiinnitetään huomiota. Yleisin huomioinnin keino oli sisaruksille ja muulle perheelle juttelu ja keskustelu lapsen ikä huomioiden. Muita huomioinnin keinoja oli, että aikaa varataan kaikille läsnäolijoille edes vähän ja lapsille on järjestetty huoneeseen viihdykettä, kuten leluja. Yhdessä vastauksista ilmeni sisarusten ja muun perheen käyttäytymisen havainnointi. Yhdessä vastauksista oli erikseen mainittu isovanhempien läsnäolo neuvolakäynneillä.

Vastauksista kävi ilmi, että perheiden huomioinnissa kehittämisajatuksia nousi etenkin isien suhteen. Isille toivottiin täysin omaa käyntiä neuvolaan ja isien saamisessa neuvolaan olisi tehostettavaa. Myös perhekeskeisen hoitotyön suositusten toteutumisessa koettiin olevan puutteita. Koulutusta kaivattiin ryhmätoiminnan ohjaukseen, kahdessa vastauksessa nimettiin ”*vahvuutta vanhemmuuteen koulutus*”.

7.4 Kotikäynnit

Halusin selvittää, missä tilanteissa neuvola järjestää kotikäyntejä. Vastauksista nousi selvästi esiin kolme eri teemaa, jolloin kotikäyntejä tehtiin, jotka käyvät ilmi seuraavasta kuvasta:



Kuva 2. Kotikäyntien järjestäminen

Ensisynnyttäjien kotikäynnit järjestetään yhden vastaajan mukaan äitiysneuvolan ja lastenneuvolan yhteistyönä. Vastauksista kävi ilmi, että vauvan synnyttyä perheisiin järjestetään yksi tai kaksi kotikäyntiä. Erityistilanteita, joissa kotikäynti järjestetään, ovat muun muassa äidin väsymys ja masennustilat tai perheestä on kasvaa huoli.

Vastauksissa näkyi vahvasti moniammatillisuus kotikäyntien järjestämisessä. Neljässä vastauksessa mainittiin työntekijän itsensä lisäksi joko äitiys- tai lastenneuvolan toinen työntekijä tai sosiaalityöntekijä. Vastaajista vain yksi ilmoitti tekevänsä kotikäynnit yksin. Yksi vastaajista mainitsi, että koko perhe on paikalla kotikäynnillä.

Kaikki vastaajat kokivat kotikäynnit tärkeänä työmuotona. Kotikäyntien eduiksi nähtiin esimerkiksi seuraavat asiat:

”Tutustuu paremmin perheeseen heidän omalla tutulla turvallisella ”maaperällä” ”.

”Vanhemmat luontevampia ja vapautuneempia omassa kodissa.”

Vastaajista 60 % koki tekevänsä kotikäyntejä harvoin. Perusteluissa nousi esiin, että äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien on vaikeaa löytää yhteistä käyntiaikaa kotikäyntiä varten. Vastaajista 40 % koki tekevänsä kotikäyntejä sopivasti. Näissä vastauksissa näkyi kotikäyntien toteuttamisen tarpeen mukaisuus:

”Teen sen perheen toiveiden/tarpeiden mukaisesti.”

”Meillä on mahdollisuus tehdä myös toinen kotikäynti jos on tarvetta.”

Kotikäynteihin liittyvissä kehittämisajatuksissa nousi selkeästi esiin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien yhteisen ajan puuttuminen kotikäynneille. Molempien neuvoloiden terveydenhoitajat toivoivat lisää yhteisiä kotikäyntejä. Vastauksista kävi ilmi, että etenkin synnytyksen jälkeiselle kotikäynnille toivottiin molempien neuvoloiden työntekijän osallistuvan. Yhdessä vastauksessa nousi myös esiin, että kotikäynteihin liittyviä kehittämisajatuksia olisi hyvä pohtia yhdessä kollegojen ja perheiden kesken, jotta saataisiin selville *”onko kotikäynti tällaisenaan perheen toiveita vastaava”*.

7.5 Moniammatillisuus

Kaikki vastaajat pitivät moniammatillista yhteistyötä perhekeskeisyyden kannalta tärkeänä. Neljä vastaajista ilmoitti yhteistyön eri toimijoiden välillä toimivan alueella hyvin. Moniammatillisuuden kuvattiin myös olevan joustavaa alueella. Kuitenkin vastauksista ilmeni, että aikojen yhteensovittaminen on haastavaa ja yhdessä vastauksessa mainittiin erikseen, että yhteistä aikaa lääkärin kanssa kaivattaisiin enemmän.

Moniammatillisuuteen liittyviä kehittämisajatuksissa nousi esiin, että olisi hyvä pohtia yhdessä esimiehen kanssa *”miten saada vähäiset resurssit toimimaan yhdessä perheiden parhaaksi.”* Lisäksi vastauksissa oli näkyvissä, että yhteistyöpalavereja ja säännöllisiä tapaamisia omien kollegoiden kanssa kaivataan.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Äänekosken äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat perhekeskeisen hoitotyön toteutuvan alueellaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaisia kehittämisideoita ja ajatuksia terveydenhoitajilla oli perhekeskeisestä hoitotyöstä. Tutkimuskysymyksiä tarkasteltiin useasta eri näkökulmasta. Tarkasteluteemoina olivat: Resurssit perhekeskeisen hoitotyön

toteuttamisessa, perheen huomiointi äitiys- ja lastenneuvoloissa, kotikäynnit, moniammatillisuus.

8.1 Johtopäätökset

Tuloksien perusteella johtopäätöksenä on, että Äänekosken äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat ovat perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseen melko tyytyväisiä. Toki kehitettäviä asioitakin tuloksista nousi esiin.

Alueen äitiys- ja lastenneuvoloiden vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Näin olen voi tulkita, että eroja perhekeskeisyyden toteutumisessa alueella ei ainakaan hieman eri työmuotojen välillä ole, vaan perhekeskeisyys otetaan huomioon molemmissa neuvoloissa. Toki vastauksissa näkyi hieman eri painotus joidenkin kysymysten kohdalla sen mukaan, oliko kyseessä äitiys- vai lastenneuvola.

Vastaajilla oli jo paljon työkokemusta takana. Työkokemus nousi vahvasti esiin kysymyksessä 9: ”*Millaisena koet koulutuksesi/osaamisesi perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa?*” Vastauksista välittyi selvästi se, että työ ja kokemus opettavat perhekeskeistä hoitotyötä parhaiten. Osa vastaajista ei ollut saanut aiheesta lainkaan koulutusta, tai koulutuksesta oli kauan aikaa. Toisaalta osalla vastaajista oli myös koulutusta aiheesta. Silti kaikki vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia ja käytännön työ nähtiin parhaana opettajana. Tästä voi tehdä johtopäätöksen, että vaikka osalla ei ole aiheesta koulutusta, mutta taustalla on pitkä työkokemus, koetaan osaaminen yhtä vahvaksi, kun työntekijöillä, joilla aiheesta on koulutusta, mutta työkokemusta ei ole vielä aivan yhtä paljon. Toki tulee muistaa, että tutkimukseen vastanneista kaikilla oli vähintään 6 vuotta työkokemusta taustalla. Toisaalta osa vastaajista koki, että työkokemuksen lisäksi myös koulutus olisi hyväksi etenkin moniongelmaisten perheiden kohtaamisessa.

Perheen määrittelyssä vastaajat olivat hyvin samalla linjalla, kuin mitä yleisesti teoriassa on vallitseva määritelmä perheestä. Perheitä on hyvin erityyppisiä ja määritelmää voidaan tehdä useasta eri näkökulmasta. Perheen määrittelyä voidaan tehdä esimerkiksi biologisia, emotionaalisia tai juridisia näkökulmia tarkastelemalla. Määrittelyä voidaan myös ajatella perhetyyppien sekä perhemuotojen tai yksittäisten perheenjäsenten

mukaan. (Armanto & Koistinen 2007, 362; Etzell ym. 1998, 78 – 81; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.) Juuri näin vastaajat olivat monesta eri näkökulmasta määritelleet. Vallitsevana määritelmänä kuitenkin näkyi perheen määrittely perhetyyppien ja eri perhemuotojen mukaan. Perheen määritelmälle oltiin vastaajien kesken selvästi avoimia.

Myös vastaajien perhekeskeisyyden määritelmät vastasivat hyvin teoreettisia määritelmiä perhekeskeisyydestä. Tässäkin nähtiin useita eri näkökulmia. Tutkimuksessa vastaajien määritelmä vastasi näkemystä, jossa perhe nähdään osin taustatekijänä, mutta myös osiansa summana. Kaikki vastaajat olivat mielestäni kuitenkin löytäneet teoriaan verraten jokaisen vallitsevan määritelmän ytimen, eli perhekeskeisyydessä huomioidaan koko perhe. Huomioinnin painotus koko perheestä perheessä elävään yksilöön on sitten taas tapauskohtaista. Osassa vastauksissa otettiin myös huomioon perheiden yksilöllisyys, kulttuuriset tekijät ja perheen omat toimintatavat. Vastauksissa näkyi myös mielestäni hyvin kautta linjan teoriassa määritellyt neuvolan periaatteet ja toimintatavat perhekeskeisestä hoitotyöstä. Vastaajat olivat selvästi sisäistäneet neuvolan perhekeskeisen ja asiakaslähtöisen toimintatavan. Useista vastauksista oli nähtävissä, että perhettä kunnioitetaan, kuunnellaan ja huomioidaan perheestä itsestä käsin, ei niinkään työntekijästä lähtien.

Resursseista ajan riittävyys nähtiin osin ongelmallisena. Useissa vastauksissa nähtiin, että käyntiaikoja olisi hyvä pysytää enemmän muokkaamaan perheen tarpeiden mukaisesti. Sinällään tähän ongelmaan on ainakin äitiysneuvolan uusissa, juuri ilmestyneissä, suosituksissa puututtu, joten ongelma on nähty jo laajemmin valtakunnan tasolla, ja nyt tähän on uusilla suosituksilla pyritty vaikuttamaan. Vaikutusta uuden suosituksen mukaan pyritään saamaan sillä, että äitiysneuvolan käyntirungon mukaan raskaana olevan käyntejä neuvolassa on edellisiin suosituksiin nähden vähennetty, mutta suosituksien toinen toimittaja Hakulinen-Viitanen (2014) painotti Äitiyshuollon uudet suositukset –luennollaan, että vaikka raskaana olevien määräaikaisten tarkastusten määrää on käyntirungossa vähennetty, täytyy käyntien tarveharkintaa lisätä. Käyntiaikojen järjestelyyn ja perheiden eri tarpeisiin on nyt siis enemmän liikkumavaraa. Ne äidit ja perheet, jotka eivät tukea ja seuranta-aikana paljon tarvitse, määräaikaisten tarkastusten määrän vähennys ei ole heille merkittävä, mutta koska näiden perheiden kohdalla käyntejä ei enää ole niin paljon jää aikatauluihin tilaa ottaa useammin tarkas-

tukseen niitä äitejä ja perheitä, jotka tukea ja seurantaan tarvitsevat raskausaikana enemmän.

Omaan työaikaan vaikuttaminen nähtiin vähäisenä, mutta tämä on varsin yleistä säännöllistä työaikaan toteuttavilla. Työaika on yleensä 8 – 16. Huomion arvoista kuitenkin oli, että vastaajat kokivat työajassa olevan joustoa, yleensä joko aamusta tai iltapäivästä.

Varsinaisia iltavastaanottoja alueella ei järjestetä lainkaan. Ainoa ilta-aikaan tapahtuva neuvolan toiminta on perhevalmennus. Isien mukaan pääsyn vuoksi on hyvä, että perhevalmennukset ovat järjestetty ilta-aikaan. Tutkimuksen vastauksista nousi esiin useissa eri kysymyksissä, että isien osallistumista kaivattaisiin vieläkin enemmän. Tämä vastaa teoriassa ilmenevää valtakunnallista näkemystä isien osallistumisesta neuvolakäynneille. Yksi keino isien paremmalle osallistumiselle tutkimusten mukaan olisi järjestää myös määräaikaista tarkastusta ilta-aikaan. Tulokintani mukaan vastauksista kävi ilmi myös, että isiä ei erillisesti kutsuta neuvolaan kuin laajojen terveystarkastusten yhteydessä, joita äitiysneuvolassa on kerran ja lastenneuvolassa kolme kertaa. Vastauksista ilmeni myös, että isien ja puolisoitten mukaan kutsuminen tapahtuu usein äidin kautta. Myös tämä on teoretiedon mukaan vallitseva käytäntö Suomen neuvoloissa. Tutkimusten mukaan suoraan isille henkilökohtaisesti osoitettu kutsu on todettu tehokkaaksi keinoksi saada isiä osallistumaan neuvolakäynneille useammin. Tutkimukseni vastauksissa toivottiin myös isille täysin omia neuvolakäyntejä. Näidenkin on tutkimusten mukaan todettu lisäävän isien osallisuutta.

Työtilat koettiin valtaosassa vastauksista hyvinä ja perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen sopivina. Kahdessa vastauksessa koettiin, että työtilat ovat ahtaat. Tämä selittynee luultavasti jo sillä, että työntekijöillä on käytössään erikokoisia työtiloja tai työntekijät kokevat tilantarpeen erilaisena.

Työn apuvälineinä käytettiin paljon suositusten mukaisia lomakkeita, kuten voimavaralomakkeita. Myös muita Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen suosittamia apuvälineitä, kuten audit, alkoholin käytön arviointi -kysely, lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake, vanhemmuuden ja parisuhteen roolikartat, EPDS, mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi -lomake olivat käytössä (THL

2014b.) Osa vastaajista toivoi lomakkeiden käyttöön lisää koulutusta. Tulkintana on, että jos kyseisiä apuvälineitä osasi käyttää, niitä käytettiin ja koettiin, että apuvälineitä on riittävästi. Mikäli apuvälineiden käytössä oli epävarmuutta, toivottiin näiden käyttöön lisää koulutusta. Tällöin myös koettiin, että apuvälineitä voisi olla enemmänkin työn tukena.

Kaikki vastaajat pitivät kotikäyntejä tärkeinä ja tarpeellisina. Nähtävissä oli, että lastenneuvolan puolella osa vastaajista toteutti kotikäyntejä lähinnä tarvittaessa, äitiysneuvolan puolella kotikäyntejä järjestetään järjestelmällisemmin. Tässä kysymyksessä näkyi ero äitiys- ja lastenneuvoloitten työnkuvan välillä selkeämmin kuin muissa kysymyksissä. Vallitsevana käytäntönä tulosten perusteella näyttää olevan, että äitiysneuvolasta tehdään yksi tai tarvittaessa kaksi kotikäyntiä vauvan synnyttyä. Uusien äitiysneuvolatoiminnan suosituksien mukaan kotikäynti ensisynnyttäjäperheeseen tulisi tehdä jo vauvan odotusaikana ja toinen käynti vauvan synnyttyä. Uudelleensynnyttäjille kotikäynti tulisi tehdä vauvan synnyttyä. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja voi tehdä käynnin tarvittaessa lastenneuvolan työntekijän kanssa (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 145.) Tulkintana oli, että kotikäyntejä alueella pyritään järjestämään siten, että käynnille osallistuisi sekä äitiysneuvolan että lastenneuvolan terveydenhoitaja. Nähtävästi tämä ei kutienkaan aina toteudu, sillä kotikäynteihin liittyvissä kehittämisajatuksissa nousi vahvasti esiin se, että äitiys- ja lastenneuvolan työntekijöiden on vaikeaa löytää yhteistä aikaa kotikäyntien järjestämiseen. Vastauksista oli myös huomattavissa, että äitiysneuvolan työntekijät kertoivat tekevänsä kotikäynnit pääasiassa yksin.

Moniammatillisuuden nähtiin toimivan Äänekosken alueella neuvoloissa hyvin, joskin myös tämän kysymyksen vastauksista ilmeni, että kehitettävää olisi yhteisten aikojen löytämisessä, tämä lienee yksi hankalimmista kysymyksistä niukkojen rahallisten resurssien aikana.

Tuloksia analysoitaessa huomasin, että kysymyslomakkeeseen ei olisi välttämättä tarvinnut erikseen laittaa kehittämisidea-kohtaa jokaisen aihealueen päätteeksi. Kehittämisideat nousivat esiin paljolti jo muiden kysymysten yhteydessä, ja ne olivat sieltä helposti poimittavissa.

Yhteenvedona voin todeta, että perhekeskeinen hoitotyö vaikuttaa tulosten perusteella olevan hyvin sisäistetty Äänekosken terveydenhoitajien keskuudessa. Perhekeskeisen hoitotyön periaatteet, toimintatavat ja suositukset tunnetaan hyvin. Kuitenkin toisinaan niiden toteuttaminen käytännössä nähtiin hankalana. Näkyvimpänä ongelmana vaikutti perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa olevan ajan puute ja tästä lähinnä eri työntekijöiden välisen yhteisen ajan löytyminen. Tämä toistui useiden kysymysten kohdalla. Ongelmakohtia nousi esiin myös isien ja puolisoitten neuvolakäynneille mukaan saamisessa, vaikka valtaosa vastaajista koki, että isät ja puoliset osallistuvat käynneille usein. Tulosten perusteella, suosituksiin ja tutkimustietoon verrattuna vaikuttaisi, että kehitettävää olisi isien neuvolaan kutsumenettelyssä ja iltavastaanottojen organisoinnissa, jolloin isien osallistuminen tarkastuksiin voisi olla määrällisesti parempaa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

8.2.1 Tutkimuksen eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tutkimusetiikan ongelmat liittyvät usein tutkimustoimintaan. Tällaisia ongelmia ovat muun muassa tutkimukseen tulevien informoinnissa, aineiston keräämisessä, analysoinnissa ja analysoinnissa käytettävän menetelmän luotettavuudessa, anonymiteettisuojassa, tutkimustulosten esittämistavassa ja siinä, millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Tutkimuksen eettisyyttä tulee myös pohtia tutkimuksen valintoja tehdessä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125.)

Aineiston keräämisessä on noudatettava juridisia säännöksiä ja eettisiä periaatteita. Aineistoa ei tule kerätä tutkittavien siitä tietämättä. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Aineisto tulee kerätä siten, että sen keräämisestä ei aiheudu haittaa tai vahinkoa tutkittavalle. Tutkimusta suunniteltaessa ja ennen aineiston keräämistä on tutkijan haettava tutkimukseen vaadittavat lausunnot ja luvat. (Ronkainen ym. 2011, 126.)

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa hain tutkimusluvan kyselyn toteuttamiselle Äänekosken neuvola- ja terapiapalveluiden johtavalta hoitajalta. Lupa myönnettiin 31.5.2013. Kyselylomakkeiden (Liite 1) ohessa lähetin vastaajille saatekirjeen (Liite 2), jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksen, ohjeet kyselyyn vastaamiselle ja anonymi-

teetti suojasta. Saatekirjeessä painotin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Anonymiteetin varmistin sillä, että tutkittavat lähettivät vastaukset suoraan minulle suljetussa kirjekuoressa. Näin ollen kukaan kolmas osapuoli ei päässyt aineistoon käsiksi. Itse tutkijana en tavannut vastaajia henkilökohtaisesti, koska tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Näin ollen edes itse tutkijana en pysty liittämään tiettyjä vastauksia keneenkään vastaajista henkilökohtaisesti. Kysymyksen asettelu ja tulosten esittäminen tapahtui siten, ettei vastauksista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kerättyä aineistoa käytettiin vain tätä opinnäytetyötä varten ja aineisto hävitettiin asiallisesti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen olen toteuttanut hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Kautta linjan olen tutkimuksessani pyrkinyt rehellisyyteen ja huolellisuuteen, sekä tarkkuuteen tutkimusta tehdessä. Tutkimusta tehdessäni olen kunnioittanut tutkittavia, käytettyjä lähteitä ja yhteistyökumppaniani. Tutkimus- ja tiedonhankintamenetelminä olen käyttänyt vain tutkimuksen kriteerien ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Tutkimuksessani olen pyrkinyt avoimuuteen ja mitään salaamattomuuteen kautta linjan. Tutkimuksen olen suunnitellut, toteuttanut ja raportoinut täsmällisesti, yksityiskohtaisesti ja mitään oleellista tietoa pois jättämättä. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 386 – 387.)

8.2.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymyksissä tarkastellaan tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen liittyviä asioita. Näiden asioiden kohdalta tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, pysyvyyttä, sovellettavuutta ja neutraaliutta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.)

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä tekijöitä arvioin tutkimuksen suunnittelusta aina tutkimusraportin kirjoittamiseen saakka. Onnistuin mielestäni hahmottamaan hyvin tutkimuksen luotettavuutta lisääviä ja heikentäviä tekijöitä. Nämä tekijät on otettu huomioon tutkimuksen toteuttamiseen, analysointiin ja raportointiin liittyvissä ratkaisuissa. Tutkimuksesta muodostui hyvä kokonaisuus, jonka kaikilla osilla on rooli tutkimuskysymyksiin vastaamisessa. Tutkimuksessa onnistuin hyvin tutkimaan sitä asiaa, mitä alun perin oli tarkoituskin tutkia ja tutkimuksella sain vastauksia tutkimusky-

symyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset voivat tarkentua tutkimuksen edetessä, mutta tämän tutkimuksen edetessä ei ollut tarvetta muuttaa tai enempää tarkentaa tutkimuskysymysten asettelua. (Ronkainen ym. 2011, 140; Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Tutkimuksen teoriaosiossa kiinnitin huomiota siihen, että tutkimuksen kannalta merkittävät käsitteet ovat tarkkaan määriteltyjä. Tutkimus myös pohjautuu ja sitoutuu vahvasti aiempaan tutkimustietoon aiheesta. (Ronkainen ym. 2011, 140.)

Tutkimuksessa kiinnitin paljon huomioita omaan asemaani tutkijana. Aihe oli itseäni kiinnostava, koska itse koen perhekeskeisyyden tärkeänä osana hoitotyötä. Varsinaista hypoteesia tutkimukselleni en asettanut, mikä ei laadullisessa tutkimuksessa ole tarkoituksen mukaistakaan. Toki itse asiaan jonkin verran jo etukäteen perehtyneenä tiesin, että perhekeskeisyyden toteutumisessa on eroja esimerkiksi alueellisesti. Tämä oli tutkimusta ajatellen sellainen tekijä, joka lisäsi tutkijana mielenkiintoani tutkimuksen aihetta kohtaan ja halusin selvittää, miten perhekeskeisyys toteutuu Äänekosken alueella. Tämä tieto ei siis vaikuttanut tutkimuksen muissa kuin suunnitteluvaiheessa tutkimukseen, ja tietona tämä oli enemmänkin perustelu aiheelleni kuin tutkimuksen ennako-olettamus. Tutkimus on analysoitu tutijan näkökulmasta hyvin neutraalisti suhtautuen. Koska tutkimus oli laadullinen, en voinut tietää ennalta, mitä vastaukset tulevat pitämään sisällään. Näin ollen olinkin hyvin avoin kaikille vastauksille. Tutkijana en mielestäni vaikuttanut tutkimuksen vastaajiin tai vastauksiin, koska en henkilökohtaisesti tavannut ketään tutkittavista ja kysymykset olivat suurimmalta osin avoimia, jolloin vastaaja sai vastata kirjallisesti täysin omin sanoin ja ajatuksin kysymyksiin. Kysymykset olivat myös aiheen kannalta laaja-alaisia ja monesta eri näkökulmasta asetettuja, joten kysymykset kattavat hyvin perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen liittyvät asiat, eikä rajaudu vain yhteen aihealueeseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135.)

Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeella (Liite 1). Kyselylomakkeen ohessa lähetin saatekirjeen (Liite 2). Valitsin aineistonkeruu menetelmäksi kyselyn, koska ymmärsin, että kohderyhmäni terveydenhoitajat ovat kiireisiä, ja esimerkiksi haastattelu-aikatauluja olisi ollut hankalaa sovittaa yhteen. Kyselylomakkeella toteutettavaan kyselyyn terveydenhoitajat pystyivät vastaamaan silloin, kuin aika oli heille sopiva. Kyselyyn vastaamisaikaa oli alun perin 3 viikkoa. Vastausaika oli melko lyhyt, mutta

päätös tästä syntyi yhdessä äitiys- ja lastenneuvolan osastonhoitajan kanssa (opinnäytetyön työelämän ohjaaja). Vastausajan päättymiseen mennessä minulle palautui viisi (5) vastauslomaketta. Vastaukset vastaajat lähettivät suoraan minulle suljetussa kirjekuoressa, jolloin pystyin varmistamaan vastaajien anonymiteetin. Pohdin vastausten suhteellisen pientä vastausten määrää opinnäytetyöni ohjaajan kanssa, ja päätimme vielä pidentää vastausaikaa, mikäli joku terveydenhoitajista haluaisi vielä vastata kyselyyn. Lähetin sähköpostia äitiys- ja lastenneuvoloiden osastonhoitajalle, joka välitti viestin pidennetystä vastausajasta edelleen terveydenhoitajille. Lisää vastauksia en saanut. Näin tutkimuksen otokseksi muotoutui viisi (5) terveydenhoitajaa (n=5). Vastausajankohta saattoi olla hieman hankala, sillä kysely toteutettiin joulun alla. Vastaajat olivat jäämässä joululomalle, ja loman tuomat työkiireet varmasti näkyivät osin vastausprosentissa, joka oli 45,5 %.

Kyselylomaketta laatiessa tutustuin aiheen aiempaan teorian tietoon, jonka pohjalta kyselylomake muotoutui lopulliseen versioonsa. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoimattomia, että strukturoituja kysymyksiä. Halusin tehdä tutkimuksesta pieneltä osin määrällisen, sillä koin, että tämä elävöittää kyselylomaketta niiden kysymysten osalta, jotka olivat mahdollista kysyä muutoin kuin avoimilla kysymyksillä. Lisäksi ajattelin, että avoimien kysymysten välissä olevat suljetut kysymykset tekisivät kyselylomakkeesta vastaajille mielekkäämmän. Kyselylomakkeesta laadin useita eri versioita. Kyselylomaketta suunniteltaessa Äänekosken neuvoloiden osastonhoitaja (opinnäytetyön työelämän ohjaaja) sai kertoa asioita, joista he haluavat tutkittua tietoa. Kyselylomaketta suunniteltaessa kysyin kysymyksiin liittyen mielipiteitä ja neuvoja opinnäytetyöni ohjaavalta opettajalta, opponenteilta ja suunnitteluseminaarissa mukana olleilta henkilöiltä. Tämän lisäksi esitetasin kyselylomakkeen kahdella terveydenhoitajaopiskelijalla, jolla pyrin varmistamaan, että kysymykset ovat ymmärrettävässä muodossa ja kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla. Esitetausr ryhmä olisi voinut olla suurempi, jolloin tutkimuksessa ilmitulleet kysymyksen ymmärrettävyysongelmat olisi voinut olla estettävissä. Tuossa vaiheessa kuitenkin koin, että esitetauksen tekijöiden määrä oli riittävä, koska lomaketta oli käyty yhteisesti läpi jo useamman henkilön kanssa suunnitteluseminaarin yhteydessä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 135 – 138.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että osa vastaajista näki kysymykset eri näkökulmista, tämä ei sinällään haitannut, sillä vastaukset ehkä näin kuvasivat miten kyseinen vastaaja asian näkee. Osa vastaajista koki, että jotkin kysymykset olivat vaikeasti ymmärrettävinä. Tällainen kysymys oli esimerkiksi kyselylomakkeen kysymys 12.: ”*Millaisena näet omat vaikuttamismahdollisuutesi perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa?*” Osa kysymyksistä koettiin puolestaan laajoiksi, ja siksi ne kaipaisivat syvempää pohdiskelua. Nämä kysymykset olivat kehittämisideoihin liittyviä kysymyksiä esimerkiksi kysymys 25: ”*Kotikäynteihin liittyvät kehittämisideasi?*” ja kysymys 28: ”*Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät kehittämisideasi?*”. Osa kysymyksistä olisi pitänyt muotoilla toisin ja selkeämmin. Kyselylomakkeesta olisi voinut myös karsia laajoiksi koettuja kysymyksiä, tämä olisi toki antanut tutkittavasta aiheesta suppeamman vastauksen tutkimuskysymyksiin, mutta toisaalta määrällisesti vähäisemmät ja suppeammat kysymykset olisivat voineet lisätä vastaajien määrää, joka nyt jäi pieneksi. Kysymyksen 3. ”*Asiakkaittesi lukumäärä vuodessa?*” jätin analyysistä kokonaan pois. Kysymykseen ei ollut vastattu lainkaan tai osa vastauksista oli hyvin suurpiirteisiä, esimerkiksi ”syntyvyys”. Katsoin, että tutkimuksen kannalta oli parempi jättää kysymys huomioimatta tuloksissa.

Avoimissa kysymyksissä useat vastaukset olivat melko lyhyitä, ja kovin syvällisiä tulkintoja näistä kysymyksistä ei siis voinut tehdä. Mikäli tutkimus olisi toteutettu esimerkiksi haastatteluna, eikä kyselylomakkeella, ei tällaisia vastausten lyhyteen liittyviä ongelmia olisi luultavasti tullut. Tällöin vastaajat olisivat voineet esittää kysymyksistä tarkentavia kysymyksiä, mikäli eivät ymmärtäneet kysymystä ja vastaukset olisivat mahdollisesti olleet syvällisempiä, kun tutkija olisi ollut vastaustilanteessa läsnä ja voinut kysyä tarkentavia kysymyksiä vastaajilta. Tutkimuksen yhteistyökumppanin kanssa kuitenkin tulimme siihen tulokseen, että kyselylomake on ajan käytön vuoksi parempi ja sen vuoksi toteutin tutkimuksen kyselylomakkeella. Nyt jälkeenpäin ajateltuna luulen myös, että omat haastattelutaitoni eivät välttämättä olisi olleet täysin riittävät haastattelututkimuksen tekemiseen. Nyt kyselylomakkeella toteutettuna kaikki kysymykset olivat myös kaikille tutkittaville samassa muodossa, eikä kenellekään osoitettu erillisiä lisäkysymyksiä.

Vastaajien määrä jäi tutkimuksessa melko pieneksi. Tutkimukseen vastasi viisi terveydenhoitajaa. Tämä toisaalta heikentää luotettavuutta ja tutkimuksen yleistettävyyttä

jo pelkästään tutkimuksen kohderyhmässä, joka oli 11 terveydenhoitajaa. Nyt ilmaan jään kysymys, mitä loput terveydenhoitajat olisivat vastanneet. Toisaalta jo näissä vastauksissa oli kautta linjan nähtävissä tietynlaista koherenssia eli vastausten samanlaisuuden toistuvuutta eri vastaajien välillä. Jo tällä vastausmäärällä pystyin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Näin ollen arvioin, että vaikka vastauksia olisi tullut lisää, olisi lopputulos ollut useiden kysymysten kohdalla hyvin samankaltaisia kuin nyt (Ronkainen ym. 2011, 117, 140 – 141; Tuomi & Sarajärvi 2002, 138.)

Aineiston analysoin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin luotettavuutta tulee tarkastella sen suhteen, onko tutkija pystynyt pelkistämään aineistonsa siten, että se kuvaa luotettavasti tutkittua ilmiötä, ja onko tutkija luotettavasti osoittanut yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi oli mielestäni juuri oikea valinta kyseisen aineiston analyysi menetelmäksi. Analyysin toteutin tarkasti aineistolähtöisen sisällönanalyysin ohjeiden mukaisesti. (Ks. Janhonen & Nikkonen 2003, 25 – 30.) Koen, että analyysissä onnistuin hyvin ja ohjeita tiukasti noudattamalla sain analyysiprosessin toteutumaan luotettavasti ja raportoinnissa tehdyillä ratkaisuilla pystyn osoittamaan aineiston ja tulosten välisen yhteyden.

Raportoinnissa jouduin tutkijana miettimään tarkoin, kuinka tulkitsen ja raportoin tulokset luotettavasti, jos esimerkiksi vain yksi henkilö oli vastannut tietyllä tavalla. Tällöin en voinut tehdä vastauksesta mitenkään yleistettävää tulkintaa. Ratkaisin ongelman siten, että raportoin tulokset hyvin yksityiskohtaisesti ja avoimesti, sekä käytin raportoinnissa paljon tulkintojeni tukemiseen suoria lainauksia vastauksista. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 138.)

Yhteenvetona voin todeta, että tutkimus luotettavuuden kannalta on mielestäni hyvin toteutettu ja vastausaineiston pienestä määrästä riippumatta aineisto antoi hyvin vastauksia tutkimustehtäviin. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää. Tutkimuksella saatiin kuitenkin arvokasta tietoa Äänekosken neuvoloiden perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen tilasta. Tuloksia voidaan hyödyntää Äänekosken neuvoloissa mahdollisia kehittämissuunnitelmia tehdessä ja koulutuksia suunnitellessa. Kyselyyn vastasi kuitenkin lähes puolet kohderyhmästä, ja vastaukset olivat kaiken kaikkiaan hyvin samansuuntaisia kauttalinjan jo tällä vastaajien määrällä. Tutkimuksen tulokset eivät ole

yleistettävissä myöskään laajemmin muihin neuvoihin tai muille alueille, mutta näitä voi käyttää vertailupintana, mikäli muille alueille toteutetaan samankaltainen tutkimus.

Itselleni opinnäytetyön tekeminen oli matka uuteen maailmaan. Tutkimuksen tekeminen oli itselleni uusi asia ja opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta mielenkiintoista. Tutkimuksen toteuttamiseen liittyvät asiat työllistivät eniten, sillä kaikki tieto piti etsiä, sisäistää ja ostata siirtää käytäntöön, koska aiemmin en ole tällaista tutkimuksen tekemiseen tarvittavaa tietoa käyttänyt. Aihe oli todella mielenkiintoinen ja olen oppinut aiheesta valtavan paljon sellaista, mitä itse pystyn hyödyntämään jatkossa työelämässä, mikäli tieni vie äitiys- tai lastenneuvolaan. Perhekeskeisyys itsessään on asia, jota pystyn toteuttamaan missä vain ja opinnäytetyön myötä sain tähän hyviä valmiuksia. Teoriatietoa asiasta on paljon, tutkimuksia ei neuvolapuolelta niinkään. Haasteellista oli rajata tietoa oman tutkimukseni kannalta oleellisiin asioihin ja miettiä, minkä tiedon voi jättää pois jättämättä pois mitään oleellista. Mielestäni kuitenkin onnistuin tutkimuksen ja koko opinnäytetyöni tekemisessä hyvin näin ensimmäiseksi tutkimukseksi. Aikataulut muuttui työn tekemisessä paljon matkan varrella. Tähän vaikutti juuri se, etten aiemmin ole mitään vastaavaa näin laajaa työtä tehnyt. Oli vaikeaa arvioida, kuinka kauan tutkimuksen tekeminen kaikkineen vie. Toisaalta, vaikka aikataulut venyi, opinnäytetyö on kuitenkin valmis hyvissä ajoin ennen valmistumista.

Tutkimuksen teon aikana pinnalle nousi mahdollisia jatkotutkimuksen aiheita. Aiheiksi ehdotan seuraavaa: Miten neuvolan asiakkaat kokevat perhekeskeisyyden toteuttamisen neuvoloissaan? Suppeammalla näkökulmalla voisi keskittyä tutkimaan, miten isät kokevat tulevansa huomioiduksi alueen neuvoloissa. Lisäksi samankaltaista tutkimusta voisi tehdä laajemmalle alueelle: Miten perhekeskeinen hoitotyö toteutuu valtakunnallisesti tai maakunnittain?

LÄHTEET

- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Borg, L. & Roininen, K. 2008. Ennalta ehkäisevän perhetyön toteutuminen ja kehittämishaasteet lastenneuvolassa. Teoksessa: Noppari, E. (toim.) 2008. Monialaiset verkostot perheitä tukemassa. Tampere: Diak, s. 23 – 33.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. 2011. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing* 67(12), s. 2561 – 2573.
- Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Perni, R. & Värmälä H.-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa: Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. 1. painos. Porvoo: WSOY, s. 25 – 42.
- Hakulinen-Viitanen, T. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Äitiysneuvolan uudet suositukset. Luento 31.1.2014. Jyväskylä.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hämäläinen, K., Kondratjeff, E. & Westerlund, K. 2008. Isien sosiaalinen tukeminen vanhemmuuteen. Teoksessa: Noppari, E. (toim.). Monialaiset verkostot perheitä tukemassa. Tampere: Diak, s. 71 – 84.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Järvinen, R. & Taajamo, T. 2008. Moniammatillisuuden haasteet ja mahdollisuudet perhetyössä. Teoksessa: Noppari, E. (toim.) 2008. Monialaiset verkostot perheitä tukemassa. Tampere: Diak, s. 11 – 22.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.), Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Oulu: Tukeva-hanke. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/99678721-328a-49f8-b1cb-495bf4215ff8> [viitattu 19.12.2013].

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Viro: Jaabes OÜ.

Mykkänen, J. 2011. Työkaluja isien kanssa työskenteleville neuvolassa- yhteisen kielen puhuminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/kuukauden_teema/isat/tyokaluja_neuvolaan. [viitattu 22.1.2014].

Mäkinen, A. 2013. Normaalin raskauden seuranta. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02618&p_haku=perhevalmennus. Päivitetty: 21.5.2013. [viitattu 9.1.2014].

Pahkinen, E. 2012. Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi. Jyväskylä: JULPU.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. 1. painos. Porvoo: WSOY, s. 14 – 42.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasant. 1. Painos. Helsinki: WSOYpro.

Sosiaaliportti. 2008. Monitoimijainen perhevalmennus. Saatavissa:
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=9dd6b31e-8969-41d5-99d5-715d996ad8b6>. Päivitetty: 10.11.2008. [viitattu 9.1.2014].

STM. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2004:14. 2. painos. Helsinki: STM.

STM. 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2008:24. Helsinki: STM.

Suomen terveydenhoitajaliitto ry. 2013. Terveystieteiden hoitaja. Saatavissa:
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl_ry/terveydenhoitaja. [viitattu 9.1.2014].

Tilastokeskus. 2014. Käsitteet ja määritelmät. Perhetyyppi. Saatavissa:
<https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/perhetyyppi.html>. [viitattu 20.2.2014].

THL. 2013a. Äitiys- ja lastenneuvola. Saatavissa:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/aitiys_ ja _lastenneuvola [viitattu 2.10.2013].

THL. 2013b. Äitiysneuvola. Saatavissa:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neurolat/aitiysneuvola [viitattu 2.10.2013].

THL. 2013c. Lastenneuvola. Saatavissa:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neurolat/lastenneuvola [viitattu 2.10.2013].

THL. 2013d. Lastenneurolakäsikirja. Yhteistyötahot. Saatavissa:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/perusteet/yhteistyotahot [viitattu 19.12.2013].

- THL. 2013e. Lastenneuvolakäsikirja. Perhepalveluverkosto. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/perusteet/jarjestelma/perhepalveluverkosto [viitattu 19.12.2013].
- THL. 2014a. Lastenneuvolakäsikirja. Laaja terveystarkastus. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/maaraaikaistarkastukset/laaja. [viitattu 16.1.2014].
- THL. 2014. Kasvun kumppanit. Neuvolatyön tukena käytettäviä lomakkeita. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_neuvolatyohon. [viitattu 25.2.2014].
- Tilastokeskus. 2013. Käsitteet ja määritelmät. Perhe. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html> [viitattu 15.9.2013].
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. PDF-kirja. Saatavissa: http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf. [viitattu 12.2.2014].
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. 1. painos. Porvoo: WSOY, s. 168 – 169.
- Viljamaa, M.-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna . Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Viljanen, K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. 1. painos. Porvoo: WSOY, s. 290 – 305.
- Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Koskinen, H. & Saaristo, V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveyden-

huolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Tampere:

THL. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/files/Raportti_71_2012_Neuvolatoiminta_koulu_ja_opiskeluterveydenhuolto_kyselyn_tulokset.pdf. [viitattu 9.1.2014].

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoi. Sairaanhoidaja-lehti 11/2007. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2007/muut_artikkelit/omahoitaja_mahdollistaa_potilaan/ [viitattu 1.10.2013].

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Saatekirje

KYSELYLOMAKE

Mikäli vastaustila ei riitä, merkitse paperin kääntöpuolelle kysymyksen numero ja jatka vastausta sinne.

TAUSTATIEDOT

1. Työskenteletkö: (ympyröi sopiva vaihtoehto)

- a) äitiysneuvolassa b) lastenneuvolassa

2. Työkokemuksesi terveydenhoitajana: (ympyröi oikea vaihtoehto)

- a) 0-5v b) 6-10v. c) 11-15v. d) 16-20v. e) yli 20v.

3. Asiakkaittesi lukumäärä vuodessa?

4. Kerro omin sanoin, miten seuraavat käsitteet määrittävät työssäsi:

a) **Perhe:**

b) **Perhekeskeisyys:**

5. Miten paljon sinulla on mielestäsi perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen aikaa:
(ympyröi sopiva vaihtoehto)

- a) liian vähän b) melko vähän c) sopivasti d) melko paljon e) liian paljon

Perustele:

6. Miten itse pystyt vaikuttamaan työaikoihisi?

7. Kuinka usein järjestät iltavastaanottoja? (ympyröi sopiva vaihtoehto)

- a) useammin kuin kerran viikossa b) kerran viikossa c) kerran kuukaudessa
d) kerran vuodessa e) harvemmin kuin kerran vuodessa f) en koskaan

(jos et järjestä iltavastaanottoja koskaan, perustele alle)

8. Millaisena koet työtilasi perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta?

9. Millaisena koet koulutuksesi/osaamisesi perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa?

10. Käytätkö työssäsi apuna erilaisia työvälineitä (esim. puheeksiottamisen apuvälineet, vanhemmuuden roolikartta jne.)?

a) kyllä (kerro millaisia työvälineitä yleensä käytät ja millaisissa tilanteissa käytät niitä):

b) en (kerro miksi et käytä niitä):

11. Koetko, että mahdollisia työvälineitä on:

(ympyröi oikea vaihtoehto)

a) liian vähän

b) melko vähän

c) sopivasti

d) melko paljon

e) liian paljon

Perustele:

12. Millaisena näet omat vaikuttamismahdollisuutesi perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa?

13. Perhekeskeisen hoitotyön resursseihin (aika, työtilat, koulutus, työvälineet jne.) liittyvät kehittämisideasi?

PERHEEN HUOMIOINTI ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLOISSA

14. Millaisena koet perhekeskeistä hoitotyötä koskevien ohjeistuksien ja suositusten merkityksen omassa työssäsi?

Isät ja puoliset:

15. Kuinka usein isät/puolisot mielestäsi osallistuvat neuvolakäynneille?

- a) ei koskaan b) harvoin c) joskus d) usein e) aina

16. Miten kutsut isät/puolisot mukaan neuvolaan?

17. Millaisena koet omat valmiutesi isien/puolisoiden huomioimiseen?

18. Millaisiin asioihin kiinnität huomiota isien/puolisoiden huomioimisessa?

Sisarukset/muu perhe:

19. Kerro, miten huomioit sisarukset ja muun perheen?

20. Isien/puolisoiden ja sisarusten/muun perheen huomiointiin liittyvät kehittämisideasi?

KOTIKÄYNNIT

21. Missä tilanteissa teet kotikäyntejä?

22. Keitä kotikäynnille osallistuu?

23. Millaisena koet kotikäyntien merkityksen perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta?

24. Koetko, että teet kotikäyntejä määrällisesti: (ympyröi sopiva vaihtoehto)

a) en lain-
kaan

b) harvoin

c) sopivasti

d) usein

e) liian
usein

Perustele:

25. Kotikäynteihin liittyvät kehittämisideasi?**MONIAMMATILLISUUS**

Yhteistyö toisten terveydenhoitajien, lääkäreiden, sosiaalitoimen, neuvolan perhetyön, psykologien, fysio- ja toimintaterapeuttien ja päiväkotien kanssa.

26. Millaisena koet moniammatillisen yhteistyön merkityksen perhekeskeisessä hoitotyössä?**27. Millaisena koet moniammatillisen yhteistyön toimivuuden alueellasi tällä hetkellä?****28. Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät kehittämisideasi?**

KIITOS VASTAUKSESTASI!

HYVÄT TERVEYDENHOITAJAT

Olen terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelija Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Tarkoitukseni on valmistua terveydenhoitajaksi ensi keväänä. Opintoihini kuuluvan opinnäytetyöni aiheena on ”Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen Äänekosken neuvoloissa”. Tavoitteenani on selvittää Äänekoskella työskentelevien terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, miten perhekeskeinen hoitotyö toteutuu neuvoloissa ja millaisia ideoita terveydenhoitajilla on perhekeskeisen hoitotyön kehittämiseksi. Kerään opinnäytetyöni aineiston kyselylomakkeella.

Opinnäytetyöni aineisto koostuu vain Teidän Äänekosken lasten- ja äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien vastauksista, joten Teidän osallistumisenne tutkimukseen on minulle tärkeää. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyön tekijänä sitoudun suojaamaan jokaisen vastaajan anonymiteetin, jolloin vastaajien henkilöllisyys ei tule julki tutkimuksen missään vaiheessa. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään asiallisesti.

Vastaamiseen kuluu aikaa noin puoli tuntia. Vastaa viimeistään 4.12.2013.

Varaa itsellesi rauhallinen tila ja aika. Täytettyäsi lomakkeen laita se ystävällisesti kyselylomakkeen mukana tulleeeseen kirjekuoreen ja postita minulle. Postimaksut on maksettu valmiiksi.

Opinnäytetyöni on tarkoitus valmistua keväällä 2014. Se on sen jälkeen luettavissa ammattikorkeakoulujen yhteisessä Theseus-verkkokirjastossa (www.theseus.fi).

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Ystävällisin terveisin: Emilia Wacklin