

**Mobiilipohjainen työmenetelmä  
lastenneuvolassa ja  
kouluterveydenhuollossa**

**Yhteiskehittämisen prosessi Jyten terveydenhoitajien  
kanssa osana Minä ensin! -hanketta**

Elina Ylönen

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Terveyden edistäminen

Tekijä Ylönen, Elina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 04 / 2017
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Mobiilipohjainen työmenetelmä lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa</b> Yhteiskehittämisen prosessi Jyten terveydenhoitajien kanssa osana Minä ensin! -hanketta		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK tutkinto-ohjelma, terveyden edistäminen.		
Työn ohjaaja(t) Mari Punna, Sanna Sihvonen		
Toimeksiantaja(t) Minä ensin! -hanke		
Tiivistelmä <p>Sosiaali- ja terveystieteillä on käynnissä laaja-alainen palvelurakenteen muutos. Uudistuksen tavoitteena on ihmisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventuminen, palvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen sekä kustannusten hallinta. Yksi tärkeä muutosväline on digitalisaatio. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää yhteistyössä Jyten lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kanssa asiakastyössä käytettäviä mobiiliviestejä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen aihealueista. Opinnäytetyö oli kehittämistyö, joka toteutettiin syksyn 2016 aikana.</p> <p>Kehittämistyö käsitti yhteiskehittämisen prosessin Delfoi-kierrosten avulla sekä aineistonkeruun ja analysoinnin. Tutkimusaineisto kerättiin Delfoi-kierrosten materiaaleista ja analyysimenetelmänä oli teemoittelu. Kehittämistyö on osa Jyväskylän ammattikorkeakoulun Minä ensin! -hanketta ja se toimii pilottina keväällä 2017 käynnistyville työpajapäiville. Delfoi-kierroksia oli neljä, joista ensimmäinen toteutettiin ryhmätapaamisena ja loput sähköpostikyselynä. Aineistoa analysoitiin Delfoi-kierrosten aikana ja niiden välillä. Kehittämistyön tulokset osoittavat, että mobiiliviestien aihealueet, ravitsemus, fyysinen aktiivisuus, liikennekasvatus, media-aika, uni, päänsärky, itsetunto, päihteet ja työn ja vanhemmuuden yhteensovittaminen sopivat lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseen mobiilipohjaisen työmenetelmän avulla.</p> <p>Mobiiliviestit on tarkoitus ottaa käyttöön Jyten alueiden lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa, mutta uutta työvälinettä voidaan hyödyntää myös muissa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon yksiköissä. Tässä kehittämistyössä luotiin uudenlainen mobiilipohjainen työmenetelmä ja uudella tavalla muotoiltua sisältöä sekä lastenneuvolan että kouluterveydenhuollon asiakastyöhön. Kehittämistyön aihe oli ajankohtainen ja tuloksia on mahdollista hyödyntää myös sote-uudistuksen muutoksissa.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) terveyden edistäminen, lapsiperheiden hyvinvointi, mobiilipohjainen työmenetelmä, mobiiliviestit, lastenneuvola, kouluterveydenhuolto		
Muut tiedot		

Author Ylönen, Elina	Type of publication Master's thesis	Date 04 / 2017
	Number of pages 48	Language of publication: Finnish  Permission for web publication: x
Title of publication <b>A Mobile-based Tool for Child Health Clinics and School Health Care</b> A joint process in cooperation with the Jyte public health nurses as part of the Minä ensin! project		
Degree programme Master's degree programme in health promotion.		
Supervisor(s) Punna, Mari & Sihvonen, Sanna		
Assigned by The Minä ensin! project		
Abstract  <p>The field of Social Services and Health Care is undergoing a comprehensive change of service structure. The aim of the reform is to reduce the differences in health and wellbeing between people, promote accessibility to and equality of the services and control costs. One important instrument of change is digitalization. The objective of the thesis was to develop the mobile messages related to the promotion of children's and families' wellbeing in cooperation with the public health nurses working in the Jyte child health clinics and in school health care. The development project was completed in autumn 2016.</p> <p>The development work consisted of the actual joint development process by using the Delphi rounds as well as of the collection and analysis of the data. The material resulting from the Delphi rounds was used as the research data. The method of analysis was thematisation. The development project was part of the more comprehensive Minä ensin! project at JAMK University of Applied Sciences as well as pilot of a workshop event starting in spring 2017. There were four Delphi rounds with the first of them in the form of a group meeting and the rest were implemented as email surveys. The data was analyzed both in the course of the Delphi rounds and between them. The results showed that the topic areas of the mobile messages such as nutrition, physical activity, traffic education, media time, sleep, headache, self-esteem, intoxicants and the integration of work and parenthood were suitable for promoting the wellbeing of families with children by using a mobile-based tool.</p> <p>Mobile messages are intended to be introduced in the Jyte child health clinics and in school health care. However, this tool can also be utilized in other units of child and school health care. This development project created a novel, mobile-based tool offering new content for the client work in both child health clinics and school health care. The topic of the development work was of great current interest, and the results can also be utilized after the introduction of the Finnish social and health care reform.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) health promotion, wellbeing of families with children, mobile-based tool, mobile message, child health clinic, school health care		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen</b> .....	<b>6</b>
3.1	Lastenneuvolan näkökulma .....	7
3.2	Kouluterveydenhuollon näkökulma .....	8
<b>4</b>	<b>Kehittämistyöhön valikoituneet hyvinvoinnin edistämisen aihealueet</b> .....	<b>9</b>
4.1	Terveydenhoitaja hyvinvoinnin edistämisen tukena .....	16
4.2	Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä.....	17
4.3	Mobiiliviestit osana digitaalisia menetelmiä .....	18
4.4	Mobiiliviestien ominaispiirteet.....	19
<b>5</b>	<b>Kehittämistyön toteutus</b> .....	<b>21</b>
5.1	Laadullinen tutkimusote .....	21
5.2	Delfoi-menetelmä .....	22
5.3	Kehittämistyön aineistonkeruu .....	25
5.4	Kehittämistyön aineiston analysointi .....	27
<b>6</b>	<b>Kehittämistyön tulokset</b> .....	<b>28</b>
6.1	Mobiiliviestien teemat hyvinvoinnin edistämisessä.....	28
6.2	Lapsiperheiden hyvinvointia tukevat mobiiliviestit asiakastyössä .....	31
<b>7</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>32</b>
7.1	Tulosten tarkastelu .....	33
7.2	Eettinen näkökulma .....	36
7.3	Luotettavuuden näkökulma .....	37
7.4	Johtopäätökset .....	38
	<b>Lähteet</b> .....	<b>39</b>
	<b>Liitteet</b> .....	<b>47</b>
	Liite 1 Tiedote kehittämistyöstä .....	47
	Liite 2 Suostumuslomake.....	48
	<b>Kuviot</b>	
	Kuvio 1. Delfoi-menetelmän keskeiset piirteet eri vaiheiden aikana.....	23
	Kuvio 2. Toteutusaikataulu Delfoi-kierrosten etenemisestä vuonna 2016. ....	26

**Taulukot**

Taulukko 1. Esimerkkejä mobiiliviesteistä aihealueittain.....	32
---	----

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveystalalla on käynnissä laaja-alainen palvelurakenteen muutos. Uudistuksen tavoitteena on ihmisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventuminen, palvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen sekä kustannusten hallinta (Sote-uudistuksen tavoitteet 2016). Tehottomien työtapojen karsinta sekä uusien vaikuttavien toimintatapojen luominen mahdollistavat palveluntarpeeseen vastaamisen ja yhtenä tärkeänä muutosvälineenä on digitalisaatio (Mitä sote-uudistus tarkoittaa minulle 2017). Tulevaisuudessa digitalisaatio mahdollistaa palveluiden kehittämistä uusilla tavoilla. Digitalisaatiolla tarkoitetaan toimintatapojen uudistamista, palveluiden sähköistämistä sekä sisäisten prosessien digitalisoimista. Kyse on toiminnan uudistamisesta tietotekniikan avulla ja se on avuksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille että ammattilaisille. (Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena 2016; Digitalisaatio 2016.)

Maailmanlaajuinen mobiililiikenne on kaksinkertaistunut vuosien 2008 ja 2012 välillä. Terveysteen liittyviä mobiilisovelluksia ladattiin vuonna 2012 kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 2011 (Greenspun & Coughlin 2012, 3). On arvioitu, että vuonna 2015 terveyssovellusten käyttäjien määrä oli 500 miljoonaa (Carzia, Torre-Diez, Vicente, Montserrat, López-Coronado & Rodrigues 2014, 74). Mobiilisovellukset voivat tulevaisuudessa mahdollistaa kokonaan uudenlaisia palvelumuotoja sekä parantaa palveluiden saatavuutta. Lisäksi mobiilisovellusten etuna on, että matkapuhelin on käyttäjälleen tuttu ja käyttäjän rooli oman terveyden edistämässä korostuu. (Holopainen 2015.) Älypuhelin suosio on kasvanut vuodesta 2014 vuoteen 2015 mennessä 6 %:a ja suomalaisista 16–84-vuotiaista 69 % omisti älypuhelimensa vuonna 2015 (Internetin käyttö mobiililaitteilla 2015).

Lastenneuvolatyössä ja kouluterveydenhuollossa digitalisaation hyödyntäminen toimii yhtenä ratkaisuna tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisäämiseksi. Lisäksi sen avulla on mahdollista luoda uusien asiakasryhmien tarpeita vastaavia palveluita ja muuttaa työn tekemisen tapoja. Lastenneuvolan asema yhteiskunnassa on keskeinen ja vakiintunut ja se tukee lapsiperheiden terveyden edistämistä. Keski-Suomessa lastenneuvolaikäisiä (0-7-vuotiaita) lapsia oli 17 613 vuonna 2014

(Tilastokeskus 2014). Samana vuonna perusterveydenhuollon sekä lääkäri- että terveydenhoitajakäyntejä lastenneuvola-asioissa oli yhteensä 58 665, mikä on yli kolmanneksen (38,8 %) enemmän kuin perusterveydenhuollon avosairaanhoidonkäynnit (22 770 kpl) yhteensä (Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit, 2014c; Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit 2014a). Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat lakisääteisiä ja maksuttomia, mutta vapaaehtoisia (Kouluterveydenhuolto 2014; ks. L 338/2011, 5§). Keski-Suomessa 7-15-vuotiaita lapsia ja nuoria oli 26 494 vuonna 2014 (Jalava 2013). 7-18-vuotiaiden kouluterveydenhuollon käyntejä oli 23 590, joka on hieman enemmän (3,5%) kuin avosairaanhoidon käynnit. (Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit, 2014b; Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit 2014a).

Opinnäytetyö on osa Jyväskylän ammattikorkeakoulun Minä ensin! Mobiiliteknologia sote-työntekijän työhyvinvoinnin ja -asiakkaan itseohjautuvuuden tukemisessa -hanketta (jatkossa Minä ensin! -hanke). Hankkeen tavoitteena on muun muassa tukea sosiaali- ja terveystieteiden (jatkossa sote) henkilöstön ammatillista osaamista vastaamaan työelämän muuttuvia tarpeita hyödyntäen mobiilipohjaisia työmenetelmiä. (Minä ensin! 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on uuden mobiilipohjaisen työmenetelmän kehittäminen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja tukemiseksi. Lisäksi tavoitteena on kehittää yhteistyössä Jyväskylän lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kanssa asiakastyössä käytettäviä mobiiliviestejä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen aihealueista. Opinnäytetyössä hyödynnetään Delfoi-menetelmää, jonka tarkoituksena on huomioida asiantuntijoiden näkemyksiä ja vuoropuhelua (Green, Armstrong & Graefe 2007). Mobiiliviestien kehittämiseen osallistuvat Minä ensin! -hankkeessa mukana olevat terveydenhoitajat. Tästä opinnäytetyöstä käytetään jatkossa nimeä kehittämistyö, koska siinä kehitetään työmenetelmiä yhteistyössä työelämän kanssa.

## 2 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Kehittämistyön tarkoituksena on uuden mobiilipohjaisen työmenetelmän kehittäminen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja tukemiseksi.

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää yhteistyössä Jyten lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kanssa asiakastyössä käytettäviä mobiiliviestejä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen aihealueista.

Kehittämistyön tutkimustehtävät:

1. Mistä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen teemoista terveydenhoitajien kanssa kehitetyt mobiiliviestit muodostuvat?
2. Millaisia ovat terveydenhoitajien kanssa kehitetyt lapsiperheiden hyvinvointia tukevat mobiiliviestit lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakastyössä?
3. Miten yhteiskehittämisen prosessi Delfoi-menetelmän avulla toteutui tässä kehittämistyössä?



### 3 Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen

Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen on tärkeässä roolissa yhteiskunnassa ja suomalainen perhepolitiikka on jo avannut silmänsä sille. (Keskeisiä käsitteitä 2016.) Hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan terveyteen ja sen taustatekijöihin vaikuttamista tietoisesti, terveyserojen kaventamista, kansansairauksien ja tapaturmien vähentämistä sekä väestön terveyden ja toimintakyvyn parantamista (Green, Tones, Cross & Woodall 2015, 10-12). Sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot muodostuvat jo varhaislapsuudessa ja ne ovat vaativa terveys- ja yhteiskuntapoliittinen haaste. Lisäksi sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot voidaan havaita nuoruudessa ja nähdä aikuisuuden terveysogelmina, ikääntyvien toimintakyvyn heikentymisinä sekä kuolleisuuden eroina. (Kaikkonen, Mäki, Hakulinen-Viitanen, Markkula, Vikström, Ovaskainen & Virtanen 2012, 6). Vuosien 2007-2009 aikana toteutetun Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämishankkeen (jatkossa Late) mukaan suomalaisten lapsiperheiden terveydentila on pääsääntöisesti hyvä, mutta sosioekonomisten ja alueellisten erojen kaventaminen aiheuttaa monenlaisia haasteita. (Kaikkonen ym. 2012, 6).

Suomalaisperheet kokevat, ettei heillä ole tarpeeksi yhteistä aikaa. Late-hankkeen mukaan jopa 60% hankkeeseen osallistuneista perheistä oli sitä mieltä, että yhteistä aikaa on liian vähän ja jopa 40% perheistä toivoi saavansa lähipiiriltään nykyistä enemmän tukea arjen pyörittämiseen. Late-tutkimukseen osallistui yhteensä 3398 neuvolaikäistä lasta ja 3111 kouluterveydenhuollon ensimmäisen, viidennen sekä kahdeksannen ja yhdeksännen luokan oppilasta. (Kaikkonen & Hakulinen-Viitanen 2012, 62; Kaikkonen & Mäki 2012, 35). Tässä kehittämistyössä keskitytään erityisesti lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluiden piiriin kuuluvien perheiden hyvinvoinnin edistämiseen. Lapsiperheillä tarkoitetaan perheitä, joissa on lapsi tai lapsia ikähaitarilla 0-18 vuotta.

### 3.1 Lastenneuvolan näkökulma

Lastenneuvolan terveydenhoitajat tapaavat lähes jokaisen perheen noin 15-20 kertaa, joten kattavuus on hyvä ja perheiden kynnys osallistua neuvolatoimintaan matala. Tämä mahdollistaa sairauksien ehkäisyä, psyykkisen ja fyysisen terveyden edistämistä sekä perheiden tukemista erilaisissa elämäntilanteissa. Sekä kotimaisten että ulkomaisten tutkimusten mukaan lastenneuvolatyöllä on pystytty vähentämään lasten ja nuorten mielenterveysongelmia, syrjäytymistä ja käytöshäiriöitä sekä tuomaan säästöjä yhteiskunnalle. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 18.) Yksilöllinen, asiakkaiden tarpeiden mukainen terveysneuvonta sekä määräämälliset terveystarkastukset ovat neuvolapalveluiden sisältöä. (Äitiys- ja lastenneuvola 2015.)

Perhe-elämän paletti-tutkimus käsittelee lapsiperheiden vaihtelevaa arkea. Tutkimuksessa oli mukana kaksisataa perhettä Keski-Suomen alueelta. (Rönkä, Malinen & Lämsä 2009, 7.) Tuloksia tarkasteltaessa nousi esiin, että vanhempien mielestä arki toimii hyvin silloin, kun kaikki perheenjäsenet ovat valmiita sitoutumaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Pikkulapsiperheiden arjen sujumisesta muodostui myönteinen kokonaiskuva, mutta myös kielteistä vuorovaikutusta elämän eri osa-alueilla ilmeni. (Mts. 274.) Keskimääräisesti arvioituna lasten hyvinvointi on parantunut, mutta osa lapsista voi silti huonosti. Huolten tunnistaminen ja niihin puuttuminen jo varhaisessa vaiheessa on tutkimusten mukaan vaikuttavaa, mutta myös tärkeää ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta. Vanhemmuuden vahvistamiseen tulee panostaa, sillä tutkimusten mukaan vaikeudet tällä osa-alueella vaikuttavat merkittävästi lapsen hyvinvointiin. (Halme & Perälä 2014, 216.) Lapsiperheiden huolet johtuvat Lapsiperheiden hyvinvointi 2014- tutkimuksen mukaan eri syistä. Oppimisvaikeudet, lapsen sairaus ja oireilu, epäterveelliset elämäntavat, pelot, masennus, kiusaaminen, kaverisuhteiden vähyyt, sosiaalinen media ja päihteiden käyttö vaikuttavat hyvinvointiin. Lisäksi taloudelliset vaikeudet, hermostuminen, ongelmat vanhempien keskinäisessä suhteessa, riittämättömyyden ja syyllisyyden tunne, lähisuhdeväkivalta, yksinäisyys sekä huoltajuuskiistat lisäävät huolta lapsiperheiden hyvinvoinnista. (Mts. 224.)

### 3.2 Kouluterveydenhuollon näkökulma

Kodin ja päivähoidon lisäksi koululla on keskeinen rooli lapsen kehityksen ja kasvun tukemisessa (Kouluterveydenhuolto 2002, 9). Palvelut on tarkoitettu sekä peruskouluikäisille että heidän perheilleen. Kouluterveydenhuollon toiminta käsittää terveystarkastukset, jotka koskevat kaikkia ikäluokkia, jolloin kaikkien oppilaiden sekä heidän perheidensä tapaaminen mahdollistuu. Psykososiaalisen ja fyysisen terveydentilan arvioiminen suhteutettuna kehitysvaiheeseen ja ikään sekä mahdollisten sairauksien sekä hyvinvointia ja terveyttä uhkaavien tekijöiden löytyminen ovat terveystarkastusten sisältöä. Lisäksi yksilöllisen tarpeen mukainen terveystarkastus on aina osa terveystarkastuksia. Kouluterveydenhuollossa toimivalla henkilöstöllä on tärkeä rooli tuen tarjoamisessa sekä ongelmien varhaisessa havaitsemisessa. (Kouluterveydenhuolto 2014).

Keskimääräisen kehityksen ja kasvun tunteminen sekä niissä tapahtuvien mahdollisten poikkeamien havaitseminen on lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen perusta. Kuolleisuus kouluikäisillä on koko ajan vähentynyt, mutta esimerkiksi psykososiaaliset ongelmat ovat entistä yleisempiä. Biologisen kasvun nopeutuminen on isoin muutos keskimääräisen kehityksen ja kasvun osalta. Vastaavasti lasten sosiaalinen ja psyykinen kasvu ei ole varhaistunut samassa suhteessa. Verrattuna aiempien sukupolvien lapsiin 2000-luvun lapset tarvitsevat sosiaalisen ja psyykkisen kasvun osaluilla useimmiten enemmän tukea kuin aiempien sukupolvien lapset. (Kouluterveydenhuolto 2002, 12-13.)

Yleisellä tasolla nuorten hyvinvointi on kohonnut Suomessa 2000-luvulla. Eriarvoisuus on iso ongelma, vaikka suurin osa nuorista voi erinomaisesti. Eri ryhmien väliset kuilut ovat suuret ja eroja on havaittu eri koulutusryhmien, sukupuolten ja erilaisista perheistä tulevien välillä. Hyvinvointi- ja terveysterot kärjistyvät, kun nuoren aikuisuuden kynnyksellä omaksutaan tietynlaiset elintavat ja -olot. Alueellisten erojen on havaittu olevan suuria esimerkiksi palveluiden saatavuudessa sekä koetussa hyvinvoinnissa. Late-hankkeessa suurin osa vanhemmista ilmoitti lastensa terveydentilan olevan hyvän tai erittäin hyvän, mutta sosioekonomiset erot nousivat tässäkin esiin. Terveystarkastajien mukaan vähemmän hyvinvointiongelmia oli niillä lapsilla, joiden äidit

olivat kouluttautuneet enemmän. (Nuorten elinolot ja hyvinvointi 2016; Kaikkonen ym. 2012, 6-7.) Nykyään nuorten hyvinvoinnista keskusteltaessa pääroolissa ovat prosessit, joiden myötä koulusta työelämään siirtyminen voi hankaloitua ja pahimmillaan jättää nuoren työelämän ulkopuolelle. Nuorten taloudellinen ja yksilöllinen tilanne on usein syrjäytymiseen liittyvä huomionarvoinen seikka. Lapsuudessa vallinneilla olosuhteilla ja mahdollisuuksilla on suuri merkitys, sillä inhimillisen pääoman muodostuminen alkaa jo hyvin aikaisessa vaiheessa. Lapsuuden olosuhteiden perusteella nuoret ovat keskenään kuitenkin eriarvoisessa asemassa. Epätasa-arvoa lisää palveluiden saatavuus, perheen taloustilanne ja tulevaisuuden löytyminen synnyinpaikkakunnalta. (Sutela, Törmäkangas, Toikka, Haapakorva, Hautakoski, Hakovirta, Rasinkangas, Gissler & Ristikari 2016, 3.)

## **4 Kehittämistyöhön valikoituneet hyvinvoinnin edistämisen aihealueet**

Seuraavat hyvinvoinnin edistämisen aihealueet ovat valikoituneet tähän kehittämistyöhön sen perusteella, mitä tutkimuksissa lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnista on noussut esiin. Lisäksi kolmesta terveydenhoitajasta koostunut asiantuntijaryhmä on tehnyt yhteistyötä pohtien asiaankuuluvia ja tarpeellisia mobiiliviestien aihealueita ajankohtaisiin tarpeisiin perustuen, jotta ensimmäisen Delfoi-kierroksen aihealueet olisivat muotoutuneet mahdollisimman hyvin tarvetta vastaaviksi. Asiantuntijaryhmän jäsenet olivat sekä lastenneuvolatoiminnan että kouluterveydenhuollon ammattilaisia.

Terveellisen **ravitsemuksen** edistäminen on pitkällä aikavälillä merkityksellistä ja jokapäiväiset valinnat ovat tärkeitä. Pysyäkseen toimintakykyisenä ja terveenä, elimistö tarvitsee sopivasti energiaa ja riittävästi suoja-aineita. Energiankulutuksen ja -saannin tulisi olla tasapainossa. (Terveellinen ruokavalio 2016.) Late-hankkeessa mukana olleiden perheiden kolme- ja viisivuotiaista lapsista 60% söi puuroa aamupalaksi. Rasvattoman maidon käyttö oli yleisempää perheissä, joissa äidillä oli pidempi koulutus.

Kasviksia lisukkeena söi pidemmälle koulutettujen äitien lapsista 78%. D-vitamiinia alle kouluikäisistä lapsista sai 63% pidemmälle koulutettujen äitien lapsista ja 54% vähemmän koulutettujen äitien lapsista. Sokeroituja virvoitusjuomia oli mukana välipaloilla sekä sokeroituja mehuja myös aterioilla, mutta sosioekonomisia eroja ei havaittu. (Ovaskainen, Wikström & Virtanen 2012, 121-122.) Lapsen siirtyminen samaan ruokaan muun perheen kanssa noin 1-vuotiaana heikensi lapsen ruokavaliota (Kyttälä, Ovaskainen, Kronberg-Kippilä, Erkkola, Tapanainen, Tuokkola, Veijola, Simell, Knip & Virtanen 2008, 115).

Late-tutkimuksissa tuli esiin, että kouluikäisistä (ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan) oppilaista vähemmän koulutettujen äitien lapset (7%) söivät aamupalan harvemmin, mitä pidemmälle koulutettujen äitien lapset (12%) (Ovaskainen ym. 2012, 122-124.) Vuonna 2013 valmistuneessa kouluterveyskyselyssä tuli esiin, että jopa 42% vastanneista ei syönyt aamupalaa arkisin lainkaan (Gissler ym. 2014, 32-33). Rasvaton tai ykkösmaito oli käytössä puolella kouluikäisistä. Korkeammille luokka-asteille mentäessä maidon juonti väheni huomattavasti. Kahdeksaluokkalaista vain 80% joi maitoa koululounaan yhteydessä. Sekä kasvisten että hedelmien käyttö oli yleisempää pidemmälle koulutettujen äitien lapsilla, mutta melkein 40% kouluikäisistä söi hedelmiä vain yhtenä tai kahtena päivänä viikossa. Sokeroitujen mehujen ja virvoitusjuomien käyttö oli samansuuntaista äidin koulutusasteesta riippumatta. Joka toinen päivä mehuja tai virvoitusjuomia joi noin 30% oppilaista ja jopa 15% päivittäin. Urheilu- ja energiajuomat olivat käytössä ainakin joka toinen päivä kuudella prosentilla kouluikäisistä oppilaista. Vain noin 20% kouluikäisistä söi makeisia harvemmin kuin kerran tai kahdesti viikossa. Äidin kouluttautumisasteella ei ollut vaikutusta makeisten käyttöön. Noin 30% pojista ja 25% tytöistä söi makeisia tai epäterveellisiä välipaloja tai joi virvoitusjuomia koulupäivän aikana. (Mts. 122-124.)

**Fyysinen aktiivisuus** on kokonaisvaltaista ja sen vaikutukset näkyvät sekä psyykkisessä, fyysisessä että sosiaalisessa hyvinvoinnissa (Liikunnan vaikutukset 2016). Suomalaisessa tutkimuksessa on havaittu, että yksikään tutkimukseen osallistuneista lapsista (3-vuotiaita lapsia yhteensä 74) ei täyttänyt varhaiskasvatuksen tavoitetta liikkuu reippaasti vähintään kaksi tuntia päivässä. Keskiraskasta liikuntaa harrasti päivittäin yli tunnin ajan 42% osallistujista ja kevyttä liikuntaa vähintään kahden tunnin ajan 53% osallistujista. 10% kolme- ja viisivuotiaista sekä ensimmäisen luokan oppilaista

liikkui alle kaksi tuntia päivässä. Kouluikäisten lasten kohdalla liikuntasuositus toteutui sitä harvemmin mitä enemmän lapsella oli ikävuosia. (Soini, Kettunen, Mehtälä, Sääkslahti, Tammelin, Villberg & Poskiparta 2011, 52, 55; Mäki 2012c, 128; Kaikkonen ym. 2012, 6-7.) Vuonna 2016 julkaistiin uudet suositukset alle kahdeksanvuotiaiden lasten fyysisen aktiivisuuden määrästä. Suosituksen mukainen määrä on kolme tuntia päivässä sekä kevyttä liikuntaa, reipasta ulkoilua että erittäin vauhdikasta liikuntaa. (Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset. Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä 2016, 9.)

Kouluikäisten osalta Late-tutkimuksessa ilmeni, että kahdeksaluokkalaiset harrastivat päivittäin harvemmin liikuntaa kuin viidesluokkalaiset. Poikien liikkuminen oli kaikilla luokka-asteilla yleisempää kuin tyttöillä, mutta viidesluokkalaisten osalta ero oli huomattava. Tytöistä 22% ja pojista 32% harrasti liikuntaa vähintään tunnin päivässä kuusi kertaa viikossa. Äidin kouluttautumisasteella ei ollut kouluikäisten lasten liikunnan harrastamisessa merkittävää vaikutusta. Vanhempien liikunta-aktiivisuudella oli merkitystä: 29% niiden perheiden lapsista, joissa molemmat vanhemmat harrastivat myös liikuntaa, liikkui päivittäin vähintään tunnin ajan kuutena päivänä viikossa, kun vastaavasti vain 20% vähemmän liikkuvien vanhempien perheiden lapsista liikkui suositusten mukaan. Liikkumattomuuteen oli yhteydessä ystävien puute, vanhempien työttömyys, sosiaalinen ahdistuneisuus ja vähäinen koulunkäynnistä pitäminen. (Mäki 2012c, 129-131; Gissler, Paananen, Luopa, Merikukka, M & Myllyniemi 2014, 32.) Kansainvälisellä tasolla Hallalin, Victoran, Azevedon ja Wellsin (2006) katsauksessa on löydetty kohtalainen yhteys nuoruus- ja aikuisiän fyysisen aktiivisuuden välillä. Aiemmissä tutkimuksissa on osoitettu, että aikuisiän fyysinen aktiivisuus on monimutkainen kokonaisuus. Ympäristölliset, yksilölliset, käyttäytymiseen liittyvät ja sosiodemografiset tekijät vaikuttavat aikuisiän fyysiseen aktiivisuuteen nuoruusiän fyysisen aktiivisuuden lisäksi. (Hallal, Victora, Azevedo & Wells 2006, 1020-1021.)

Lasten **lihavuudesta** ja **ylipainosta** on tullut kansanterveydellinen haaste. Ylipainoa esiintyi Late-hankkeen mukaan enemmän niissä perheissä, joissa koulutusaste oli matalampi. Kolme- ja viisivuotiaista tytöistä 15% ja pojista 10% oli ylipainoisia tai lihavia. Lapsensa terveydentilan arvioi hyväksi 77% neuvolaikäisten lasten vanhemmista. Kouluikäisistä lapsista joka viides oli joko ylipainoinen tai lihava. (Laatikainen & Mäki 2012, 66-67; Kaikkonen ym. 2012, 6-7; Mäki 2012b, 91.) Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana lasten ja nuorten ylipaino on lisääntynyt voimakkaasti

myös kansainvälisesti. Korkeamman tulotason maissa kasvu on ollut kiihtyvää jo pitkään, mutta tämän hetken tutkimustulokset osoittavat, että myös keskituloisissa ja köyhissä maissa on havaittu ylipainoisten määrän kasvavan. (Lobstein, Jackson-Leach, Moodie, Hall, Gortmaker, Swinburn, James, Wang & McPherson 2015, 2510.)

Lapsuusiän lihavuudella tai ylipainolla on vaikutusta aikuisiän sairastavuuteen ja ylipainoon. Jo leikki-ikäisen lapsen ylipaino voi olla riskitekijä aikuisiän sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä ja lihavuutta ajatellen. Alle kouluikäisellä voi myös olla kohonnut verenpaine, kohonnut kolesterolitaso tai sokeriaineenvaihdunnan häiriö. (Lihavuus (lapset). Käypä hoito-suositus 2013.) Suomessa vuonna 2003 tehdyn terveystapatutkimuksen mukaan 12-18 vuotiaista pojista 19% ja saman ikäluokan tytöistä 12% oli ylipainoisia. Late-tutkimuksessa tuli ilmi, että ylipainoisten poikien osuus oli pysynyt samana mutta ylipainoisten tyttöjen osuus oli lähes kaksinkertaistunut (20%). Vuoden 2013 kouluterveyskyselyn ja Late-tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset luokka-asteiden noustessa, myös ylipainon esiintyvyys nousi. (Laatikainen & Mäki 2012, 65-67; Gissler ym. 2014, 33.) Ylipaino ja lihavuus on sekä lasten että nuorten osalta Suomessa jo niin merkittävä terveysongelma, että Suomeen on ennustettu kasvavan uuden, entistä ylipainoisemman sukupolven. Sosioekonomiset erot nousivat esiin ylipainon esiintyvyydessä. Pidemmälle kouluttautuneiden äitien perheissä ylipainoa esiintyi harvemmin niin lapsilla, nuorilla kuin vanhemmillakin. (Laatikainen & Mäki 2012, 65-67.)

1970-luvulta tähän päivään asti **tapaturmaiset** kuolemat ovat vähentyneet reilusti. Siitä huolimatta tapaturmien vuoksi lapsille ja nuorille aiheutuu paljon terveyden menetyksiä. Kaikkonen ja muut toteavat tutkimuksessaan, että 18% kouluikäisistä oppilaista on joutunut tutkimusta edeltävän vuoden aikana tapaturmaan, joka on edellyttänyt terveydenhuoltopalveluihin turvautumista. Neuvolaikäisistä lapsista 95% ja kouluikäisistä lapsista 91% käytti aina autolla matkustaessaan iän mukaista turvaistuinta tai -vyötä. Heijastinta käytti neuvolaikäisistä 82%, mutta kouluikäisistä vain 44%. Pyöräilykypärän käyttö pieneni iän myötä, neuvolaikäisistä 89% käytti aina kypärää, kun vastaavasti kouluikäisistä vain 52%. (Markkula & Haikonen 2012, 100-102.) Kouluterveyskyselyn tulokset osoittavat, että 86% vastaajista käytti aina turvavyötä ja veneillessä pelastusliiviä 47%. Pyöräilykypärän (9%) ja heijastimen (18%) käyttäminen oli melko harvinaista. (Gissler ym. 2014, 33.) Mallioppiminen on neuvolaikäisille

lapsille tyypillisin tapa oppia ja lapsuudessa opitut taidot ja käytänteet heijastuvat pitkälle tulevaisuuteen. **Liikennekasvatuksessa** tärkeää onkin se, että vanhemmat käyttävät itse asianmukaisia turvavarusteita, esimerkiksi heijastinta.

Alle kouluikäisten **ruutuajalle** ei ole olemassa suositusta. Kaikkosen ja muiden tekemässä tutkimuksessa 5%:lla kolmi- ja viisivuotiaista ruutu-aika oli yli kaksi tuntia päivässä. Tämän ikäryhmän tytöillä ruutu-aikaa oli hieman enemmän kuin pojilla. Korkeammin koulutettujen äitien lapsilla (alle kouluikäisillä ja viidennen luokan oppilailla) yli kahden tunnin ruutuajan käyttäminen päivittäin oli harvinaisempaa kuin vähemmän koulutettujen äitien perheissä. (Mäki 2012c, 131; Kaikkonen ym. 2012, 7-8.) Alangon (2015) tutkimuksen mukaan alle kouluikäiset lapset viettivät ruutu-aikansa pääsääntöisesti television ja sen oheislaitteiden parissa. Seuraavaksi suosituin oli tabletti. Vapaapäivänä tabletin, tietokoneen ja älypuhelimien ääressä käytetty aika kasvoi viidellä prosenttiyksiköllä. (Alanko 2015, 56) Lapsen ja nuoren kehitysvaiheessa olevat aivot ovat erityisen herkkiä kaikille riippuvaisuuksille. Tämän vuoksi digipelaamisen haitat ja riippuvuusriski tulee tiedostaa. (Sinkkonen & Korhonen 2015, 173-176.) Kouluikäisten ruutuajan määrän suositus on enintään kaksi tuntia päivässä. Late-tutkimuksessa ruutuajan sisälle laskettiin kaikki viihdemedian (videot, dvd:t, pelikonsolit, tietokoneen tai kännykän käyttö, sähköpostit, internetin käyttö ja chattailu) ääressä vietetty yhteen laskettu aika. Kahdeksannen luokan oppilailla tyttöjen ruutu-aika oli lyhyempi kuin poikien. Pojista jopa 80%:lla ruutu-aika ylitti suosituksen mukaisen määrän. Tyttöjen vastaava osuus oli noin 75%. (Mäki 2012c, 131-132.)

**Uni** on välttämätöntä elämälle. Syvän unen riittävä määrä on ehto muun muassa puolustusjärjestelmän toimimiselle, joten sen riittämättömyys vaikuttaa sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. (Saarenpää-Heikkilä 2011, 1086-1087.) Simolan väitöskirjassa (2014, 39) tuli esille, että 45 prosenttia 3-6-vuotiaista lapsista (tutkimukseen osallistui 904 perhettä) kärsii uniongelmista toistuvasti. Simola toteaa, että uniongelmia on alle kouluikäisillä enemmän kuin kouluikäisillä, joten lastenneuvolan osuutta unihäiriöiden havaitsemisessa ja parantamisessa olisi hyvä lisätä. Mikäli unihäiriöt ovat pitkäkestoisia, ne voivat häiritä lapsen sosioemotionaalisen ja käyttäytymisen säätelyn sekä aivotoiminnan kehittymistä (Simola 2014, 5). Kaikkonen ja muut toteavat tutkimuksessaan, että noin 18% neuvolaikäisistä lapsista koki uupumusta tai väsymystä vähintään kerran viikossa. (Mäki 2012d, 97.) Usein nuorten unenpuutteen takana on liian myöhäinen nukkumaanmeno verrattuna siihen, että aamulla on pakko



herätä tiettyyn aikaan kouluun. Erilaiset unihäiriöt (esimerkiksi nukahtamisen vaikeus) voivat lisätä väsymystä. Jatkuessaan uupumus ja väsymys voivat altistaa jopa masennukseen. Late-tutkimuksen mukaan 21% kouluikäisistä koki uupumusta ja väsymystä ainakin kerran viikossa. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä kolmasosa ja pojista reilu neljännes koki uupumusta ja väsymystä ainakin kerran viikossa. Merkittäviä sosioekonomisia eroja ei havaittu. (Mäki 2012d, 96-98.)

Ajoittainen **päänsärky** on yleistä pienilläkin lapsilla. Jännityspäänsärlyn osuus ei ole tiedossa, mutta noin 10% koulunsa aloittavista lapsista kärsii päänsäryistä. Vain noin 1,5-3% kärsii lapsuusiässä päivittäisestä päänsärystä, mutta tutkimusten mukaan se on lisääntymässä. Todennäköisesti yli puolet lapsuusiässä päänsärkyä kokeneet kokevat sitä myös aikuisiällä. Lasten päänsärky voi olla joko sekundaarista, primaarista tai psykososiaalisiin ongelmiin tai elämäntapoihin liittyvää. (Lasten päänsärky. Käypä hoito-suositus 2015.) Late-tutkimuksessa kukaan kolmivuotiaista pojista ei ollut kärsinyt päänsäryistä, kun vastaavasti saman ikäluokan tytöistä yhdellä prosentilla oli vanhempien kertoman mukaan ollut päänsärkyä. Viisivuotiaista pojista 1%:lla oli vanhempien kertoman mukaan ollut päänsärkyä ja tytöistä 2,5%:lla (Mäki 2012, 94). Noin 30% yläkouluikäisistä oppilaista kärsii päänsäryistä viikoittain. Viides- ja kahdeksaluokkalaisista oppilaista pojat kärsivät päänsäryistä harvemmin. Viikoittain päänsärkyä oli 31%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 16%:lla pojista. Sosioekonomisia eroja ei havaittu. (Mäki 2012d, 94-95.)

**Itsetunnon** keskeiseksi seikaksi on määritelty itsensä arvostaminen. Lisäksi itsensä tunteminen ja tiedostaminen ovat osa itsetuntoa. Keskeistä on se, millaiseksi yksilö kokee oman arvon tunteensa ja oman merkityksen. Itsensä hyväksyminen ja omien taitojen hahmottaminen ovat osa jokaisen itsearvostusta. Itsetuntemus kuvaa kykyä tuntea ja tunnistaa omat heikkoudet ja vahvuudet. (Aho 2004, 20.) Lapsen ja nuoren hyvinvoinnin kannalta on ystävyyssuhteissa syntyviä turvallisuuden, luottamuksen, solidaarisuuden, sosiaalisen tuen ja tunne-elämän kokemuksia pidetty tärkeinä. Mikäli näitä kokemuksia puuttuu, sitä on pidetty hyvinvoinnin riskitekijänä. Tunne-elämän ongelmat, huono itsetunto ja masennus ovat yhteydessä kaverisuhteiden puuttumiseen. (Korkiamäki 2014, 38-41.) Vain joka kolmannella neuvolaikäisellä ja 60% kouluikäisistä on yhteisesti sovitut käyttäytymisen mallit sekä rajat ja vain puolet neuvolaikäisistä lapsista osallistuu kerho- tai harrastustoimintaan. Kouluikäisistä ensimmäisen luokan oppilaista melkein 30% ja viidennen luokan oppilaista 20% ei ollut mukana

kerho- tai harrastustoiminnassa. Murrosikäisistä tytöistä kolmasosa ja pojista 45% kertoi, ettei heillä ollut mitään harrastustoimintaa. (Kaikkonen & Hakulinen-Viitanen 2012, 62.) WHO kuvaa, että fyysisellä aktiivisuudella voidaan vaikuttaa sekä ahdistuneisuus- että masennusoireisiin ja lievittää stressin tunnetta. Itseluottamukseen ja lasten sosiaalisiin taitoihin saattaa fyysisellä aktiivisuudella olla myös myönteisiä vaikutuksia. (Physical Activity and Health in Europe: Evidence in Action 2006, 7.)

**Päihteiden käyttö** (tässä kehittämistyössä keskitytään alkoholinkäyttöön ja tupakointiin) on keskeinen riskitekijä kansansairauksien syntymiselle. Suomalaisnuoret aloittavat tupakointikokeilut keskimäärin 13-15-vuotiaina. 14-18-vuotiaista nuorista 20% tupakoi päivittäin vuonna 2011. Nuoren elimistö on herkkä nikotiiniriippuvuuden syntymiselle ja usein riippuvuus muodostuu hyvin nopeasti. Tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on kaikkein tehokkain ennaltaehkäisy muoto nuorten tupakoinnin vähentämisessä. (Ollila, Mäki & Laatikainen 2012, 141-143.) Vuoden 2013 kouluterveyskyselyssä kahdeksaluokkalaisista tupakoi kymmenesosa ja yhdeksäluokkalaisista noin kuudesosa. Alakulo ja ahdistus nostivat tupakoinnin riskin kaksinkertaiseksi sekä yläkoulu- että lukioikäisillä. (Gissler ym. 2014, 31-32).

Muuhun väestöön verrattuna nuorten alkoholin liikakäyttö altistaa jopa kaksin- tai kolminkertaiselle kuolemanvaaralle. Vajaa 20% Late-tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista oli ollut todella humalassa ainakin kerran elämässään. Sosioekonomiset erot nousivat tässä myös esiin. Enemmän kouluttautuneiden äitien lapset omasivat humalakokemuksia vähemmän mitä vähemmän kouluttautuneiden äitien lapset. Kouluterveydenhuollolla on mahdollisuudet ennaltaehkäisevään työhön päihteiden käytön osalta, sillä kouluterveydenhuollon terveystarkastukset kattavat lähes kaikki nuoret. (Mäki 2012a, 145-146.)

Niissä perheissä, joissa nuorten vanhemmat tupakoivat itse sekä joilla oli vähintään lievästi kohonnut alkoholinkäytön riski, oli humalahakuinen juominen ja tupakointi yleisempää. Vanhempien tupakointi on kovin yleistä, isistä yli neljännes ja äideistä noin joka seitsemäs tupakoi päivittäin. Sosioekonomiset erot nousivat isien kohdalla melko suuriksi, ero oli kolminkertainen. Alkoholin käyttö oli näissä perheissä runsasta ja jopa kolmasosalla isistä alkoholinkäytöstä johtuvien riskien esiintyminen oli noususuuntainen. Vähemmän koulutetuissa perheissä alkoholia kului enemmän. (Kaikkonen ym. 2012, 7-8.)

Perhe-elämän paletti-tutkimuksen mukaan päivähoito tukee **työn ja vanhemmuuden yhteensovittamista**. Esiin tuli myös se, että vanhemmuus toisaalta kuluttaa, mutta toisaalta lujittaa vanhempien keskinäistä parisuhdetta. Arjessa ei useinkaan jää aikaa puolisoiden väliselle vuorovaikutukselle. Tutkimus osoitti, että puolisoiden keskinäiseen suhteeseen pyrittiin panostamaan rakkauden ja läheisyyden huomionosoituksilla, ottamalla vastuuta yhteisistä tehtävistä sekä hoitamalla ristiriitatilanteet asianmukaisesti. Negatiivista vuorovaikutusta aiheutti riitely, negatiivinen arvostelu ja joustamattomuus. Työn kuormittavuudesta huolimatta siitä koettiin saatavan myös ilon ja onnistumisen tunteita. Ajan puute nousi keskeiseksi haasteeksi työn ja arjen yhteensovittamisessa. (Rönkä, Malinen & Lämsä 2009, 274-278.)

**Lastenneuvolan terveydenhoitajalta on toivottu** käytännönläheisiä ohjeita kasvatukseen ja tietoa omaan lapseen tutustumisen merkityksestä. Parisuhteen hoitaminen käytännöllisin esimerkein (esimerkiksi myönteinen palaute, vuorovaikutus) koettiin hyväksi. Tärkeiksi teemoiksi nousivat pikkulapsiperheen elämän keskeiset muutokset ja siirtymävaiheet, esimerkiksi kun lapsi aloittaa päivähoidon ja vanhempi työelämän. Uudenlaisiksi neuvolan työmuodoiksi ehdotettiin muun muassa keskustelupalstoja internetin tarjoamien uusien mahdollisuuksien myötä. (Rönkä ym. 2009, 292-293.)

#### 4.1 Terveydenhoitaja hyvinvoinnin edistämisen tukena

Hyvinvoinnilla tarkoitetaan yksilö- ja yhteisötason koettua terveyttä ja hyvinvointia, materiaalista hyvinvointia sekä terveyttä. Terveydenhoitajan rooli hyvinvoinnin edistäjänä on muun muassa luoda asiakkaille mahdollisuuksia oman terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin. (Keskeisiä käsitteitä 2016.) Ohjaus on vuorovaikutuksellista dialogia asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä. Tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään asiakasta ja lisätä asiakkaan voimaantumista. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 11-12.)

Elämäntapojen yhteys terveyteen ja hyvinvointiin on tutkimusten mukaan keskeinen. Elämäntapainterventioiden avulla on saatu aikaan pieniä positiivisia muutoksia terveydenhuollon asiantuntijoiden avulla. Oman käyttäytymisen seurantaan kannustaminen ja

siihen perustuva tavoitteellinen toiminta ovat terveydenhoitajan antaman ohjauksen vaikuttavimpia keinoja. Seurantakäyntien on havaittu tehostavan vaikuttavuutta. Parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi tulee ohjauksessa yhdistellä erilaisia ohjaustekniikoita (esimerkiksi motivoiva haastattelu ja yllä mainitut ohjaustekniikat). (Absetz & Hankonen 2011, 2265-2271.) Sekä asiakkaan että terveydenhoitajan on hyvä ymmärtää, että vastuu terveyden edistämisestä on molemmilla osapuolilla. Ammattilaisen tulee antaa tietoa ja sitä kautta mahdollistaa terveellisten elämäntapojen toteuttaminen. Asiakkaalla on vastuu omasta käyttäytymisestään ja sen mahdollisesta muutoksesta. (Allen 2014, 58.)

Motivoiva haastattelu sopii ohjaustilanteisiin, joissa halutaan lisätä asiakkaan sitoutuneisuutta ja saada heräteltyä asiakkaan omaa motivaatiota. Psykologisia haittoja voi syntyä, mikäli yrittää suostutella tai tuomita asiakasta, joten tällaisia tilanteita tulee ohjaustilanteessa välttää. Asiakkaan mahdollisuuksista ja tarpeista muutoksen syntymiseen tulisi sen sijaan pyrkiä keskustelemaan asiakaslähtöisesti. Omaseuranta mahdollistaa havaintojen tarkastelun yhdessä asiakkaan kanssa sekä uusien tavoitteiden asettelun havaintojen pohjalta. Ohjaustekniikat, jotka mahdollistavat vaikuttavan ohjauksen, ovat kustannustehokas työmuoto, sillä vain muutaman päivän koulutus riittää ammattilaisen tueksi. Motivoivan haastattelun käyttäminen käytännössä on kaikkein merkityksellisintä oppimisprosessin etenemisessä. (Absetz & Hankonen 2011, 2271; Vänskä 2012, 29-30.)

Teknologia tuo lisää mahdollisuuksia terveydenhoitajan ohjaustyölle. Mobiilimenetelmistä onkin tullut tärkeä osa terveydenhuollonpalveluita, ja tulevaisuudessa ne tulevat lisääntymään. (Free, Philips, Galli, Felix, Patel, & Haines 2013; Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev & Gonder-Frederick 2009, 18-19). Suomi on mobiiliteknologian edelläkävijä ja uusia sovelluksia ja muita digitaalisia työkaluja kehitetään ja luodaan jatkuvasti (Salminen 2016).

#### 4.2 Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä

Digitalisaatio mahdollistaa osaltaan isojen rakenteellisten muutosten toteutumisen yhteiskunnassa. Tarkoituksena on muuttaa vanhoja toimintatapoja tehokkaammiksi ja

joustavimmiksi. Digitalisaatio auttaa huolehtimaan kaikkien hyvinvoinnista. Sipilän hallitusohjelman 2025 tavoitteena on, että julkinen päätöksenteko on omalta osaltaan luonut ja mahdollistanut digitaalisten palveluiden ja internetin sovellusten käyttämisen (Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen 2016). Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen digitalisaatio alkoi 1980-luvulla sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotolla. Julkisen sektorin kaikissa organisaatioissa oli käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä 2000-luvun alussa. Kansainvälisellä tasolla Suomi on sosiaali- ja terveysalaa koskevan digitalisaation kärjessä. Julkisella sektorilla tarkoituksena on tukea ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Hyvinvoinnin ylläpitäminen kansalaisten oman aktiivisuuden kautta on avainasemassa tulevaisuudessa. (Räty, Huovinen & Haatainen 2016, 4-10.) Digitaaliset menetelmät ovat myös osa lastenneuvolatoiminnan ja koulu-terveydenhuollon tulevaisuutta.

### 4.3 Mobiiliviestit osana digitaalisia menetelmiä

Mobiiliteknologia eli mHealth on levinnyt nopeasti kansainvälisesti. Oman terveyden edistämässä sekä uusien terveyspalvelujen kehittämisessä mHealth on merkittävässä asemassa. (Holopainen 2015; Free ym. 2013; Ritterband ym. 2009, 18-19; Blake 2008, 160.) Mobiiliviestit ovat osa digitaalisia menetelmiä. Mobiiliviestien tarkoituksena on seurata haluttua kohdetta rajatun ajan joko intensiivisesti tai satunnaisesti, käyttötarkoituksesta riippuen. (Rönkä, Malinen, Kinnunen, Tolvanen & Lämsä 2010, 7.) Mobiiliviestien käyttäminen on lisääntynyt viime vuosien aikana tutkimustyössä sekä sosiaali- ja terveysalalla neuvonta- ja ohjaustyössä. Katsauksessa tuli esille, että tekstiviestitse tapahtuva interventio lisäsi sitoutumista lääkkeiden käyttöön ja tupakoinnin lopettamiseen ja että sen sisällyttämistä terveydenhuollon palveluihin tulisi harkita. (Free ym. 2013).

Mobiilimenetelmiä on kansainvälisellä tasolla tutkittu ja käytetty jo melko paljon. Uusien menetelmien käyttö (esimerkiksi mobiiliviestit) avaa lisää mahdollisuuksia interventioille, jotka mahdollistavat terveystyöskäytymisen muutoksen (Free ym. 2013; Koehler, Vujovic & McMnamin 2013, 11; Fjeldsoe, Marshall & Miller 2009, 165; Garzia ym. 2014, 75.) Mobiilivälitteinen interventio on mahdollisesti tehokas käyttäytymisen muutoksen työkalu, koska se mahdollistaa yksilöllisen tarpeen huomioimisen,

on reaaliaikainen, laajasti saatavilla, edullinen, tehokas ja nopea käyttää (Cole-Lewis & Kershaw 2010, 1; Ritterbrand ym. 2009, 18; Depp, Mausbach, Grandholm, Cardenas, Ben-Zeev, Patterson, Lebowitz & Jeste 2010, 715-721; Bauer, Percevic, Okon, Meermann & Kordy 2003, 285-288; Rönkä ym. 2010, 16-18).

#### 4.4 Mobiiliviestien ominaispiirteet

Mobiiliviestien tavoitteena on muun muassa saada tietoa päivän ja viikon aikana vaihtelevista tunteista. Viestit kertovat vastaajan juuri senhetkisestä tunnetilasta. Toimintatapaa on lähdetty kehittämään tutkimuksellisesta näkökulmasta, mutta se on hyvin hyödynnettävissä myös intervention näkökulmasta. Tämän lähestymistavan avulla on paremmat mahdollisuudet tarkastella syy-yhteyksiä ja nopeita muutoksia. (Malinen 2016; Rönkä ym. 2010, 7.) Mobiiliviestit mahdollistavat asiakkaan yksilöllisen kannustamisen sekä ohjauksen konkreettisten tapaamisten välissä ja niillä voidaan herätellä asiakkaan ajatuksia omista hyvinvointivalinnoista. Lisäksi mobiiliviestit ovat kustannustehokkaita, sillä ne mahdollistavat useamman henkilön saavuttamisen samanaikaisesti. (Rönkä, Malinen, Jokinen & Häkkinen 2015, 186-187; Punna, Sihvonen, Rönkä & Teppo 2015, 40; Rönkä ym. 2013, 16.) Mobiiliviestit voivat olla esimerkiksi kannustavia ja pohdintaan tai toimintaan ohjaavia (Punna ym. 2015, 40).

Fjeldsoe ja muut ovat tarkastelleet kirjallisuuskatsauksessaan 33 terveystieteiden tutkimusta, joiden interventiot sisälsivät mobiilimenetelmänä tekstiviestit. Näistä tutkimusartikkeleista lopulta 14 läpäisi tutkijoiden kriteerit. Näistä neljä tutkimusartikkelia käsitteli ennaltaehkäisevää terveyskäyttäytymistä, esimerkiksi tupakoinnin rajoittamista ja kymmenen tutkimusartikkelia keskittyi kliinisempään hoitotyöhön, muun muassa diabeteksen itsehoitoon. Tärkeää on, että viestejä muokataan yksilöllisesti ja että vuoropuhelu on niissä sujuvaa ja vuorovaikutteista. (Fjeldsoe ym. 2009, 165–173.) Joko osittain tai kokonaan tapahtuva tekstiviesti-interventio tupakoinnin lopettamisessa on joissakin tapauksissa havaittu tehokkaaksi intervention tavaksi (Bock, Heron, Jennings, Morrow, Cobb, Magee, Fava, Deutsch & Foster 2013, 8).

Irlannissa on vuonna 2006 aloitettu tutkimus mobiilipäiväkirjan ja perinteisen kynä-paperimenetelmän käytöstä intervention välineenä. Tutkimukseen osallistui 73 opiskelijaa, joista 71 % täytti mielialakyselyn paperille ja 29 % mobiilipäiväkirjaan kahden viikon ajan. Tutkimustulokset osoittivat, että sitoutuminen työskentelyyn oli mobiilipäiväkirjan muodossa huomattavasti parempaa verrattuna kynä-paperityöskentelyyn. Opiskelijoilta kysyttäessä 88,7 % olisi mieluiten käyttänyt mobiilipäiväkirjaa kynäpaperi työskentelyn sijaan. Ohjeeksi oli annettu, että mielialakyselyyn tuli vastata ainakin kerran päivässä. Tulokset paljastivat mielenkiintoisen seikan: mobiilipäiväkirjaa täyttävistä opiskelijoista kuusi henkilöä täytti sitä myös useamman kerran päivässä. (Matthews, Doherty, Sharry & Fitzpatrick 2008, 121, 126)

Röngän ja muiden tutkimuksessa oli aiheena mobiilipäiväkirjan kehittäminen perhedynamiikan arvioinnissa. Sekä mobiilivälitteisellä päiväkirjalla että perinteisellä kynäpaperipäiväkirjalla saadut tulokset olivat keskenään yhteneväiset, mikä lisää mobiilipäiväkirjan luotettavuutta. Mobiiliviestien tulee olla lyhyet ja napakat. (Rönkä ym. 2010, 16-18.) Sekä työntekijöiltä että asiakkailta saatu palaute mobiilityöskentelystä on ollut myönteistä ja se soveltuu hyvin ennaltaehkäiseväksi työvälineeksi lasten ja perheiden kanssa. (Rönkä, Malinen, Jokinen & Häkkinen 2015, 184-185; Rönkä, Häkkinen, Jokinen & Hyväluoma 2012, 13-15; Rönkä ym. 2013, 16.)

Eräässä australialaisessa tutkimuksessa ilmeni, että 91% terveydenhuollon ammattilaisista omisti mobiilipuhelimen ja heistä 71% käytti omaa mobiilipuhelinta työssään. Kenelläkään ei ollut työnantajan kustantamaa älypuhelinta. Jotta mobiilisovelluksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalalla, on älypuhelinien hankkiminen välttämättöntä. Oman älypuhelimien käyttäminen katsottiin kuitenkin tietosuojangelmaksi, sillä esimerkiksi työhön liittyvien ja henkilökohtaisten tietojen sekoittuminen on mahdollista. (Koehler ym. 2013, 5-8.) Myös Holopainen nostaa artikkelissaan esiin mobiilisovellusten luotettavuuden arvioinnin haasteellisuuden ja sen, että luotettavat mobiilisovelluslistaukset ovat vasta rakenteilla (Holopainen 2015).

Yhteenvetona voidaan todeta, että menetelmänä mobiiliviestit ovat reaaliaikaisia, laajasti saatavilla, edullisia ja käyttäjäystävällisiä. Mobiiliviestit kertovat vastaajan senhetkisestä tunnetilasta. Tämän lähestymistavan avulla asiantuntijoilla on paremmat mahdollisuudet reagoida syy-yhteyksiin ja nopeisiin muutoksiin. Mobiiliviestit ovat luonteeltaan esimerkiksi kannustavia ja pohdintaa herättäviä tai toimintaan ohjaavia.

Tärkeää on, että viestejä muokataan yksilöllisesti ja että vuoropuhelu on niissä sujuvaa ja vuorovaikutteista. Mobiiliviestien tulee olla lyhyet ja napakat ja ne mahdollistavat asiakkaan yksilöllisen kannustamisen ja ohjauksen konkreettisten tapaamisten välissä. Lisäksi niiden avulla kannustetaan asiakasta tarkastelemaan omaa hyvinvointiaan.

## 5 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyö on osa **Minä ensin! -hanketta**, joka liittyy Keski-Suomen maakuntastrategiaan muun muassa hyödyntämällä digitaalisia palveluita sekä vahvistamalla naisvaltaisen sote-henkilöstön lisäkouluttautumista. Tavoitteena on sote-henkilöstön parantunut työhyvinvointi ja valmiudet mobiiliteknologian käyttämiseen ja asiakkaiden itseohjautuva hyvinvoinnin edistäminen. Itseohjautuvan hyvinvoinnin edistämistä tukevat mobiilipohjaiset työmenetelmät tuovat lisää mahdollisuuksia sote-henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Hankkeen aikana muodostetaan uudenlainen malli osaamisen ja työhyvinvoinnin tukemiseen sekä kootaan yhteen Keski-Suomen alueella toimivia mobiilipalveluiden tuottajia ja hyödyntäjiä. Hankkeen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työhyvinvointi sekä osaaminen mobiiliteknologian hyödyntämisessä kasvaa. Minä ensin! -hanke käynnistyi syyskuussa 2015. (Minä ensin! 2015.) Tämä kehittämistyö toimii pilottina keväällä 2017 käynnistyneille työpäiväpäiville, joissa hankkeeseen osallistuvat sote-alan ammattilaiset kehittävät yhteistyössä hankkeen asiantuntijoiden kanssa mobiiliviestejä kohdennetusti omiin työorganisaatioihinsa.

### 5.1 Laadullinen tutkimusote

Tässä kehittämistyössä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote. Kvalitatiivisen menetelmän tarkoituksena on kuvata olemassa olevaa ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Taylor, Bogdan & DeVault 2016, 162). Laadullinen tutkimus on empiiristä tutkimusta, jossa on kyse empiirisen



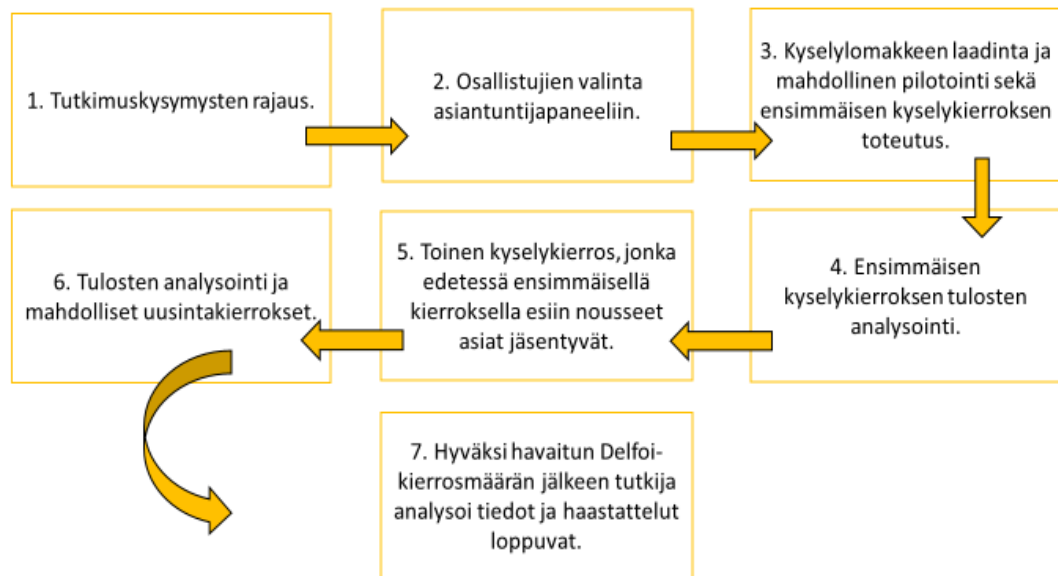
analyysin tavasta tarkastella sekä argumentoida havaintoaineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 21-22). Kehittämistyön aikana luotiin uuteen menetelmään uutta sisältöä, joka pohjautui asiantuntijapaneelin ammattitaitoon yhteiskehittämisen periaatteiden mukaan, joten laadullinen tutkimusote sopi hyvin tähän kehittämistyöhön. Tässä kehittämistyössä yhteiskehittämällä tarkoitetaan kysymysten, prosessin, teemojen ja lopputuotteiden suunnittelemista yhteistyössä kehittämistyöntekijän ja asiantuntijapaneeleihin kanssa. Yhteiskehittämisen prosessin etuina on kehittämistyön tulosten hyödynnettävyys, reaaliaikaisuus, tarpeellisuus ja helppokäyttöisyys. (Yhteiskehittäminen 2017.)

Laadullista menetelmää käytettäessä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään ymmärtämään tietynlaista toimintaa. Siksi on tärkeää, että asiantuntijat, joilta kerätään tietoa tutkittavasta ilmiöstä, tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon ja että heillä on myös kokemusta tästä asiasta. Pääsääntöisesti aineiston koko on laadullisessa tutkimuksessa pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.) Jokaisella kehittämistyöhön osallistuneella asiantuntijalla oli vuosien kokemus asiantuntijatyöstään. Lisäksi heillä oli mahdollisuus myös avoimiin vastauksiin kehittämistyötä koskien sähköpostikyselyn välityksellä, jolloin laadullisen tutkimuksen tärkeät piirteet toteutuivat. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä mahdollisuus ymmärtää toista on kaksijakoinen. Toisaalta on kyse siitä, miten tutkija kykenee ymmärtämään haastateltavaa, mutta toisaalta siitä miten lukija ymmärtää ja tulkitsee tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 68-69; Taylor ym. 2016, 162.)

## 5.2 Delfoi-menetelmä

Kehittämistyö toteutettiin Delfoi-menetelmän mukaan, jossa tarkoituksena on hyödyntää asiantuntijoiden näkemyksiä ja vuoropuhelua. Se on myös yksi laadullisen tutkimuksen muoto. (Green ym. 2007) Menetelmässä kootaan asiantuntijapaneeli, joka pyrkii arvioimaan ja kehittämään jotain uutta sekä arvioimaan mahdollista tutkimusongelmaa. Keskeistä on, että paneeliin valitut asiantuntijat ovat kiinnostuneita osallistumaan ja sen myötä kehittämään valittua aihealuetta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 134; Green ym. 2007.) Tärkeää on myös, että paneelin osallistuvat asiantuntijat

valitaan harkiten. Jäseniksi on viisasta pyytää sellaisia henkilöitä, joiden mielipide esitetystä temasta tai ongelmasta on merkityksellinen. (Kuusi 2002, 205.) Delfoi-menetelmä sisältää seitsemän keskeistä piirrettä eri vaiheiden aikana (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Delfoi-menetelmän keskeiset piirteet eri vaiheiden aikana (Mukaillen Metsämuuronen 2011, 308.)

Kuusi (2013, 249) kuvaa teoksessaan Delfoi-menetelmän kolme ydinajatus, jotka ovat vastaajien tunnistamattomuus, iteraatio eli kaksi tai kolme asiantuntijoiden tuottama kommenttikierrosta sekä asiantuntijoiden keskinäisistä vastauksista saatu palaute. Siten tarkoituksena on, että asiantuntijat toimivat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja tuovat esiin erilaisia näkökulmia kohteena olevasta aihealueesta (Linturi 2007, 103; Kuusi: Delfoi metodi 2014). Delfoi-menetelmälle tyypillisesti sähköpostikyselyissä ei esitetty identifioivia kysymyksiä (esimerkiksi sukupuoli tai ikää), jotta vastaajien tunnistamattomuus mahdollistui.

Delfoi-menetelmää on käytetty sosiaali- ja terveysalan kehittämistyössä. Muun muassa Pääkkönen (2008, 89) on hyödyntänyt Delfoi-menetelmää väitöskirjassaan päi-

vystyspoliklinikan sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön taidoista ja Kokko (2010) terveyttä edistävää urheiluseuraa tutkiessaan. Meritähti (2011, 2) on käyttänyt Delfoi – menetelmää tuottaessaan tietoa tulevaisuuden osaamistarpeista päivystysosastolla ylempään ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään. Kansainvälisellä tasolla Delfoi-menetelmää on hyödynnetty muun muassa liiketoiminnan sovelluksissa ja teknologian mukaan ottamisessa teollisuudessa ja koulutuksien organisoinnissa. (Green ym. 2007.) Delfoi-menetelmä sopii hyvin uuden mobiilipohjaisen työmenetelmän kehittämiseen sekä käyttöönottoon lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi, koska Delfoi-menetelmä pyrkii saamaan sekä asiantuntijoiden mielipiteet että tutkittavan asian näkyväksi. Asiantuntijapaneelin jäsenten näkemys kehittämistyön kohteesta on hyvin merkityksellinen ja työelämälähtöinen.

### **Delfoi-menetelmän vahvuudet**

Delfoi-menetelmän avulla kehittämistyössä pystytään hyödyntämään asiantuntijoiden ammattitaitoa. Tarkoituksena on kerätä asiantuntijoiden käsityksiä tietystä aihealueesta. Menetelmä sisältää kahdesta neljään kommenttikierrosta, joiden aikana asiantuntijoilla on oikeus muuttaa mielipiteitään. Tutkimuksessa, jossa hyödynnetään Delfoi-menetelmää, on tärkeää, että tutkimuskysymykset ovat selkeästi ja riittävän avoimesti kuvattu, jotta tutkimuksen toteuttaminen on mahdollista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 133-134, Hilbert, Miles & Othmer 2009, Kuusi: Delfoi-menetelmä 2014.)

Pääkkönen tuo tutkimuksessaan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan kliinisen työn taidoista esiin sen, että Delfoi-kierroksia kannattaa olla niin monta kuin on tarpeen suhteutettuna tutkimuksen tavoitteisiin. Pääkkösen tutkimuksen aikana pystyttiin noudattamaan hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöjä ja osallistujat olivat tyytyväisiä. Tutkija pitää valittua tutkimusmenetelmää relevanttina ja tutkimustuloksia pätevinä. (Pääkkönen 2008, 89.)

### **Delfoi-menetelmän riskit ja niiden huomiointi**

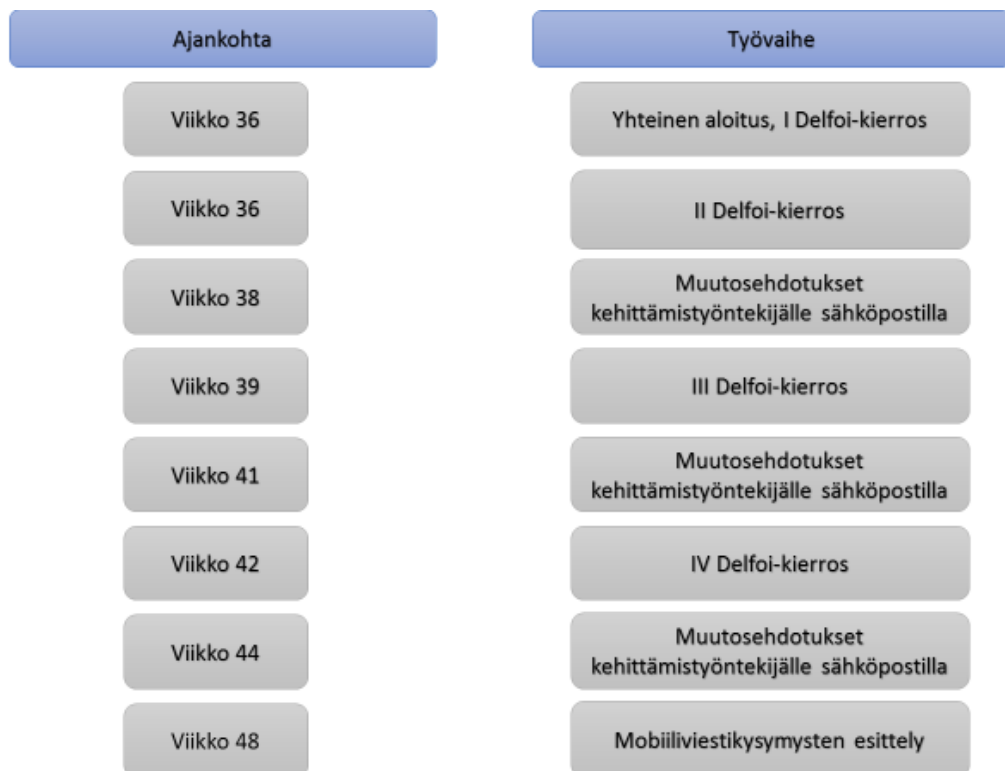
Metsämuurosen mukaan Delfoi-menetelmän heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei pystytä tarkalleen määrittelemään millainen asiantuntijapaneeli on, esimerkiksi kuinka monta osallistujaa tulisi olla ja millä tavalla heidät valitaan. Tässä kehittämistyössä

paneeliin osallistujat ovat tämän alan asiantuntijoita, Minä ensin!-hankkeeseen osallistuvia terveydenhoitajia. Jokaisen tutkijan vastuulla on se, miten vastaamattomat vaikuttavat tulokseen. Tässä kehittämistyössä ensimmäinen Delfoi-kierros toteutui ryhmätapaamisena. Eri tutkimusten välillä ei ensimmäisen kierroksen vastauksia pystytty välttämättä analysoimaan samalla tavalla, koska yhtenäistä metodologiaa ei ole. Tutkija määrittää itse iteraatiokertojen määrät, mutta on katsottu, että kolmannen kyselykierroksen jälkeen ei lopputulos enää ratkaisevasti muutu. Tutkimus kehitysmaiden hallitusten välisen päätöksenteon kehittämisestä sisälsi viisi Delfoi-kierrosta ja kaikki kierrokset olivat relevantteja (Hilbert ym. 2009). Tässä kehittämistyössä oli neljä Delfoi-kierrosta, mikä lisää luotettavuutta. Delfoi-menetelmän reliabiliteetista eli toistettavuudesta puhuttaessa analysoidaan sitä, olisiko eri asiantuntijapaneeli saanut aikaan erilaisen lopputuloksen. Duffeldien hoitoalan kompetensseihin liittyvässä tutkimuksessa oli kaksi eri asiantuntijapaneelia. 93% tutkituista kompetensseista oli näiden kahden paneelin välillä samoja, mikä kuvastaa hyvää reliabiliteettia. (Metsämuuronen 2011, 309-310.) Tästä voidaan päätellä, että toistettaessa tämä kehittämistyö saman organisaation sisällä, tulokset olisivat samansuuntaiset.

### 5.3 Kehittämistyön aineistonkeruu

Terveydenhoitajien osallistuminen kehittämistyöhön on osa hankkeessa suunniteltuja toimenpiteitä ja osallistuminen siihen on vapaaehtoista. Kehittämistyötä varten hankittiin tutkimuslupa. Mobiiliviestejä kehitettiin Delfoi-menetelmän avulla yhteistyössä kuuden Jyte-alueen neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajan kanssa, jotka olivat jo mukana Minä ensin!-hankkeessa. Ensimmäinen Delfoi-kierros toteutui syyskuussa 2016. Kehittämistyöntekijä avasi kehittämistyön sisältöä Minä ensin!-hankkeeseen kuuluvien workshop-päivien aikana kaikille kuulijoille. Jyteläisistä terveydenhoitajista muodostui oma ryhmä ja heille kerrottiin tarkemmin kehittämistyöhön kuuluvista Delfoi-kierroksista ja niiden aikataulusta sekä terveydenhoitajien roolista kehittämistyössä. Terveydenhoitajat saivat tiedotteen kehittämistyöstä (liite 1) ja täyttivät suostumuslomakkeen (liite 2). Kerätty aineisto sekä suostumuslomakkeet säilytettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen.

Aineisto koostui toisesta, kolmannesta ja neljännestä Delfoi-kierroksesta, jotka toteutettiin sähköpostikyselyinä. Sähköpostiviestejä tuli yhteensä 13 kappaletta ja niiden pituus ja sisältö vaihteli lyhyistä viesteistä laajoihin monipuolisesti aihetta tarkasteleviin pohdintoihin. Yhdelle kierrokselle terveydenhoitajan työaika kului noin 15-30 minuuttia ja tämä toteutui itsenäisenä työskentelynä omassa työssä. Seuraavassa on kuvattu toteutusaikataulu Delfoi-kierrosten etenemisestä vuonna 2016 (ks. kuvio 2). Kehittämistyö eteni toteutusaikataulun mukaisesti. Delfoi-kierrosten jälkeen toteutettiin vielä kasvokkain tapahtuva tulosten raportointitilaisuus Minä ensin!-hankkeen tapaan puitteissa. Kehittämistyöntekijään oli mahdollista ottaa yhteyttä Delfoi-menetelmän kierrostenkin välillä, joten yhteydenotot sähköpostitse mahdollistuivat muina-kin aikoina kuin mitä aikataulussa oli esitetty.



Kuvio 2. Toteutusaikataulu Delfoi-kierrosten etenemisestä vuonna 2016

Toista Delfoi-kierrosta varten terveydenhoitajat olivat saaneet ensimmäisen version mobiiliviestikysymyksistä sähköpostin liitetiedostona ja tarkoituksena oli, että he il-

maisivat näkemyksensä niiden soveltuvuudesta sekä lastenneuvolaan että kouluterveydenhuoltoon kehittämistyön tavoitteiden mukaisesti. Toiselta Delfoi-kierrokselta vastauksia tuli määräaikaan mennessä kuudelta asiantuntijalta.

Kolmannella Delfoi-kierroksella terveydenhoitajat saivat asiantuntijapaneelin ehdotusten sekä teoriaan pohjautuvan tiedon avulla muokatut mobiiliviestiehdotukset sähköpostitse liitetiedostoina. Lisäksi sähköpostiviestin saatteessa oli muutama lisäkysymys koskien mobiiliviestikysymyksiä. Kannanottoja tuli kolmelta terveydenhoitajalta. Terveydenhoitajilta kysyttiin esimerkiksi, että olisiko mobiiliviestikysymykset hyvä eritellä lapsille / nuorille ja vanhemmille / huoltajille sopiviksi. Neljänneltä Delfoi-kierrokselta vastauksia tuli määräaikaan mennessä neljältä terveydenhoitajalta. Kaikkiin aihealueisiin ei otettu kaikilla Delfoi-kierroksilla kantaa, mutta yleisellä tasolla vastauksia oli riittävästi, joten keskeisten teemojen löytyminen aineistosta mahdollistui ja sitä kautta mobiiliviestien kehittäminen onnistui kehittämistyön tavoitteiden mukaisesti.

#### 5.4 Kehittämistyön aineiston analysointi

Tässä kehittämistyössä analyysimenetelmänä on teemoittelu. Delfoi-kierrosten tulokset analysoitiin jakamalla kunkin kierroksen vastaukset tiettyihin teemoihin. Tarkoituksena oli poimia aineistosta tutkimuskysymysten kannalta keskeiset aihealueet. Teemoittelussa yhdistettiin sekä teoriaa että havainnointia. (Eskola & Suoranta 1998, 125-129.) Teemoittelun aikana pyrittiin huomioimaan se, mitä kukin tema aineistossa sisälsi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Teemoittelua on hyvä käyttää analyysimenetelmänä silloin, kun halutaan ratkaista jokin käytännöllinen ongelma (Eskola & Suoranta 1998, 129). Muun muassa tämän vuoksi teemoittelu sopi hyvin tämän kehittämistyön analyysimenetelmäksi.

Aineiston analyysi aloitettiin II-Delfoi-kierroksella lukemalla aineisto ensin useampaan kertaan läpi. Aineistoista ympyröitiin ja alleviivattiin esiin nousevia teemoja. Pääotsikot jaettiin ensimmäisen mobiiliviestirungon mukaisesti ja näiden teemojen alle kerättiin esiin nousevia seikkoja eli tarkasteltiin, mitä kustakin teemasta on ter-

veydenhoitajien näkökulmasta noussut esiin, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2009, 93) teoksessaan toteavat. Jokaisesta teemasta tehtiin miellekartta, jotta teemojen sisältöjen hahmottuminen helpottuisi, mikä on Tuomen ja Sarajärvenkin (2009, 93) mukaan keskeistä teemoittelussa. Aineistoa pyrittiin tarkastelemaan ajoittain yksityiskohtiin nojautuen ja ajoittain teoriaan pohjautuen. Kokonaisuuden tarkastelusta palattiin tutki-  
maan yksityiskohtia ja sitten taas kokonaisuutta. Aineistoa pyrittiin miettimään monipuolisesti sekä siten, että mikä asiantuntijan näkemys kuuluu mihinkin teemaan ja miten sitä on perusteltu. Lisäksi pyrittiin hahmottamaan, onko ilmaistu asia merkityksellinen kokonaisuuden kannalta, kuten Eskola ja Suoranta (1998, 129) myös teoksessaan toteavat. Aineiston analysointi tapahtui aina kunkin Delfoi-kierroksen jälkeen ja tuloksia syntyi sekä teemojen että kysymysten osalta jo Delfoi-kierrosten aikana.

## 6 Kehittämistyön tulokset

Ensimmäisessä kappaleessa kerrotaan lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisen teemoista mobiilipohjaisessa työmenetelmässä ja toisessa kappaleessa on esimerkkejä mobiiliviestikysymyksistä. Tulokset on esitetty Delfoi-kierrosten mukaan tavalla, joka kuvaa kehittämistyön aikana toteutuneen yhteiskehittämisen prosessin.

### 6.1 Mobiiliviestien teemat hyvinvoinnin edistämässä

Ensimmäisen Delfoi-kierroksen aikana Minä ensin! -hankkeen osallistujilla oli mahdollisuus saada käsitys kehittämistyön tekemisestä ja kommentoida mobiiliviestien aihealueita ja rakenteita. Kuulijoiden mielestä jo mukana olevien aihealueiden (ravitse-  
mus, fyysinen aktiivisuus, liikennekasvatus, ruutu-aika, uni, päänsärky, työn ja vanhemmuuden yhteensovittaminen) lisäksi päihteet, itsetuntoasiat, masennus ja kaverisuhteet olisivat tärkeitä. Asiantuntijapaneelin jäsenet toivat asiantuntemuksensa esiin toisesta Delfoi-kierroksesta alkaen ja tässä kehittämistyössä keskitytään asiantuntijapaneelin esiin nostamiin kehittämisehdotuksiin.

Toisella Delfoi-kierroksella asiantuntijapaneeli muodosti kehittämis ehdotuksensa kehittämistyöntekijän tekemien mobiiliviestien pohjalta. Asiantuntijapaneeli oli melko tyytyväinen valittuihin aihealueisiin. Se esitti, että aihealueeksi olisi hyvä lisätä päih-teet. Kysymyksiä rahapeliin pelaamisesta toivottiin myös mukaan. Muihin ensimmäisen Delfoi-kierroksen aikana esitettyihin lisäyksiin teemojen osalta he eivät ottaneet kantaa. Esiin tuli myös, että ruutuaika (vaikka se kirjallisuudesta edelleen löytyy sillä nimellä) alkaa olla jo hieman vanhentunut nimi, sillä se mielletään usein koskemaan vain televisiota. Ruutuaika-nimitys ehdotettiin muutettavaksi media-ajaksi. Jatkossa tässä kehittämistyössä mobiiliviestien osalta ruutuajasta käytetäänkin nimeä media-aika. Seuraavassa on näytteitä asiantuntijapaneelin kommentteista toisella Delfoi-kierroksella.

*”Ravitsemukseen olisi hyvä lisätä kysymys mehuista, koska niitä nuoret juovat haitallisen paljon.”*

*”Fyysiseen aktiivisuuteen ehkä olisi mukava saada vielä joku kysymys tyyliin: Onko sinun haasteellista järjestää aikaa omaan liikkumiseesi?”*

*”Fyysiseen aktiivisuuteen voisi lisätä kysymyksen: Oletko liikkunut tänään niin, että on tullut hiki?”*

*”Liikennekasvatukseen olisi hyvä lisätä kysymys, joka menisi jollain tavoin näin: Käytitkö handsfree-laitetta autoillessasi?”*

*”Ruutuaikaan kannattaa lisätä kysymyksiä kännykän käytöstä, koska ainakin nuoret käyttävät siihen kaikista eniten aikaa nykyään. Somettaminen ja selaaminen (esim. YouTube) alkaa mennä jo pelaamisen edelle.*

*”Ruutuaikaan voisi lisätä kysymyksen rahapelaamisesta, koska ainakin lukioikäiset tekevät sitä.”*

*”Uni kohdassa olisi hyvä kysyä, että suljetko kännykän yöksi?”*

*”Päänsärky-kyselyyn voisi liittää myös, kuinka kauan päänsärky kesti.”*

*”Työn ja vanhemmuuden sovittaminen myös tärkeä aihealue. Lisäisin kysymyksen vielä: Mitä teette yhdessä perheenä?”*

Kolmatta Delfoi-kierrosta varten asiantuntijapaneelin jäsenet saivat sähköpostin liitetiedostona uudet, muokatut mobiiliviestikysymykset, jotka muodostuivat teorian, kehittämistyöntekijän asiantuntemuksen ja asiantuntijapaneelin kehittämis ehdotusten



pohjalta. Asiantuntijapaneeli oli hyvin tyytyväinen olemassa oleviin aihealueisiin sekä mobiiliviestikysymyksiin. Hyväksi koettiin se, että mobiiliviestikysymykset jaoteltiin kunkin aihealueen sisällä lapsille ja nuorille tarkoitettuihin kysymyksiin sekä vanhemmille / huoltajille kohdennettuihin kysymyksiin. Media-ajan osalta jaoteltiin myös erityisesti yläkouluikäiselle ja sitä vanhemmalle nuorelle kohdennetut kysymykset. Psykosomaattisesti oireileville, herkille ja jännittyneille lapsille ja nuorille toivottiin lisää kohdennettuja ja rohkaisevia kysymyksiä, joten aihealueeksi valikoitui vielä itsetunto. Seuraavassa on esimerkkejä asiantuntijapaneelin kehittämisehdotuksista kolmannella Delfoi-kierroksella.

*”Media-aika on tärkeä aihealue, koska se on jo selvästi ongelma joillakin alakoulun oppilailta.”*

*”Erityisen iloinen olin noista runsaista ja hyvin kohdennetuista media-aika kysymyksistä.”*

*Itsetunto osiossa olisi hyvä olla kohdennettuja tsemppikysymyksiä.”*

*”Kysymyspaketit vaikuttivat oikein hyviltä, sieltä löytyy kyllä varmaan lähes joka tilanteeseen sopiva kysymys.”*

Neljättä Delfoi-kierrosta varten asiantuntijapaneelin jäsenet saivat sähköpostin liitetiedostona uudet, muokatut mobiiliviestikysymykset, jotka muodostuivat teoriaan pohjautuen, kehittämistyöntekijän asiantuntemuksen ja asiantuntijapaneelin kehittämisehdotusten perusteella. Asiantuntijapaneelin sähköpostivastauksista välittyi tyytyväisyys voimassa oleviin mobiiliviestien aihealueisiin, joten uusia aihe-alueita ei enää muodostunut. Seuraavassa on esitetty esimerkkejä asiantuntijoiden näkemyksistä viimeiseltä Delfoi-kierrokselta.

*”Moni nuori käyttää nykyisin kännykän tilalla puhelin-nimitystä. Sitä voisi miettiä, että kumpaa sanaa käyttää.”*

*”Uni-osioon voisi lisätä kysymyksiin lapsen tai nuoren omaa vastuuttamista. Esimerkiksi näin: Mitä ajattelet unen määrästäsi, onko se riittävä?”*

*”Itsetunto-osioon voisi liittää vielä kysymyksen: Mikä tekee sinut iloiseksi?”*

*”Alkoholin käyttöön voisi linkittää vielä kysymyksen ilman humalahuuhtamista.”*

Lopullisissa mobiiliviestikysymyksissä päädyttiin käyttämään sanaa *puhelin* kännykkä-sanana sijaan. Mobiiliviestikysymykset kehitettiin lopulliseen muotoonsa Delfoi-kierrosten osalta. Koko kehittämisprosessin ajan asiantuntijajaneelin jäsenet kokivat kehittämistyön mielenkiintoiseksi ja tarpeelliseksi nykypäivän työkaluksi.

## 6.2 Lapsiperheiden hyvinvointia tukevat mobiiliviestit asiakastyössä

Toisella Delfoi-kierroksella mobiiliviestin alkuperäinen ilmaus oli esimerkiksi, että *muistathan ottaa D-vitamiinit*. Kierroksen jälkeen viesti muodostui näin: *Muistathan ottaa D-vitamiinit joka päivä*. Ruutuaika-sanasta muodostui *media-aika*. *Harrastatko liikuntaa*-mobiiliviesti muokattiin enemmän mobiiliviestien ominaispiirteiden mukaiseksi: *Oletko harrastanut tänään hikiliikuntaa?*

Kolmannella Delfoi-kierroksella mobiiliviestit oli jaoteltu ainoastaan aihealueittain ja kierroksen jälkeen päädyttiin tekemään jaottelu erikseen lapsille / nuorille kohdennettuihin kysymyksiin sekä vanhemmalle / huoltajalle kohdennettuihin kysymyksiin.

Neljännellä Delfoi-kierroksella sanasta kännykkä tehtiin sana *puhelin*. Mobiiliviesti, *Suljetko kännykän yöksi*, muokattiin muotoon: *Laitatko puhelimen äänettömälle yöksi?* Alkoholista oli mobiiliviesti humaltumistarkoituksen osalta, mutta viesti: *oletko käyttänyt alkoholia viime viikonloppuna?* otettiin myös mukaan.

Kaikki kehittämistyön aikana kehitetyt mobiiliviestit ovat terveydenhoitajien ja Minä ensin!-hankkeen käytössä ja niitä pilotoidaan ja kehittämistä jatketaan edelleen. Taulukossa 1 on esimerkkejä mobiiliviesteistä.

Taulukko 1. Esimerkkejä mobiiliviesteistä aihealueittain

Aihealue	Esimerkki mobiiliviestistä
Ravitsemus	”Yritä olla tämä ilta ilman karkkia ja muita herkkuja”
Fyysinen aktiivisuus	”Ajattelitko liikkua huomenna?”
Liikennekasvatus	”Käytitkö tänään pyöräilykypärää?”
Media-aika	”Yritä tänään olla pelaamatta puhelimella, tabletilla, pelikonsoleilla tai tietokoneella. Mitä tekemistä keksit?”
Uni	”Oletko ollut väsynyt tänään?”
Päänsärky	”Millaisessa tilanteessa päänsärky tänään alkoi?”
Itsetunto	”Mikä on tehnyt sinut iloiseksi tänään?”
Päihteet	”Yritä vähentää tupakanpolttoasi tänään esimerkiksi 10 savukkeesta 5 savukkeeseen.”
Työn ja vanhemmuuden yhteensovittaminen	”Onko teillä ollut yhteistä aikaa tänään perheenä?”

Taulukossa 1 kuvataan sitä, millaisia mobiiliviestejä esimerkiksi kehitettiin Delfoi-  
kierrosten aikana kunkin aihealueen sisällä. Mobiiliviestejä kehitettiin tämän kehittä-  
mistyön aikana yhteensä 131 kappaletta.

## 7 Pohdinta

Kehittämistyön tarkoituksena oli uuden mobiilipohjaisen työmenetelmän kehittäminen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja tukemiseksi. Tavoitteena oli kehittää yhteistyössä Jyten lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kanssa asiakastyössä käytettäviä mobiiliviestejä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen aihealueista. Kehittämistyön tavoite toteutui ja mobiiliviestikysymykset lasten ja perheiden hyvinvoinnista kehitettiin terveydenhoitajien asiakastyöhön teemoista, jotka tukevat terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

## 7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä kehittämistyössä Delfoi-kierroksia oli neljä, joista kolme oli sähköisesti toteutettuja. Jokaisella Delfoi-kierroksella löytyi uusia näkemyksiä, jotka olivat merkityksellisiä lopputuloksen kannalta. Neljäs Delfoi-kierros aiheutti muutoksia kaikkein vähiten, joten Linturin (2007, 103) kolme ydinajatusta (vastaajien tunnistamattomuus, iteraatio ja palaute) Delfoi-menetelmästä toteutuivat. Delfoi-menetelmä valittiin aiheistonkeruumenetelmäksi, koska asiantuntijoiden näkemykset ja vuoropuhelu olivat keskeisessä roolissa mobiiliviestien kehittämisessä. Yhteiskehittämisen prosessi mahdollisti vuorovaikutuksellisen, tarpeita vastaavan työmenetelmän kehittämisen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakastyöhön. Asiantuntijapaneeliin valikoitui kahdeksan jäsentä, joista kuusi osallistui kehittämistyöhön. Toisella, kolmannella ja neljännellä Delfoi-kierroksella asiantuntijapaneeli muodosti kehittämis ehdotuksensa kehittämistyöntekijän tekemien mobiiliviestien pohjalta.

Mobiiliviestit muodostuivat teoreettisen viitekehyksen, kehittämistyöntekijän asiantuntemuksen ja asiantuntijapaneelin jäsenten kehittämis ehdotusten kautta. Mobiiliviestejä oli perusteltua muokata vielä Delfoi-kierrosten jälkeen aikasidonnaisiksi, pysyvyyden tunnetta vahvistaviksi ja ne ovat tyypiltään toimintaa ohjaavia, pohdintaa herättäviä tai kannustavia (vrt. Punna ym. 2015, 40). Tässä kehittämistyössä kehitettiin uudenlainen mobiilipohjainen työmenetelmä ja uudella tavalla muotoiltua sisältöä sekä lastenneuvolan että kouluterveydenhuollon asiakastyöhön. Kehittämistyön tuloksena syntyneet mobiiliviestit ovat kohdeorganisaatioissa ainutkertaiset.

Sekä kehittämistyön tuloksissa että aiemmissä tutkimuksissa nousi vahvasti esiin media-ajan ja fyysisen aktiivisuuden merkitys lapsiperheiden hyvinvoinnille. Molemmissa korostui huoli media-ajan lisääntymisestä ja fyysisen aktiivisuuden vähenemisestä. Tutkimuksissa nousi myös esiin, että tapaturmaiset kuolemat ovat vähentyneet viimeisen lähes 50 vuoden aikana, joten liikennekasvatus on tärkeää ja lapsuudessa mallioppimisen kautta tutuksi tulleet tavat heijastuvat pitkälle aikuisuuteen. Tämän kehittämistyön aikana ei liikennekasvatus-teema saanut asiantuntijapaneelin jäseniltä juurikaan huomiota. Tästä voidaan todeta, että joko asiantuntijapaneelin jäsenet eivät ole kohdanneet työssään tarvetta liikennekasvatuksen korostamiselle tai liikennekasvatusasiat sujuvat kunkin terveydenhoitajan kohderyhmillä hyvin.

Mobiiliviestien aihealueina tässä kehittämistyössä oli terveellisen ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden edistäminen, liikennekasvatus, ruutu-aika, uni, päänsärky, itsetunto, päihteet sekä työn ja arjen yhteensovittaminen. Edellä mainittujen aihealueiden tärkeyttä on tutkittu paljon sekä kansainvälisesti että kansallisesti ja näillä alueilla perheillä on huolta hyvinvoinnista, joten kyseiset aihealueet olivat perusteltuja. Kehittämistyön tuloksia on mahdollista hyödyntää erilaisissa asiakastilanteissa sekä lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa. Lastenneuvolatyössä mobiiliviestejä voisi hyödyntää esimerkiksi ylipainoisen kuusivuotiaan lapsen kohdalla. Oman puhelimen käyttö ei ole tarpeen, sillä mobiiliviestejä voisi lähettää lapsen vanhemmalle. Vanhempien kautta saataisiin tuettua koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Tarkoituksena olisi tukea ja kannustaa elämäntapamuutoksen syntymisessä sekä vanhempia että lasta, mutta lapsen osallisuus tapahtuisi kuitenkin vanhemman kautta. Pystyvyyden tunnetta pyrittäisiin tukemaan mobiiliviestein, esimerkiksi yksilölliset kannustavat viestit olisivat varmasti tärkeitä sekä vanhempien että lapsen tueksi, jotta elämäntapamuutos mahdollistuisi oman hyvinvoinnin tarkastelun kautta. (vrt. Punna ym. 2015, 40; Rönkä ym. 2013, 16.) Lasten ylipaino ja lihavuus on muodostunut kansanterveydelliseksi haasteeksi niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla.) Kehittämistyön aikana muun muassa aihealueet ravitsemus ja fyysinen aktiivisuus olivat tärkeässä roolissa mobiiliviestejä kehitettäessä. (vrt. Laatikainen & Mäki 2012, 66-67; Kaikkonen ym. 2012, 6-7; Lobstein ym. 2015, 2510; Mäki 2012b, 91)

Kouluterveydenhuollossa 3-4 luokkalaisten terveystarkastuksen yhteydessä voisi mobiiliviestejä hyödyntää ruutuajan hallinnassa joko ryhmä- tai oppilaskohtaisesti. Valtioneuvoston asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (ks. L 338/2011, 5§) mukaisten terveystarkastusten lisäksi tarvittaessa voisi mobiiliviestejä hyödyntää yksilöllisempää tarpeen arviointia vaativissa kohdennetuissa terveystarkastuksissa. Tarkoituksena on, että parannetaan sekä oppilaiden että vanhempien motivaatiota vähentää ruutu-aikaa. Mobiiliviestit mahdollistavat viestien lähettämisen sekä oppilaalle että vanhemmille. Lisäksi tarkoituksena on osallistaa vanhempia mukaan lisäämään koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Mobiiliviestein se onnistuu ilman fyysistä läsnäoloa, minkä voisi ajatella lisäävän vanhempien osallistumista ja heidän motivaatiotaan ruutuajan seurantaan ja vähenemiseen koko perheen hyvinvoinnin näkökulmasta.

Suuri osa kouluikäisistä lapsista ja nuorista ylittää ruutuajan suosituksen, joka on enintään kaksi tuntia päivässä. Tämä nousi myös kehittämistyön aikana esiin asiantuntijoiden näkökulmasta. (vrt. Mäki 2012c, 131.)

Mobiiliviestien tarkoituksena on tuoda uusia mahdollisuuksia, muutostekniikoita terveyden edistämisen lisäämiseen ja sitä kautta elämäntapamuutoksiin (Free ym. 2013; Koehler ym. 2013, 11; Fjeldsoe 2009, 165; Garzia ym. 2014, 75). Mobiilin intervention etuja ovat reaaliaikaisuus, yksilöllisyys, edullisuus, tehokkuus, nopeus ja hyvä saatavuus (Cole-Lewis & Kerahaw 2010, 1; Ritterbrand ym. 2009, 18; Depp ym. 2010, 715-721; Bauer ym. 2003, 285-288; Rönkä ym. 2010, 16-18). Mobiiliviestien vuoropuhelun tulisi olla vuorovaikutteista ja sujuvaa ja viestien ytimekkäät. (Fjeldsoe ym. 2009, 165-173; Rönkä ym. 2010, 16-18). On havaittu, että varsinkin kehittämistyön kohderyhmässä mobiilimenetelmä lisää sitoutuneisuutta (Matthews ym. 2008, 121, 126; Rönkä 2015, 184). Lisäksi työntekijöiltä ja asiakkailta on saatu palautetta, että mobiilimenetelmät sopivat ennaltaehkäiseväksi työvälineeksi. Tässä aineistossa mobiiliviestit muodostuivat kannustaviksi, omaa pohdintaa herättäviksi tai toimintaa ohjaaviksi ja kehitetyt mobiiliviestit ovat luonteeltaan tarkoituksenmukaisia ja luonteeltaan mobiiliviestien ominaispiirteet huomioivia.

Vuonna 2019 toteutettava sote-uudistus tulee muuttamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusrakenteen, mutta se muuttaa myös tämänhetkisiä työtapoja. Suomessa on mietittävä palveluiden tarvetta ja kustannustehokkuutta uudelleen, sillä ikärakenne on aiheuttanut kustannusten nousua sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työn luonne muuttuu verkostomaiseksi, jossa osaamista hyödynnetään jopa koko maakunnan käyttöön. Työn tehokkuus ja välimatkat lisäävät teknologian käyttöä työvälineenä sosiaali- ja terveydenhuollossa, joten työntekijöiden ammattitaidon vahvistaminen ja ylläpitäminen sekä asiakkaiden ajan hermolla pysyminen ovat tärkeässä roolissa tulevaisuudessa. (Mitä sote-uudistus tarkoittaa minulle, 2017.) Jotta mobiilisovelluksista saa irti parhaan mahdollisen hyödyn, on älypuhelinien hankkiminen työntekijöille tulevaisuudessa välttämätöntä. Mobiilisovellusten luotettavuuden huomioiminen kuitenkin korostuu, sillä tällä hetkellä luotettavuuden arviointimenetelmät ovat vasta rakenteilla. (Holopainen 2015.) Sote-uudistuksen tarkoituksena on myös asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen. Palveluiden arvioinnin merkitys korostuu, koska tavoitteena on oikea-aikaiset, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. (Mitä sote-uudistus tarkoittaa minulle,

2017.) Kehittämistyön aihe oli ajankohtainen ja tuloksista on hyötyä myös sote-uudistuksen muutoksissa.

## 7.2 Eettinen näkökulma

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut ohjeistuksen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimus ja kehittämistoiminta voi olla eettisestä näkökulmasta hyväksyttävää, uskottavaa ja luetettavaa vain, jos tutkija on noudattanut tutkimuksessaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tässä kehittämistyössä on pyritty toimimaan näiden periaatteiden mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6.)

Kehittämistyö on osa Minä ensin!- hankkeen toteutusta, jolle oli tutkimuslupa jo myönnetty. Kaikilta Delfoi-menetelmän kommenttikierroksiin osallistuvilta Jyten alueen terveydenhoitajilta kysyttiin kirjallinen suostumus osallistumisesta. Lisäksi he saivat tiedotteen tästä kehittämistyöstä. Osallistuminen tähän kehittämishankkeeseen oli vapaaehtoista ja halutessaan osallistumisen sai keskeyttää missä kehittämistyön vaiheessa tahansa. Kaikki asiantuntijapaneelin jäsenet olivat mukana yhteiskehittämisen prosessissa koko kehittämistyön ajan. Kehittämistyön raportoinnissa huolehditaan osallistujien anonymiteetistä ja heidän antamansa tiedot käsitellään luottamuksellisesti, minkä Kuulakin (2011) toteaa olevan tieteen tutkimuseettinen normi. Kerätty aineisto säilytettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen. Kehittämistyöprosessia pyrittiin viemään eteenpäin tavalla, joka kuormitti terveydenhoitajia mahdollisimman vähän. Esimerkiksi ryhmätapaamiset tätä kehittämistyötä varten toteutuivat Minä ensin!-hanketta varten sovittujen tapaamisten aikana ja asiantuntijapaneelin jäsenet kokivat yhteiskehittämisen prosessin sujuvaksi ja mielenkiintoiseksi. Kehittämistyöntekijä on ollut opintovapaalla työstään yhteiskehittämisen prosessin aikana ja tarvittaessa tavoitettavissa prosessin aikana. Kehittämistyön tulokset ovat merkitykselliset sekä hoitotyön laadun arvioinnille että asiakkaiden hyvinvoinnille. Mobiilipohjaisen työmenetelmän kehittämiseksi oli selkeästi olemassa oleva tarve.

### 7.3 Luotettavuuden näkökulma

Tiedon käyttökelpoisuus kuvaa kehittämistyössä luotettavuutta kaikkein parhaiten. Lähtökohtana kehittämistoiminnalle on se, että tulokset ovat totuudenmukaisia ja että esiin nousevat kehittämissuositukset käyttökelpoisia. Selkeät toimintasuositukset, jotka on koottu kehittäjän aineiston pohjalta, ovat olennaisia luotettavuuden arvioinnille. Kaikki kehittämissuositukset ovat luonteeltaan ainutkertaisia. Tutkijan vastuulla ei ole se, pystytäänkö kehittämistyötä hyödyntämään eri organisaatioissa, vaan tutkijan roolina on tuoda esiin tutkimuksen vaiheet niin avoimesti, että lukija voi tehdä omat johtopäätöksensä tulosten hyödynnettävyydestä oman organisaationsa sisällä. (Richards 2015, 157-159; Toikko & Rantanen 2009, 121-126.) Kehittämistyön tuloksena syntyneet mobiiliviestit toimivat pilottina Minä ensin!-hankkeessa toteutettavalle eKoutsi mobiilimenetelmälle keväällä 2017, jossa hankkeeseen osallistuvat sote-alan ammattilaiset kehittävät yhteistyössä hankkeen asiantuntijoiden kanssa mobiiliviestejä kohdennetusti omiin työorganisaatioihin, joten kehittämistyön hyödynnettävyys toteutuu.

Kehittämistyötä koskevat tulkinnat ja valinnat on kuvattu selkeästi ja eri vaiheet avoimesti, mikä lisää laadullisen tutkimuksen pätevyyttä. Tutkijana on pyritty toimimaan johdonmukaisesti ja uskottavasti, jolloin kehittämistyön luotettavuus kasvaa. Kehittämistyön aikana on pyritty ymmärtämään tutkimuskohteen kulttuurinen luonne ja sen mukaisesti tuomaan esiin, millä tavalla rekonstruktioi tukevat mobiiliviestien muodostamista. Triangulaatio (erilaisten aineistojen yhdistäminen) ja aineiston kylläntyminen (uutta tietoa ei varsinaisesti voida enää saavuttaa) lisäävät kehittämistyön luotettavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 123-124; Richards 2015, 23-26.) Sekä triangulaatio että aineiston kylläntyminen toteutuivat Delfoi-kierrosten aikana. Kehittämistyön tuotoksena syntyneet mobiiliviestit ovat luotettavia ja perustuvat tutkittuun tietoon. Tulokset olisivat voineet olla erilaiset eri yksiköiden ollessa mukana, sillä erilaisissa toimintaympäristöissä (esimerkiksi eri koulut Keski-Suomessa) voi olla erilaiset tarpeet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Asiantuntijajaneeliin osallistui kuusi terveydenhoitajaa, mikä on määrällisesti melko pieni otos ja se olisi voinut heikentää kehittämistyön tulosten luotettavuutta. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti kuitenkin aineiston sisältö korvaa määrän, joten asiantuntijajaneelin osittain laajatkin sähköpostikyselyt kompensoivat osallistujien määrää, mikä lisää tulosten luotettavuutta.



## 7.4 Johtopäätökset

Kehittämistyön tulokset osoittavat, että mobiiliviestien aihealueet, joita ovat ravitseminen, fyysinen aktiivisuus, liikennekasvatus, media-aika, uni, päänsärky, itsetunto, päihteet ja työn ja vanhemmuuden yhteensovittaminen sopivat lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseen mobiilipohjaisen työmenetelmän avulla. Kehittämistyön tuloksena syntyneet mobiiliviestit on kehitetty näiden taustatietojen pohjalta ja ne soveltuvat hyvin käyttöön uutena työvälineenä lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Mobiiliviestit on tarkoitettu ottaa käyttöön Jyten alueiden lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa, mutta uutta työvälinettä voidaan hyödyntää myös muissa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon yksiköissä.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ja mobiilipohjaiset työmenetelmät ovat ajankohtaisia ja tärkeitä aiheita, kuten kehittämistyön aikana on noussut esiin. Mobiilimenetelmillä on mahdollista esimerkiksi parantaa palveluiden saatavuutta ja mahdollistaa kokonaan uudenlaisia palvelumuotoja (Holopainen 2015). Lisää tutkimustyötä kuitenkin tarvitaan lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisestä muun muassa sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Mielenkiintoista olisi ollut tutkia, miten mobiiliviestien käyttö on toteutunut ja toiminut asiakastyössä, mutta kehittämistyön aikataulu ja rajaus eivät antaneet tähän mahdollisuutta. Kehittämistyön tulosten ja siihen valikoituneiden sekä kansallisten että kansainvälisten tutkimusten pohjalta mielenkiintoisia jatkotutkimusehdotuksia ovat:

- Miten mobiiliviestit ovat toimineet asiakastyössä?
- Mitä palautetta vanhemmilta / huoltajilta on saatu mobiiliviestien toimivuudesta ja käytettävyydestä?
- Mitä palautetta lapsilta / nuorilta on saatu mobiiliviestien toimivuudesta ja käytettävyydestä?
- Mitä palautetta esimiehiltä on saatu mobiiliviestien toimivuudesta ja käytettävyydestä?
- Mitä palautetta henkilökunnalta on saatu mobiiliviestien toimivuudesta ja käytettävyydestä?

## Lähteet

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127, 2265-2272.
- Allen, C. 2014. Supporting effective lifestyle behaviour change interventions. *Nursing Standard*, 28, 24, 51-58.
- Aho, S. 2004. Minä. Teoksessa Aho, S. & Laine, K. Minä ja muut. Helsinki, 16–64.
- Alanko, M. 2015. Ruudun lumossa: Varhaiskasvatusikäisten lasten ruutuaika ja vanhempien näkemyksiä siitä. Varhaiskasvatustieteen kandidaatin tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 23.5.2016.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45905/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201505151863.pdf?sequence=1>
- Bauer, S., Percevic, R., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. 2003. Use of text messaging in the aftercare on patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 11, 3, 279-290.
- Blake, H. 2008. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. *British Journal of Community Nursing*, 13, 4, 160-165.
- Bock, B., Heron, K., Jennings, E., Morrow, K., Cobb, V., Magee, J., Fava, J., Deutsch, K & Foster, R. 2013. A text message delivered smoking cessation intervention: The initial trial of TXT-2-quit: Randomized controlled trial. *JMIR MHealth and UHealth* 1, 17, 1-11.
- Cole-Lewis, H & Kershaw, T. 2010. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management. *Epidemiologic Reviews* 30.3.2010, 1-15. Oxford University. Viitattu 31.1.2016. <http://epirev.oxfordjournals.org/content/early/2010/03/30/epirev.mxq004.full.pdf+html>
- Depp, C., Mausbach, B., Grandholm, E., Cardenas, V., Ben-Zeev, D., Patterson, T., Lebowitz, B. & Jeste, D. 2010. Mobile interventions for severe mental illness: Design and preliminary data from three approaches. *The Journal on Nervous and Mental Disease* 10, 198, 715-721.
- Digitalisaatio 2016. Viitattu 15.3.2016. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/digitalisaatio>, sote- ja aluehallintouudistus.
- Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen 2016. Valtioneuvosto. Viitattu 30.5.2016. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/digitalisaatio>
- Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan digitalisaationlinjaukset 2025. Viitattu 17.02.2017. <http://verkkojulkaisut.valtioneuvosto.fi/stm/zine/2/toc>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

- Free, C., Philips, G., Galli, L., Felix, L., Patel, V & Haines, A. 2013. The Effectiveness on mobile-health technology based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: A systematic review. Plos Medicine. Viitattu 31.1.2016. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001362>
- Fjeldsoe, B., Marshall, A. & Mille, Y. 2009. Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service. American Journal of Preventive Medicine, 36, 2, 165-173.
- Garzia, J., Torre-Diez, I., Vicente, J., Montserrat, R., López-Coronado, M. & Rodrigues, J. 2014. Analysis of mobile health applications for a broad spectrum of consumers: A user experience approach. Health Informatics Journal 20, 1, 74-84.
- Gissler, M., Paananen, R., Luopa, P., Merikukka, M. & Myllyniemi, S. 2014. Aineistolähtöinen toiseus. Teoksessa Gissler, M., Kekkonen, M., Känkänen, P & Muranen, P 2014. Nuoruus toisin sanoen. Nuorten elinolot vuosikirja 2014. Toim. Wrede-Jäntti, M. Tampere, 17-35. Viitattu 17.11.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120384/THL\\_2014\\_TEE019\\_09062015.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120384/THL_2014_TEE019_09062015.pdf?sequence=5)
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. 2015. Health Promotion. Planning and strategies. 3.p. Sage, Britannia.
- Green, K. C., Armstrong, J.S. & Graefe, A 2007. MPRA, 4663. The International Journal of Applied Forecasting. Viitattu 25.01.2017. [https://mpra.ub.uni-muenchen.de/4663/1/MPRA\\_paper\\_4663.pdf](https://mpra.ub.uni-muenchen.de/4663/1/MPRA_paper_4663.pdf)
- Greenspun, H & Coughlin, S. 2012. mHealth in an mWord. How mobile technology is transforming health care. Deloitte Center for Health Solutions. Viitattu 16.3.2016. <http://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/center-for-health-solutions-mhealth-in-an-mworld.html>
- Hallal, P., Victora, C., Azevedo, M. & Wells, J. 2006. Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review. Sports Med, 36, 12, 1019-1030. Viitattu 17.1.2016. [https://www.researchgate.net/profile/Jonathan\\_Wells2/publication/6675438\\_Adolescent\\_physical\\_activity\\_and\\_health\\_a\\_systematic\\_review/links/0fcfd5101459f2b60d000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Wells2/publication/6675438_Adolescent_physical_activity_and_health_a_systematic_review/links/0fcfd5101459f2b60d000000.pdf)
- Halme, N. & Perälä M-L. 2014. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Julkaisussa Lapsiperheidenhyvinvointi 2014. Lammi-Taskula, J & Karvonen, S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 216-226.
- Hilbert, M., Miles, J. & Othmer, J. 2009. Foresight tools for participative policy-making in intergovernmental processes in developing countries: Lessons learned from the eLAC Policy Priorities Delphi. Technological Forecasting and Social Change, 76, 7, 880–896. Viitattu 24.01.2017. [http://martinhilbert.net/Hilbert\\_etal.eLACdelphi.pdf](http://martinhilbert.net/Hilbert_etal.eLACdelphi.pdf)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A. 2015. Mobiiliteknologia ja terveyssovellukset, mitä ne ovat? Duodecim 131, 13, 1285-1290.

Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.2.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Internetin käyttö mobiililaitteilla 2015. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Helsinki. Tilastokeskus. Viitattu 15.12.2016. [http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi\\_2015\\_2015-11-26\\_kat\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_kat_002_fi.html)

Jalava, T 2013. Asukkaiden palvelutarpeiden ennakointi. Päivitetty 16.8.2013. Viitattu 3.12.2016. [http://www2.jkl.fi/erityisselvitys/jyvaskyla/asukkaiden\\_palvelutarpeet\\_jyvaskyla\\_v1.pdf](http://www2.jkl.fi/erityisselvitys/jyvaskyla/asukkaiden_palvelutarpeet_jyvaskyla_v1.pdf)

Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Vikström, K., Ovas-kainen, M-L & Virtanen, S. 2012. Tiivistelmä. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 6/2012, 6-9. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Kaikkonen, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2012. Tulokset. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 6/2012, 43-64. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Karjalainen, L., Räisänen, R. & Saranki-Rantakokko, S. 2016. Verkostomainen osaamisen kehittämisen malli tulevaisuuden sotelle. Selvitystyö. Sote-tuotantoalueen osaamisen kehittämisen toimintamalli –hanke (ESR) 1.1.2015 – 31.5.2016. Viitattu 25.01.2017. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120129/B%2017%202016%20Karjalainen%20Raisanen%20Saranki-Rantakokko.pdf?sequence=3>

Keskeisiä käsitteitä 2016. Päivitetty 23.8.2016. Viitattu 23.01.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Koehler, N., Vujovic, O & McMenamin, C. 2013. Healthcare professionals use of mobile phones and the internet in clinical practise. Journal of Mobile Technology in medicine 2, 1, 3-13.

Kokko, S. 2010. Health Promoting Sports Club – Youth sports clubs' health promotion profiles, guidance, and associated coaching practice, in Finland. Jyväskylän Yliopisto: Väitöskirja. Viitattu 2.6.2016. [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22710/KOKKO\\_SAMI\\_screen.pdf?sequence=2](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22710/KOKKO_SAMI_screen.pdf?sequence=2)

Korkiamäki, R 2014. ”Jos mä nyt voisin saada ystäviä” – Ulkupuolisuus vertaissuhteissa nuorten kokemana. Teoksessa Gissler, M., Kekkonen, M., Känkänen, P & Mura-nen, P. 2014. Nuoruus toisin sanoen. Nuorten elinolot vuosikirja 2014. Toim. Wrede-Jäntti, M. Tampere, 38-41. Viitattu 17.11.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120384/THL\\_2014\\_TEE019\\_09062015.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120384/THL_2014_TEE019_09062015.pdf?sequence=5)

- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin oppaita: 51. Viitattu 9.10.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104361/Oppaita51\\_2002.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104361/Oppaita51_2002.pdf?sequence=1)
- Kouluterveydenhuolto 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 11.11.2014. Viitattu 9.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskelu-huolto/kouluterveydenhuolto>
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä.
- Kuusi, O. 2002. Tulevaisuuden tekeminen. Delfoi menetelmä. Teoksessa Kamppinen, M. Kuusi, O & Söderlund, S. Tulevaisuuden tutkimus. Perusteet ja sovellukset. 205-217. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Kuusi, O. 2013. Delfoi-menetelmä. Teoksessa Kuusi, O., Bergman, T & Saslminen, H. 2013. Miten tutkimme tulevaisuuksia? 248-266. Vammalan kirjapaino. Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry.
- Kuusi, O. 2014. Delfoi-menetelmä. Metodix-metoditietämystä kaikille. Päivitetty 19.5.2014. Viitattu 25.01.2017. <https://metodix.fi/2014/05/19/kuusi-delfoi-metodi/>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyttälä, P., Ovaskainen, M., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Tapanainen, H., Tuokkola, J., Veijola, R., Simell, O., Knip, M & Virtanen, S-M. 2008. Lapsen ruokavaliio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 32/2008. Viitattu 17.3.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78163/2008b32.pdf?sequence=1>
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 79, 10: 6 - 9.
- Laatikainen, T. & Mäki, P. 2012. Ylipaino. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 65-68. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita: 14. Viitattu 30.5.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74223/Opp200414.pdf?sequence=1>
- Lasten päänsärky. Käypä hoito-suositus 2015. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi29010>
- Lihavuus (lapset). Käypä hoito-suositus 2013. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50034>
- Liikunnan vaikutukset 2016. Terve koululainen. Viitattu 30.5.2016. <http://www.tervekoululainen.fi/elementit/fyysinenaktiivisuus/liikunnanvaikutukset>

Linturi, H. 2007. Delfoin metamorfooseja. Futura 1/2007. Helsinki: Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry. Viitattu 23.2.2016. [http://www.edelphi.fi/sv/content/info/method/02\\_delfoi](http://www.edelphi.fi/sv/content/info/method/02_delfoi)

Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M., Hall, K., Gortmaker, S., Swinburn, B., James, W., Wang, Y. & McPherson, K. 2015. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet, Jun 20, 385, 2510-2520. Viitattu 17.11.2016. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali.

Malinen, K 2016. eKoutsi – Tarina, tutkimus ja teoria mobiilin asiakastyömenetelmän takana. Luento, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu 29.11.2016. Viitattu 17.01.2017.

Markkula, J & Haikonen, K. 2012. Lasten tapaturmat, turvalaitteiden käyttö ja riittävä uimataito. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 100-106. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Matthews, M., Doherty, G., Sharry, J & Fitzpatrick, C. 2008. Mobile phone mood charting for adolescents. British Journal Guidance & Counselling 36, 2, 113-129.

Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. Viitattu 2.6.2016. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29675/Meritahti\\_Tuulia.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29675/Meritahti_Tuulia.pdf?sequence=1)

Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. International Methelp oy: Helsinki.

Minä ensin! 2015. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Viitattu 31.1.2016. <http://blogit.jamk.fi/minaensin/>

Mitä sote-uudistus tarkoittaa minulle? 2017. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 17.01.2017. <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>.

Mäki, P. 2012a. Kahdeksasluokkalaisten humalajuominen. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 145-147. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Mäki, P. 2012b. Koettu terveys. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 91-93. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Mäki, P. 2012c. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 128-134. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Mäki, P. 2012d. Oireet. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 94-99. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Mäki, P & Kaikkonen, R. 2012. Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 29-42. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Nuorten elinolot ja hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 14.9.2016. Viitattu 9.10.2016. [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/nuorten-syrjailyminen/nuorten-elinolot-ja-hyvinvointi](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/nuorten-syrjailyminen/nuorten-elinolot-ja-hyvinvointi)

Ojasalo, K., Moilanen, T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki.

Ollila, H., Mäki, P & Laatikainen, T. 2012. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 141-144. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Ovaskainen, M-L., Wikström, K & Virtanen, S. 2012. Ateriointi ja ruokailutottumukset. Teoksessa Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Toim. T. Laatikainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2012. 119-127. Viitattu 31.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1>

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit, 2014a. Viitattu 03.02.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0cAMA&region=szY-PAAA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f>

Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit, 2014b. Viitattu 3.12.2016. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s04MBgA=&region=szY-PAAA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f>

Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit, 2014c. Viitattu 1.9.2016. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3bOQA=&region=s7bwBQA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f>

Physical Activity and Health in Europe: Evidence in Action 2006. WHO Regional Office for Europe. Denmark. Viitattu 17.11.2016. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87545/E89490.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf)

Punna, M., Sihvonen, S. Rönkä, A & Teppo, U. 2015. Mobiiliviestit ja vertaisryhmä apuna epätyypillistä työaikaan tekevien hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveydenhoitaja 4-5, 40-41.

Pääkkönen, H. 2008. Päivystyspoliikkikasirahnohitajan klininen taito nyt ja tulevaisuudessa. Asiantuntijanäkemykset Delfoi-tekniikalla (The Contemporary and Future

- Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi-Technique). Kuopion yliopiston julkaisuja E. Viitattu 21.3.2016. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1073-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1073-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1073-7/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf)
- Richards, L. 2015. Handling qualitative data: A practical guide. 3<sup>rd</sup> edition. SAGE, USA.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P. & Gonder-Frederick, L. A. 2009. A Behavior Change Model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 38, 1, 18-27.
- Räty, L., Huovinen, S & Haatainen, T 2016. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 9.12.2016. [https://julkKari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1](https://julkKari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1)
- Rönkä, A., Malinen, K & Lämsä, T. 2009. Perhe-elämän paletti. Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa. PS-kustannus: Juva.
- Rönkä, A., Malinen K., Kinnunen, U., Tolvanen, A & Lämsä, T. 2010. Capturing daily family dynamics via text messages: development of the mobile diary. *Community, Work & Family* 13, 1, 5-21.
- Rönkä, A., Häkkinen, S., Jokinen, K & Hyväluoma J. 2013. Mobiiliavusteinen työskentelymalli perheneuvonnassa: mallin kehittäminen ja arviointi. *Perheterapia* 2, 5-19.
- Rönkä, A., Malinen, K. Jokinen, K. & Häkkinen, S. 2015. A Mobile-Assisted Working Model for Supporting Daily Family Life: A Pilot Study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 23, 2, 180-189.
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2011. Nykyajan unettomat ja päivisin väsyneet lapset. *Duodecim* 117, 1086-1092.
- Salminen, S. 2016. Koordinaattori, Hyvinvointi. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Keskustelu Minä ensin!-hankkeen workshop-päivässä. 8.9.2016.
- Simola, P. 2014. Sleep problems and their implications from preschool to school age. Väitöskirja. Helsinki. Viitattu 17.2.2016. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45386/simola\\_dissertation.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45386/simola_dissertation.pdf?sequence=1)
- Sinkkonen, J. & Korhonen, L. 2015. Pulassa lapsen kanssa. Helsinki. Duodecim.
- Soini, A., Kettunen, T., Mehtälä, A., Sääkslahti, A., Tammelin, T., Villberg, J & Poskiparta, M. 2011. Kolmevuotiaiden päiväkotilasten mitattu fyysinen aktiivisuus. *Liikunta & Tiede* 49 (1), 52–58.
- Sote-uudistuksen tavoitteet 2016. Viitattu 15.3.2016. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>, sote- ja aluehallintouudistus.
- Sutela, E., Törmäkangas, L., Toikka, E., Haapakorva, P., Hautakoski, A., Hakovirta, M., Rasinkagas, J., Gissler, M & Ristikari T. 2016. Nuorten hyvinvointi ja syrjäytymisen riskitekijät Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa. Helsinki, Espoo, Vantaa,



Turku, Tampere ja Oulu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 5/2016. Viitattu 9.10.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130760/URN\\_ISBN\\_978-952-302-662-9.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130760/URN_ISBN_978-952-302-662-9.pdf?sequence=1)

Taylor, S., Bogdan, R & DeVault, M. 2016. Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource. 4. p. Wiley.

Terveellinen ruokavalio 2014. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>

Tilastokeskus 2014. Viitattu 15.3.2016. <http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/sq/bb7158b7-add0-449c-8517-72d926c72e4f>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 338/2011. Päivitetty 6.4.2011. Viitattu 24.01.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>

Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset 2016. Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2016: 21. Viitattu 29.11.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2016/liitteet/OKM21.pdf?lang=fi>

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3.p. Helsinki.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 132. Viitattu 22.01.2017. [http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47224/JAMKJULKAISUJA1322012\\_web.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47224/JAMKJULKAISUJA1322012_web.pdf?sequence=1)

Yhteiskehittäminen 2017. Viitattu 04.02.2017. <https://winlandtutkimus.fi/yhteiskehittaminen/>

Äitiys- ja lastenneuvola 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 1.9.2015. Viitattu 9.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys-ja-lastenneuvola>

## Liitteet

### Liite 1 Tiedote kehittämistyöstä

Mobiiliviestien kehittäminen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakastyöhön 25.8.2016

---

#### Tiedote osallistujille

Teitä pyydetään osallistumaan Jyväskylän Ammattikorkeakoulun Minä Ensin-hankkeeseen liittyvään kehittämistyöhön, jonka tavoitteena on kehittää yhteistyössä Jyten lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon työntekijöiden kanssa asiakastyössä käytettäviä mobiiliviestejä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämisen aihealueista. Opinäytetyössä hyödynnetään Delfoi-menetelmää, joka sisältää asiantuntijoiden näkemyksiä. hyödyntäen. Delfoin kommenttikierroksia tulee olemaan 2-3 kappaletta. Työntekijän panos yhdelle kierrokselle on noin 15-30 minuuttia.

Viestien kehittäminen aloitetaan ryhmätapaamisella syyskuussa 2016, jolloin käydään läpi mobiiliviestejä ja terveyden edistämisen aihealueita. Jatkossa Delfoi-kierrokset toteutetaan sähköisesti kalenteriviikkojen 36-44 aikana. Tarvittaessa voidaan tavata Delfoi-kierrosten välissä Minä ensin!-hankkeen ryhmätapaamisten aikana. Valmiit mobiiliviestit esitellään teille myös hankkeen aikataulujen puitteissa. Kehittämistyöntekijä on tavoitettavissa sähköpostitse Delfoi-menetelmän kierrosten välillä.

Kehittämistyöhön osallistumisenne on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Kehittämistyön raportoinnissa huolehditaan osallistujien anonymiteetistä ja annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kerätty aineisto säilytetään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen.

Mikäli kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijä Elina Ylöseen.

Elina Ylönen  
Jyväskylän Ammattikorkeakoulu  
Terveysten edistämisen YAMK-opiskelija  
Terveystenhoitaja (AMK)

Opinnäytetyötä ohjaavat opettajat

Mari Punna

Sanna Sihvonen

## Liite 2 Suostumuslomake

Mobiiliviestien kehittäminen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakastyöhön 25.8.2016

---

### Suostumuslomake

Minä \_\_\_\_\_  
suostun osallistumaan kehittämistyöhön, jossa luodaan mobiiliviestejä neuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakastyöhön. Olen tietoinen kehittämistyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista ja annan luvan kertomani tiedon käyttöön tutkimustarkoituksessa. Tiedän, että opinnäytetyön tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei minua tai antamiani vastauksia voida tunnistaa raportoinnissa. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen syytä ilmoittamatta. Kerätty aineisto säilytetään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti ja hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen.

---

Aika ja paikka

Osallistujan allekirjoitus

Osallistujan sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Osallistujan puhelinnumero \_\_\_\_\_

Elina Ylönen  
Jyväskylän Ammattikorkeakoulu  
Terveyden edistämisen YAMK-opiskelija  
Terveydenhoitaja (AMK)