



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vanhemmuuden tukeminen ketterä -kokeilun avulla hyvinvointineuvo- lassa

Anni Lehtiö
Matilda Pyhähuhta

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Vanhemmuuden tukeminen ketterä -kokei- lun avulla hyvinvointineuvolassa

Sosiaalialan koulutusohjelma
Anni Lehtiö & Matilda Pyhähuhta
Sosionomi AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2018

Anni Lehtiö, Matilda Pyhähuhta

Vanhemmuuden tukeminen ketterä -kokeilun avulla hyvinvointineuvolassa

Vuosi 2018 Sivumäärä 54

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään kunnan hyvinvointineuvolan psykiatrisen sairaanhoitajan matalankynnyksen vastaanoton eli ketterä- kokeilun luonnetta. Tarkoituksena oli selvittää ketterä -kokeilun piirissä olevien asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia kokeilun toimivuudesta neuvolaikäisten lasten vanhemmuuden tukemiseen ja perheen hyvinvointiin. Tavoitteena oli myös tutkia, mistä tarpeista tämä ketterä- kokeilu on saanut alkunsa, sekä tuoda psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia kokeilusta esille. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä hyvinvointineuvolan sekä päihde- ja mielenterveys yksikön kanssa, jossa psykiatrisen sairaanhoitaja työskentelee pääosin. Tarkoituksena oli tuottaa arvokasta informaatiota neuvolalle asiakkaiden vastausten perusteella, sekä markkinoida uutta ketterä -kokeilun muotoa myös muille kunnille monialaisen yhteistyön muotona.

Opinnäytetyön teoriapohja koostuu vanhemmuudesta, sen haasteista ja niiden tukemisesta neuvolassa. Vanhemmuuden haasteissa keskityttiin parisuhteen, työn ja yhteisen ajan haasteisiin. Työssä haluttiin eritellä myös äitiyden ja isyyden haasteita. Lisäksi työssä syvennyttiin varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, isyyden tukemiseen ja moniammatillisuuteen neuvolassa. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin teoriakirjallisuutta, sosiaalialan lehtiä, artikkeleita, aikaisempia tutkimuksia sekä hankkeita. Opinnäytetyö sisältää laadullisen tutkimuksen, jonka analysoinnissa on käytetty sisällönanalyysia. Aineistot kerättiin psykiatrisen sairaanhoitajan teemahaastattelulla, sekä avoimia kysymyksiä sisältävällä asiakkaiden kyselyllä. Aineistoa analysoitiin luokittelun ja värikoodauksen avulla.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että asiakkaat kokivat kokeilun tarpeelliseksi. Erityisesti he arvostivat lapsiperheiden kodinhoitajan lastenhoitopalvelua psykiatrisen sairaanhoitajan tapoamisen aikana. Tutkimus osoitti, että tämä ketterä -kokeilu on syntynyt erinäisistä vanhemmuuden haasteista, sekä terveydenhoitajien tarpeesta saada psykiatrasta osaamista asiakkaiden tukemiseen. Psykiatrisen sairaanhoitaja oli kokenut työympäristönsä hyvinvointineuvolalla hyväksi. Hän oli kokenut kokeilun olevan tarpeellinen asiakkaille. Se on tilastollisestikin ollut suosiossa, sillä vastaanottoaikoja oli lisätty puolella tutkimuksen aikana. Psykiatrisen sairaanhoitaja koki moniammatillisuuden toteutuvan kokeilun ympärillä monipuolisesti. Kehitettävistä asioista kokeilusta löytyi liittyen informaation kulkuun, yksin tehtävän työn luonteeseen sekä hyvinvointineuvolan lääkäripalveluiden hyödyntämiseen.

Opinnäytetyö oli onnistunut ja asetetut tavoitteet täyttyivät monin tavoin. Opinnäytetyö tuotti uutta tietoa erityisesti kyseiselle kunnalle kokeilusta ja sen toimivuudesta asiakkaiden sekä työntekijän näkökulmasta. Tulokset tässä opinnäytetyössä auttavat työelämää kehittämään kokeiluaan entisestään. Työelämän kumppanit antoivat positiivista palautetta yhteistyöstä.

Asiasanat: vanhemmuuden haasteet, vanhemmuuden tukeminen neuvolassa, matalankynnyksen neuvolakokeilu, moniammatillisuus

Anni Lehtiö, Matilda Pyhähuhta

Supporting parenthood through ketterä- experiment at wellbeing child health center

Year	2018	Pages	54
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine a particular municipality's child health center's psychiatric nurse's low threshold reception trial called ketterä. The aim was to find out what kinds of subjective experiences the participating families have had, whether the trial had succeeded in supporting the parents and in supporting the wellbeing of the family or not. The aim was also to research the initial need and development of the service as well as presenting the experiences of the psychiatric nurse. This thesis was implemented in cooperation with a child health center and a substance and mental health unit, where the psychiatric nurse mainly works. In addition, the purpose was to provide valuable information to the health center based on the clients' responses, and marketize the service to other municipalities as a versatile cooperation method.

The theoretical base consists of parenthood, its challenges and supporting of parenthood in the child health center. In this thesis parenthood focuses on the challenges in relationships, work and spending time together. The different challenges in regards to motherhood and fatherhood are discussed. The thesis analyzed in-depth how early interaction and fatherhood were supported, and multiprofessional interaction in the child health center. The material was collected using a theme interview with the psychiatric nurse, and a questionnaire for the clients. Categorizing and colorcoding was used to analyze the material. The research results showed that clients felt that the service was necessary. Something they appreciated a lot was a home childcare service provided during the meeting with the psychiatric nurse. The research showed that this trial was initiated because of various challenges observed in parenthood, and the need for nurses to get psychiatric knowledge to support clients. The psychiatric nurse felt that their presence was good for the working environment. Also that the service had been essential for the clients. Statistically it was a success, since the consulting hours have been increased by half during the trial. The psychiatric nurse also felt that developing various professional skills was fulfilled in various ways. Some improvements should also be made, for instance, in sharing information, the nature of the work and using the child health center's medical care.

This thesis was a success and was able to achieve goals in various ways. This thesis produced new information through this experiment, especially for this particular municipality, and also show its functionality from the clients' and employees' perspective. The results from this thesis will help the maternity clinic to develop their experiment even more. They gave us positive feedback from this cooperation.

keywords: the challenges of parenthood, parenthood support at the child health center, low threshold child health center experiment, multiprofessionality

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	7
3	Vanhemmuuden haasteet	8
3.1	Parisuhteen haasteet lapsiperheessä.....	10
3.2	Työn ja yhteisen ajan haasteet lapsiperheessä.....	11
3.3	Äitiyden haasteita	12
3.4	Isyyden haasteita	13
4	Vanhemmuuden tukeminen neuvolassa	15
4.1	Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa	17
4.2	Vanhemmuuden roolikartta neuvolatyön tukena.....	19
4.3	Isyyden tukeminen neuvolassa.....	21
4.4	Moniammatillisuus neuvolassa	22
4.5	Perhekeskusmallit	22
5	Hyvinvointineuvolan ketterä -kokeilu päihde- ja mielenterveysyksikön kanssa.....	24
6	Aikaisemmat hankkeet	25
7	Tutkimuksen toteuttaminen.....	27
7.1	Aiheen rajaus	28
7.2	Aineisto ja aineiston keruu.....	30
7.3	Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi	31
7.4	Luotettavuus ja eettisyys.....	33
8	Tulokset.....	35
8.1	Kokeilun perustaminen.....	35
8.2	Asiakkaiden kokemus kokeilun hyödyllisyydestä	36
8.3	Vanhemmuuden tukeminen kokeilussa	36
8.4	Perheen hyvinvointi kokeilussa	37
8.5	Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemus kokeilusta	38
8.6	Kokeilun kehittäminen	39
9	Johtopäätökset	39
10	Pohdinta.....	42
10.1	Aineiston keruun ja määrän arviointi.....	44
10.2	Oman oppimisen arviointi	45

1 Johdanto

Yleiset elinolojen muutokset kuten lakien muutokset koskettavat lapsiperheitä. Kuitenkin keskeisimpiä ja yleisimpiä ilmiöitä 2000-luvulla ovat maahanmuutto, kaupungistuminen, jatkuva muuttoliikenne sekä kauas jäävä sosiaalinen verkosto kuten sukulaiset. Myös työn ja perheen tasapainoilu, perherakenteiden moninaistuminen, avio- ja avoerot, toimeentulo-ongelmat sekä köyhyys ovat yleisiä ilmiöitä. Nämä haasteet määrittelevät nykypäivän lapsiperheiden palveluntarpeita. Janhusen ja Oulasmaan (2008) mukaan erityisesti keskiöön on viime vuosina noussut huoli vanhempien voimavarojen riittävydestä. Psykkisiä haasteita ovat muun muassa stressi, epävarmuus vanhempana, vanhemmuuden roolin sovittaminen arkielämään ja tunnevuorovaikutus. Myös sosiaalinen media ja internet tuovat tiedostamattakin vanhemmille mielikuvia vanhemmuudesta ja lapsen kasvatuksesta niin hyvässä kuin pahassa. (Halme, Kekkonen & Perälä 2013, 16.)

Viime vuosikymmenen aikana laskussa ollut syntyvyys on laskenut entisestään. Se on yllättänyt poliitikot ja tutkijat, eikä sen syytä osata vielä varmaksi sanoa. Siihen voivat vaikuttaa esimerkiksi taloudellinen epävarmuus, sillä lapsettomuus on lisääntynyt vähän koulutettujen naisten ja miesten keskuudessa. Lisäksi Suomessa on huomattu olevan vanhemmuuden lykkäämisen kulttuurin murros ja puolison hankinnan vaikeus. (Rotkirch 2018, 2014.) Neuvola ja kouluterveys lehden artikkelin mukaan syytä syntyvyyden laskuun ovat esimerkiksi miesten syrjäytyminen ja sen tuomat talousvaikeudet, perhepoliittiset päätökset ja stressaavan lapsiperhe arjen tuottamat parisuhdeongelmat. Monitahoisia toimenpiteitä on kehitettävä synnytyslukujen kääntämiseksi nousuun. Neuvola on myönteisen synnytysasenteen tukemisessa todella keskeinen taho. (Sihvola 2018, 29.)

Teemme opinnäytetyömme osana sosionomin, sekä lastentarhanopettajan tutkintoa. Opinnäytetyömme pohjautui neuvolaikäisten lasten perheisiin. Opinnäytetyö keskittyi erään kunnan toteuttamaan ketterä -kokeiluun, jonka tarkoituksena on tarjota asiakkaille psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja matalalla kynnyksellä neuvolan tiloissa sekä edistää neuvolan moniammatillista yhteistyötä. Ketterä -kokeilut ovat lähinnä Uudenmaan alueella toteutettuja Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE) jalostamia kokeiluja. Ketteriä -kokeiluja voi olla monenlaisia mutta tämä opinnäytetyö keskittyi nimenomaan psykiatrisen sairaanhoitajan matalankynnyksen vastaanottopalveluun neuvolassa. (Suomela, 2018.)

Opinnäytetyömme keskeisiksi teemoiksi valikoituivat vanhemmuuden haasteet ja vanhemmuuden tukeminen neuvolassa. Lisäksi halusimme keskittyä moniammatillisuuteen ja nykypäivän perhekeskusmalli ajatteluun. Tärkeää oli säilyttää opinnäytetyössämme mahdollisimman vahvana sosionomin näkökulman, sillä mielestämme vaarana oli keskittyä liikaa hoidolliseen ja diagnostiseen näkökulmaan. Teemat valikoituivat koko perheen ympärille, sillä näimme ketterä -kokeilun tukevan koko perheen hyvinvointia.

Tavoitteemme oli tutkia kokeilun hyödyllisyyttä osana hyvinvointineuvolan tarjoamia palveluja. Toteutimme tutkimuksen asiakkaille kyselyn (Liite1) avulla sekä psykiatriselle sairaanhoitajalle haastattelun (Liite2) avulla. Tutkimuskysymyksemme opinnäytetyössämme olivat; kuinka hyödyllisenä asiakkaat kokevat ketterä -kokeilun osana neuvolan palveluita ja millaista tarpeista ketterä -kokeilu on saanut alkunsa, ja kuinka psykiatrinen sairaanhoitaja kokee sen toimivuuden.

Tärkeimpinä yhteistyökumppaneinamme opinnäytetyössä olivat hyvinvointineuvola sekä päihde- ja mielenterveysyksikkö, joiden yhteistyönä tämä kokeilu toteutuu. Opinnäytetyö on toteutettu tiiviissä yhteistyössä yksiköiden työelämäedustajien eli hyvinvointineuvolan osastonhoitajan sekä mielenterveys- ja päihdeyksikön psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Pidimme kunnan sekä toimipaikat anonyymeinä yhteistyökumppaneiden toiveesta.

Opinnäytetyöstä saimme kokemuksen toimimisesta työelämän kumppanin kanssa. Lisäksi tutustuimme neuvolan palveluihin ja mahdollisiin vanhemmuutta tukeviin tekijöihin neuvolassa. Tätä tietoa voimme käyttää tulevaisuudessa omassa osaamisessamme. Sosiaali- ja terveysala pyrkivät yhdistymään entisestään, jolloin sosiaalialan työntekijöiden työpaikkoja on yhä yleisemmin esimerkiksi neuvoloissa yhdistetyn perhetyön ansiosta. Halusimme siis laajentaa tietouttamme moniammatillisesta yhteistyöstä neuvolassa, vaikka sosiaalityön osuus neuvolassa tehtävästä työstä on varmasti pienempi. Perhekeskustoimintaa on kirjattu kuntien strategisiin suunnitelmiin, ja jopa lakisääteisiin lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmiin. Lapsi- ja perhepalveluja uudistetaan osana kuntauudistusta, jossa pääpaino on lähipalvelujen kehittämisessä, palveluohjauksessa ja palveluketjujen toimivuudessa. (Halme ym. 2012, 4.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Ideanamme oli selvittää hyvinvointineuvolan ketterä- kokeilun piirissä olevien asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia kokeilun toimivuudesta vanhemmuuden tukemiseen ja perheen hyvinvointiin. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä kokeilusta esille. Halusimme perehtyä myös neuvolan moniammatilliseen työhön ja hieman uusiin perhekeskumalleihin, jotka mahdollistavat ja edellyttävät toimivaa monialaista yhteistyötä ja oikea-aikaista ja oikeanlaista palvelua lapsiperheille. Tarkoituksena on myös tuottaa arvokasta informaatiota neuvolalle, sekä markkinoida uutta ketterä -kokeilun muotoa myös muille kunnille monialaisen yhteistyön muotona.

Tavoitteenamme oli myös kartoittaa, kuinka paljon kokeilun piirissä olevat vanhemmat hyötyvät psykiatrisen sairaanhoitajan palveluista ja millaista palvelun tulisi olla. Toiveenamme oli, että opinnäytetyömme markkinoisi ketterä -kokeilua realistisesti, jotta jatkossakin kunnissa psykiatrisia palveluita saataisiin vanhemmille helposti "saman katon alta" matalalla kynnyk-

sellä. Opinnäytetyöllä tuetaan työelämän muutosta, jossa vanhemmat saisivat neuvolasta vieläkin enemmän tukea vanhemmuuden tunteisiin, mielenterveyden mahdollisiin haasteisiin ja lasten kasvatukseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tutkimuksen myötä tätä ketterä -kokeilua voidaan mahdollisesti kehittää kunnassa. Parhaimmillaan hyvinvointineuvolalla voidaan pohtia kokeilun vakinaistamista, mikäli tulokset ovat positiivisia kokeilusta. Opinnäytetyötä voidaan toivottavasti hyödyntää heidän haluamallaan tavalla niin hyvinvointineuvolan kuin aikuisten psykososiaalisten palvelujen päihde- ja mielen-terveysyksiköissä. Opinnäytetyön avulla kokeilua voitaisiin hyödyntää myös pienemmissä kunnissa palvelujen yhdistämisen esimerkkinä.

Tavoitteena oli mahdollisesti myös mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön kehittyminen neuvolassa, saamiemme tulosten perusteella. Työn kehittäminen asiakaskokemusten perusteella hyödyttäisi mahdollisesti myös palvelun piirissä olevia asiakkaita, jos palveluja kehitetään asiakaspalautteiden pohjalta. Opinnäytetyössä kohtaavat asiakkaiden tuomat mielipiteet ja kokemukset, teoreettinen tieto, psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulma, sekä ketterä -kokeilun toiminta. Tavoitteenamme oli näitä yhdistelemällä luoda kokonaiskuva kokeilun tarpeellisuudesta ja luonteesta.

3 Vanhemmuuden haasteet

Sanaa vanhemmuus voidaan määritellä eri näkökulmista. Vanhemmuutta voidaan tarkastella esimerkiksi juridisesta, sosiaalisesta, psyykkisestä, sekä biologisesta näkökulmasta. Juridiseen vanhemmuuteen liittyy yhteiskunnan antamat oikeudet ja velvollisuudet. Lapsella on esimerkiksi oikeus periä vanhempansa. Juridisessa vanhemmuudessa lähtökohtana on vanhempien biologisuus, mutta vanhempien ollessa naimattomia, on isän todistettava verikokeella isyytensä. Adoptiossa juridinen vanhemmuus siirtyy lapsen adoptio vanhemmille, eikä adoptiosuhdetta voi purkaa. Sosiaalinen vanhemmuus tarkoittaa vaikuttavalla tavalla lapsen arjesta huolehtivaa aikuista, joka voi olla esimerkiksi eronneen uusi puoliso. Sosiaalinen vanhemmuus voi näkyä esimerkiksi harrastuksiin viemisenä tai arvojen ja toimintamallien opettamisena. Psykkisellä vanhemmalla tarkoitetaan henkilöä, jonka lapsi itse kokee tunnetasolla omaksi vanhemmakseen, sekä luottaa ja on kiintynyt häneen. Biologisessa vanhemmuudessa lasta ja aikuista yhdistävät geeniperimä, ja se liittyy heidän biologiseen suhteeseensa. (Vilén, Seppänen, Tapio & Toivanen 2014, 10-11.)

Vanhemmuuteen liittyy myös huoltajuuskäsite. Äidistä tulee automaattisesti lapsen syntyessä hänen huoltajansa. Toinen vanhempi saa huoltajuuden myös ”automaattisesti”, jos hän on naimisissa lapsen äidin kanssa. Muutoin lapsen vanhemmat voivat sopia molempien huoltajuudesta. Huoltajan tehtävänä on varmistaa lapsen kokonaisvaltainen kehitys, ja huolehtia lapsen monista asioista, kuten nimestä, terveydenhuollosta, uskonnosta, koulutuksesta, sekä asumisesta. Jos lapsen vanhemmat eivät kykene huolehtimaan lapsestaan tai lapsella ei ole

vanhempia, voidaan hänelle määritellä yksi tai useampi huoltaja. Asia ratkotaan tuomioistuintuomiossa vanhemman omasta tai holhousviranomaisien pyynnöstä. (Väestöliitto 2018.)

Lapsi on vanhemmuuden edellytys. Koska näin on, vanhemmuudessa on aina vähintään kaksi sukupolvea, lapsi ja hänen vanhempansa (Kekkonen 2004, 25). Vanhemmuudessa vanhemman ja lapsen välille muodostuu suhde, ja vanhempi ottaa lapsestaan vastuuta, sekä toimii ja elää hänen kanssaan. Muutos on iso prosessi omasta elämästään huolehtivasta aikuisesta isäksi tai äidiksi. Tämä prosessi ei tapahdu nopeasti, eikä välttämättä ole helppo. Jokaisella on omat lähtökohtansa, joista vanhemmaksi kasvetaan. Tulevien vanhempien olisi hyvä keskustella omista odotuksistaan, peloistaan ja toiveistaan. Lisäksi on hyvä keskustella myös omista lapsuuden kokemuksistaan ja vanhemmuuteen liittyvistä mielikuvista. Helpoin lähtökohta on se, että tuleva vanhempi on omassa lapsuudessaan saanut hyviä kokemuksia hoivasta, silloin myös alitajunta tuo mielikuvia sellaisista. Tutkijat ovat kuitenkin sitä mieltä, että myös huonot kokemukset omassa lapsuudessaan voi kääntää positiiviseksi, jos vanhempi haluaa työstää kokemuksiaan läpikäymällä ja arvioimalla niitä tietoisesti. (Hermanson 2007, 49.)

Lapsen erityisyys ja vanhempien urasuunnitelmat ovat merkityksellisiä vaikuttajia vanhemmaksi kasvamisen prosessiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 83). Muutokset voivat olla positiivisia, mutta osa niistä saattaa vaikuttaa perheeseen ja sen jäsenten hyvinvointiin kielteisesti. Koska vanhemmat ovat perheensä ja lapsensa hyvinvoinnin edistäjiä, on heidän voimavaransa erittäin vaikuttavia tekijöitä. Perheen sisäisiä voimavaroja voivat olla, esimerkiksi vanhempien koulutus, hyvät ihmissuhteet, hyvä itsetunto ja positiivinen käsitys itsestä kasvattajana. Perheen ulkoisten tekijöiden keskiössä voidaan nähdä ulkopuolelta saatu sosiaalinen tuki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 80-81.)

Vanhemmuuteen liittyy ehdottomasti usein paljon mahdollisuuksia uudenlaiseen iloon ja onneen. Se on kuitenkin monelle myös aikuiselämän suurimpia muutoksia omissa elämäntavoitteissa, arvoissa, rooleissa ja identiteetissä. Lapsen läsnäolo muuttaa lähes koko elämän vaikuttaen suuresti ajankäyttöön, josta voidaan kokea paineita. Univajaus ja mielialanvaihtelut ovat yleisiä pikkulapsi perheissä. Myös suuri osa ihmissuhteista muuttuu identiteetin ja roolien muuttuessa. Parisuhde on usein kovemmallalla koetuksella, sillä yhteistä aikaa ja mahdollisuutta läheisyyteen ja keskusteluun ei ole samalla tavalla lapsen ollessa etusijalla. Toisaalta parisuhdetta voi vahvistaa yhteisen voimaantumisen tunne hankalista tilanteista selviytymisestä yhdessä. (Väestöliitto, 2017.)

Laakkonen (2010) on tehnyt tutkimuksen vanhempien käsityksestä vanhemmuudesta nykypäivänä. Tunnetason haasteena vanhemmilla on usein riittämättömyys. Nykyään koetaan, että lapsille on monenlaisia mahdollisuuksia. Vanhemmat voivat kokea haasteeksi perheiden välisen kilpailun siitä, mitä kaikkea lapset voivat tehdä ja harrastaa. Huomaamattaan kilpaillaan

siitä, kuka on paras vanhempi ja kuka pystyy tarjoamaan omalle lapselleen eniten. Myös kaupallisuus lapsia kohden koetaan haasteeksi. Yhä enemmän mainostetaan erilaisissa kanavissa leluja ja lapsille suunnattuja tavaroita. Vanhemmat voivat kokea lapsen tarvitseman materiaalin määrän määrittämisen hankalaksi ja kalliiksi. Haasteeksi koetaan myös muuttunut ympäristö, jossa lasten voi olla turvattomampi kasvaa. Vanhempien huoli lapsuuteen liittyvistä vaaroista ja uhkakuvista on yleistynyt ja kasvanut. Tutkimuksen vanhemmista moni kokee, että elämä on muuttunut suorituskeskeisemmäksi, kiireisemmäksi ja epävarmemmaksi, mikä vaikuttaa koko perheeseen. Vanhemmuuden roolin koetaan olevan myös aktiivisempi läsnäolijan rooli, joka osaa tyydyttää lapsen tarpeet, puuttua asioihin ajoissa ja kasvattaa lasta kehitystehtävien mukaisesti. Vanhemmuuden vaatimukset koetaan hankalammaksi kuin muutamia vuosikymmeniä sitten. (Laakkonen 2010, 43-47.)

3.1 Parisuhteen haasteet lapsiperheessä

Uusi arki lapsen kanssa koetaan usein vaativammaksi ja yhteinen aika parisuhteelle jää vähemmälle. Kuitenkin lapsiperheen vanhempien välinen toimiva ja onnellinen parisuhde on keskeinen tekijä kaikkien perheenjäsenten hyvinvoinnin kannalta. Työnjaon tasapainon löytäminen arkirutiinien kuten lastenhoidon, töiden, kotitöiden ja harrastusten välillä auttaa koko perheen hyvinvointia. Yleisin riidanaihe lapsiperheissä on kotitöiden jakaminen, joka aiheuttaa noin puolelle pareista erimielisyyksiä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2012 toteuttamassa Lapsiperhekysely -tutkimuksessa. (Lammi-Taskula & Karvonen 2014, 72.) Töissä oleva vanhempi voi ajatella, että kotona olevalla vanhemmalla on paljon vapaa-aikaa, kun taas kotona oleva vanhempi ajattelee, että töissä käyvä vanhempi odottaa häneltä täydellistä kodin hoitoa. Molempien arki tuntuu raskaalta, eikä työssä käyvä vanhempi välttämättä raskaan työpäivän jälkeen ymmärrä toisen tarvetta puhua tai kokemaa yksinäisyyttä. Tällaisista asioista voi syntyä riitoja vanhempien välillä. Puutteelliset yöunet ja niistä johtuva väsymys usein myös pahentavat tilannetta. (Hermanson 2007, 65.)

Paajanen ja Kontula pitävät onnellisen parisuhteen lähtökohtina tunnetta suhteen oikeudenmukaisuudesta, hyvää kommunikaatiota sekä tyydyttäväksi koettua seksuaalielämää. Kaikista tärkeimpänä pidetään mahdollisuutta jakaa kumppanin kanssa arjen ilot ja surut. (Lammi-Taskula & Karvonen 2014, 73.) Seksuaalisuus, minäkuva ja seksuaalinen identiteetti muuttuvat jatkuvasti läpi elämän. Erityisen suuria muutoksia ne voivat kokea perheen lisääntyessä. Syntyvä lapsi tarvitsee paljon aikaa ja tilaa vanhempiensa mielessä. Tärkeintä on kuitenkin keskustella avoimesti kumppanin kanssa pysyen molempien tunteiden ja toiveiden perässä (Bildjuschkin 2014, 12.) Seksuaalielämä on iso osa parisuhdetta, mutta muuttuneen tilanteen vuoksi se ei välttämättä tyydytä molempia osapuolia, jos kumpaakaan. Nainen voi tuntea, että läheisyys vauvan kanssa on niin tyydyttävä, ettei koe tarvetta seksuaalisuuteen miehensä kanssa. Mies taas voi vieroksua seksin harrastamista "äidin" kanssa. Synnytyksestä voi seurata naiselle venymiä, repeämiä tai leikkausjälkiä, jolloin yhdyntä voi olla mahdotonta. Näiden

jälkeenkin yhdyntä voi tuntua fyysisesti kivuliaalta. Terveystoimittaja Minna Reinholm on tehnyt väestöliiton Perheverkko-projektissa tutkimuksen pikkulapsiperheiden vanhempien seksielämästä. Tuloksissa tuli ilmi että nais- ja miesvastaajista iso joukko kärsii hellyyden puutteesta. Naiset kokivat, ettei heillä ollut aikaa tai voimia kumppaninsa hoivaamiseen, kuten ennen lapsia, tai he ajattelivat olevansa pelkkä hellyydenanto kone. He tarvitsivat myös hellyyttä itselleen. Tutkimuksessa selvisi myös lantiopohjalihaksien harjoittelun tärkeys, naisten raju kritiikki omaa vartaloaan kohtaan, sekä ehkäisyn järjestämisen tärkeys molempia miellyttävällä tavalla. (Hermanson 2007, 65-66.)

3.2 Työn ja yhteisen ajan haasteet lapsiperheessä

Vanhempien työ ja ajankäyttö vaikuttavat heidän lapsiinsa suuresti. Työstä johtuva kiire ja väsymys vievät vanhempien huomiota pois lapsesta, jolloin yhteinen aika voi jäädä vähäiseksi. Parhaimmillaan vanhemman työt antavat hänelle voimavaroja vanhemmuuteen, sekä perheen arkeen. Pääkkösen ja Hanifin (2011) mukaan ansiotyössä kulutettu aika on vähentynyt aikaisempien vuosikymmenten aikana. Tätä muutosta pidetään hyvänä perheiden yhdessäolon ja oman ajan lisääntymisen vuoksi. Toisaalta vähentyneet työajat tarkoittavat myös pienempiä ansioita. Työntekoon käytetyn ajan ajankohdat ovat myös vaihtuneet, sillä esimerkiksi kauppojen aukioloajat ovat muuttuneet pidemmiksi ja moni kauppa on auki myöhäisiltoina, sekä viikonloppuina. Vanhempien on vaikeampi sovittaa työnsä lasten päiväkotien ja koulujen kanssa. Pitkien ja sopimattomien työpäivien lisäksi vanhempien oma ajan käyttö ja esimerkiksi harrastukset, voivat viedä aikaa perheen yhteiseltä ajalta. (Miettinen & Rotkirch 2012, 11-12.)

Tutkimuksen mukaan useimmiten äidit ovat pitkään lasten kanssa kotona isän tehdessä töitä. Kotitöiden jakaminen selkeästi voi helpottaa perheen arkea mutta se voi toisaalta myös eriyttää vanhempia toisistaan. Päivät koostuvat eri ympäristöissä erilaisista asioista, huolista ja iloista, jolloin niitä voi olla vaikeampi jakaa ja ymmärtää toisen kanssa. Tutkimuksen mukaan lasten tullessa kouluikänsä kotitöiden aiheuttama tyytymättömyys tasoittuu, ja vanhemmilla on enemmän aikaa yhteiseen tekemiseen. (Lammi-Taskula & Karvonen 2014, 79.)

Suomen vanhempainliiton toiminnanjohtajan Ulla Siimeksen artikkelissa käsitellään perheen työelämän yhteensovittamista, ja sen jatkuvaa tasapainon löytämistä. Artikkelin mukaan sen löytäminen ei ole kuitenkaan helppoa, jolloin vanhemmat tuntevat huonoa omatuntoa lähes päivittäin joko alisuorittamisesta töissä tai läsnäolon puutteesta kotona. (Siimes 2015, 12.) Bäck-Wiklundin ja Begstenin (1997) mukaan äidit kokevat isiä useammin työelämään ja vanhemmuuteen liittyvät ristiriidat omina henkilökohtaisina ongelmina, jolloin he herkemmin syyllistävät itseään ja kokevat riittämättömyyden tunteita. Mikäli äidit suunnittelevat työnsä ja elämänsä lasten hyvinvoinnin mukaan, se kertoo perheen välisten neuvotteluiden onnistumisesta mutta etenkin äitien ja heidän omantuntonsa keskisestä kamppailun onnistumisesta.

Myös vanhemmuuden jakaminen voi työn ja ajan haasteiden takia voi aiheuttaa äitiyden riittämättömyyttä, vaikka toinen vanhempi haluaisikin olla lasten elämässä samalla panoksella. Rotrich (2000) on käsitteellistänyt pirstoutuneen vanhemmuuden, jossa vanhemmat neuvottelevat vanhemmuuden tehtävistä ja lasten kanssa käytetystä ajasta, jotka jaetaan työaikaan, vapaa-aikaan, omaan aikaan ja lastenhoitoon käytettävään aikaan. Pirstoutuneisuus voi aiheuttaa vanhemmassa pyrkimyksen ylitäydelliseen kokonaisvaltaiseen vanhemmuuteen, mikä voi tarkoittaa vahvasti lapsikeskeistä, emotionaalisesti sitoutuvaa, asiantuntijoiden ohjaamaa, työlästä ja kallista, jossa ulkopuoliset hoitajat sekä isä suljetaan pois. Haysin (1996) mukaan tämä on median luoma ja kaupallinen versio vanhemmuudesta. (Berg 2008, 33.)

3.3 Äitiyden haasteita

Äitiyden haasteita tulee varmasti paljon ulkoapäin. Ammatillaiset ja media tuottavat odotuksia hyvästä äitiydestä, jolloin kulttuurimme äidit joutuvat pohtimaan omaa rooliaan niiden pohjalta. Äitiyttä voi siis toteuttaa normeja omaksuen ja noudattaen esimerkiksi asiantuntijoiden neuvoja tai kyseenalaistaen niitä. Kulttuuriset odotukset vaikuttavat siihen, miten äidit näkevät itsensä äidin roolinsa, miten he luottavat siihen, miten he näkevät lapsensa ja miten he esittävät äitiyttään muille. Ihanteellisina äiteinä pidetään melko nuorta mutta kokenutta ja varmaa naista. Arvostetaan myös sitä, että äidillä on omaa lapsesta erillistä elämää mutta hän on ensisijaisesti omistautunut lapsilleen ja perheelleen. (Berg 2008, 23-24.) Äitien oletetaan kulttuurissamme olevan luonnollisesti ja automaattisesti empaattisia, lempeitä ja toisista huolta pitäviä. Kulttuuristen uskomusten mukaan vihainen ja väkivaltainen äiti on paha, poikkeava, epäluonnollinen ja sairas, jolta puuttuu äidillisyyys. (Berg 2008, 108.)

Äidin roolin hyväksymistä helpottavat terve itsetunto ja positiivinen minäkuva, jotka puolestaan heijastuvat äidin suhtautumiseen lapseensa. Äidin masennus, stressi tai roolin epäselvyys voivat aiheuttaa esteitä äitiyden hyväksymisessä. Myös lapsen temperamentilla sekä terveydentilalla on vaikutuksia äidin roolin hyväksymiseen. Ulkopuolinen ympäristön tuoma tuki niin läheisiltä kuin yhteiskunnan palveluiltakin helpottaa roolin hyväksymistä. (Viljamaa 2003, 22.) Jokisen (1996) mukaan itseensä ja äitiyteensä luottava äiti on nykyään harvinaisempi kuin jatkuvasti itseään moralisoiva ja pohtiva äiti. Tietoa äitiydestä on yhä enemmän ja helpommin saatavissa, joka ajaa äidit pohtimaan ovatko he riittävän hyviä. Bäck-Wiklundin ja Bergstenin (1997) mukaan vanhemmuutta peilataan median välittämiin malleihin toisten elämäntyyleistä, sosiologiseen ja psykologiseen tietoon sekä vanhemmuutta koskeviin juurtuneisiin uskomuksiin jatkuvan itsereflektion avulla. Äidit voivat olla siis ristiriitaisten näkemysten puristuksessa siitä, kuinka lapsia tulisi kasvattaa ja hoitaa ja millaisia perhesuhteiden kuuluisi olla. (Berg 2008, 30.)

Naisen muutosta äidiksi helpottaa naisen hormonaalinen toiminta. Hormonit voivat vaikuttaa naisen ajatteluun ja tunteisiin voimakkaasti, ja esimerkiksi synnytyksen aikana hormonitasot

vaihtelevat kiivaasti. Myös synnytyskokemus voi olla naiselle erittäin merkityksellinen, varsinkin, jos siinä on jotakin odottamattomia haasteita. (Hermanson 2007, 49-50.)

Jopa 80% äideistä kokee herkistymistä synnytyksen jälkeen (Väestöliitto 2018; Hermanson 2007, 69). Herkistyminen on täysin luonnollista ja, jopa tarkoituksenmukaista. Herkistyminen valmistaa äitiä uuteen elämäntilanteeseen. Se on myös erityisen tärkeää varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisen kannalta, sillä se auttaa vastaamaan vauvan tarpeisiin. (Väestöliitto, 2018.) Herkistyminen on voimakkaimmillaan kolmesta viiteen päivää synnytyksen jälkeen. Tätä kutsutaan myös sanalla baby blues, joka kestää usein muutamia päiviä. Baby bluesin aikana synnyttänyt äiti voi olla itkuherkkä, ärtynyt ja hänen mielialansa voivat vaihdella, lisäksi siihen voi kuulua myös ruokahaluttomuutta, sekä unettomuutta. Herkistyminen katsotaan normaalina reaktiona uuteen elämäntilanteeseen sopeutuessa. Uutta äitiä auttaa, se jos hän tulee ymmärretyksi, sekä tuetuksi. Herkistyminen on itsessään normaali reaktio, mutta Perhetuvan (2003) mukaan se lisää äidin riskiä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja jopa 20% herkistyneistä äideistä sairastuu tähän. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta puhutaan, kun synnyttäneen äidin mieliala laskee pitkäjaksoisesti. Hauskat ja hyvät puolet unohtuvat äidiltä, eikä hän näe tulevaisuutta valoisana. Äidin jaksaminen on myös koetuksella, eikä hän välttämättä jaksaa selvitä arjen tehtävistä. Masentunut äiti voi olla ahdistunut, peloissaan, huolestunut tai hädissään ilman konkreettisia syitä. Synnytyksen jälkeinen masennus ei välttämättä ole vain äitien ongelma, vaan sitä on todettu myös isillä. Masennus voi kestää useita kuukausia, mutta sen pitkäaikaisennusteet ovat hyviä; masennus usein helpottaa kuukausien kuluttua. (Hermanson 2007, 69.)

3.4 Isyyden haasteita

Monissa tutkimuksissa keskitytään ainoastaan äidin tuen tarpeeseen lapsen synnyttyä. On tärkeää muistaa, että myös mies on elämässään suuressa siirtymävaiheessa isäksi. Äitiys on biologinen ja sosiaalisesti kokonaisvaltaisempi ilmiö, joka vaatii äidiltä suurta aktiivisuutta. Isyydestä puhuttaessa rooli on vaihtelevampi, jolloin aktiiviseen toimintaan jää valinnanvaraa paljon sivusta katsomisen ja osallistuvan isän välille. (Viljamaa 2003, 26.)

Korhonen (1999) on määritellyt elämäntutkimuksessaan isyyden tyypit karkeasti viiteen. Vastuutaan korostavat isät, taustalla tukijat, toiminnalliset isät, miehiset isät ja otteensa menettäneet isät. Lisäksi löytyi pieni osuus äidillisiä isiä. Lapsuuden kodin perhesuhteet ja muut ihmissuhteet sekä kokemukset omasta isästä ovat perusta isyyden syntymiselle. Oma lapsi toimii isyyden herättäjänä, kasvattajana ja muovaajana. Mielikuvat hyvästä isyydestä ja omassa lapsuudessa koetun isyyden välillä voi olla suuriakin ristiriitoja, jotka on käsiteltävä läpi löytääkseen oman roolinsa isänä. (Viljamaa 2003, 23.) Toisaalta nykypäivän isiä haastetaan ja heiltä vaaditaan enemmän. Vanhat vuosikymmenten takaiset keinot eivät auta, kun on mukauduttava muuttuneen työelämän, perheen ja parisuhteen haasteisiin. Rooliaan isänä voi

olla siis hankala peilata oman isänsä rooliin. Perinteisen vanhan ajan mallin mukaan isien itsekunnioitus ja arvostus oli hyvinkin työorientoitunutta. Kärjistetyksi isät keskittyivät töihin ja jäivät usein etäisiksi lapsistaan. Isän malli oli, että lapsi totteli kuuliaisesti kyseenalaistamatta isää. (Hellstén & Salonen 2011, 11.)

Huttunen (1998, 2001) on tutkinut isyyttä ja jaettua vanhemmuutta. Hän on pohtinut, voiko isä olla äidin kaltainen vanhempi. Lopputuloksena hän on päätenyt jaettuun vanhemmuuteen, jossa arjen työt ja velvollisuudet mutta myös hoivakokemukset jaetaan. Huttunen (1998, 2001) on korostanut hoitavaa isyyttä perinteisen isyyden rinnalla. Miehisyyksäisyys, perinteinen naiskäisyys ja uskomukset äitiydestä sekä työn ja perheen yhteen sovittamisesta aiheuttavat haasteita sitoutuvalle ja osallistuvalla miehelle. Isien osallistuvuus ja toimiminen perheessä riippuu parisuhteesta saadusta kannuksesta ja tuesta enemmän kuin äitien. Isillä ei ole useimmiten ollut yhtä paljon mahdollisuuksia harjoitella hoitotaitoja. Äidit määrittelevät usein isien osallistumisen määrän. Isyyden rooli ei ole myöskään niin tarkkaan määritelty yleisten uskomusten mukaan kuin äitiys, jolloin puolison tuki auttaa määrittämään sopivan roolin juuri tälle isälle. Isän roolin on tutkittu olevan lapselle todella merkityksellinen. Se vaikuttaa lapsen sosiaaliseen, emotionaaliseen ja kognitiiviseen kehitykseen. Isyyden roolilla ja laadulla on kuitenkin merkitystä. Isyyden vaikutukset voivat olla negatiivisia tai positiivisia. Siitä on vain vähän tutkimusnäyttöä. Isien sitoutuminen perheisiin saattaa edes auttaa perheiden kestävyttä. Jos isä osallistuu lastenhoitoon ja kotitöihin, hän saa todennäköisesti enemmän hyväksyntää puolisoiltaan. Lisäksi miehen sitoutuessa lapseensa, ja perheensä yhteiseen arkeen, hän ei todennäköisesti halua jättää puolisoaan. (Viljamaa 2003, 23-24.)

Jämsän (2009) mukaan isät kokevat usein oman vanhemmuutensa vähättelemistä ulkopuolelta. Isien toissijaistaminen voi tulla ympäristöstä, malleista, yhteiskunnalta ja jopa omalta puolisoilta sekä perhepalveluiden työntekijöiltä. Isät asettavat itsensä usein lähtökohtaisestikin vanhemmuudessa toiselle sijalle, joko omasta kokemuksestaan ja halustaan tai ympäristön tuputtaman roolin perusteella. Isien toissijaistaminen voi aiheuttaa ulkopuolisuuden, avuttomuuden, tarpeettomuuden ja pahimmillaan vihan ja katkeruuden tunteita, ja jopa masennusta, mikäli isä on tyytymätön asemaansa vanhempana. Jämsä (2009) tuo ilmi teoksessaan, että miesten kokema masennus vauvan syntymän jälkeen on lisääntynyt. (Hellstén & Salonen 2011, 8-9.) Miehen voi olla haasteellista puhua kaikista odotusaikaan liittyvistä tunteista ja ajatuksista oman puolisonsa, tai jonkin muun läheisen ihmisen kanssa. Yhteiskunnassa liitetään vieläkin usein suuria ennakkoluuloja siitä, että lapsen saaminen on aina iso positiivinen muutos, joka tuo mukanaan suuren onnen ja ilon tunteen. Vanhemmuus voi kuitenkin liittyä monenlaisia kielteisiä tunteita ja ajatuksia, kuten epätoivoa, pettymystä, pelkoa tai vihaa. Myös isä olisi hyvä kohdata tasavertaisena vanhempana ja antaa tila ja lupa kaikkien tunteiden ja ajatusten läpikäyntiin. (Alén, 2015.)

4 Vanhemmuuden tukeminen neuvolassa

Arvo Ylppö, lastentautiopin professori toi mukanaan idean lastenhoidon neuvonnasta. Hän perusti Mannerheimin lastensuojeluliiton tiloihin neuvonta-aseman. Varsinaisesti terminä neuvola otettiin käyttöön Suomessa jo 1930-luvulla. Neuvoloiden lähialueilla imeväisyyskuolleisuus laski nopeasti 3-15 prosenttia. Kunnallisia neuvoloita perustettiin 1940-luvulla (Korppi-Tommola 2017, 6-7.) Suomessa kansanterveyslaki (1972 ja 2006) velvoittaa kuntia järjestämään perusterveydenhuollossa terveysneuvontaa, johon äitiys- ja lastenneuvonta myös sisältyvät. Neuvolatoiminta on kuitenkin levinnyt jo paljon aiemmin, sillä jo 1940-luvulla se levisi maailmanlaajuisesti. Vasta vuonna 2006 uudistetussa kansanterveyslaissa, itse neuvolatoiminta mainittiin lakitekstissä. Lakiin kirjaamisen myötä neuvolatyö sai vahvempaa valtakunnallista ohjausta. (Armanto & Koistinen 2007, 19.)

Perinteisen neuvola -käsitteen sijaan, jossa äitiys- ja lastenneuvola palvelut saattavat olla eriteltyinä lähes erillisinä palveluina Suomeen on omaksuttu nykyaikaisempi perhekeskusmallia noudattava hyvinvointineuvola käsite. Käytännössä se tarkoittaa 2005-2007 toteutetun PERHE -hankkeen hanketoimijoiden mukaan tavallista äitiys- ja lastenneuvola, johon on lisätty määräaikaistarkastuksien lisäksi entistä tarkempaa huomiota koko asiakasperheen psykososiaaliseen hyvinvointiin. Painopiste työssä on entistä enemmän ennaltaehkäisevässä työssä. (Viitala, Kekkonen & Paavola 2008, 29.) Lisäksi ”saman katon alta” hyvinvointineuvolamallissa saattaa löytyä esimerkiksi puheterapian, perhetyön, fysioterapian ja toimintaterapian palveluita (Suomela 2018). Kuitenkin neuvolan peruspalvelut voidaan karkeasti jakaa äitiysneuvolaan ja lastenneuvolaan. Näiden lisäksi on kehitetty erityisesti neuvolan perhetyötä. Äitiysneuvolan asiakkaaksi tullaan useimmiten raskausviikoilla 8-12. Sen tavoitteena on turvata normaali raskauden kulku sekä vastata asiakkaiden tuen tarpeisiin liittyen raskauteen, synnytykseen ja hoidollisiin kysymyksiin. Äitiysneuvolassa psyykkistä ja sosiaalista työtä pyritään tekemään koko perheen kokonaisuus huomioiden, sillä terveydenhuollon ja lääketieteen näkökulma ei välttämättä riitä. Työmuotoja äitiysneuvolassa voivat olla esimerkiksi perhesuunnittelu, terveystarkastukset ja seulonnat, ohjaus, neuvonta ja tukitoimet, perhevalmennus, kotikäynnit, ryhmämuotoiset toiminnot, nettineuvonta, puhelinneuvonta, ja konsultointi moniammatillista yhteisöä hyödyntäen. (Armanto & Koistinen 2009, 33.)

Lapsen ollessa kuusi viikkoa vanha, perhe siirtyy lastenneuvolan asiakkaiksi äitiysneuvolan sijasta. Lastenneuvolan pääasiallisena tavoitteena on lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden parantaminen sekä koko perheen tukeminen, etenkin erityistä tukea tarvitsevissa perheissä. Lastenneuvolassa yleisimpiä työmuotoja ovat lapsen ja perheen terveystapaamiset, terveystutkimukset, rokotusohjelmat sekä ohjaus, tuki ja neuvonta. Näiden lisäksi kotikäynnit ja erilaiset ryhmät kuten vertaisryhmät toteuttavat varhaisen puuttumisen mallia, jossa keskitytään kasvuun, kehitystä tai terveyttä vaarantaviin tekijöihin. Mikäli lapsi tarvitsee erityistä

tukea, hänet ohjataan perusterveydenhuollosta erityispalveluiden piiriin, joita tarjoaa sosiaalityö ja terveydenhuolto. (Armanto & Koistinen 2009, 113-114.)

Neuvolan toiminnalla yritetään yksilöllisen työn lisäksi myös perehtyä lasten ja perheiden ympäristöihin ja elinoloihin, sekä vaikuttaa yhteisöjen toimintaan ja päätöksen tekoon siten, että ne suunniteltaisiin lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen mielessä. Neuvolassa tehtävä työ onkin osa kunnallista terveydenedistämistyötä, ja sen on tarkoitus tapahtua niissä ympäristöissä ja yhteisöissä, joissa perheitä elää ja asuu. (Armanto & Koistinen 2007, 19-20.) Neuvola on tärkeässä asemassa perheiden sosiaalisena tukena yhteiskunnassamme perheiden omien mahdollisten lähiverkoston lisäksi. Sosiaalinen tuki ja verkko vaikuttavat merkittävästi vanhemmuuden laatuun sekä lapsiperheen arjen jaksamiseen, jos perhe saa apua esimerkiksi lastenhoitoon ja taloudelliseen tilanteeseen. Ulkopuolinen tuki voi auttaa haastavissa tilanteissa säilyttämään jonkinlaiset hoito- ja kasvatuskäytännöt voimavarojen huveksessa. Lisäksi sosiaalinen tuki auttaa vanhempia muokkaamaan uusia selviytymiskeinoja. Joskus lapsiperhe voi kokea jäävänsä kuitenkin liian yksin haasteidensa kanssa. Sukupolvilta toisille kulkeutuneet kasvatus- ja lastenhoitokäytännöt ovat kariutuneet, jolloin nuoret vanhemmat ovat usein ilman malleja ja neuvonantajia oman vanhemman rooliinsa kasvamiseksi. (Viljamaa 2003, 24-26.)

Sosiaalinen tuki lieventää stressiä ja vaikuttaa positiivisesti vanhempien sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Parhaimmillaan perheen ulkopuolinen tuki toimii apuna kriisitilanteissa mutta joskus verkosto voi toimia stressin aiheuttajana. Sosiaaliseen verkkoon voidaan laskea niin viralliset lapsiperheitä tukevat tahot, kuin julkisten palvelujen työntekijät mutta myös perheen lähipiiri ja suku. Sosiaalisen tuen ulottuvuudet ovat luokiteltavissa emotionaaliseen tukeen, jossa keskeistä on empatia ja rakkaus, käytännön apuun (esimerkiksi palvelut tai raha), informatiiviseen apuun (esimerkiksi tiedot, neuvot) ja vertaistukeen. Thoitsin (1986) mukaan tehokkainta tuki etenkin pienten lasten lapsiperheissä on silloin, kun tuettavan ja tukijan elämäntilanteet ovat samankaltaiset, jolloin he voivat ymmärtää toisiaan emotionaalisesti. (Viljamaa 2003, 24-26.)

Lapsen kasvu, kehitys ja hyvinvointi ovat sidoksissa perimän lisäksi myös odottavan äidin hyvinvointiin, koko perheen hyvinvointiin, perheen ja lapsen kasvu ympäristön kulttuuriin, sekä lapsen hyvinvointia parantaviin ja huonontaviin tekijöihin yhteisössä, jossa hän elää. Vanhemmat ovat iso osa lapsen elämää, ja heidän vanhemmuutensa ja hyvinvointinsa ovat keskeisessä roolissa perheen hyvinvoinnissa. (Armanto & Koistinen 2007, 19.) Siksi neuvolatyössä on tärkeää käsitellä myös vanhempien hyvinvointia. Hyvä aika parisuhteen ja vanhemmuuden käsitelyyn neuvolassa, on raskaus aikana tapahtuva perhevalmennus. On hyvä käydä läpi erilaisia parisuhteen ja vanhemmuuden teemoja, jotta vanhemmille ei lapsen syntymän jälkeen tule yllätyksenä se, että vanhemmuus muuttaa esimerkiksi parisuhdetta. He osaisivat paremmin

myös valmistautua vanhemmuuden haasteisiin ja omien kielteisten tunteiden käsittelyyn. (Armanto & Koistinen 2007, 360.) Kaikkia näitä puolia on tarkasteltava, kun halutaan tarkastella perheiden hyvinvointia kokonaisuudessaan, palveluiden tarvetta, sekä neuvolatyön kehitystä ja periaatteita (Armanto & Koistinen 2007, 19).

Sosiaali- ja terveysalalla on korostumassa yhä enemmän ja enemmän perhekeskeinen työote, ja se näkyy myös neuvolassa. Uskotaan, että asiakkaat ovat itsensä asiantuntijoita, joten heitä kuunnellaan ja arvostetaan jokaisessa päätöksessä ja suunnitelmassa, jotka perhettä koskevat. Näkökulmassa perheen omia voimavaroja vahvistetaan, ja ajatellaan, että mitä tapahtuu yhdelle perheen jäsenelle, se vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Eritoten lasta odottavan perheen/vanhempien, lapsen kehittymisen ja terveyden, kodin kasvatustehtävien tukeminen vaatii neuvolan työntekijöiltä aitoa kiinnostusta tehdä yhteistyötä vanhempien, sekä muiden ammattilaisten kanssa. (Armanto & Koistinen 2007, 22.)

Perheitä, parisuhteita ja elämäntilanteita on monenlaisia, ja neuvolatyön on mukauduttava niihin. Neuvolassa työskentelevä terveydenhoitaja ja mahdollisesti myös moniammatillinen tiimi, tukevat vanhempia heidän kasvussaan vanhemman rooleihin. Neuvolassa järjestetään usein vapaaehtoisten voimin vertaistukiryhmiä, joista vanhemmat kokevat saavansa tukea vanhemmuudessaan, sekä voimavarojensa vahvistamista kasvattajina perheen erilaisissa kehitysvaiheissa. (Armanto & Koistinen 2007, 22.)

4.1 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa

Varhainen vuorovaikutus on vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta lapsen varhaisina vuosina. Se on kaikkea yhdessä tekemistä, oloa ja kokemista. Nykytutkimuksien mukaan lapsen ja vanhempien hyvä vuorovaikutussuhde on erittäin tärkeä. Vanhemman ollessa herkkä lapsensa viesteille, hän havaitsee lapsen tarpeet ja osaa vastata niihin oikealla tavalla. Lapselle tämä antaa sen mielikuvan, että hänen tarpeensa ovat tärkeitä, hän on hyvä, hänestä on iloa ja, että maailma on hyvä paikka olla. Nämä perusturvallisuuden ja luottamuksen kokemukset heijastuvat myös tulevaisuudessa lapsen tuleviin ihmissuhteisiin. Lisäksi hyvä vuorovaikutussuhde vanhemman kanssa edistää lapsen hyvää itsetuntoa ja minäkuvaa, sekä kehittää hänen empatiakykyään. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2018.)

Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus on edellytys lapsen tunne-elämän, neurobiologian sekä sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen kehittymiselle. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015). Vahvistamalla lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta pyritään ehkäisemään lapsen kohdistuvaa laiminlyöntiä tai kaltoinkohtelua ja toisaalta vahvistamaan lapsen resilienssiä eli sinnikkyyttä, pärjäävyyttä ja kestävyyttä sosiaalisesti stressaavissa tilanteissa. (Kalland 2014, 26).

Neurolatyössä tärkeää on tukea tulevan perheen kolmenkeskeistä vuorovaikutusta. Kolmenkeskeinen vuorovaikutus tarkoittaa sitä, että molemmat vanhemmat sekä lapsi ovat yhteisessä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Se mahdollistaa, että lapsi näkee ja kokee molemmat vanhempansa yhtäaikaaisesti. Lapsi voi täten oppia aistimalla ja kokemalla naisen ja miehen, äidin ja isän eri roolit. Lapsi oppii tuntemaan omat vanhempansa toimien heidän kanssaan samanaikaisesti mutta eri tavalla. Vanhempien parisuhteen tukeminen neuvolassa onkin tärkeää, jotta kolmenkeskinen vuorovaikutus onnistuu. (Väestöliitto, 2017.)

Jo aiemmin ylhäällä äitiyden haasteissa mainittu äidin synnytyksen jälkeinen herkistyminen eli baby blues on vauvaperheterapeutti Sarkkisen mukaan normaalia, tarkoituksenmukaista ja jopa toivottua, vaikka oireisiin liittyy hämmennystä, itkuisuutta ja jopa lievää ahdistusta vauvasta. Se on tärkeää, sillä äiti herkistyy vauvalleen ja hänen hienovaraisille viesteille ja tarpeille, sekä suurelle elämänmuutokselle. Äiti asettuu olemaan vauvaansa varten ja tavoittelemaan tämän kokemusta. Herkistyminen auttaa äitiä ymmärtämään ja samaistumaan vauvan kokemusmaailmaan. Sarkkinen puhuu myös äidillisen uppoutumisen tärkeydestä, jonka hän on kuvaillut vauvan tarpeisiin, olemukseen ja rytmeihin samaistumiseen, jossa äidistä ja vauvasta tulee yhtä. Hän ajattelee, että äidilliseen uppoutumiseen kuuluu raskauden loppuvaiheessa ja synnytyksen jälkeen itsensä ”hylkääminen” tai ”luovuttaminen” vauvalleen. Masentuneilta äideiltä puuttuu usein herkistymisen vaihe. Vauva voi tuntua äidistä vieraalta ja se ei aiheuta äidissä juuri mitään tunteita. Vauva voi tuntua pettymykseltä. Voimakkaasta baby bluesista voi seurata synnytyksen jälkeistä masennusta tai suurta ahdistusta. Ahdistuksen keskiössä ovat usein oma kyvyttömyyden tunne äitinä, pelot ja huolet vauvan elämästä sekä terveydestä ja kehityksestä. (Sarkkinen, 2011.)

Jo sairaalajaksolta olisi tärkeää, että tieto äidin herkistymisestä tai sen puutteesta sekä muusta psyykkisestä voinnista kulkisi neuvolaan. Neuvolan terveydenhoitajien on tärkeää tukea varhaista vuorovaikutusta synnytystarinan rakentamisella, myös isän näkökulmasta. Synnytystarinan rakentaminen linkittää raskauden aikaiset mielikuvat, synnytyksen ja ensihetket sekä kokemuksen äidiksi tulemisesta yhteen mielikuvaprosessin avulla. Sarkkinen ajattelee, että erityisen tärkeää olisi mahdollisimman pian perheen kotiutumisen jälkeen käydä kotikäynnillä ja jatkaa äidin psyykkisen tilan tukemista ja arviointia ja tarvittaessa käyttää vuorovaikutushoidon tahoja kuten perusterveydenhuollon psykologia, perheneuvolan terapeuttista vauvaperhetyötä, pikkulapsipsykiatriaa tai yksityistä varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeuttia. (Sarkkinen 2011.)

Usein ajatellaan, että äidillä on luontainen kyky ja halu toimia täydellisesti omien lastensa tarpeiden mukaan. Äidin on siis osattava ymmärtää pienen vauvansa osoittamia signaaleja, ja vastata niihin välittömästi koskettamalla, puhumalla ja katsomalla vauvaa, kunnes vauva osoittaa tyytyväisyytensä. Aina kuitenkin äiti ei kykene reagoimaan vauvan viesteihin ilman

tietoa, taitoa ja tukea vuorovaikutukseensa vauvan kanssa. Haasteita voi aiheuttaa myös tiedon puute lapsen kehityksen vaiheista, vanhemman tai lapsen sairaus tai keskosuus. (Viljamaa 2003, 22, 12.)

Neurolatyyöhön on kehitetty oma varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelumenetelmä (VaVu), jota voidaan käyttää ennen lapsen syntymää sekä sen jälkeen. Sen tavoitteena on auttaa luomaan vanhemmille myönteinen mutta realistinen kuva tulevasta tai vastasyntyneestä lapsesta ja omasta vanhemmuudesta. Lisäksi tavoitteena on auttaa vanhempia hyväksymään ja sitoutumaan omaan vanhemmuuteensa. Varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksia järjestetään ympäri Suomen kehittämään neuvolan henkilökunnan osaamista. Haastattelumenetelmä sisältää selkeän rungon, jonka avulla on helpompi pysyä oikeassa aiheessa. Se toteutetaan usein kotikäynnin yhteydessä vanhempien omassa ympäristössä. Huolestuttavia käytännön merkkejä riittämättömästä vuorovaikutuksesta ovat esimerkiksi vauvan yksin jättäminen eli heitteille jättö, vanhemman kuvailu vauvan yksin viihtymisestä esimerkiksi omassa sängyssään monia tunteja, ruuan, puhtauden tai levon laiminlyönti, puutteellinen seurustelu vauvan kanssa esimerkiksi ilmeillä, eleillä ja puheella, sekä sylissä pitämällä, vähäinen katsekontakti, vauvan välinpitämätön tai koneenomainen käsittely. Vanhempi voi myös kertoa kokevansa toisinaan, että vauva ei tunnu omalta. Jos huoli herää haastattelun yhteydessä, voidaan auttaa vanhempia hakemaan apua omiin mahdollisiin terveysongelmiinsa. Erityisesti äitien kohdalla tärkeää on kartoittaa masennus, ja ahdistusoireita synnytyksen jälkeisen masennuksen varalta. Vanhempien kanssa voidaan puhua myös päihteistä ja tupakasta sekä niiden vaikutuksista lapseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015.)

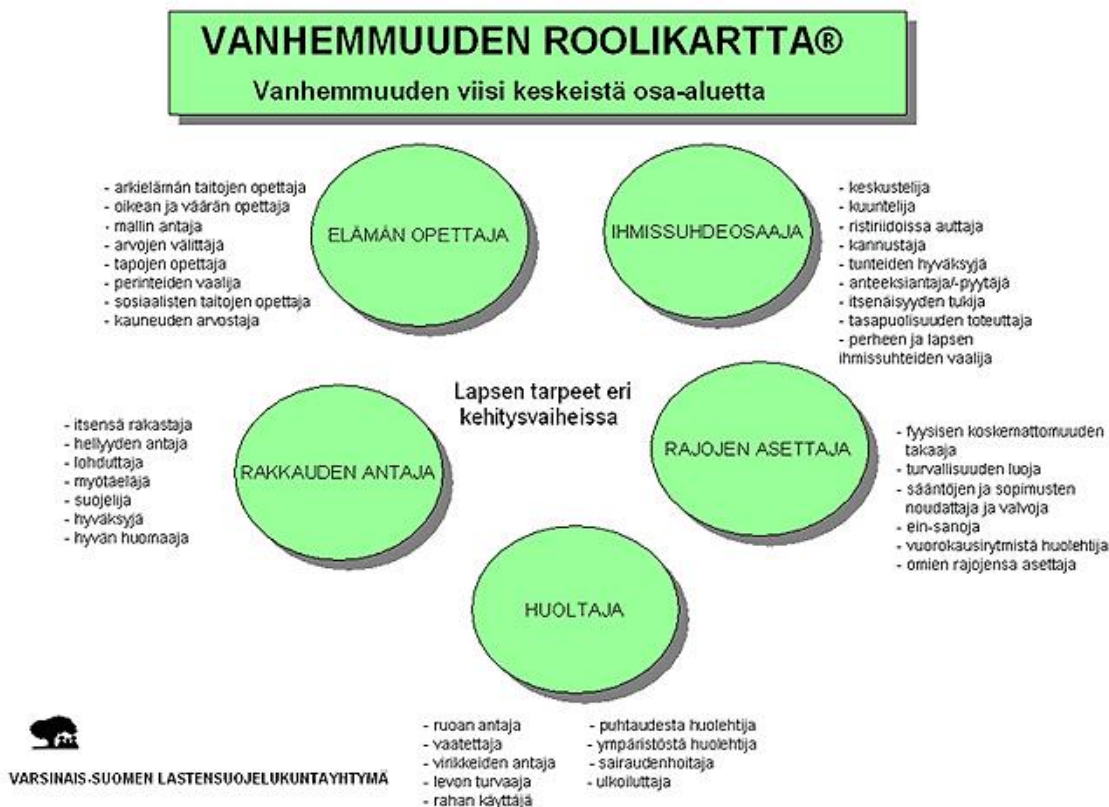
Vuorovaikutusta ja kiintymystä tuetaan erityisesti rehillisellä myönteisellä palautteella ongelmitta sujuvista asioista ja vauvan ominaisuuksista. Lisäksi pyritään vahvistamaan vanhempien kyvykkyyden tunnetta omasta vanhemmuudestaan. Se ehkäisee ja suojaa vanhempia masennukselta. Vanhempia tulisi myös rohkaista viettämään aikaa enemmän vauvan kanssa, mikäli ajatukset eivät ole liian kielteisiä vauvaa kohtaan. Voimavarojen ja jaksamisen vähäisyyden ja tuen tarpeen syynä on usein perheen tilanne esimerkiksi taloudellisesti, vanhemman terveyden tai mielenterveyden haaste tai vauvan sairastelu ja itkuisuus. Suurimmalle osalle perheistä riittää neuvolan peruspalveluiden terveydenhoitajan antama tuki sekä mahdollinen kodinhoitoavun saaminen muutamaksi kuukaudeksi. Mikäli se ei riitä ja vauva oireilee, on perhe ohjattava pikkulapsipsykiatriseen hoitoon perehtyneeseen yksikköön kuten sairaaloiden lastenpsykiatriseen yksikköön. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015.)

4.2 Vanhemmuuden roolikartta neuvolatyyön tukena

Käsite "vanhemmuuden roolikartta" on peräisin Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymän perhetukikeskuksen henkilökunnan projektityöstä. Se on palkittu vuonna 2001 Stakesin Terve-

Sos -innovaatiopalkinnolla. Roolikartta auttaa jäsentämään vanhemmuutta ja sitä kautta tukemaan vanhempia. Sen voi ottaa avuksi myös itsearviointissa, vanhemmuutta koskevissa keskusteluissa, sekä vanhempien ryhmissä. (Hermanson 2007, 68)

Vanhemmuuden roolikartta on vanhemmuuden tarkasteluun ja arviointiin käytettävä menetelmä, jota voidaan käyttää esimerkiksi neuvoloissa. Se on kehitetty hahmottamaan vanhemmuutta tuttuina arkisina kokemuksina, vanhemmuuden haasteista huolimatta. Roolikartta on väline, jolla vanhempi voisi löytää muutostarpeita omasta vanhemmuudestaan, mahdollisimman vaivattomasti. Muutostarpeiden löytämisen lisäksi, roolikartta on kehitetty auttamaan vanhempaa löytämään omia vahvuuksiaan ja luottamaan muutokseen. Roolikartassa keskeisinä asioina nähdään voimavarat, sekä helposti ymmärrettävyys. (Ylitalo 2011, 8- 9.)



Kuvio 1 Vanhemmuuden roolikartta

Vanhemmuuden roolikartassa vanhempien pääroolit jaetaan viiteen eri motivaatirooliin. Motivaatiroolit havainnoivat vanhemman perusmotiiveja, ja niiden keskiössä on aina lapsen tarpeet. Roolit ovat elämän opettaja, rakkauden antaja, huoltaja, rajojen asettaja ja ihmissuhde osaaaja. Toiseksi on tavoiteroleja, joita vanhempi valitsee, jonkin pääroolin ympärille, ja toteuttaa toiminnallaan konkreettisesti niitä. Tavoiteroleja ovat, esimerkiksi pääroolin "huoltaja" ympärille, ruoan antaja, vaatettaja tai ulkoiluttaja. Kolmanneksi on vielä tekeroo-

leja, jotka ovat yksi tai useampi rooli. Tekoroolit kuvaavat vanhemman näkyvää toimintaa arjessa, ja tämän vuoksi se on lapselle merkityksellisin osa roolien hierarkiaa. Jos motivaatirooli on esimerkiksi huoltaja, ja tavoite rooli ruuan antaja, tekorooli voi olla tässä tapauksessa se, että vanhempi tarjoaa lapselleen terveellisen ja riittävän ravinnon. (Ylitalo 2011, 10-12.)

4.3 Isyyden tukeminen neuvolassa

Lapsen ja varsinkin vauvan suhdetta äitiin on pidetty kautta aikain lapselle tärkeimpänä ihmissuhteena ja kontaktina. Viime vuosina on kuitenkin tutkittu ja todistettu, että isän, äidin ja lapsen kolmiosuhde on tärkeä. Nykyään ajatellaan myös, että vauva ja lapsi kykenevät muodostamaan kiintymyssuhteita useampiin ihmisiin pelkän äidin sijasta. Tämän tiedon valossa isän rooli kasvattajana on saanut uuden merkityksen. (Viljamaa 2003, 20.) Jos isä kokee, että häntä ei kuulla lapseen liittyvissä asioissa samalla tavalla kuin äitiä, isä voi kokea itsensä ulkopuoliseksi. Ulkopuolisuuden kokemukset sekä huonot mahdollisuudet ajatusten ja tunteiden jakamiseen perheen ulkopuolella, voivat aiheuttaa miehelle yksinäisyyden sekä osattomuuden tunteita, jotka pahimmillaan saattavat johtaa isyyden heikentymiseen, sekä perheiden hajoamiseen. (Alén, 2015.)

Tienvieren (2011) mukaan sosiaali- ja terveysalan palvelut ovat naisvaltainen työala, mikä aiheuttaa haastetta isien huomioimiselle jo lähtötilanteena. Työntekijöilläkin on usein tiedostamattaan asenteita, odotuksia ja rooleja sukupuolista. On pohdittava, esimerkiksi ohjataanko nuori, työtön ja vasta isäksi tullut ottamaan perheenpään roolin ja "tuomaan leivän pöytään", vaikka hän saattaisi itse mieluummin haluta roolin tasavertaisena kumppanina ja vanhempana. (Hellstén & Salonen 2011, 11.)

Isien ottaminen huomioon lapsen odotuksessa ja kasvatuksessa, on tullut osaksi neuvoloiden ajanmukaista työtä. Kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan isät kokevat jäävänsä ulkopuolelle äitiyshuollossa. Isät odottavat, että heitä kohdeltaisiin lasta odottavana isänä ja tasavertaisena vanhempana äitiin nähden. Isä ei siis ole vain odottavaa äitiä tukeva kumppani, vaan hän tarvitsee myös huomiota, sekä hänen itseluottamustansa ja kehittymistä isänä tulisi vahvistaa neuvolassa. (Armanto & Koistinen 2007, 365.) Isyyden huomioiminen neuvolassa on erityisen tärkeää silloin, kun perhe kohtaa haasteita ja tarvitsee tukea. Jos äiti joutuu esimerkiksi fyysisen sairauden vuoksi sairaalaan, tai on muuten kykenemätön huolehtimaan lapsesta, esimerkiksi synnytyksen jälkeisen masennuksen vuoksi, isän rooli perheessä kasvaa. Isät odottavat neuvolalta enemmän yksilöllistä tietoa siitä, kuinka valmentaudutaan isyyteen, kuinka tunteita käsitellään ennen ja jälkeen synnytyksen, sekä keskustelua muiden vanhempien kanssa. Äitiyshuollon tuki edistää isää kasvamaan isäksi, jos se lähtee isän tarpeista, muulloin isät tuntevat jäävänsä syrjään ja kokevat, että eivät tarvitse neuvolan palveluita. (Hellsten & Salonen 2011, 12-13.)

4.4 Moniammatillisuus neuvolassa

Moniammatillinen yhteistyö ja moniammatillisuus ovat nykypäivän työmuotoja, jotka ovat vaikiintuneet myös sosiaali- ja terveystalveluihin. Työskentely on kiinnittynyt myös neuvolatyön pariin. Yhteistyö neuvolassa jakautuu monen eri ammattihenkilön kesken, kuten esimerkiksi neuvolan perhetyöntekijöiden, lääkärien, terveydenhoitajien, erityistyöntekijöiden sekä erityislääkäreiden kesken. Tarve moniammatillisuudesta on herännyt yhä monimutkaisempien ongelmien yleistyessä. Niiden ratkaisemiseen tarvitaan enemmän yhteistyötä muiden tahojen ja ammattilaisten kanssa. Moniammatillisuus käsitteenä tarkoittaa eri ammattialojen asiantuntijoiden keskinäistä yhteistyötä, yhdessä työskentelyä tai työmenetelmää, joka tapahtuu organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä. Keskeistä ammattiryhmien edustajien yhteistyön lisäksi on myös organisaatioiden panos. (Rautio 2016, 48-49.)

Moniammatillisuus edellyttää tasa-arvoista ja luottamuksellista sekä avointa keskustelukulttuuria. Tärkeää on löytää yhteiset tavoitteet, suunnitelmallisuus niitä kohti sekä tunnollista sitoutumista yhteiseen työhön. Säännöllinen yhteydenpito on merkityksellistä. Moniammatillisuus vaatii myös tietojen ja näkökulmien yhteen liittämistä, toisen ammattilaisen osaamisen tunnistamista ja ymmärtämistä sekä hyödyntämistä. (Rautio 2016, 49.)

Perheiden kannalta on tärkeää, että yhteistyötä tehdään kaikkien perheiden kanssa työskentelevien ammattilaisten kanssa, jotta ammattilaisten erilaista osaamista voidaan ja osataan hyödyntää perheiden tueksi, lasten hyvinvoinnin edistämiseen, sekä vanhemmuuden tukemiseen. Sujuvan yhteistyön saavuttaminen vaatii ammattilaisilta aktiivista kontaktien luomista ja käsitystä terveydenedistämistyön yhteiskunnallisista riippuvuussuhteista. On hyvä tuntea toisten ammattilaisten työmuotoja, sekä vaalia yhteisiä koulutuksia, sillä se helpottaa verkostoitumista, sekä ammattilaisia suuntaamaan tavoitteet ja toimintatavat samansuuntaisiksi. (Armanto ym. 2007, 29.)

4.5 Perhekeskusmallit

Hyvänä esimerkkinä moniammatillisuudesta neuvolassa toimivat perhekeskukset, joiden keskeisimpänä ideana on tuottaa matalankynnyksen perustalveluja koko perheen kokonaisuus huomioiden. Sen lähtökohta on, että vanhempien terveyttä ja hyvinvointia sekä vanhemmuutta edistämällä voidaan edes auttaa välillisesti lasten terveyttä ja hyvinvointia. Yhteisenä tavoitteena eri ammattilaisten ja vanhempien kesken tulisi olla lapsen kasvun ja kehityksen edistäminen sekä perheen arjen tukeminen. (Halme, Kekkonen & Perälä 2013, 15.) Perhekeskuksista on muun muassa saatavilla usein lapsiperheiden sosiaali- ja terveystalveluja matalalla kynnyksellä, perheen tuen tarpeen arviointia yhdessä perheen kanssa, erityistalveluita, kuten lastensuojelua, sekä erikoisairaanhoidoa perheen tarpeen mukaan. Lisäksi Perhekeskukset toimivat yhteistyössä esimerkiksi varhaiskasvatuksen, seurakuntien, sekä järjestöjen kanssa. (Normia- Ahlsten, 2018)

Perhekeskus on pohjoismainen palveluinnovaatio. Se on lähtöisin Ruotsista. Sen juuret ulottuvat jopa 1970-luvulle saakka. Ruotsissa perhekeskus tarkoittaa kokonaisuutta, jossa lastenneuvola, äitiysneuvola, avoin varhaiskasvatus sekä varhaisen tuen sosiaalipalvelut on koottu samaan toimipisteeseen. Perhekeskusmalli on rantautunut Ruotsista Suomeen sekä Norjaan. Konsepti on maissa hieman vaihteleva mutta jokaista ohjaavat samat yhteiset periaatteet. Tavoitteena on toimia luotettavana tieto- ja osaamiskeskuksena, tarjota matalankynnyksen palveluja, tukea vanhempia heidän roolissaan huolenpitäjinä ja kasvattajina, vahvistaa perheiden sosiaalisia verkostoja, mahdollistaa perheiden ja lasten kohtaamiset toimipisteessä, keskittyä kehittämään vanhempien ja lasten osallisuutta, rakentaa yhteistyötä kolmannen sektorin kuten järjestöjen kanssa sekä tunnistaa perheen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia risikitekijöitä. (Halme ym. 2013, 16.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen toimesta tehtiin 2011 tutkimus perhekeskustoimintaa järjestäneistä Suomen kunnista. Näitä kuntia oli vuonna 2011 Suomessa 97. Näistä aineiston muodosti lopulta 32 kuntaa. Perhekeskuksia voidaan karkeasti jakaa palvelujen tarjonnan mukaan esimerkiksi monialaiseen perhekeskukseen, hyvinvointineuvolatyyppiseen perhekeskukseen, avoimen varhaiskasvatuksen perhekeskukseen sekä erikoistuneeseen perhekeskukseen. Hyvinvointineuvolatyyppinen perhekeskus oli määritelty tutkimuksessa sellaiseksi, mikä sisälsi terveystieteelliseen toimintaan liittyneitä äitiys- ja lastenneuvolan palveluja sekä ennaltaehkäiseviä sosiaalipalveluja. Näitä oli 22% kunnista. Perhekeskusmalli on Suomessa kohtuullisen uusi, sillä 86% kunnista oli aloittanut toimintansa 2000-luvulla. Suomalaiselle perhekeskusmallille on tyypillistä erityispalvelujen tarjoaminen verrattuna muihin pohjoismaihin. Lasten ja nuorten psykiatrisia palveluja sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja tarjosi tutkimuksen mukaan 47% perhekeskusmallia toteuttavista kunnista. (Halme ym. 2013, 7-8.)

Perhekeskuksissa moniammatillisuuden vaikutus on todella suuri. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksen mukaan vanhempien vertaistuen toteutus, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, kohdennettu varhainen tuki sekä tiedon kulkeutuminen perheille oli selkeästi riippuvainen ammattilaisten yhteistyön sopimisesta. Moniammatillisuus näkyi kolmanneksessa kunnissa omalla koordinaattorilla (32%) tai eri hallinnonalat yhdistävällä johto- tai ohjausryhmällä (34%). Niissä kunnissa, joissa oli otettu käyttöön oma koordinaattori tai ryhmä, yhteistoiminnasta oli sovittu muita kuntia paremmin, jolloin palvelujen laatu asiakkaille oli parempaa. Perhekeskuksissa yhteisten linjojen kuten palveluohjauksen, perheiden arkea ja yhteisöllisyyttä tukevan toiminnan, moniammatillisen yhteistyötapaamisten ja henkilöstön osaamisen sekä toiminnan arvioinnin sopiminen ovat keskeisiä. Kunnista 70% oli toteuttanut yllä olevia. Perhekeskuksen omia toimintatavoitteita tai omaa toimintasuunnitelmaa oli kirjannut 80% kunnista. Niitä käytettiin jopa lakisääteiseen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan sekä opetussuunnitelmaan ja varhaiskasvatussuunnitelmaan. (Halme ym. 2013, 8.)

5 Hyvinvointineuvolan ketterä -kokeilu päihde- ja mielenterveysyksikön kanssa

Ketterä -kokeilujen taustalla on Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma eli LAPE -hanke, joka on koko maan kattava hallituksen kärkihanke. Sen tavoitteena on tiivistetysti toteuttaa lapsi- ja perhelähtöisempiä, kustannustehokkaampia, vaikuttavampia ja paremmin yhteen sovitettuja palveluja, sekä uudistaa toimintakulttuuria. Lisäksi muutosohjelma keskittyy lapsen etuun ja vanhemmuuden tukemiseen. Kehitetään ennaltaehkäisevämpiä palveluja ja keskitytään varhaiseen tukeen sekä vahvistetaan peruspalveluita. Kaiken kaikkiaan kehityskokonaisuuksia on neljä. Varhaiskasvatus, koulut ja oppilaitokset kehittävät oppimisen edistämistä sekä lasten hyvinvointia. Perhekeskuksia kehitetään jokaisessa maakunnassa lapsiperheille toimiviksi kokonaisuuksiksi. Erityistasojen palvelut pyrkivät verkostoitumaan ja tulemaan lähemmäs palveluja tarvitsevia, matalan kynnyksen periaatteella. Neljänneksi koko toimintakulttuuria uudistetaan lapsen etua ja oikeuksia ajavaksi sekä tietoon perustuvaksi. Hanketta johtaa sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö. Käytännön toimeenpanon tuesta vastaa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Hanke on todella laaja, ja koskee lähes kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Uusimaa on alkanut toteuttaa tavoitteita esimerkiksi ketterä -kokeilujen avulla. (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma, 2018.)

Erityistason palvelujen kehittämisen yhtenä tavoitteista on tuoda erikoissairaanhoidon osaamista perhekeskuksiin. Tämä kyseinen ketterä -kokeilu, jossa psykiatrinen sairaanhoitaja mielenterveys- ja päihdeyksiköstä pitää vastaanottoaan hyvinvointineuvolan perhekeskustyyppisessä kokonaisuudessa, on juurikin LAPE:n tavoitteiden mukaista toimintaa. Samaisessa kunnassa on toteutettu myös muita ketterä -kokeiluja hyvinvointineuvolassa. He ovat kokeilleet muun muassa kahta ammatin edustajaa; terveydenhoitajaa ja sosiaalityöntekijää yhteisesti neuvolan vastaanotolla. Kolmas ketterä -kokeilu hyvinvointineuvolassa on ollut avoin neuvola, joka tarkoittaa terveydenhoitajan päivystystä kahden tunnin ajan kerran viikossa, jolloin neuvolalle voi tulla ilman pitkälle menevää ajanvarausta hoitamaan esimerkiksi lapsen rokotusasioita. Vuonna 2018 he aloittavat hyvinvointineuvolalla neljännen ketterä -kokeilun, jossa lapsipsykologi on mukana lasten nelivuotisneivolakäynnillä. (Suomela, 2018.)

Opinnäytetyömme keskittyy erään kunnan hyvinvointineuvolan ja psykososiaalisten palvelujen päihde- ja mielenterveys yksikön yhdessä vuonna 2018 toteuttamaan ketterä -kokeiluun, jonka tarkoituksena on saada hyvinvointineuvolan neuvolaikäisten lasten vanhemmat tarvittaessa psykiatrisen sairaanhoitajan hoitokontaktiin. Kontakti heidän välilleen on tarkoitus luoda terveydenhoitajan arvion, sekä hänen ja vanhemman välisen keskustelun pohjalta. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotot järjestetään hyvinvointineuvolantiloissa ja palvelun vastaanottaminen on vanhemmalle vapaaehtoista.

Kokeilu on saanut alkunsa terveydenhoitajien nostamasta huolesta, että vanhemmat, yleensä äidit, tarvitsisivat psykiatrisen sairaanhoitajan osaamista. Terveydenhoitajat ovat kokeneet,

että heillä ei ole osaamista, aikaa eikä mahdollisuuksia antaa tarvittavaa tukea näissä tapauksissa. Terveystenhoitajien vastaanotoilla käy usein äitejä, jotka tuovat esille ahdistukseen, masennukseen tai uupumiseen kytkeytyviä oireita, sekä tuntevat riittämättömyyden tunnetta omassa äitiydessään.

Kokeilun tavoitteet ovat vanhempia, sekä monialaista yhteistyötä tukevat:

- Vanhemmat saavat psykiatrisen sairaanhoitajan kontaktin mahdollisimman nopeasti, sekä heille tutussa ja turvallisessa ympäristössä, jolloin kynnys palvelujen vastaanottamiseen olisi mahdollisimman matala.
- Konsultointi terveydenhoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajan välillä on helpompaa.
- Terveystenhoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien yhteistyö helpottuu entisestään. He myös tutustuvat toistensa työhön ja osaamiseen, sekä molempien työ saa ansaitsemaansa arvostusta.

Kokeilun toiminta alkoi 09.04.2018, jonka jälkeen psykiatrisen sairaanhoitaja tapasi asiakkaita joka toinen maanantai hyvinvointineuvolalla. Myöhemmin palvelu muutettiin viikotaiseksi sen suosion takia. Kokeilu jatkuu vuoden 2018 loppuun saakka. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle varataan aika terveydenhoitajan ajanvarauksella. Psykiatrisen sairaanhoitaja vastaanottaa päivän aikana noin 5-6 asiakasta ja osalla asiakkaista voi olla hoitosuhde jo aikaisemmin psykiatriseen sairaanhoitajaan, mutta käynnit ovat tapahtuneet päihde- ja mielenterveys yksikössä. Vanhojen ja uusien asiakkaiden tapaamiset psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa tapahtuvat ketterä -kokeilun myötä neuvotteluhuoneessa hyvinvointineuvolan tiloissa. Kokeilun kolmelle ensimmäiselle tapaamiskerralle oli järjestetty kokeilumielessä lapsiperheiden kodinhoitaja hoitamaan asiakkaan lapsia. Lastenhoitoapu todettiin hyödyttävän asiakkaana olevaa vanhempaa, joten sitä jatketaan koko kokeilun ajan.

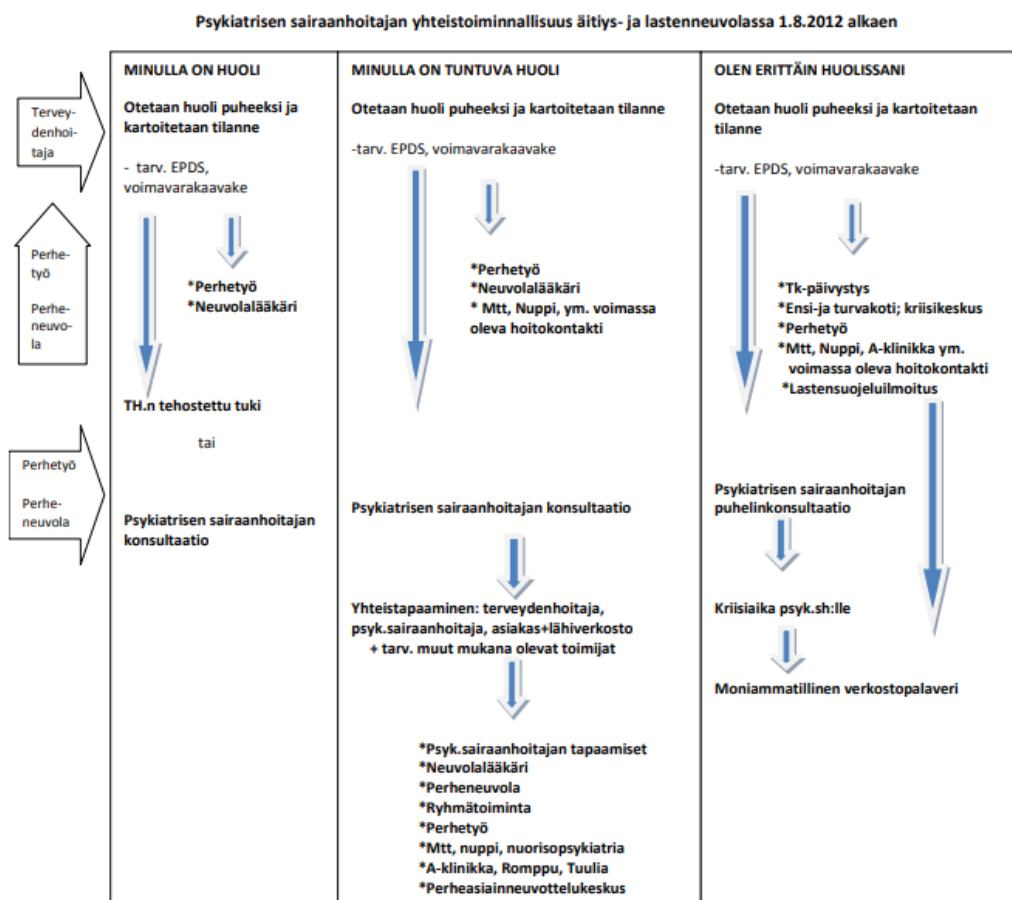
6 Aikaisemmat hankkeet

Etsimme samankaltaisia tutkimuksia ja hankkeita internetistä, sekä kirjallisuudesta. Etsimme samankaltaisuuksia vain suomenkielellä, sillä halusimme pysyä suomalaisen neuvolan toimintakulttuurissa. Opinnäytetyötämme vastaavia tutkimuksia emme löytäneet, mutta kahden hankkeen näimme osuvan erittäin lähelle ketterä- kokeilua. Nämä hankkeet olivat ”PaKasteen hanke”, sekä ”Vauvan taikaa”- projekti.

”PaKasteen hanke” eli Pohjoisen alueen kaste on tehnyt vuosina 2012-2013 hankkeen psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvan kehittämiseksi neuvolassa Rovaniemellä. Hankkeelle myönnettiin rahallista avustusta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmasta (KASTE). Erityisenä kohderyhmänä olivat äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat, erityisesti raskaana olevat ja

pikkulapsiperheet. Tärkeimpinä kehittämistehtävinä olivat odottavien- ja vauvaperheiden tukemisen mallien juurruttaminen työtapoihin ehkäisevän mielenterveystyön mallin sekä lanseerattujen Varhain vanhemmaksi -mallin ja Äippä -päihdeäitien tukimallin mukaan. Psykiatrisen sairaanhoitajan tukena on ollut tukiryhmä eri ammattihenkilöitä, jotka vuoden aikana koontuivat viisi kertaa kehittämään työtä yhdessä. Lisäksi kehittäjätyöntekijä on ollut mukana neuvolan terveydenhoitajien palaverissa ja käynyt eri neuvoloissa kertomassa työstään sekä keräämässä palautetta käytännön toimivuudesta. Nurmijärven neuvolassa oli vuonna 2012 toiminut psykiatrinen sairaanhoitaja jo neljä vuotta, joten Nurmijärven malli toimi erimerkkinä tukiryhmän kokouksissa. Lisäksi Rovaniemen hanketta kehitettiin Nurmijärven psykiatrisen sairaanhoitajan kokemusten perusteella. (Valkama 2012, 3-4.)

Psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva kehitettiin siten, että työ on ennaltaehkäisevää, moniammatillista ja matalan kynnyksen palvelua. Tärkeänä pidettiin verkostokeskeistä työtapaa, jossa tarvittaessa käytettiin tiiviisti työparina terveydenhoitajaa. Myös kotiin vietävä työ perheiden omaan ympäristöön oli merkityksellistä. Toimintamalliksi kehitettiin oma malli huolen vyöhykkeistön perusteella. Malli auttoi terveydenhoitajia arvioimaan omaa huolen astettaan asiakkaista, pohtimaan omien auttamismahdollisuuksien riittävyttä sekä arvioimaan lisävoimavarojen kuten eri tahojen työntekijöiden tarvetta. (Valkama 2012, 5.)



Kuvio 2 Psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistoiminnallisuus äitiys- ja lastenneuvolassa Rovaniemellä

”**Vauvan Taika -projekti**” on Lahden diakonialaitoksen vastuulla oleva projekti. Projekti tarjoaa ennaltaehkäisevää, vuorovaikutukseen keskittyvää tukea äideille, joilla voi olla ristiriitaisia ajatuksia raskaudesta ja äitiydestään tai ajoittain mielialan laskua raskauden aikana. Äidin ja vauvan vuorovaikutusta voi tukea raskausaikana esimerkiksi mielikuvatyöskentelyllä tulevasta lapsesta yksilötapaamisissa tai Vauvan Taika -vuorovaikutusryhmissä (3-4 äitiä/ryhmä). Lahden alueella Vauvan taikaa -projektin pariin yksilö- tai ryhmätyöskentelyyn ohjaututaan oman neuvolan terveydenhoitajan kautta raskausaikana tai vauvavaiheessa lapsen ollessa alle kuusi kuukautta. Projekti on laajenemassa myös Päijät-Hämeeseen. (Lahden diakonialaitos, 2018.)

Diakonialaitos tarjoaa äideille asettumista oman itsen, äitiyden ja tulevan vauvan havainnointiin ja ymmärtämiseen. Projektissa on käytetty uutta ennaltaehkäisevää työmuotoa, jossa tuetaan perheitä mahdollisimman varhain ongelmien ehkäisemiseksi. Ajatellaan, että äidin raskaudenaikaisella mielialalla on merkitystä syntymättömän lapsen hyvinvointiin. Raskauden aikana äidin ja vauvan vuorovaikutuksen tueksi voidaan tehdä paljon, jotta lähtökohta yhteiselle elämälle vauvan kanssa olisi mahdollisimman hyvä lapsen synnyttyä. Isät otetaan huomioon työskentelyssä perhekokonaisuudessaan. (Lahden diakonialaitos 2018.)

Vauvan Taika - projektit, I toteutettu vuosina 2012-2014 sekä Vauvan Taika II 2015-2017 ovat RAY:n rahoittamaa toimintaa. Vuosina 2015 -2017 Vauvan Taika II projektissa jatketaan Vauvan Taika I projektissa luotujen toimintamallien kehittämistä huomioiden mm. ahdistusoireiset äidit. Projektissa kiinnitetään huomiota myös koko perheen kohtaamiseen. Projektissa on tavoitteena toteuttaa myös Hoivaa ja leiki -ryhmäinterventiota raskaana oleville äideille. Interventiosta on laadittu työkirja, jonka keskeisinä asioina ovat äidin mentalisaatio kyvyn tukeminen sekä vuorovaikutuksellinen herkistyminen vauvan tapaan kommunikoida. (Lahden diakonialaitos 2018.) Vauvan taikaa -projekti on toiminut inspiraationa ketterä -kokeilujen perustamiseen ja kehittämiseen.

7 Tutkimuksen toteuttaminen

Löytääksemme opinnäytetyön aiheen hyödynsimme omia moniammatillisia verkostojamme, mitä kautta löysimmekin sopivan aiheen. Meitä molempia kiinnosti keskittyä erityisesti koko perheen hyvinvoinnin tukemiseen, vaikka taustalla oli lastentarhanopettajan tutkinnon saaminen sosionomi tutkinnon lisäksi. Emme halunneet tehdä opinnäytetyötä suoraan varhaiskasvatukseen ja lapsen näkökulmaan, sillä ajattelimme sosionomin työnkuvan kehittyvän varhaiskasvatuksessa jatkossa koko perheen hyvinvoinnin näkökulmaan. Lisäksi neuvolamaailma oli molemmille vieras, joten molempia kiinnosti aiheeseen tutustuminen opinnäytetyön kautta.

Meille erityisen tärkeää oli, että opinnäytetyö olisi hyödyllinen ja yhteistyökumppani toivoisi opinnäytetyön tekoa, jotta yhteistyö olisi sujuvaa ja työstämme tulisi merkityksellinen. Meistä oli hyvä, että aihe löytyi pienemmästä kunnasta, ja läheltä asuinkuntaamme, jotta pääsimme tapaamaan kasvotusten useasti työelämäkumppania ja lähelle käytännön työtä. Näimme esimerkiksi koko hyvinvointineuvolan tilat ja tapasimme neuvolan moniammatillista henkilökuntaa, mikä auttoi hahmottamaan hyvinvointineuvolaa, ja siellä tehtävää kokeilua. Meille tärkeää oli koko prosessin ajan tiivis yhteistyö sähköpostitse molempien yksiköiden eli hyvinvointineuvolan sekä päihde- ja mielenterveys yksikön edustajien kanssa. Tärkeänä pidettiin myös käymistä paikan päällä monesti kasvokkain juttelemassa opinnäytetyön kulusta, suunnitelmista ja toiveista. Pyrimme toteuttamaan heidän toiveitaan mutta tuomaan kuitenkin reippaasti esille omat ajatukset ja mielipiteemme työn tekemisestä.

7.1 Aiheen rajaus

Keskeisimmiksi käsitteiksi valikoituivat vanhemmuus, vanhemmuuden haasteet sekä vanhemmuuden tukeminen neuvolassa. Koimme tärkeäksi määritellä vanhemmuuden käsitettä, jonka jälkeen oli helpompaa syventyä nimenomaan sen haasteisiin, sekä siihen, miten neuvolassa näihin haasteisiin voidaan vastata ja vanhemmuuden tukemista voidaan toteuttaa. Kokeilussa psykiatrisen sairaanhoitajan palvelu oli suunnattu nimenomaan vanhemmille, joten näimme vanhemmuuden olevan iso osa myös opinnäytetyömme teoria pohjaa. Ymmärsimme, että vanhemmuuden haasteet ovat toki yksilöllisiä, ja niihin on kaikkiin mahdotonta paneutua yhdessä opinnäytetyössä, joten rajasimme aiheen. Halusimme eritellä äitiyden ja isyyden haasteita, sillä ne erosivat selkeästi toisistaan teoriakirjallisuuksissa. Tiedostimme, että aineistosta ilmi tulevat käytännön vanhemmuuden haasteet voivat erota hyvinkin paljon kirjallisuudesta tullessiin haasteisiin. Neuvolakäyntien, sekä kirjallisuuden myötä tulimme siihen tulokseen, että yleisimpiä haasteita vanhemmuudessa ovat parisuhteen ongelmat, sekä ajankäytön haasteet, joten halusimme syventyä juuri näihin haasteisiin.

Neuvola on kokonaisuudessaan laaja, joten rajasimme neuvolan jo alusta alkaen juurikin vanhemmille suunnattuihin palveluihin, kuten sosiaaliseen tukeen, varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, käytännön työmenetelmän esimerkkiin eli vanhemmuuden roolikarttaan. Sosiaalinen tuki on teoriassa läsnä monessa eri näkökulmassa, sillä ajatteleminen sen olevan erittäin tärkeä voimavara osana pikkulapsiperheiden arkea, erityisesti perheen kohdatessa haasteita. Sosiaalisen tuen puute voi olla myös yksi vanhemmuuden haasteista, johon neuvolassa voidaan mahdollisesti vastata. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen nostimme esille, sillä sen merkitystä on korostettu opinnoissamme paljon. Tässäkin osuudessa pyrimme pitämään näkökulman vanhemmuuden tukemisessa, perinteisen lapsen näkökulman ja kehityksen sijasta. Vanhemmuuden roolikartta on konkreettinen käytännön menetelmä, jolla voidaan vanhemmuutta pohtia yhdessä vanhemman kanssa neuvolassa, ja halusimmekin juuri tämän takia nostaa sen yhdeksi osaksi opinnäytetyötämme.

Isyyden tukeminen perhepalveluissa, on ollut koulutuksemme puolesta hyvin pinnalla. Isyyden merkitystä lapselle on tunnustettu myös monissa opinnäytetyössämme käytetyissä teoriakirjoissa. Isiä pidetään yhä enemmän tasavertaisempina vanhempina suhteessa äitiin. Monet neuvolan palvelut ovat keskittyneet kirjallisuuden mukaan lapsen ja äidin tukemiseen. Tiedostimme, että opinnäytetyömme otanta olisi todennäköisesti vain äitejä, sillä saamassamme kokeilun esitteessä puhuttiin vai äideistä. Kokeilun palvelua ei ollut kuitenkaan rajattu pelkästään äideille, joten toiveissamme oli saada myös isien kokemuksia kokeilusta, mutta näin ei kuitenkaan käynyt.

Halusimme myös avata teoriaan perhekeskusmallia, sillä neuvola, jossa opinnäytetyötä teemme edustaa nykyajan hyvinvointineuvola mallia eräänlaisen perhekeskusmallina. Ymmärsimme, että perhekeskusmallit ovat nyt ajankohtaisia, joita myös tuleva sote-uudistus varmasti tulee lisäämään. Perhekeskusmallien yleistymisen ja Sote-uudistus ajaa yhä enemmän perheen palveluita saman katon alle, joten palvelut ovat mahdollisesti tulevaisuudessa helpommin saatavilla. Perhekeskusmallien yleistyessä myös moniammatillisuus korostuu, joten pidimme tärkeänä avata myös tätä käsitettä. Lisäksi moniammatillisuus oli yhtenä tavoitteena kokeilussa, jota opinnäytetyömme käsittelee.

Tutkimuskysymyksemme valikoituivat pohtimalla niitä yhdessä työelämäkumppanien kanssa. Kuinka hyödyllisenä asiakkaat kokevat ketterä -kokeilun osana neuvolan palveluita -kysymys tuli neuvolan tarpeista selvittää kokeilun tarpeellisuutta asiakkaiden näkökulmasta, sekä kerätä asiakaspalautetta kokeilun toimivuudesta nimenomaan neuvolan tiloissa. Tämä oli kysymyksenä ehkä laajin ja monitulkintaisin. Tähän tutkimuskysymykseen kysymysten laatiminen asiakkaiden kyselyyn oli erityisessä keskiössä. Millaisista tarpeista ketterä -kokeilu on saanut alkunsa -kysymys selvittää asiakkaiden tarvetta kokeilulle ja sitä millaisiin tarpeisiin kokeilun on tarkoitus vastata.

Kuinka psykiatrinen sairaanhoitaja kokee kokeilun toimivuuden -kysymys selvittää psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmaa kokeilusta ja sen toimivuudesta. Ymmärsimme, että kokeilun ja opinnäytetyömme kannalta on tärkeää selvittää myös psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmaa. Meille oli tärkeää saada molemmilta; asiakkailta ja työntekijältä subjektiivisia kokemuksia mutta kaipasimme myös ammatillista näkökulmaa työntekijältä aiheeseen. Halusimme karvoittaa kokeilua monipuolisesti palvelun asiakkaiden, sekä palvelun tarjoajan näkökulmista. Tutustuimme kokeilun taustaan teorian sekä työelämäedustajien avulla.

7.2 Aineisto ja aineiston keruu

Pohdimme aineistonkeruumenetelmiä pitkään mutta päädyimme kyselyyn, sillä kysymykset olivat hyvin henkilökohtaisia ja jopa arkaluontoisia, jolloin erillisen tuntemattoman haastattelijan ollessa läsnä, vastaukset olisivat voineet jäädä hyvin pintaraapaisuiksi. Valmistauduimme siihen, että kyselyjen vastaukset saattaisivat olla suppeita, epäselviä, kysymys väärin ymmärretty tai jotain muuta vastaavaa, joten jätimme kyselyyn kohdan, johon halutessaan voi jättää yhteystietojaan mahdollista lisähaastattelua varten, mikäli aineistomme jäisi liian suppeaksi. Valitsimme kyselyn myös sen takia, että psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamisia varten on varattu lapsiperheiden kodinhoitaja lastenhoitoavuksi, jolloin vanhemmat saivat täyttää kyselyn rauhassa ilman lasta vastaanottokäynnin jälkeen. Päätimme yhdessä psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa, että ensimmäisen kerran asiakkaille ei tarjottu kyselyä ollenkaan, koska näimme, että kyselyn kysymykset vaativat useamman käynnin. Psykiatrisen sairaanhoitaja tarjosi kyselyitä asiakkaille viitenä eri päivänä työskennellessään neuvolalla. Kerrat sijoittuvat 23.6.2018-20.8.2018 välille. Kerroilla joilla kyselyä tarjottiin, kävi yhteensä 22 asiakasta, joista 9 vastasi kyselyyn. Kaikki, joille kyselyä tarjottiin, vastasivat.

Hyvinvointineuvolalta tuli ohje, että kysely tulisi pitää mahdollisimman lyhyenä ja yksinkertaisena, jotta vanhemmat, joilla voimavarat ovat vähissä, jaksaisivat vastata kaikkiin kysymyksiin. Noudatimme tätä. Kyselyn ja haastattelun kysymykset rakensimme tutkimuskysymysten sekä keskeisten käsitteiden pohjalta. Läpi prosessin palasimme tutkimuskysymyksiin ja teoriaa kootessa kyselyn kysymyksiin, jotta pysyimme kiinni punaisessa langassa. Halusimme kyselyn pysyvän mahdollisimman anonyyminä, jolloin arkaluontoisiin asioihin vastaaminen olisi mahdollisimman helppoa ja turvallisen tuntuista asiakkaille. Emme kokeneet opinnäytetyön kannalta tärkeiksi tiedoiksi esimerkiksi vanhemman ikää, lasten lukumäärää, siviilisäätystä tms. Suurena vastuuna kyselyn laatijalla eli meillä, oli päättää jokaisen kysymyksen vastaamisen tilan määrä. Toivoimme mielessämme avoimiin kysymyksiin vähintään kahta lausetta kaikkiin. Lisäksi kerroimme kyselyssä mahdollisuudesta kirjoittaa kääntöpuolelle.

Haastattelua ja kyselyä käytetään, kun halutaan tietää, miksi ihminen toimii siten, kuin toimii ja mitä hän ajattelee (Tuomi & Sarajärvi 2009). Kyselyä laatimisessa tulee muistaa, että usein kyselyyn vastaaja ei tiedä yhtä paljon aiheesta, kuin kyselyn tekijä, sen vuoksi kysely kannattaa pitää mahdollisimman yksinkertaisena. Yksinkertaisuus olisi hyvä muistaa myös kysymysten pituudessa, joka olisi hyvä pitää kohtuullisen kompaktina. Kysely kannattaa aloittaa helpolla kysymyksellä, johon jokainen osaa vastata. (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2010.) Meidän kyselyssämme ensimmäinen kohta olikin, että kuinka monta käyntiä on asiakkaalla ollut psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla, johon asiakkaan oli helppo vastata lyhyesti ja ytimekkäästi. Koska tutkimme asiakkaiden yksilöllisiä kokemuksia, oli haastattelun ja kyselyn idea meille oikea valinta. Nauhoitimme haastattelun ja litteroimme sen. Tutkimuksemme on laadullinen tutkimus ja analysoimme sen sisällön analyysin keinoin.

Valitsimme puolistrukturoidun teemahaastattelun, koska halusimme selkeästi peilata kysyttäviä asioita teoria viitekehysessämme oleviin teemoihin. Teemahaastattelussa on ennalta määriteltynä teemat, mutta se antaa kysyjälle vapauden lisäkysymyksiin ja kyselyn järjestyksen muuttamiseen haastattelun aikana. Teemahaastattelua voi toteuttaa mielensä mukaan avoimen tyyppisestä strukturoituun haastatteluun. Valitsimme puolistrukturoidun haastattelun, sillä se auttaa pysymään valituissa teemoissa riittävän tiiviisti, mutta antaa vapautta ja rentoutta haastatteluun. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

7.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi

Työmme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jota perustelemme asiakkaiden subjektiivisten kokemusten selvittämiseksi kyselyn avulla sekä psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Kyselyssä ja haastattelussa on avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastanneita asiakkaita on alle 20, joten halusimme saada heiltä mahdollisimman syvällistä tietoa. Kun kyseessä ovat asiakkaiden subjektiiviset kokemukset hankkeen toimivuudesta, emme voi yleistää vastauksia. Määrällinen tutkimus ei olisi tullut kysymykseen, koska silloin tietoa kerätään hyvin isoista joukoista, jotta tuloksia voidaan yleistää. Perusjoukkoamme ja otantamme ei olisi ollut riittävän suuri luotettavaan määrälliseen tutkimukseen. (Ronkainen ym. 2014, 85.)

Aineistonanalyysissä on monenlaisia vaiheita. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu, että tutkija tutustuu aineistonsa ilman ennakkokäsityksiä. Tärkeää on hahmottaa karkeasti, millaisia asioita aineistossa on, mihin kysymyksiin on vastattu ja mistä aineisto kertoo. Varsinaiseen analyysivaiheeseen kuuluu aineiston pilkkominen, luokittelu, jäsentely ja järjestäminen vertailtavaksi. Tämä vaihe on tärkeä aineiston piirteisiin tutustumisen kannalta. Tutkijalla on oltava järjestelmällinen ja selkeästi kerrottu tapa työstää aineistoa. Toisessa vaiheessa analyysistä nousseet havainnot verrataan teoreettiseen viitekehykseen etsimällä eroja ja yhtäläisyyksiä. Tässä on siis tärkeää käsitteellistää aineistoa. Kolmannessa vaiheessa aineistosta saatuja havaintoja tarkastellaan valikoiden jonkun idean tai ajattelukehikon pohjalta. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 124-125.)

Alasuutarin (1999) mukaan laadullista analyysia voi tehdä pelkistämällä havaintoja. Aineiston massa luokitellaan selkeämmäksi määräksi raakahavaintoja. Toisessa vaiheessa niille etsitään yhteisiä piirteitä tai muodostetaan jokin normi, joka tulee ilmi koko aineistossa. Laadullisen analyysin toisessa vaiheessa muodostetaan tulkintaa vihjeiden pohjalta tutkittavasta ilmiöstä. Teoria ja aineisto keskustelevat parhaimmillaan keskenään ja tästä syntyykin tulkinta. Tutkijan perehtyneisyys teoriaan ja aineiston kanssa työskentely kietoutuvat yhteen. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 126.)

Sisällönanalyysin pyrkimys on kuvata aineiston sisältöä aina sanallisesti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessissa on kolme vaihetta, redusointi, klusterointi ja abstrahointi.

Redusoinnissa eli pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Tässä on tärkeää pitää kirkaana mielessä tutkimustehtävä. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä Hämäläisen (1987), Deyn (1993) ja Cavanaghin (1997) mukaan aineistosta löydetty alkuperäiset ilmaukset käydään läpi tarkoin. Aineistosta yritetään löytää samankaltaisia ja/tai eroavaisia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet laitetaan samaan luokkaan sekä luokka nimetään niitä kuvaavalla käsitteellä. Klusteroinnin ideana on luoda pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavat kuvaukset ilmiöstä, jota tutkitaan. Abstrahoinnissa eli teoreettisten käsitteiden luomisessa valikoidaan tutkimuksessa tarvittava tieto ja valikoidusta tiedosta luodaan teoreettisia käsitteitä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108-111.)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukat
on saanut tukea ja kokea itsensä normaaliksi. saanut hyväksyntää tunteilleen.			
On. Saanut puoleettomia näkemyksiä siihen mitä on pohtinut. saanut uskoa ja tukea, siihen että tilanteesta selviää. Saanut tukea lapsia huomioiviin ratkaisuihin.	On saanut tukea vanhemmuuteen	9 On saanut tukea vanhemmuuteensa.	Vanhemmuuden tukeminen
on saanut tukea jaksamiseen	On saanut tukea jaksamiseen	Apu jaksamiseen	Jaksamisen tukeminen
On saanut ymmärrystä tilanteeseen	Saanut tukea lasten hoitoon tai kasvatukseen	Saanut tukea lasten hoitoon tai kasvatukseen	Lasten hoidon ja kasvatuksen tuki
on saanut	Saanut ymmärrystä tilanteeseen	Saanut ymmärrystä sekä erilaisia näkökulmia	Ymmärretyksi tulemisen tunne asiakkaalla
On saanut tukea jaksamiseen ja psyk.sairaanhoidaja on toiminut kuuntelijana.	Saanut erilaisia näkökulmia	Saanut tukea äitiyteen sekä vanhemmuuden odotuksiin	Vanhemmuuden roolien tukeminen
On saanut. Ovat keskustelleet äitiydestä, odotuksista, voinnista ja jaksamisesta sekä konkreettisesta lasten hoidosta.	On saanut keskusteluapua äitiydestä ja vanhemmuuden odotuksista		
On saanut, neuvoja, lääkityksen ja tukea	On saanut lääkityksen psykiatrisen sairaanhoidajan kautta.		

On saanut apua masennukseen. Arvostaa lastenhoitoapua käyntien aikana.	On saanut apua masennukseen.		
--	------------------------------	--	--

Taulukko 1 Oletko saanut tukea omaan vanhemmuuteesi psykiatriselta sairaanhoitajalta neuvolassa, jos olet niin millaista?

Yllä oleva taulukko toimii esimerkkinä yhtenä tekemästämme aineiston sisällönanalyysin luokittelusta. Olemme jättäneet asiakkaiden alkuperäiset ilmaukset pois eettisyyden takamiseksi. Ensimmäiseksi loimme taulukot jokaisesta kyselyn kysymyksestä löytääksemme keskeiset asiat ja selkiyttääksemme aineistoa. Teimme asiakkaiden vastauksista pelkistettyjä ilmaisuja. Taulukon avulla laskimme vanhemmuuteensa tukea saavien määrää. Tämän jälkeen koodasimme ilmausten sisältöä väreillä etsien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Nämä eroavaisuudet ja yhtäläisyydet jaoimme värein alaluokkiin. Alaluokista etsimme yhä samojen yläkäsitteiden alle kuuluvia asioita, jotka koodasimme värein yläluokkiin. Yläluokista muodostimme keskeiset käsitteet pääluokkiin.

Kävimme haastattelemassa psykiatrista sairaanhoitajaa päihde- ja mielenterveys yksikössä. Nauhoitimme haastattelun kahdella eri puhelinten nauhurilla. Noudatimme tekemäämme teemahaastattelun runkoa mutta tarkensimme kysymyksiä tarvittaessa. Haastattelijoina pidimme mielessä selkeän kuuluvan äänen, turhien välikommenttien välttelyn mutta luonnollisen haastattelun luomisen. Haastattelun jälkeen litteroimme sen samana päivänä ja poistimme tiedot nauhureista. Litteroinnin jälkeen teemoittelimme aiheet teorian käsitteiden sekä teemahaastattelun teemojen mukaan. Värikoodasimme teemat ja etsimme kaikki teemoihin liittyvät ilmaisut samalla värillä.

7.4 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus jaetaan kahteen käsitteeseen; reliabiliteettiin ja validiteettiin. Validiteetti kertoo tiiviisti ilmaistuna, mitataanko sitä mitä piti. Reliabiliteetti kertoo, kuinka tarkasti mitataan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen, sillä mikäli ei tutkita oikeaa asiaa, ei reliabiliteetilla ole merkitystä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus vaatii luotettavuutta sekä mittaukselta että tiedonkeruulta. (Vehkalahti 2008, 41.)

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa pidimme tärkeinä asioina luotettavuutta ja eettisyyttä. Hyödynsimme monia koulun järjestämiä työpajoja paljon, jotta ajatuksemme opinnäytetyöstä olisi jo suunnitelmavaiheessa mahdollisimman realistinen. Pyysimme myös opettajilta sekä vertaisiltamme palautetta ja kommentteja, jotta pystyisimme luomaan mahdollisimman luotettavan tutkimuksen. Opimme paljon työelämän kumppaneiden kokemuksista työelämästä, mikä auttoi meitä kehittämään opinnäytetyötämme. Lisäksi lähetimme heille työversioita työstämme, jotta pystyimme kehittämään sitä yhdessä.

Suurimpana validiteetin haasteena koimme sen, että tutkimuksemme ja aiheemme rajaus olisi selkeä, eikä sekava ja moniaiheinen. Lisäksi haastetta toi tutkimuksen ympäristö, jossa ei juurikaan ollut sosiaalialalta koulututtuneita, joten meillä oli täysi vastuu säilyttää sosionomin näkökulma tutkimuksessa. Reliabiliteetin ensisijaisena haasteena oli saada tarpeeksi laaja aineisto, koska kokeilun asiakaskunta oli valmiiksi pieni. Lisähaasteena saattoi olla asiakkaiden mahdollinen haastava elämäntilanne ja jaksamattomuus, sekä siitä johtuva vastausten suppeus.

Opinnäytetyön luotettavuudesta huolehdimme etsimällä teorialtetta vain luotettavista ja asianmukaisista lähteistä valikoiden laadukkaimman ja rajatuimman tiedon aiheeseemme liittyen. Olemme käyttäneet apunamme tutkimukseen kohdistuvia teoriakirjoja. Käytimme lähteinä niin kirjallisia kuin sähköisiäkin monipuolisen tiedon varmistamiseksi mutta pääosin luotimme kirjallisiin teoksiin, sillä koimme, että niistä löytyy luotettavampaa tietoa. Uskoimme kuitenkin, että internetistä löytyvät lähteet voivat olla ajankohtaisempia. Olemme myös lukeeet kymmeniä erilaisia opinnäytetöitä rakentaaksemme näköisemme opinnäytetyön. Pidimme tutkimuksemme tavoitteen korkealla mielessämme, jotta pystyimme yhdistämään teorialtetta sekä kyselyn ja haastattelun kysymykset siten, että ne kohtaavat toisensa ja niiden yhteyksiä on mahdollista pohtia ja tehdä johtopäätöksiä. Pyrimme johdonmukaiseen ja selkeään tekstiin.

Useimmiten tutkimuksen luotettavuuteen liittyy keskeisesti saturaatio eli toistuvuus. Tutkimuksemme oli kvalitatiivinen, ja keskittyi pienen perusjoukon subjektiivisiin kokemuksiin, jolloin selkeää toistettavuutta on tuskin havaittavissa. Emme löytäneet tismalleen samanlaista aiempaa tutkimusta tämän tyyppisestä kokeilusta mutta pyrimme tutkimuksemme olevan siirrettävä eli pitävä vastaavanlaisissa tapauksissa (Kananen 2010, 70).

Valitsimme aineistonanalyysi menetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin luotettavuutta ajatellen. Laadullisen tutkimuksen aineiston analysoinnissa ja tuloksissa luotettavuuteen vaikutti varmasti myös asiakkaiden otanta, sillä osa asiakkaista on saanut kyseisen psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita jo ennen ketterä -kokeilua. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttivat asiakkaiden omat tulkinnat kyselyn kysymyksistä. Luotettavuuteen sekä eettisyyteen vaikuttivat myös tutkijoiden eli meidän tulkinnat aineistosta. Kahden tutkijan samat tulkinnat aineistosta tekevät tutkimuksesta luotettavamman, sillä tulkinnasta tulee ristiriidaton, joka on eräänlainen reliabiliteetti (Kananen 2010, 70).

Huolehdimme opinnäytetyön eettisyydestä siten, että asiakkaat pysyvät tutkimuksessa anonyymeina ja tunnistamattomina. Asiakkaat saivat osallistua tutkimukseen myös vapaaehtoisesti, sekä heitä tiedotettiin tutkimuksen ideasta ja kulusta saatekirjeen avulla. Tutkimusaineiston materiaalia käsiteltiin ja esiteltiin niin, etteivät asiakkaat ole tunnistettavissa tuloksista. Psykiatrisen sairaanhoitajan anonymiteetti suojasta huolehdimme siten, ettei hän ole

tunnistettavissa opinnäytetyöstä, sillä opinnäytetyö arvioi myös hänen työskentelyään asiakkaiden kanssa. Eettisyydestä huolehdimme työntekijän osalta myös siten, että lähetimme keskeneräisiä työversioita hänelle arvioitavaksi, jotta hän voisi vaikuttaa omaan tunnistettavuuteensa opinnäytetyössään.

Laadullisesta tutkimuksesta kertovissa oppaissa painotetaan vain vähän tekijöiden moraalialueita ja eettisyyttä. Mitä avoimempia tiedonhankintakeinot ovat, sitä vaikeampaa tutkimuksen mahdollisten ongelmien näkeminen on. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 125.) Huolehdimme eettisyydestä myös laatimalla asianmukaisen tutkimuslupalomakkeen lähetettäväksi kunnan hyväksyntään. Eettisyyden pohdinnan aiheena oli myös kyselylomakkeen rakenne, sillä se määrittelee helposti vastauksen pituuden. Haasteena oli myös avointen kysymysten muotoilu ja johdattelemattomuus.

Vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, jos asiakkailta olisi ollut enemmän aikaa pohtia vastauksiaan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanoton jälkeen. Työelämäkumppanin kanssa päädyimme kuitenkin siihen, että vastauksia saadaan enemmän, kun kysely annetaan heti käynnin jälkeen lapsiperheen kodinhoitajan ollessa vielä käytettävissä lastenhoitoon.

8 Tulokset

Tutkimuksen aineistona toimi psykiatrisen sairaanhoitajan teemahaastattelu sekä ketterä -kokeilun asiakkailta saadut vastaukset kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastanneita vanhempia oli yhdeksän, joista kaikki olivat äitejä. Kaikki asiakkaat olivat käyneet psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla neuvolan tiloissa kahden ja kahdeksan kerran välillä. Osa asiakkaista oli tavannut psykiatrista sairaanhoitajaa päihde- ja mielenterveys yksikössä jo ennen hyvinvointineuvolalle perustettua kokeilua. Tulososio on rakennettu vastaamaan suoraan tutkimuskysymyksiimme, jotka olivat; Millaisista tarpeista ketterä -kokeilu on saanut alkunsa? Kuinka hyödyllisenä asiakkaat kokevat ketterä -kokeilun osana neuvolan palveluita? Kuinka psykiatrisen sairaanhoitaja kokee ketterä -kokeilun toimivuuden?

8.1 Kokeilun perustaminen

Tutkimuksemme osoittaa, että ketterä -kokeilu on saanut alkunsa psykiatrisen sairaanhoitajan mukaan yleisistä ilmiöistä ja vanhemmuuden haasteista kuten, ihmisten elämien hektisyydestä, yhteiskunnan sekä somen luomista vanhemmuuden paineista esimerkiksi kasvattaa lastaan kehitysvaiheiden mukaisesti sekä elämän suorittamisesta ja siitä selviytymisestä. Psykiatrisen sairaanhoitaja kokee, että nimenomaan heidän asiakkaidensa parissa kyseisessä kunnassa ketterä -kokeilun perustamista edellyttivät lapsiperheiden paljous asiakkaina päihde- ja mielenterveys yksikössä. Halusimme vielä syventyä erityisesti tämän päivän vanhemmuuden haasteisiin, niiden ollessa yhtenä kokeilun perustamisen kimmokkeena. Yleisimpiä haasteita olivat psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksen mukaan äitien kuormittuneisuus ja masentu-

neisuus sekä hankalat elämäntilanteet, voimavarojen rajallisuus, elämähallintataitojen puutteellisuus, omaan vanhemmuuteen asetetut paineet, arjen riittämättömyyden tunteet, oman ajan puute sekä yleistyneet päihdeongelmat ja ahdistuksen lievitys päihteillä.

Näihin edellä mainittuihin haasteisiin vastattiin kehittämällä hyvinvointineuvolan ja päihde- ja mielenterveys yksikön ketterä -kokeilu, josta seurasi madaltunut kynnys asiakkaille päästä psykiatrisen avun piiriin. Psykiatrisen sairaanhoitajan mukaan inspiraationa toimi jo aiemmin esitelty Vauvan taikaa -seminaari, jossa hän sekä hyvinvointineuvolan terveydenhoitajia kävivät osallistumassa. Terveydenhoitajat tarvitsivat psykiatrisen sairaanhoitajan osaamista tietyissä asiakastapauksissa, sillä heidän työskentelynsä painopiste ovat esimerkiksi raskauden seurannassa ja lapsen hyvinvoinnissa eikä niinkään psykiatriassa. Mielenterveys puolen palveluiden avoin kehittäminen kyseisessä kunnassa mahdollisti Vauvan taikaa -projektin hyödyntämistä ja konkreettisen palvelun kehittämisen kahden yksikön yhteistyönä.

8.2 Asiakkaiden kokemus kokeilun hyödyllisyydestä

Kuinka hyödyllisenä asiakkaat kokevat ketterä -kokeilun osana hyvinvointineuvolan palveluita -tutkimuskysymykseen saimme kattavat tulokset. Selvitimme kokemusta eri teemojen, kuten neuvolan fyysisten tilojen, oman vanhemmuuden, koko perheen hyvinvoinnin sekä konkreettisesti hyvinvointineuvolan tarjoaman lastenhoitopalvelun näkökulmista. 100% eli kaikki vastanneista kokivat psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanoton hyväksi. Seitsemän yhdeksästä vastanneista on kokenut vastaanoton nimenomaan hyvinvointineuvolan tiloissa hyväksi ja hyödylliseksi. Kaksi yhdeksästä kokee palvelun hyödyllisenä mutta sen sijainnilla ei ole merkitystä. Palautetta tuli yhdeltä vastaajista harvoin saatavista ajoista. Kolmas osa vastanneista koki, että tuttu paikka hyvinvointineuvolalla madalsi kynnystä mennä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle.

” Todella hyväksi. ei varmasti olisi tullut muuten lähdettyä mutta neuvolan kautta oli todella matala kynnys ja tarpeellista keskustelu apua. ”

8.3 Vanhemmuuden tukeminen kokeilussa

Selvitimme asiakkailta ovatko he saaneet omaan vanhemmuuteensa tukea ketterä -kokeilusta psykiatriselta sairaanhoitajalta. Kaikki vastanneista asiakkaista kokivat saavansa tukea vanhemmuuteensa. Vanhemmuuden tukemisen muodoiksi jalostuivat luokittelun avulla jaksamisen tukeminen, lastenhoidon ja kasvatuksen tuki, ymmärretyksi tuleminen asiakkaan kokemuksenä sekä vanhemmuuden roolien tukeminen. Vanhemmuudessa jaksamista oli tuettu muun muassa keskusteluavulla haastaviin elämäntilanteisiin sekä masennusoireisiin, sekä lääkityksen aloittamisen ehdotuksella. Asiakkaat kokivat saaneensa myös ymmärrystä, kuuntelemaan, puolueettomia näkemyksiä sekä kokemuksen omien tunteiden normaaliudesta. Muutama koki saaneensa apua lasten hoitoon ja kasvatukseen keskustelujen avulla mutta myös konkreettisesti lapsiperheiden kodinhoitajan hoitaessa asiakkaan lasta käynnin ajan.

”.. Jaksaa taas jatkaa hetken verran eteenpäin, kun saa välillä purkaa ”kuormaa”.”

”.. Olen saanut kokea omat tunteeni hyväksyttäväksi ja normaaleiksi. ”

Psykiatriselta sairaanhoitajalta kysyttäessä hän pitää vanhemmuuden tukemisessa tärkeänä ihmisen aitoa kohtaamista ilman tilanteen tai tunteiden kyseenalaistamista. Päällimmäisenä ajatuksena hänellä on se, että asiakkaan tarve määrittelee mitä tehdään. Keskeistä on toimia kuuntelijana ja pohtia yhdessä ratkaisuja tilanteisiin. Useimmiten pohditaan parisuhdetta, lasten kanssa olemista, työtä ja niiden yhteyttä. Psykiatrinen sairaanhoitaja nostaa konkreettisenä asiana myös lääkityksen aloittamisen, mikä mahdollisesti tasaa asiakkaan vointia ja mahdollistaa asioiden läpi käymistä sekä parempaa jaksamista arjessa esimerkiksi parisuhhteissa sekä lasten kanssa.

8.4 Perheen hyvinvointi kokeilussa

Tulosten mukaan kuusi yhdeksästä asiakkaista kokee saaneensa ketterä -kokeilun avulla tukea koko perheensä hyvinvointiin. Yksi vastaajista kokee, ettei ole saanut apua koko perheensä hyvinvointiin mutta uskoo saavansa tulevaisuudessa. Kaksi yhdeksästä arvelee saaneensa tukea koko perheensä hyvinvointiin kokeilusta. Luokittelun avulla pääluokiksi nousivat kaksi keskeisintä asiaa, siitä kuinka kokeilu on vaikuttanut koko perheen hyvinvointiin. Ne ovat asiakkaan kokemus oman hyvinvoinnin positiivisesta vaikutuksesta koko perheen hyvinvointiin sekä asiakkaan kokemus konkreettisista neuvoista perheensä ihmissuhteisiin. Lähes kaikki kokivat oman mielialansa tai olonsa parantuneen, mikä on vaikuttanut oman perheen hyvinvointiin vähintään hetkellisesti. Yksi vastanneista koki saaneensa apua omien ajatustensa ilmaisuun perheessä.

Psykiatrinen sairaanhoitaja ajattelee, että kokeilu keskittyy pääosin vastaanotolle tulevan vanhemman tukemiseen. Palvelu tukee kuitenkin välillisesti myös koko perhettä. Perheen lapset huomioidaan kokeilussa konkreettisesti lapsiperheiden kodinhoitajan konkreettisella lastenhoidon avulla. Mikäli kodinhoitaja huomioisi lapsessa jotain huolestuttavaa, se voitaisiin ottaa puheeksi vanhemman kanssa pikimmiten. Psykiatrinen sairaanhoitaja pyrkii auttamaan vanhempia, mikäli he tuovat esille haasteita lasten kanssa. Hän kokee aiemman työkokemuksensa lasten ja nuorten kanssa tuovan näkökantaa aiheeseen. Vanhemmilla on aina myös mahdollisuus tulla käynneille yhdessä, jolloin parisuhdetta on mahdollista huomioida syvemmin. Aina on mahdollisuus myös ohjata koko perhe tai vanhemmat heidän tarpeensa mukaiseen palveluun esimerkiksi parisuhdetyöhön perheterapeutille tai perhetyöntekijälle. Psykiatrinen sairaanhoitaja pitää tärkeänä tulevaisuudessa isien huomioimista ja hoitoon mukaan ottamista. Asiakkaiden sekä psykiatrisen sairaanhoitajan ajatukset vanhemman hyvinvoinnin heijastumisesta koko perheeseen ovat yhteneväiset. Lisäksi tärkeää on asiakkaiden tietoisuus avun saamisesta koko perheen hyvinvointiin.

”Joo, kyl mä niinku aattelen että mä oon itessään sitä asiakasta varten, ja se on se mistä lähetään, että me tehään. Tietenki se vaikuttaa koko perheeseen yleensä.”

Hyvinvointineuvolan toiveesta selvitimme erikseen, kuinka moni asiakkaista on hyödyntänyt ilmaiseksi tarjottua lapsiperheiden kodinhoitajan lastenhoito palvelua psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto ajalle, ja ovatko he kokeneet sen tarpeelliseksi. Viisi yhdeksästä oli käyttänyt palvelua käynnin aikana. Kolme yhdeksästä ei ollut käyttänyt palvelua ja yksi jäi epäselväksi. Lähes kaikki palvelun käyttäjät kokivat sen tarpeelliseksi ja käyntejä helpottavaksi, osa jopa välttämättömäksi käyntien mahdollistajaksi. Sen mainittiin madaltavan kynnystä ja helpottavan tuloa käynnille.

8.5 Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemus kokeilusta

Yksi tutkimuskysymyksistämme oli, että kuinka psykiatrisen sairaanhoitaja kokee tämän ketterä -kokeilun toimivuuden. Selvitimme aiheita moniammatillisuuden, kokeilun luonteen sekä perheen hyvinvoinnin ja vanhemmuuden teemojen avulla. Psykiatrisen sairaanhoitaja on perus tutkinnoltaan sairaanhoitaja, joka työskentelee mielenterveys asioiden parissa. Hän kertoo tekevänsä hoidontarpeen arviointia, antaa keskustelutukea ja ohjaa mahdollisesti lääkärille tai muuhun moniammatilliseen verkostoon. Hän kokee roolinsa kokeilussa olevan kynnyksen madaltajana mielenterveys palveluiden asiakkuuteen. Hän keskittyy kokeilussa auttamaan neuvolaikäisten lasten vanhempia, siinä tilanteessa jossa he ovat.

Psykiatrisen sairaanhoitaja on sanojensa mukaan kokenut kokeilun neuvolan tiloissa hyväksi. Hän pitää työympäristöstään siellä. Hän myös kokee hyvinvointineuvolan henkilökunnan ottaneen hänet hyvin vastaan. Hänestä voi joskus tuntua haasteelliselta käsitellä perheiden isoja ongelmia yksin mutta hänellä on kuitenkin mahdollisuus olla yhteydessä esimieheensä. Erityisen hyvänä psykiatrisen sairaanhoitaja pitää sitä, että palvelua ei rajata, vaan asiakas voi olla myöhemminkin yhteydessä mistä tahansa asiasta. Hän kokee kokeilun toimivaksi, sillä jo muutamakin kerta on auttanut asiakkaita. Kokeilu on ollut niin tarpeellinen, että aikojen varaaminen asiakkaille on pitkittynyt, joten psykiatrisen sairaanhoitajan työskentelypäiviä hyvinvointineuvolalla on lisätty puolella kesän aikana. Psykiatrisen sairaanhoitajan mukaan myös terveydenhoitajat ovat olleet iloisia saadessaan psykiatrasta osaamista asiakkailleen.

”Se näkyy niinkun tavallaan noissa tilastoissakin, et se on nyt lisätty et mä en oo joka toinen viikko, vaan mä oon joka viikko maanantait siellä. Ne ajat on ollu tosi täysiä silleen et varmaan kuukauden päähän menee nyt seuraava aika ja se oli vielä pidempi, varmaan kuus viikkoa ainakin tos ennen kesää.”

Vaikka ketterä -kokeilun luonne on yksilövastuullista psykiatrisen sairaanhoitajan työtä, toteutuu moniammatillisuus sen ympärillä laajasti. Käytännössä moniammatillisuus toteutuu esimerkiksi lastensuojelutyön, erikoissairaanhoidon, kotisairaanhoidon, terveyskeskuslääkärien,

hyvinvointineuvolan perhetyöntekijän, perheterapeutin, hyvinvointineuvolan terveydenhoitajien ja päihdetyöntekijän, psykiatrin ja monen muun kanssa. Hän kokee, että koko kunnassa asioita hoidetaan moniammatillisesti kaikki mukaan ottaen ja avoimesti keskustellen asiakkaan läsnäollessa. Kokeilun ympärillä on ollut asiakkaiden verkostopalavereja, joissa on mukana monia ammattiryhmien edustajia asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheisensä lisäksi. Kokeiluun voi liittyä myös työpareina tehtäviä kotikäyntejä esimerkiksi hyvinvointineuvolan perhetyöntekijän kanssa. Yllättävää psykiatriselle sairaanhoitajalle on ollut asiakkaiden halu rajata psykiatrisen sairaanhoitajan käynnillä puhuttujen tiettyjen asioiden puhumista terveydenhoitajien kanssa. Psykiatrinen sairaanhoitaja kokee hyväksi vapauden saada liikutella asiakkaitaan hyvinvointineuvolan ja päihde- ja mielenterveys yksikön välillä kohderyhmän ollessa sama.

8.6 Kokeilun kehittäminen

Ketterä -kokeilun kehittämistä ajatellen asiakkailta kysyttiin, että millaista apua he toivoisivat saavansa vanhemmuuteensa ja koko perheensä hyvinvointiin. Luokittelun avulla pääluokiksi vastauksista nousivat tyytyväisyys nykyiseen palveluun, toive lastenhoitopalvelun jatkumisesta käynnin ajan, toive oman elämälaadun kohentumisesta sekä tunne hyväksytyksi tulemisesta. Elämänlaadun kohentumiseen liittyivät vastaukset ahdistuksen helpotuksesta sekä toiveet elämänhallinnallisista keinoista arjessa. Kolme asiakkaista ei osannut vastata.

” Juuri sitä, mitä sainkin. ”

Psykiatrinen sairaanhoitaja kehittäisi kokeilua varaamalla itselleen aikaa kalenteriin toimintatapojen pohtimiseen sekä oman osaamisen kehittämiseen koulutuksilla, kuten esimerkiksi Vauvan taikaa -koulutus, johon hän aikoi mennä. Myös hyvinvointineuvolan henkilökuntaa aikoo käydä Vauvan taikaa -ryhmä interventio koulutuksen. Se voi mahdollistaa ryhmien muodostamisen hyvinvointineuvolalle jatkossa. Psykiatrinen sairaanhoitaja toivoisi saavansa lisää koulutusta isien mukaan hoitoon ottamisesta, jotta voisi kehittää sitä kokeiluun. Käytännön kehitettävää kokeilussa olisi psykiatrisen sairaanhoitajan mukaan asiakkaiden esitietojen saamisessa. Hän toivoisi alkuarviointikyselyä täytettäväksi asiakkaan tavatessa terveydenhoitajaa, ennen psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamista. Lisäksi hän toivoisi lisää yhteistyötä hyvinvointineuvolan lääkärin kanssa terveystieteiden sijaan esimerkiksi asiakkaiden lääkityssasioissa, jotta asioiden hoito nopeutuisi.

9 Johtopäätökset

Tutkimuskysymyksistämme ensimmäiseen saimme mielestämme selkeimmän vastauksen. Tutkimme kokeilun hyötyä asiakkaiden näkökulmasta osana neuvolan palveluita. Opinnäytetyömme todistaa kokeilun hyödyllisyyden puolesta, sillä jokainen asiakas koki kokeilun hyödylliseksi. Lisäksi myös psykiatrinen sairaanhoitaja kertoi haastattelussaan uskovansa, että ko-

keilu hyödyttää asiakkaita, joka näkyy jo nyt käytännössä muun muassa psykiatrisen sairaanhoitajan vierailujen määrän lisäämisellä neuvolalla. Myös tavatessamme hyvinvointineuvolan osastonhoitajaa, hän kertoi, että kokeilu mahdollisesti vakinaistetaan, sillä se on koettu niin toimivaksi.

Olisimme voineet opinnäytetyössämme keskittyä enemmän asiakkaiden tarpeisiin, joista kokeilu on lähtenyt. Tällöin olisimme saaneet selkeämmin vastauksia toiseen tutkimuskysymykseemme, jossa tutkimme tarpeita, joista kokeilu on saanut alkunsa. Vastausta tästä lähdimme etsimään psykiatrisen sairaanhoitajan haastattelun avulla. Olisimme kuitenkin voineet kysyä näistä tarpeista myös kokeiluun osallistuneilta asiakkailta. Saimme kuitenkin asiakkaiden vastauksista selville, millaista tukea he ovat saaneet kokeilusta omaan vanhemmuuteensa, sekä koko perheensä hyvinvointiin sekä näiden lisäksi toiveita kokeilun jatkolle. Toisaalta aiheen rajausta näihin käsitteisiin teki työstämme selkeämmän ja johdonmukaisemman, sillä syitä kokeilun tarpeisiin olisi voinut tulla asiakkailta todella paljon erilaisia, joiden käsittely olisi saattanut aiheuttaa haasteita. Olimme erityisen tyytyväisiä teoriapohjamme ja psykiatrisen sairaanhoitajan ammattilaisen näkökulmien yhteyksiin vanhemmuuden haasteista nykypäivänä. Niistä löytyi monenlaisia yhtenäisyyksiä, kuten parisuhteen, riittämättömyyden, ajankäytön, suorittamisen haasteita, sekä ympäristön aiheuttamia haasteita, kuten media, sekä äitiyden odotukset ulkopuolelta. Nostimme teoriassamme esille varhaisen vuorovaikutuksen vanhemman näkökulmasta, sillä tämä ketterä- kokeilu sai inspiraationsa Vauvan taikaa- kokeilusta. Vauvan taikaa- kokeilussa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen oli keskiössä (Lahden diakonialaitos 2017). Varhainen vuorovaikutus ei kuitenkaan noussut keskeisenä esille saadussa aineistossa, mutta uskomme, että se on kuitenkin tärkeä muistaa vanhempaa tukiessa.

Psykiatrisen sairaanhoitajan haastattelusta nousi esille hänen toiveensa isyytyön osaamisen kehittämisestä, sekä isien mukaan ottamisen lisäämisestä. Myös teoriaosamme nostaa esille isätyön merkityksen koko perheen hyvinvoinnin tukena. Valitettavasti aineistomme ei sisältänyt yhdenkään isän kokemuksia ketterä -kokeilusta, vaikka olisi ollut mielenkiintoista kuulla myös heidän näkökulmiaan. Nostimme kuitenkin teoriassamme isyyden vahvasti esille, sillä pidämme heitä tasavertaisina vanhempina äidin kanssa. Pohdimme, että antaako tämä ketterä- kokeilu tasavertaisen mahdollisuuden myös isille psykiatriseen tukeen. Palvelu on perustettu äitien tarpeista, mutta se on kuitenkin tarkoitettu molemmille vanhemmille. Isiä on ennen pidetty perheenpäinä ja elannontienaajina. Äitien rooli on ollut ennemminkin vanhempi, kasvattaja ja hoivaaja. Isyys puhuttaa nykypäivänä paljon, ja isien ajatellaan olevan yhä tasavertaisempia vanhempia, joilla on oikeus ja velvollisuus osallistua lapsen elämään yhtä paljon kuin äitienkin. Isien läsnäolon vaikutuksia lapsen kasvuun ja kehitykseen on tutkittu yhä enemmän. Isyyden huomioimiseen on siis alettu kiinnittää lapsiperheiden palveluissa enemmän huomiota.

Psykiatrisen sairaanhoitajan haastattelun avulla pyrimme saamaan vastauksen kolmanteen tutkimuskysymykseen. Kysymyksen kohteena oli psykiatrisen sairaanhoitajan omat kokemukset kokeilusta. Vastauksista saimme selville sen, että psykiatrisen sairaanhoitaja koki palvelun hyväksi ja tarpeelliseksi. Haasteiksi hän kuitenkin koki sen, että työntekijänä hän on neuvolalla välillä yksin. Varsinkin haastavissa asiakastilanteissa olisi hyvä saada keskusteltua työ-kaverin tai pomon kanssa tilannetta läpi. Psykiatrisen sairaanhoitajan haastattelusta nousi samoja haasteita, kuin teoriassammekin, joten pohdimme, että näihin haasteisiin on kyetty kokeilun avulla vastaamaan, joten kokeilu on meidän silmiimme ajankohtainen, sekä vastaa juuri niihin haasteisiin, joita myös teoriamme nostaa esille. Yhtenä teemana teoriassamme oli moniammatillisuus, joka on pääteemana myös ketterä- kokeilussa. Moniongelmaisuus on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailla yleistyvä haaste. Heidän elämäntilanteet ovat monisäikeisempiä. Työntekijän on yhä haastavampaa saada asiakkaan elämästä kokonaisvaltaista kuvaa ja löytää oikeanlainen tuki ja apu. Usein asiakkaan elämäntilanne vaatii yhä useampien ammattihenkilöiden osaamista. (Isoherranen 2012.) Neuvolassa terveydenhoitajat tarvitsivat asiakkaidensa kanssa psykiatrista osaamista, joten terveydenhoitajien ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistyö on tullut tarpeeseen. Moniammatillisuus käsitteenä nousi niin teoriasta kuin aineistostakin vahvasti esille. Ketterä -kokeilu on hyvä esimerkki nykypäivän moniammatillisesta työmuodosta, joka on kehitetty yhdessä jopa eri yksiköiden välillä.

Perhekeskusmallit tulivat esiin työmme teoriassa sekä ympäristössä, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimuksen toteuttamisen kautta tutustui yhteisen perhekeskumalleista eli hyvinvointineuvolaan. Huomasimme, että perhekeskusmallien teoria kohdassa kuvaus täsmää tutustumamme hyvinvointineuvolaan ja sen toimintaan. Määritelmän mukaan hyvinvointineuvola on tavallinen äitiys- ja lastenneuvola, jossa määräraikaistarkastusten lisäksi kiinnitetään entistä enemmän huomiota koko perheen psykososiaaliseen hyvinvointiin. Hyvinvointineuvolan tarkoitus on tukea koko perhettä, isiä unohtamatta. Tarkoituksena on että, perheellä olisi sama terveydenhoitaja raskausajasta lapsen koulun aloittamiseen asti. Tukena on moniammatillinen tiimi. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyö on moniulotteista ja tiivistä. (Innokylä 2018). Ketterä -kokeilu on mielestämme esimerkillinen palvelu osana perhekeskustoimintaa eli tässä tapauksessa hyvinvointineuvola. Tämän työn kautta perhekeskusmallit selkeytyivät meille molemmille, vaikka tuntuikin, että lähteissä oli hyvin erilaista ja jopa ristiriitaista tietoa, mikä kertoo ehkä käsitteen yleisestä epäselvyydestä ja sen erilaisista käytännön toteutuksista pohjoismaissa ja etenkin Suomessa.

Pohdimme tavoitteidemme ja tarkoituksen toteutumista opinnäytetyössämme. Opinnäytetyössämme saimme mielestämme välittymään lukijalle kokonaiskuvan ketterä- kokeilusta, joka oli meille tärkeä tavoite. Lisäksi uskomme, että työn lukija saa kokeilusta positiivisen kuvan monialaisen yhteistyön esimerkkinä pienessä kunnassa ja ehkä mahdollisesti markkinoi tällaista toimintamallia lukijalleen. Kokeilun vaikutus perheen hyvinvointiin nousi esille aineistossa,

sekä välillisesti myös teoriassamme. Toimme monessa kohdassa esille, kuinka vanhemman hyvinvointi säteilee koko perheenhyvinvointiin, jolla saimme myös sen näkökulman teoriaamme. Ketterä- kokeilu on suunnattu pääosin vanhemmille, jolloin mielestämme oli tärkeä suunnata myös teoriaosuus pääosin heihin ja heidän hyvinvointinsa tukemiseen.

10 Pohdinta

Kokonaisuudessaan onnistuimme opinnäytetyöprosessissa hyvin. Tietenkin mukaan mahtui myös muutamia haasteita ja ongelmia, jotka kuitenkin saatiin selätettyä. Aiheen rajaus oli aluksi hankalaa, sillä halusimme säilyttää sosionomin näkökulman ja vaarana oli keskittyä liikaa psykiatriseen puoleen ja yksilön hyvinvointiin, kun tarkoituksena oli keskittyä vanhemmuuteen ja perheen hyvinvointiin. Loppujen lopuksi onnistuimme kuitenkin rajauksessa hyvin. Tiedonkeruu onnistui ilman suurempia ongelmia. Haasteita aiheutti lähteiden vanhuus, sillä suuri osa neuvolaan liittyvistä teoksista oli julkaistu 2000-luvun alussa. Onnistuimme kuitenkin löytämään paljon hyvää ja luotettavaa materiaalia tutkimuksista, kirjoista, artikkeleista ja blogeista. Teorian rajaus aiheutti haasteita ja tuntui hieman pirstaleiselta. Pidimme kuitenkin tärkeänä kattavaa teoriapohjaa tutkimuksellemme. Pyrimme rakentamaan teorian tutkimuskysymysten ympärille ja aineistoa mukaillen. Myös ajankohtaisuus yhteiskunnallisessa keskustelussa oli meille aiheissa tärkeä. Halusimme tarkastella ketterä -kokeilua myös monesta eri näkökulmasta kuten toteutettavassa ympäristössä eli perhekeskuksessa eli hyvinvointineuvolassa, ammattilaisten näkökulmasta moniammatillisuuteen perehtyen, sekä asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta keskittyen vanhemmuuden haasteisiin ja sen tukemiseen neuvolatyössä ylipäätään.

Opinnäytetyöprosessimme eteni johdonmukaisesti ja pitkälti suunnitelmien mukaan. Motomme oli että, hyvin suunniteltu on jo puoliksi tehty. Suurimman muutoksen suunnitelmavaiheesta toteutukseen koki varmasti teoriaosuus, mikä onkin tavanomaista. Suurin muutos oli, että jätimme perheen hyvinvoinnin otsikko tasolla pois teoriasta, sillä se oli liian laaja kokonaisuus, josta olisi voinut tehdä esimerkiksi oman erillisen opinnäytetyön. Myös aineistonkeruu aika venyi mutta se ei haitannut prosessia, ja oikeastaan varmasti paransi tuloksien luotettavuutta saadessamme lisää vastauksia. Suunnittelimme aikataulumme valmistumistoiveiden mukaan. Lisäksi suunnittelimme aikataulua yhdessä työelämän kanssa realistisesti toteutettavaksi. Pääosin aikataulumme piti, mikä kertoo varmasti koulun aikana opitusta itseohjautuvasta työskentelyotteesta.

Analyysivaiheessa pohdimme erilaisia vaihtoehtoja löytääksemme aineistosta olennaiset asiat tutkimuskysymyksiin. Analysointi tuntui hankalalta sillä, emme löytäneet aluksi teoriakirjallisuudesta juuri meidän opinnäytetyölle sopivaa käytännön esimerkkiä. Opimme kuitenkin so-

veltamaan eri kirjojen esimerkkejä sisällönanalyysistä omaan työhömmе. Päädyimme värikoodaukseen ja luokitteluun taulukoinnin avulla, koska se selkeytti aineiston kategorisointia. Uskomme, että sen avulla saimme luotettavan kokonaisuuden tuloksista.

Yhteistyömme sujui mielestämme ongelmitta niin työelämän kuin ohjaavan opettajankin kanssa. Olimme tiiviissä yhteydessä sähköpostitse työelämän kanssa sekä kävimme paikan päällä hyvinvointineuvolassa sekä päihde- ja mielenterveys yksikössä. Pyrimme noudattamaan työelämän toiveita ja pyysimme palautetta prosessista heiltä. Lisäksi pyysimme tasaisin väliajoin ohjaavalta opettajalta palautetta työstä ja pohdimme sekä noudatimme korjausehdotuksia tavoitellessamme onnistunutta työtä.

Saimme palautetta työelämän edustajalta. Hänen mukaansa yhteistyömme sujui mallikkaasti ja joustimme aikatauluissa. Opinnäytetyötämme voi hyödyntää hänen mielestään myös seuraavien opinnäytetöiden ohjauksessa, lisäksi hän mainitsi sen hyödyttävän asiakkaita. Ymmärsimme työelämän haasteita, sekä kunnioitimme niitä. Palautetta tuli myös aiheen ajankohtaisesta, sillä kokeilu oli ollut käynnissä neuvolalla vasta vähän aikaa.

Opinnäytetyömme tuotti uutta tietoa erityisesti kyseiselle kunnalle kokeilusta ja sen toimivuudesta asiakkaiden sekä työntekijän näkökulmasta. Toiveenamme on tietenkin sen hyödyllisyys esimerkiksi, jos palvelun vakiinnuttamista pohditaan kunnassa. Tulokset puhuvat kuitenkin kaiken kaikkiaan sen puolesta, että kokeilu oli positiivinen ja tarpeellinen. Opinnäytetyömme tuo myös julki psykiatrisen sairaanhoitajan matalankynnyksen palvelun luonnetta neuvolassa. Muiden kuntien edustajien on halutessaan mahdollista saada tietopaketti palvelun toteutuksesta, mikäli sen kokeilua kaavaillaan muuallekin.

Meille oli myös tärkeää, että aiheemme linkittyvät nykypäivänä puhuttaviin aiheisiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Erityisesti syntyvyyden laskuun Suomessa on pohdittu syitä ja puhuttu jopa ”vauvanteko talkoista”. Olikin siis mielenkiintoista perehtyä nykyajan vanhemmuuden haasteisiin ja pohtia sen merkitystä syntyvyyden laskuun. Vanhemmuudesta puhutaan usein negatiiviseen sävyyn, mikä varmasti nostaa kynnystä haluta vanhemmaksi. Toisaalta itsekin kirjoitimme teoriaosuutemme negatiivissävytteisesti keskittyen yleisiin vanhemmuuden haasteisiin ja eriteltyinä äitiyden ja isyyden roolien haasteisiin mutta aiheemme keskittyikin psykiatrisen sairaanhoitajan palveluun. Yhteiskunnalliseen hyvän vanhemman käsitteeseen liittyy usein täydellisyyden hakuisuus. Vanhemmuuden vaatimukset kasvavat, sosiaalinen media näyttää usein vanhemmuudesta vain onnistumisen ja suoriutumisen hetket. Yhä useampi ihminen myös ajattelee, että elämän täytyy olla valmiiksi rakennettu lasta varten. Stereotyyppisesti sanottuna ajatellaan, että täytyy olla ammatti, vakituinen työ ja hyvä palkka sekä oma asunto, ennen kuin lastenhankinta on ajankohtainen ajatus. Yhä useampi elää myös omaa yksilöllistä elämää täysin itselleen haluamatta sitoutua ja kiinnittyä liikaa asioihin.

Pohdimme mahdollisia jatkotutkimuksia aiheita, joita opinnäytetyömme pohjalta tai muuten vain kokeilusta olisi hyödyllistä tehdä. Tutkia voisi esimerkiksi isien osallisuutta kokeilussa, asiakkaiden syitä hakeutua kokeilun piiriin tai muiden kuntien mielipiteitä kokeilusta ja mahdollisuutta toteuttaa kokeilua omissa kunnissaan. Opinnäytetyömme tutkimusta voisi myös jatkaa ja laajentaa selvittämällä hyvinvointineuvolan muun henkilökunnan kokemuksia kokeilusta sekä moniammatillisuudesta. Laajana tutkimuksena voisi toteuttaa maanlaajuisesti samankaltaisen tutkimuksen kartoittamalla esimerkiksi terveydenhoitajien mielipiteitä psykiatrisen sairaanhoitajan palveluiden tarpeellisuudelle omassa neuvolassa, tai jo toteutettujen samantyyppisten kokeilujen toimivuutta.

10.1 Aineiston keruun ja määrän arviointi

Pohdimme, että päätöksemme kysellä vain useamman kerran käyneiltä asiakkailta, vaikutti tulokseen, sillä kerran vastaanotolla käynyt asiakas ei välttämättä ole kokenut kokeilun hyötyä tai saanut palvelusta vielä riittävän selkeää kuvaa. Lisäksi pohdimme, olisivatko vastaukset olleet erilaisia, jos asiakas olisi kirjoittanut ne vasta käynnin jälkeen, vaikka kotonaan. Olimme tyytyväisiä päätökseen antaa kyselyt heti käynnin jälkeen, sillä uskoimme sen vaikuttavan positiivisella tavalla vastaajien määrään. Harkinnassa oli alun perin sähköisen kyselyn laatiminen mutta arvelimme, ettemme saisi täten riittävästi vastauksia. Eniten opinnäytetyössä meitä huoletti aineiston laajuus ja kattavuus. Pohdimme aluksi haastattelujen tekemistä asiakkaille kyselylomakkeen sijaan. Päädyimme kuitenkin yhteistyökumppanin kanssa siihen, että oli hyvä idea laatia kyselyt, jotka pysyivät myös meille anonyymeina, sillä osa asiakkaista saattoi olla todella herkässä mielentilassa haastavassa elämäntilanteessaan avautuessaan psykiatriselle sairaanhoitajalle. Tämä ei mielestämme olisi ollut välttämättä luonnollista eikä eettistä asiakasta kohtaan haastatella näin henkilökohtaisista asioista. Lisäksi kyselylomakkeemme palveli selkeästi tutkimuskysymyksiämme. Laitoimme kyselylomakkeisiin kuitenkin kohdan, johon jättää puhelinumero mahdollista lisähaastattelua varten, mikäli emme saisikaan kyselyistä riittävästi aineistoa. Muutaman asiakkaan haastattelu olisi kuitenkin voinut vääristää tuloksia, jos osa olisi ainoastaan vastannut kyselyyn ja osa vastannut kyselyyn sekä haastateltu. Aineistomme oli kuitenkin riittävän kattava mutta olimme otettuja muutamasta puhelinnumerosta.

Koska kokeilu lähti asiakkaiden tarpeista saada enemmän psykiatrista osaamista matalalla kynnyksellä, uskoimme, että saamme pääosin positiivisia vastauksia. Oli hienoa kuitenkin lukea vastauksia, joista näki selvästi kokeilun vastaavan vanhempien tarpeita. Oletimme myös, että saamme kyselyihin suppeita vastauksia asiakkailta, sillä kyselyt olivat kohdennettu vanhemmille, joiden voimavarat olivat vähissä. Vastaus aikaa ei myöskään ollut kauheasti käynnin yhteydessä. Saimme palautetta psykiatriselta sairaanhoitajalta vastaustilan suuruudesta asi-

akkaiden kyselyissä, sillä määrä kuuleman mukaan olisi voinut painostaa asiakkaita ajattelemaan, että tulisi kirjoittaa paljon. Tätä vastaus tilan määrää pohdimme ennen kyselyjen lähettämistä, emmekä halunneet rajoittaa vastaustilaa, jos joku asiakas olisikin halunnut vastata laajemmin.

10.2 Oman oppimisen arviointi

Mielestämme opinnäytetyön tekeminen oli hieno päätös sosionomikoulutukselle. Oli hienoa päästä tekemään työ, jossa sai yhdistellä koulutuksessa opittuja taitoja, sekä käyttää niitä yhteistyössä työelämän kumppanin kanssa. Opintomme sisälsivät paljon projekteja, sekä raporttien työstämistä, joista varmasti oli hyötyä tämän tutkimuksen tekemisessä. Opinnäytetyö opetti myös lisää tiimitaitoja työparin kanssa. Uskomme, että oli oikea valinta tehdä opinnäytetyö yhdessä, sillä se sai ajattelemaan kriittisesti omia kirjoituksia, sekä molempien näkökulmat tulivat esiin joka vaiheessa. Tämä voi osaltaan vahvistaa myös opinnäytetyön luotettavuutta, koska se ei perustu vain yhden ihmisen näkökulmiin ja analyysiin. Itse opinnäytetyön aihe oli meistä molemmista kiinnostava, mikä takasi osaltaan motivaation työstää opinnäytetyötä. Motivaatio näkyi myös molempien aitona kiinnostuksena opinnäytetyön ympärillä oleviin aiheisiin.

Osaamisemme kehittyi opinnäytetyön ansiosta monin eri tavoin. Saimme kokemuksen siitä, kuinka työskennellä monen eri työelämän tahon kanssa. Opinnäytetyö opetti meille joustavuutta ja mukautumista, sillä kaikki ei sujunut aina suunnitelmien mukaan. Pääsimme sovittamaan yhteen työelämän sekä ohjaavan opettajan odotuksia, jonka johdosta uskomme, että opinnäytetyöstämme tuli hyvä kokonaisuus. Opinnäytetyömme eri lähteiden hakemiseen meni yllättävän paljon aikaa, ja käytimme niiden etsimiseen monen eri kirjaston ja sivuston hakuja. Opimme tästä eri hakukoneiden käyttöä, sekä arvioimaan lähteiden luotettavuutta. Analyysivaihe oli meille hieman hankala, sillä aluksi emme meinanneet löytää meille sopivaa analyysitapaa. Aineiston analyysi oli opettavaista värikoodeineen, sekä litterointeineen. Aineistonanalyysissa onnistuimme mielestämme erottamaan kyselystä ja haastattelusta olennaisen tiedon opinnäytetyömme kannalta. Saimme hyvän kokemuksen tehdä täysin itseohjautuvaa työtä, jonka tekeminen vaatii itseohjautuvuutta, joka vaatii vastuunottoa, ajankäytön suunnittelua ja sisäisen motivaation ylläpitoa. Koemme, että tämä taito on todella tärkeä tullevaisuudessa työelämässä hankkeiden ja projektien lisääntyessä.

Lähteet

Painetut

Armanto, A. Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki.

Berg K. Äitiys kulttuurisina odotuksina. 2008. Vammalan kirjapaino Oy, Helsinki.

Bildjuschkin K. 2014. Seksittely synnytyksen jälkeen. Neuvola ja kouluterveys. 1/2014. Espoo: Lapsi 2000 ry, 12

Halme, N. Kekkonen, M. Perälä, M. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Perhekeskukset Suomessa. Juvenes print - Suomen yliopistopaino Oy, Tampere

Hellsten, S. Salonen, S. 2011. Havaintoja isien kohtaamisesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Ensi- ja turvakotien liitto ry, Helsinki

Hermanson, E. 2007. Lapsiperheen oma kirja. Duodecim, Helsinki

Kalland M. 2014. Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Helsinki.

Kananen J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Juvenes Print, Jyväskylä

Kekkonen, M. 2004. Vanhemmuutta etsimässä ja tukemassa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerrus kirjapaino oy, Saarijärvi.

Korppi-Tommola A. 2017. Neuvola halkokellariin. Neuvola ja kouluterveys. 2/2017. Espoo: Lapsi 2000 ry, 6-7.

Kristeri, I. 2018. Näe minut : Vanhemmuus ja lapsen kohtaaminen. Books on demand.

Lammi-Taskula J. Karvonen S. 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi. THL Juvenes Print: Tampere

Lammi-Taskula, J. Varsa, H. 2001. Vanhemmuuden aika: vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2001: Helsinki.

Miettinen A., Rotkirch A. 2012. Yhteistä aikaa etsimässä -Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla. Väestöliitto, Helsinki

Rautio S. Neuvolan perhetyö vanhemmuuden varhaisena tukena ja yhteistyönä. 2016. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä

Ronkainen, S. Pehkonen, L, Lindblom-Ylänne, S. Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma pro.

Rönkä, A. Kinnunen. U. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Sihvola S. 2018. Syntyvyys nousuun. Neuvola ja kouluterveys. 2/2018. Espoo: Lapsi 2000 ry, 29.

Siimes U. 2015. Sähköpostia puurolautasella? Neuvola ja kouluterveys. 2/2015. Espoo: Lapsi 2000 ry, 12

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

Vehkalahti K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Vilén, M, Seppänen, P, Tapio, N, Toivanen, R. 2010. Kohtaamisia lapsiperheissä: menetelmiä perhetyöhön. Kirjapaja: Helsinki

Viljamaa M. 2003. Neuvola tänään ja huomenna, vanhemmuuden tukeminen, perhe keskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä University Printing House: Jyväskylä

Ylitalo, P. 2011. Roolikartta vanhemmuuden, parisuhteen ja itsenäistymisen tueksi. Suomen Kuntaliitto.

Sähköiset

Ala-Mettälä H. 2014. Syntyvyys vähenee ja jakautuu yhteiskunnallisesti. Viitattu 17.8.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-7265261>

Alén, A. 2015. Nykyaikainen isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Viitattu: 01.10.2018 https://www.miessakit.fi/fi/miessakit_20-vuotta/juhlavuoden_artikkeli-sarja/?itemid=6968&a=viewItem

Innokylä. 2018. Hyvinvointineuvola. Viitattu 25.10.2018 <https://www.innokyla.fi/web/malli211397>

Isoherranen, 2012. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto: sosiaalitieteiden laitos. Viitattu: 25.10.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf

Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu: 20.10.2018. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Laakkonen K. 2010. ”Vanhemmuus on vastuuta koko lapsen elämästä.” Vanhempien käsityksiä vanhemmuudesta, perheestä ja kasvatuksesta nykypäivänä. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Viitattu 24.9.2018 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119519/lappalainen_riikka.pdf?sequence=1

Lahden diakonialaitos. 2017. Vauvan taika -projekti. Viitattu 7.6.2018 http://www.dila.fi/diakonia/vauvan_taika

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2018. Lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus. Viitattu: 17.8.2018 <https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemmuus-ja-kasvatus/lapsen-ja-vanhemman-varhainen-vuorovaikutus/>

Normia- Ahlsten, L. 2018. Perhekeskus kokoaa lasten, nuorten ja perheiden palvelut. Viitattu: 01.10.2018 https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/-/perhekeskus-kokoaa-lasten-nuorten-ja-perheiden-palvelut?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fweb%2Flapset-nuoret-ja-perheet%2Fajankohtaista%2Flapen-helmet-kehittamistyon-tuloksia%3Fp_p_id%3D101_IN-STANCE_iaviqFxE1XQN%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-2-1%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2

Rotkirch A. 2018. Onko lapsen saaminen epäekologinen teko? Viitattu 17.8.2018 <https://vaes-toliitonblogi.com/author/annarotkirch/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas työntekijöille. Viitattu 8.10.2018 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74223/Opp200414.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Varhainen vuorovaikutus. Viitattu 8.10.2018 <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/psykososiaalinen-kehitys/vavu>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Viitattu 3.6.2018. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape->

Valkama P. 2012. Psykiatrisen sairaanhoitajan toimenkuvan kehittäminen neuvolatyössä Rovaniemen perhepalvelukeskuksessa - Raportti PaKasteen työskentelyjaksosta 2012-2013. Viitattu 23.7.2018. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/tyoskentelyjaksot/rovaniemi-psykiatrisen-sairaanhoitajan-toimenkuva>

Väestöliitto. 2018. Baby blues -synnytyksen jälkeistä herkistymistä. Viitattu 17.8.2018 <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-perheessa/synnytys/baby-blues-synnytyksen-jalkeista-herkistymista/>

Väestöliitto. 2018. Holhooja- Huoltaja. Viitattu: 23.07.2018 http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/avio-ja_avoliiton_lakitieto/holhooja-huoltaja/

Väestöliitto 2017. Vanhemmuus tuo mukanaan myös stressiä. Viitattu 24.9.2018 <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsi-perheessa/elamankriisit/vanhemmuus-tuo-mukanaan-myos-stressia/>

Julkaisemattomat

Sarkkinen M. 21.11.2011. Synnytyksenjälkeinen herkistyminen. Raskauden monet kasvot -koulutuspäivät kättilöille ja terveydenhoitajille, 11.11.2011, Vantaa

Suomela A. 5.7.2018. Keskustelu osastonhoitajan kanssa hyvinvointineuvolalla.

Kuviot

Kuvio 1 Vanhemmuuden roolikartta 20

Kuvio 2 Psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistoiminnallisuus äitiys- ja lastenneuvolassa
Rovaniemellä 27

Taulukot

Taulukko 1 Oletko saanut tukea omaan vanhemmuuteesi psykiatriselta sairaanhoitajalta
neuvolassa, jos olet niin millaista? 33

Liitteet

Liite 1: Kysely asiakkaille.....	51
Liite 2: Haastattelu pohja psykiatriselle sairaanhoitajalle	54

Liite 1: Kysely asiakkaille



Hei olemme kaksi sosionomiopiskelijaa Anni Lehtiö ja Matilda Pyhähuhta Laureasta Tikkurilasta.

Teemme opinnäytetyötä ketterä -kokeilun toimivuudesta osana hyvinvointineuvolantoimintaa. Opinnäytetyö julkaistaan opinnäytetöiden alustassa Theseuksessa. Ketterä -kokeilun tarkoituksena on, että vanhemmat saisivat psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita neuvolassa mahdollisimman matalalla kynnyksellä. Keskeisimpinä aiheinamme ovat vanhemmuuden tukeminen, perheen hyvinvointi ja moniammatillisuus.

Kysely on vapaaehtoinen mutta olisimme hyvin kiitollisia vastauksista. Vastausten avulla voidaan mahdollisesti kehittää lapsiperheiden palveluja. Vastauksesi on siis merkityksellinen. Kysymyksiin vastataan anonyymisti. Emme tuo ilmi opinnäytetyössämme palvelun sijaintia/kuntaa. Vapaaehtoisesti voit jättää puhelinnumerosi, mahdollista lisähaastattelua varten. Tilan loppuessa voit jatkaa vastauksiasi kyselyn kääntöpuolelle.

Tässä sähköpostimme, jos haluat lisätietoja:

matilda.pyhahuhta@student.laurea.fi

anni.lehtio@student.laurea.fi

Oletko äiti vai isä?

Kuinka monta kertaa olet käynyt psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla neuvolan tiloissa?

Millaiseksi olet kokenut psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanoton matalalla kynnyksellä neuvolan tiloissa?

Oletko saanut tukea omaan vanhemmuuteesi psykiatriselta sairaanhoitajalta neuvolassa? Jos olet, millaista?

Ovatko käyntisi psykiatrisella sairaanhoitajalla vaikuttaneet koko perheesi hyvinvointiin? Jos on, kuinka?

Millaista apua toivoisit saavasi ketterä -kokeilusta vanhemmuuteesi ja perheesi hyvinvointiin?

Oletko käyttänyt kodinhoitajan lastenhoito palveluita käyntien aikana? Jos olet, oletko kokenut sen tarpeelliseksi?

Halutessasi voit antaa myös puhelinnumeron mahdollista lisähaastattelua varten:

Kiitos ajastasi!

Liite 1: Haastattelu pohja psykiatriselle sairaanhoitajalle

Puolistrukturoitu teemahaastattelu:

Mikä on psykiatrinen sairaanhoitaja?

Mitä psykiatrinen sairaanhoitaja tekee ja millaisiin asioihin tai teemoihin psyk. saikkari keskittyy työssään?

Mikä on sinun roolisi ketterä -kokeilussa hyvinvointineuvolalla?

VANHEMMUUS

Minkälaisia haasteita olet kokenut olevan tämän päivän vanhemmuudessa?

Mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeimpiä asioita vanhemmuuden tukemisessa, joihin ketterä-kokeilun avulla voidaan vaikuttaa?

MONIAMMATILLISUUS

Miten moniammatillisuus on toteutunut ketterä-kokeilussa?

Mitä moniammatillisuus näkyy käytännössä ketterä-kokeilun ympärillä?

Millaisia asioita ajattelet pystyväsi tuomaan psykiatrisen sairaanhoitajan osaamisellasi asiakkaiden avuksi terveydenhoitajien lisäksi?

PERHEEN HYVINVOINTI

Huomioidaanko ketterä kokeilussa koko perheen hyvinvointi? Jos niin, miten?

Mitkä ovat mielestäsi tärkeimpiä asioita koko perheen hyvinvoinnin kannalta, joihin ketterä-kokeilun avulla voidaan vaikuttaa?

KOKEILUN TOIMIVUUS

Miksi ketterä kokeilu perustettiin?

Onko ketterä-kokeilu ollut mielestäsi hyödyllinen? Jos on, niin miten?

Mitä muuttaisit tai miten kehittäisit kokeilua?

Minkälaiseksi olet itse kokenut kokeilun neuvolan tiloissa?