

Vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-
vauvaperhetyöstä HYKS Lasten- ja nuorten
sairaalan epilepsiayksikössä



Karjalainen, Henna

Räsänen, Noora

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-vauvaperhetyöstä
HYKS Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiyksikössä

Karjalainen Henna
Räsänen Noora
Hoitotyön koulutusohjelma
SYYSKUU 2010

Karjalainen Henna
Räsänen Noora

Vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-vauvaperhetyöstä HYKS Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä

Vuosi 2010

Sivumäärä 37+2 (2 liitettä)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata HYKS Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikön vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-vauvaperhetyöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa vauvaperhetyöstä palvelumallin soveltamiseksi ja kehittämiseksi epilepsiayksikössä. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS Lasten ja nuorten sairaalan yhteistyöprojektia.

Vauvaperhetyöntekijän kokemuksia kerättiin avoimella haastattelulla. Haastateltavia oli yksi ja hänellä oli kokemusta vauvaperhetyöstä kaksi vuotta. Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin. Tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuskysymykset olivat

1. Millainen on vauvaperhetyön sisältö?
2. Miten yhteistyö eri tahojen kanssa toteutuu?
3. Mistä vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostuu?
4. Miltä vauvaperhetyön tulevaisuus näyttää sekä mitkä ovat mahdolliset kehittämishaasteet?

Analyysin perusteella voidaan todeta, että vauvaperhetyö Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä toimii kaikilta osin hyvin ja sitä pidetään tärkeänä osana perheiden auttamisprosessissa. Kaikkien alle yksivuotiaiden lasten perheiden vauvaperhetyön tarve arvioidaan. Analyysissä kotikäyntien sisältö painottui enemmän keskusteluun. Muilta osin kotikäyntien sisältö koostui havainnoinnista ja tarkkailusta, tilanteiden sanoittamisista ja palautteen antamisesta. Vauvaperhetyöntekijä tekee moniammatillista yhteistyötä perheen hyväksi ja yhteistyötahoja voi olla monia. Analyysin mukaan vauvaperhetyöntekijän rooli yhteistyössä oli olla perheen puolestapuhuja niissä tilanteissa, joissa perhe itse ei ollut paikalla. Hän oli myös linkkinä perheen ja muiden yhteistyötahojen välillä.

Vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostui itsetuntemuksesta ja opitusta tiedosta, konkreettisista työvälineistä ja perheen kokonaistilanteen tunnistamisesta. Haastateltava kehitti omaa ammatillisuuttaan käymällä työnohjauksessa, päivittämällä omia tietojaan ja hakemalla aktiivisesti uutta tietoa. Analyysin mukaan vauvaperhetyöntekijän voimaantumiseen vaikutti työyhteisön tuki, perheiden kasvuprosessit sekä työn ja vapaa-ajan erottelu. Vauvaperhetyön kehittämishaasteiksi nousivat parempi kotikäyntien sisällöllinen organisointi sekä perheiden tarpeesta nousut tarve erilaisille vertaistukiryhmille. Tulevaisuudessa vauvaperhetyötä olisi hyvä päästä laajentamaan muihinkin imeväisikäisten neurologisiin yksiköihin, joissa lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksessa nähdään kehitysriski.

Asiasanat: Kiikku®-vauvaperhetyö, varhainen vuorovaikutus, kiintymyssuhde, epilepsia, avoin haastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi

Laurea University of applied Sciences
Laurea Tikkurila

A family worker's experiences of The Fragile Childhood activity in the epilepsy unit of HUCH Hospital for Children and Adolescents

Karjalainen Henna
Räsänen Noora
Degree Programme in Nursing
Thesis
SEPTEMBER 2010

Karjalainen Henna
Räsänen Noora

A family worker's experiences of The Fragile Childhood activity in the epilepsy unit of HUCH Hospital for Children and Adolescents

Year 2010

Pages 37+2 (2 appendixes)

The purpose of this thesis was to describe a family worker's experiences of The Fragile Childhood activity in the epilepsy unit of HUCH Hospital for Children and Adolescents. The aim of the Fragile Childhood activity was to generate information for the creation and development of a family work program. The thesis was assigned by working life and it is part of the cooperation project between Laurea University of Applied Sciences and HUCH Hospital for Children and Adolescents.

An open interview was used to gather information about the family worker's experiences. One family worker was interviewed. She had two years experience of working as family worker. The interview was recorded and transcribed. The results were analyzed with an inductive analysis of the contents.

The results of this analysis show that family work in the epilepsy unit of Hospital for Children and Adolescents has been successful, and it has an important role in the family supporting process. The family worker cooperates with experts from many fields. According to the analysis, the role of the family worker was to be the spokesman of the family in those situations where the family itself was absent. She was also the link between the family and other cooperation partners.

The know-how of the family worker consisted of self-knowledge and learned information, concrete tools and identification of the overall situation of the family. The interviewee developed her own professionalism by participating in the work supervision, updating her own information and searching for new information actively. According to the analysis, the empowerment of the family worker was affected by the support of the work community, the growth processes of families and the separation of work and of leisure. Better organising the contents of house calls and need for different peer groups were seen as developing challenges to the family work. In the future it would be good to be able to extend the family work also to other babies' neurological units where risks are seen in the interaction between a child and a parent.

Key words: The Fragile Childhood activity, early interaction, attachment relationship, epilepsy, open interview, inductive analysis of the contents

Sisällys

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS.....	5
2	KIIKKU® -VAUVAPERHETYÖ TYÖMALLINA.....	8
2.1	Vauvaperhetyön teoreettiset lähtökohdat	8
2.2	Varhainen vuorovaikutus raskausaikana sekä vauvan syntymän jälkeen	10
2.3	Erityisvauva varhaisessa vuorovaikutuksessa.....	11
2.4	Vauvaperhetyön tarkoitus ja tavoitteet	13
2.5	Vauvaperhetyön sisältö ja sen merkitys asiakkaalle	14
2.6	Vauvaperhetyöntekijän osaaminen	15
2.7	Vauvaperhetyö Lasten- ja nuorten sairaalan Epilepsiyksikössä.....	17
3	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	19
4	OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	19
4.1	Aineiston keruu ja käsittely.....	19
4.2	Aineiston analysointi	20
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	21
5.1	Vauvaperhetyön sisältö	22
5.2	Vauvaperhetyöhön liittyvä yhteistyö	25
5.3	Sairaanhoidajan osaaminen	26
5.4	Tulevaisuuden näkymät ja kehittämishaasteet.....	30
6	POHDINTA	31
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	31
6.2	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusehdotuksia	32
	Lähteet	36
	Liitteet	38
	Liite 1. Haastattelurunko	38
	Liite 2. Tutkimuslupa	39

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Lapsen syntyminen vaikuttaa koko perheen elämään. Siitä seuraa monenlaisia odotuksia, tunteita sekä uusia haasteita arkielämässä. Kun syntyneellä lapsella on jokin vamma tai kehityksen riskitekijä, saattaa uuteen arkeen mukautuminen viedä normaalia enemmän aikaa ja perheen tulevat haasteet sekä stressitekijät voivat lisääntyä. Tässä sopeutumisprosessissa perhe voi tarvita ulkopuolisen apua. (Sajaniemi & Mitts 2004: 8.)

Korhosen ja Sukulan (2004) mukaan neuvolan antama tuki ei ole aina riittävä vanhempien näkökulmasta. Näin on erityisesti silloin, kun lapsen hoitoon liittyy kehityksen tai lääketieteellisen hoidon erityiskysymyksiä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön hallituksessa taas todettiin, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei ollut riittävää yhteistyötä. Varhaista vuorovaikutusta tukevalla työllä, jossa hyödynnetään vanhempien mahdolliset voimavarat, olisi koko lapsen kehitykseen pitkäaikaisia myönteisiä vaikutuksia. Tämän ajatuksen pohjalta vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö kehitti ja vuonna 1999 rekisteröi työmallin nimeltä Kiikku®-vauvaperhetyö. (Korhonen & Sukula 2004: 11, 34.)

Vauvaperhetyö on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä oleva työmalli. Se ei korvaa olemassa olevia palveluita, vaan on lisätuki niille perheille, joilla on jokin kiintymyssuhteen hidastava tai estävä tekijä. (Korhonen & Sukula 2004: 11.) Kamerman & Kahn (1993) toteaa että joissakin Euroopan maissa, kuten Englannissa, Irlannissa ja Hollannissa kotikäyntejä tehdään joitakin kertoja vauvan ensimmäisen elinvuoden aikana. Suomessa, Ranskassa ja Italiassa niitä tehdään kertaluontoisina äidin ja vauvan kotiuduttua synnytysairaalaan. (ks. Korhonen 2003: 36.) Vauvaperhetyön tavoitteena on toistuvien kotikäyntien aikana antaa vanhemmille tietoa ja tukea lapsen hoitoon, vuorovaikutukseen ja kiintymyssuhteen kehittymiseen sekä vanhemmuuteen. Tavoitteena on myös edistää lapsen kehityksen kannalta optimaalisen hoivaympäristön luomista ja integroida perheen tarvitsemia palveluita. Käsite vauvaperhetyö erotetaan yleiskäsitteestä perhetyö. Laajimmillaan perhetyöllä tarkoitetaan kotona, terveyden- ja sosiaalihuollon tiloissa tai erilaisissa laitoksissa perheiden kanssa tehtävää työtä. Vauvaperhetyö ja perhetyö ovat toisiaan lähellä olevia käsitteitä. Niiden tavoitteet tukea vauvaperheitä ja vahvistaa vauvan ja vanhemman välistä kiintymyssuhdetta ovat myös samankaltaiset. Kuitenkin niiden toiminnan lähtökohdat ja käytännön toteutus poikkeavat toisistaan. (Korhonen & Sukula 2004: 11, 34.) Tässä opinnäytetyössä käytämme Kiikku®-vauvaperhetyön sijasta yleensä pelkästään käsitettä vauvaperhetyö.

Kiikku®-vauvaperhetyön työmallin kehittäminen toteutettiin projektina, joka jakautui kahteen vaiheeseen: ns. kokeiluvaiheeseen ja koulutusvaiheeseen. Kokeiluvaiheessa kehitettiin perhetyönmalli vuosina 1993-1999. Koulutusvaiheessa Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö koulutti kaikkiin Suomen keskussairaaloihin vauvaperhetyöntekijöitä vuosina 2000-2004. Koulutus toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille kaksivuotisena täydennyskoulutuksena (15 ov). (Korhonen & Sukula 2004: 36-39.) Vuonna 2008 Kiikku®-vauvaperhetyön koulutus siirtyi osaksi sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutustarjontaa. (Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö.) Koulutuksen laajuus on 25 opintopistettä. Vuosien 1994-2007 aikana vauvaperhetyön piirissä arvioidaan olleen vajaat 3000 perhettä. (Korhonen & Koskinen 2008: 4.) Kiikku®-vauvaperhetyö tiedottaa valtakunnallisesti Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön internet-sivujen kautta. (Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-vauvaperhetyöstä HYKS Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa vauvaperhetyöstä palvelumallin soveltamiseksi ja kehittämiseksi epilepsiayksikössä. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Lasten ja nuorten sairaalan yhteistyöprojektia.

2 KIIKKU® -VAUVAPERHETYÖ TYÖMALLINA

2.1 Vauvaperhetyön teoreettiset lähtökohdat

Kiikku®-vauvaperhetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu kiintymyssuhdeteoriaan ja ekokulttuuriseen teoriaan. Ekokulttuurinen teoria ohjaa tarkastelemaan lapsen kuntoutusta lapsen ja perheen luonnollisessa elinympäristössä eli kodissa. Kiintymyssuhdeteoria liittyy vauvaperhetyössä vauvan ja vanhemman väliseen vahvaan tunnesiteeseen, mikä toistuvien myönteisten kokemusten kautta kasvaa turvalliseksi kiintymyssuhteeksi. (Korhonen & Sukula 2004: 15, 17-18.)

Ekokulttuurinen teoria ohjaa toteuttamaan vauvaperhetyön kotikäyntejä perheen kokeman tarpeen mukaisesti. Näin vauvaperhetyöllä voidaan odottaa olevan suurempi apu perheen hyvinvointiin. Kiikku®-varhaiskuntoutusprojektin lähtökohdana onkin korostettu projektin alusta lähtien perheen säätelämää ja vapaaehtoista osallistumista. Lapsen arki luo lapselle kasvun ja kehityksen perustan. Pienen vauvan varhaisen elinympäristön luovat vanhemmat. Arkirutiinien sujuminen perheen haluamalla tavalla on tärkeää, koska se takaa vanhempien jaksamisen ja sitä kautta lapsen hyvinvoinnin. (Korhonen & Sukula 2004: 16-17.)

Kiintymyssuhdeteorian on kehittänyt John Bowlby 1950-luvulla. Kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsi kiinnittyy häntä hoivaavaan aikuiseen. Lapsi voi kiinnittyä hoivaajaansa joko turvallisesti tai turvattomasti, joten kiinnittymisen laatu vaihtelee. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 13.)

Kiintymyssuhteen ominaispiirteitä ovat prosessinomaisuus, fyysinen ja emotionaalinen läheisyys, molemminpuolisuus ja sitoutuminen. Prosessinomaisuus eli turvallinen kiinnittyminen tarkoittaa sitä, että kiintymyssuhde on elinikäinen ja muovautuu aina lapsen kehitysvaiheiden mukaisesti. Tämän suhteen kehittyminen noudattelee ihmiselämän muuttuvuutta; lapsuudessa lapsen ja vanhemman välinen suhde on epäsymmetrinen, koska lapsi on riippuvainen häntä hoivaavasta aikuisesta. Vastuu ja valta ovat lasta hoitavalla aikuisella. Aikuisuudessa lapsen ja vanhemman välinen suhde on tasavertainen. Vanhuudessa suhde muuttuu uudelleen epäsymmetriseksi lapsen hoitaessaan omia vanhempiaan. (Korhonen & Sukula 2004: 20.)

Lapsen turvallisesta kiinnittymisestä kertoo se, että lapsi saa ja osaa vastaanottaa lohdutusta ja kykenee sen jälkeen palaamaan leikkeihinsä. Lapsi on kehittänyt tuolloin luottamuksen tunteen vanhempiinsa. Jos taas kiinnittyminen on turvatonta käyttää lapsi silloin joko välttelevää, ristiriitaista tai jäsentymätöntä kiinnittymismallia. Välttelevässä kiintymyssuhteessa lapsi ilmaisee vain vähän tunneperäistä kosketusta vanhempiinsa. Jälleennäkemisessä lapsi on välinpitämätön tai välttelevä. Tätä mallia käyttävä lapsi ei ole oppinut ilmaisemaan riippuvuuttaan ja vetäytyy siksi tunneperäisesti takaisin itseensä. Ristiriitaista kiintymyssuhdemallia käyttävät lapset, joilla on havaittu olevan tutkivan käyttäytymisen puutteita ja vaikeuksia erota vanhemmistaan. Jälleentapaamisessa lapsi käyttäytyy epävarmasti, sillä hän on tottunut siihen, että vanhemman käytös on ennalta arvaamatonta. Vuorovaikutus tapahtuu tuolloin täysin vanhemman ehdoilla. Lapselle on kehittynyt tunne, että hän on avuton ja kykenemätön vaikuttamaan tilanteeseen. Jäsentymättömässä kiintymyssuhteessa vuorovaikutus perustuu pitkälti pelkoon. Lapsen on vaikea löytää ja järjestää keinoja ristiriitaisen tilanteen käsittelemiseksi, koska ihminen johon lapsi on kiinnittynyt herättää hänessä sekä pelon, että turvan tunteita. Tuloksena syntyy tuolloin sekoitus välttäviä ja ristiriitaisia tapoja. Lapsi sopeutuu täysin toisten tarpeisiin ja luopuu tuolloin suojaavan vanhemman mielikuvasta. Tällaista mallia käyttävä lapsi näkee muut ihmiset epäluotettavina ja hänen täytyy olla jatkuvasti varuillaan. (Brodén 2006: 33.)

Fyysinen ja emotionaalinen läheisyys sekä vastavuoroisuus ovat välttämättömiä kiinnittymissuhteen kehittymiselle. Lapsen monet eri viestit kertovat hänen pyrkimyksensä päästä aikuisen läheisyyteen. Näitä ovat mm. hymy, ääntely, katse, itku. Aikuinen vastaavasti on valmis ottamaan lapsen viestejä vastaan ja hän myös pyrkii pitkittämään kontaktia monin tavoin. Aikuinen myös säätelee lapsen ympäristöä vuorovaikutusta suosivaksi. Aikuiselta vastavuoroisuus edellyttää herkkyyttä tunnistaa lapsen viestejä ja tarpeita.

(Korhonen & Sukula 2004: 20-21.) Kehittyessään vauva pyrkii säätelämään läheisyyttä kiintymiskohteeseensa kykyjensä mukaan. Vanhemman hoivakäyttäytyminen luo vauvalle edellytyksen kiinnittymiseen ja myöhemmin kiintymyssuhteen muodostamiseen. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 20-21.)

Sitoutuminen tarkoittaa sekä kiintymyssuhteen pysyvyyttä, että sitä prosessia, jossa aikuinen raivaa tilaa lapselle fyysisen elämänsä ja mielen tasolla. Tämän prosessin kautta aikuinen ottaa vastuun lapsestaan. Hän sitoutuu rakastamaan ja hoitamaan lastaan ja antaa hänelle turvallisuutta, lohtua ja läheisyyttä. Vanhemman sitoutumista kuvaa lapsen asettaminen keskeiseen asemaan hänen elämässään. Tällöin lapsen tarpeiden tyydytys on aikuisen elämässä ensisijainen. (Korhonen & Sukula 2004: 21.)

2.2 Varhainen vuorovaikutus raskausaikana sekä vauvan syntymän jälkeen

Lapsen ensisijainen hoitaja on yleensä äiti. Bowlby antaa äidin ja vauvan väliselle suhteelle erityisaseman siksi, että perheen tunnesiteet välittyvät vauvaan äidin kautta. Biologiakin antaa äidin ja vauvan väliselle suhteelle etulyöntiaseman. Sikiö kasvaa äidin kohdussa, missä saa ensimmäiset kokemukset ympäristöönsä. Äidin elimistön äänympäristö ja äidin äänet tulevat sikiölle tutuksi. (Korhonen & Sukula 2004: 18.) Raskausaikana tuleva vauva ja äiti elävätkin symbioottisessa, fyysisessä suhteessa toistensa kanssa. Sikiö saa elämälleen välttämättömät ravintoaineet sekä hapen äidin verenkierron kautta. Raskaaksi tullessaan naiset tulevat tietoisiksi elämäntapojensa yhteydestä tulevan lapsen kehitykseen ja terveyteen. Useimmiten äidit motivoituvat pitämään juuri raskausaikana itsestään parempaa huolta. Myös isien on havaittu vähentävän tupakanpolittoa ja alkoholinkäyttöään odotuksen aikana. (Paavalainen 2003: 22.)

Tulevien vanhempien on havaittu kohdistavan huomiotaan sikiövauvaansa monin eri tavoin ja osoittavan tunteitaan häntä kohtaan (Paavalainen 2003: 22). Vauvan ja vanhemman välinen kiintymyssuhde alkaakin kehittyä jo raskausaikana ja heidän välillä on myös vuorovaikutusta (Brodén 2006: 27). Raskausaikana vanhemmat valmistautuvat ottamaan vastaan vauvan, joka jo pelkällä olemassaolollaan ansaitsee heidän rakkautensa (Kalland 1999: 31). Strainton (1990) kuvaa neljä tasoa vanhempien tietoisuudesta lapsesta: tietoisuus lapsesta ajatuksena, tietoisuus lapsen läsnäolosta, tietoisuus lapsen erityisistä käyttäytymismuodoista ja tietoisuus lapsen vuorovaikutuskyvyistä (ks. Brodén 2006: 87-88).

Äiti ja sikiövauva käyvät raskausaikana vuoropuhelua liikkeiden, rytmien, äänten, kosketusten, makujen ja tuntoaistien välityksellä (Brodén 2006: 81). Isä voi olla myös ruumiillisessa dialogissa sikiövauvan kanssa koskettelemalla äidin vatsanpeitteiden läpi tämän liikkeitä ja potkuja. Vanhemmat luovat sikiövauvasta sisäisen mielikuvan, joka ei ole pysyvä,

vaan se muokkautuu koko raskausajan. Vanhempien myönteiset mielikuvat sikiövauvasta rakentavat vuorovaikutusta ja ovat mukana odotusajan dialogissa vauvan kanssa. (Siltala & Tamminen 2003: 19-22.)

Heti syntymän jälkeen vauva erottaa äidin äänet muista. Lapsiveden tuttu tuoksu, joka muistuttaa vauvaa kohdun maku ympäristöstä, ohjaa häntä rinnalle. (Korhonen & Sukula 2004: 18.) Jotta vuorovaikutus voisi kehittyä turvallisesti, vauvan tulee kokea, että vanhempi on läsnä lukemassa hänen viestejään ja tyydyttämässä hänen tarpeitaan. Kun vauva jatkuvasti kokee, että hänet huomioidaan ja hänen viestinsä ymmärretään, vauvassa kehittyy turvallisuuden ja luottamuksen tunne. (Brodén 2006: 31.) Varhainen vuorovaikutus on kaikkea arkista ja konkreettista yhdessä olemista ja tekemistä: syöttämistä, nukuttamista, vaippojen vaihtamista, kylpemistä ja leikkimistä. Jatkuvasta ja toistuvista vuorovaikutushetkistä kasvaa vähitellen vanhempi-lapsisuhde, elämänmittainen kiintymyssuhde. (Tamminen 2004: 46.)

Vauva luo oman ainutlaatuisen suhteen molempiin vanhempiin. Isän vanhemmuuden kehitystä tukee isän osallistuminen lapsen odottamiseen, raskauden seurantaan ja synnytykseen. Kaila-Behm (1997) on tutkimuksessaan havainnut että isälle lapsen tuoma muutos konkretisoituu vasta lapsen synnyttyä. Ihme (2004) kuvaa yhteistä vauvan odotuksesta ja synnytystapahtumaa merkitykselliseksi isyyden kasvun kannalta. Hän myös havaitsi, että ensikontakti vauvaan oli isyyden tunteita herättävä kokemus. Isäksi kasvaminen tapahtui enimmäkseen konkreettisesti käsillä toimimisen kautta. (ks. Korhonen & Sukula 2004: 19.)

Varhaisella vuorovaikutuksella on todettu olevan myös yhteyksiä psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen lisäksi myös lapsen neurofysiologiseen kypsymiseen ja geenien toimintaan. Ensimmäisen puolentoista vuoden aikana rakentuvat hermojen väliset yhteydet ja synapsit nopeimmin. Aivojen kehittymistä stimuloi ulkomaailma virikkeineen ja ennen kaikkea lapsen saama hoiva ja sosiaalinen vuorovaikutus tunteineen. (Kurki 2001.)

2.3 Erityisvauva varhaisessa vuorovaikutuksessa

Joskus uuden elämän alku ei kuitenkaan onnistu niin kuin odotetaan. Jos vauvalla todetaan pitkäaikaissairaus tai muu poikkeava piirre, vamma, voi se vaikeuttaa vanhemman ja vauvan välistä kiintymyssuhteen kehittymistä ja samalla hidastaa vuorovaikutusta heidän välillään. Erityisvauvat voivat olla epävakaampia, ärsyyntyneempiä ja vähemmän vastaanottavaisia kuin vauvat joilla ei ole erityisvaikeuksia. Nämä vauvat tarvitsevat paljon tukea oppiakseen olemaan luonnollisessa vuorovaikutuksessa. (Sajaniemi & Mitts 2004: 6-7.)

Erityisvauvoiksi määritellään lapset, joilla on elämän alkuvaiheessa ongelmia ennenaikaisen syntymän, erilaisten sairauksien, kehityshäiriöiden tai sosiaalisten tekijöiden takia. Erityisvauvoiksi lukeutuvat myös sellaiset vauvat, jotka tarvitsevat pitkää ja todennäköisesti

toistuvaa sairaalahoitoa varhaislapsuutensa aikana. (ks. Mattila 2004: 7.)

Vauvan olemus ja biologiset piirteet, kuten esimerkiksi keskosuus, kypsymättömyys, fyysinen sairaus ja temperamentti voivat herättävät vanhemmissa myös tunteita, jotka saattavat haitata vuorovaikutuksen kehittymistä (Kurki 2001). Vauvan poikkeavuus herättää perheissä myös kysymyksiä, jotka liittyvät raskauteen, omaan itseensä, muihin perheenjäseniin ja ulkopuolisiin ihmisiin. Selviytymiseen perhe käyttää omia ratkaisutapoja, joita henkilökunta voi toiminnallaan tukea tai heikentää. (Maijala 2004: 5-6, 60.) Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja sen toimintaan monitahoisesti (Lehto 2004: 7). Useimmiten varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat tulevat vanhemmille yllätyksenä. Vanhempi, joka on liikaa tunteidensa vallassa, saattaa olla kyvytön huomaamaan, säätelemään ja nimeämään vauvansa tunteita. Vaarana voi tuolloin olla että, hoito jää mekaaniseksi suoritukseksi jolloin vauva ei pääse tunnetasolla lähelle vanhempansa. (Gerhardt 2008: 38; Schulman 2002: 139-140.)

Edellä mainitut asiat heijastuvat myös lapsen kokemuksiin. Häntä hoitavat useat eri hoitajat ja ärsykeympäristö sairaalan teho- tai vuodeosastolla poikkeaa totutusta sekä siitä, mihin lapsen kypsyys antaa mahdollisuuksia. Kun vauvan varhaiset kokemukset toisista ihmisistä ovat pirstaleisia, vauvan aistitoimintojen jäsentyminen ei aina etene toivotusti. Jäsentymisellä tarkoitetaan lapsen kykyä ottaa vastaan, tulkita ja reagoida itsestään ja elinympäristöstään tulevia ärsykeitä asianmukaisella tavalla. Lisäksi vauva ei välttämättä jaksa olla vuorovaikutuksessa sairauden aiheuttaman voimavarojen vähyyden vuoksi. Sairaalajaksoilta kotiuduttua perhe ei useinkaan siirry normaaliin lapsiperhe arkeen. Lapsen ja vanhempien kokemukset voivat heijastua vuorovaikutukseen vielä pitkäänkin kotiutumisen jälkeen. Vauvan viestien ymmärtämättömyys voi johtua myös vanhempien harjaantumattomuudesta tunnistaa vauvansa viestejä. Vuorovaikutukseen vaikuttavat myös vanhemman ja lapsen temperamenttien yhteensopivuus tai -sopimattomuus. (Korhonen & Sukula 2004: 22-23.)

Vanhemman ja lapsen separaatio, erossaolo, on vauvan näkökulmasta ahdistusta herättävä uhka. Separation riskien suuruus lapsen kehitykselle riippuu lapsen iästä, separaation pituudesta ja siitä, miten häntä hoidetaan separaation aikana. Lapsella on tarvetta korvaaviin kokemuksiin separaation jälkeen. Hän tarvitsee vanhempiaan tavallista enemmän ja saattaa tarvita myös tavallista tiiviimpää vuorovaikutusta. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 22-23.)

Piiraisen (2004) on todennut tutkimuksessaan, että vammaisten lasten äidit eivät välttämättä ohjaile ja auta lapsiaan niin paljon kuin terveiden lasten äidit. Tämä ei aina kiistatta tue vammaisten lasten kehitystä vaan saattaa jopa passivoittaa ennestään heikoin pyytämisen

kyvyin toimivaa lasta. Pahimmassa tapauksessa, varhaiskuntoutuksen toteutuessa heikosti, vanhemmat jäivät epätietoisiksi siitä, milloin lasta kannattaa tai täytyy ohjata ja jäädään turhaan odottamaan "sopivaa" aktiivisen vuorovaikutuksen aloittamista. Kehitysvammaisen lapsen isän on havaittu osallistuvan lapsensa hoitoon vähemmän kuin äidin. Isä omaksui vuorovaikutustilanteessa passiivisemmän roolin, jos äiti oli läsnä. Isän käyttäytyminen myös vaihteli vuorovaikutustilanteen mukaan. (Piirainen 2004: 18, 62-65.)

Ilman vuorovaikutussuhteen luomaa turvallisuuden tunnetta lapsella on kohonnut riski emotionaalisten, sosiaalisten ja kognitiivisten vaikutusten syntymiselle. Varhaiseen vuorovaikutukseen vaikuttava toiminta voi myös ennaltaehkäistä ongelmien kasaantumista. (Sajaniemi & Mitts 2004: 7.)

2.4 Vauvaperhetyön tarkoitus ja tavoitteet

Vauvaperhetyö on tarkoitettu täydentämään jo olemassa olevia palveluita. Sen perustehtävänä on tarjota tukea vauvaperheille silloin, kun perheen elämäntilanteeseen liittyy lapseen tai vanhempiin yhteydessä olevia varhaista vuorovaikutusta ja sen kautta kiintymyssuhteen kehittymistä hidastavia, häiritseviä tai ehkäiseviä tekijöitä. Hyvin monissa erilaisissa tilanteissa olevat perheet voivat hyötyä vauvaperhetyöstä. Käytännössä kaikille tarvitseville vauvaperhetyön tarjoaminen ei ole kuitenkaan mahdollista, ja siksi on jouduttu asettamaan joitain tuen indikaattoreita. Vauvaperhetyön asiakkuus määräytyy lapsen tilanteen ja/tai elinympäristöön liittyvien tekijöiden perusteella tai vanhempien kokeman tuen tarpeen perusteella. Pitkäsen (2004) mukaan yleisin syy tulla vauvaperhetyön piiriin liittyy lapsen todelliseen tai potentiaaliseen kehitysrisikkiin. (ks. Korhonen & Sukula 2004: 40-42.) Vauvaan liittyvät riskitekijät ovat usein yhteydessä raskauteen, syntymään ja vauvan varhaisvaiheiden sairaalahoitoon sekä niiden aiheuttamiin seurauksiin vanhemmuudelle ja varhaiselle vuorovaikutukselle. Vanhempien ja vauvan yhteyden jäämistä vain lääketieteellisen ongelman välittämäksi, autetaan vauvaperhetyöntekijän tuella. Tarkka (1996) mainitsee tutkimuksessaan, että perheen kokemusta tuen tarpeesta on syytä kartoittaa eteenkin silloin, kun vastasyntynyt ei olekaan terve (ks. Mattila 2004: 14). Vauvaperhetyön tarkoituksena on viedä lapsen sairauteen ja hoitoon liittyviä tietoja erikoissairaanhoidosta perheen kotiin. Kotona tehtävällä vauvaperhetyöllä onkin monia etuja verrattuna laitoksissa tehtävään työhön. Niitä ovat mm. se, että vanhemmuuden tuki sekä vauvan kasvun ja kehityksen tukeminen voidaan integroida perheen arkeen sen omalla maaperällä. (Korhonen 2003: 36.) Kotona tehtävän vauvaperhetyön ansiosta vanhempien on myös helpompi sitoutua lapsensa hoidossa ilmeneviin uusiin tilanteisiin, mutta se auttaa toimimaan tutuissa tilanteissa uudella tavalla (Mattila 2004: 18).

Vauvaperhetyön tavoitteena on tukea vauvaperhettä vuorovaikutukseen ja kiintymyssuhteen

kehittymiseen sekä aktiiviseen vanhemmuuteen (Sajaniemi & Mitts 2004: 9). Varhaisen vuorovaikutuksen tukeen ja hoitoon valmistava KiiKKU®-vauvaperhetyön koulutus antaa työntekijälle valmiuden lapsen psykososiaalisen kehityksen tukemiseen sekä perheen voimaantumisen tukemiseen (Korhonen & Sukula 2004: 56). Työntekijä seuraa vauvan kehityksen etenemistä ja antaa neuvontaa kehityksen tukemiseksi. Hän myös havainnoi ja tukee vuorovaikutusta. (Siirto-Honkanen 2008: 27.) Vaikka vauvaperhetyöntekijä tukee vanhempien selviytymistä, hän tekee kuitenkin mahdollisimman vähän kotona heidän puolestaan. Mattilan (2004) mukaan jotkin perheet olisivat halunneet vauvaperhetyöntekijän osallistuvan enemmänkin lapsen hoitoon. (Mattila 2004: 58.) Työntekijän tavoitteena on myös olla yhteyshenkilönä muiden tuen antajien välillä, perheen parasta ajaen. Myös perheen sosiaalisen verkoston tunteminen ja perheen kunnioittaminen antaa suotuisia vaikutuksia vanhempi-lapsi suhteen tukemiseen. (Siirto-Honkanen 2008: 27, 36.) Kun vauvaperhetyöntekijä arvioi, että vuorovaikutus vauvan ja vanhempien välillä on riittävän hyvää ja perhe kokee selviytyvänsä lapsen hoidosta, vauvaperhetyö on saavuttanut tavoitteensa (Korhonen & Sukula 2004: 39). Työn onnistuminen näkyy vanhempien lisääntyneinä taitoina vaikuttaen myönteisesti lapsen kasvuolosuhteisiin ja kehityspotentiaaliin, sekä vanhempien oma kokemus riittävän hyvästä vanhemmuudesta (Siirto-Honkanen 2008: 27, 57).

2.5 Vauvaperhetyön sisältö ja sen merkitys asiakkaalle

Mattilan (2004), Korhosen ja Sukulan (2004) sekä Kopsen ja Sahlstedtin (2010) mukaan vauvaperhetyöntekijältä saadun tuen sisältö erityisvauvaperheille oli monipuolista. Tuki oli yhdyshenkilönä toimimista perheen ja muiden yhteistyötahojen välillä, ajan antamista perheelle, lapsen fyysistä hoitamista, vanhempien ohjaamista lapsen hoidossa, vanhempien kanssa keskustelemista ja heitä rohkaisemista toimimaan. Tutkimuksissa ilmeni, että vanhemmat olivat tyytyväisiä vauvaperhetyöntekijän toimimiseen yhdyshenkilönä eri yhteistyötahojen kanssa, koska he saivat apua heti otettuaan yhteyttä vauvaperhetyöntekijään. Vauvaperhetyöntekijän antama aika perheelle ilmeni kiireettömänä läsnäolona. Perheellä oli aikaa keskustella niistä asioista johon he kaipasivat tukea ja neuvoja. Vauvaperhetyöntekijän antama aika loi perheelle myös turvallisuuden tunnetta kun he tiesivät, että lähellä oli henkilö joka tunsu lapsen erityisyyden ja osasi vastata siihen liittyviin asioihin. Perheessä ollessaan vauvaperhetyöntekijä myös tutki ja tarkkaili lapsen kehitystä ja jaksamista, sekä otti osaa perushoitoon. Konkreettinen tuki saattoi olla vaikkapa lääkehoidon- tai imetysohjausta. Vanhempien ohjaus oli neuvojen antamista, kommentteja ja palautetta vanhempien omasta toiminnasta lapsen hoitoon koskien. Ohjaaminen oli pääasiassa vanhempien kysymyksiin vastaamista, ideoiden ja ehdotusten esittämistä. Perheille oli tärkeää, että he saivat kysyä henkilöltä joka tietää asioista eikä ole puolueellinen. Vanhemmat myös kokivat, että vauvaperhetyöntekijän ohjaaminen eri yhteyksissä tuki heitä

hoitajina. (Mattila 2004: 36-41; Korhonen & Sukula 2004: 70-72; Koponen & Sahlstedt 2010: 25-28.) Siirto-Honkasen (2008) tutkimuksen mukaan ohjaus vähensi vanhempien epärealistisia odotuksia lapsestaan ja ruumiillisen rankaisun käyttöä sekä toimi positiivisena mallina vanhemman ja lapsen välisessä suhteessa (Siirto-Honkanen 2008: 16). Vauvaperhetyöntekijän kotikäynnit koostuivat pääasiassa keskusteluista. Keskustelu oli kuuntelemista ja vuorovaikutteista puhumista. Perheet, ja varsinkin äidit, pitivät tärkeänä, että he saivat hyvin avoimesti purkaa sekä lapseen että perheeseen liittyviä asioita. Vauvaperhetyöntekijän rohkaiseminen oli vanhempien kannustamista, kehumista ja rauhoittamista. Se lisäsi perheen voimavaroja ja kannusti vanhempia elämässään eteenpäin. (Mattila 2004: 36-41; Korhonen & Sukula 2004: 70-72; Koponen & Sahlstedt 2010: 25-28.) Korhonen (2003) korostaa tutkimuksessaan pitkäaikaissairaiden vauvaperheiden erikoistiedon tarvitsevuutta. Ensisijaisesti perhekohtaisesti sovellettu erikoistieto oli perheille keskeinen tuki (Korhonen 2003: 128).

Korhosen ja Sukulan (2004) mukaan Kiikku®-vauvaperhetyössä mukana olleiden lasten kognitiiviset, eli kielelliset ja tiedolliset taidot, olivat huomattavasti kehittyneemmät kuin niillä erityislapsilla, jotka eivät olleet osallistuneet vauvaperhetyöhön. Myös vauvaperhetyössä mukana olleet lapset käyttivät enemmän emotionaalisia ilmauksia kuin ne lapset, jotka eivät olleet saaneet vastaavaa tukea. Vauvaperhetyön suotuisia vaikutuksia vanhemmuuteen olivat mm. vanhempien lisääntynyt kyky reflektoida itseään, lasta ja vuorovaikutusta. Tämä lisäsi vanhempien herkkyyttä vastata vauvan viesteihin. (Korhonen & Sukula 2004: 67-68, 74.)

2.6 Vauvaperhetyöntekijän osaaminen

Kiikku®-vauvaperhetyöntekijän työmalli koostuu kuudesta keskeisestä teemasta, jotka ovat varhaisen vuorovaikutuksen teoreettinen tuntemus, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi ja arviointi, vauvan kokonaiskehityksen tunnistaminen sekä kasvun tukeminen ja ohjaaminen perheen arjessa. Myös perhedynamiikan, perheiden moninaisuuden ymmärtäminen ja perheen voimavarojen tunnistaminen ovat tärkeitä osaamisen alueita. Omien voimavarojen ja ammatillisten rajojen tunnistaminen sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksien ja rajoitusten ymmärtäminen ovat tässä työssä oleellisia. (Korhonen & Koskinen 2007: 13.)

Vauvaperhetyössä on yhdistyneenä vuorovaikutusopas ja kehitysopas. Vuorovaikutusopastuksessa käytetään mm. videointimenetelmää. Sen avulla voidaan vahvistaa vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen hyviä puolia. Kehitysopastus on vanhemmille annettua pedagogista tukea, jonka tavoitteena on auttaa vanhempia ymmärtämään lapsensa kehityksen erivaiheisuutta. Sen avulla myös korostetaan vanhempien roolia lapsensa kehityksen tukena. Kuten aiemmin on todettu, vuorovaikutuksellinen kehitysopastus tapahtuu

lapsen kotona, vauvan ekologisessa ympäristössä. Näin saadaan arvokasta tietoa perheen ja lapsen arjesta, siitä ympäristöstä, jossa vauva kasvaa ja kehittyy. On tärkeää tietää mitä vauva näkee kun hän herää, siitä, mitä ja missä hän syö, siitä, mitä värejä hän näkee, millaisia leluja ja virikkeitä hän saa, mitä hän kuulee ja havaitsee. Näin voimme täysin ymmärtää missä olosuhteissa sekä perhe että lapsi kasvaa ja kehittyy. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 69.)

Vauvan kotona vauvaperhetyöntekijän tarkkaavaisuus kohdistuu vanhemman ja pienen vauvan väliseen vuorovaikutukseen sekä vauvan ja hänen äitinsä äidillisen hoivan havainnointiin. Havainnointi vaatii perhetyöntekijältä toimimattomuutta. On oltava läsnä tavalla, joka tarjoaa täydellisen saatavilla olon, vaikka pysyisikin taustalla tapahtumista. Työntekijän tulee voida kuvata tämä hoiva ja hoivassa oleva vauva. Vauvaperhetyöntekijällä saattaa olla jo lähtötilanteessa tietoa vauvasta ja hänen vanhemmastaan. Tieto ei kuitenkaan kerro todellisuudessa mitään tästä ainutkertaisesta ihmissuhteesta, sillä se on vain arvailua ja johdettua yleistietoa. Hänellä on myös paljon yleistä tietoa äideistä, vauvoista ja hoivasta yleensä. Tieto auttaa työntekijää ymmärtämään kotona tehtyjä havaintoja ja tunnistamaan tilanteen. Hänen tehtävänä ei ole kuitenkaan ottaa haltuun tilannetta ja rikastuttaa vanhempien ja vauvan välistä kiintymystä tällä tiedolla. Tärkeää on, että äiti ja vauva itse kehittävät heidän vuorovaikutussuhdettaan. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 70-71.)

Ensimmäisien kotikäyntien tärkein tehtävä on saada perhe luottamaan vauvaperhetyöntekijään. Hänen pyrkimyksenä on havainnoida ja saada vanhemmat kertomaan omista kokemuksista mm. lapsesta, synnytyksestä, ongelmista ja ilonaiheista, sekä kyselemään vauvaperhetyöntekijän työstä. Näillä tiedoilla saadaan perheelle ja vauvalle paras mahdollinen tuki. Luottamuksellisen suhteen taustalla on perheen kokemus siitä, että he itse säätelevät toimintaa ja antavat luvan heitä koskevien asioiden selvittämiseen. Tärkeää on myös, että perhe kokee vauvaperhetyöntekijältä aitoa kiinnostusta ja aikaa heitä kohtaan. Vauvaperhetyöntekijä ei tule tapaamaan vauvaa tai hänen vanhempaansa, vaan heidän välistä ihmissuhdetta. Myöhemmin, kun suhteen vuorovaikutus avautuu, hän tutustuu heihin molempiin. Työntekijä tapaa kotona vauvan, mutta yleensä ei kohtaa häntä. Hän katselee kun vauva kohtaa äitinsä. Koska vauvaa ei ole ilman häntä hoivaavaa aikuista, hänen taito- ja kehittymisedellytyksiä sekä kontaktihäiriöitä havainnoidaan suhteessa hänen kasvuympäristöönsä ja suhteessa häntä hoivaavaan aikuiseen. Ellei näin tehtäisi, olisi erittäin vaikeaa tunnistaa ja ymmärtää vauvan kontaktihäiriöitä. Kotona tulevat esille myös arkipäivään liittyvät pulmat. Vanhemmat voivat kokea tarvitsevansa apua esimerkiksi vauvan syömisvaikeuksissa. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 72-74.)

Kun vauvalla on neurologinen riski tai vamma, joka vaikuttaa hänen vuorovaikutustaitoihinsa, on vanhemmalla erittäin vaativa vastuu vuorovaikutuksen aloittamisesta ja ylläpitämisestä. Kun vauva ei reagoi katsekontaktiin tai hellään puheeseen, voi vanhempi tuntee tulleen torjutuksi. Tällöin vauvaperhetyöntekijän tuki voi olla välttämätöntä, koska äiti tarvitsee

tuekseen peilaamista ja vahvistusta dyadin, kahdenvälisen suhteen, ulkopuolelta olevasta luotettavasta henkilöstä. Äiti saa vauvaperhetyöntekijältä vahvistusta siihen, miten hän toimii lapsen kanssa. Kun vauva esimerkiksi hymyilee äidille, perhetyöntekijä vahvistaa: "No nyt minä tulen niin iloiseksi ja onnelliseksi, kun näen äidin hymyilevät kasvot, että oikein potkin innostuksesta." Näin äidin tietoisuuteen nousee oman käyttäytymisensä myönteinen vaikutus lapsen olotilaan ja kehitykseen. Vahvuuksien ja pulmien havainnoinnissa sekä ratkaisujen etsimisessä esimerkiksi videointi on myös hyvä apuväline. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 76-81.)

Vauvan ja vanhemman välisen kiintymyksen tukemisen tavoitteena on johdonmukainen ja herkkä vanhemmuus, jossa otetaan huomioon lapsen tarpeet ja vastataan niihin. Perhetyöntekijä voi tukea vuorovaikutusta "tulkkamalla" äidin ajatuksia lapselle ja lapsen ajatuksia äidille. On havaittu, että tällainen verbaalinen valmistaminen ajan myötä siirtyy itsestään äidille. Perhetyöntekijä toimii vanhempien tukena myös ennakoiden lapsen kehitysaskeleita. Tällöin lapsen ei tarvitse itse ja yksin ponnistella, vaan aikuinen on mukana opastamassa. Opastus voi olla sanallista tai kosketuksella välittyvää. Perhetyöntekijä kannattelee myös "äidin psyykettä" niissä tilanteissa, joissa hän ei kykene vastaanottamaan vauvan itkua ja ärtymystä menemättä niihin itse mukaan. Perhetyöntekijän tulee kyetä kuuntelemaan äidin kertomuksia empaattisesti ja lämpimästi mutta järkkymättä. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999: 80-81.)

Vauvaperhetyön osaamisen kehittyminen edellyttää perheiden kanssa työskentelyn lisäksi kiinnostusta kehittää itseään ja oppia uutta. Selvitysten mukaan koulutukseen on oltu tyytyväisiä ja se on lisännyt työntekijöiden voimavaroja ja kehittänyt heidän ammatillisuuttaan. (Korhonen & Sukula 2004: 81,82) Korhosen ja Koskisen (2008) mukaan vauvaperhetyöntekijöistä suurin osa koki saaneensa riittävästi tukea vauvaperhetyöhön työyhteisössään. Työnohjaus ja keskustelut toisen Kiikku-vauvaperhetyöntekijän kanssa koettiin erittäin tärkeiksi ammatillisuuden kehittymisen kannalta. (Korhonen & Koskinen 2008: 15.)

2.7 Vauvaperhetyö Lasten- ja nuorten sairaalan Epilepsiayksikössä

Epilepsia määritellään alttiudeksi saada toistuvia epileptisiä kohtauksia ilman ulkoisia ärsykejä. Aivojen normaali toiminta perustuu hermosolujen sähköiseen yhteydenpitoon. Epileptinen kohtaus on aivojen sähköisen toiminnan hetkellinen häiriö, joka ilmenee tajunnan, liikkeiden, aistitoimintojen, psyykkisten toimintojen tai tahdosta riippumattomien ns. autonomisten toimintojen häiriönä. (Eriksson, Gaily, Hyvärinen, Nieminen & Vainionpää 2008: 6.) Epilepsia luokitellaan kohtauksen, EEG-löydöksen, näkyvien oireiden tai potilaan iän mukaan erilaisiin epilepsiatyyppeihin ja oireyhtymiin. Epilepsiakohtaukset luokitellaan taas

suoraan yleistyviin tai paikallisalkuisiin. Paikallisalkuisissa kohtauksissa tajunta säilyy koko ajan tai häiriintyy vain jonkin verran kun taas yleistyvissä kohtauksissa tajunnantason menetys on yleistä. (ks. Junnonen, Siikala & Suhonen 2004: 223.) Epilepsian hoidon tärkein tavoite on epilepsiaan sairastuneen lapsen motorisen, kognitiivisen ja sosiaalisen kehityksen turvaaminen ja epilepsian elämänlaatuun heijastuvien vaikutusten kuten minäkuvan heikentymisen, leimautumisen ja kohtausten pelon ja erilaisuuden kokemusten minimoiminen (Eriksson ym. 2008: 8).

Epilepsiatyypistä riippuen jokainen vauva kokee maailman omanlaisena ja omien aistiensa varassa. Erilaisten aistinelinten puutokset ja keskushermoston toimintahäiriöt voivat aiheuttaa sen, että aistimuksia ei synny tai niiden välittämä tieto on vaikea ymmärtää tai kokea merkitykselliseksi. Aistikokemukset saattavat myös jäädä tavallista niukemmiksi tai yksipuoleisiksi, koska vauva ei välttämättä kykene hakemaan itse vuorovaikutusta. Aistielimen puutteita voivat olla esimerkiksi heikentynyt tai puuttuva aistimus, yli- tai aliherkkyys ja vaikeus ymmärtää aistimuksia. Aistimukseen yliherkästi reagoivat vauvat reagoivat aistimukset liian voimakkaina esimerkiksi vuorovaikutuksessa kosketus voi tuntua puristukselta tai puhe epämiellyttävältä vinkunalta. Heikentynyt tai kokonaan puuttuva aisti taas ohentaa vuorovaikutusta siten, että vauva ei näe tai kuule eikä siten kykene kunnolla vuorovaikutukseen. Tämä vuorostaan hidastaa vanhemman aktiivisuutta vuorovaikutukselle. (Kehitysvammaliitto.)

Mäntymaan (2006) mukaan vuorovaikutuskäyttäytymisen puutteet eli välttely, aktiivisen kommunikoinnin sekä positiivisen ääntelyn vähyyys tai puuttuminen, ennustavat lapsen kroonisia tai toistuvia terveysongelmia kahden ensimmäisen vuoden aikana. Vauvan vuorovaikutuskäyttäytymisen puutteet ja äidin tunkeilevaisuus lisäävät myös vauvan riskiä tulla arvioiduksi temperamentiltaan vaikeaksi. (Mäntymaa 2006: 13-14.)

Epilepsiadiagnoosi aiheuttaa usein perheissä monenlaisia ajatuksia ja pelkoja. Vanhemmat voivat pelätä kohtauksen aikaisia tapaturmia tai vaurioita, kehitysvammaisuutta, lääkkeiden sivuvaikutuksia sekä lapsen tulevaisuutta. Lapsen sairastuminen epilepsiaan on elämänmuutos koko perheelle ja voimavaroja tarvitaan uuteen tilanteeseen sopeutumiseen. (ks. Junnonen ym. 2004: 229.)

Vuonna 2002 Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä nousi esille tarve kiinnittää enemmän huomiota vauvaperheiden hyvinvointiin ja heidän tukemiseen vauvan sairastumisvaiheessa. Sen seurauksena perustettiin työryhmä, jonka tehtävänä oli miettiä keinoja perheiden auttamiseen. Työryhmän tuloksena päätettiin paneutua perheen alkuvaiheen kriisiin sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksen turvaamiseen. Selvitysten jälkeen löydettiin Kiikku®-vauvaperhetyön koulutus ja työryhmässä olleet kaksi epilepsiayksikössä

työskentelevää sairaanhoitajaa pääsivät tähän koulutukseen. Epilepsiayksikössä vauvaperhetyö aloitti toimintansa tammikuussa 2007. Tähän mennessä perheitä, joihin on tehty kotikäyntejä, on ollut yhteensä 28. Lisäksi on joitain perheitä, joita on tavattu vain heidän osastolla ollessaan, koska he ovat asuneet ulkopaikkakunnalla. Vauvaperhetyötä tehdään pääsääntöisesti HYKS alueella joihin kuuluvat Helsinki, Vantaa, Espoo ja Kauniainen. (Opinnäytetyön haastattelun esimateriaali.)

3 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille vauvaperhetyöntekijän kokemuksia Kiikku®-vauvaperhetyöstä Lasten ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa jo olemassa olevasta palvelumallista sen soveltamiseksi ja kehittämiseksi epilepsiayksikössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on vauvaperhetyön sisältö?
2. Miten yhteistyö eri tahojen kanssa toteutuu?
3. Mistä vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostuu?
4. Miltä vauvaperhetyön tulevaisuus näyttää sekä mitkä ovat mahdolliset kehittämishaasteet?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Aineiston keruu ja käsittely

Tutkimusmenetelmäksi valittiin avoin haastattelu. Ajateltiin, että näin saadaan syvälinen ja rikas tieto selvityksen kohteena olevista asioista. Avoin haastattelumalli sopii menetelmäksi erityisesti silloin, kun halutaan esille henkilöiden kokemuksia. Avoin eli strukturoimaton haastattelu on vapaamuotoinen, keskustelunomainen haastattelu tutkimuksen aihepiiristä. (Niskanen 2005.) Haastattelussa edettiin tutkimuskysymysten mukaan, jotka nousivat tutkimustiedon perusteella tehdystä opinnäytteen teoriaosuudesta. Tarkkojen kysymysten sijaan edettiin mahdollisimman keskustelunomaisesti ja luonnollisesti antaen tilaa haastateltavan kokemuksille, tuntemuksille, muistoille, mielipiteille ja perusteluille. Haastattelussa myös pyydettiin tarkennuksia ja syvennyksiä vastauksiin ohjaten keskustelua näin myös eteenpäin. Syvyyttä tuloksiin haettiin kysymyksillä: miksi, millä perusteella, anna esimerkki. (KvaliMOTV, Tampereen yliopisto.)

Tutkimusaineisto kerättiin Lasten ja nuorten sairaalan Epilepsiayksikön Kiikku®-vauvaperhetyöntekijältä. Haastateltava oli tehnyt Epilepsiayksikössä vauvaperhetyötä

elokuusta 2008. Haastateltavalla työviikosta oli varattu kolme päivää vauvaperhetyölle mutta yleensä, vauvaperheiden määrästä riippuen, hän teki kotikäyntejä kahtena päivänä viikossa. Fyysinen tukikohta oli epilepsiayksikössä.

Tutkimuslupa anottiin HYKS Lasten- ja nuoren sairaalan lastenneurologian ylihoitajalta. Hän esitteli opinnäytetyön ylilääkärille, joka myönsi luvan. Tutkimusluvan saatuaamme sovimme sähköpostitse haastateltavan kanssa sopivan haastatteluajankohdan sekä haastattelupaikan. Saimme pian kaikille sopivan ajan sekä sovimme, että haastattelu tehdään epilepsiayksikön tiloissa. Haastattelu toteutettiin toukokuun lopussa 2010. Meille oli järjestetty vapaa huone haastattelua varten. Haastattelu kesti vajaat kaksi tuntia.

Ennen varsinaisen haastattelun alkua keräsimme haastateltavalta tietoa hänen työkokemuksestaan ja koulutuksestaan sekä esitietoa Kiikku®-vauvaperhetyöstä epilepsiayksikössä. Sen jälkeen kohdehenkilölle kerrottiin, että haastattelu etenee neljän tutkimuskysymyksen mukaan mukaan (liite 1). Jokaiseen kysymykseen oli valmiiksi mietittyjä aiheita tarkentavia kysymyksiä. Kysymykset esitettiin suullisesti ja hyvin vapaamuotoisesti. Haastattelu nauhoitettiin. Haastattelu eteni keskustelunomaisesti antaen tilaa haastateltavan ajatuksille. Haastattelutilanteessa toinen opinnäytetyöntekijöistä haastatteli valmiin haastattelurungon pohjalta ja toinen kirjasi ylös sekä esitti heränneitä kysymyksiä ja tarkennuksia.

Haastattelu eteni suunnitellusti tutkimuskysymyksestä toiseen. Kertaalleen haastattelu keskeytyi ulkopuolisen häiriön vuoksi. Kaikilla kysymyksillä pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja tieto sekä syvä ja aito kokemus haastateltavan tekemästä vauvaperhetyöstä. Haastattelu päätettiin lopettaa, kun olimme saaneet vastaukset kysymyksiimme ja vauvaperhetyöntekijä oli saanut kertoa kaiken mitä halusi.

4.2 Aineiston analysointi

Sisällön analyysi- prosessin etenemistä voidaan kuvata seuraavilla vaiheilla: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. Analyysistä muodostuu erilainen riippuen siitä perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn ja kohdistuuko analyysi ilmi- vai piilosisältöön. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 24.) Luotettavuuden kannalta ongelmana on, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta (Kyngäs & Vanhanen 1999: 10).

Haastattelu analysoitiin induktiivisellä sisällön analyysillä. Haastattelun analysointi tehtiin Kyngäksen ja Vanhasen (1999) artikkelin pohjalta. Analyysiä ohjasivat tutkimuskysymykset, joista syntyi haastattelurunko. Näiden aiheiden varaan teimme rungon, johon etsimme

aineistosta sisällöllisesti sopivia alkuperäisilmaisuja. Analyysirunkoon muodostettiin kategorioita soveltaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 3-10.)

Nauhoitettu haastattelu litteroitiin eli kuunneltiin ja kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi heti kesäkuun alussa 2010. Aineistoa kertyi yhteensä reilu 12 sivua fontilla Trebuchet MS kokoa 10 pt ja rivinvälillä 1,5.

Alla on esimerkkinä pieni leikkaus haastattelusta. Alleviivatut kohdat kuvaa tekstistä poimittuja alkuperäisilmaisuja. Niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaisut ja ne muodostivat alaluokat ja niistä taas muodostuivat pääluokat.

”Mun mielestä mejän työyksikössä moniammatillisuus toteutuu niin, et me ollaan tiivissä yhteistyössä lääkärin kanssa. Lääkäri pystytään soittaan kotoo jos huomataan et lapsella on nyt jotain jotain niinkuin suurempaa ongelmaa niin voidaan soittaa sieltä suoraan lääkärille ja kysyä apua. Lisäks me tehdään yhteistyötä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin kanssa joissain tapauksissa on mukana myös ravitsemusterapeutti, ja tota mitäs, ketäs kaikkia muita, sosiaalityöntekijä. Ja tietenkkin sitten ihan tää osaston, osaston tiimi et tavallaan me pystytään aika hyvin, kun me tietetään et esimerkiksi lapsella on aloitettu terapioita niin, pystytään viemään viestiä, viestiä niin kuin sieltä kotoa sitten sille koordinoivalle terapeutille että nyt on tämmönen tilanne ja et tarvitaan esimerkiksi jotain apuvälinettä että hän pystyy alkaa sitten sitä, sitä hoitamaan. Et sillalaillla meillä mun mielestä ainakin se tiedonkulku pelaa, pelaa hyvin ja eri niin tota ihmisten kans jotka on siihen lastenhoitoon liittyen niin heidän kanssa on helppo asioida.”

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Analyysin tuloksena ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”millainen on vauvaperhetyön sisältö?” muodostui kaksi pääluokkaa, jotka nimettiin ”vauvaperhetyön asiakkuus” ja ”kotikäynnit”. Vauvaperhetyön asiakkuuden alaluokaksi muodostui tuen tarpeen arviointi. Kotikäyntien alaluokiksi muodostui kotikäynnin rakenne ja kotikäynnin sisältö.

Toiseen tutkimuskysymykseen ”miten yhteistyö eri tahojen kanssa toteutuu?” muodostui yksi pääluokka, joka nimettiin ”vauvaperhetyöntekijä moniammatillisen yhteistyön tekijänä”. Alaluokaksi muodostui linkki eri hoitotahojen välillä sekä linkki perheeseen.

Kolmannelle tutkimuskysymykselle ”mistä vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostuu?” muodostui analyysin tuloksena kolme pääluokkaa, jotka nimettiin ”työvälineet ja

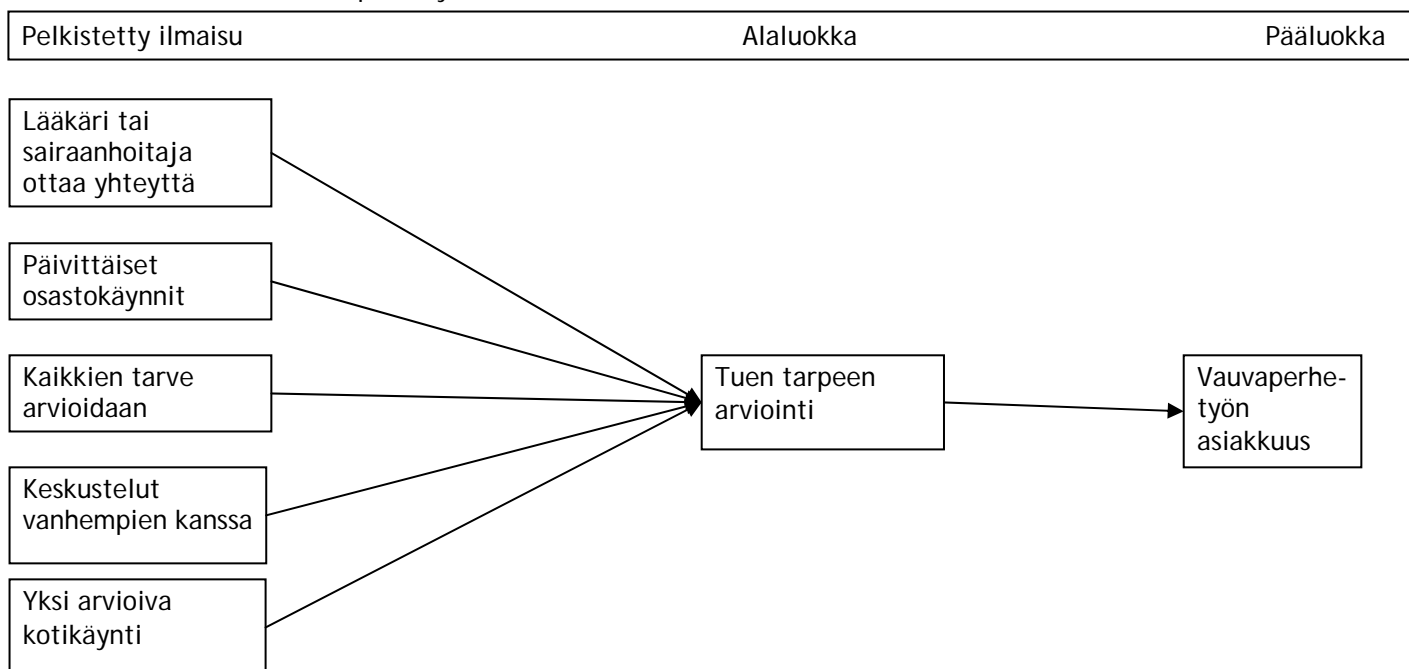
ammattillisuus kotikäynneillä”, ”ammattillisuuden kehittäminen” ja ”voimaantuminen työssä”. Työvälineet ja ammatillisuus kotikäynneillä alaluokkia ovat itsetuntemus ja opittu tieto, konkreettiset työvälineet sekä perheen kannattelijat. Ammatillisuuden kehittämisen alaluokaksi muodostui työnohjauksen käyttö ja oma aktiivisuus. Kun taas voimaantuminen työssä alaluokiksi muodostui työyhteisön tuki, perheiden kasvuprosessit sekä työn ja vapaa-ajan erottelu.

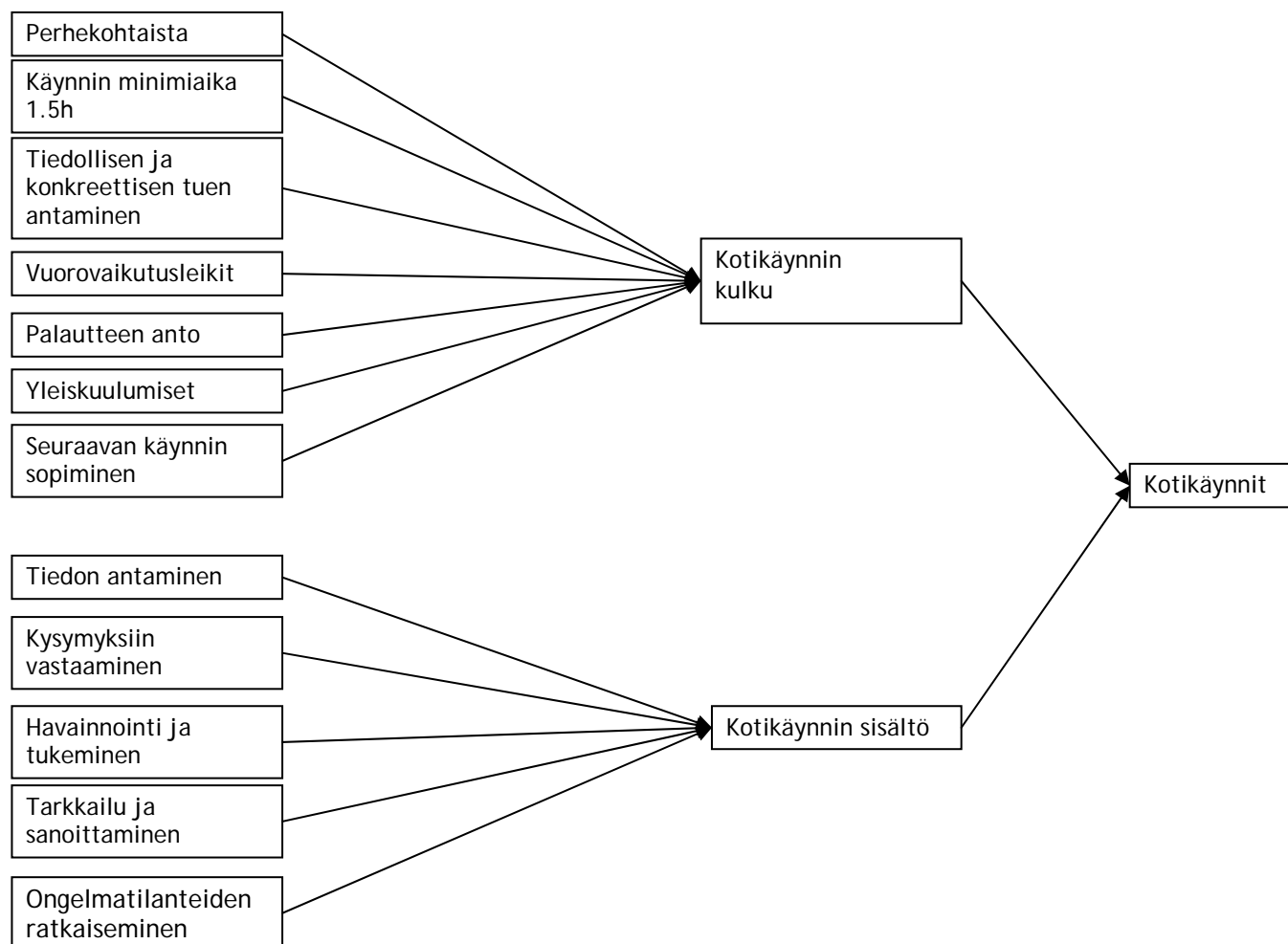
Neljännän tutkimuskysymyksen ”miltä vauvaperhetyön tulevaisuus näyttää ja mitkä ovat mahdolliset kehittämishaasteet?” pääluokaksi muodostui ”tulevaisuuden haasteita”. Sen alaluokiksi syntyi työmallin tilanne Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä, sisällöllinen kehittäminen ja tarve vertaistukiryhmille sekä vauvaperhetyön laajentuminen muihin neurologisiin yksiköihin.

5.1 Vauvaperhetyön sisältö

Vauvaperhetyön sisältöön muodostui kaksi pääluokkaa; vauvaperhetyön asiakkuus ja kotikäynnit. Vauvaperhetyön asiakkuuden alaluokaksi muodostui tuen tarpeen arviointi. Kotikäyntien alaluokaksi muodostui kotikäynnin kulku ja kotikäynnin sisältö. Kuviossa 1 näkee, miten pelkistetyistä ilmaisista muodostettiin alaluokat ja niistä pääluokat.

Kuvio 1: vauvaperhetyön sisältö





Perheet ohjautuvat vauvaperhetyön piiriin lääkärin tai sairaanhoitaja yhteydenotosta vauvaperhetyöntekijään. Myös vauvaperhetyöntekijä tekee osastokäyntejä epilepsia yksikköön päivittäin kartoittamaan uusien perheiden tilannetta. Kaikki alle vuoden ikäisten lasten perheet tavataan ja arvioidaan vauvaperhetyön tarve. Tarve arvioidaan keskustelemalla perheen kanssa sekä tehdään useimmiten yksi arvioiva kotikäynti. Keskustelussa kartoitetaan vanhempien kokemuksia sairastumisvaiheesta ja lisätiedon tarpeesta.

"Ja usein me tehdään aina sitten yks kotikäynti sinne perheeseen ja et välttämättä ei sit useampia tehdäkään jos siinä kotikäynnin aikana vanhemmat tuo ilmi niin että he kokee et heillä on tarpeeksi hyvä tukiverkosto ja he kokee että he pärjää tän asian kanssa niin silloin, silloin niin jätetään avoimeksi se että ei jatketa enempää kotikäyntejä mutta perheillä on aina mahdollisuus ottaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla."

Ensimmäisellä kotikäynnillä ollaan jo perheen omalla alueella, missä vastataan vanhempien heränneisiin kysymyksiin ja sitä kautta tutustutaan perheeseen. Sen jälkeen voidaan lähteä

havainnoimaan ja tukemaan vanhempien ja vauvan välistä vuorovaikutusta.

Kotikäyntien kulku on perhekohtaista. Käynnin minimi aika on 1,5h, mutta tarvittaessa vauvaperhetyöntekijällä on mahdollisuus olla myös pidempään. Analyysistä kävi ilmi, että toiset perheet tarvitsevat enemmän tiedollista tukea kun taas toisten kanssa painottuu enemmän vauvan ja vanhemman välinen vuorovaikutus. Käynnin loppupuolella jutellaan kuulumisia vauvan ja vanhempien voinnista sekä sovitaan seuraavan kotikäynnin ajankohta.

”Se on aika paljon perhekohtaista että miten se kotikäyntien luonne lähtee minkä perheen kanssa menemään. Toisen perheen kanssa painottuu enemmän se semmonen tiedollisen tuen tarve ja toisen perheen kanssa mennään enemmän siihen vauvan ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen. Usein oon pyrkinyt siihen et se kotikäynnin luonne on semmonen et siinä alussa kun se vauva on mahdollisesti hereillä ja virkeänä ja hyvävoimainen niin leikitään äidin ja vauvan kanssa jotain, jotain vuorovaikutusleikkejä ja sitten siinä annan samalla vähän palautetta siitä että mitä mä nään siinä leikkihetkessä. Sen jälkeen sitten jutellaan ihan yleiskuulumisia miten vauva on voinut ja miten vanhemmat on voineet ja, ja sitten yleensäkin sovitaan käynnin loppukohdalla seuraavan kotikäynnin ajan.”

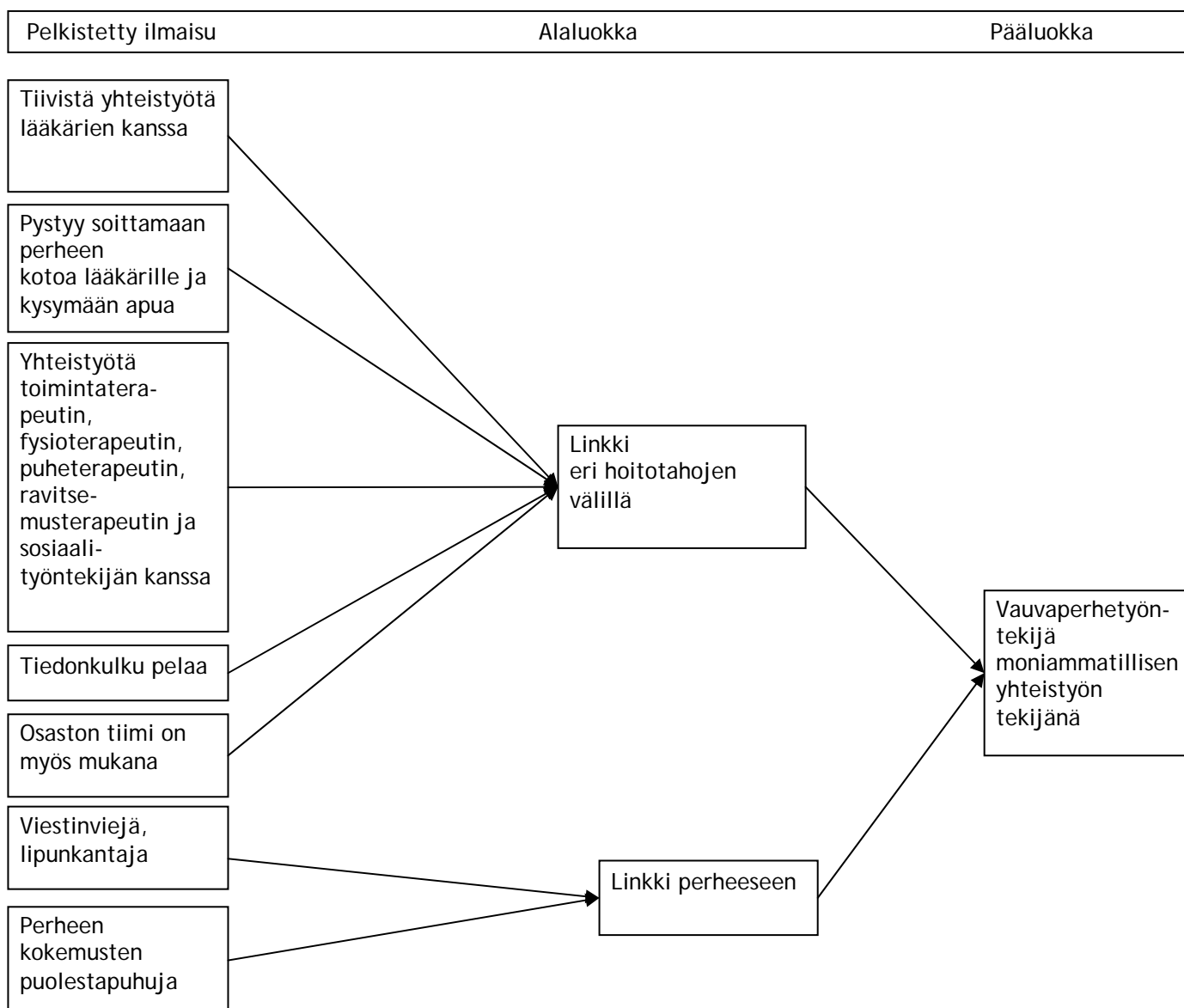
Kotikäyntien sisältö koostuu viidestä (5) eri aiheesta. Nämä ovat tiedon antaminen, kysymyksiin vastaaminen, havainnointi ja tukeminen, tarkkailu ja sanoittaminen sekä ongelmatilanteiden ratkaiseminen. Analyysin perusteella perheet kaipaavat paljon tietoa epilepsiasta ja perustietoa lapsen kehityksestä. Vauvaperhetyöntekijä pyrkii vastaamaan perheiden kokemuksista ja tiedonpuutteista nousseisiin kysymyksiin ja etsii heidän kanssaan ongelmatilanteiden ratkaisuja. Näitä voivat olla esimerkiksi uniongelmat, syömisongelmat ja vauvan itkuisuus. Perheelle viedään myös kirjallista materiaalia, joka käydään kotona suullisesti läpi. Vauvaperhetyöntekijä havainnoi ja tekee vuorovaikutusta vauvan ja vanhemman välille.

”No sitten tosiaan ihan tietoo siitä vuorovaikutuksesta, miten minkin ikäinen lapsi on vuorovaikutuksessa vanhempien kanssa ja mikä on minkäkin ikäkauden, monesti siinä vaiheessa kun lapsi on sairastunut epilepsiaan niin voi olla että se epilepsia on vaikuttanut sen lapsen kehitykseen sillä lailla että vanhempien voi olla vaikea havaita sitä et mikä, mitä tämän ikäinen lapsi normaalisti tekee ja voi olla aika paljon paineitakin sen suhteen että tän ikäisen lapsen pitäisi tehdä sitä tätä ja tuota. Tavallaan se tilanteen semmonen tarkkailu ja sanoittaminen vanhemmille et miten, et nyt tää lapsi osaa tämmöstä näin ja tavallaan on ehkä vähän semmosena ennustajana siinä että no kohta varmaan, nyt näyttää sitä et varmaan ihan kohta hän lähtee ryömimään. Et kun näkee siinä lapsessa, kun tiheemmin käy niin näkee tavallaan niillä lyhyillä kerroilla sen miten paljon siinä pienessä ajassa se lapsi on mennyt eteenpäin. Niin osaa vähän ennakoita niitä vanhempia jo ehkä siihen seuraavaan kehitysaskeleeseen päin.”

5.2 Vauvaperhetyöhön liittyvä yhteistyö

Analyysin perusteella muodostui yksi pääluokka kuvaamaan vauvaperhetyöhön liittyvää yhteistyötä. Pääluokka nimettiin vauvaperhetyöntekijä moniammatillisen yhteistyön tekijänä. Sille muodostui kaksi alaluokkaa, jotka nimettiin linkki eri hoitotahojen välillä sekä linkki perheeseen. Kuviossa 2 on esitetty miten pelkistetyistä ilmaisuista on tehty alaluokat ja niistä pääluokat.

Kuvio 2: vauvaperhetyöhön liittyvä yhteistyö



Vauvaperhetyöntekijä tekee perheen hyväksi moniammatillista yhteistyötä eri hoitotahojen kanssa. Lääkärin kanssa yhteistyö on tiivistä. Vauvaperhetyöntekijä pystyy soittamaan perheen kotoa lääkärille ja kysymään apua, jos huomataan että lapsella on jotain suurempaa ongelmaa.

"...me ollaan tiiviissä yhteistyössä lääkärin kanssa. Lääkäri pystytään soittamaan kotoa jos huomataan et lapsella on nyt jotain niin kuin suurempaa ongelmaa niin voidaan soittaa sieltä suoraan lääkärille ja kysymään apua."

Lisäksi vauvaperhetyöntekijä tekee yhteistyötä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin kanssa. Joissain tapauksissa mukana tarvitaan myös ravitsemusterapeuttia ja sosiaalityöntekijää. Osaston tiimi on myös linkkinä eri hoitotahoihin. Kun perheen hoitoon liittyvät osaston työntekijät sekä vauvaperhetyöntekijä tietävät, että lapsella on aloitettu terapiota, he pystyvät viemään viestiä lapsen hoitoa koordinoivalle terapeutille lapsen tilanteesta ja esimerkiksi mahdollisista apuvälineiden tarpeista. Tiedonkulun on todettu toimivan hyvin.

"...kun me tiedetään et esimerkiksi lapsella on aloitettu terapiota niin, pystytään viemään viestiä, viestiä niin kuin sieltä kotoa sitten sille koordinoivalle terapeutille että nyt on tällöinen tilanne ja et tarvitaan esimerkiksi jotain apuvälinettä että hän pystyy alkaa sitten sitä, sitä hoitamaan."

Vauvaperhetyöntekijän rooli moniammatillisessa yhteistyössä on olla perheen lipunkantaja eli perheen puolestapuhuja. Vauvaperhetyöntekijä tuo esiin perheen havaintoja ja kokemuksia lapsesta ja hänen tilanteestaan niissä palaverieissa ja tilanteissa joissa perhe ei itse ole paikalla.

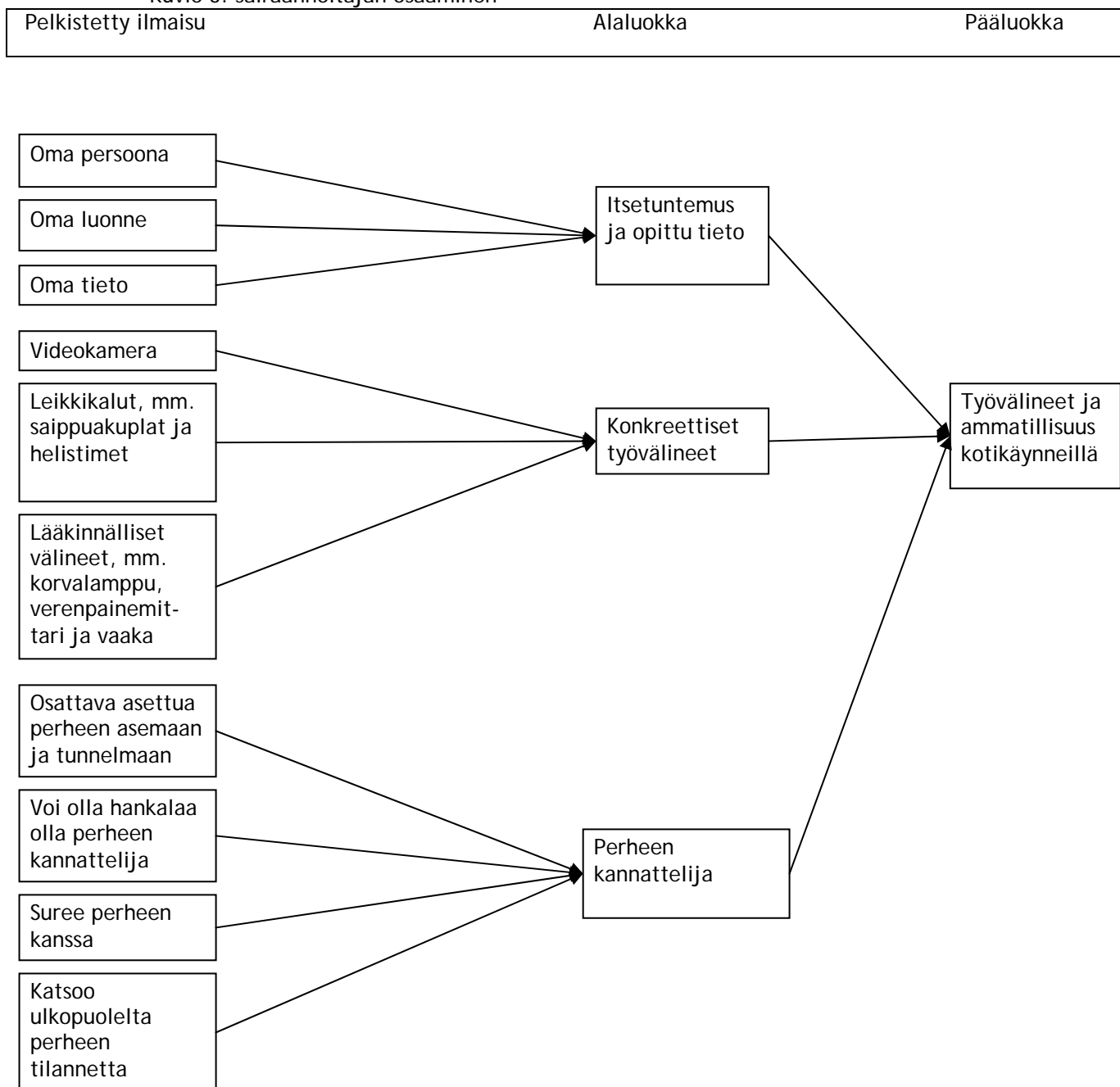
"Et mä oon siellä tuomassa sitä heijän kokemusta ja heijän niin kuin havaintoja siitä lapsesta ja hänen tilanteesta niin esiin siellä palaverieissa ja tota ihan suoraan eri sitten eri ihmisille."

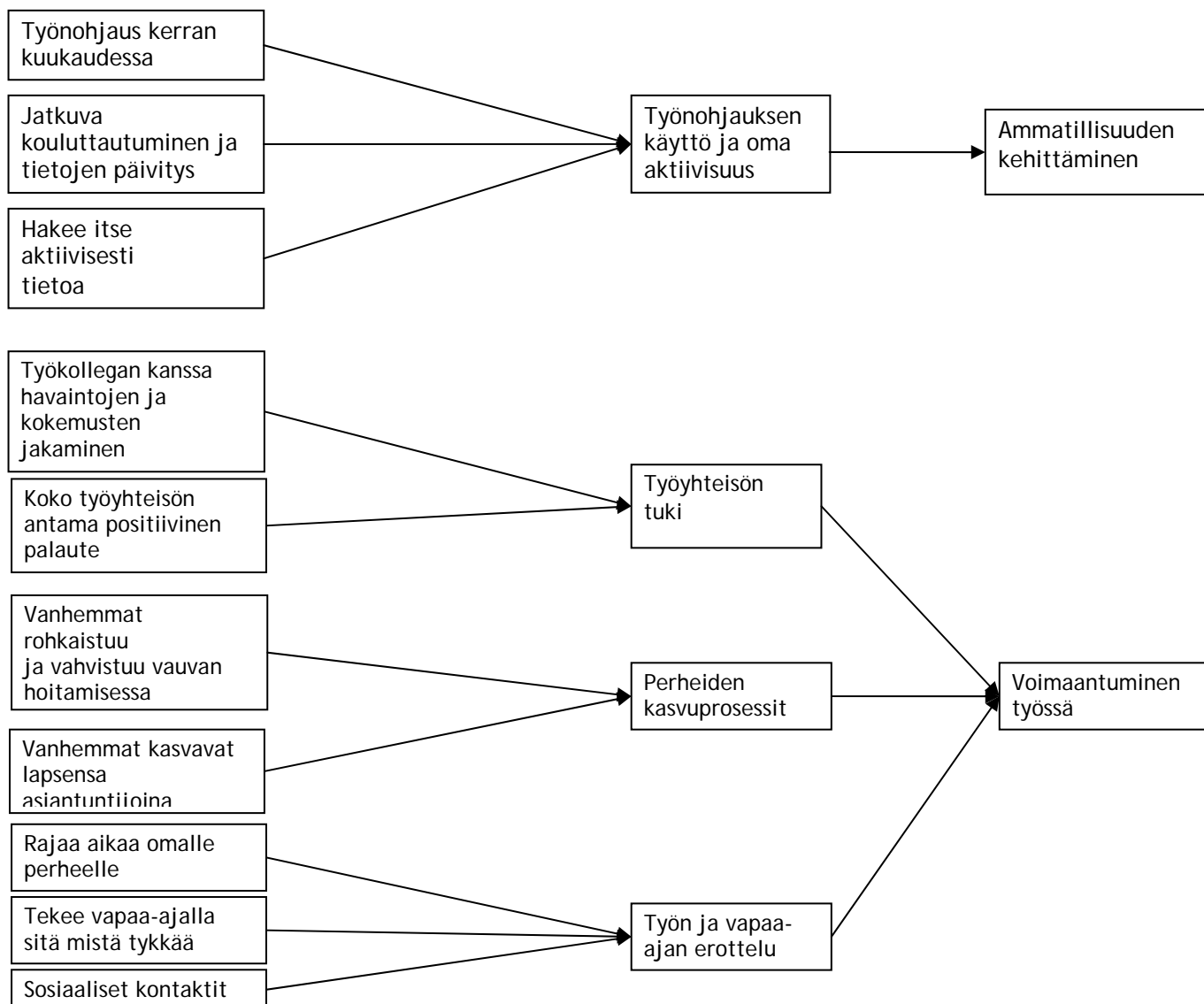
Jos perhe kokee tarvitsevansa jotain lisätukea niin vauvaperhetyöntekijä ohjantaa käden ja laittaa asian menemään eteenpäin.

5.3 Sairaanhoitajan osaaminen

Sairaanhoitajan osaamiseen muodostui aineiston perusteella kolme pääluokkaa; työvälineet ja ammatillisuus kotikäynneillä, ammatillisuuden kehittäminen sekä voimaantuminen työssä. Työvälineet ja ammatillisuus kotikäynneillä -alaluokiksi muodostuivat itsetuntemus ja opittu tieto, konkreettiset työvälineet sekä perheen kannattelijat. Ammatillisuuden kehittäminen -alaluokaksi muodostui työnohjauksen käyttö ja oma aktiivisuus. Voimaantuminen työssä -alaluokiksi muodostui työyhteisön tuki, perheiden kasvuprosessit sekä työn ja vapaa-ajan erottelu. Kuviossa 3 on esitetty miten pelkistetyistä ilmaisuista on muodostettu alaluokat ja niistä pääluokat.

Kuvio 3: sairaanhoitajan osaaminen





Vauvaperhetyöntekijän työvälineet perheen kotona ovat oma persoona, luonne ja tieto asioista. Työntekijän mukana kulkee myös videokamera, leikkikalut ja joskus perinteiset sairaanhoitajan lääkinnälliset työvälineet.

"... sitten ihan videokamera, videoin jonkun verran, ehkä vähän, ehkä liian vähän, mutta niinkun sitä, sitä käytetään apuna ja sitten ihan leikkikalut, saippuakuplat, helistimet ja tota sitten joillakin käytetään ihan tällöiset lääkinnälliset välineet, korvalamput, verenpainemittari. Vaaka on välillä kulkenu kainalossa. Sitten välillä ihan pistos, pistoshoitoja kun antaa niin sitten ihan tällöiset perus sairaanhoitajan, hoitajan välineet..."

Jotta vauvaperhetyöntekijä pystyy kannattelemaan perhettä, hänen on osattava asettua

perheen asemaan ja oltava läsnä, mutta pysyttävä kuitenkin katsomaan tilannetta ulkopuolisena. Pääsääntöisesti tutkittavalla oli helppo olla tilanteessa ammattilaisena vaikka lapsen hankalaa tilannetta saatetaankin surra yhdessä perheen kanssa.

"Mun mielestä se aika paljon vaatii myös sitä et osaa asettua sen perheen, perheen niinku tilanteeseen ja siihen heijän tunteiden niinku mylläköintiin."

"..et pystyy sitä kattomaan kuitenkin sitten tavallaan ulkopuolisena.."

"..tietenkin sitä suree suree sen perheen kanssa yhdessä sitä sitä sen lapsen tilannetta."

"..se on kuitenkin se oma ammatillisuus on sen verran suuri et pystyy kuitenkin olemaan tilanteessa niinkun ammattilaisena"

Vauvaperhetyöntekijä kehittää ammatillisuuttaan päivittämällä ja hakemalla jatkuvasti uutta tietoa sekä käymällä ulkopuolisissa koulutuksissa. Työnantaja mahdollistaa 14 palkallista koulutuspäivää vuodessa. Vauvaperhetyöntekijän on tunnettava päivän suositukset ja asiat lapsen kasvusta, jotka ovat asiakkaalle ajankohtaisia. Vauvaperhetyöntekijä tuo perheille tietoa epilepsiasta ja sen vaikutuksista heidän elämään ja kehitykseen, mutta hänen täytyy myös tuntea, mitä terveiden vauvojen vauvaperheissä minäkin vaiheessa normaalisti tapahtuu. Moniongelmaisissa perheissä resurssit ja tietotaito jää ajoittain puutteelliseksi ja moniammatillinen työskentely korostuu. Työnohjaus on järjestetty Auroran sairaalassa kerran kuukaudessa. Työnohjaajana toimi lastenpsykiatri. Tutkittava koki työnohjauksen erittäin hyväksi ja toimivaksi.

Tutkittavan voimaantuminen työssä koostui työyhteisön tuesta, perheiden kasvuprosesseista sekä työn ja vapaa-ajan erottelusta. Vauvaperhetyöntekijä keskusteli päivittäin kollegansa kanssa. He pohtivat yhdessä molempien omia havaintoja perheen kotoa ja miettivät mistä mikin ilmiö voisi johtua. Analyysistä kävi ilmi, että vauvaperhetyö epilepsiayksikössä sai paljon positiivista palautetta sekä tukea työyhteisöltä ja sitä pidetään tärkeänä osana perheen hoitoprosessia. Perheen kasvun prosessi ilmeni tutkittavan näkökulmasta siten, että vanhemmat rohkaistuivat ja vahvistuivat vauvansa hoitamisessa, sekä kasvoivat oman lapsensa asiantuntijaksi. Voimavaroja tutkittavalle antoivat myös taito rajata työ ja vapaa-aika. Vapaa-aikana tutkittava piti tärkeänä mm. aikaa oman perheen kesken.

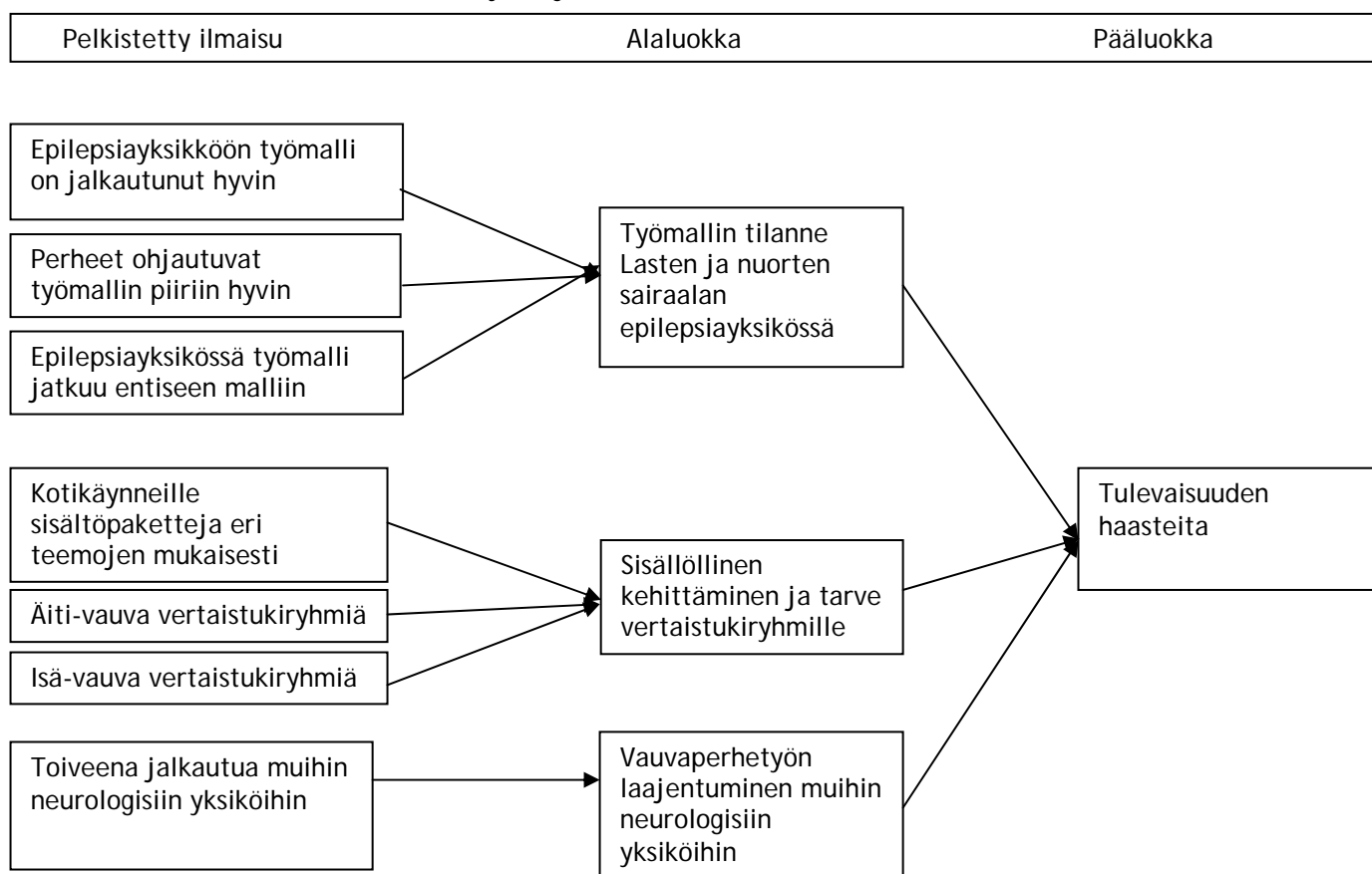
"..voimia antaa myös et kun näkee sen perheen semmosen kasvu prosessin sen ajan aikana kun perheen kanssa työskentelee."

"..tää vaatii sitä että työajan ulkopuolella on sitten aika, ei tee työtä työajan ulkopuolella eli no irrottautuu siitä työstä silloin kun työ- työaika loppuu et tietenkin se vapaa aika antaa paljon et tekee sitä mistä tykkää ja tota on perheen parissa ja riittää vähin."

5.4 Tulevaisuuden näkymät ja kehittämishaasteet

Aineiston analyysistä tulevaisuuden näkymille ja kehittämishaasteille muodostui yksi pääluokka, tulevaisuuden haasteita. Sen alaluokiksi muodostui työmallin tilanne Lasten ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä, sisällöllinen kehittäminen ja tarve vertaistukiryhmille sekä vauvaperhetyön laajentuminen muihin neurologisiin yksiköihin. Kuviossa 4 on esitetty, miten pelkistetyistä ilmaisuista on muodostettu alaluokat ja niistä pääluokat.

Kuvio 4: tulevaisuuden näkymät ja kehittämishaasteet



Epilepsiayksikköön vauvaperhetyö on vakiintunut hyvin ja perheet ohjautuu työmallin piiriin hyvin. Yksi haastattelussa esiin noussut kehittämistoive oli, että kotikäyntejä voisi sisällöllisesti suunnitella vastaamaan enemmän perheiden toiveita. Perheille voisi tehdä sisältöpaketteja lapsen hoitoon liittyviin asioihin kuten ruokailuun ja unihäiriöihin. Tällöin vauvaperhetyöntekijä voisi tehdä kotikäyntejä myös jonkun teeman mukaisesti ja viedä mukana materiaalia teemaan liittyen. Lähtökohtaisesti kotikäynti tehdään aina perheen tarpeen mukaisesti.

„..jos joskus olis aikaa tehdä semmosia tavallaan sisältöpaketteja ja että organosoida niitä käyntejä silleen systemaattisemmin et tällä hetkellä ne

käynnit ohjautuu sen mukaan mitä ne perheet tuo esille..”

”..jotain semmosia sisältöpaketteja et esimerkiksi mitä mitä pystyis perheiden kanssa käymään yhdessä lävitse vaikka jostain, mitä nyt yleensä puhutaan ruokailuista ja unista..”

”Tällä hetkellä se on sitä et mä kerään materiaalia omista lähteistä niin esimerkiksi nukkumiseen ja vaikka unikouluihin liittyen ja vaikka et tavallaan voi olla jotain semmosia kotikäynneillä aina joku teema jonka puolesta viedä niitä teemaan liittyviä materiaaleja perheille.”

Toisena kehittämistoiveena perheiden tarpeista on noussut vertaistukiryhmät. Perheiltä on tullut esille toiveita, että löytyisi vertaistukea, ystävä, jolla olisi suurin piirtein samantyyppinen tausta ja saman ikäisen lapsi. Haastattelun mukaan isät jäävät perheissä usein sivummalle. Vertaistuelle olisi kysyntää sekä äiti-lapsi -ryhmille että isä-lapsi -ryhmille.

”Ja tietenkin sitten oon joskus miettinyt et ihan tämmösiä perheiden tämmösiä vertaistukiryhmiä et oisko joskus tulevaisuudessa mahdollista pitää jotain äiti-lapsi -ryhmiä samassa tilanteessa olevien kanssa tai jotain isä-vauva -ryhmiä.”

Selvänä puutteena analyysistä nousi se, että vauvaperhetyö ei ole vielä päässyt jalkautumaan muihin neurologisiin yksiköihin ja muuallekin lastensairaalaan.

”..vauvaperhetyön tapainen malli olis suuri kysyntä varmasti et se ois kuitenkin semmonen aika tämmönen kevyt, kevyt niin kuin tukimalli kuitenkin siihen perheen arkeen ja siihen hankalaan tilanteeseen mikä lapsen sairastumisen myötä tulee.”

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001) mukaan laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus. Merkittävää on myös että tutkija ei tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 39.) Haastatteluluvan saamiseksi haettiin kirjallinen lupa HYKS Lasten ja Nuorten sairaalan lasten neurologian ylihoitajalta. Haastatteluluvan saatuamme sovittiin kohdehenkilön kanssa sopiva haastattelu-aika ja -paikka. Haastattelupaikkana toimi haastateltavan työhuone. Ennen haastattelun alkua kohdehenkilöltä kerättiin esitietoa opinnäytetyön teoriaosuutta varten. Sen jälkeen kerrottiin haastattelun kulusta ja että, haastattelu nauhoitetaan. Opinnäytetyöstä ei käy ilmi kohdehenkilön henkilöllisyyttä. Eettisenä haasteena tässä opinnäytetyössä pidettiin tutkittavan nimettömyyden takaamista, koska epilepsiayksikössä työskenteli vain kaksi vauvaperhetyöntekijää. Opinnäytetyö tehtiin epilepsiayksikön toiveesta, joten kohdehenkilö

kertoi vapaaehtoisesti ja hyvin mielellään kokemuksistaan.

Haastattelun yksi etu on se, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tällöin voidaan syventää ja selventää saatuja vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005: 193-194). Haastattelutilanteessa luotettavuutta lisäsi se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä haastatteli aiheiden mukaisesti ja toinen kuunteli, kirjasi ja esitti haastattelun aikana nousseita tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelutilanne oli alusta asti tunnelmaltaan rento ja ilmapiiri oli luotettava. Näin ollen uskottiin tutkittavan tuoneen vapaasti omia ajatuksia esiin sekä opinnäytetyön tekijät kokivat lisäkysymysten esittäminen helpoiksi. Haastattelun luotettavuutta saattoi hieman heikentää se, että haastattelutilanteen keskeytti huoneessa käynyt ulkopuolinen henkilö. Luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijät olivat perehtyneet aiheeseen hyvin. Tekijöillä oli myös paljon omaa kokemusta lapsiperheen elämästä, siihen liittyvistä asioista sekä tunteista. Toisaalta analyysissä oli oltava tarkka, etteivät omat ennakkokäsitykset vaikuttaneet tulkintaan. Haastattelun luotettavuutta saattoi heikentää opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus haastattelusta ja aineiston analysoinnista.

Tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa, vastaavatko tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinnat tutkittavan käsityksiä (Vilkkä 2005: 158). Tämän opinnäytetyön luotettavuuden arviointi pohjautuu Vilkan (2005) ja Latvala & Vanhanen-Nuutisen (2001) näkemyksiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä. Kriteerit ovat aineiston laatu, aineiston analysointi sekä tulosten esittäminen. Sisällön analyysin luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi myös tutkijan kyky pelkistää aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Yhteys aineiston ja tulosten välillä on myös pystyttävä osoittamaan. Koska haastateltavia oli tarkoituksenmukaisesti vain yksi, tulokset kertovat rehellisesti ja aidosti yhden ihmisen kokemuksista ja näkemyksistä vauvaperhetyöntekijänä. Toisaalta tämän vuoksi tulokset ovat vertailukelpoisia mutta niitä ei voida yleistää. Tutkimusaineistoa voidaan pitää luotettavana, koska tutkittavalla oli itsellä henkilökohtaista kokemusta työskentelystä vauvaperhetyöntekijänä kaksi vuotta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 36-37; Vilkkä 2005: 158-159.)

Haastatteluaineiston tuottamaa tietoa voidaan pitää litterointiin asti luotettavana, koska haastattelu nauhoitettiin ja se purettiin sanatarkasti tekstimuotoon. Tulosten raportoinnoissa halusimme suorilla lainauksilla lisätä luotettavuutta ja osoittaa lukijalle, minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat muodostettiin (Kyngäs & Vanhanen 1999: 10). Analyysin luotettavuuden säilymiseksi tulkintojen yhteys alkuperäiseen aineistoon tarkistettiin aika ajoin.

6.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata Kiikku®-vauvaperhetyöntekijän kokemuksia vauvaperhetyöstä HYKS:n Lasten- ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa vauvaperhetyöstä jo olemassa olevan palvelumallin tuottamiseksi ja kehittämiseksi. Aineisto kerättiin haastatteleamalla epilepsiayksikössä työskentelevää vauvaperhetyöntekijää. Kohdehenkilöllä oli kokemusta vauvaperhetyöstä kahden vuoden ajalta. Haastattelussa ja tulosten analysoinnissa edettiin neljän tutkimuskysymyksen mukaan. Tuloksia pohditaan näiden kysymysten pohjalta.

Tulosten mukaan vauvaperhetyöntekijä arvioi jokaisen epilepsiaosastolla käyneen alle yksivuotiaan lapsiperheen vauvaperhetyön tuen tarpeen. Joko osaston lääkäri tai sairaanhoitaja ilmoitti vauvaperhetyöntekijälle osastolle tulleesta uudesta perheestä tai vauvaperhetyöntekijä kävi itse osastolla katsastamassa mahdollisten uusien perheiden tilannetta. Pitkänen (2004) havaitsikin tutkimuksessaan, että eniten vauvaperhetyöntekijälle oli ohjattu sairaanhoitajan tai lääkärin ehdotuksesta. Selvästi harvemmin vauvaperhetyöntekijälle oli ohjattu neuvolan tai synnytyssairaalan kautta. (ks. Korhonen & Sukula 2004: 47.) Perheen tuen tarve arvioitiin kartoittamalla vanhempien kokemuksia lapsen sairastumisvaiheesta ja lisätiedon tarpeesta. Mattilan (2004) mukaan perheet tarvitsevatkin erityisen paljon tukea lapsen sairauden toteamisen alkuvaiheessa. Erityisvauvaperheet tarvitsevat erityisesti kotona toteutettavaa vauvaperhetyötä, jotta he selviäisivät vauvan hoidosta kotona ja osaisivat vastata vauvan erilaisiin tarpeisiin. (Mattila 2004: 14, 75.)

Kotikäynnin kulku vaihtelee perhekohtaisesti. Tuloksissa korostui perhekohtaisten tarpeiden tärkeys. Toiset perheet kaipaivat enemmän tiedollista tukea kun taas toisten perheiden kanssa keskityttiin enemmän vauvan ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen. Jokaisen kotikäynnin aikana juteltiin sekä vauvan että vanhemman yleiskuulumisista ja sovittiin seuraavan käynnin ajankohta. Pitkäsen (2004) mukaan kotikäyntejä tuleekin tehdä perheen suostumuksella ja perheen toiveita kunnioittaen. (ks. Korhonen & Sukula 2004: 47.)

Tulokset kotikäyntien sisällöstä painottui keskusteluun. Perheiden kanssa keskusteltiin sairaudesta, vuorovaikutuksesta, kokemuksista ja tunteista sekä ongelmatilanteista. Muu tuki oli havainnointia ja tarkkailua, tilanteiden sanoittamista ja palautteen antamista. Tämä tukee useita tutkimustuloksia, joissa on kartoitettu kotikäyntien sisällön tarpeita perheiden kokemusten pohjalta. Korhosen (2003) mukaan vauvaperhetyöntekijän antama keskeinen tuki oli tiedon antaminen (Korhonen 2003: 128). Samansuuntaiset olivat Kallandin (1998) tutkimuksen tulokset, joissa kotikäyntien sisällössä korostui henkinen tuki ja turva, tieto vauvan kehityksestä ja sen turvaamisesta (ks. Korhonen & Sukula 2004: 51). Myös Mattila (2004) mainitsi tutkimuksessaan kotikäyntien sisällöllisiksi piirteiksi muodostuneen lapsen vanhempien kanssa keskusteleminen, lapsen fyysinen hoitaminen, vanhempien ohjaaminen lapsen hoidossa sekä vanhempien rohkaiseminen toimimaan.

Vauvaperhetyöntekijä tekee osaltaan moniammatillista yhteistyötä perheen hyväksi. Tulokset osoittivat, että yhteistyötahoja perheestä riippuen voi olla monia. Epilepsiayksikössä yhteistyö eri hoitotahojen kanssa oli vaivatonta ja tiedonkulku eri tahojen kesken pelasi hyvin. Siirto-Honkanen (2008) korostaa moniammatillisessa yhteistyössä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen tarpeellisuutta. Myös toisen työn tunteminen ja kunnioittaminen oli edellytyksenä vuorovaikutuksen ja yhteistyön sujuvuudelle. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että myös osaston tiimi oli olennainen osa yhteistyötä. Siirto-Honkanen (2008) mainitseekin, että työyhteisön myönteinen asenne mahdollistaa avoimuuden ja sujuvan keskustelun. (Siirto-Honkanen 2008: 42, 44.) Vauvaperhetyöntekijän rooli yhteistyössä oli olla perheen lipunkantaja. Myös konsultointia lääkärin kanssa tehtiin suoraan perheen kotoa. Kollegiaalista konsultointia saatettiin tehdä toisen vauvaperhetyöntekijän kanssa pohdittaessa mistä mikäkin ilmiö saattoi vauvaperheessä johtua. Mattila (2004) mainitsi tutkimuksessaan että, yksi perheiden kokema tuen muoto oli vauvaperhetyöntekijän oleminen yhdyshenkilönä perheen ja sairaalan välillä niissä tilanteissa, joissa perheet kaipasivat apua (Mattila 2004: 37). Siirto-Honkanen (2008) mukaan vauvaperhetyöntekijöiden tekemää yhteistyötä perheen muihin virallisiin tuentajiin pidettiin merkittävänä työnsisältönä. Se myös helpotti paljon perheen arkea. Opinnäytetyöntekijöiden ja Siirto-Honkanen näkemykset vauvaperhetyöntekijän roolista perheen edustajana ja luottohenkilönä ovat samankaltaiset. Vauvaperhetyöntekijä toi esille perheen näkökulman tilanteissa, joissa perhe itse ei ole paikalla. Moniammatillisessa yhteistyössä nähdään näkökulma myös hoidon jatkuvuuteen. (Siirto-Honkanen 2008: 36, 39.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostuu itsetuntemuksesta ja opitusta tiedosta, konkreettisista työvälaineistä ja perheen kokonaistilanteen tunnistamisesta. Tulokset tukevat Korhosen ja Koskisen (2007) työmallia, mikä on esitetty aiemmin opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä. Työmallin keskeiset teemat ovat varhaisenvuorovaikutuksen teoreettinen tuntemus, varhaisenvuorovaikutuksen havainnointi ja arviointi, vauvan kokonaiskehityksen tunnistaminen sekä kasvun tukeminen ja ohjaaminen perheen arjessa. (Korhonen & Koskinen 2007: 13.) Tuloksista ilmeni, että ammatillisuuden kehittäminen koostui työnohjauksen käytöstä ja omasta aktiivisuudesta tietojen ylläpitämiseen ja niiden päivittämiseen. Korhonen & Koskinen (2008) mainitseekin tutkimuksessaan, että työnohjaus ja keskustelut toisen Kiikku-vauvaperhetyöntekijän kanssa koettiin erittäin tärkeäksi ammatillisuuden kehittymisen kannalta (Korhonen & Koskinen 2008: 15). Myös Korhosen & Sukulan (2004) mukaan yksilötyönohjaus, jonka tavoitteena on oman työn tutkiminen yhteistyössä työnohjaajan kanssa, mahdollistaa ammatillisen kasvun ja oman ammatti-identiteetin rakentumisen (Korhonen & Sukula 2004: 94-95.) Tulosten mukaan vauvaperhetyöntekijän voimaantumiseen vaikuttivat työyhteisön tuki, perheiden kasvuprosessit sekä työn ja vapaa-ajan erottelu. Tutkimushenkilö koki saaneensa

työyhteisöltä positiivista palautetta ja tukea sekä arvostusta vauvaperhetyötä kohtaan. Kun taas Ervasti (2004) tutkimuksessaan kuvaa, että varsinkin aluksi työyhteisö ei tukenut voimaantumista vaan vastusti ja suhtautui negatiivisesti koulutusta kohtaan (ks. Korhonen & Sukula 2004: 92). Korhosen & Koskisen (2008) tutkimuksessa taas noin 60 % vauvaperhetyöntekijöistä koki saaneensa riittävästi tukea työyhteisössään (Korhonen & Koskinen 2008: 15). Tutkimuksessaan Korhonen & Koskinen (2007) kuvaa omien voimavarojen ja ammatillisten rajojen tunnistamisen oleelliseksi vauvaperhetyössä. (Korhonen & Koskinen 2007: 13).

Vaikka opinnäytetyössä tutkimushenkilöitä oli vain yksi, tuloksia voidaan käyttää Lasten ja Nuorten sairaalan epilepsiayksikön vauvaperhetyön kehittämiseen. Epilepsiayksikköön vauvaperhetyön malli on jalkautunut hyvin ja perheet ohjautuvat työmallin piiriin hyvin.

Tuloksista nousi tarpeita kotikäyntien sisällölliselle kehittämiselle. Vauvaperhetyöntekijä voisi hyötyä työssään erilaisista teemoista koostuvista sisältöpaketeista. Eri teemoja voisivat olla esimerkiksi unihäiriöt tai ruokailu. Tällöin vauvaperhetyöntekijä voisi organisoida kotikäyntejä paremmin ja viedä aina mukanaan teemaan liittyvää ajankohtaista materiaalia perheen kotiin kuitenkin perheiden tarpeiden mukaisesti. Toisena kehittämisehdotuksena on perheiden tarpeista noussut vertaistukiryhmät. Epilepsialiitto on järjestänyt vertaistukiryhmiä ja heillä on mm. perhekahvila-toimintaa, mutta vauvaikäisten lasten vanhemmat eivät koe kuuluvansa niihin. Tulosten mukaan perheet toivoivat vertaistukea, joilla on suurin piirtein samantyyppinen tausta ja joiden lapsella on samantyyppinen epilepsia. Tarvetta on sekä äiti-vauva ryhmille että isä-vauva ryhmille.

Jatkossa Kiikku®-vauvaperhetyötä kannattaa tehdä tunnetummaksi työmuodoksi, jotta sitä pystytään jalkauttamaan muihin neurologisiin yksiköihin sekä laajentamaan muuallekin lastensairaaloihin. Vauvaperhetyölle on kysyntää ja se on kevyt tukimalli siihen tilanteeseen, mikä tulee perheeseen lapsen sairastumisen myötä.

Lähteet

- Brodén, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Terapia-säätiö. Gummerus Kirjapaino Oy
- Eriksson, K., Gaily, E., Hyvärinen, P., Nieminen, P. & Vainionpää, L. 2008. Lapsi ja epilepsia. 2. uudistettu painos. Epilepsialiitto.
- Gerhardt, S. 2008. Rakkaus ratkaisee. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Junnonen, S. Siikala, S. & Suhonen, T. 2004. Epilepsia. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Tammi.
- Kalland, M. & Maliniemi-Piispanen, S. 1999. Vauvan Kiikku. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki: Oy Edita Ab
- Kehitysvammaliitto. 2007. Aistien merkitys vuorovaikutuksessa. [PDF-dokumentti.] <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Q3OxkZ0LTggJ:papunet.net/tietoa/fileadmin/muut/vuorovaikutus/aistit_ja_vuorovaikutus.pdf+aistien+merkitys+vuorovaikutuksessa&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESHkyiJtkFFfEet3mCbIsi27Jz7dupgwq331B4Muf1EOAgUHWff8TS_a8xBgDNminSHb3IUX50dl8E-Kkk4ci7vGYMnISdHH5NOr5-Cs9ReUn6Z_WppjxKyhZU-w1N9jE8QrW54&sig=AHIEtbRnyTfSmRLjER__90-BvkgY8QkcPA> (Viitattu 3.9.2010.)
- Koponen, S. & Sahlstedt, S. 2010. "On niinku sydämellä siinä mukana..." Asiakkaiden kokemuksia vauvaperhetyöstä HYKS Lasten ja nuorten sairaalan epilepsiayksikössä. Opinnäytetyö. Laurea amk. Tikkurila. [PDF-dokumentti.] https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7062/Koponen_Sanna_Sahlstedt_Saa.ra.pdf?sequence=1 (Viitattu 11.5.2010.)
- Korhonen, A. & Koskinen, S. 2007. Kiikku®-vauvaperhetyön koulutuksen tuote. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki.
- Korhonen, A & Koskinen, S. 2008. Kiikku®-vauvaperhetyön sisältö ja työnkuva vauvaperhetyöntekijöiden kuvaamana. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki.
- Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lastentautien klinikka. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Korhonen, A. & Sukula, S. 2004. Vauvaperhetyö. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kurki, P-L. 2001. Vauva, vanhemmat ja varhainen vuorovaikutus. Oulu: Oulun yliopisto. [WWW-dokumentti.] <<http://www.kotu.oulu.fi/avoin/yleisoluento/arkisto/2001/01artikkeli5.htm>> (Viitattu 1.2.2010.)
- KvaliMOTV. Tampereen yliopisto. [WWW-dokumentti.] <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_1.html> (Viitattu 17.4.2010.)
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3-10.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Ladullisen hoitotieteellisen tutkimuksen

perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Maijala, H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Mattila, T. 2004. Erityisvauvaperheen saama tuki lapsen syntymän jälkeen. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Mäntymaa, M. 2006. Early Mother- Infant Interaction. Determinants and Predictivity. Tampere: Tampere University Press. Väitöskirja.

Paavalainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Piirainen, R. 2004. Downin syndrooma- lapsen varhaisen vuorovaikutuksen kehittyminen sekä lapsen isän käyttäytyminen vuorovaikutustilanteessa. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Sajaniemi, N. & Mitts, T. 2004. KIIKKU®-vauvaperhetyön vaikutukset vanhemmuuteen ja lapsen kehitykseen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 255. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Schulman, M. 2002, Psykoterapia 3/2002 terapia-yhdistyksen ja terapia-säätiön yhteisjulkaisu 3/2002. 21. vuosikerta: 137-232.

Siirto-Honkanen, K. 2008. Kiikku-vauvaperhetyöntekijän rooli ja moniammatillinen yhteistyö. Tampereen yliopisto. Pro Gradu -tutkielma.

Sinkkonen, J. 2003b. Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja häiriöt. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen (toim.)2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WSOY

Tamminen, T. 2004, Olipa kerran lapsuus, Juva. 2004. WSOY.

Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. [WWW-dokumentti.] <www.vamlas.fi/toteutu/kiikku.php> (viitattu 11.3.10)

Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. <www.vamlas.fi> (Viitattu 23.8.10)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Julkaisemattomat lähteet:

Niskanen, V. 2005. Kohti tutkivaa työtapaa. Kasvatustieteen laitos. Helsingin yliopisto. [WWW-dokumentti.] <<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kot/tulkinta.html>> (Viitattu 17.4.2010)

Opinnäytetyön haastattelun esimateriaali.

Liitteet

Liite 1. Haastattelurunko

Taustatietoja Kiikku®-vauvaperhetyöntekijästä:

- Kuinka pitkään hän on tehnyt vauvaperhetyötä?
- Kuinka pitkä aika on hänen saamastaan vauvaperhetyön koulutuksesta?
- Kuinka monessa perheessä hän on tehnyt vauvaperhetyötä?

Tutkimuskysymys 1: Millainen on vauvaperhetyön sisältö?

- Miten perheet tulevat vauvaperhetyön asiakkaaksi?
- Miten arvioitte perheen tarvitseman tuen?
- Kerro kotikäyntien kulusta ja perheelle antamasi tuen sisällöstä.
- Onko kotikäyntien määrä ja kotona käytettävän ajan pituus riittävä perheiden tarpeisiin nähden? Riittääkö resurssit tarjoamaan tukea perheiden tarpeiden mukaisesti?
- Miten varmistatte perheen tuen jatkumon vauvaperhetyön loputtua?
- Oletteko perheen kanssa yhteydessä kotikäyntien loputtua?

Tutkimuskysymys 2: Miten yhteistyö eri tahojen kanssa toteutuu?

- Miten moniammatillisuus toteutuu työssäsi?
- Mikä on sinun roolisi yhteistyössä muiden yhteistyötahojen kanssa?

Tutkimuskysymys 3: Mistä vauvaperhetyöntekijän osaaminen koostuu?

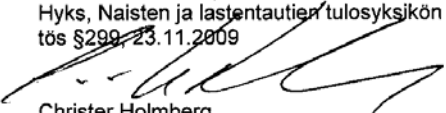
- Mitkä ovat työvälineesi kotikäynneillä?
- Millaisiin asioihin vauvaperhetyössä kaipaisit lisää tietoa ja/tai taitoja?
- Miten kehität omaa ammatillisuuttasi?
- Mitkä ovat työsi tukirakenteet? (työnohjaus, tiimit..)
- Mistä saat itse voimavaroja tehdä vauvaperhetyötä?

Tutkimuskysymys 4: Miltä vauvaperhetyön tulevaisuus näyttää sekä mitkä ovat mahdolliset kehittämishaasteet?

- Millaisena näet vauvaperheen tulevaisuuden omalla alueellasi?
- Näetkö puutteita liittyen vauvaperhetyöhön? Jos näet, niin millaisia?

Liite 2. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS-sairaanhoitoalue 2009-2010 Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 39 11.05.2010	Dnro	1 (2)
--	--	------	-------

Hakija	Osastoryhmän päällikkö Anita Tuhkanen
Esittelijä	Johtava ylihoitaja Inger Mäenpää
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN HOITOTIETEEN OPINNÄYTETYÖLLE "KANNATTELEVA VAUVAPERHETYÖ - KIIKKU -VAUVAPERHETYÖNTEKIJÄN KOKEMUKSIA TYÖSTÄÄN"
Tutkijat/tutkimusryhmä	Osastoryhmän päällikkö Anita Tuhkanen/NaLa, (vastuuhenkilö), sairaanhoitajaopiskelijat Henna-Maria Karjalainen ja Noora Räsänen/Laurea-ammattikorkeakoulu
Perustelut	Kyseessä on sairaanhoitajaopiskelijoiden Henna-Maria Karjalaisen ja Noora Räsänen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa vauvaperhetyöstä palvelumallin tuottamiseksi ja kehittämiseksi. Opinnäytetyö on Laurea- ammattikorkeakoulun ja Lasten ja nuorten sairaalan yhteistyöprojektia. Tietoa kerätään haastatteleamalla yhtä vauvaperhetyöntekijää Epilepsia yksikössä L11.
Päätös	Edellä esitetyn perusteella päätän myöntää yllämainitulle opinnäytetyölle tutkimusluvan ajalle 11.5.2010-31.12.2010. Valmis tutkimus, lyhyt yhteenveto ja raporttilomake täytettynä tulee toimittaa osoitteeseen: tutkimuslupien valmistelija , Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö, Hallinto, PL 280, 00029 HUS, tai etunimi.sukunimi@hus.fi.
Ehdot	Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekis- teriselosteen pysyväisohjeen 2/2006 mukaisesti.
Tutkimuksen voimassa- olo	Tutkimuksen päättymisestä ilmoitetaan tutkimusrekisterin hoitajalle. Jos tutki- mus tarvitsee jatkoajan, anotaan sitä vapaamuotoisella hakemuksella.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002 Henkilötietolaki (523/1999)
Päätösvallan peruste	Hallintosääntö 20 § Hyks, Naisten ja lastentautien tulosyksikön johtaja Jari Petäjän delegointipää- tös §299, 23.11.2009  Christer Holmberg HYKS NALA, ylilääkäri tutkimus ja opetus lasten sairaudet
Tiedoksi	Sairaanhoitajaopiskelijat Henna-Maria Karjalainen ja Noora Räsänen Johtava ylihoitaja Inger Mäenpää Osastoryhmän päällikkö Anita Tuhkanen Osastonhoitaja Tuula Kovalainen
Lähetetty tiedoksi	
Lisätietoja antaa	Tutkimusluvan valmistelija, puhelin 09-471 74730