
Perheen hoitotyö Suomessa

Esite vuorovaikutuksen tueksi



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö


Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 29.4.2011

Katri Karikorpi

Saara Laakso

Anna Ruskeeniemi



Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Perheen hoitotyö Suomessa.
Esite vuorovaikutuksen tueksi.

Tekijät Katri Karikorpi
Saara Laakso
Anna Ruskeeniemi

Ohjaava opettaja Kaisa Seppälä

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tekijät	Katri Karikorpi, Saara Laakso ja Anna Ruskeeniemi	Vuosi 2011
Työn nimi	Perheen hoitotyö Suomessa. Esite vuorovaikutuksen tueksi.	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön idea syntyi opinnäytetyön tekijöiden ollessa vaihdossa Keniassa keväällä 2010 Terve Afrikka -verkoston kautta. Haasteeksi muodostui Suomalaisesta hoitotyöstä kertominen ilman konkreettista materiaalia. Keskusteluissa syntyi idea kuvaesitteestä, jonka tavoitteena on auttaa vaihtoon lähteviä suomalaisia opiskelijoita esittelemään Suomen terveydenhuoltoa, sekä hoitotyötä ulkomaalaisille hoitoalan työntekijöille ja opiskelijoille.

Työn englanninkielisen esitteen tarkoituksena on edistää vuorovaikutusta ja tiedon vaihtoa eri kulttuurien välillä. Teoria pohjana on käytetty Leiningerin auringonnousumallia, jossa esiintyvien elementtien ja tekijöiden avulla tarkastellaan äitien- ja vastasyntyneiden terveydenhuoltoa sekä neuvolatoimintaa.

Esite on tallennettuna pdf muodossa Internetissä, josta vaihtoon lähtevät opiskelijat tai Terve Afrikka -verkosto voivat tulostaa sen käyttöönsä. Se on kuvapainotteinen ja sisällöltään tarkoituksenmukainen, jota opiskelijat voivat helposti käyttää apunaan vuorovaikutustilanteissa. Työn toivotaan antavan ideoita ja auttavan seuraavia opiskelijoita suunnittelemaan esitteitä muista hoitotyön kokonaisuuksista

Avainsanat Esite, Leininger, neuvola, opiskelijavaihto & vuorovaikutus

Sivut 24 s. + liitteet 25 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Katri Karikorpi, Saara Laakso &
Anna Ruskeeniemi

Year 2011

Subject of Bachelor's thesis Family health care in Finland. Brochure to support interaction.

ABSTRACT

The idea of this thesis consisted when the authors were in Kenya through Health Africa Development Co –operation Organisation. It was challenge to tell about Finnish health care system without concrete material. Part of thesis was made brochure in English with pictures. The aim was to help Finnish students to present Finnish health care system to foreigners nursing students and health care workers.

The purpose of the thesis was to promote interaction between different cultures. The theoretical basis of the thesis consisted of Leininger's Sunrise Model. Maternity and Children's health care is approach with Factors of Sunrise Model.

The brochure was documented in pdf form to the Internet where it can be printed. The set goals were achieved and brochure was appropriate. The authors hopes that the thesis will create new ideas to students to make brochures about other health care fields.

Keywords Brochure, Leininger, health clinic, student exchange & interaction.

Pages 24 p. + appendices 25 p.

SISÄLLYS

1	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	1
2	LEININGERIN KULTTUURILÄHTÖINEN HOITOTYÖN MALLI	3
3	KULTTUURILÄHTÖISEN HOITOTYÖN MAAILMANKATSOMUS.....	5
4	KULTTUURI- JA YHTEISKUNTARAKENTEIDEN TEKIJÄT	6
4.1	Kulttuuriset arvot ja elämäntavat.....	6
4.2	Sukulaisuus- ja sosiaaliset tekijät Suomessa	7
4.3	Poliittiset, oikeudelliset, taloudelliset ja teknologiset tekijät Suomen terveydenhuollossa.....	8
4.3.1	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	9
4.3.2	Taloudelliset etuudet lapsiperheelle	9
5	HOITOTYÖ ÄITIYS- JA LASTENTERVEYDENHUOLLOSSA LEININGERIN TEORIAAN SISÄLLYTTÄEN	10
5.1	Äitiysneuvolat.....	11
5.1.1	Raskauden seuranta äitiysneuvolassa	11
5.1.2	Perhevalmennus.....	12
5.1.3	Hammashoito.....	13
5.2	Synnytys	13
5.3	Lastenneuvolat.....	14
6	ETIIKKA.....	16
7	ESITTEEN TOTEUTUS.....	17
7.1	Hyvä esite	17
7.2	Terve Afrikka Ry	18
8	POHDINTA.....	19
	LÄHTEET	21

Liite 1	Lasten ja nuorten rokotusohjelma
Liite 2	Esite

1 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi ollessamme vaihdossa Keniassa keväällä 2010 Terve Afrikka järjestön kautta. Sairaalan henkilökunta ja paikalliset opiskelijat olivat erittäin kiinnostuneita kuulemaan suomalaisesta hoitotyöstä ja terveydenhuollosta. Koimme hankalaksi kertoa kyseisistä asioista ilman konkreetista materiaalia. Paikallisten oli hyvin vaikea ymmärtää selityksiämme, koska hoitotyö on erilaista kulttuureissamme. Vaihdossa mukana oleva opettaja ehdotti yhteistyötä Terve Afrikka järjestön kanssa.

Lapsi- ja äitikuolleisuus on suurta Keniassa. Lapsivuodeaikana kuolee satoja äitejä 100 000 elävänä syntynyttä lasta kohden, kun Suomessa luku on alle kymmenen. Luvut koskevat raskauden aikaisia kuolemia sekä synnytyksessä, että 42 päivää sen jälkeen tapahtuvia kuolemia. (The world bank n.da; Who n.d.)

Ennen yhden vuoden ikää kuolee Keniassa 55 lasta 1000 elävänä syntynyttä lasta kohden vuodessa. Suomessa vastaava luku on kolme. Kenian tilastoluvut ovat arvioita, kun taas suomessa on käytetty tietoja syntyvyydestä ja eri sairauksista. (The world banks n.db; Who n.d.) Who:n tilastoissa vuonna 2009 kyseisten lapsikuolemien määrä on Keniassa 81 (Who n.d.). Kenian suurten äiti- ja lapsikuolleisuuksien vuoksi rajasimme opinnäytetyömme koskemaan äitiys- ja vastasyntyneiden terveydenhuoltoa, sekä neuvolatoimintaa.

Koulutus ja tieto lisäävät hyvinvointia ja sitä kautta parantavat erityisesti heikkojen ja viattomien asemaa. Meidän velvollisuutemme kuuluu ihmisen hyvinvoinnin, elämän ja oikeuksien edistäminen. Kehitys koskee kaikkia valtioita ja muutos on nyky-yhteiskunnissa välttämätöntä. Aktiivisella asenteella voidaan vaikuttaa ja turvata hyvinvointi myös tulevaisuudessa. Oikealla yhteistyöllä saadaan tuloksia ja eri kulttuureissa olevat sopimattomat tavat saadaan toivottavasti pois. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 287-288.)

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa vaihtoon lähteviä suomalaisia opiskelijoita esittelemään Suomen terveydenhuoltoa, sekä hoitotyötä ulkomaalaisille hoitoalan työntekijöille ja opiskelijoille. Opinnäytetyön osana tehtiin englanninkielinen kuvaesite, jota voidaan käyttää apuna esittelyssä ja keskustelussa. Esitteen tarkoitus on edistää vuorovaikutusta ja tiedon vaihtoa. Valokuvaukset on suoritettu yhteistyössä Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskuksen ja Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytys-, synnyttäneiden ja vastasyntyneiden teho -osaston kanssa.

Esitteen pohjana käytetään Leiningerin auringonnousumallia. Mallissa on käsitelty kaikki elementit ja tekijät, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen sekä siinä on kuvattu kuinka ne nivoutuvat yhteen ja vaikuttavat toisiinsa (Aleksander, Andrews-Robards, Beagle, Butler, Dougherty, Solotkin & Velotta 1994, 420.) Olemme valinneet tekijöistä viisi, joita tarkastelemme lähemmin työssämme. Nämä elementit ovat sukulaisuus- ja sosiaaliset te-

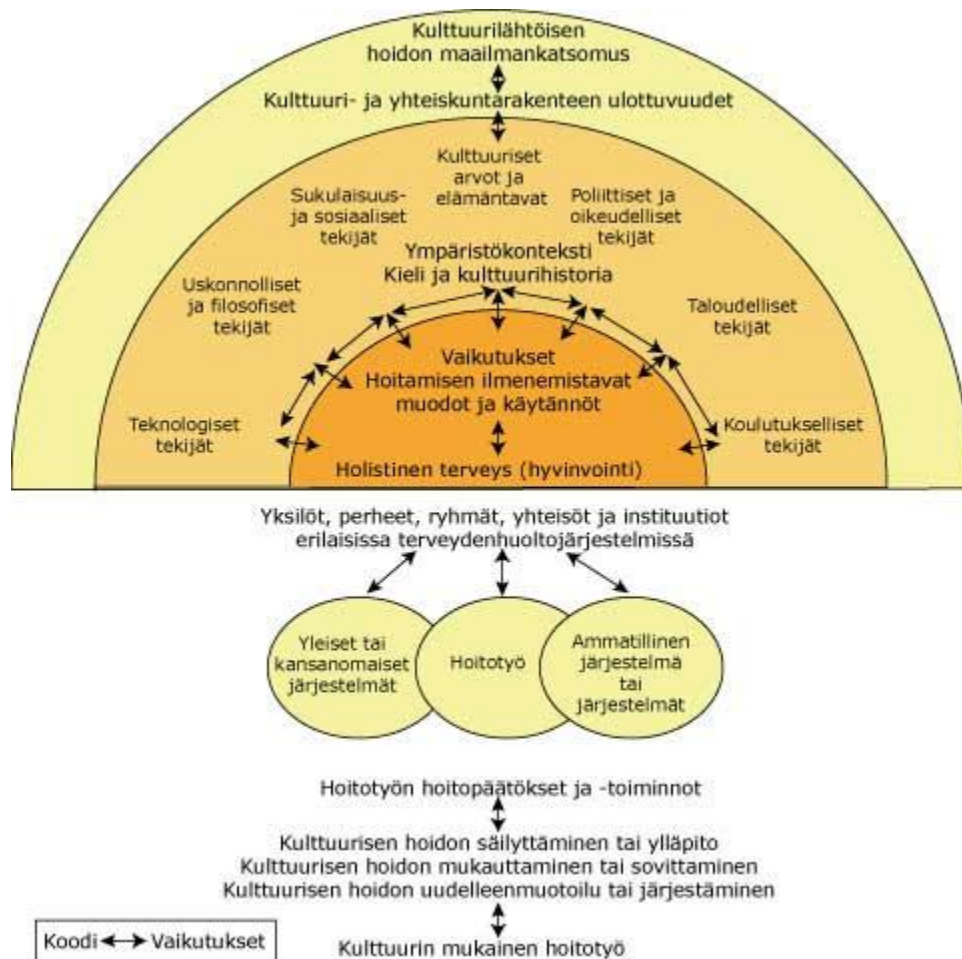
kijät, teknologiset, taloudelliset, poliittiset ja oikeudelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot ja elämäntavat.

2 LEININGERIN KULTTUURILÄHTÖINEN HOITOTYÖN MALLI

Kulttuurilähtöisen hoidon teorian perusolettamus on, että inhimillinen hoitaminen on yleismaailmallinen ilmiö, mutta hoitamisen mallit vaihtelevat eri kulttuureissa. Hoidon päämäärä ja hoitotoiminnot vaihtelevat kulttuurista toiseen, koska eri kulttuureja edustavilla ihmisillä on erilainen maailmankatsomus, yhteiskuntarakenne ja erilaiset kulttuuriarvot. (Alexander ym. 1994, 413.)

Transkulttuurisen hoitotyön perustajana ja kehittäjänä on Madeleine M. Leininger. Hänen mukaansa transkulttuurinen hoitotyö keskittyy eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin, erityisesti hoitotyön, sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta. (Ketola, Kovasin & Suominen 1995, 101-102.)

Leininger kehitti niin sanotun auringonmallin (Kuva 1) kuvatakseen teoriaansa ja sen pääelementtejä. Auringonmallissa on kaksi puoliskoä, jotka vaikuttavat toisiinsa. Yhdistettyinä näistä puoliskoista muodostuu kokonainen aurinko, jonka sisältö sairaanhoitajan on ymmärrettävä pystyäkseen toteuttamaan inhimillistä hoitoa eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa. (Alexander ym. 1994, 420.)



Kuva 1 Leiningerin auringonmalli (Alexander ym. 1994, 421.)

Malliin on siis liitetty kaikki ne elementit, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen, ja siinä on esitelty, kuinka ne nivoutuvat yhteen ja vaikuttavat toisiinsa. Auringon yläpuolikkaassa on kulttuurin ja yhteiskuntarakenteen osatekijöitä ja kulttuurilähtöisen hoidon maailmankatsomuksellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön kautta. Kulttuurilähtöisellä hoidolla tarkoitetaan niitä kulttuurin sisällä tunnettuja arvoja, uskomuksia tai ilmaisutapoja, joilla annetaan toiselle yksilölle tai ryhmälle apua, tukea tai edellytyksiä hyvinvoinnin ylläpitämiseen. (Alexander ym. 1994, 417, 420.)

Nämä tekijät vaikuttavat siis siihen, miten hoitaminen ilmenee, sen malleihin ja käytäntöihin. Edelleen nämä vaikuttavat ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Mallin alapuolisko koostuu kansanomaisista, ammatillisista ja hoitotyön järjestelmistä, jotka vaikuttavat toisiinsa sekä keskenään että mallin yläpuoliskon kanssa. Kulttuurisen hoidon säilyttäminen, mukauttaminen ja uudelleenmuotoilu ovat hoitotyön toimintoja, joiden avulla hoitotyön alajärjestelmä voi toimia yhdistävänä tekijänä kansanomaisten ja ammatillisten järjestelmien välillä. (Alexander ym. 1994, 420-421.)

Teoria koostuu kulttuurilähtöisen hoidon monimuotoisuudesta. Se perustuu käsitykseen, jonka mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset kykenevät enimmäkseen itse määrittelemään millaista hoitoa he toivovat ja tarvitsevat. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria on laajin holistinen hoitotyön teoria, sillä se ottaa huomioon ihmisen elämän ja olemassaolon ajan kuluessa muuttuvan kokonaisuuden. Siihen kuuluvat kulttuuriarvot, ympäristön olosuhteet, puhuttu ja kirjoitettu kieli, sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. Nämä lähtökohdat ovat ratkaisevia ja olennaisia, sillä niiden avulla saadaan hoitotyön ytimenä olevaa hoitotietoa, sekä voidaan harjoittaa terapeutista hoitotyötä. (Alexander ym. 1994, 414-415.)

3 KULTTUURILÄHTÖISEN HOITOTYÖN MAAILMANKATSOMUS

Leiningerin mukaan hoitotyön teoriassa täytyy pyrkiä luovasti selvittämään yksilöiden, perheiden ja ryhmien kulttuurisiin elämäntapoihin perustuvaa hoitamiskäyttäytymistä, arvoja ja uskomuksia. Tavoitteena on tehokas, tyydyttävä ja kulttuurinmukainen hoitotyö. (Alexander ym. 1994, 414-415.)

Hoitotyön päämääränä on kulttuurinmukaisen hoidon antaminen kaikille hoitoa tarvitseville riippumatta potilaan etnisestä, uskonnollisesta tai sosiaalisesta taustasta. Kansainvälistyminen aiheuttaa erilaisten kulttuurien ja ikäryhmien välisen kohtaamisen ja vuorovaikutuksen ja samalla lisääntyvät terveyden, sairauden ja hoitamisen universaalit piirteet. Yhteiskunnan ja maailman kehittyminen vaativat hoitajilta maailmanlaajuista ja monikulttuurista näkemystä vastatessaan potilaiden kulttuuriin tarpeisiin. (Ketola ym. 1995, 103.)

Kyetäkseen toimimaan potilaan parhaaksi monikulttuurisessa hoitotyössä tulee hoitajan ymmärtää miten kulttuuri, etninen tausta, uskonto, sukupuoli, koulutustausta, sosiaalinen asema, elämäntapa ja ikä vaikuttavat ihmisen inhimilliseen käyttäytymiseen, terveydentilaan ja terveysuskomuksiin. Edellä mainitut syyt vaikuttavat ihmisen kykyyn ja mahdollisuuksiin hakea ja saada hoitoa. Potilaan terveysuskomukset vaikuttavat siihen, milloin ja mistä hän hakee hoitoa, millaisessa asemassa perhe on hoitotilanteissa ja miten potilas hyväksyy hoitotoimenpiteet ja hoitoteknologian. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 77.) Leininger painottaa hoitotyön kokonaisvaltaisuutta. Kulttuurilähtöisellä hoitamisella hän tarkoittaa niitä arvoja, jotka hoitajien tulee ymmärtää ja ottaa huomioon potilaita hoitaessaan. (Alexander ym. 1994, 420-421.)

Itsemäärääminen on vieras käsite kulttuureissa, joissa yhteys, keskinäiset suhteet, harmonia ja riippuvuus toisista ovat syvään juurtuneita ja korkeasti arvostettuja arvoja. Yhteisöllisissä kulttuureissa hoitoon liittyvät päätökset tehdään yleensä kollektiivisesti. Lääkäreitä ja hoitajia kohtaan osoitetaan kunnioitusta ja heiltä odotetaan valta-aseman mukaista hallitsevaa käyttäytymistä. Potilaat, joiden kulttuurissa lääkärit omaavat korkean statuksen, voivat menettää luottamuksen lääkäreitä kohtaan, jos potilaan mielipidettä kysytään hoitoon liittyvässä asiassa. (Abdelhamid, ym. 2009, 86-87.)

Monikulttuurisia taitoja ei voi oppia pelkästään tutustumalla kulttuuriseen tietoon ja kirjallisuuteen, vaikka se onkin merkittävä osa-alue. Kulttuurisia taitoja ja monikulttuurisuutta voi oppia, kun oppimiseen yhdistetään todellisia kulttuurisia kokemuksia ja kohtaamisia. Aikaisemmat kokemukset vieraista kulttuureista ja myönteiset asenteet lapsuuden kasvuympäristössä erilaisuutta kohtaan edesauttavat myöhempää kulttuurisen pätevyyden kehittymistä. Monikulttuuristen taitojen oppiminen on pitkä prosessi, joka jatkuu koulutuksen jälkeenkin. (Abdelhamid 2009, 53-55.)

4 KULTTUURI- JA YHTEISKUNTARAKENTEIDEN TEKIJÄT

Kulttuuri voidaan määritellä maanosan tai maan, uskonnon tai kansallisuuden, sekä organisaation perusteella tai vieläkin yksilöllisemmin, henkilökohtaisella tasolla. Sen voidaan ajatella olevan yhteisöön sidoksissa oleva malli, jota yksilöt toteuttavat, kukin omalla tavallaan, yhdessä. Kaikki yhteisön jäsenet eivät välttämättä toimi yhteisten ohjeiden ja sääntöjen mukaisesti, mutta suurin osa kuitenkin noudattaa tiedostamattaan yleisesti hyväksytyjä toimintamalleja ja tapoja. (Vartia 2009, 15.)

Hoitotyön peruseriaatteet ovat ihmisarvon kunnioittaminen, ihmiselämän kunnioittaminen, hoitaminen, hyödyn maksimoiminen ja itsemääräämisoikeus. Nämä arvot voivat olla ristiriidassa keskenään omassa kulttuurisammekin ja toisessa arvomaailmassa toimiessa tilanne voi hankaloitua entisestään. Hoitotyön mukaan kaikkien elämää on kunnioitettava ja kaikille pitää antaa samat mahdollisuudet sekä arvo. (Louhiala & Launis 2009, 30-31.)

Kulttuuria verrataan usein jäävuoreen. Jäävuoresta vain pieni osa on näkyvässä ja loppu on veden alla piilossa. Näkyvässä oleva huippu kertoo vain pinnallisesti pieniä asioita, kuten tavat, kielen, sukupuolen, iän, ihonvärin, käyttäytymisen ja pukeutumisen. Pinnan alla oleva osa jäävuorta kätkee uumeniinsa ihmisen maailmankatsomuksen, kulttuuri-identiteetin, arvomaailman, odotukset, uskomukset, perheen- ja suvun merkityksen, sekä kulttuuriset traditiot. Vaikka kulttuurit ovat vahvoja syvään painuneita käyttäytymismalleja ja elämän tapoja ne ottavat helposti vaikutteita muista kulttuureista ja muovautuvat ajan saatossa. (Abdelhamid ym. 2009, 75; Vartia 2009, 18-19.)

Ihminen ajattelee tarkkailevansa maailmaa puolueettomasti. Oma kulttuuri kuitenkin sanelee sen, miten ihminen maailman näkee. Esimerkiksi suomalaisessa hoitotyössä hoitajan tapa toimia on vain yksi tapa muiden joukossa. Lähtökohtana onkin ymmärtää oman kulttuurin pääpiirteet ja sen miksi itse toimii tai käyttäytyy tietyllä tavalla tilanteissa. On helpompaa analysoida miksi jonkun toisen maan kansalainen toimii vastaavassa tilanteessa täysin eri tavalla, kun itse ymmärtää olevansa samanlainen kulttuurilento. (Ketola ym. 1995, 93; Vartia 2009, 18-19.)

4.1 Kulttuuriset arvot ja elämäntavat

Viestinnän ja kommunikoinnin näkökulmasta kulttuuria voidaan ymmärtää niin, että eri ryhmillä, kansoilla tai yhteisöillä tulisi olla samanlainen ymmärrys ajatustapojen, käsitysten ja tietojen muodostamasta kokonaisuudesta. Jotta viestintätilanteesta tulee onnistunut, vaaditaan viestijöiltä sekä oman, että toisen kulttuurin tuntemista ja heiltä edellytetään hyvää viestintä – ja kielitaitoa. (Salminen & Poutanen 1996, 67.) Se miten ihmiset tulkitsevat ja havainnoivat viestejä on kulttuurisidonnaista ja opittua. Viestinnän eroja ja ongelmia voivat aiheuttaa esimerkiksi tietyille kulttuurille ominainen käyttäytymismalli, kulttuurin ymmärtämättömyys ja kielimuuri. (Turku 2007.)

Eri kulttuurien välisessä kommunikoinnissa tärkeintä on, että osapuolet kunnioittavat toisiaan ja toistensa kulttuureita, ja ovat aidosti ja vilpittömästi kiinnostuneita ja haluavat viestinnän onnistuvan. On myös tärkeää tiedostaa kulttuurien kommunikoinnin väliset ristiriidat ja eroavaisuudet, koska väärinkäsitykset syntyvät juuri näistä syistä. Viestinnässä esiintyviä kulttuurisia eroja voi olla esimerkiksi sanoissa ja käsitteissä. Vaikka kieli olisikin yhteinen, käsitteet ja asiat eivät siis välttämättä tarkoita samaa asiaa molemmille tai kaikille osapuolille. Esimerkiksi rakkaus, velvollisuus, kunnia, kiitollisuus ja kosto kuuluvat jokaisen kulttuurin peruskäsitteisiin, mutta ne käsitetään eri tavalla. (Turku 2007; Lewis 1995, 9-10)

Kulttuurien välisissä käsite-eroissa ongelmia aiheuttaa myös se, miten erilaiset taustat eri kulttuurien edustajilla on. Kulttuurien kohtaaminen vaatii aina sopeutumista, puolin ja toisin. Erilaisissa kulttuureissa voi olla esimerkiksi erilaisia lastenkasvatusmenetelmiä tai arvoja. Kulttuurit kuitenkin muuttuvat kohdatessaan. Myös eri kulttuureja edustavat ihmiset, joiden uskomukset, tunteet, asenteet, arvot, käyttäytyminen ja samaistumiskuviot muuttuvat jossain määrin monikulttuurisessa ympäristössä. Suurimmat ongelmat siis johtuvat lähes aina toisten kulttuurien tuntemattomuudesta, mutta myös eri tavoista kommunikoida. (Lewis 1995, 9-10; Liebkind 2000, 171.)

Toisinaan kulttuurin merkitystä väärinymmärryksissä korostetaan ehkä liiankin paljon. Kulttuurierot eivät välttämättä muodosta ylipääsemättömiä ongelmia, sillä ne voidaan ottaa puheeksi ja näin neuvotella merkityksistä. Kulttuurierot eivät myöskään aina ole syy viestinnän epäonnistumiseen. Vuorovaikutustilanteessa vaikuttavat monenlaiset seikat, kuten esimerkiksi puhujien ikä, sukupuoli ja status. Kuitenkin juuri kulttuurienvälisissä ongelmissa kulttuuri on se, joka nostetaan syylliseksi. (Tiittula 1997, 36,47.)

Kulttuurien välisessä viestinnässä ei menesty parhaiten se, joka kuvittelee olevansa asiantuntija siirtyessään kulttuurista toiseen, vaan se, joka pyrkii oppimaan toisesta kulttuurista mahdollisimman paljon samalla tunnustaen, että toisen kulttuurin tuntemisessa hän pysyy aina aloittelijana. Toisin sanoen tehokas viestintä vaatii kulttuurieroihin perehtymistä, mutta samalla sitä, että tunnustaa omat rajansa. Kulttuurien välisessä viestinnässä ihmiset tulisi kohdata ennen kaikkea yksilöinä, eikä tietyn kulttuurin edustajina. Oikeastaan ei ole olemassa kulttuurien välistä viestintää, sillä kulttuurit eivät puhu toisilleen vaan ihmiset, on siis olemassa vaan ihmisten välistä viestintää. (Tiittula 1997, 48-49.)

4.2 Sukulaisuus- ja sosiaaliset tekijät Suomessa

Leiningerin teoriassa esiintyvät sukulaisuus ja sosiaaliset tekijät näyttävät suomalaisessa kulttuurissa ydinperheenä, johon kuuluvat yleensä vanhemmat ja lapset. Isovanhemmat ja muut sukulaiset ovat usein mukana perheen elämässä, mutta eivät välttämättä osallistu arkipäivän asioihin tai päätöksiin. Suomalaisessa yhteiskunnassa panostetaan koko perheen mukanaoloon yksilöä koskevissa asioissa.

Perheen määrittely on sidoksissa yhteiskunnalliseen kulttuuriin. Yhteiskuntamme ydinyksikköön määritellään yleensä kuuluvaksi äiti, isä ja lapset. Perheiden koot ovat pienentyneet ja esimerkiksi yksinhuoltajaperheiden osuus on kasvanut. Roolijaot ja työn jakaminen perheissä on muuttunut. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.)

Perhekeskeisessä hoitotyössä perheen omat arvot, kulttuuri ja ympäristö huomioidaan, ja perhettä kuunnellaan kaikissa päätöksissä ja heidän voimavarojaan käytetään hyväksi (Lindholm 2009, 17). Suomessa perhekeskeisyys toteutuu parhaiten äitiys- ja lastenneuvolatyössä ja lasten sairaanhoidossa sekä synnyttäjien hoitoyksiköissä. Perhekeskeisyyteen tulisi panostaa enemmän myös muilla terveydenhuollon sektoreilla. (Lindholm 2009, 17; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16.)

4.3 Poliittiset, oikeudelliset, taloudelliset ja teknologiset tekijät Suomen terveydenhuollossa

Leiningerin mukaan hoitajien tulee pyrkiä selvittämään hoidon käytötapa- ja merkityksiä niin, että kunkin kulttuurin arvot, uskomukset ja elämäntavat antavat luotettavan lähtökohdan kulttuurin mukaisen hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle. Yhteiskuntarakenteen piirteistä muun muassa taloudelliset, poliittiset ja oikeudelliset tekijät ovat voima, joka vaikuttaa hoitoon sekä hyvinvointiin ja sairastumiseen. (Alexander ym. 1994, 416.)

Bruttokansantulo vuonna 2008 oli Keniassa USD 29,5 mrd ja Suomessa USD 255,7 mrd. Bruttokansantulo asukasta kohden Keniassa oli USD 770 ja Suomessa USD 48 120. Julkiset terveydenhuoltomenot valtioiden budjeteista vuonna 2006 olivat Keniassa 6,1 prosenttia ja Suomessa 12,1 prosenttia. Julkiset terveydenhuoltomenot asukasta kohden olivat Keniassa USD 51 ja Suomessa USD 1940. (Ulkoasiainministeriö 2009.)

Valtio ja kunnat perivät monenlaisia veroja. Suomessa oleva sosiaaliturva edellyttää suomalaisilta korkeaa verotusta, koska palvelut ja tuet kustannetaan suurimmaksi osaksi verovaroin. Osa sosiaaliturvasta rahoitetaan pienillä asiakkailta perittävillä asiakasmaksuilla ja omavastuuosuuksilla. Laaja sosiaaliturvan tuoma hyöty näkyy kaikille kuuluvina tukina ja palveluina, kuten lapsilisänä ja ilmaisena äitiysneuvolana. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen 2001, 31.)

Suomessa kuntien velvollisuus on järjestää terveyshuollon palvelut. Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Perusterveydenhuolto tapahtuu pääasiassa terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten tehtävänä on huolehtia kansanterveydellisestä valistustyöstä ja terveysneuvonnasta, sekä ennaltaehkäisevästä työstä esimerkiksi ehkäisyneuvonnasta. Lisäksi terveyskeskusten tulee järjestää yleiset seulonkatutkimukset ja terveystarkastukset, järjestää neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, hammashuolto, kuntoutuspalvelut, sekä työterveyshuolto. Lisäksi niiden tulee huolehtia kotisairaanhoidon palveluista, vuodeosastopalveluista, sekä sellaisista mielenterveyspalveluista, jotka voidaan järjestää terveyskeskuksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 7, 11, 14-15.)

4.3.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki määrittää ne kriteerit mitä laissa kullakin käsitteellä tarkoitetaan. Lain määritelmä selventää mitä tarkoitetaan potilaalla, terveyden- ja sairaanhoidolla, terveydenhuollon ammattihenkilöllä, terveydenhuollon toimintayksiköillä ja potilasasiakirjoilla. Laki potilaan oikeuksista sen sijaan määrittää sisällössään ne konkreettiset asiat, joihin potilaalla on oikeus hänen tarvitessaan terveydenhuoltopalveluita. (STM 785/1992 2§.)

Kunnilla ja valtiolla on velvollisuus järjestää terveydenhuoltopalvelut siten, että ne ovat kaikkien saatavilla niiden voimavarojen puitteissa, jotka kulloinkin ovat käytettävissä. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta ja hänellä on oikeus laadultaan hyvään hoitoon. Hänen vakuuksiaan ja yksilöllisyyttään tulee kunnioittaa ottaen hoidossa huomioon hänen kulttuurinsa ja äidinkielensä mahdollisuuksien mukaan. Hoidon tulee tapahtua ilman syrjintää ja ihmisarvoa kunnioittaen. (STM 785/1992 3§.)

Potilaalla on oikeus päästä hoitoon kansanterveys- ja erikoissairaanhoidoissa määrätyn ajan kuluessa. Potilaan hoidon ja tutkimusten suunnittelu tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan ja mahdollisesti hänen omaisen tai läheisen, sekä häntä hoitavan tahon kanssa. Potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilaansa tai hoitoaan koskevat tiedot hänen niin halutessaan ja terveydentilan salliessa. Jos potilas puhe- tai aistivian vuoksi ei ymmärrä, tai jos hänen käyttämänsä kieli on eri kuin ammattihenkilöllä, tulee huolehtia tulkitsemisestä. (STM 785/1992 4§-5§.)

Potilaalla on itsemääräämisoikeus koskien hänen hoitoaan. Hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta ja tätä päätöstä tulee kunnioittaa ja häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muilla lääketieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Potilaan ollessa alaikäinen, hänen mielipiteensä on otettava huomioon, mikäli se on hänen kehitystasonsa ja ikänsä huomioon ottaen mahdollista. Jos ei ole mahdollista saada selvyyttä potilaan tahdosta, häntä tulee hoitaa siten, mikä olisi hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista tai alaikäisen kohdalla yhdessä hänen huoltajansa tai laillisen edustajan kanssa. (STM 785/1992 6-7§.)

4.3.2 Taloudelliset etuudet lapsiperheelle

Suomessa äitiysavustuksen periaatteena on ollut ohjata odottavat äidit äitiysneuvolaan. Tämä ajatus on haluttu säilyttää ja äitiysavustuksen saaminen edellyttää käymistä neuvolassa tai lääkärissä ennen neljännen raskauskuun loppua. Äitiysavustukseksi voi valita joko äitiyspakkauksen tai verottoman äitiysrahan kertasummana. Äitiyspakkaus pitää sisällään muun muassa vauvan vaatteita ja hoitotarvikkeita. (Kela 2010, 4; Kettunen ym. 2001, 52.)

Oikeus äitiysvapaaseen ja äitiysrahaan alkaa 30 arkipäivää ennen laskettua synnytysaikaa. Äitiysrahaa maksetaan ensimmäiset kolme kuukautta, jonka jälkeen jatkuu vanhempainvapaa. Lapsi on noin yhdeksän kuukauden ikäinen, kun vanhempainrahan maksaminen päättyy. Isät voivat saada lap-

sen hoitoon osallistuessaan isyysvapaata lähes kolme viikkoa ja saada tältä ajalta isyysrahaa. (Kela 2010, 5, 9, 11; Kettunen ym. 2001, 52-54.)

5 HOITOTYÖ ÄITIYS- JA LASTENTERVEYDENHUOLLOSSA LEININGERIN TEORIAAN SISÄLTYTTÄEN

Äitiys- ja lastenterveydenhuolto on oma kokonaisuus, jossa yhdistyvät Leiningerin aurinkonousumallin (Kuva 1) keskeiset elementit ja tekijät. Keskeisemmän kehän tekijät muodostavat yhtenäisen hoitotyön kokonaisuuden auringon nousumallin ytimessä. Tekijät ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa ja vaikuttavat laaja-alaisesti hoitotyössä. Ne näkyvät kuitenkin selvimmin tietyissä hoitotyön osa-alueissa, kuten teknologiset- ja taloudelliset tekijät seulontatutkimuksissa sekä sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät perhevalmennuksessa.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on osa julkista terveydenhuoltoa. Vuonna 1937 säädettiin ensimmäinen äitiysavustuslaki, joka koski pääasiassa vähävaraisia äitejä. Pian tämän jälkeen se laajennettiin koskemaan kaikkia äitejä. Vuonna 1944 astuivat voimaan lait, jotka määräisivät kunnat järjestämään äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa jokaisessa kunnassa, kaupungissa, maalaiskunnassa ja kauppalassa. Lääkärijohtoisten neuvoloiden määrä lähes kaksinkertaistui 1940 luvun alusta sen puoliväliin. Äitiysavustuksella oli kansanterveydellistä merkitystä, koska sen saaminen edellytti osallistumisen terveystarkastuksiin. (Hakkarainen 2009, 16.)

Vielä 1940- luvulla ongelmana myös Suomessa oli äitikuolleisuus. Yhtenä syynä sen laskuun oli lainsäädäntö ja terveystarkastusten lisääntyminen. Keskussairaala verkoston toteutuminen ja viiden yliopistosairaalan kehittäminen vuosina 1953 – 1976 toi synnytysopin ja vastasyntyneiden hoidon jokaisen suomalaisen raskaana olevan naisen ja äidin ulottuville. (Hakkarainen 2009, 16.) Rintasen (2000) tutkimuksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 26) mukaan yli 99 prosenttia osallistui määrääkaistarkastuksiin.

Synnytykset tapahtuvat lähes poikkeuksetta sairaalaolosuhteissa. Vuonna 2008 syntyi kotona tai matkalla sairaalaan 135 lasta (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2010c). Valmiudet puuttua ongelmatilanteisiin synnytyksissä ja osastoilla ovat hyvät ja äitikuolleisuus onkin Suomessa yksi maailman alhaisempia. Pitkäjänteinen työ, varhain aloitettu tilastointi ja poliittinen tahto ovat tehneet Suomesta mallimaan, jossa lasten ja äitien terveydenhuolto on huippuluokkaa. (Hakkarainen 2009, 16.) Myös onnistunut työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välillä, sekä seulontojen tehokkuus ovat edistäneet hyvän laadun saavuttamista (Stakes 1999, 11).

Who:n tilastossa vuonna 2008 Suomessa kuoli 8 äitiä 100 000 elävänä syntyneeltä lasta kohden. Vastaava luku Keniassa on 530 ja Ugandassa 430. (The world bank n.da; Who n.d.) Who:n arvion mukaan joka päivä kuolee 1000 naista synnytykseen tai raskauden aikaisiin komplikaatioihin. Näistä 99 prosenttia tapahtuu kehitysmaissa. Yleisimmät naisten raskau-

den, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen 42 päivän aikana tapahtuvien kuolemien syyt ovat verenvuodot, pre-eklampsia, eklampsia, infektiot, pysähtynyt synnytys ja vaarallisen abortin komplikaatiot. Välillisesti ongelmia aiheuttavat ja kuoleman riskiä lisäävät äidin sairaudet kuten anemia, malaria ja HIV/AIDS. (Hakkarainen 2009, 26-27; Who 2010.)

5.1 Äitiysneuvolat

Äitiysneuvolan päätehtävänä on edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen ja koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Raskauden sujuessa normaalisti ensisynnyttäjillä on noin 13-17 käyntiä neuvolassa ja uudelleen synnyttäneillä 9-13, joko terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanoton muodossa. Ensimmäinen käynti on yleensä viikoilla 8-12. (Stakes 1999, 9, 17.) Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tilastossa vuonna 2009 keskimääräinen käyntimäärä neuvolassa raskaana olevilla on 15,5 käyntiä. (Vuori & Gissler 2009, liite 1).

Neuvolatoiminnan tarkoitus on suunnata tuki koko perheelle. Tarkastuksissa keskitytään äidin ja sikiön terveydentilan lisäksi koko perheen hyvinvointiin. Perheelle tulee tarjota vähintään yksi laaja terveystarkastus, jossa arvioidaan perheen tuen tarvetta ja molempien vanhempien hyvinvointia. Olennaisena osana on isän rooli ja vastuu vanhempana. Huomiota kiinnitetään siis myös parisuhteeseen ja vanhemmuuteen. Neuvolan tehtävä on tukea vanhempia ja auttaa heitä valmistautumaan uuden tulokkaan tuomiin muutoksiin perheessä. Neuvolan tarkoitus on myös edistää terveellisiä elintapoja, ja tuoda tietoa perheelle. Yhdessä keskustellaan tulevasta, peloista, sosiaalista suhteista ja voimavaroista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 34, 40.)

5.1.1 Raskauden seuranta äitiysneuvolassa

Äitiysneuvolan terveystarkastusten ja erilaisten tutkimusten tarkoituksena on saada tietoa mahdollisista riskitekijöistä ja seurata äitien terveydentilaa koko raskauden ajan. Ensimmäisellä käynnillä äidiltä otetaan verinäytteet, joista tutkitaan veriryhmä, Rhesus-tekijä, hemoglobiini ja pois suljetaan mahdolliset tulehdustaudit. Virtsanäytteestä tutkitaan sokerin, valkuaisen ja bakteerien määrä, sekä mitataan paino, pituus ja verenpaine. Äidin niin halutessaan otetaan myös HIV- vasta-aineet HIV:n poissulkemiseksi. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010a.)

Varsinaisten tutkimusten lisäksi käyntiin liittyy runsaasti monipuolista neuvontaa ja ohjausta. Perheen kanssa keskustellaan sosiaalisten asioiden lisäksi ravitsemuksesta, tupakan ja päihteiden käytöstä, sekä liikunnan ja levon tärkeydestä. Koko raskauden ajan seurataan myös virtsan glukoosia ja proteiineja, painon kehitystä, sikiön asentoa ja kokoa, sikiön sydämen sykettä, hemoglobiinia ja äidin verenpainetta. Jos raskauden aikana ilmenee viitteitä ongelmista, terveydenhoitaja tai lääkäri lähettää äidin synnytysairaalan äitiyspoliklinikalle mahdollisia lisätutkimuksia varten. (Stakes 1999, 10-11, 16-17, 63.)

Sikiöseulonnassa käytettävillä ultraääni-, seerumi-, lapsivesi- ja istukka-tutkimuksilla pyritään osoittamaan mahdolliset suurentuneet riskitekijät lapsen terveydentilassa ja lapsen vammaisuuden riskit, sekä kromosomipoikkeavuudet, jotka vaativat synnytyksen tarkempaa suunnittelua ja asioiden järjestelyjä jo ennen lapsen syntymää. Se antaa myös vanhemmille aikaa valmistautua. Seulonnalla ei kuitenkaan pystytä toteamaan kaikkia mahdollisia vammoja, eikä se pysty varmuudella takaamaan, että syntyvä lapsi olisi terve. Myöskään suurentuneet riskilöydökset eivät välttämättä tarkoita sitä, että lapsi olisi sairas. (Leipälä, J. Hänninen, K. Saalasti-Koskinen, U. & Mäkelä, M. 2009, 11-13, 37-38.)

Sikiöseulontatutkimukset ovat perheille vapaaehtoisia ja niiden tarkoituksena on havaita ajoissa mahdolliset poikkeavuudet lapsen kehityksessä ja terveydentilassa. Näin pystytään lisäämään hoitomahdollisuuksia ja ehkäisemään lasten sairastavuutta ja imeväiskuolleisuutta. Alkuraskauden yleinen ultraäänitutkimus tehdään yleensä raskausviikoilla 10-13+6, jolloin selvitetään raskauden kesto ja sikiöiden määrä. Mikäli tutkittava haluaa määrittelyn lapsen kromosomipoikkeavuuden riskistä, tehdään ensisijaisesti yhdistelmäseulonta, jossa otetaan verinäyte raskausviikoilla 9-11+6 ja ultraäänitutkimus niskaturvotuksen mittaukseen raskausviikoilla 11-13+6. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos n.db.)

Vaihtoehtona edellä mainitulle on keskiraskauden seerumiseulonta raskausviikoilla 15-16+6. Toinen ultraäänitutkimus tehdään viikoilla 18-21+6 tai 24 raskausviikon jälkeen. Tätä kutsutaan rakenneultraksi, jossa tutkitaan lapsiveden määrä, sikiöiden vointi ja määrä, raskauden kesto ja istukan rakenne ja sen sijainti. Näiden lisäksi tutkitaan sikiön rakenteet ja elimet rakennepoikkeavuuksien löytämiseksi. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos n.db.)

5.1.2 Perhevalmennus

Perhevalmennuksessa terveydenhoitajan tai jonkun muun sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen avustuksella käydään läpi synnytystä ja siihen valmistautumista. Lisäksi keskustellaan esimerkiksi vastasyntyneen vauvan imetyksestä ja hoitamisesta. Vertaisryhmänä yhdessä muiden tulevien tai jo olevien vanhempien kanssa keskustellaan vauvaperheen arjesta ja sen mukanaan tuomista haasteista ja elämänmuutoksista, niin parisuhteessa, kuin ylipäätään koko vanhempien elämässä. Neuvolan tehtävänä on pyrkiä vahvistamaan isän ja äidin sitoutumista vauvaan luoden mahdollisimman myönteinen, mutta totuudenmukainen kuva vastasyntyneestä vauvasta ja tulevasta arjesta. (Lindholm 2009, 18; Stakes 1999, 79-80; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 113-118.)

Isän mukana olo auttaa häntä kiintymään vauvaan ja luomaan alusta asti kiinteän suhteen. Näin saadaan tärkeitä kokemuksia ja ajatuksia myös miehen näkökulmasta. Kun vanhemmat voivat jakaa vanhemmuuden, vauva saa tukea ja turvaa molemmilta vanhemmiltaan, ja äiti sekä isä pystyvät tasapainottamaan oman arkensa paremmin. (Hermanson 2007, 57-58; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 116-119.) Isille voidaan järjestää

myös omia ryhmiä, joissa he voivat pohtia asioita miesten kesken (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 117).

5.1.3 Hammashoito

Hampaiden hoidon tärkeys on yksi iso kysymys neuvoloissa. Suusairaudet ovat yleisiä Suomessa ja etenkin nuorilla aikuisilla on puutteita hampaiden hoidossa. Vanhempien suun huono kunto on riskitekijä ja yleensä merkitsee tulevien lasten huonoa suun kuntoa. Äitiysneuvolassa panostetaan nykyään suun hoitoon ennaltaehkäisevä asiana. Vanhemmat ovat odotusaikana innokkaita ottamaan vastaan uutta tietoa ja muuttamaan elämäntapaan. Odotusaikana tulee neuvolahenkilökunnan tukea sekä isää, että äitiä hoitamaan hampaat kuntoon. Ensimmäistä lasta odottavalle pariskunnalle kuuluu ainakin yksi ilmainen suun kunnan ja terveyden tarkistaminen, jossa keskustellaan myös ennaltaehkäisystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 37-38, 56.)

Reikiä ja muita suun sairauksia voidaan ennaltaehkäistä hyvällä puhdistuksella ja terveellisellä ravinnolla, sekä muilla elämäntavoilla. Varhaislapsuudessa opittu suun hoidon tärkeys jatkuu aikuisiälle asti. Määräaikaistarkastukset auttavat havaitsemaan ongelmat ajoissa ja antavat mahdollisuuden valistukselle ja hoidolle. On myös huomattu lapsen hampaiden reikiintymisen vähenevän, jos äiti käyttää xylitol-purukumia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 29, 37-38.)

5.2 Synnytys

Vuonna 2009 Suomessa syntyi 60 794 lasta (Vuori & Gissler 2009, 1). Suomessa hoidetaan lähes kaikki synnytykset (99.9 %) laitoksissa, joten synnytyshetkellä naiset saavat koulutettua apua. Turvallisuuden lisäämiseksi ja hoidon tehostamiseksi synnytykset on pyritty keskittämään suuriin, hyvin varusteltuihin yksiköihin. Synnytyssairaaloiden hoitokäytäntöjä on kehitetty aiempaa inhimillisemmiksi ja äitiä ja perhettä kuuleviksi aina 1980-luvulta lähtien. (Eskola & Hytönen 2008, 16-17.)

Kivunlievitys on kasvanut Suomessa tasaisesti vuosittain ja vuonna 2009 vähintään yhtä kivunlievitystä oli saanut 90 prosenttia kaikista alakautta synnyttäneistä (Vuori & Gissler 2009, 4). Kivunlievitykseen käytetään niin lääketieteellisiä, kuin luonnonmukaisiakin keinoja. Kätilön tulee ottaa huomioon synnyttäjän pelot ja toiveet ja löytää keinoja niiden lievittämiseen. (Eskola & Hytönen 2008, 228.)

Synnyttävien naisten keski-ikä on pitkään ollut noin 30 vuotta (Vuori & Gissler 2009, 1). Synnyttäjän hoidossa kiinnitetään huomiota turvallisuuden tunteeseen ja hyvän hoitosuhteen luomiseen. Synnytyshuoneet ovat yleisesti yhden hengen huoneita, mikä mahdollistaa isän tai tukihenkilön läsnäolon. Kätilö on läsnä koko synnytyksen ajan. Hän seuraa äidin ja vastasyntyneen vointia pari tuntia synnytysosastolla synnytyksen jälkeen. Hoidossa korostuu turvallisuus, omatoimisuus ja perhekeskeisyys ja perheelle annetaan mahdollisuus yhdessäoloon. Vuodeosastolla viivytään

yleensä 2-5 vuorokautta synnytyksen jälkeen. Äitiä ja vastasyntyntä hoidetaan yhdessä ja näin on tilaisuus tutustua lapseen ja samalla luodaan edellytykset imetyksen onnistumiselle. (Eskola & Hytönen 2008, 220, 225, 259-260.)

Vuonna 2008 ennenaikaisesti syntyneitä lapsia oli 5.7 prosenttia syntyneistä ja teho- ja valvontahoitoa vaati 11 prosentteja syntyneistä (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010b). Syitä miksi lapsi joutuu tehostettuun hoitoon syntymän jälkeen, ovat esimerkiksi äidin pre-eklampsia tai istukan irtoaminen. Muita äidistä johtuvia syitä ovat esimerkiksi äidin raskauden aikaiset infektiot, diabetes, kilpirauhassairaudet tai päihteiden käyttö. (Arasalo, Reen, Vepsäläinen & Yli-Huumo 2009, 401-405.)

Vastasyntyneestä johtuvia syitä ovat ennenaikaisuus eli ennen 37 raskausviikkoa syntyminen tai lapsi painaa alle 2500g. Keskosten osuus vastasyntyneistä on noin kuusi prosenttia. Suurin osa tehohoitoa vaativista lapsista kärsii jonkinasteisista hengitys- ja verenkiertohäiriöistä. Myös infektiot, keskushermostoperäiset ongelmat tai synnynnäiset kehityshäiriöt voivat olla syy vastasyntyneen tehohoitoon. (Arasalo ym. 2009, 401, 405-410.)

5.3 Lastenneuvolat

Kunnan velvollisuutena on järjestää terveystarkastukset määrätyille ikäluokille. Lastenneuvolat on suunnattu alle kouluikäisille lapsille ja heidän perheilleen. Neuvolan ensisijaisena tarkoituksena on edistää lasten ja heidän perheiden hyvinvointia ja terveyttä, sekä kaventaa perheiden välisiä terveyseroja. (Lindholm, M. 2009, 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 19-20, 25-26.) Sosiaali- ja terveysministeriön Neuvolaoppaassa (2004a, 94) korostetaan lapsen näkökulman ensisijaisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (2009b, 19-20) yhtenä tarkoituksena on turvata riittävät palvelut lapselle myös silloin, kun hän muuttaa toiselle paikkakunnalle.

Alle kouluikäisille lapsille järjestetään vähintään 15 määräaikaistarkastusta. Näistä viidessä on mukana lääkäri yhdessä hoitajan kanssa. Tarkastuksista kolme on laajoja tarkastuksia, joissa arvioidaan lapsen lisäksi vanhempien tuen tarvetta ja koko perheen hyvinvointia. 9-10 näistä tarkastuksista tehdään alle yksi vuotiaille. Tarpeen mukaan tarkastuksia suositellaan tehtäväksi useammin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 28, 41.)

Lastenneuvolan tehtävänä on seurata lasten kasvua ja kehitystä, niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista. Vanhempia tuetaan lapsen huolenpidossa, lapsilähtöisessä, turvallisessa kasvatuksessa ja vanhempien parisuhteen hoitamisessa. Tärkeää on keskinäinen vuorovaikutus ja voimavarojen tukeminen. Neuvolassa edistetään lapsen kasvu- ja kehitysympäristön ja elintapojen terveellisyyttä. Lapsi kehittyy ensimmäisinä ikävuosina nopeaan tahtiin, joten säännölliset ja tiheät tarkastukset ovat tarpeen, kehitysviiveiden ja kasvun häiriöiden havaitsemiseksi. (Lindholm, M. 2009, 22-23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 127-129; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 30-32, 41.)

Neuvolassa seurataan kuhunkin ikäkauteen kuuluvia tyypillisiä toimintoja. Lapsen kasvua tarkastellaan erilaisten mittareiden ja taulukoiden avulla, jotka perustuvat normaalisti kehittyvän ja kasvavan lapsen kasvukäyriin. Neuvolakäynneillä seurataan lapsen painon, pituuden ja pään kasvua, somaattista kehitystä, neurologista kehitystä, kielen ja kommunikoinnin kehitystä, psyykkistä kehitystä, sekä näön- ja kuulon kehitystä. Usein joudutaan miettimään minkä alan erityisosaamista lapsi tarvitsee erityistilanteissa. Jos lapsella ilmenee ongelmia somaattisessa voinnissa tai kasvussa lapsi lähetetään erikoisalueen lastenlääkärille. (Hermanson 2007, 137, 141-153; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 41.)

Yksi neuvolan keskeisiä tehtäviä on ehkäistä tarttuvia tauteja ja siten huolehtia rokotuksista ja siinä Suomessa on onnistuttu hyvin. Rokotusohjelman laatimisesta, tieteellisestä pohjasta, koulutuksesta ja materiaalin jake-
lusta vastaa Kansanterveyslaitos (nykyinen Thl). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 178.) Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen (n.da) Internet sivuilla julkaistun rokotuskattavuustutkimuksen mukaan vuonna 2005 96,7 prosenttia Suomen väestöstä oli täydellisesti rokotettuja. Kattavuus on vaihdellut vuodesta 1995, josta lähtien luvut ovat ilmoitettu kyseisessä tutkimuksessa, ollen matalimmillaan 92,5 prosenttia vuonna 1997.

Voimassa oleva lasten ja nuorten rokotusohjelma on julkaistu 2005 ja sitä on uudistettu useampaan kertaan (Liite 1). Tuberkuloosi rokotteesta luovuttiin vuonna 2006, jonka jälkeen sen ovat saaneet vain riskiryhmät. Uusina rokotteina lasten ohjelmaan on tullut rotavirus, pneumokokki ja influenssa. 2010 vuodesta lähtien myös raskaana olevat naiset ovat voineet saada influenssa rokotteen. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2010d.)

Lasten hampaiden reikiintyminen on yleinen ongelma ja ennaltaehkäisyyn pyritään panostamaan. Kriittinen vaihe reikien synnylle on pysyvien hampaiden puhkeaminen. Parhaat ennaltaehkäisykeinot ovat huolellinen ja säännöllinen puhdistus, terveellinen ravinto ja vanhempien antama esimerkki. Hammashoito on maksuton alle 18 vuotiaille ja siihen kuuluvat myös erikoislääkärin palvelut sekä oikomishoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 38-39.)

6 ETIIKKA

Etiikka ja moraalit ovat pohdiskelua oikeasta ja väärästä moniarvoisessa maailmassa. Ne sisältävät säännöt ja normit joita ihmiset toteuttavat yhteisössään. Kaikki eivät ole asioista välttämättä yksimielisiä, eikä etiikka ole faktaa, vaan se muotoutuu ihmisten arvojen ja periaatteiden mukaan. Yhteisö rakentaa itse omat moraaliset sääntönsä. Ihmisen tulisi pyrkiä tekemään hyvää ja välttämään pahaa. (Louhiala & Launis 2009, 33.) Näiden eroavaisuutta pohtii etiikka. Tärkeänä seikkana on, miten me elämme suhteessa muihin ihmisiin. Moraalin ja etiikan ero on pieni. Moraali on pääsääntöisesti arkipäiväisiä tekoja ja kokemuksia. Etiikka puolestaan on enemmän teoreettista, mikä arvostelee ja selittää moraalisia ratkaisuja ja tekoja. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12-13; Kotkavirta & Nyysönen 1996, 20-23.)

Globalisaation myötä eri maiden ja kulttuurien asiat koskettavat yhä useampia ja lisäävät elämän haavoittuvaisuutta. Meidän on pohdittava yhä useammin omaa suhtautumistamme muihin kulttuureihin. Meillä on mahdollisuus valita autammeko ja tuemmeko köyhiä maita parantamaan heidän hyvinvointiaan vai riistämmekö ja saastutammeko nämä maat omaa etua tavoiteltaessa. Maailman yhtenäistyessä pienet kulttuurit ja tavat häviävät ja osa tärkeästä perinnöstä katoaa lopullisesti. (Juujärvi ym. 2007, 268-269.)

Eettinen peruskysymys kulttuurissa onkin seuraava: mitä ongelmia syntyy kun elämä kulttuurin sisällä muuttuu ja monimuotoisuus ja eri kulttuurit lisäävät vuorovaikutusta keskenään ja avautuvat toistensa vaikutuksille. Toisaalta se on ihmisten elämäntapa ja kulttuuria ei voi olla olemassa ilman toista kulttuuria ja kanssakäymistä. (Kotkavirta & Nyysönen 1996, 123-124.) Kulttuuri on rikkaus, mutta sillä voi tehdä myös paljon pahaa. Jokaisesta yhteisöstä löytyy tapoja ja sääntöjä. Ne voimaannuttavat ja ovat eettisesti hyviä, mutta myös haitallisia välineitä, joilla on helppo alistaa muita. Meidän pitäisi muistaa toiminnassamme omat vahvuudet ja heikkoudet (Hakkarainen 2009, 40-41.)

Yhteistyössä tasavertaisuus on tärkeä asia. Osapuolten pitää olla selvillä toistensa tavoitteista ja toimintaperiaatteista. Yhdessä luodaan pelisäännöt ja arvomaailma jota noudatetaan. Mutta silti meidän pitäisi muistaa tarkkailla omia toimintojamme, ja sitä kuinka otamme huomioon toisen kulttuurin sosiaaliset arvot, ympäristön erilaisuuden ja kulttuurisen todellisuuden. Itsenäisesti ei voida määritellä mikä on oikein ja mikä väärin vaan asioiden täytyy perustua johonkin. Erilaisen arvoperustan takia tulee usein ongelmia, emmekä ymmärrä toisten perustelua tai kuten meille länsimaissa on vaikea hyväksyä, etteivät kaikki halua ilman ennakkoluuloja viimeisimpiä lääketieteen keksintöjä. On eri asia siirtää oma elämäntapa muille kyseenalaistamatta sitä kuin antaa välineitä toisille, joilla he voivat itse rakentaa paremman yhteiskunnan. Ihmisellä ei ole oikeutta pakottaa omia arvoja ja moraaliperiaatteita muille vain sillä periaatteella, että ne ovat itsestä parhaat. (Gylling 2004, 33-34, 39-40; Juujärvi ym. 269, 277.)

7 ESITTEEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme idea sai alkunsa keväällä 2010, kun olimme vaihdossa Keniassa. Huomasimme kuinka vaikeaa oli kertoa Suomen hoitotyöstä ilman konkreettista materiaalia. Keskusteluissa mukana olleen opettajan kanssa syntyi idea esitteestä. Hän ehdotti yhteistyötä Terve Afrikka Ry:n kanssa, jolloin verkoston kautta vaihtoon lähtevät opiskelijat voisivat hyödyntää esitettä.

Ideaseminaarin pidimme keväällä palattuamme vaihdosta. Tämän jälkeen aloimme suunnitella varsinaista työtä. Olimme yhteyttä Terve Afrikka järjestöön ja kyselimme yhteistyön mahdollisuudesta. He vastasivat myöntävästi ja idean kehittäminen jatkui. Sopimus yhteistyöstä on liitteenä (Liite 2). Toden teolla aloitimme kirjallisen viitekehyksen teon tammikuussa 2011. Tapaamisissa opettajan kanssa alkoi kehittyä työn runko ja rajaus. Alun perin olimme rajanneet työn koskemaan äitiys- ja lasten terveydenhuoltoa, sekä perusterveydenhuollossa tehtävää perushoitoa kuten aamupesut, ruokailutilanteet ja avustaminen päivittäisissä toiminnoissa. Rajasimme lopulta työn koskemaan äitiys- ja vastasyntyneiden terveydenhuoltoa sekä neuvolatoimintaa.

Esitteen(Liite 3) suunnittelussa oli alusta alkaen selvää, että tulemme käyttämään paljon kuvia, joiden avulla on helpompi havainnollistaa toimintaa. Kuvaukset suoritettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytys- synnyttäneiden osastolla, sekä vastasyntyneiden teho-osastolla. Valkeakosken sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa kuvasimme terveystieteiden keskuksessa, hammashoitolassa, lääkäreiden vastaanotolla, päivystyksessä ja äitiys- ja lastenneuvoloissa. Kanta-Hämeen keskussairaalan ylihoitaja halusi hyväksyä vielä valitsemamme kuvat.

Ensin pohdimme painettavaa esitettä, mutta lopulta päädyimme pdf muotoiseen valokuvaesitteeseen, joka tallennetaan Internetiin esimerkiksi moodleen, josta se voidaan tulostaa opiskelijoille mukaan. Tämä tallennusmuoto mahdollistaa myös tulevaisuudessa tarvittavien muutosten ja muokkauksien tekemisen esimerkiksi rokotusohjelman muuttuessa. Terve Afrikka ry saa käyttöoikeudet ja valtuudet esitteen käyttöön.

7.1 Hyvä esite

Esitteitä voidaan käyttää moniin eri tarkoituksiin ja niiden perusteella ne voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, tuote-esitteisiin ja yritysesitteisiin. Tuote-esite taas voidaan jakaa edelleen kahteen ryhmään, myyntiesitteisiin ja teknisiin esitteisiin. (Seppälä 2010a, 21.)

Tämän opinnäytetyön osana tehtävä kuvaesite kuuluu tuote-esitteisiin ja sen sisällä molempiin pienempiin ryhmiin. Myyntiesitteisiin se kuuluu siksi, että sen tarkoitus on esitellä ”tuotetta”, tässä tapauksessa pääasiassa Suomen lasten- ja äitiysneuvolaa, sekä synnytystoimintaa. Tuote-esitteisiin taas sen vuoksi, että kuvien avulla esitellään myös käytössä olevia laitteita, vaikka itse tekniikkaan ei puututakaan.

Pohjana hyvälle esitteelle on huolellinen suunnittelu. Esitteen tarkoitus on kertoa tuotteista tai palveluista ja sillä tulee olla selkeä tavoite. Esite on väline, jonka avulla pyritään pääsemään haluttuun tavoitteeseen. Esitteen tulee olla hyvin toteutettu ja sisällöltään kuvapainotteinen. Sen tulee sisältää vähän tekstiä, joka on selkeästi luettavaa ja ymmärrettävää. Lauseiden tulee olla lyhyitä, jotta lukija pääsee nopeasti selville, mistä esitteessä on kyse. Kuvien tarkoituksena on elävöittää esitettä ja tekstin tarkoitus on tukea kuvilla kerrottua asiaa. Visuaalinen suunnittelu vaikuttaa myös esitteen vakuuttavuuteen, uskottavuuteen ja luotettavuuteen. (Seppälä 2010a, 20-21, 23.)

Esitettä suunniteltaessa on tärkeää kiinnittää huomiota otsikointiin. Otsikon tarkoitus on kiinnittää lukijan huomio ja herättää mielenkiinto kyseiseen aiheeseen ja esitteeseen. On hyvä miettiä mikä lukijaa voisi kiinnostaa ja otsikoida kappaleet sen mukaisesti. Suoraan asiaan meneminen itse tekstissä on tehokkaampi keino esitteen lukijan mielenkiinnon ylläpitämiseksi, kuin kiertely asian ympärillä. (Seppälä 2010a, 22.)

7.2 Terve Afrikka Ry

”Terve Afrikka Ry on perustettu vuonna 1999 sosiaali- ja terveysalan kansainvälisen osaamisen ja terveyden edistämiseksi Suomessa ja Afrikan maissa” (Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry 2008). Tällä hetkellä yhteistyötä tehdään Ugandan ja Kenian kanssa vaihto-ohjelman ja yhteistyöhankkeiden muodossa. Järjestön yhteistyökumppaneina toimii useampi ammattikorkeakoulu Suomessa. (Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry 2008.)

Terve Afrikka Kehitysyhteistyö ry:n toiminnan yleistavoitteena vuonna 2010 on köyhyyden vähentäminen, naisten aseman ja sosiaali- ja terveydenhuollon tasa-arvon parantaminen. Erityisesti järjestö pyrkii toimimaan perheväkivallan vähentämiseksi Keniassa ja Ugandassa. Kehitysyhteistyötä rahoitetaan osittain CIMO:n North-South-South ohjelman ja ulkoasiainministeriön tuella. (Seppälä 2010b, 1-2.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyön rajausta pohdittiin tarkasti ja jouduimmekin supistamaan aihealuetta, ettei kirjallinen osuus paisuisi liian laajaksi. Halusimme esitteeseen kuvia äitiys- ja lasten terveydenhuollon hoitotyöstä sekä kuvata perushoitoa. Esitteeseen pyrittiin kokoamaan mahdollisimman monipuolisesti kuvia teksteineen neuvolatoiminnasta, synnytysosastolta ja vastasyntyneiden tehohoidosta, ja lisäksi mukaan valittiin muutamia kuvia muista perusterveydenhuollon osa-alueista. Esite kuvaa neuvolatoiminnan seurannan järjestelmällisyyttä ja laajuutta Suomessa, sekä korostaa perheen ja isän merkitystä suomalaisessa yhteiskunnassa. Myös yksilöllisyyden merkitys hoitotyössä tulee ilmi. Onnistuimme esittelemään näiden osa-alueiden keskeisimmät sisällöt suunnitelman mukaisesti. Perushoidon osa-alue jouduttiin siis rajaamaan pois. Edellä mainittu hoitotyön osa-alue on tärkeä suomalaisessa hoitotyössä sekä ihmisen terveyden kannalta.

Teoria pohjan muodostaa Leiningerin auringonnousumalli. Se toimii erilaisissa hoitotyön muodoissa ja sopeutuu siksi työhön, jonka tarkoituksena on edistää kulttuurien välistä vuorovaikutusta ja tiedon vaihtoa. Valitsimme muutaman mallin tekijöistä, joita käsitelimme enemmän osana äitiys- ja lasten terveydenhuoltoa. Itse neuvola, synnytys ja vastasyntyneiden teho-osasto kokonaisuutta ei pilkottu mallin mukaisiin tekijöihin, että luettavuus ja ymmärrettävyys säilyisivät paremmin. Onnistuimme sovelta-
maan teoriaa hyvin ja hyödyntämään sitä viitekehyksen rakenteessa ja sisällössä.

Kuvaesite mallin valitsimme, koska se on selkeä ja sitä on helppo käyttää. Kuvien avulla pystyy helpommin näyttämään mitä tarkoittaa ja näin se tukee sanallista kerrontaa. Halusimme pitää ulkoasun mahdollisimman yksinkertaisena ja kirjoitettua tietoa on tarkoituksella vähän. Työ on suunnattu suomalaisille alan opiskelijoille, joten heillä on jo valmiiksi tietoa aiheesta. Tämän esitteen tavoite on olla heille väline, jonka avulla kertominen suomalaisesta hoitotyöstä helpottuu. Viitekehyksessä esille tuotu tieto on esitteessä esitetty pääasiassa kuvina. Esitteen kokoaminen onnistui hyvin ja uskomme siitä olevan hyötyä. Olemme tyytyväisiä sen yksinkertaisuuteen ja kuvien tarkoituksellisuuteen. Kuvissa näkyy iso osa Suomen hoitotyön periaatteista kuten yksilöllisyys, vaikka ne eivät ole materiaalina nähtävissä.

Alusta asti yhtenä pääperiaatteena oli, ettei työ ole valistamista tai omien toimintatapojemme viemisen väline. Tarkoituksena on lisätä vuorovaikutusta ja keskustelua. Osapuolten on tarkoitus oppia toisiltaan, ja esitteen avulla opiskelijoiden on helpompi kertoa suomalaisesta hoitotyöstä, niin huonot kuin hyvät puolet. On tärkeää eettisesti ymmärtää ja muistaa, ettei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa, ja että aina voi oppia vieraista kulttuureista. Usein samalla oppii myös omasta kulttuuristaan.

Opinnäytetyö tehtiin nopealla aikataululla ja ongelmia aiheutti tapaamisien järjestäminen eri osapuolien kesken. Ne saatiin kuitenkin järjestymään tarvittaessa ja keskustelua käytiin paljon sähköpostin ja puhelimen avulla. Yhteydenpito yhteistyötahoon vaati myös paljon aikaa. Työ saatiin val-

miiksi aikataulussa eikä loppujen lopuksi nopea tahti aiheuttanut ylitsepääsemättömiä ongelmia. Olemme tehneet paljon erilaisia kirjallisia töitä, joten prosessi ei sinällään tuonut uutta. Koemme kehittyneemme edelleen tiedonhaussa ja tiedon käsittelyssä ja sen muokkaamisessa. Eniten työtä ja pohdintaa vaati asioiden jäsentely, mikä oli haastavaa.

Opinnäytetyön olisi voinut rakentaa myös vaihdossa olleiden tai tulevaisuudessa lähtevien haastatteluiden perusteella, jolloin viitekehys olisi syntynyt heidän kokemistaan haasteista. Aihealue on rajaukseltaan suppea ja muista hoitotyön kokonaisuuksista voisi tehdä jokaisesta omat esitteet. Erityisesti toivomme tämän työn antavan ideoita ja auttavan seuraavia opiskelijoita suunnittelemaan juuri perushoidosta ja sen tärkeydestä kertovan esitteen.

Työmme tarkoituksena on edistää kulttuurien välistä vuorovaikutusta ja tiedon vaihtoa. Koemme päässeemme tavoitteeseemme, koska esite on sisällöltään tarkoituksenmukainen ja opiskelijat voivat käyttää sitä helposti apunaan vuorovaikutustilanteissa. Opinnäytetyö ei ole vielä ollut mukana vaihdossa olevilla, joten emme tiedä sen toimivuudesta käytännössä.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Alexander, J., Andrews-Robards, K., Beagle, C., Butler, P., Dougherty, D., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Madeleine Leininger: Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Marriner-Tomey, A. (toim.) Hoitotyön teoreetikat ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö. 410-431.
- Arasalo, A., Reen, E., Vepsäläinen, S-L. & Yli-Huumo, H. 2009. Vastasyntyneiden tehohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi. 401-428.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 3. painos. Helsinki: WSOY.
- Gylling, H. 2004. Kenelle terveyttä, kenen ehdoilla? Gylling, H. (toim.) Kehityksen etiikka ja filosofia. Helsinki: Gaudeamus. 28-56.
- Hakkarainen, T. 2009. Teoksessa Lipsanen, L. & Karusto, S. (toim.) Äitiyden monet kasvot. Väestöliitto. Väestötietosarja 19. Loimaa.
- Hermanson, E. 2007. Lapsiperheen oma kirja. Terveys syntymästä kouluikään. Duodecim.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. uudistettu painos. Juva: WSOY.
- Kela 2010. Lapsiperheelle. Perheen etuudet lapsen syntyessä ja kasvaessa-2010. Esite.
- Ketola, O., Kovasin, M. & Suominen, T. 1995. Peiton alta. Hoitaminen kulttuurisena ilmiönä. Helsinki: Painatuskeskus.
- Kettunen, T., Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2001. Monimuotoinen sosiaaliturva. 3. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kotkavirta, J. & Nyysönen, S. 1996. Ajatus etiikka. Porvoo: Weiling Göös.
- Lewis, Richard D. Kulttuurikolareita 1995. Keuruu: OTAVA.
- Leipälä, J., Hänninen, K., Saalasto-Koskinen, U. & Mäkelä, M. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Liebkind, K. 2000. Monikulttuurisuus on tulevaisuus. Teoksessa Liebkind, K. (toim.) Monikulttuurinen Suomi. Helsinki: Gaudeamus. 171-182.

Lindholm, M. 2009. Lapsi, Perhe ja yhteisö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi. 14-29.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Salminen, K. & Poutanen, P. 1996. Kulttuurikompassi. Helsinki: Edita.

Seppälä, E. 2010a. Esite markkinointiviestinnän välineenä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Liiketalouden koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Seppälä, M. 2010b. Toimintasuunnitelma 2010. Viitattu 16.3.2011.
<http://www.terveafrikka.fi/HADCO2010.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita prima oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Terveysterveystuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:11. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelu-terveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki.

Stakes. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Viisainen, K. (toim.) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus oppaita 34. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

STM 785/1992. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992 / 785. 1992. Viitattu 18.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry 2008. Tervetuloa! Viitattu 16.3.2011.
<http://www.terveafrikka.fi>

Terveysterveystuolto- ja hyvinvoinninlaitos. 2010a. Raskaudenaikaiset seulontatutkimukset. Viitattu 12.2.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/lnto/palvelut/raskaudenaikaiset_seulontatutkimukset

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2010b. Tilastoraportti 2010. Liitetäulukko 24. Viitattu 24.2.2011.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/liitetaulukot/Tr06_10_liitetaulukot.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2010c. Vastasyntyneet 2008. Viitattu 24.2.2011.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/vastasyntyneet.htm>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2010d. Yleinen rokotusohjelma. Viitattu 12.2.2011.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat_ja_kirjat/rokottajan_kasikirja/yleinen_rokotusohjelma/

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Kansallinen rokotusohjelma. Viitattu 12.2.2011.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/rokottaminen/rokotusohjelma/#navi0

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. n.da. Rokotuskattavuus Suomessa. Viitattu 12.2.2011.

<http://www.ktl.fi/attachments/rokotuskattavuus.pdf>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. n.db. Sikiön poikkeavuuksien seulonnat. Viitattu 12.2.2011.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/sikion_poikkeavuuksien_seulonnat

The world bank. n.da. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100 000 live births). Viitattu 27.1.2011.

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

The world bank. n.db. Mortality rate, infant (per 1 000 live births). Viitattu 27.1.2011.

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

Tiittula, L. 1997. Kulttuurien välinen viestintä. Teoksessa Pitkänen, P. (toim.) Näkökulmia monikulttuuriseen Suomeen. Helsinki: Edita. 33-51.

Turku. 2007. Kulttuurien välinen viestintä. Viitattu 18.1.2011.

<http://www.turku.fi/public/default.aspx?uielementsiz=2&nodeid=12913>

Ulkoasiainministeriö. 2009. Kenia: kehityksen mittarit. Viitattu 7.3.2011.

<http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=17612&contentlan=1&culture=fi-FI>

Vartia, N. 2009. Kotona kaikkialla. Helsinki. KIRJAPAJA.

Vuori, E & Gissler, M. 2009. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Viitattu 25.2.2011.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf

Who. 2010. Maternal mortality. Viitattu 27.1.2011.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

Who. n.d. Country statistics. Viitattu 27.1.2011.

<http://apps.who.int/ghodata/?theme=country>

LASTEN JA NUORTEN ROKOTUSOHJELMA

Ikä	Tauti, jolta rokote suojaa	Rokote
2 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
3 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki
3 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
3 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
5 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki
5 kk	Rotavirusripuli	Rotavirus
5 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
12 kk	Aivokalvotulehdus, keuhkokuume, verenmyrkytys ja korvatulehdus	Pneumokokki
12 kk	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus, kurkunkannentulehdus ja verenmyrkytys	DTaP-IPV-Hib
14-18 kk	Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko	MPR
6-35 kk	Influenssa (vuosittain)	Influenssa
4 v	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio	DTaP-IPV
6 v	Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko	MPR
14-15 v	Kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä	dtap

Lähde: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011.