

VUOROVAIKUTUS KOTIKÄYNTITYÖSSÄ OPISKELIJOIDEN KOKEMANA

Miettinen Oona

Vuotikka Marita

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Miettinen, Oona & Vuotikka, Marita. Vuorovaikutus kotikäyntityössä opiskelijoiden kokemana. Oulu, Syksy 2012, 35 sivua, 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveystieteiden opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutuksesta kotikäyntityön perheissä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kotikäyntityöhanketta Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun toimipaikan ja Oulun seurakunnan yhteistyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teema-haastatteluilla yhdeltätoista Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun toimipaikan hoitotyön opiskelijalta, jotka suorittivat kotikäyntityötä kevään 2012 aikana. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi, ja haastatteluissa käytettiin tarvittaessa tarkentavia apukysymyksiä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan vuorovaikutus perheissä syntyi vaihtelevasti. Vuorovaikutus kehittyi pääsääntöisesti parempaan suuntaan kotikäyntityön edetessä, mutta kaikissa tilanteissa kehityskaarta ei ollut havaittavissa tai kehitys tapahtui huonompaan suuntaan. Vuorovaikutuksen kehittymiseen vaikutti muun muassa tiedonkulun heikkous, opiskelijoiden ja perheenjäsenten luonteenomaisuudet sekä luottamuksen synty.

Asiasanat: Kotikäyntityö, opiskelijat, vuorovaikutus, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Oona Miettinen & Marita Vuotikka. Interaction in house call work as experienced by students, Oulu, Autumn 2012. Language: Finnish, 35 pages, 1 appendix. Diaconia University of Applied Sciences, Diak North Oulu Unit. Bachelor degree program in Health care and nursing, registered nurse.

The purpose of this thesis was to describe nursing students' experiences of interaction in house call work. The goal of this thesis was to develop a project of house call work together with Diaconia University of Applied Sciences Oulu Unit and Oulu parish, Finland.

The thesis was executed by the means of qualitative research. The data of the study was collected from 11 nursing students of Diaconia University of Applied Sciences Oulu Unit which did house call work during spring 2012. There were two questions in the survey and more questions were asked if needed. The data was analyzed with an inductive content analysis method.

According to the results, interaction in families was developed variably. The interaction developed mainly into a better direction during house call work but in every situation there was not any development or it went worse. The development of interaction was affected for example by a bad flow of information, characteristics of the students and the family members and development of confidence.

Key words: house call work, students, interaction, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 LAPSIPERHEIDEN HOITOTYÖ VUOROVAIKUTUKSELLISIN KEINAIN	7
2.1 Perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö	8
2.2 Perheiden terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy	10
2.3 Vuorovaikutus ja dialogisuus hoitotyössä	14
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
4.1 Laadullinen tutkimus	20
4.2 Sisällönanalyysi	21
4.3 Opinnäytetyöprosessin eteneminen	23
5 TULOKSET	24
5.1 Vuorovaikutussuhteen muodostuminen kotikäytityössä	24
5.2 Vuorovaikutuksen kehittyminen	25
5.3 Vuorovaikutukseen positiivisesti vaikuttaneet tekijät	25
5.4 Vuorovaikutukseen negatiivisesti vaikuttaneet tekijät	26
6 POHDINTA	27
6.1 Johtopäätökset	28
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	29
6.3 Opinnäytetyön eettisyys	30
6.4 Jatkotutkimushaasteet	31
LÄHTEET	33
LIITE 1: Kuvio: Vuorovaikutuksen kehittyminen kotikäytityössä	36

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tarkastelee kuudennen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia perheissä tehtävästä kotikäyntityöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun toimipaikassa kotikäyntityö on ollut osana kuudennen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijoiden opintoja useamman vuoden ajan. Opiskelijoiden kokemuksia perheissä tehtävään kotikäyntityöhön liittyen ei ole aiemmin selvitetty Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulussa, joten työ tulee tarpeeseen ja on avuksi niin toimipaikalle, opiskelijoille kuin seurakunnan yhdyshenkilöillekin.

Opinnäytetyön teema on ajankohtainen ammattialalla aina, sillä on tärkeää tietää, millaisista olosuhteista perheet tulevat terveyskeskuksiin ja sairaaloihin. Loppuvaiheen opiskelijoilta vaaditaan itsenäistä toimintaa alan keskeisissä asiantuntijatehtävissä sekä ongelmanratkaisua ennakoimattomissa tilanteissa. Kotikäyntityö syventää opiskelijoiden ammatillisuutta ja kehittymistä tulevana ammattilaisena. On tärkeää selvittää opiskelijoiden kokemuksia aiheesta. Tekijöiden mielenkiinto on vuorovaikutuksellisuudessa ja sen toteutumisessa kotikäyntityössä, koska vuorovaikutus on tärkeä työväline hoitotyössä. Opinnäytetyö tarkastelee aihetta vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Opiskelijat tekevät kotikäyntityötä Oulun seurakuntien diakoniatyön asiakasperheissä. Tammikuun lopussa opiskelijat saivat valita perheen, jossa käyvät yksin tai parin kanssa. Pitkien välimatkojen vuoksi osa opiskelijoista oli kuitenkin yhteydessä oman kotikuntansa seurakuntaan ja järjesti perheen sitä kautta. Opiskelijat suorittivat 40 tuntia kotikäyntityötä helmi-toukokuun aikana sellaisina ajankohtina, jotka sopivat niin opiskelijoille kuin perheillekin.

Kotikäyntityöjakson jälkeen haastateltiin yhtätoista eri opiskelijaa ja selvitettiin heidän kokemuksiin vuorovaikutuksen kehittymisestä 40 kotikäyntityötunnin aikana. Tutkimus on laadullinen teemahaastattelu ja teemana on vuorovaikutus. Aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kotikäyntityöllä on pitkä historia ja sen juuret juontavat kristittyjen pappien tekemästä kotikäyntityöstä. Pappien virkaan on kuulunut jo kauan henkilökohtaisten yhteyksien rakentaminen. Kirkkolain perusteella jokaisen seurakunnan pappi on velvollinen ahkerasti etsimään sekä pitämään huolta heidän kristillisestä uskostaan ja elämästään. Kirkkolaki velvoittaa myös huomioimaan harhaoppineet, ehtoollisella käymättömät, raskasmieliset, rikolliset, paheelliset sekä sairaat ja vangit. Ennen papeilla on ollut periaatteena, että he menevät koteihin vain pyydettyinä, työn runsauteen perustellen. Kirkolle merkittävintä oli pappien kotikäyntityön lisääminen. Pappien vapauttamista koulu- ja kansliatehtävistä sekä ompeluseurojen orjuudesta toivottiin, ja pidettiin tärkeänä pappien siirtymistä henkilökohtaiseen lähityöhön. Tämä mahdollistaisi maallikkojen kotikäyntityön. Esimerkiksi eräässä seurakunnassa pappien työsopimuksessa oli erikseen eritelty yksi päivä viikossa kotikäynneille. (Linnansaari 1963, 17–18.)

Kotikäyntityöllä on pitkä historia niin ennaltaehkäisevänä kuin hoitavanakin menetelmänä. Nykypäivänä monet yllättävät tilanteet ajavat useat perheet pahaan ahdinkoon, eikä apua välttämättä saa muualta kuin seurakunnan diakoniatyöntekijältä. Avun hakeminen on monelle kynnykskysymys, ja sen vuoksi avun tulisi olla paremmin saatavilla. Kotikäyntityötä perheissä tulisi tarjota muiltakin taholta kuin seurakunnasta. Esimerkiksi kuntasektorilla neuvolasta voitaisiin tarjota kotikäyntityötä ennaltaehkäisevästi.

2 LAPSIPERHEIDEN HOITOTYÖ VUOROVAIKUTUKSELLISIN KEINAIN

Perheen muodostavat toisilleen läheiset ihmiset, joilla on sosiaalinen yhteisö. Heidän välillään on usein emotionaalinen yhteenkuuluvuuden tunne ja he ovat myös riippuvaisia toisistaan. Erilaisia perhetyppejä on monenlaisia, ja ajalliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat perheen määrittelyyn. Tärkeintä kuitenkin on, että jokainen pystyisi määrittelemään oman perheensä itse. Lapsen näkökulmasta perheen muodostavat ne aikuiset ja sisarukset, jotka ovat lapsen perhetä. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2009, 26.) Perinteinen perheen määritelmä on vanhempien ja lasten muodostama kokonaisuus eli ydinperhe. Ydinperheen jäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Perhe voidaan määritellä myös juridisin perustein. Määritelmät eivät ole yhtenäisiä. Perhe- ja läheissuhde ovat määritelty eri tavoin eri asiayhteyksissä. Perheen määrittäminen myös emotionaalisin kriteerein on mahdollista, jolloin lähin ihminen on henkisesti tärkeä ja läheinen. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkaara 2006. 11–12.)

Lastensuojelun keskusliiton Internet-sivujen mukaan tyypillisessä suomalaisessa lapsiperheessä on avioliitossa elävät isä ja äiti sekä kaksi lasta. Lisäksi Suomessa on ydinperheen lisäksi monenlaisia perheitä, esimerkiksi sellaisia, joissa vanhemmat voivat olla avoliitossa tai vanhemmat ovat samaa sukupuolta. Yksinhuoltajaperheessä lapset asuvat äidin tai isän kanssa. Sivuston mukaan uusperheiden määrä on kasvanut. Uusperheessä toinen tai molemmat vanhemmista ovat eronneet ja solmineet uuden avo- tai avioliiton. Lapsia uusperheessä voi olla niin edellisistä liitoista kuin uusia yhteisiä lapsia. (Lastensuojelun keskusliitto i.a.)

Tilastokeskuksen määritelmän mukaan perheessä voi olla korkeintaan kaksi perättäistä sukupolvea. Mikäli samassa asunnossa vakinaisesti asuvia henkilöitä on useammista sukupolvista, muodostetaan perhe nuorimmasta sukupolvesta lähtien. Lapsiperheiksi katsotaan perheet, joissa asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskus i.a.)

2.1 Perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö

Perhehoitotyö tarkoittaa yksilön, perheen sekä terveyden ja sairauden välisten yhteyksien huomioimista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa tarkasteltaessa. Hoitotyössä selvitetään perheen toimivuuden ja terveyden ja sairauden välisiä suhteita. Perhehoitotyössä tavoitteena itsehoitoperiaatetta unohtamatta on tukea perheen omia voimavaroja. Hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka rikastuttavat perheen omia voimavaroja ja kykyä pystyä vastaamaan erilaisiin muutoksiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 27.)

Perhehoitotyöhön kuuluu kolme eri ominaispiirrettä. Ensinnäkin perhettä voidaan pitää taustatekijänä; tällöin se toimii asiakkaan kaikkein tärkeimpänä primääriryhmänä joko hoidon keskeisenä voimavarana tai voimavaroja kuormittavana tekijänä. Kun perhe toimii taustatekijänä, on yksi perheenjäsen eli asiakas keskeisin ja perhe on toissijaisena taustavoimana. Yksilön omaa terveyttä ja hyvinvointia tulkitaan perhetaustalla, mutta kuitenkin pyritään hoitamaan yksilöä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 28.)

Perhe voi olla myös jäsentensä summa. Tässä tarkastelussa yksilön ja perheenjäsenten terveyttä ja hyvinvointia perustellaan vastavuoroisuudella. Näkökulmassa keskitytään koko perheeseen ja koko perheen hyvinvointiin. Erityisesti syvennytään vuorovaikutussuhteisiin perheenjäsenten välillä. Perhe jäsentensä summana -mallin tavoitteena on järjestää hoitoa koko perheelle. Perhesysteemi koostuu perheenjäsenistä ja heidän välisestään vuorovaikutuksesta. Keskeistä interpersoonallisessa hoitotyössä ovat kommunikaatio, päätöksenteko ja roolijako perhesysteemissä. Keskeiset tavoitteet tässä hoitotyön mallissa ovat yhteisymmärrys ja tuki perheenjäsenten välillä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 28–29.)

Kolmannessa tarkastelussa perhe toimii asiakkaan roolissa. Perhe eli asiakas on keskeisessä asemassa vuorovaikutuksellisessa systeemissä, jossa korostetaan perheen sisäistä dynamiikkaa ja suhteita. Tarkastelun alaisena ovat per-

heen riippuvuus muun muassa ympäristöstä ja kokonaisuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 29.)

Perhekeskeisessä hoitotyössä perhe ajatellaan taustatekijänä, jossa hoidossa keskeisenä on yksilö. Potilaan hoitosuunnitelmassa ja tilan arvioinnissa otetaan huomioon koko perhe. Lapsia hoidettaessa perhe ajatellaan taustatekijänä, mutta myös ensisijaisena hoidon antajana. Perhekeskeisyyttä koetetaan toteuttaa etenkin psykiatrisessa hoitotyössä, lapsia hoidettaessa, äitiyshuollossa sekä lastenneuvolassa. Perhehoitotyöllä ja perhekeskeisellä hoitotyöllä on yhteneväisyyksiä, esimerkiksi taustatekijänä pidetään perhettä. Perhehoitotyö on siis lähikäsite perhekeskeiselle hoitotyölle. Ajallisesti ajateltuna perhekeskeinen hoitotyö on vanhempi käsite kuin perhehoitotyö, eli voidaan ajatella, että on kyse samasta käsitteestä mutta ajallisesti kehittyneempänä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2004, 33–37.)

Coyne ym. (2011) tutkimuksessa ”Mitä perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa hoitajille ja kuinka sitä voitaisiin heidän mielestään parantaa” käy ilmi, että kansainvälisissä tutkimuksissa on huomattu epäjohtonmukaisuutta perhekeskeisyyden soveltamisessa hoitotyöhön. Tutkimusten mukaan on havaittavissa esteitä perhekeskeiselle hoitotyölle, johtuen hoitajien huonoista asenteista perheitä kohtaan ja puutteista resurssien ylläpidossa. Perhekeskeisen hoitotyön käyttöönotto näyttää tuovan haasteita hoitajille, kunnes hoitajat suostuvat perhekeskeiseen hoitotyöhön ideaalisena periaatteena lasten ja heidän perheidensä hoidossa. Suurin osa hoitajista osoitti, että he edellyttävät organisaation ja johdon tuen panemaan täysimääräisesti täytäntöön perhekeskeisiä hoitokäytäntöjä. Kaksi toisiinsa liitettyä teemaa osoitti parantavan perhekeskeistä hoitotyötä. Sairaanhoidajat tarvitsevat riittävät resurssit, asianmukaista koulutusta, tukea johtajilta ja muilta terveydenhuollon aloilta, jotta laadukasta perhekeskeistä hoitotyötä voidaan tarjota. (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello & O'Shea 2011.)

2.2 Perheiden terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy

Perheen terveyttä voidaan kuvata eheyden, suhteiden, kehityksen ja selviytymisen vuorovaikutuksellisen prosessina. Perheen terveys voidaan nähdä myös eheytenä, joka on saavutettavissa, kun perheen elämän eri tekijät ovat sopivasti tasapainossa jatkuvasti muuttuvissa tilanteissa. Perheen terveys on dynaaminen prosessi, joka käy ilmi perheenjäsenten suhteista ja perheen toiminnasta. Kuitenkin perheen ja yksilön terveys ovat keskenään yhteydessä; jäsenten vointi vaikuttaa koko perheen terveyteen, ja toimivuudella on vaikutusta yksittäisen jäsenen kokemukseen voinnistaan. Terveydellä tarkoitetaan kykyä elää ja kestää erilaisissa vastoinkäymisissä, ongelmassa ja pulmissa. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 15–21.)

Perheen hoitamisen ja sen menetelmien tavoitteena on terveyden edistäminen. Tukeminen perheen omien voimavarojen arvioinnissa, sekä löytämisessä että vahvistamisessa, muuttuvissa elämäntapahtumissa edistää niin perheen selviytymistä kuin terveyttä. Hoitamisen menetelmät ilmenevät käytännössä monin eri tavoin. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 73.)

Terveyden edistämisen toimintamallit (Karjalainen, Koskinen-Ollonqvist, Peltto-Huikko 2006, 12) teoksen mukaan terveys on nähtävissä ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä ja suoriutua. Terveysteen vaikuttavia taustatekijöitä ovat muun muassa yksilölliset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, kulttuuriset sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Terveyttä määrittävät tekijät ovat siis moninaisia ja vuorovaikutuksessa keskenään. Terveysteen edistämisen keinoilla on vaikuttavuutta näihin tekijöihin, jotka aikaansaavat ja ylläpitävät terveyttä. (Karjalainen ym. 2006, 12.)

Terveyden edistämisen tavoitteet ovat voimavarojen parantaminen ja kansanterveydellisten edellytysten vahvistaminen. Terveysteen edistämisen arvoina pidetään muun muassa ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittamista, voimaannuttamista, osallistumista ja osallistamista. Mahdollisuuksien luominen, muutokseen tähtäävä toiminta sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpito saavutetulla tasolla ovat terveyden edistämisen kolme ulottuvuutta. Terveysteen

den edistämisen lähestymistapoina ovat promotiivinen ja preventiivinen. Promotiivisessa lähestymistavassa pyritään vaikuttamaan asioihin ennen ongelmien ja sairauksien syntyä. Tästä näkökulmasta terveyden edistäminen on terveyttä suojaavien tekijöiden ylläpitoa ja vahvistamista. Preventiivisellä lähestymistavalla tarkoitetaan sairauksien ehkäisyn näkökulmaa. Preventiivinen lähestymistapa on usein ongelmalähtöistä ja se sisältää kolme eri ulottuvuutta. Sairauksia ja sairauksien riskitekijöitä ehkäisevä ja vähentävä toiminta on primaaripreventiota. Sekundaaripreventiolla taas ehkäistään sairauksien pahenemista vähentämällä niiden riskitekijöiden vaikutuksia. Tertiaaripreventiossa päämääränä on kasvattaa toimintakykyisyyttä sekä vähentää jo olemassa olevan sairauden ja sen aikaan saamien haittojen pahenemista. (Karjalainen ym. 2006, 12–13.)

Kuntalain mukaan asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja kestävän kehityksen takaaminen on kuntien tehtävä. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 -ohjelmaan on linjattu kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet. Yleisinä tavoitteina ohjelmassa ovat terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden lisääminen sekä elämänlaadun parantaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13.) Vuonna 2006 voimaan tullessa uudistetussa kansanterveyslaissa säädetään terveyden edistamisestä osana kansanterveystyötä. Kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta, huolehtiminen terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kaikissa kuntien toiminnoissa ja yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien niin julkisten kuin yksityistenkin toimijoiden kanssa. Laki osoittaa terveyden edistämisen haasteeksi koko kunnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13.)

Oulussa strategisena tavoitteena on ollut, että kaupunki olisi lapsille, nuorille ja myös perheille turvallinen paikka. Terveyden edistämisen kehittämistä on tehostettu tekemällä kokeilumielellä toimialojen yhteiset johtotiimit. Johtotiimien päämääränä on ollut vähentää lasten ja nuorten kanssa työtä tekevien eri viranomaisten työn tapauskohtaisuutta ja sattumanvaraisuutta. Tukeminen vanhemmuuteen ja yhteistyö erilaisten kasvattajien kanssa olivat olleet hyvin tärkeässä roolissa, koska lasten ja nuorten lisääntynyt rauhattomuus ja pahoinvointi asettivat uusia haasteita. Perhetyötä on kehitetty auttamalla vanhempien hoito- ja

kasvatustyötä sekä kartoittamalla kotipalveluiden tarvetta. Strategioissa on korostettu uusia palvelumuotoja kehittämällä perheiden kasvatusta ja lasten kotihoitoa. Palvelujärjestelmän oli huomattava aikaisempaa herkemmin perheiden pahoinvoinnin oireita ja sosiaalisia ongelmia, mikä edellytti tunnistustaitoa sosiaalisissa ongelmissa eritoten neuvoloissa, päivähoidossa ja kouluissa. (Kurrenniemi, Perttilä & Uusitalo 2005, 39.)

Neurolaterveydenhoitajien koulutusta varhaiseen vuorovaikutukseen on jatkettu. Palvelut ja asiantuntemus varhaisesta puuttumisesta ongelmien sekä palvelukynnyksien madaltaminen vietiin sinne missä lapset, nuoret ja perheet toimivat. Konsultaatioita ehkäisevästä lastensuojelusta, koulutusta ja tiedottamista on lisätty, kun lasten palveluita antavien kykyä tunnistaa perheiden tarvetta on vahvistettu. Lasten hyvinvointi, palveluiden saatavuus ja asiakastyytyväisyyden arviointi on kirjattu kaupungin tavoitteisiin. Nuorisotoimen ja koulujen kanssa tehtävää yhteistyötä on tiivistetty entisestään nuorten palveluissa. Hallintokuntien ja tulostyöryhmien kanssa on alueellisesti kehitetty aktiivisesti päivähoitoon palveluita. Perheille on tarjottu päivähoitopalveluissa kevyempiä palveluita, kuten kerhoja ja avoimia päiväkoteja. Parantamalla palvelukykyä lähikouluissa on pyritty varhaiseen puuttumiseen ongelmiin ja erityisopetus- ja oppilashuoltopalveluita on lisätty. Elämänhallinnan tukemista ja syrjäytymisen ehkäisyä on tehostettu oppilashuollon yksikön avulla. Lasten ja nuorten terveyden edistämistä on huomioitu kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolatoiminnan kehittämisessä. Lisäämällä yhteistyötä on kehitetty toimintamalli, jossa huoltajan, oppilaan ja opettajan välinen keskustelu on osa koulun ja kodin yhteistyötä. (Kurrenniemi ym. 2005, 39.)

Luottamuselimissä on käsitelty lasten terveyden edistämiseen liittyviä asioita, joita olivat varhaiskasvatussuunnitelma, yhdysrehtoritoiminta ja koulunkäynnin- ja kouluavustajapalveluita koordinoivan työryhmän asettaminen sekä myös esi- ja alkuopetuksen yhteistyöryhmän perustaminen. Hankesuunnitelmat ovat olleet luottamuselimissä käsittelyssä, lastensuojelun työmenetelmiin ja vaikuttavuuden arviointiin liittyen. Esimerkiksi skeittipaikan rakentamista ja pienryhmien perustamista erityistukea tarvitseville oppilaille iltapäiväkerhoon on käsitelty valtuustoaloitteina. (Kurrenniemi ym. 2005, 40.)

Syrjäytymisellä tarkoitetaan syrjään pääymistä sosiaalisista suhteista, vaikutamisesta ja vallan käytöstä, mahdollisuudesta työskennellä ja kuluttaa sekä mahdollisuudesta osallistua yhteisölliseen toimintaan. Sanana ja käsitteenä syrjäytymistä pidetään lähes aina kielteisenä. Niin yksilöitä kuin ryhmiäkin voidaan myös syrjäyttää jättämällä kuulematta heidän mielipiteitään ja näkökantojaan tai kyseenalaistamalla heidän kansalaisuuttaan ja osallisuuttaan. Syrjäytymisellä ilmaistaan yhteiskunnallisia ongelmia ja yhteiskunnallista epäoikeudenmukaisuutta. Välteltäessä syrjäytymis-sanaa voidaan käyttää käsitteitä vähä- tai huono-osaisuus, vaikeuksiin joutunut sekä heikommin toimeentuleva. (Laine, Hyväri, Vuokila-Oikkonen 2010, 11–12.)

Laineen ym. (2010, 13) mukaan syrjäytymistä voidaan kuvata tilasta vastakkaiseen siirtymisenä: esimerkiksi hyvin toimeentulevasta tulee huono-osainen, terve sairastuu ja menettää työkykynsä, perheyksikkö hajoaa ja aiheuttaa yksinäisyyttä. Usein on tunnistettavissa riski- tai vaaratekijöitä, jotka edeltävät heikkoon asemaan joutumista. Lopputuloksen nähdään tuottavan syrjäytymisen tilan ja syrjäytyneen aseman. (Laine ym. 2010, 13.)

Syrjäytymisen ehkäisyllä tarkoitetaan asiakkaan tilanteen ja siihen johtaneiden syiden, auttamismenetelmien sekä arvioinnin tietoista pohdintaa. Se on myös *”tietoista ja kriittistä syventymistä oman toiminnan tarkasteluun.”* (Läksy & Vuokila-Oikkonen 2010, 251.) Syrjäytymisen vastaiseen työhön katsotaan sisältyvän niin ennaltaehkäisevät toimet kuin korjaavatkin ratkaisut. Lähtökohtana on, että jollain elämän osa-alueella on ilmennyt vaikeutta, johon pyritään puuttumaan erilaisin keinoin. (Piirainen 2010, 303–305.) Piiraisen (2010, 319) mukaan syrjäytymisen ulottuvuudet ovat usein hyvinvoinnin vajeita.

Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, jossa määritellään alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Kehittämisohjelmalla pyritään kaventamaan sosiaali- ja terveyseroja. Ohjelmaan kuuluu kuusi osaohjelmaa, joilla luodaan, arvioidaan, kerrotaan eteenpäin sekä juurrutetaan uusia toimivia käytäntöjä. Tavoitteet saadaan täytetyksi kuntien ja kuntayhtymien, erilaisten järjestöjen, seurakuntien, hallinnonalojen ja

tutkimus- ja kehittämisyksiköiden välisellä työllä. Kehittämisohjelmalla sekä uudistetaan että johdetaan sosiaali- ja terveyspolitiikkaa Suomessa. Uusi Kaste-ohjelma on vahvistettu helmikuussa 2012. Uusi kehittämisohjelma on osittain jatkoa vanhemmalle vuosien 2008–2011 kehittämistyölle. Kehittämisohjelmassa tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen. Ehkäisevä työ ja varhainen tuki olisivat yhteiskunnassa toimivia ja lähisuhde- ja perheväkivalta vähentyisivät. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tavoitteena tuottaa asiakaslähtöistä palvelua ja rakenteita. Palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen luotetaan. Osaava ja hyvinvoiva henkilökunta turvataan. Jotta näihin tavoitteisiin päästään, on kuusi osaohjelmaa, joissa määritetään tavoitteet, painopisteet toiminnassa ja valvonnassa ja tavoitteiden toteutumisen uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet. Niissä myös määritetään erilaiset suositukset ja ohjeistukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

2.3 Vuorovaikutus ja dialogisuus hoitotyössä

Hoitoalalla, kuten palveluammateissa yleensä, korostetaan asiakaslähtöisyyttä. Lähtökohtana on tasavertaisuus asiakaskohtaamisessa, ja se vaatiikin henkilökunnalta ystävällistä suhtautumista sekä kiinnostuksen osoitusta asiakkaita kohtaan. Vuorovaikutus on perheen hoitamisen menetelmien lähtökohta. Vuorovaikutuksellisilla menetelmillä perhehoitotyössä tarkoitetaan perheen ja hoitajien välisen yhteistyön ominaisuuksia. Kyse on yhteistyön ulottuvuuksista, jotka muodostuvat ja kehittyvät ihmisten välisissä suhteissa. Vuorovaikutuksen toisten kanssa tekee mahdolliseksi viestintä. Kommunikaatio, joka tarkoittaa samaa kuin viestintä, viittaa latinankieliseen sanaan ”communis” ja tarkoittaa yhteiseksi tekemistä. Viestintä on mielikuvien ja merkitysten jakamista sekä asioiden ja käsitysten yhdistämistä. Kommunikaatio mahdollistaa käytännön sujuvuuden. Ilman vuorovaikutusta olisi mahdotonta ymmärtää käsitystä itsestään, omista tavoitteista, arvoista ja pyrkimyksistä. Viestinnän avulla teemme havaintoja, millaisia muut ihmiset ovat. (Mönkkönen 2007, 14; Silvennoinen 2004, 18; Åstedt-Kurki ym. 2006, 75.)

Kommunikaation luonteen tunteminen auttaa monissa ristiriitatilanteissa ymmärtämään, miksi ihmisten yhteistyö ei ole aina yhtenäistä ja hyvätahtoista rinnakkaiselo. Vuorovaikutukseen liittyy tulkinnanvaraisuutta, koska omat yksilölliset luonteenpiirteemme antavat muille ihmisille mahdollisuuden tehdä oman tulkintansa. Tähän vuorovaikutukseen vaikuttavat henkilökohtaiset tekijät, kuten myös tilannetekijät, asiayhteys ja ympäristö, missä toiminta tapahtuu. (Silvennoinen 2004, 18.)

Viestintä on etenevä prosessi, joka on luonteeltaan dynaaminen. Jokainen viestintätilanne alkaa ennakkoinnilla ja erilaisilla odotuksilla. Prosessin voidaan olettaa jatkuvan kohtaamisen jälkeenkin, kunnes tilanteessa esille tulleet tulkinnat ja merkitykset on muodostettu. Kaikissa viestintätilanteissa olennaista on kulttuuri, johon kommunikaatio asettautuu. Tilanteisiin vaikuttavat eri asiayhteydet, esimerkiksi työ sekä tilannetta ohjaavat lait ja viestintäilmapiiiri. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat siihen, kuinka eri tilanteissa viestitään. (Silvennoinen 2004, 19.)

Viestimisen tekee haasteelliseksi tilanteiden ainutlaatuisuus sekä se, että keran sanottua ei saa enää sanomattomaksi, eikä tilanteisiin voi enää palata. Itsestä pieneltäkin tuntuvat väärinkäsitykset saattavat aiheuttaa pitkän ajan päähän ulottuvia seurauksia. Myös hoitotilanteissa on hyvä muistaa vuorovaikutuksen tavoitteellisuus. Kerrottaessa sydänfilmin olevan kohdallaan, voidaan miettiä, onko tieto jakamista vai välitetäänkö tiedolla huolenpitoa. Haasteellisuutta vuorovaikutuksessa lisää se, että olemme sekä lähettäjän että vastaanottajan roolissa. Vuorovaikutus on siis jatkuvaa vastavuoroisuutta. Onnistunut vuorovaikutuksellisten menetelmien käyttö ilmenee hyvänä hoitamisena, joka tuottaa perheelle kokemuksen luotettavassa hoidossa olemisesta ja tietoisuuden avunsaamisesta. Parhaimmassa tapauksessa perhe tuntee hoitavan henkilön välittävän ja pitävän heistä huolen, sekä tekevän kaiken mahdollisen paneutuen perheeseen huolellisesti ja vakavasti. Tällöin muodostuu välitetyksi tulemisen ilmapiiiri, jossa toivo säilyy, eikä perheen tarvitse jäädä yksin. Vuorovaikutuksellisten menetelmien huono käyttö saattaa aiheuttaa perheelle kokemuksen apua vaille jäämisestä. Tällöin epäluottamus ja pettymys kohdistuvat monesti hoitoon kokonaisuudessaan, eli työntekijän ammattitaitoon, käytännön järjestelyihin ja tiedonsaantiin. (Silvennoinen 2004, 20–28; Åstedt-Kurki ym. 2006, 86–87.)

Dialogisessa vuorovaikutuksessa osallistujien yksilöllinen sekä jaettu tietoisuus kehittyy ja muodostuu mahdollistaen kaikkien osallistujien myönteisen kasvun ja kehityksen. Kehittyminen dialogisessa vuorovaikutuksessa on mahdollista vain sellaisissa yhteyksissä, joissa osalliset ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Dialoginen vuorovaikutus sisältyy dialogioppimisen käsitteeseen. Se määritellään kahden tai useamman ihmisen väliseksi vuorovaikutukseksi, mikä edistää osallistujien yksilöllisen ja jaetun tietoisuuden kehittymistä. Yksilöllisen ja jaetun tietoisuuden kehitys ja lisääntyvyys mahdollistavat kaikkien osallistuvien luontevan yhteistyön esimerkiksi potilaan hoitoa suunniteltaessa, toteuttaessa ja arvioidessa. (Janhonen 1999, 334.)

Tiedon tasolla ajateltuna yksilöllisen ja jaetun tietoisuuden rakentuminen edellyttävät yhteisen kohteen rakentamista. Yhteisellä kohteella tarkoitetaan, että osallistujat ovat täysin selvillä ja puhuvat samasta asiasta eli vuorovaikutuksen kohde on kaikille jaettu. Osallistujat myös ymmärtävät, että heillä voi olla erilaisia tai samankaltaisia perusteltuja kantoja kyseessä olevasta kohteesta. Vuorovaikutuksella ei aina välttämättä edes pyritä yksimielisyyteen, vaan tavoitteena on tiedostaa, että kyseessä olevasta asiasta on erilaisia, täysin perustelujakin näkökulmia. Pyritään myös vertailemaan näiden erilaisten näkökulmien hyödyllisyyttä ja ajattelemaan erilaisten valintojen vaikutuksia. Vähemmän tutkittu ulottuvuus on ei-sanallinen vuorovaikutus, toisin sanoen ruumiin kieli. Osalliset ovat harvoin tietoisia siitä, että ei-sanallinen vuorovaikutus kertookin totuudenmukaisemmin kuin sanallinen vuorovaikutus osallisten ajatuksista ja tunteista. (Janhonen 1999, 336.)

Kehitysvamma-alan verkkopalvelun mukaan dialoginen asiakastyö on aatteellinen ihmisarvoon perustuva tapa tehdä työtä. Tässä asiakas on aktiivinen ja osallistuva vaikuttaja eikä pelkästään passiivinen vastaanottaja. Dialogisuuden keskiössä on asiakaslähtöiset työtavat, perhe ja työntekijä. Dialogisessa työtavassa vuorovaikutuksen on oltava vastavuoroista. Vuorovaikutussuhde on tasavertainen silloin kun kaikki saavat käyttää valtaa, ja kaikki myös vaikuttavat toisiinsa. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu i.a.)

”Dialogisessa asiakastyössä ei tarvitse pyrkiä liialliseen yhteisymmärrykseen, koska ristiriitaisuudet ja erimielisyydet voivat herättää uutta ymmärrystä asiasta.” (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu i.a). Keskinäinen luottamus on merkittävää dialogisessa suhteessa. Luottamus syntyy olemalla avoin ja jakamalla kokemuksia. Tietämättömyys ei ole este dialogisuudelle avoimessa suhteessa vaan asiakkaan kertoessa lisätietoja työntekijän pyynnöstä osoittaa työntekijä asiakkaan olevan oman elämänsä asiantuntija. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu i.a.)

Arkikielessä ajatellaan, että dialogi tarkoittaa kahden ihmisen käymää keskustelua. Keskustelun tarkoituksena on kuitenkin yleensä päätöksenteko. Keskustelussa tuodaan esille oma kanta ja puolustetaan sitä, pyritään neuvottelemalla pääsemään sopimukseen ja saamaan käsiteltävä asia nopeasti pois. Dialogissa puolestaan herätellään eri näkemyksiä ja etsitään vaihtoehtoja, minkä pohjalta ajatuksia ja tietoa muokataan uusiksi. Ihmiset ajattelevat dialogissa yhdessä, ja tämän vuoksi omaa kantaa pidetään askeleena kohti uutta sekä laajempaa ymmärrystä. Tavoite ei välttämättä ole yhteisymmärrys, vaan pikemminkin ymmärrys, miten muut ajattelevat asiasta. Lopputulosta dialogista ei tiedä kukaan, mutta siinä on sen vahvistava ja eteenpäin vievä voima. Dialogi voidaan määritellä erilaisten merkitysten virtauksena, koska kreikankielinen ”dia” sana tarkoittaa ”läpi” ja ”logos” tarkoittaa ”merkitystä”. (Reijonen 2005, 72–73.)

Pyrkimys ei ole muuttaa dialogilla toisia ihmisiä tai ihmisten ajatuksia, vaan dialogia käydään yhdessä. Dialogissa ihmiset voivat lisätä omaa ymmärrystään sekä itsestään että muista. Kuuntelu erityisesti korostuu dialogissa, sillä siinä ihmisten on mahdollisuus ymmärtää muiden näkemyksiä sekä kuunnella itseään ja myös sitä mitä muiden sanat herättävät. Dialogi on mahdollisuus ajatella yhdessä, ja siinä jokainen osallistuja oppii vastavuoroisesti toisiltaan. Dialogisella asiakastyöllä tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentumiseen ja taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua oikeaan suuntaan. (Reijonen 2005, 73; Mönkkönen 2007, 86.)

Suhde dialogissa edellyttää ainakin kahta eri persoonaa, jossa persoonat kohtaavat toisensa ihmisinä. Dialogisuudessa huomio tarkentuu ihmisten väliseen

kohtaamiseen. Kyse dialogissa on rajojen ylittämisen taidosta. Dialogisessa suhteessa puhuttu sana on kaikkien osallistujien yhteinen rajattu alue, missä sana muodostaa puhujan ja kuulijan välisen suhteen tuotteeksi. Puolestaan moniäänisessä dialogissa kaikki osallistujat rakentavat todellisuutta keskenään yhdessä. Osallistujat tuovat moniäänisessä dialogissa oman totuutensa, minkä pohjalta syntyy yhteistä ja jaettua käsitystä tilanteesta. (Reijonen 2005, 73.)

Olennaista ei ole dialogissa ihmisten keskenään puhuminen, vaan pyrkimys saavuttaa avoimessa kohtaamisessa ymmärrystä yhdessä puhumisen kautta. Dialogisessa vuorovaikutuksessa ei ole tavoitteena löytää totuutta tai vastausta, vaan yrittää yhdistää erilaiset näkökannat. Tällaisessa vuorovaikutuksessa osallistujat ovat valmiita ymmärtämään sekä kuuntelemaan toisten näkökantoja ja muuttamaan omaa näkemystä. Dialogisen keskustelun eri ilmaisut saavat oman merkityksensä sillä hetkellä, kun ne tuodaan esille. Tässä ja nyt -tilanteessa keskustelussa luodaan eri tapahtumien ja asioiden merkitys sillä hetkellä. Jokainen kohtaaminen on siis ainutkertainen erilainen mahdollisuus luoda uutta. Tämä antaa työntekijöille toivoa ja uskoa päästä vaikeista tilanteista läpi. (Reijonen 2005, 74–75.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveysalan opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutuksesta kotikäyntityössä erilaisissa perheissä. Tavoitteena on tuottaa syvällisempää tietoa opiskelijoiden kokemuksista vuorovaikutuksen syntyyn ja kehittymiseen kotikäyntityössä ja näin kehittää Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Oulun seurakuntien yhteistyöhanketta.

Opinnäytetyön kaksi tutkimuskysymystä ovat:

1. Miten vuorovaikutussuhde syntyi kotikäyntityön perheessä?
2. Miten vuorovaikutus kehittyi kotikäyntityön aikana?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun toimipaikan kuudennen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijat, jotka suorittavat 40 tuntia kotikäyntityötä osana Hoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot - opintokokonaisuutta. Asiakasperheitä Oulun seurakunnista oli 10 ja kotikäyntityötä suorittavia sairaanhoitajaopiskelijoita liki 20. Haastattelimme yhtätoista sattumanvaraisesti valittua opiskelijaa. Menetelmänä käytimme teemahaastattelua ja analysoimme haastattelut induktiivisella sisällönanalyysillä.

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus sisältää monia erilaisia perinteitä, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ei ole minkään tietyn tieteenalan tutkimusote tai vain yhdenlainen tapa tutkia. Moninaisin tavoin ilmenevät ilmiöt ovat laadullisen tutkimuksen keskiössä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 28) mukaan laadullinen tutkimus on ymmärtävää tutkimusta. Ihmistä tutkivien tieteiden metodina ymmärtäminen on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin sekä motiiveihin. Ymmärtämiseen liittyy myös aikomuksellisuus, eli ymmärrämme jonkin asian merkityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Kannanottoja ei voida rakentaa yksilöiden eroihin eri muuttujien suhteen, ja näiden erojen tilastollisiin yhteyksiin muihin muuttujiin nähden. Kvalitatiivinen analyysi vaatii absoluuttisuutta. Laadullinen analyysi on kaksivaiheinen: havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Jaottelun voi tehdä vain analyttisesti, sillä käytännössä vaiheet nivoutuvat toisiinsa. (Alasuutari 1999, 38–39.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on muun muassa kuvata millainen jokin ilmiö on tutkimukseen vastanneiden näkökulmasta. Teemahaastattelussa, eli puolistrukturoidussa haastattelussa, edetään etukäteen valittujen keskeisten

teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten tulkinnat asioista, heidän asioille antamansa merkitykset sekä se, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelun tekijät pohtivat, esittävätkö kaikille suunnitellut kysymykset, käytetäänkö samaa sanajärjestystä, kysytäänkö kysymykset kaikilta samassa järjestyksessä ja niin edelleen. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun, tarkoituksen tai tutkimustehtävän mukaisesti. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 59; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin aiheen rajauksella ja teoriaosuuden kirjoittamisella. Kun tutkimuskysymykset oli hyväksytty, lähdettiin tekemään haastatteluita. Haastateltavat tavoitettiin kiitettävän hyvin ja jokainen haastateltava suostui vastaamaan kysymyksiin. Ennalta määrättyjä apukysymyksiä ei ollut, tilanteen mukaan esitettiin tarkentavia kysymyksiä. Saadut vastaukset olivat yllättävänkin kattavia ja saatiin paljon sellaista informaatiota mikä ei suoranaisesti vastannut tutkimuskysymyksiin. Vuorovaikutuksen syntyyn ja kehittymiseen liittyen saatiin opinnäytetyön kannalta riittävästi tietoa.

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen traditioissa. Sisällönanalyysiä pidetään menettelytapana, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleistettävissä olevassa muodossa. Kerätty aineisto saadaan koottua sisällönanalyysin avulla johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, joka tarkastelee inhimillisiä merkityksiä. Aineiston tarkastelussa keskitytään niihin seikkoihin, mitkä ovat teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta olennaisia. Samassa tutkimuksessa aineistoa voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Pelkistämisen tarkoituksena on myös havaintojen yhdistäminen, jolloin havaintomäärä karsiutuu entisestään. (Alasuutari 1999, 40; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103–104.)

Sisällönanalyysissä kerätty tutkimusaineisto tiivistetään niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvata lyhyesti ja yleistettävästi. Näin myös tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Analysoitava aineisto on yleensä laadullista. Laadullinen analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Erottelun voi tehdä vain analyttisesti, sillä käytännössä ne nivoutuvat aina toisiinsa. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Luokat, jotka kuvaavat aineistoa, ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sanat ja fraasit luokitellaan samaan luokkaan merkityksensä perusteella niin, että ne merkitsevät samaa asiaa. Sisällönanalyysin keskiössä on aineistosta ilmenevät merkitykset, tarkoitukset sekä aikomukset, seuraukset ja yhteydet. (Alasuutari 1999, 39; Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysin prosessiin kuuluu seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen & Nikkonen 2003, 24). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Vastaukset kirjataan aineiston termein. Analyysin seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmitellään. Tällöin etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ryhmittelyä seuraa abstrahointi, jossa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin muodostuu yläluokat. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24–29.)

Haastattelut auki kirjoitettiin sana tarkkaan ja sen jälkeen lähdettiin pelkistämään alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmaukset luokiteltiin ja niiden väliltä etsittiin yhteneväisyyksiä ja eriävyyksiä. Samansisältöiset luokat yhdistettiin yläluokiksi. Yksinkertaisen kuvion valmistuttua alettiin kirjoittamaan opinnäytetyöhön tulososiota. Tulososion valmistuttua muodostuivat jatkotutkimushaasteet ja pohdinta opinnäytetyölle.

4.3 Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Tätä opinnäytetyötä varten keräsimme aineiston touko-kesäkuussa 2012. Aineiston analyysin aloitimme elokuussa 2012 haastattelujen läpikäymisellä. Pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen siirryimme abstrahointiin, jonka jälkeen aloitimme analyysin ja johtopäätösten kirjoittamisen sekä pohdinnan työstämisen syksyllä 2012.

Teemahaastatteluun vastasi 11 Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun toimipaikan hoitotyön opiskelijaa, jotka olivat kevään 2012 aikana osallistuneet kotikäyntityöhön. Kävimme haastatteluaineiston läpi useaan kertaan ja lähdimme etsimään vastauksia ensin vuorovaikutuksen muodostumisesta ja myöhemmin sen kehittymisestä kotikäyntityön edetessä. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös vuorovaikutussuhteen kehittymiseen vaikuttaneita tekijöitä.

Aineistosta poimittiin ilmaisuja vuorovaikutuksen syntyyn ja kehittymiseen sekä vuorovaikutukseen vaikuttaneista tekijöistä. Ilmaisujen pelkistyksen jälkeen saatiin aikaan alaluokkia, joissa vuorovaikutus oli alussa vaikeaa tai alussa mutkallista, vuorovaikutus kehittyi parempaan tai meni huonompaan suuntaan, sekä tekijät, jotka vaikuttivat vuorovaikutukseen myönteisesti tai kielteisesti. Näistä muovautuivat yläluokat: vuorovaikutuksen synty, vuorovaikutuksen kehittyminen ja vuorovaikutuksen kehittymiseen vaikuttaneet tekijät. Nämä kaikki luokat muodostuivat pääluokan alle: vuorovaikutus. (Liite 1)

5 TULOKSET

5.1 Vuorovaikutussuhteen muodostuminen kotikäyntityössä

Haastatteluissa kävi ilmi, että hyvän vuorovaikutussuhteen syntyminen ei ole itsestäänselvyys. Osalla vastaajista vuorovaikutussuhde oli syntynyt luontevasti ja osa heistä koki vuorovaikutuksen olleen tasavertaista. Osa opiskelijoista kertoi, että oli ollut alusta lähtien asiakasperheen kanssa samalla aaltopituudella ja että perheen kanssa oli helppo tulla toimeen. Jotkut vastaajista kertoivat vuorovaikutussuhteen syntyneen perheen lasten kanssa helposti, mutta vanhemmat saattoivat olla etäisiä ja varautuneita. Vuorovaikutuksen kerrottiin olleen alussa hieman hankalaa, eikä perheestä saanut mitään irti.

Osa perheistä kyseenalaisti opiskelijoiden käyntien merkityksen, mikä hankaloitti vuorovaikutuksen syntymistä. Tilanne helpottui kuitenkin opiskelijoiden kerrottua kotikäyntityöhankkeesta. Vanhempien varautunut suhtautuminen vaikeutti vuorovaikutuksen syntyä ja kehitystä. Osa perheiden vanhemmista oli alusta alkaen erittäinkin luottavaisia opiskelijoita kohtaan, mikä opiskelijoiden mukaan helpotti vuorovaikutusta. Opiskelijat kokivat, että koulusta ei saatu tarpeeksi kattavaa tietoa perheistä, mikä olisi heidän mukaan helpottanut vuorovaikutuksen syntyä, sillä kaikki perheet eivät olleet valmiita kertomaan tilanteistaan opiskelijoille.

Vuorovaikutuksen syntyyn opiskelijoiden mukaan vaikutti myös se, että tilanne oli uusi sekä opiskelijoille että perheille. Useat kuvasivat tilannetta ensikohtauksella oudoksi ja varautuneeksi, koska eivät tienneet, miten tilanteessa tulisi toimia. Varautuneisuutta helpotti monessa tapauksessa lasten avoimuus opiskelijoita kohtaan. Vuorovaikutukseen vaikutti myös opiskelijoiden omat luonteenpiirteet. Esimerkiksi ujous ja hienotunteisuus perheen tilannetta kohtaan hankaloitti vuorovaikutuksen syntyä, sillä opiskelijat eivät kehdanneet keskustella perheen tilanteesta.

5.2 Vuorovaikutuksen kehittyminen

Suurimmalla osalla vastaajista vuorovaikutus parani kotikäyntityön edetessä. Vuorovaikutuksen kerrottiin muuttuneen luontevammaksi ja luottamuksen kehittyneen perheen ja opiskelijoiden välillä. Pääsääntöisesti hyvin alkanut vuorovaikutussuhde säilyi hyvänä kotikäyntityöjakson ajan. Kuitenkaan kaikilla vastaajista ei vuorovaikutussuhteen kehittymisessä ollut havaittavissa kehitystä huomponaan tai parempaan.

Hyvän alun jälkeen vanhemmat saattoivat etäännyä ja ikään kuin sulkeutua kuorensa. Yleensä kuitenkin opiskelijat ja vähintään toinen vanhemmista pyrki viemään vuorovaikutusta eteenpäin. Joissakin perheissä toinen vanhemmista jäi etäisemmäksi vuorovaikutuksen suhteen toisen vanhemman viedessä vuorovaikutusta eteenpäin. Kaikissa kotikäyntityön perheissä opiskelijoiden ja lasten välinen vuorovaikutus parani kotikäyntityön edetessä.

5.3 Vuorovaikutukseen positiivisesti vaikuttaneet tekijät

Vuorovaikutussuhteeseen positiivisesti vaikuttaneina tekijöinä mainittiin tärkeimpänä luottamus. Eräs vastaajista kertoi luottamuksen syntyneen ensitaapaamisella, mikä oli helpottanut huomattavasti vuorovaikutussuhteen kehittymistä. Molempien vanhempien osallistuminen vuorovaikutukseen koettiin myönteisenä tekijänä. Opiskelijoiden oma aktiivisuus vuorovaikutuksen eteenpäinviemisessä oli tärkeää, mutta positiivisena koettiin myös perheen vanhempien osallistuminen vuorovaikutuksen kehittämiseksi. Vanhempien luonteenpiirteiden, kuten puheliasuuden ja avoimuuden, kuvattiin vaikuttaneen vuorovaikutussuhteeseen.

Kotikäyntityössä aika on ollut vuorovaikutukseen positiivisesti vaikuttava tekijä: kun opiskelijat ovat tutustuneet perheisiin paremmin, on vuorovaikutus pääsääntöisesti parantunut. Vuorovaikutustilanteiden spontaanisuus on merkittävästi helpottanut vuorovaikutussuhteen kehittymistä. Mitä paremmat tiedot perheellä oli kotikäyntityöstä, sitä helpompaa vuorovaikutussuhteen syntyminen ja kehittäminen oli.

tyminen oli. Opiskelijat, joilla oli kattavammat tiedot perheestä, kokivat vuorovaikutuksen kehittymisen parempana. Vanhempien kiinnostus opiskelijoita kohtaan koettiin positiivisena vuorovaikutussuhteessa ja sen kehittämisessä.

5.4 Vuorovaikutukseen negatiivisesti vaikuttaneet tekijät

Vuorovaikutukseen mahdollisesti kielteisesti vaikuttaneina tekijöinä oli se, että tilanne oli molemmille osapuolille täysin uusi, eivätkä osapuolet tiedneet, kuinka tilanteessa tulisi käyttäytyä. Myös vanhempien ujous ja epäilevä asenne kotikäyntiyötä kohtaan vaikuttivat negatiivisesti vuorovaikutussuhteen kehittymiseen. Vaikka eräs vastaajista kertoikin vuorovaikutussuhteen parantuneen perheen äidin rentoutumisen ja luottamuksen lisääntymisen myötä, kuvaili hän kuitenkin vuorovaikutuksen olleen koko ajan hieman outoa ja äidin kyseenalaistaneen kotikäyntityön merkityksen.

Osa opiskelijoista koki perheen avun tarpeen olleen niin suurta, etteivät kokeneet tehtäväkseen olla viimeinen oljenkorsi perheen ongelmassa. Perheiden hankalat elämäntilanteet vaikeuttivat vuorovaikutuksen kehittymistä. Yhdentekevä asenne opiskelijoita kohtaan heikensi vuorovaikutussuhdetta. Vanhemman nuori ikä loi haastetta tasavertaiselle vuorovaikutussuhteelle. Tällöin opiskelijat kokivat ammatillisuuden säilymisen haasteellisena ja yrittivät ylläpitää tietynlaista välimatkaa vanhempaan. Vanhempien varauksellisuus vuorovaikutustilanteissa esti vuorovaikutuksen edistymistä.

6 POHDINTA

Opiskelijoiden kokemukset vuorovaikutuksesta kotikäyntityössä olivat pääsääntöisesti positiivisia. Opiskelijoiden ja kaikkien kotikäyntityön perheiden jäsenten luonteenominaisuudet näyttivät vaikuttavan vuorovaikutuksen syntyyn ja kehittymiseen. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi opiskelijoiden yleinen tyytymättömyys kotikäyntityöhankkeeseen ja sen puutteellisiin järjestelyihin, mutta se ei kuitenkaan näyttänyt vaikuttaneen vuorovaikutukseen tai sen laatuun perheiden ja opiskelijoiden välillä. Opinnäytetyöprosessin edetessä tuli esille opiskelijoiden tyytymättömyys kotikäyntityöhön liittyen monellakin eri osa-alueella ja aihe herätti keskustelua muun muassa seminaareissa, mutta tyytymättömyys ei näkynyt kuitenkaan haastatteluissa, eikä sen vuoksi käy ilmi tulososiossa.

Tekijöiden mielestä perheiden hyvinvoinnin kannalta syrjäytymisen ehkäisyn ja terveyden edistämisen näkökulmasta kotikäyntityötä tulisi tarjota ennaltaehkäisevänä menetelmänä. Uskomme, että hyvässä ja avoimessa vuorovaikutussuhteessa perheenjäsenet voisivat ammattilaisen kanssa käsitellä vaikeitakin asioita. Vuorovaikutuksen keinoin voitaisiin parantaa arjenhallintaa ja näin parantaa perheiden jaksamista vaikean tilanteen tullen. Haastatteluissa nousi myös esille se, että perheiden vanhemmat tarvitsivat omaa aikaa ja lepoa normaalista arjesta ja kokivat erittäinkin hyödylliseksi opiskelijoilta saadun avun niin taloustöissä kuin lasten vahtimisessa. Kun asiakkaiden kotona kävisi mahdollisuuksien mukaan samat henkilöt, luottamus syvenisi ja avun pyyntö ja asioista keskusteleminen olisi helpompaa.

Tulevan ammatin kannalta on tärkeä tietää millaisista olosuhteista ja lähtökohdista monet perheet tulevat sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Kotikäyntityö auttaa näkemään ihmisen kokonaisuutena omassa elinympäristössään. Vuorovaikutus on tärkeä työväline hoitotyössä, koska toimivalla vuorovaikutuksella voidaan vaikuttaa hoitotyöhön kokonaisuutena. Opinnäytetyössä käy ilmi, mitkä tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksen syntyyn ja kehittymiseen asiakkaan luonnollisessa elinympäristössä. Uskomme kotikäyntityöhankkeen antavan työkaluja tuleville hoitotyön ammattilaisille vuorovaikutuksen parantamiseen ja sitä kautta

mahdollisuuksia potilaan äänen kuuluville saattamiseen ja parempaan yhteistyöhön hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä.

6.1 Johtopäätökset

Haastatteluissa kävi ilmi, että toimivan vuorovaikutussuhteen syntyminen ei ole itsestäänselvyys. Osa opiskelijoista oli joutunut tekemään runsaasti töitä synnyttääkseen ja kehittääkseen vuorovaikutusta perheissä, koska tilanne oli uusi molemmille osapuolille, eivätkä he tienneet, miten tilanteissa tulisi käyttäytyä. Hyvin tai huonosti alkanut vuorovaikutus saattoi ajan myötä parantua. Kaikissa tilanteissa kehityskaarta ei kuitenkaan ollut havaittavissa suuntaan tai toiseen. Myös vuorovaikutussuhteen huononemista oli havaittavissa.

Opiskelijat kokivat, että mikäli tiedonkulku eri osapuolten välillä olisi ollut parempaa, olisi vuorovaikutuksen synnyttäminen ollut helpompaa. Koska opiskelijat eivät tienneet perheistä riittävästi, eivätkä perheet olleet saaneet riittävästi tietoa kotikäyntityöstä ja sen tarkoituksesta, vuorovaikutussuhteen luominen oli haastavaa. Luottamuksella ja osapuolten luonteenominaisuuksilla oli suuri merkitys vuorovaikutuksen synnyssä.

Kotikäyntityön kehittämisen kannalta jatkossa olisi erittäin tärkeää panostaa riittävään tiedonkulkuun eri osapuolten välillä. Haastatteluiden perusteella opiskelijoiden kokemuksen mukaan vuorovaikutussuhde perheeseen olisi syntynyt helpommin, mikäli opiskelijoilla olisi ollut kattavammat tiedot perheestä ja päinvastoin. Koska opiskelijoiden ja perheenjäsenten luonteenominaisuuksiin emme voi vaikuttaa, kotikäyntityön kehittämisen kannalta merkittävää on kehittää tiedonkulkua ja yhteistyötä etenkin oppilaitoksen ja seurakunnan yhdyshenkilön kanssa, sillä sekä opiskelijat että perheet kokivat saamansa tiedon riittämättömäksi.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin täytyy löytyä seuraavat arviointikriteerit: uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja todeksi vahvistettavuus. Uskottavuus on tulosten totuudenmukaisuutta, johon vaikuttaa tutkijan sitoutuminen kyseiseen tutkimukseen, ja myös on luotava luottamus tutkimushenkilöiden kanssa. Siirrettävyys viittaa sovellusarvoihin. Määrällisessä tutkimuksessa tämä tarkoittaisi yleistettävyyttä, että tulokset voitaisiin siirtää samankaltaisiin yhteyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa samankaltaisuus on oleellinen seikka. Seuraamuksellisuus tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa sitä, että tutkimuksen tuloksia ei voida tarkkaan toistaa, koska tutkijat vaikuttavat tulosten muotoutumiseen, tutkittaviin, tutkimuksen ajankohtiin ja toteuttamiseen. Todeksi vahvistaminen on aineistoon perustuvaa, ei tutkijan omia käsityksiä, vaikka subjektiivisuus on aina läsnä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 258–259.)

Laadullisen tutkimuksen peruspilari on tutkijan yleinen subjektiviteetti ja sen asian tunnustaminen. Laadullisessa tutkimuksessa varsinainen luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja oikeellisuuden arviointi tarkoittaa koko tutkimusprosessia. Epäuskoisimmat seikat ovat laadullisessa tutkimuksessa usein yleistettävyys tuloksissa sekä tutkimuksen edustettavuus. Luotettavuutta arvioitaessa voi ongelmaksi muodostua perinteinen, erilaiseen tutkimukseen aiottu käsitteistö ja tämän tuoma ajattelun ennakkohaasteet. Tutkimuksessa on pohdittava tekemissensä luotettavuutta, että toisilla olisi aiheita hylätä tai hyväksyä tehdyt lopputulokset. Laadullisessa tutkimuksessa on kysymys tutkimuksen arvioinnista, eli siitä miten on mahdollista arvioida yksittäistä tutkimusta sen tutkimusaineiston perusteella. (Eskola & Suoranta 1996, 167.)

Tähän opinnäytetyöhön aineisto on kerätty niiltä opiskelijoilta, jotka osallistuivat kotikäyntityöhön kevään 2012 aikana. Tämä tuo opinnäytetyölle uskottavuutta, sillä olemme haastatelleet niitä opiskelijoita, joilla on tuoretta tietoa ja kokemusta vuorovaikutuksesta kotikäyntityössä. Kysymykset on pyritty laatimaan tutkimustehtävän mukaisesti. Kysymykset on muotoiltu siten, etteivät ne johdattelisi

vastaajia. Kysymykset laadittiin parhaan mukaan niin, että ne vastaisivat mahdollisimman tarkasti tutkimuskysymyksiin. Aineiston koko kuitenkin vaikuttaa luotettavuuteen. Pieni aineisto antaa suuntia opiskelijoiden kokemuksista vuorovaikutuksesta kotikäyntityön aikana, mutta aineiston perusteella ei voida tehdä yleistyksiä.

Tulokset on pyritty esittämään siten, että lukija voi seurata prosessia. Opinnäytetyöprosessiin on ollut vaikuttamassa toisen tekijän oma kokemus kotikäyntityöstä ja koulun käytävillä liikkuvat kuulopuheet yleisesti opiskelijoiden kokemuksista kotikäyntityössä. Opiskelutoverit voivat olla haasteellinen ryhmä tutkittavaksi, ja siksi kysymykset on yritetty muotoilla niin, että niihin olisi helppo vastata. Olemme yrittäneet painottaa kysymyksiin vastaamisen tärkeyttä opinnäytetyömme kannalta kuitenkin painostamatta opiskelijoita vastaamaan haastatteluumme. Aineiston analyysi on pyritty toteuttamaan siten, että tekijöiden kokemukset ja kuulopuheet koulun käytäviltä eivät ole vaikuttaneet tuloksiin.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkijan eettisyys painottuu sellaisissa tutkimuksissa, joissa tutkimus suuntautuu henkilökohtaisiin kertomuksiin ja joissa käytetään menettelytapaa, joka edellyttää vuorovaikutusta tutkijan ja tutkittavan asian kanssa (Janhonen & Nikkonen 2001, 256). Tässä opinnäytetyössä käytämme teemahaastattelua, joka perustuu eri opiskelijoiden kokemuksiin kotikäyntityöstä, joten on hyvä muistaa eettisyys meidän ja tutkittavien, eli muiden opiskelijoiden, välillä. On tärkeää huomioida, että haastateltava ymmärtää kysytyt kysymykset niin kuin olemme tarkoittaneet. Kuulan (2011, 24–25) mukaan tutkimusetiikka koskee aineiston hankintaan ja tutkittavan suojaan liittyviä kysymyksiä, tieteellisen tiedon käyttöä, soveltamista ja vaikutuksia koskevia kysymyksiä, sekä tieteen sisäisiä asioita. Niin tutkimuksessa, kuin inhimillisessä yhteiselämässä vallitsevat samat periaatteet: *”Älä ota toisen omaa, älä valehtele ja älä petä.”* (Kuula 2011, 29.)

Hyvän tutkimuskäytännön noudattamiseen kuuluu olennaisesti tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Saaranen-Kauppinen &

Puusniekka 2006.). Luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus ja avoimuus on muistettava tutkimuksen kysymyksissä. Luottamuksellisuus tarkoittaa haastattelussa sitä, että haastateltavien kertomusten tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja henkilökohtaiseen suostumukseen. Haastateltaville on kerrottava tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta, nauhoituksista, niiden auki kirjoittamisesta sekä nauhoitusten käytöstä ja niiden tuhoamisesta. Anonymiteetin säilyttäminen on mahdollistettava. (Janhonen & Nikkonen 2001, 256.)

Opinnäytetyön aineistonkeruu on suoritettu haastatteluina. Haastattelut on pidetty kuitenkin anonymieina siten, että ainoastaan haastattelijat tietävät vastanneiden henkilöllisyyden. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaamisen sai keskeyttää halutessaan. Ennen haastattelujen tekoa informoimme koko opiskelijaryhmää tulevista haastatteluista ja siitä että osallistujat arvotaan. Kerroimme tässä yhteydessä myös vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Tekijät ovat pyrkineet noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä parhaansa mukaan ja pyrkineet muistuttamaan vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta haastatteluhetkellä. Opinnäytetyöseminaarit ovat olleet kaikille avoimia tilaisuuksia, joissa opiskelijat ovat päässeet seuraamaan työn etenemistä ja kommentoimaan työn vaiheita. Prosessivaiheessa opiskelijoiden antamat kommentit on otettu vastaan rakentavana palautteena, eikä heidän mielipiteensä kotikäyntityöstä yleensä ole annettu vaikuttaa tuloksiin kokemuksista vuorovaikutukseen liittyen.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tehdyssä haastattelututkimuksessa ei käynyt ilmi, miten kotikäyntityö tai vuorovaikutus osana sitä vaikuttaa ennaltaehkäisevästi perheiden terveyden edistämässä tai syrjäytymisen ehkäisyssä. Näihin tulisikin jatkotutkimuksissa keskittyä. Olisi siis tärkeää selvittää perheiden näkökulmasta, miten kotikäyntityö yleensä toimii terveyden edistämisen ja syrjäytymisen ehkäisyn näkökulmasta ja kuinka vuorovaikutuksellisuus vaikuttaa siihen. Koska tuloksissa nousi esille, että osa perheistä kyseenalaisti kotikäyntityön merkityksen, mielestämme olisi järkevää tutkia perheiden näkökulmasta myös kotikäyntityön tarpeellisuutta ja

perheiden halukkuutta osallistua siihen. Hankkeen jatkumisen kannalta olisi tärkeää saada tietoon, haluavatko perheet vieraita opiskelijoita kotiinsa ja miten he ovat kokeneet yhteistyön Oulun seurakuntien ja Diakonia-ammattikorkeakoulun kanssa.

Tässä opinnäytetyössä on tutkittu opiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutukseen liittyen kotikäyntityön perheissä, eikä se anna todellista kuvaa opiskelijoiden kokemuksista yleensä kotikäyntityöhankkeesta. Opiskelijoiden motivoituneisuutta ja kokemuksia yleensä olisi hyvä kartoittaa, jotta voidaan kehittää kotikäyntityöhanketta jatkossa parempaan suuntaan.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Coyne, Imelda; O'Neill, Colleen; Murphy, Maryanne; Costello, Thomas & O'Shea, Rita 2011. What does family-centered care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. Journal of advanced nursing. Ireland: Blackwell Publishing Ltd.
- Eskola, Jari; Suoranta, Juha 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Janhonen Sirpa 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. Hoitotiedelehti 6/1999.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy
- Karjalainen, Karoliina; Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Peltö-Huikko, Antti 2006. Terveystiedon edistämisen toimintamallit. Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. Helsinki: Trio-Offset.
- Kehitysvamma-alan verkkopalvelu: Vernerinet i.a. Dialoginen asiakastyö. Viitattu 27.2.2012. <http://verneri.net/yleis/kehitysvamma-alamattina/tyomenetelmia/dialoginen-asiakastyo.html>
- Koistinen, Paula; Ruuskanen, Susanna & Surakka, Tuula 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kurrenne, Marja; Perttilä, Kerttu & Uusitalo, Minna 2005. Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa. Asiakirja-analyysi TEJO-pilottikunnissa. Sosiaali- ja terveydenalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Stakes.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Laine, Terhi; Hyväri, Susanna; Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lastensuojelu.info i.a. Lapsiperhe Suomessa: Ennen ja nyt. Viitattu 27.2.2012
<http://www.lastensuojelu.info/fi/lapsiperhe-suomessa.html#t2>
- Linnansaari Pauli 1963. Ihmistä etsivä seurakunta. Seurakuntavastuu ja kotikäyntityö. Suomen kirkon sisälähetysseura. Pieksämäki 1963. Sisälähetysseuran Raamattutalon kirjapaino.
- Läksy, Marja-Liisa; Vuokila-Oikkonen, Päivi 2010. Mielenterveystyön osaaminen ja syrjäytymisen ehkäisy perusterveyden huollossa. Teoksessa: Laine, Terhi; Hyväri, Susanna; Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Paunonen, Marita; Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY-Kirjapainoyksikkö.
- Piirainen, Keijo 2010. Syrjäytymisen vastaisen toiminnan vaikuttavuus. Teoksessa: Laine, Terhi; Hyväri, Susanna; Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Puusniekka, Anna; Saaranen-Kauppinen, Anita 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].
 <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 31.01.2012.)
- Reijonen Mikko 2005. Voimaa perhetyöhön. Arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Otavan kirjapaino oy. Keuruu 2005.
- Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 06.09.2012.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste Viitattu 22.10.2012

Tilastokeskus i.a. Käsitteet ja määritelmät: Perhe. Viitattu 27.2.1012.

<http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Åstedt-Kurki, Päivi; Jussila, Aino-Liisa; Koponen, Leena; Lehto, Paula; Maijala, Hanna; Paavilainen, Riitta & Potinkaara, Heli 2006. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITE 1: Kuvio: Vuorovaikutuksen kehittyminen kotikäyntityössä

