

S T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

TUNTOSARVET PYSTYSSÄ –

Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen

Hoitotyön koulutusohjelma,
terveydenhoitaja
Opinnäytetyö
20.04.2007

Päivy Erkkilä
Kati Kolehmainen
Päivi Pellikka



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Terveydenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Päivyt Erkkilä, Kati Kolehmainen ja Päivi Pellikka			
Työn nimi			
Tuntosarvet pystyssä - Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	64 + 9 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamisessa. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan, mikä estää tunnistamista ja miksi se on vaikeaa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä terveydenhoitajien tietoa tunnistamiseen liittyvistä tekijöistä ja ongelmista sekä kuvata haastattelun avulla terveydenhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä.</p> <p>Opinnäytetyö on osa Lapsiperheiden terveyden edistäminen -projektia, joka on Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadian lisäksi toinen tutkimuksen toimeksiantaja. Projektin toteutus Haagan, Laajasalon ja Herttoniemen terveysasemilla. Projektin tarkoituksena on lapsiperheiden terveydenhoitotyön työmenetelmien ja toimintatapojen kehittäminen näyttöön perustuvan tiedon avulla työelämän ja koulutuksen yhteistyönä.</p> <p>Tutkimus on kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla. Työhön haastateltiin kuutta (n=6) terveydenhoitajaa kahdelta eri terveysasemalta. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä erityistuen tarpeen tunnistamisessa olivat tiedonhankintamenetelmät, tunneperäiset menetelmät ja tunnistamisen apumenetelmät. Ne muodostuivat alakategorioista keskustelu, havainnointi ja taustatietojen hyödyntäminen, intuitio, heräävät tunteet ja asiakkaan luottamuksen herättäminen sekä yhteistyö, ajan varaaminen, ammattitaidon hyödyntäminen, kotikäynnit ja lomakkeet. Tutkimustuloksien mukaan tunnistamisen esteet ja vaikeudet jakautuivat asiakaslähtöisiin, työntekijälähtöisiin ja ulkoisista tekijöistä johtuviin ongelmiin. Ne muodostuivat seuraavien alakategorioiden pohjalta: asiakas ei tunnista ongelmaansa tai kerro siitä, ongelmien peittäminen ja kieltäminen, asiakkaan loukkaantuminen ja kulttuurisidonnaisuus, puheeksiottamisen vaikeus, tiedon puute ja henkilökunnan asenteet sekä resurssipula, yhteistyön puute ja apumenetelmien heikkoudet.</p> <p>Lapsiperheiden erityistuen tarpeen tunnistaminen koetaan haasteelliseksi. Varhainen tunnistaminen edellyttää hyviä menetelmiä, riittäviä resursseja ja laaja-alaista yhteistyötä eri tahojen kanssa. Kehittämissuunnitelmaksi on tiedon kokoaminen jatkohoitopaikoista ja yhteistyökumppaneista tunnistamisen ja eteenpäin ohjaamisen helpottamiseksi liittyen erityisesti perheväkivaltaan ja päihteiden käyttöön.</p>			
Avainsanat			
lapsiperhe, erityistuki, tunnistaminen, lastenneuvola			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Erkkilä Päivyt, Kolehmainen Kati, Pellikka Päivi			
Title			
The Identification of the Families with a Psychosocial Risk in Child Health Centres			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2007	64 + 9 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to describe public health nurses' methods used in the identification of the families with a psychosocial risk. Likewise, the objective of this study was to describe the obstacles and difficulties of identification. Our aim was to enhance the public health nurses' knowledge of the experienced problems and factors concerning the identification of the families needing special support.</p> <p>The final project was part of a wider project called 'Health Promotion for Families with Children'. It is conducted by Helsinki Polytechnic Stadia and Health Centres in Haaga, Laajasalo and Herttoniemi. The objective of the project is to develop working methods for the health care of families with children by the means of evidence-based nursing in co-operation with education and working life.</p> <p>The study was carried out by using a qualitative method. The information was gathered by semi-structured interviews. We interviewed six public health nurses in two different health centres in Helsinki. The data were analyzed by inductive content analysis.</p> <p>The results indicated that the main methods used in the identification of the families with a psychosocial risk were data collection methods, emotion-based methods and assistive methods for identification. The results also showed that the obstacles and difficulties of identification can be divided in to client-oriented and worker-oriented problems as well as problems caused by extrinsic factors.</p> <p>The identification of the families with a psychosocial risk was experienced as challenging. As the conclusion early identification requires good methods, adequate resources and extensive multiprofessional co-operation. In future, we suggest, information could be gathered about partners and places where the clients may be referred to get help. The information might deal with violence in families and drug abuse especially.</p>			
Keywords			
families with children, special support, identification, child health centre			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Erityistuen tarpeessa oleva lapsiperhe	2
2.1.1 Erityistuen määrittely	3
2.1.2 Lastenneuvolatyö	5
2.2 Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen	6
2.2.1 Erityistuen tarpeen ilmeneminen ja terveydenhoitajan tarvitsema tieto	6
2.2.2 Tunnistaminen terveydenhoitajan työssä	6
2.2.3 Terveydenhoitajan ammattitaito ja tunnistamisen menetelmät	7
2.2.4 Lomakkeet erityistuen tarpeen tunnistamisen apuna	9
2.2.5 Tunnistamiseen liittyvät ongelmat ja vaikeudet	10
2.3 Erityistuen tarpeen tunnistaminen eri riskiryhmien kannalta	12
2.3.1 Vanhempien psyykkiset sairaudet	12
2.3.2 Päihdeongelmat	15
2.3.3 Maahanmuuttajat	18
2.3.4 Lapsen kaltoinkohtelu	19
2.3.5 Perheväkivalta	22
2.3.6 Erityisvauvaperheet	23
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat ja aineistonkeruumenetelmät	26
4.2 Puolistrukturoitu haastattelu	28
4.3 Haastattelun toteutus	28
4.4 Haastattelujen kulku	30
4.5 Tutkimusaineiston analysointi	31
5 TUTKIMUSTULOKSET	33
5.1 Terveydenhoitajien käyttämät menetelmät erityistuen tarpeen tunnistamisessa	33
5.1.1 Tiedonhankintamenetelmät	34
5.1.2 Tunneperäiset menetelmät	35
5.1.3 Tunnistamisen apumenetelmät	36
5.2 Erityistuen tarpeen tunnistamisen esteet ja vaikeudet	40
5.2.1 Asiakaslähtöiset ongelmat	41
5.2.2 Työntekijälähtöiset ongelmat	42
5.2.3 Ulkoisista tekijöistä johtuvat ongelmat	45
6 POHDINTA	47
6.1 Tutkimustulosten pohdinta	47
6.2 Tutkimustulosten vertailua aiempiin tutkimustuloksiin	48
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	52
6.4 Eettiset näkökohdat	55
6.5 Kehittämisehdotukset	56
LÄHTEET	58
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyömme Lapsiperheiden terveyden edistäminen -projektiin, joka on Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadian lisäksi toinen tutkimuksemme toimeksiantaja. Opinnäytetyömme hyödynsaajia ja yhteistyökumppaneita ovat Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemat. Lapsiperheiden terveyden edistämisen projektikuvauksen mukaan (2006) projektin tarkoitus on lapsiperheiden terveydenhoitotyön työmenetelmien ja toimintatapojen kehittäminen näyttöön perustuvan tiedon avulla työelämän ja koulutuksen yhteistyönä. Projekti toteutuu Haagan, Laajasalon ja Herttoniemen terveysasemilla, jossa tehdään yhteistyötä lastenneuvolan terveydenhoitajien ja heidän johtajien kanssa. Näkökulmana Stadian kannalta ovat terveyden edistämisen työmenetelmien käyttöönotto, arviointi ja kehittäminen sekä lapsiperheiden terveydenhoitajatyön toimintatapojen kehittäminen. Terveysasemilla on puolestaan tavoitteena saada neuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien tueksi lisää tietoa ja toimintamalleja.

Yhteistyökumppaneina toimivien terveysasemien terveydenhoitajat ehdottivat aihetta erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamisesta, koska toivoivat siitä lisää tietoa sekä toimintamalleja ja -menetelmiä. Lisäksi tutkimusten mukaan terveydenhoitajilla on ongelmia erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Valitsimme tämän aiheen, koska koemme sen tärkeänä ja keskeisenä osana terveydenhoitajan ennaltaehkäisevää työtä. Haluamme omalta osaltamme olla kehittämässä tätä kiinnostavaa osa-aluetta. Toivomme työn edesauttavan sekä omaa ammatillista kasvuamme ja tulevaa työtämme että terveydenhoitajia heidän työssään lapsiperheiden parissa.

Opinnäytetyömme koostuu kirjallisuuskatsauksesta ja terveydenhoitajien haastattelusta sekä tutkimusaineiston analysoinnista. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selvittää erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamiseen liittyvää problematiikkaa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitajat tunnistavat erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen ja minkälaisia menetelmiä he käyttävät tunnistamisen tukena. Tutkimuksessa myös kuvataan, mikä estää tunnistamista ja miksi terveydenhoitajat kokevat sen vaikeana. Tavoitteena on lisätä terveydenhoitajien tietoa tunnistamiseen liittyvistä tekijöistä ja koetuista ongelmista tällä hetkellä.

Käytämme kirjallisuuskatsauksen lähteinä eritasoisia tutkimuksia, kirjallisuutta, loppuraportteja ja artikkeleita. Tiedonhauissa olemme käyttäneet hakusanoina seuraavia sanoja: tukeminen, support, lapsiperhe, erityistuki, terveys, neuvolatyö, health, needs assesment, child neglect, social support, sosiaalinen tuki ja päihteet.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Erityistuen tarpeessa oleva lapsiperhe

Suomessa luetaan tilastollisesti perheeseen kuuluviksi yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat henkilöt ja heidän lapsensa tai jompikumpi vanhemmista lapsineen. Lapsiperheitä ovat perheet, joissa kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Heimo 2002: 13; Pelkonen 1994: 22.) Aviopareja, joilla on lapsia, oli vuonna 2005 tilastokeskuksen mukaan 468 266 ja avopareja, joilla on lapsia oli 112 847. Vuonna 2005 oli 153 024 perhettä, joihin kuuluu pelkästään äiti ja lapsia, kun taas isä ja lapsi -perheitä oli 29 238. (Tilastokeskus)

Terveen tai hyvin toimivan perheen vastakohtana käytetään eri tieteenalojen kirjallisuudessa käsitteitä riskioloissa elävä perhe, syrjäytymisvaarassa oleva perhe, riskiperhe, ongelmaperhe, erityistuen tarpeessa oleva perhe, haavoittuva perhe (Appleton 1994: 168) ja huonosti toimiva perhe. Määrittelyissä näille perheille on usein yhteistä sosiaalinen huono-osaisuus, krooninen sairaus, työttömyys, köyhyys, ihmissuhteiden ongelmat, päihdeongelmat, huumeiden käyttö, lasten pahoinpitely, elämänhallinnan järkkymiset, mielenterveyden häiriöt ja pirstoutuneet sosiaaliset suhteet. Nykyisen määrittelyn mukaan riskiperhe tai erityistuen tarpeessa oleva perhe voi olla mikä tahansa taloudelliseen ahdinkoon, työttömyyteen tai muuhun yhtäkkiseen kriisiin joutunut perhe. Myös vanhempien oma elämäntilanne tai pitkäaikaissairaus voi johtaa siihen, etteivät he jaksaneet paneutua vanhemmuuteen, lapsen kasvatukseen ja lasten ongelmiin. (Heimo 2002: 15 - 16.) Lastenneuvolaoppaassa (1990: 26 - 27) erityistuen tarpeessa oleviksi perheiksi määritellään lapsiperheet, joissa äiti on poikkeuksellisen nuori tai vanha ensisynnyttäjä, joissa esiintyy lasten hyväksikäyttöä tai hoidon laiminlyöntiä, äiti ja/tai isä tarvitsevat tukea vanhemmuudessaan tai vanhemmilla on parisuhdeongelmia.

Opinnäytetyössämme tarkoitamme erityistuen tarpeessa olevalla lapsiperheellä perhettä, joka tarvitsee erityistä huomiota ja tukea erilaisista elämäntilanteista johtuen. Perheet tarvitsevat psykososiaalista tukea terveydenhoitajalta tai muilta terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiltä. Erityistuki toteutetaan lastenneuvolassa yksilöllisen suunnitelman mukaan, johon kuuluu muun muassa aktiivista yhteydenpitoa ja kotikäyntejä.

Erityistukea tarvitaan, kun lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka saattavat uhata lapsen tervettä kehitystä. Alle kouluikäisten lapsiperheiden tuen tarpeet ovat useiden tutkimusten mukaan varsin samansuuntaisia. *Vanhemmuuteen liittyviä ongelmia* ovat äitien ja isien uupumus, epävarmuus tai tietämättömyys vanhempana, perheen arjen hallinta ja äidin masennus. Vanhemmilla voi olla kielteisiä tunteita lasta kohtaan tai muita kiintymyssuhteen pulmia. Jotkut aikuiset tarvitsevat tukea lapsen

tarpeiden tunnistamiseen ja itsetuntonsa vahvistamiseen vanhempana. *Lasten kasvatukseen ja hoitoon liittyvät pulmat* voivat liittyä lapsen käyttäytymiseen, luonteeseen, itsetuntoon, nukkumishäiriöihin, imetykseen, hoidon ongelmiin ja rajojen asetukseen. *Parisuhdetta koettelevat* yhteisen ajan puute, keskinäiset ristiriidat, puutteellinen kyky keskustella asioista, avio- tai avoeroproessi sekä aikaisempiin avio- tai avosuhteisiin liittyvät ongelmat. *Elämäntilanteeseen liittyviä pulmia* ovat puutteelliset sosiaaliset verkostot, taloudelliset huolet, elämäntilanteen muutokset, asumiseen tai ympäristöön liittyvät vaikeudet tai vaikeus saada lasten- tai kodinhoitoapua. Isän osallistumattomuus raskausaikana perhevalmennukseen saattaa heijastaa parisuhteen tai vanhemmuuden ongelmia. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004: 98 - 99.)

Lisäksi erityistuen tarvetta voi ilmetä esimerkiksi seuraavissa tilanteissa: vanhempien tai toisen vanhemman päihdeongelma sekä HIV- tai hepatiitti C -positiivisuus, yksinhuoltajuus, neuvolapalvelujen aikaisempi käyttämättä jättäminen, lapsen keskisuus, vammaisuus tai vakava sairaus, äidin masennus tai vanhempien mielenterveyden ongelmat, perheväkivalta, perheen köyhyys ja syrjäytymisen riski tai hyvin nuoret vanhemmat ilman toimivaa sosiaaliverkostoa. (Söderholm 2004: 71.) On myös huomattu, että ne äidit, jotka tarvitsevat lapsen isyyden selvittämistä, ovat ryhmä, joka tarvitsee huomattavasti enemmän tukea kuin mitä heille nykyisin tarjotaan. (Strid 2004: 243).

2.1.1 Erityistuen määrittely

Suomen kielen sanakirjoissa ei ole määritelty käsitettä *erityistuki*. Käsite *tukeminen* kuitenkin pohjautuu sanaan tukea. Se tarkoittaa: olla jonkin tukena, antaa jollekin tukea, kannattaa, vahvistaa tai pönkittää, saattaa pysymään pystyssä, paikoillaan tuen varassa. Kun tuen kohteena on henkilö, sanalla tarkoitetaan varsinkin henkistä tukea: antaa jollekin tukea, auttaa, hoivata, kannattaa, tukea elämässä, työssä tai koettelemuksissa. Henkilöön kohdistuessa tuki voi merkitä myös rahallista ja taloudellista auttamista ja avustamista. (Nykysuomen sanakirja 1996: 13.)

Tässä työssä tarkoitamme erityistuella psykososiaalista tukea, jota perheet tarvitsevat, ja jota terveydenhoitaja pystyy tarjoamaan neuvolatyössään tai jonka piiriin terveydenhoitaja ohjaa asiakkaitaan. Käsite *psykososiaalinen tukeminen* yhdistetään usein yksilöihin ja perheisiin, jotka tarvitsevat lisätukea elämäntilanteeseensa ja sitä käytetään usein lähes samassa merkityksessä kuin sosiaalinen tukeminen, psyykkinen tukeminen, sosioemotionaalinen tukeminen tai vain yksinkertaisesti tukeminen. (Heimo 2002: 16.)

Appleton (1996) on määritellyt käsitettä *tukeminen* artikkelissaan, joka käsittelee haavoittuvien perheiden kanssa työskentelyä. Appletonin (1996: 914) mukaan tukeminen

tarkoittaa terveyspalveluiden tarjoamista, vanhemmuuden ja vanhempien itsetunnon vahvistamista, rohkaisemista, perheen puolesta toimimista, neuvojen antamista ja tasavertaista työskentelyä perheen kanssa. Tämä luokitellaan sosioemotionaaliseen tukemiseen.

Psyykkisen tuen tarkoituksena on lisätä yksilön selviytymiskykyä ja itseluottamusta, kohottaa henkistä ryhtiä ja samanaikaisesti vähentää masennusta ja ahdistusta. Sosiaalinen tukeminen puolestaan määrittellään usein ihmisten väliseksi vuorovaikutussuhteeksi, joka voi sisältää emotionaalista tukea, päätöksenteon tukemista ja konkreettista apua. Psykososiaalisia peruspalveluja terveydenhuollossa voivat antaa terveyskeskuksen henkilökunta, neuvola- ja kouluterveydenhoito, terveyskeskuspsykologit ja puheterapeutit sekä erityispalveluja antavat mielenterveystoimistot, lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikat ja osastot, terapeutit ja yksityiset erikoislääkärit. Lisäksi sosiaalityön piiriin kuuluu lukuisia palvelujen tarjoajia. (Heimo 2002: 17 - 18.)

Arviot riskilapsista ja -perheistä vaihtelevat eri tutkimuksissa, mutta on arvioitu, että Suomessa noin 10 % neuvolaikäisistä lapsista kasvaa perheissä, joissa on lasten psykososiaalista kasvua ja kehitystä haittaavia tai vaarantavia tekijöitä. (Erkkilä - Pussinen 2003: 5.) Erityisen tuen tarpeessa olevien lasten määräksi on arvioitu 10 - 30 % lapsista. Tämä tarkoittaa noin 5 600 - 16 800 lasta. Usein näiden lasten perheissä on vanhemmuuteen, parisuhteeseen, lasten kasvatukseen ja hoitoon sekä elämäntilanteeseen liittyviä pulmia. (Puura ym. 2001: 4857 - 4860; Hakulinen-Viitanen - Pelkonen 2005: 16 - 19; Solantaus 2005: 3765 - 3770.)

Psykososiaalista erityistukea tarvitsevia oli Helsingin alueella 3-vuotiaina tarkastetuista 11,1 % (n=514) vuonna 2003 tarkastetuista. Terveyskeskusten välinen vaihtelu erityistukea tarvinneiden osuudessa oli suuri (7,2 % - 16,5 %). Erityistuen tarpeessa olevilla tarkoitetaan tarkastetuista 3-vuotiaista niitä, joilla on tunnistettu psykososiaalisen erityistuen tarve esimerkiksi kasvatus-, käytös- tai kehitysongelmiin, krooniseen sairauteen tai perheongelmiin liittyen. Erityistukea tarvitsevista lapsista 64 % ohjattiin terveyskeskuksen puhe-, fysio-, toiminta- tai ravitsemusterapeuteille, 13 % päivähoiton tukitoimien piiriin ja loput muuhun hoitoon. Muu hoito voi olla terveyskeskuspsykologin, perheneuvolan, lasten psykiatrin tai -neurologin antamaa hoitoa tai esimerkiksi lastensuojelua. (Helsingin kaupungin terveyskeskus 2004.)

2.1.2 Lastenneuvolatyö

Lastenneuvolan tehtävänä on pyrkiä turvaamaan jokaiselle lapselle mahdollisimman terve kokonaiskehitys ja siten luoda pohja terveelle aikuisuudelle. Terveystiedellä ei ymmärretä vain sairauden puuttumista vaan terveyttä tarkastellaan lapsen psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja älyllisen kehityksen, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta. Lastenneuvola tavoittaa toistuvasti jokseenkin kaikki suomalaiset lapsiperheet lukuisia kertoja jo lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana. (Neuvolakirja 1997: 36.)

Neuvolan perustehtävänä on auttaa ehkäisemään ja ratkaisemaan perheen ja lapsen ongelmia. Kasvun ja kehityksen poikkeavuuksien varhainen toteaminen ja hoitoon ohjaus kuuluvat myös neuvolan vakiintuneisiin toimintamuotoihin. Myös lapsen ja perheen psykososiaalisen tilanteen seuranta ja tarvittavien tukitoimien organisointi on yhä merkittävämpi neuvolan tehtävä. Keskeistä neuvolatyössä on pyrkiä antamaan vanhemmille tietoa lapsen psyykkisestä ja fyysisestä kehityksestä ja niistä tarpeista, joita lapsella eri ikäkausina on. (Neuvolakirja 1997: 15 - 38.)

Viime vuosikymmenten aikana lasten ja nuorten ongelmien painopiste on siirtynyt voimakkaasti fyysisistä oireista psykososiaaliseen problematiikkaan ja psyykkisten häiriöiden määrä näyttää edelleen lisääntyvän. Yksi lastenneuvolan tärkeimpiä haasteita nykyään on lasten mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. (Neuvolakirja 1997: 36.) Perheet ja heidän ongelmansa ovat yksilöllisiä ja erilaisia. Neuvolahenkilökunnan tulisi jokaisella neuvolakäynnillä ja kotikäynnillä seurata perheen ja lapsen välisiä suhteita ja pyrkiä luomaan perheeseen niin luottavainen yhteys, että vaikeistakin ongelmista voidaan keskustella. (Neuvolakirja 1997: 38.)

Neuvolan yhteistyötahoja ovat muun muassa lastenneuvola, sosiaalitoimi, päiväkotitoimi, kasvatus- ja perheneuvolat, koulutoimi ja päihdehuolto. Yhteistyötahojen valinta riippuu perheen tarvitsemasta tuesta. Kun eri ammattiryhmät toimivat yhdessä, näkökulma on laajempi, ammattitaito suurempi, diagnoosi luotettavampi, prosessi lyhyempi ja vaikutusmahdollisuudet moninaisemmat kuin yksin toimittaessa. (Neuvolakirja 1997: 39 - 40.)

2.2 Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen

2.2.1 Erityistuen tarpeen ilmeneminen ja terveydenhoitajan tarvitsema tieto

Riskien ja ongelmien varhainen toteaminen on yksi tärkeä osa neuvolatyötä. (Erkkilä – Pussinen 2003: 5.) Neuvolahenkilöstön tulee olla tietoinen oman alueensa asiakasperheitä kuormittavista tekijöistä ja tuen tarpeista. Tällöin hän pystyy kohdentamaan tukensa juuri näille perheille. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 113).

Perheiden erityistuen tarpeet voivat tulla ilmi joko perheiden itsensä kertomina, havainnoinnin kautta asiakastilanteissa tai hoitajan esille nostamina. Tuen tarve voi olla myös piilotettuna niin, että hoitajalla on niistä vasta ennakkoaavistus. Erityistuen tarpeessa olevan perheen tunnistamisessa ja perheen tuen tarpeen määrittelyssä tärkeintä on hoitajan oma ammatillinen arvio. Se perustuu perheen ja perheyhteisön tuntemiseen, perheen taustaan ja historiaan, perheestä saamaansa käsitykseen vastaanottilanteessa, perheen havainnointiin sekä hoitajan omaan tietoperustaan, kokemukseen ja vaistoon. (Heimo 2002: 26 - 27.)

Tuen tarpeen tunnistamista ja tarpeen arviointia varten hoitaja tarvitsee tietoa perheestä, perheen jäsenten välisestä vuorovaikutuksesta, perheen taustasta ja sosiaalisista verkostoista, perheen nykyisestä elämäntilanteesta ja siihen liittyvistä muutoksista sekä huolta aiheuttavista seikoista. Myös tieto vanhempien koulutuksesta ja perheen taloudellisesta tilanteesta on tärkeää, koska näillä tekijöillä on todettu olevan yhteyttä perheen riskialttiuteen ja mahdollisiin ongelmiin. (Heimo 2002: 26 - 27.)

2.2.2 Tunnistaminen terveydenhoitajan työssä

Terveydenhoitajilla on vaikeuksia tunnistaa erityisen tuen tarpeessa olevia perheitä (Puura ym. 2001: 4856 - 4857). Terveydenhoitajat tunnistavat jokseenkin hyvin lapsen hoidon laiminlyömissä ja äidin masennuksen ja ovat myös tietoisia perheen arkeen, vanhempien jaksamiseen, kasvatukseen ja vuorovaikutukseen liittyvistä ongelmista. Terveydenhoitajilla on kuitenkin vaikeuksia tunnistaa perheen sosiaalisia ongelmia ja kriisejä, kuten päihdeongelmaa, perheväkivaltaa, parisuhdeongelmia ja lapsen fyysistä ja psyykkistä pahoinpitelyä sekä seksuaalista hyväksikäyttöä. (Pajanan 2004: 21.)

Heimon (2002: 121) tutkimuksen mukaan erityistuen tarpeessa olevien perheiden tunnistamisessa keskeisiä tekijöitä ovat perhettä koskevan tiedon kerääminen, tehokkaiden tiedonkeruumenetelmien valinta ja oikean työskentelykulttuurin luominen. Tunnistamisessa kerätään tietoa perheen sosiaalisista ongelmista ja perhekriiseistä, perheen jäsenten somaattisista ja mielenterveydellisistä ongelmista sekä äidin raskauden aikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Tietoa haetaan myös lapsen ja van-

hemman välisen vuorovaikutussuhteen ongelmista, perheen selviytymisestä arkipäivän tilanteissa, vanhempien jaksamisesta ja voimavarojen riittävydestä sekä vanhemmuuden toteutumisesta. Perheen jäsenten vuorovaikutuksen ja käyttäytymisen havainnointi, perheen elämäntilanteen, sosiaalisen verkoston ja kasvatuseroelmien puheeksi ottaminen ja niistä keskusteleminen osoittautuivat Heimon (2002) tutkimuksessa hyviksi tiedonkeruumenetelmiksi. Myös toisten työntekijöiden konsultointi koettiin tarpeelliseksi perheiden riskien ja ongelmien tunnistamisessa.

Tunnistamisen onnistuminen edellyttää työskentelykulttuuria, joka tekee mahdolliseksi luottamuksellisen, avoimen ja positiivisen vuorovaikutussuhteen kehittymisen asiakas-perheen ja terveydenhoitajan välillä. Perheiden kanssa tehtävää työtä ohjaavia, tärkeitä toimintaperiaatteita ovat tasavertaisuus, perhekeskeisyys, yksilöllisyys, terveydenhoitajan asiantuntijuus ja hoidon jatkuvuus. (Heimo 2002: 121.) Haastattelun ja perheiden elämäntilanteeseen liittyvän keskustelun onnistuminen taas edellyttää luottamuksellisen ja kunnioitukseen perustuvan asiakassuhteen luomista sekä myös hoitajan puolelta aktiivista keskustelun käynnistämistä. Luottamuksen aikaansaaminen hoitajan ja perheen välille on tärkeää, koska se vaikuttaa vuorovaikutussuhteen laatuun, keskinäiseen kommunikaatioon, perheen osallistumiseen ja tuen onnistumiseen. Luottamisen syntyminen kehittyä vaiheittain ja se perustuu molempien osapuolten keskinäiseen tahtoon, vastavuoroisuuteen ja odotuksiin. Hoitajan omat toimintatavat vaikuttavat vuorovaikutussuhteen kehittymiseen ja siihen, miten perhe ottaa vastaan saamaansa tietoa tai miten perhe uskoo kykyihinsä selviytyä ongelmistaan. Myös perheen oma aktiivisuus ja halukkuus hakea kontaktia hoitajaan vaikuttavat positiivisesti vuorovaikutussuhteen ja yhteistyön kehittymiseen. (Heimo 2002: 25 - 27.)

Vaikeuksissa olevan perheen auttamiseen tarvitaan herkkyyttä huomata sen vaikeudet, uskallusta ottaa asia puheeksi ja tarvittaessa järjestää apua ja puuttua asioihin. Suomen nykyinen äitiysneuvolakulttuuri ei vielä riittävästi suosi asioiden suoraan kysymistä ja kysymykset koetaan usein leimaaviksi. Kuitenkin perheen ja lapsen hyvinvoinnin kannalta on olennaista juuri keskustelu isän tai äidin alkoholin tai huumeiden käytöstä, parisuhteesta, väkivallasta, mielialasta ja siitä, oliko lapsi suunniteltu. Keskustelu on käytävä kaikkien raskaana olevien kanssa. (Strid 2004: 243.)

2.2.3 Terveydenhoitajan ammattitaito ja tunnistamisen menetelmät

Perheen havainnointi ja terveydenhoitajan oma tietoperusta, kokemus ja vaisto ovat tärkeitä välineitä riskialttiiden perheiden tunnistamiseksi ja sen tarvitseman tuen määrittämiseksi. Psykososiaalisen riskiperheen tunnistamiseksi kolme käytetyintä tiedonkeruun osa-aluetta Heimon (2002: 121 - 122) lapsiperheen psykososiaalista tukea käsittelevässä tutkimuksessa olivat 1) tietojen kokoaminen useista eri lähteistä, 2) perheen

havainnointi ja 3) perheen elämäntilannetta ja ongelmia koskevien tietojen kysyminen perheeltä. Terveystenhoitajan näkemys perustui omaan intuitioon, oleellisten seikkojen havaitsemiseen ja tulkintoihin tuen tarpeesta neuvolakäynnin aikana. (Suvivuo-Niemelä 2000: 12 - 13.) Terveystenhoitajan työssä on keskeistä omaan huoleen tarttuminen. Tämä on useasti merkki perheen ongelmista, joihin tulisi puuttua. (Eriksson 2005: 7 - 15.)

Hoitajat voivat selvittää perheiden tarpeita monin eri tavoin ja stimuloida asiakasperheiden tietoisuutta ja toimintaa. Vihjeiden selvittämisessä voidaan käyttää kyselyä ja keskusteluita, kuvauksia muista asiakastilanteista sekä kotitehtäviä. Perheiden tarpeiden tunnistamisessa on suuri merkitys sillä, missä keskustelut tapahtuvat ja mihin ajankohtaan ne ajoittuvat. (Heimo 2002: 27.)

Terveystenhoitajien toimintatavoissa on todettu olevan kaksi toisistaan poikkeavaa linjaa: rohkea ja aktiivinen sekä passiivinen toimintatapa. Rohkean ja aktiivisen toimintatavan mukaan työskentelevä terveystenhoitaja luottaa omaan asiantuntijuuteensa moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Hän tarjoaa itse apuaan ja kysyy perheeltä heidän mahdollisista ongelmistaan, eikä hän arastele puuttua asioihin tai odotele asioiden selviävän itsestään. Nämä terveystenhoitajat ovat kiinnostuneet asiakkaistaan eivätkä näe tehtäväkseen vain ohjata perheitä muille asiantuntijoille, vaan he pyrkivät asiakasperheiden kokonaisvaltaiseen ja tarpeenmukaiseen hoitamiseen. Passiivisen toimintatavan omaksunut terveystenhoitaja on luovuttanut asiantuntijuutensa lähes kokonaan muille ammattiryhmille ja toimii varovaisesti ja hitaasti eikä puutu asioihin muutoin kuin pakkotilanteissa. (Suvivuo-Niemelä 2000: 13; Rantala 2002: 56.)

Kun terveystenhoitaja havaitsee erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen ja puuttuu tilanteeseen, on oltava käsitys siitä, että muutoin on riski ongelman pahenemisesta. On erotettava, mitkä tilanteet edellyttävät puuttumista ja mitkä taas ovat esimerkiksi lapsen kehitykseen luonnostaan kuuluvia pulmia, jotka eivät edellytä puuttumista. (Heinämäki 2005: 10.) Työntekijän on koottava riittävästi informaatiota ja oltava asiastaan varma ennen sen puheeksi ottamista lapsesta huolehtivien aikuisten kanssa. Hänen on syytä välttää keskustelussa yleisluonnehdintoja ja puhuttava sen sijaan konkreettisista tapahtumista. Sillä voidaan välttää toisen osapuolen loukkaaminen ja hedelmättömät väitteilyt. Hankalimmissakin tapauksissa rehellisyys ja selkeys ovat paikallaan, eikä sanottavaansa tarvitse kätkeä valheelliseen positiivisuuteen. (Sinkkonen 2004: 85.)

Usean tutkimuksen mukaan äidit kokivat positiivisena terveystenhoitajan kotikäynnin synnytyksen jälkeen. (Tarkka 1996: 119; Pajanen 2004: 45). Kotikäynnit ovat tärkeitä erityistuen tarpeen tunnistamisessa, koska kotikäynnin yhteydessä terveystenhoitaja voi

varmistua äidin saamasta tuesta ja siitä, tarvitseeko perhe erityistukea. Perheen omassa toimintaympäristössä sen kokonaistilanne hahmottuu, jolloin apu ja neuvonta voidaan kohdistaa juuri kyseisen perheen tarpeiden mukaisesti. (Pelkonen – Löthman-Kilpeläinen 2000: 26.)

Kotikäyntien merkitys korostuu perheiden vaikeuksien lisääntyessä ja yhteiskunnallisen tilanteen muuttuessa. Niiden merkitys korostuu myös, kun sairaalat muuttavat hoitokäytäntöjään ja lyhentävät esimerkiksi hoitajaksoja synnytysosastoilla. Kotikäynnit ovat haastavia terveydenhoitajille, jos lapsen etu on vaarassa, lapsella on pitkäaikaissairaus tai perheen lapsi on kuollut. Ne edellyttävät terveydenhoitajalta rohkeutta, riittävää asiantuntijuutta, hyvää itsetuntemusta sekä kykyä syvälliseen vuorovaikutukseen. (Pelkonen – Löthman-Kilpeläinen 2000: 26.)

2.2.4 Lomakkeet erityistuen tarpeen tunnistamisen apuna

Tutkimustulokset osoittavat, että terveydenhoitajilla tulisi olla käytössään tehokkaat, perheen tuen tarpeen kartoittamiseen kehitellyt haastattelu- ja arviointilomakkeet. Lomakkeet helpottavat perheiden ongelmien esille ottamista ja suuntaavat keskustelua perheen elämäntilanteeseen ja huolta aiheuttaviin tilanteisiin. Lomakkeet voivat olla ajankäytön kannalta järkeviä, etenkin jos vanhemmat täyttävät lomakkeet kotona yhdessä keskustellen. Ne auttavat myös perheitä hahmottamaan paremmin omaa elämäntilannettaan, havaitsemaan omia puutteitaan ja vahvuuksiaan sekä mahdollistavat varhaisen puuttumisen perheen tilanteeseen. (Heimo 2002: 140; Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004: 99.)

Lomakkeet auttavat erityisesti nuorempia työntekijöitä pääsemään keskustelun alkuun. Kokeneen työntekijän haastattelutaidot taas auttavat keskustelua aroistakin aiheista. Kun kaikki neuvolaperheet täyttäisivät perheen elämäntilannetta kartoittavan lomakkeen, mikään perhe ei leimautuisi. Samalla perheet tulisivat tietoisiksi siitä, että näihin asioihin kiinnitetään huomiota neuvolassa ja että kaikista perheen vaikeuksista ja huolta aiheuttavista pulmista voidaan siellä keskustella. (Heimo 2002: 140; Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004: 100.)

On olemassa erilaisia suppeampia teemakohtaisia lomakkeita, kuten alkoholinkäyttöä kartoittava AUDIT-lomake (liite 1) ja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen tarkoitettu EPDS-mielialalomake (liite 2) sekä lomake parisuhdeväkivallan seulontaan äitiys- ja lastenneuvolassa (liite 3). Olemassa on myös laajempia perhetilanteita tarkastelevia lomakkeita, kuten raskauden aikainen vuorovaikutusta tukeva haastattelu-lomake (liite 4) ja lapsen syntymää seuraavaa vuorovaikutusta tukeva lomake (liite 5) sekä lomake perheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseksi odotus-

aikana ja alle 1-vuotiaan perheessä. Käytössä on myös huolen vyöhykkeistöön ja huolen puheeksiottamiseen kehitetty lomake. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004: 100 - 102.)

2.2.5 Tunnistamiseen liittyvät ongelmat ja vaikeudet

Tuen tarpeen tunnistamisessa ei ole ongelmia silloin, kun perheet itse ovat aloitteen tekijöitä tai tarpeet ovat hoitajan helposti havaittavissa. Sen sijaan epäiltyjen ja piilossa olevien tarpeiden esille saaminen vaatii hoitajalta hyviä kommunikaatiotaitoja ja positiivista asiakassuhdetta. Toisaalta tunnistamisen vaikeus ei liity pelkästään perheestä johtuviin tekijöihin, vaan siinä vaikuttaa myös hoitajan oma käsitys perheestä. Tutkimuksissa on todettu, että suomalaisissa neuvoloissa ei aina ole ongelmana lasten kehitykseen haitallisesti vaikuttavien tekijöiden huono tunnistaminen, vaan riskitekijöiden puheeksiottaminen ja niiden käsitteleminen yhdessä vanhempien kanssa. (Heimo 2002: 27; Kangaspunta ym. 2004: 3522.)

Terveydenhoitajien mukaan osa perheistä ei kerro omista vaikeuksistaan, koska heidän mielestään perheen sisäisten asioiden käsittely ei kuulu neuvolaan. Osa vanhemmista puolestaan salaa asioitaan tai kieltää ja vähättelee ongelmiaan. Vanhemmat eivät kerro aina koko totuutta ja varsinkin ongelmaperheet kertovat usein neuvolassa kaiken olevan hyvin. Jotkut vanhemmat eivät myöskään itse tiedosta ongelmiaan tai tiedä, että neuvolassa voi keskustella lapseen liittyvien asioiden ohella myös koko perhettä koskevista kysymyksistä. (Heimo 2002: 68.)

Virolan (1997: 41) tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa vastaajista koki voivansa puhua terveydenhoitajan kanssa kaikista mieltään painavista asioista vähintään riittävän hyvin. Yli 11 % vastanneista kertoi, ettei itse ota puheeksi mieltä askarruttavia asioita neuvolakäynnillä. 82 % prosenttia vastaajista halusi terveydenhoitajan ottavan puheeksi arat asiat. Kieltävästi vastanneista kuitenkin vain yksi esitti syyn: "haluan itse ottaa asiat puheeksi".

Terveydenhoitajien mukaan heidän oli tärkeää saada tietoa perheestä yrittäessään tunnistaa ja tukea erityistuen tarpeessa olevia perheitä, mutta vaitiolovelvollisuuden vetoaminen esti usein tiedon saannin ja siten perheen hoidon jatkuvuuden. Terveydenhoitajat kritisoivat sitä, että yhteistyötahot, erityisesti perheneuvolat ja mielenterveys-toimistot, antoivat huonosti perheisiin liittyvää tietoa. Myös tiedon saaminen sosiaali-toimesta koettiin usein hankalaksi. (Heimo 2002: 68.)

Riskitekijöiden puheeksiottaminen ja niiden käsitteleminen yhdessä vanhempien kanssa koetaan vaikeaksi. Tutkimusten mukaan neuvola-asiakkaat kokevat, että vaikeuksi-

en ilmaantuessa terveydenhoitajat eivät osaa tai halua auttaa, vaan ohittavat heidän huolensa. Asiakkaat valittavat myös sitä, että terveydenhoitajat eivät tee aloitetta keskusteluun, jossa pohdittaisiin käytännön asioiden hoitoa ja selviytymistä raskausaikana ja lapsen synnyttyä. He kuitenkin kokevat, että työntekijän pitäisi ottaa huolestuttavat asiat puheeksi, kysyä asioista aktiivisemmin ja ottaa vastuu vaikeiden asioiden käsitte-lystä. Työntekijät saattavat puolestaan tuntea, että perheen asiat eivät ole kunnossa, mutta odottavat asiakkaan aloitetta ja lupaa käsitellä asioita. Osa terveydenhoitajista kuitenkin kokee oman ammattitaitonsa puutteelliseksi ja tuntee riittämättömyyttä omas- sa osaamisessa, jaksamisessa ja rohkeudessa käsitellä perheiden ongelmia. Heidän mukaansa perheiden tukemista vaikeuttaa myös jatkuva kiire, ajanpuute ja liian lyhyet vastaanottoajat neuvoloissa. (Kangaspunta ym. 2004: 3522; Mattila 2004: 15, 61.)

Puheeksi ottamista vaikeuttaa osaltaan sopivien työvälineiden puute neuvolatyössä. Terveydenhoitajilla tulisi olla käytössään tuen tarpeen tunnistamiseen ja arviointiin ke- hitettyjä työvälineitä, kuten systemaattisia haastattelukäytäntöjä, lomakkeita ja seuloja, jotka sisältävät myös psykososiaalisia ulottuvuuksia. Näiden käyttö saattaisi madaltaa kynnystä perheiden ongelmien puheeksi ottamiseen. (Kangaspunta ym. 2004: 3522.)

Myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaan (2004: 98 - 99) mukaan tuen tar- peen tunnistamisessa on puutteita. Perheet itse tunnistavat tuen tarpeensa liian myö- hään ja lapsen tilannetta saatetaan seurata pitkään, ennen kuin haetaan apua. On viit- teitä siitä, että neuvolassa tunnistetaan paremmin lapsen fyysiseen, motoriseen ja kie- llliseen kehitykseen liittyvät ongelmat kuin lapsen emotionaaliset ongelmat ja perhe- vaikeudet.

Terveydenhoitajat keräävät vähemmän tietoa perheen elämäntilanteesta ja sosiaalis- ta suhteista kuin esimerkiksi lapsenhoidosta ja perheen terveydestä. He arvioivat itse tunnistavansa parhaiten odottavan äidin raskaudenaikaisia pelkoja, vanhempien jak- samiseen liittyviä ongelmia, arkipäivän tilanteisiin liittyvää avuttomuutta, äidin masen- nuksen, lapsen hoidon laiminlyömisen ja vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia. Huonoi- ten tunnistetaan lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, perheväkivaltaa, lapsen psyykkis- tä ja fyysistä pahoinpitelyä, erityisesti isän päihdeongelmia ja parisuhdeongelmia. Ter- veydenhoitajat tunnistivat noin 70 % perheistä, joissa oli jokin tuen tarvetta aiheuttava riskitekijä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004: 99; Pajanen 2004: 19 - 21.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 113 - 114) selvityksen mukaan lähes puolet terveydenhoitajista arvioi käytettävissä olevan työajan riittämät- tömäksi erityistukea tarvitseville perheille. Suositus neuvolassa annettavan tuen koh- dentamisesta erityistukea tarvitseviin perheisiin ei toteutune neuvolahenkilöstön näin

arvioidessa. Näin ollen on vaikea saavuttaa neuvolatyön tavoitetta, jonka mukaan lasten terveys ja perheiden hyvinvointi paranevat varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä.

Määräaikaistarkastusten toteutuminen vähintään suositusten mukaisesti on tärkeää tuen tarpeen havaitsemiseksi ajoissa. Ajanpuutteesta johtuen perheen arkaluontoisia tai vaikeita asioita ei nosteta herkästi esille vastaanotolla. Henkilöstön vähäisyys tekee vastaanottotilanteesta herkästi kiireisen, jolloin tilaa ei jää perheen pulmien käsittelyyn, koska lapsen kasvun ja kehityksen seuranta pidetään kuitenkin ensisijaisena. Parhaiten lapsen kasvua ja kehitystä tuetaan kuitenkin tukemalla myös vanhempien voimavaroja. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 113 - 114; Pietilä 2005: 4021 - 4025.)

Lähes puolet terveydenhoitajista arvioi käytettävissä olevan työajan melko tai täysin riittämättömäksi lisäkäynteihin. Tällöin he eivät pysty suosittelemaan erityisen tuen tarpeessa oleville perheille lisäkäyntejä joko vastaanotolle tai kotikäynteinä. He eivät tällöin myöskään pysty noudattamaan varhaisen tuen ja puuttumisen periaatetta. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005: 114.)

2.3 Erityistuen tarpeen tunnistaminen eri riskiryhmien kannalta

2.3.1 Vanhempien psyykkiset sairaudet

Nykyisin on olemassa yli 200 luokiteltua psyykkistä sairautta, joista yleisimmät ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, muut psykoosit sekä ahdistuneisuushäiriöt. Useat tutkimukset ja käytännön työ osoittavat, että vanhemman psyykinen sairaus vaikuttaa lapseen ja kuormittaa koko perhettä. Se on riskitekijä lapsen hyvinvoinnille, kasvulle ja kehitykselle. Psyykkisen sairauden vaikutuksen vakavuus on yhteydessä siihen, miten vanhemman sairaus heikentää, vääristää tai estää hänen kykään toimia vanhempana. (Leijala 2004: 177.)

Vanhemman mielenterveysongelmat heijastuvat usein parisuhteeseen, vanhemmuuteen, perheen toimintatapoihin ja näiden kautta lasten kehitykseen. Terve vanhempi on toisen vanhemman sairastaessa erityisen tärkeä sekä lapsen että koko perheen kannalta ja hän tarvitsee usein erityistä tukea. Mielenterveyden ongelmat ovat harvoin perheiden ainoa ongelma: mukana kulkevat avioristiriidat, päihteiden käyttö, ahdas asuminen, taloudelliset ongelmat, työttömyys ja monitasoinen syrjäytyminen. (Lastenneuvola... 2004: 234.)

Työmenetelmät, joilla tuetaan lapsen kehitystä ja perheiden toimivuutta, parisuhdetta ja vanhemmuutta, ovat erityisen tärkeitä mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhempien perheille. Kun vanhemmalla on mielenterveyden häiriö, neuvolan on huolehdittava yhdessä muiden yhteistyötahojen kanssa muun muassa lapsen turvallisuudesta sekä tuesta perheelle ja lapsen kehitykselle. Neuvola voi tarvittaessa toimia lasten edun näkökulmasta asiantuntijaresurssina aikuispsykiatrian suuntaan. (Lastenneuvola... 2004: 234.)

Lapsen kokonaistilannetta mietittäessä on tärkeä kiinnittää huomiota lapsen ikään ja vanhemman psyykkisen sairauden laatuun. Esimerkiksi masentunut äiti ei jaksakaan olla riittävästi vauvan kanssa: hän ei välttämättä näe vauvan tarpeita ja tunteita, juttele vauvalleen, katso vauvaansa tai leiki vauvaansa kanssa. Äiti voi käyttäytyä vetäytyvästi, jolloin vauva jää yksin oman itsensä varaan, eikä äiti houkuttele häntä kehitykselle välttämättömään myönteiseen vuorovaikutukseen. (Leijala 2004: 177; Viisainen 1999: 104.)

Psyykkisesti sairas vanhempi saattaa tiedostamattomasti toivoa, ettei sairaus vaikuttaisi lapseen, eikä tällöin ota itse aktiivisesti asiaa esille. Vanhempi saattaa myös kieltää oman sairautensa merkitystä lapsen elämäntilanteeseen sekä kasvuun ja kehitykseen. Joskus taas vanhempi voi korostaa liikaa psyykkisen sairauden periytymistä tai sen pelkoa, jolloin vanhemman kanssa on tärkeä puhua asiasta. Työntekijältä lapsen tilanteen esille ottaminen saattaa jäädä huomiotta, koska hän väistämättömästi keskittyy vanhemman tilanteeseen samaistumalla aikuisen maailmaan. On myös inhimillistä, että lasta halutaan suojata vanhemman psyykkisen sairauden mukanaan tuomilta muutoksilta ja vaikeuksilta, jolloin lapsi saattaa jäädä vaille riittävää tukea. Joskus työntekijät ovat liian arkoja kohtaamaan lasta, kun vanhempi on psyykkisesti sairas. Monesti kuitenkin psyykkisesti sairas vanhempi haluaa itse tukea omille lapsilleen ja tällöin toivoisi tuen ja tarvittavan avun järjestymistä koko perheelle. (Leijala 2004: 178.)

Vuosina 1997-2000 toteutetussa Akkula (Akuutti Kurikka Lastenpsykiatria) - tutkimuksen toisessa vaiheessa vuosina 2000-2001 selvitettiin jo käytössä olevia työmenetelmiä erikoissairaanhoidossa ja peruskunnissa työryhmähaastatteluiden ja kyseilyn avulla. Vaikka työntekijät olivat saaneet monipuolista koulutusta perheiden kanssa työskentelyyn, lisäkoulutusta toivottiin muun muassa lapsen ongelmien tunnistamisessa, aikuisen ongelmista lapsen kanssa puhumisessa, varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa, vanhemmuuden arvioinnissa ja tukemisessa, kotikäynti- ja verkostotyössä sekä lastensuojelulain tuntemuksessa ja sen tulkinnassa. (Leijala 2004: 180 - 183.)

Lapset ovat tulleet aikaisempaa enemmän näkyviksi myös aikuispsykiatrisessa työssä. Varhainen tuki ja apu psyykkisesti sairaan vanhemmalle ja koko perheelle on välttämätöntä. Varhainen puuttuminen edellyttää työntekijöiden valmiuksien kehittämistä, apulomakkeiden laatimista ja testaamista, perhetyön resursseja, lapsiperhetyötä tekevien yhteistyökäytännöistä sopimista ja hoitoonohjauskanavien kunnosta huolehtimista. (Leijala 2004: 184 - 186.)

Lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana naisella on suurempi mahdollisuus kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa. Herkistyminen eli baby blues on voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksen jälkeen, eikä vaadi erityistä hoitoa. Synnytyksen jälkeinen masennus taas kestää kuukausia ja on melko yleistä. Siitä kärsii arviolta 15-20 % synnyttäneistä. Lievät masennuksen oireet voivat jäädä huomiotta äidiltä itseltäänkin, kun taas toisaalta monet äidit häpeävät sitä, etteivät pärjää kaikkien lapsen ja äitiyteen liittyvien haasteiden kanssa. Tällöin masennuksen oireita pyritään piilottelemaan. Amerikkalaisessa prospektiivisessä tutkimuksessa on todettu, että äidin masennuksen ehkäiseminen ja hoitaminen ehkäisee todennäköisesti myös lapsen depressiivisyyttä, ahdistusherkkyyttä ja erilaista häiriökäyttäytymistä ja tukee siten lapsen normaalia kehitystä. (Lastenneuvolaopas... 2004: 230 - 231.)

Äidin masennus voi lapsella johtaa turvattoman kiintymyssuhteen muodostumiseen. Tämä näkyy esimerkiksi ilottomuutena, energian puutteena ja kontaktista vetäytymisenä tai lapsi voi olla poikkeuksellisen ärtyvä ja vaikeasti tyynytettävä. ”Koliikkivauva” saattaa myös olla masentunut vauva. (Viisainen 1999: 105.)

Vanhemman tehtävänä on auttaa lasta säätelemään tunnetiloja, kun lapsi itse ei siihen vielä pysty. Masentuneen ihmisen on kuitenkin vaikea jaksaa ylläpitää riittävän myönteistä vuorovaikutusta lapseen. Siksi äidin lievä, hoitamattomana pitkittyvä synnytyksen jälkeinen masennus on lapsen kehityksen kannalta yhtä vaarallinen kuin sinänsä syvempi ja rajumpi synnytyksen jälkeinen psykoottinen masennus. (Viisainen 1999: 106.)

Terveydenhoitajan ja lääkärin kannattaa huomioida eräitä tekijöitä, joiden tiedetään lisäävän riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen:

- masennushistoria itsellä tai suvussa tai ennen synnytystä todettu masennus
- ei-suunniteltu raskaus, rintaruokinnan puute tai ns. emootiokeskeisiä keinoja käyttävät eli ongelmia kieltävät tai ”pakenevat” äidit
- puuttuva tuki synnytyksen aikana, ennen- tai yliaikainen synnytys, varhainen kotiutus tai pitkittynyt sairaalassa olo synnytyksen jälkeen

- kaksos- tai kolmoslapset, negatiiviset tunteet lasta kohtaan, ”vaikea lapsi”, lapsen terveyteen liittyvät ongelmat
- heikot suhteet puolisoon tai ei puolisoa
- muut stressitekijät äidin elämässä
- puuttuva perheen ulkopuolinen tuki stressi- ja ongelmatilanteissa
- työttömyys.

Synnytyksen jälkeinen masennus voi laukaista pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuksen. Myös masennusvaiheiden toistuminen on tyypillistä, mikä on syytä huomioida hoitoa suunniteltaessa. EPDS-lomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (liite 2) on osoittautunut käyttökelpoiseksi ja auttaa masennuksen tunnistamisessa. Lomake on suositeltavaa täyttää esimerkiksi 6-8-viikkoisen vauvan tarkastuksen yhteydessä. Kun äiti ja terveydenhoitaja käyvät kysymykset yhdessä läpi, ei aina ole tarpeellista pisteyttää vastauksia. Kysely antaa tukea ja rohkeutta ottaa arkojakin aiheita puheeksi. Lisäksi terveydenhoitajan kuuluu havainnoida vanhempien mielialoja jokaisessa neuvolapaamisessa. (Lastenneuvola... 2004: 231 - 233.)

2.3.2 Päihdeongelmat

Sepän (2003: 57) mukaan alkoholin suurkulutus on varsin yleinen ongelma. Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa tehdyissä selvityksissä on naispotilaista todettu olevan suurkuluttajia noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 %. Siksi lastenneuvolassa on syytä kiinnittää päihteiden käytön tunnistamiseen aktiivista ja itsenäistä huomiota ja puuttua siihen ripeästi. Päihteiden käyttöön liittyy paljon kieltämistä ja salailua, eivätkä vanhemmat useinkaan nosta asiaa itse esiin.

Päihdeongelmiin viittaavia vaivoja ja merkkejä on tarpeen havainnoida aktiivisesti. Raskauden aikainen alkoholin tai huumeiden käyttö ei ole yksittäinen tapahtuma naisen elämässä vaan nainen todennäköisesti jatkaa päihteiden käyttöään myös lapsen syntymän jälkeen. Äidin alkoholin käyttö ei useinkaan vähene synnytyksen jälkeen, vaan pikemminkin saattaa lisääntyä. Ainakin kerran vuodessa määräaikaikäiskäynnin rutiineihin on syytä liittää kysymys alkoholin ja huumeiden käytöstä. (Lastenneuvola... 2004: 242 - 243.)

Terveydenhoitajan on syytä kysyä päihteiden käytöstä aktiivisesti mutta asiallisesti. Anderssonin (2001: 29) mukaan olennaista on kysyä kaikilta äideiltä päihteiden käytöstä ja erikseen kunkin päihteen kohdalla. Kun tutkimusten mukaan vain joka neljäs päihdeongelmainen äiti havaitaan äitiysneuvolassa, on kysyminen yksi olennainen keino asian esille ottamiseen. Tavoitteena on, että päihteistä voitaisiin puhua arkipäiväisesti.

Tunnistamisessa voidaan käyttää strukturoituja kyselyjä, statuslöydöksiä ja laboratorionkokeita. (Halmesmäki 2000: 8.)

Terveyskeskuksia varten on kehitetty mini-interventioita, pienimuotoisia puuttumisen menetelmiä. Niillä selvitetään asiakkaan alkoholinkäyttöä ja mahdollisia alkoholiongelmia. Tutkimusten mukaan mini-interventioilla on saavutettu hyviä tuloksia nimenomaan niillä alkoholinkäyttäjillä, joiden alkoholinkäyttö ei ole muodostunut kovin ongelmalliseksi eikä laajentunut koko elämäntapaa leimaavaksi, alkoholistiseksi elämäntavaksi. (Hytinen 1990: 84 - 85.)

Sepän (2003: 57 - 58) mukaan alkoholinkäyttöä on hyvä kartoittaa avoimilla kysymyksillä, jotka eivät tarjoa mahdollisuutta myöntämiseen tai kieltämiseen. Asiakasta pyydetään arvioimaan alkoholin käyttömäärää. Viikkokulutuksen arvioimisen lisäksi hyödyllistä tietoa mahdollisesta suurkulutuksesta saadaan kysymällä juomalaatuja, humalajuomisen tiheyttä, krapularyyppyjä, rokulipäiviä töistä ja potilaan omaa huolta alkoholin käytöstään.

Wallinin (1994: 40 - 41) tutkimuksessa on esitetty luettelo, jonka avulla terveydenhoitaja voi pystyä tunnistamaan päihdeongelman olemassaolon. Päihdeongelmaan voivat viitata aistinhavainnot asiakkaasta, fyysisen terveyden poikkeavuudet, psyykkisen olemuksen muutokset, ongelmat sosiaalisissa suhteissa ja työssä selviytymisessä, hoitajan omat tuntemukset ja keskustelussa paljastuvat asiat kuten epäselvät vastaukset ja runsas selittely.

Luotettavan arvion saamiseksi asiakkaan alkoholinkulutuksesta voidaan haastattelussa käyttää apuna erilaisia strukturoituja kyselyitä. Suositeltavin strukturoiduista kyselyistä on nykyään WHO:n kehittämä AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (liite 1), jossa vähintään kahdeksan pistettä kymmenestä on viite suurkulutuksesta. Kyselyn toimivuus on testattu useissa erilaisissa kulttuureissa ja sekä miehillä että naisilla, ja se soveltuu nimenomaan varhaiseen suurkulutuksen tunnistamiseen. AUDIT-kyselyn herkkyys ja tarkkuus suurkulutuksen tunnistamisessa on noin 90 %. Muita käytössä olevia kyselylomakkeita ova MAST- ja CAGE-lomakkeet. (Seppä 2003: 58 - 60; Inkinen ym. 2000: 176.)

Sepän (2003: 60) mukaan kysyttäessä lapsen vanhemman vointia, tulee kiinnittää huomiota mahdollisiin statusmuutoksiin, kuten masennukseen, ahdistukseen ja unettomuuteen. Nämä oireet voivat viitata alkoholin suurkulutukseen. Alkoholi aiheuttaa yleisesti myös erilaisia mahavaivoja, sydämen rytmihäiriöitä ja koholla olevaa veren-

painetta. Myös erilaiset traumat, kouristelut ja neurologiset ongelmat sekä myös sukupuolielämän häiriöt voivat viitata alkoholin kasvaneeseen kulutukseen. Varhaiseen alkoholin suurkulutukseen liittyviä statuslöydöksiä voivat olla esimerkiksi nopea pulssi ja koholla oleva verenpaine, eteisvärinä, ahdistus, levottomuus tai huono suuhygienia.

Yleisimmin käytössä olevat alkoholin suurkulutuksen laboratorio-osoittimet (markkerit) ovat seerumin glutamyyli transferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukkahiilihydraattinen transferrini (CDT). CDT on osoittimista ainoa, jonka indikaatioalue on pelkkä alkoholin suurkulutus. CDT-arvo suurenee, jos alkoholinkäyttö on usean viikon ajan yli 60 grammaa absoluuttista alkoholia päivässä. (Seppä 2003: 62; Halmesmäki 2000: 9.)

Huumausaineiden käyttö on edelleen vakiintumassa ja yleistymässä. Huumeiden käyttö ei todennäköisesti tule Suomessa yleistymään lähellekään esimerkiksi alkoholin käyttöä, mutta sen osuus ja yhteiskunnallinen merkitys muodostunevat kuitenkin tulevina vuosina nykyistä suuremmaksi. Terveystoimijilla tulee olla valmiudet tunnistaa käyttö ja ottaa huumeet luontevasti puheeksi. Päihdekeskustelulle ominaisen holhoavan puuttumisen sijasta tulee edistää tasaveroista vuoropuhelua. (Saarto 2003: 69 - 70.)

Mansnéruksen (2004: 56 - 57) mukaan neuvolat tavoittavat lähes kaikki paikkakunnan lapset. Osalla heistä ei ole riittävän turvallisia kasvuolosuhteita vanhempien huumeiden käytön vuoksi. Näitä lapsia on vaikea havaita, sillä he salaavat yleensä perheessä vallitsevan kaaostilanteen ja suojelevat vanhempiaan oman hyvinvointinsa kustannuksella. Ongelmana on, miten havaita ongelma ja puuttua siihen. Kokemusten mukaan päihderiippuvaiset vanhemmat eivät ole sitoutuneet perheneuvolan asettamiin vaatimuksiin yhteistyöstä. Lapset jäävät ilman tutkimusta ja hoitoa kunnes lastensuojeluviranomaiset puuttuvat tilanteeseen. Asiakkaan lääke- tai huumausaineiden käyttöön voi viitata esimerkiksi sekava käytös ilman alkoholin hajua, vainoharhaisuus, virkapukuisien ihmisten pelko, äkilliset mielialan vaihtelut, poissaoleva ja välinpitämätön käytös, poikkeavan pienet tai suuret pupillit, tuijottava katse, vetistävät silmät, uneliaisuus ja tokkuraisuus. On myös muistettava, että siisti, tavanomaisesti pukeutunut ja terveen näköinen henkilö voi olla huumeiden käyttäjä. (Työterveyslaitos 2000: 19.)

2.3.3 Maahanmuuttajat

Vuonna 2005 Suomessa asui 113 925 ulkomaiden kansalaista. Se on 2,2 % väestöstä. Suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat Venäjältä, Virossa, Ruotsista ja Somaliasta. (Opetushallitus.) Maahanmuuttajaperhe kokee elämässään ison muutoksen, joka usein muuttaa perheen sisäistä dynamiikkaa ja rooleja. (Lastenneuvola... 2004: 248 - 249).

Maahanmuuttajalapsiperheisiin liittyy tekijöitä, jotka vaikeuttavat erityistuen tarpeen tunnistamista. Perheet ovat hyvin erilaisessa asemassa kotoutumisen resursseiltaan, mutta usein heidän elämässään on monia raskauttavia tekijöitä, jotka aiheuttavat erityistuen tarpeen. Esimerkiksi pakolaisuudesta johtuvat ahdistavat ja vaikeat kokemukset voivat aiheuttaa kriisejä lapsiperheille. Erityisen syrjäytymisen riskivyöhykkeessä ovat perheet, joissa vanhemmilla on vähän koulutusta ja kielitaitoa. Asiakkaiden kanssa tulee rohkeasti keskustella maahanmuuton tuomista muutoksista perheen elämään, jotta erityistuen tarpeen pystyy tunnistamaan. Yksilöllinen lähestymistapa ja rohkeus kysyä ovat tärkeitä menetelmiä terveydenhoitajalle kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Terveydenhoitajien on myös syytä perehtyä asiakkaidensa kulttuuriin riittävästi, jotta he voisivat antaa sopivaa tukea ja apua. (Pursiainen 2001: 30, 59; Lastenneuvola... 2004: 249.)

Pakolaisuuden aiheuttamat ongelmat ilmenevät välillä lasten kanssa jaksamisessa ja vanhempien masentuneena mielialana, jotka terveydenhoitaja havaitsee ja joille hän hakee syytä. Ongelmat voivat myös ilmetä vaativana ja aggressiivisena käyttäytymisenä. Lisäksi on tärkeää muistaa, että joku maahanmuuttajaperheen jäsenistä on saattanut joutua kidutuksen kohteeksi ja että osa perheistä tulee maahan sodan keskeltä. Menneisyyden rankat kokemukset altistavat mielenterveysongelmille ja vaikeuttavat koko perheen selviytymistä uudessa maassa. (Lastenneuvola... 2004: 251; Pursiainen 2001: 30.)

Moneen kulttuuriin ja islamin arvoihin kuuluu suurperheiden arvostus. Perinteisesti somalialainen nainen ei voi näyttää tunteitaan, sillä naisen tulee olla ja toimia kuten ”väsymätön kone”. Usein perheen äiti hoitaa yksin perheen lapset ja kodinhoidon. Peräkkäisillä raskauksilla on lisäksi vaikutuksia naisten fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan. Fyysinen ja psyykinen väsyminen saattaa muuttaa naisen käyttäytymistä ja yksinolo aiheuttaa pelkoa. Yksinäisyys sekä pelko yhdessä taas aiheuttavat masentuneisuutta. Maahanmuuttajan on todettu olevan vaikeata saada suomalaisiin kontaktia ja maahanmuuttajaäitien tukiverkosto koostuukin pääasiassa oman asuinalueen paikallisista maahanmuuttajista. (Keituri 2005: 33; Pursiainen 2001: 31.)

Tietyt kulttuuriset tai uskonnolliset tavat voivat äärimmillään aiheuttaa myös erityistuen tarpeen, johon on puututtava. Esimerkiksi raskaana olevan paastoavan diabeetikkoäidin käsitykset hyvästä muslimista ja terveydenhoitajan käsitys äidin ja lapsen hyvinvoinnista törmäävät vahvasti (Pursiainen 2001: 38). Lapsen ruumiillinen kuritus on yleistä monissa kulttuureissa, mutta Suomessa se on kielletty. Tämä koskee myös maahanmuuttajia. Tyttöjen ympärileikkauksen mahdollisuus on pidettävä mielessä afrikkalaisten, mutta myös Arabian niemimaalta ja joidenkin Aasiasta tulevien maahanmuuttajien kohdalla. Tyttöjen ympärileikkaus on Suomen rikoslain mukaan rangaistava teko, johon sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on velvollisuus puuttua. Asiaa tulee käsitellä lastenneuvolassa ja keskustelemalla selvittää, onko esimerkiksi perheen äiti ympärileikattu tai kuinka hän suhtautuu ympärileikkaukseen. (Pursiainen 2001: 48 - 51; Lastenneuvola... 2004: 250 - 251.)

Perheen asioista puhuminen ulkopuolisille ei kuulu islamilaiseen kulttuuriin. Sen vuoksi terveydenhoitajan voi olla vaikeaa saada tietoa esimerkiksi suvun sairauksista, lasten kasvatuksesta kotona, psyykkisistä ongelmista, pakolaisuuden aiheuttamista ongelmista tai traagisista kokemuksista sekä erityistuen tarpeesta kokonaisuudessaan. Terveydenhoitaja usein kokee kulttuuriin liittyvistä aroista asioita puhumisen vaikeana, mikä myös estää erityistuen tarpeen tunnistamista. Yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa luonnollisesti kommunikaatiota ja voi vaikuttaa tunnistamiseen. Maahanmuuttajien luottamus terveydenhuollon työntekijään syntyy usein vähitellen, johtuen muun muassa erilaisesta suhteesta viranomaisiin edellisessä kotimaassa. (Pursiainen 2001: 38, 48 - 51; Lastenneuvola... 2004: 250 - 251.)

2.3.4 Lapsen kaltoinkohtelu

Kaltoinkohdeltuja lapsia on olemassa, vaikka tämän tosiasian kieltäminen emotionaalisesti onkin tavallista. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä pahoinpitelyä, psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä tai puutteellista hoitoa. (Lastenneuvola... 2004: 236.) Nämä osa-alueet eivät aina esiinny erillisinä, vaan nivoutuvat tiukasti toisiinsa. Kaltoinkohtelun syyt ovat moninaiset. Vanhemman eläytymiskyky voi olla jo alun alkaen puutteellinen päihteiden käytön, psyykkisten ongelmien tai pitkään vanhemman elämässä ilmenneen deprivaaation eli puutteen tai menetysten takia. Kaltoinkohtelevien vanhempien riskiryhmään kuuluvat myös yksinhuoltajat, joilla ei ole tukevaa sosiaalista verkostoa, hyvin nuoret vanhemmat tai kehitysvammaiset vanhemmat. (Söderholm 2004: 11.)

Tutkittaessa lasten laiminlyöntiä ja pahoinpitelyä on havaittu, että osalla vanhemmista on hyvin puutteellinen kyky ymmärtää lapsen iänmukaista käyttäytymistä. He voivat

olla vilpittömän hämmästyneitä saamastaan uudesta tiedosta. Erityisesti nuoret, kypsymättömät vanhemmat voivat tarvita neuvolasta paljon tukea. (Taipale 1998: 240.)

Alle yksivuotiaista vauvoista joutuu fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi noin 1 prosentti ja kaltoinkohtelun kohteeksi kaikkiaan noin 4 prosenttia. Laiminlyönti voi olla aktiivista, jolloin lapsi jätetään tietoisesti ilman lohduttavaa kontaktia tai passiivista, esimerkiksi äidin masennuksesta johtuvaa ”poissaoloa”. (Lastenneuvola... 2004: 236.)

Perheissä kaltoinkohtelu usein kielletään ja myös lasten parissa työskentelevillä ihmisillä on edelleen joko tietoinen tai tiedostamaton taipumus emotionaalisesti kieltää kaltoinkohtelu tai sen mahdollisuus. Tämä on edelleen yksi lapsen kaltoinkohteluun puuttumisen, hoidon ja seurannan suurimmista esteistä. Muitakin esteitä puuttumiseen on olemassa: kaltoinkohtelu ei aina aiheuta niin hälyttäviä merkkejä, oireita tai ongelmia, että kukaan ymmärtäisi puuttua asiaan riittävän varhain. (Lastenneuvola... 2004: 237.)

Vastaanottotilanteessa terveydenhoitajan on hyvä tarkkailla, millä tavalla lapsi ja vanhempi kommunikoivat keskenään. Huolestuttavaa on, jos:

- äidin tai isän ja ammattilaisten käsitykset lapsen hyvinvoinnista ja mahdolliset huolet lapsesta eroavat oleellisesti toisistaan
- äiti tai isä ei pidä ongelmallista tilannetta ongelmallisena tai on vihamielinen, syyttelevä tai loukkaava lasta kohtaan
- äiti on väkivallan kohteena parisuhteessa
- lapselle ei anneta tilaa
- äiti tai isä ei ”näe” tai ”kuule” lasta tai ei pysty lohduttamaan tai osaa käsitellä häntä
- äidin tai isän suuttuminen viranomaiselle on suurempi kuin huoli lapsesta
- lapseen on vaikeaa saada katsekontaktia tai lapsi on poikkeuksellisen arka tai passiivinen
- lapsi on vihamielinen, kiukkuinen, levoton tai pelokas
- lapsi viestittää tai kertoo kaltoinkohtelustaan
- ei halua lähteä vastaanotolta pois
- lapsella on epämääräisiä mustelmia epänormaaleissa paikoissa tai hän tekee väistöliikkeitä vanhemman lähestyessä.

Työntekijän tehtävä on aina kartoittaa kaikkien osapuolten (vanhempien, lapsen, työntekijän) huolet ja koota ne selkeästi. Huolten kartoitus auttaa näkemään selkeämmin, onko asiantuntijoiden ja vanhempien näkemysten välillä ristiriitaa. Kaltoinkohteluepäily edellyttää aina yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa ja aina kaltoinkohteluepäily-

lyn herätessä on lastensuojelulain nojalla tehtävä viipymättä lastensuojeluilmoitus. Ilmoituksen syy ja herännyt huoli pitää aina selittää vanhemmille. (Lastenneuvola... 2004: 237 - 238.)

Lapsen ulkoinen olemus voi viitata laiminlyöntiin, mutta tutkimuksissa somaattinen status voi laiminlyödylläkin lapsella olla normaali. Puutteellisesti hoidetulla pikkulapsen näkyviä somaattisia tunnusmerkkejä voivat olla esimerkiksi krooninen vaippaihottuma tai muuten huonosti hoidettu iho ja/tai patologiaan pituus- ja painokäyriin johtava aliravitsemus. (Söderholm 2004: 68.)

Koko lasten kaltoinkohtelun alue fyysisine ja emotionaalisine laiminlyönteineen ja eriaseteisine väkivallan muotoineen on vaativa ja haastava sekä edellyttää erityistaitoja ja -tietoja monen eri alan ammattilaisilta. (Söderholm 2004: 14). Pahoinpitely ja lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ovat luonteeltaan tapahtumia, joihin puuttuminen on helpompaa kuin laiminlyöntiin. Diagnoosia on vaikea tehdä, koska laiminlyönnin määrittäminen on vaikeaa. Laiminlyödyllä lapsella ei useinkaan alussa esiinny hälyttäviä oireita tai selviä merkkejä, minkä vuoksi siihen monesti puututaan myöhässä. (Söderholm 2004: 57.)

Lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan hänen altistamistaan ikään kuulumattomalle seksuaalisuudelle, jota hän ei ymmärrä ja johon hän ei voi antaa suostumusta. Sitä esiintyy kaikissa yhteiskunnissa ja yhteiskuntaluokissa ja se vahingoittaa lapsen psyykkistä ja seksuaalista kehitystä. Lapsi voi joutua hyväksikäytetyksi omassa perheessään tai hyväksikäyttäjä voi olla ystävä, naapuri, lastenhoitaja, opettaja tai myös lapselle vieras henkilö. Suomalaisen tutkimuksen mukaan hyväksikäytön kokemuksia on 6-8 %:lla tytöistä ja 1-3 %:lla pojista. (Salo – Ståhlberg 2004: 107 - 108.)

Hyväksikäytetty lapsi saattaa oireilla psyykkisesti: olla ahdistunut, itkuinen, levoton, kastella, hänellä voi olla uni- tai syömishäiriöitä tai korostuneen seksuaalista ja viettelevää käytöstä. Myös lapsen sukuelinten alueella esiintyvät vammat, verenvuoto tai tulehdukset voivat johtaa hyväksikäytön epäilyyn. (Salo – Ståhlberg 2004: 107 - 108.)

Lapsen somaattinen tutkimus kuuluu lääkärin työtehtäviin ja siihen osallistuu yleensä kaksi lääkäriä.

On huomioitava, että hyväksikäytön epäily voi lähteä liikkeelle sinänsä vähäisestä, väärin tulkitusta lausahduksesta tai tilanteen väärästä tulkinnasta. Myös aikuinen, joka on itse psyykkisesti häiriintynyt, voi olla täysin perusteettomasti huolissaan lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Epäily saattaa syntyä vähitellen esimerkiksi lapsen puheiden

tai käytöksen perusteella. Tällöin on syytä kerätä tietoa ja tarkkailla lasta, keskustella työtoverien kanssa ja tarvittaessa järjestää neuvottelu. Myös asiantuntijoiden ja poliisin neuvoa voi anonyymisti kysyä. (Salo – Ståhlberg 2004: 107.)

2.3.5 Perheväkivalta

Pajasen (2004: 21, 24) tutkielman mukaan lapsiin ja vanhuksiin kohdistuvaan väkivaltaan puututaan helpommin, mutta puolisoon kohdistuvaan väkivaltaan puuttumisen kynnyks on korkea. Käy myös ilmi, että terveydenhuollon työntekijät eivät ole kovin harjaantuneita tunnistamaan perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreja. Tämä aiheuttaa moniammatillisen yhteistyön tarvetta. Tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat neuvolan lääkäri ja neuvolapsykologi sekä sosiaalityöntekijä ja päivähoidon henkilöstö. Myös mielenterveystoimisto, perheneuvola ja sairaala ovat hyviä yhteistyötahoja. Tutkimusten mukaan terveydenhoitajat tekevät kuitenkin edelleen hyvin vähän yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa perheen ongelmien tunnistamisessa ja tukemisessa.

Nuoret parisuhteessa olevat naiset ovat parisuhdeväkivallan riskiryhmä. Äitiyslomalla tai hoitovapaalla oleviin naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta on myös hieman keskimääräistä yleisempää. Miehen eristävä, uhkaileva tai pelotteleva käyttäytyminen nostaa naisen riskiä joutua parisuhdeväkivallan kohteeksi. Myös naiset voivat harjoittaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa: noin 10 % väkivallasta tapahtuu naisten toimesta (Lasten neuvola... 2004: 238).

Fyysisen väkivallan merkkejä voivat olla punoitus, nirhaumat, haavat, mustelmat ja ruhjeet erityisesti suun, kasvojen, kaulan, hiuspohjan sekä käsi- ja olkavarsien alueella. Terveydenhoitajan tulisi kiinnittää huomiota myös toistuviin tai eri paranemisvaiheessa oleviin vammoihin sekä siihen, vastaako vammojen sijainti, muoto tai tyyppi naisen kuvaamaa syntymekanismia. Tulee myös ottaa huomioon, että vammat saattavat sijaita myös vaatteiden peittämällä alueilla selän ja vatsan alueella sekä käsivarsissa. (Lasten neuvola... 2004: 239).

Väkivalta voi aiheuttaa uhrille myös henkisiä trauman oireita, joita ovat esimerkiksi risti-riitaiset tunteet ja mielialojen nopeat vaihtelut, masennus, ahdistus, keskittymiskyvyttömyys ja muistamattomuus, jolloin naiselta voi jäädä vastaanottoaikoja käyttämättä. Nainen voi vaikuttaa alistuneelta, passiiviselta ja pelokkaalta. Myös alkoholin käyttö ja tupakointi voi lisääntyä ja uni- tai rauhoittavien lääkeaineiden väärinkäyttöä sekä huumaiden käyttöä voi ilmetä. Uhrilla voi olla myös itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä. (Lasten neuvola... 2004: 239; Perttu 2004: 26 - 30).

Neuvolakäynnillä on syytä havainnoida isän asennoitumista ja käyttäytymistä äitiä ja lasta kohtaan. Naisen erilainen käyttäytyminen lapsen isän läsnä ollessa saattaa olla merkinä häneen kohdistuvasta väkivallasta. Yksi väkivallan muoto on eristää uhri sosiaalisista suhteista ja osallistumasta kodin ulkopuoliseen elämään. Ajan käyttöä saataan kontrolloida ja naisella saattaa olla kiire vastaanotolta kotiin kotiintuloajan vuoksi. Naisella ei ole ystäviä ja sukulaisiaankin hän tapaa vain harvoin tai ei juuri ollenkaan. Taloudellinen väkivalta ilmenee naisen rahan käytön tai työssä käynnin kontrolloimisena. Väkivalta voi olla myös pakottamista ja uhkailua, pelottelemista, aliarviointia, kieltämistä ja syyttämistä. Lasta voidaan käyttää väkivallan välineenä ja valta sekä kontrolli ilmenee myös miehisten etuoikeuksien käyttämisenä. Kotioloissa voi ilmetä myös seksuaalista väkivaltaa. (Lastenneuvola... 2004: 240, Perttu 2004: 96.)

Väkivaltaa käyttävä mies voi haluta olla läsnä kaikissa keskusteluissa neuvolassa kontrollin säilyttämiseksi ja salatakseen väkivallan. Tämän vuoksi olisi hyvä, että tietyt neuvolakäynnit olisi tarkoitettu vain äidille ja lapselle, jolloin väkivallasta voidaan kysyä vaarantamatta naisen tai lapsen turvallisuutta. Väkivallasta kysytään naisilta raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja äideiltä viimeistään lapsen puolivuotis-tarkastuksen yhteydessä. Sen jälkeen väkivallasta kysytään aina tasavuositarkastuksissa. Väkivallasta on hyvä kysyä oma-aloitteisesti suoraan ja kiertelemättä asiaa. Tällä tavalla osoitetaan, että siitä puhuminen on sallittua ja siitä voi puhua avoimesti. Parisuhdeväkivallan seulontaa varten suositellaan erityistä seulontalomaketta (liite 3), jonka kysymykset kysytään naiselta aina kahden kesken. (Lastenneuvola... 2004: 240; Perttu 2004: 51.)

2.3.6 Erityisvauvaperheet

Erityisvauvoiksi määritellään lapset, joilla on elämän alkuvaiheessa ongelmia ennenaikaisen syntymän, erilaisten sairauksien, kehityshäiriöiden tai sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Lapsen sairaus koettelee vanhemmuuteen kasvua monilla tavoin. Jo sairaan tai vammaisen lapsen syntymä herättää vanhemmassa monia ristiriitaisia tunteita kyvystä toimia vanhempana. Vammaisuus tai kehitysvammaisuus voi aiheuttaa vanhemmille surua tai pettymystä, jolla on vaikutusta vanhemman ja lapsen välisen suhteen laatuun. Myös lapsen pitkä sairaalahoitoaika saattaa estää vanhempia toteuttamasta normaaliin vanhemmuuteen liittyviä malleja. (Mattila 2004: 7 - 9.)

Mattilan (2004: 11 - 13) mukaan tärkeää erityisvauvaperheen hoidossa on huomioida perheen tarpeet ja toiveet sekä hahmottaa kokonaistilanteen vaikutus suhteessa perheen voimavaroihin. Perheet voivat tarvita avukseen erilaista tukea ja tukiverkostoja. Perheen tuen tarve ja laatu ovat riippuvaisia perheen elämäntilanteesta ja siitä, minkä

ikäinen sairas lapsi perheessä on. Perheiden tuen tarvetta on hyödyllistä kartoittaa varsinkin silloin, kun vastasyntynyt ei ole terve. Sairaana lapsen hoitaminen on vaativampaa kuin terveen, sillä se vaatii perheiltä erilaista opettelua kuin terveen vastasyntyneen hoito. (Tarkka 1996: 8.)

Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa saatu tuki ehkäisee perheiden uupumista lapsensa hoitoon. Äidin masennuksen tunnistaminen sekä tarvittavan hoidon ja avun mahdollistaminen on tärkeää. (Tamminen 1990: 101). Vanhempien tunnemaailmaa haittaa hyvin usein myös syyllisyys, vaikka siihen ei olisi mitään asiallisia perusteita. Syyllisyydentunnoista voi olla vaikeaa puhua oma-aloitteisesti, joten terveydenhoitajien tulisi tarjota mahdollisuutta puhua näistäkin huolista ja tunnistaa keskustelun avulla tuen tarve. (Lastenneuvola... 2004: 213.)

Keskoslapsi syntyy perheeseen, jonka valmistautuminen vauvan tuloon on kesken. Tämän vuoksi useimmat vanhemmat tarvitsevat paljon tukea ulkopuoleltaan. Keskoslapsella on täysiaikaisten vauvojen hoidossa ilmenevien pulmien lisäksi erityisiä pulmia, joista monet ovat hyvin yksilöllisiä. Kaikkien keskoslasten kohdalla keskeisimmän huomioitava asia on vanhempien ja lasten välisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen. Vaikka lapsi olisi vanhemmille hyvin "kallis", vaivalla hankittu ja hoidettu, häneen voi olla vaikea uskaltaa kiintyä. (Lastenneuvola... 2004: 212.) Vanhemmat saattavat kaiken kokemansa jälkeen irrationaalisesti pelätä lapsensa menettämistä, joka taas vaikuttaa kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittymiseen heikentävästi. (Mattila 2004: 17).

Jos vauvan temperamentti ei sovi yhteen vanhempien käytöksen ja odotusten kanssa, voi siitä muodostua riskitekijä lapsen elämään. Vaikeammin hallittavissa oleva temperamentti näkyy muun muassa rytmien epäsäännöllisyytenä, itkuisuutena, pimeään pelkoon ja negatiivisena emotionaalisena ärtyvyytenä. Nämä voivat herättää vanhemmassa vihamielisyyttä, kriittisyyttä, lapsen huomiotta jättämistä, pakkokeinojen kehää ja epävarmaa kiintymystä. (Pulkkinen 2002: 17.) Vanhemmat voivat kokea epäonnistuneensa, he voivat olla itse ärtyneitä lapseensa ja ainakin toisinaan väsyä, olla ymmällään ja kokea syyllisyyttäkin. Vanhemman tunteille ja kokemuksille on annettava tilaa. Erityistuen tarpeen tunnistamiseen on kiinnitettävä huomiota, koska esimerkiksi vanhempien kokema vihan tunne ei oikeuta väkivaltaa tai laiminlyöntiä. (Lastenneuvola... 2004: 215.)

Terveydenhoitajan tulisi hahmottaa neuvolassa, mitä lapsen pitkäaikaissairaus merkitsee perheen elämälle ja selviytymiselle. Hänen tulee kartoittaa, minkälaista tukea ja

palveluja perhe tarvitsee lapsen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen. On tärkeää luoda käsitys siitä, miten lapsi ja hänen vanhempansa suhtautuvat sairauteen, miten hoito toteutuu, rajoittaako sairaus jokapäiväistä elämää, kykenevätkö ja haluavatko vanhemmat noudattaa saamiaan hoito-ohjeita, miten lapsi ja perhe kokevat ympäristön suhtautumisen sekä jääkö vanhemmille aikaa sairaan lapsen lisäksi perheen muille lapsille, toisilleen ja itselleen. Kartoittamalla näitä tekijöitä voidaan tunnistaa erityistuen tarpeessa olevat perheet. (Lastenneuvola... 2004: 216 - 217.)

Mattilan (2004: 61) tutkimuksessa terveydenhoitajien toimintaan kohdistettu kritiikki koski heidän valmiuksiaan keskustella erityisvauvan vanhempien kanssa. Terveydenhoitajia pidettiin epävarmoina ja kykenemättöminä vastaamaan perheen tarpeisiin keskustelutilanteissa. Vanhemmilla oli tunne, että terveydenhoitajat välttivät puhumasta lapsen erityisyydestä eikä lapsen tilanteeseen otettu kantaa. Lastenneuvolaoppaan mainitsemassa Kurun (1999) tutkimuksessa käy ilmi, että riskilasten perheiden tuki on osittain sattumanvaraista eikä vastaa aina perheen tarpeita. Eräänä syynä voidaan pitää sitä, että erityisvauvojen hoito ja seuranta on usein neuvoloiden henkilökunnalle uutta ja outoa. Oppaassa mainitaan myös Hasun (1998) tutkimus, jonka mukaan vanhemmat olivat tyytyväisiä tiedolliseen tukeen neuvolan vastaanottokäynneillä, mutta he odottivat terveydenhoitajilta ja lääkäriltä enemmän emotionaalista tukea ja voimavarojensa vahvistamista. (Lastenneuvola... 2004: 217).

Lapsen käytöshäiriöt, kehitysviiveet ja mielenterveysongelmat koetaan usein vaikeaksi keskustelun aiheeksi. Avoin, luottamuksellinen ja kunnioittava keskusteluyhteys vanhempien ja ammattilaisten välillä on kuitenkin hyvin tärkeää erityistuen tarpeen tunnistamiseksi ja ongelmien havaitsemiseksi. Aroistakin asioista on pystyttävä keskustelemaan, mutta se ei onnistu ilman keskinäistä luottamusta. (Lastenneuvola... 2004: 227.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata ja selvittää erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamiseen liittyvää problematiikkaa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitajat tunnistavat erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen ja minkälaisia menetelmiä he käyttävät tunnistamisen tukena. Lisäksi haluamme kuvata, mikä estää tunnistamista ja miksi se on vaikeaa. Tavoitteena on lisätä terveydenhoitajien tietoa tunnistamiseen liittyvistä tekijöistä ja ongelmista sekä kuvata haastattelun avulla terveydenhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1 Kuvata terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamisessa
- 2 Kuvata tunnistamiseen liittyviä esteitä ja vaikeuksia terveydenhoitajien kokemina

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat ja aineistonkeruumenetelmät

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tunnistaa laadullisia puolia ilmiöstä tarkoituksenaan tulkita sitä mahdollisimman monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi ym. 2001: 152, 155; Krause – Kiikkala 1997: 78.) Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu erityisen hyvin tutkimukseen silloin, kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista ja halutaan saada uutta tietoa aiheesta, jota on tutkittu aiemmin vähän. (Metsämuuronen 2001: 14).

Tutkimuksen lähestymistavaksi valitsimme kvalitatiivisen tutkimusotteen, koska tarkoitus on paljastaa terveydenhoitajien itsensä kertomina tosiasioita erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamiseen liittyvistä tekijöistä, eikä todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Haluamme löytää uutta tietoa aiheesta ja tällä hetkellä koetut ongelmakohdat, joten haastattelemme terveydenhoitajia, jotka ovat tutkimusongelman suhteen asiantuntijoita.

Tutkimusmenetelmä koostuu niistä tavoista ja käytännöistä, joilla tietoa kerätään. Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa yleensä se, minkälaista tietoa etsitään ja keneltä tai mistä sitä etsitään. Tutkimusaineiston keruumenetelmien tulee olla sellaisia, että aineiston avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen tai -ongelmaan. Tietoja voidaan hankkia eri tavoin. (Krause – Kiikkala 1997: 103; Hirsjärvi ym. 2001: 170 - 171.)

Haastattelua voidaan pitää tarkkailun ohella eräänlaisena perusmenetelmänä, joka soveltuu moneen tilanteeseen. Aina kun haastattelu on mielekäs tapa hankkia tietoa, sitä kannattaa käyttää, vaikka se onkin melko työläs ja jatkoanalyysien kannalta vaateallas. (Metsämuuronen 2001: 41.) Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2001: 35) haastattelu soveltuu erityisen hyvin metodiksi silloin, kun halutaan korostaa sitä, että ihminen on nähtävä tutkimustilanteessa subjektina. Hänelle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelu soveltuu myös hyvin, kun kartoitetaan tutkittavaa aluetta, epäillään, että tutkimuksen aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti tai halutaan kuvaavia esimerkkejä. (Hirsjärvi ym. 2001: 192; Metsämuuronen 2001: 40 - 41.) Näihin perustuen valitsimme tutkimuksemme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun.

Haastattelu on hyvin joustava tiedonkeruumenetelmä. Siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Samoin on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 34.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija käyttää useimmiten itseään tietojenkeruumenttina. Tiedot kerätään pienehköltä henkilömäärältä tai muutamista tapahtumista. Aineiston koko riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta ja tietojen analysointi on keskeistä. (Krause – Kiikkala 1997: 104.)

Yhteistyöterveysasemien ylihoitaja tiedotti terveydenhoitajia tutkimushaastatteluistamme ja auttoi valitsemaan kriteeriemme mukaiset haastateltavat. Kriteerejämme olivat yli viiden vuoden työkokemus lastenneuvolatyöstä, ulospäin suuntautuneisuus ja vapaaehtoinen osallistuminen haastatteluun. Vastauksien saaminen tutkimustehtäviin edellytti mielestämme näitä piirteitä. Haastattelimme kuutta terveydenhoitajaa, emmekä pyrkineet saturaation saavuttamiseen, koska aika opinnäytetyön tekemiseen on niin rajallinen. Näytteemme oli harkinnanvarainen ja perustui siis vapaaehtoisuuteen. Tutkimustehtävien kannalta oli sopivaa valita tarkoituksenmukainen kohdejoukko luonnollisessa ympäristössään eikä satunnaisotosta.

4.2 Puolistrukturoitu haastattelu

Tutkimustarkoituksia varten haastattelu on ymmärrettävä systemaattisena tiedonkeruumuotona. Sillä on tavoitteet ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. Tutkimushaastattelua on kirjallisuudessa jaoteltu moniin ryhmiin yleensä sen mukaan miten strukturoitu tai muodollinen haastattelutilanne on. (Hirsjärvi ym. 2001: 194 - 195.) Avoin ja osittain strukturoitu haastattelu ovat laajasti laadullisissa tutkimuksissa käytettyjä tiedonkeruumenetelmiä. (Robson 1995: 271).

Osittain strukturoitu haastattelu tarkoittaa aihepiiriltään rajattua haastattelua. Tutkijalla on ennakolta päätetyt aiheet eli teemat, joita koskevaa tietoa hän haluaa. (Krause-Kiikkala 1997: 108.) Puolistrukturoiduissa haastatteluissa kysymykset tai jopa kysymysten muoto voivat ovat kaikille samat. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 47 - 48). Robsonin (1995: 270) mukaan puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on määrätty ennalta, mutta haastattelija voi vaihdella niiden sanamuotoa sen mukaan mikä tuntuu järkevältä. Kysymysten sanajärjestystä voi muuttaa ja niiden sisältöä voi selittää tarvittaessa. Jos jokin kysymys tuntuu turhalta tietyssä haastattelussa, sen voi jättää kysymättä ja tarvittaessa voi esittää lisäkysymyksiä.

Valitsimme puolistrukturoidun haastattelutyyppin, koska halusimme esittää kaikille terveydenhoitajille samat kysymykset, mutta tarjota mahdollisuuden vastata kysymyksiin omin sanoin ja vapaasti. Halusimme saada haastateltavien äänen kuuluviin, koska heidän tulkintansa, kokemuksensa ja asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Koimme, että puolistrukturoitu haastattelu on meille aikataulun ja ajankäytön rajallisuuden sekä kokemattomuuden vuoksi avointa tai teemahaastattelua järkevämpi vaihtoehto.

4.3 Haastattelun toteutus

Toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluina. Haastattelutavan valinta riippuu ennen kaikkea siitä, keitä haastateltavat ovat ja mikä on tutkimuksen aihe. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 61; Hirsjärvi ym. 2001: 197). Tutkimusaiheemme kannalta koimme, että yksilöhaastattelu on paras valinta, ja aloittelijoiden kannalta helpoin ja luotettavin vaihtoehto.

Ennen haastattelujen käytännöllistä toteuttamista, suunnitteluvaiheessa, on päätettävä monesta asiasta, kuten haastattelun ajankohdasta, paikasta, likimääräisestä kestosta ja haastattelun välineistöstä. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 73.) Neuvottelimme terveysasemien ylihoitajan kanssa sopivasta haastattelujen ajankohdasta jo hyvissä ajoin, ottaen

huomioon rajoittavat tekijät kuten työntekijöiden lomat. Tutkimusluvan (liite 6) saatamme sovimme tarkemmista ajankohdista.

Haastattelut kestävät helposti pitkään ja niiden kestoja on vaikea arvioida etukäteen. Yhden näkemyksen mukaan haastatteluun ei edes kannata ryhtyä, jos se kestää alle puoli tuntia: silloin voi käyttää yhtä hyvin kyselylomaketta haastattelun sijasta. (Hirsjärvi ym. 2001: 193.) Haastatteliija joutuu varautumaan toisaalta puheliaisiin ja toisaalta niukkasanaisiin haastateltaviin. Tarkkaa haastattelun kestoja ei voikaan lyödä lukkoon, mutta koehaastatteluiden avulla saadaan selville haastattelujen keskimääräinen pituus. Esihaastattelun tekeminen haastateltavan kohdejoukon jäsenille on myös tärkeää, jotta saadaan selville heidän kokemuksiaan ennen haastattelurungon tekemistä. (Hirsjärvi ym. 2001: 198; Hirsjärvi – Hurme 2001: 72 - 73.)

Kysyimme opinnäytetyön ideointivaiheessa kohderyhmäämme kuuluilta terveydenhoitajilta heidän kokemuksistaan erityistuen tarpeessa olevien lapsiperheiden tunnistamisesta. Teimme myös esihaastattelun perusjoukkoon, muttei näytteeseemme kuuluvalla henkilöllä, jotta ensimmäiset varsinaiset haastattelumme sisältäisivät vähemmän virheitä. Sen avulla pystyimme arvioimaan haastattelun kestoja ja testaamaan haastattelurunkoa (liite 9), aihepiiriä ja kysymysten muotoilua. Suunniteltu haastatteluidemme kesto oli noin 45 minuuttia. Uskoimme riittävän tiedon saamisen edellyttävän tuon ajan, mutta varasimme kuitenkin yhtä haastattelua varten 60 minuuttia aikaa.

Haastattelun avulla pyritään keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Suunnitteluvaiheessa tutkijan on kuitenkin päätettävä, millaisia päätelmiä hän aineistostaan aikoo tehdä. Tämä vaikuttaa kysymysten suunnitteluun. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 66.) Muodostimme haastattelukysymykset tutkimustehtävien pohjalta. (liite 9)

Puolistrukturoitu haastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan, ja siksi haastattelupaikan pitäisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. Yleensä paras on haastattelupaikka, jossa kommunikointi on mahdollisimman häiriötöntä. Tutkija voi myös antaa haastateltavan ehdottaa, missä haastattelu suoritetaan. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 74.) Saimme haastatteluja varten käyttöön rauhallisen tilan molemmilta terveysasemilta. Hankimme myös haastatteluja varten käyttöömmekasettinauhurin mp3 -soittimen lisäksi. Varmistimme myös etukäteen, että osaamme käyttää molempia laitteita ongelmitta.

4.4 Haastattelujen kulku

Olimme tutkimusluvan (liite 6) saatuumme yhteydessä ylihoitaja Raija Maukoseen, joka valitsi haastatteluun kriteeriemme mukaiset terveydenhoitajat kahdelta terveysasemalta. Saimme sähköpostitse haastatteluun halukkaiden terveydenhoitajien nimet sekä haastatteluiden ajankohdat. Haastateltaville lähetettiin etukäteen postitse tiedote, jossa kerrottiin opinnäytetyömme sisällöstä ja haastatteluun liittyvistä tekijöistä, kuten anonymiteetin säilymisestä ja mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. (liite 7) Lisäksi mukana postitettiin kaksi kappaletta suostumuslomakkeita, joista toisen haastateltavat palauttivat meille haastattelujen yhteydessä. (liite 8)

Haastattelimme kuutta terveydenhoitajaa kolmen päivän aikana. Jokaisella haastateltavalla oli 10-30 vuoden kokemus lastenneuvolatyöstä ja suurimmalla osalla vankka kokemus myös äitiysneuvolatyön puolelta. He osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti omalla työajallaan ja olivat perehtyneet tiedotteeseemme ennen haastatteluja. Haastattelun alussa kertosimme vielä esimerkiksi haastateltavan oikeudet ja nauhurin käytön. Lopuksi kiitimme terveydenhoitajia haastatteluun osallistumisesta sekä korostimme saatujen tietojen tärkeyttä.

Haastattelut tallennettiin sekä kasettinauhurille että MP3-soittimeen. Haastattelut toteutettiin rauhallisissa ja asianmukaisissa tiloissa: yksi haastattelu terveydenhoitajan työhuoneessa ja muut terveysasemien neuvotteluhuoneissa. Haastattelut kestivät 40-50 minuuttia riippuen haastateltavien persoonasta ja paneutumisesta kysymyksiin. Kaikki haastattelut suorittivat samat henkilöt, toinen haastatellen ja toinen toimien nauhurin käyttäjänä ja muistiinpanojen tekijänä. Jokaisesta haastattelusta kirjoitettiin ylös ydinsältö analysoinnin helpottamiseksi ja tiedon saannin varmistamiseksi.

Kaikille haastateltaville esitettiin vapaasti samat kysymykset haastattelurungon pohjalta (liite 9). Tarvittaessa niitä täydennettiin lisäkysymyksillä. Joissain tapauksissa kysymyksiä tai käsitteitä jouduttiin selventämään tai kysymys sellaisenaan toistamaan. Jos koimme haastateltavan vastaavan kysymykseen asian vierestä, esitimme kysymyksen tarvittaessa uudestaan. Huomasimme, että toisille kysymyksiin oli helppo vastata, mutta toiset mieltivät selkeästi enemmän niiden sisältöä. Koska haastattelu oli puolistrukturoitu, kysymykset oli määritelty ennalta, mutta niiden järjestystä ja sanamuotoa muutettiin tilanteiden mukaan.

4.5 Tutkimusaineiston analysointi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2001: 207.) Aineiston analyysin tarkoituksena on ymmärtää, millaisia merkityksiä tutkittavat antavat ilmiöille. (Krause – Kiikkala 1997: 117).

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Pääperiaate analyysitavan valinnassa on kuitenkin se, että valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti kvalitatiivista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2001: 210.) Valitsimme laadulliseksi analyysitavaksi sisällön analyysin.

Kvalitatiivisen aineiston analyysille on tyypillistä abstrahointi eli tutkimusaineisto järjestetään siihen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. Ennen kuin varsinaista aineiston analysointia voidaan alkaa tekemään, on myös aineisto saatettava sellaiseen muotoon, että analysoiminen on mahdollista. (Metsämuuronen 2001: 51.)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999: 3) mukaan sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sen lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4 – 5.) Valitsimme analyysitavaksi sisällön analyysin, koska se sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon ja sen avulla voimme esittää haastatteluilla keräämämme aineiston tiivistetyssä ja yleisessä muodossa.

Aineiston keruussa käytetty strukturoitu tai strukturoimaton menetelmä vaikuttaa siihen, millainen sisällön analyysitapa valitaan. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 9). Toteutimme sisällön analyysin induktiivisesti. Aineistolähtöisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Sen valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.) Litteroimme eli kirjoitimme haastattelut ylös sanasta sanaan heti tutkimushaastattelujen jälkeen. Purettua haastattelutekstiä syntyi kuudesta haastattelusta 89 sivua (A4) rivivälillä 1,5. Valitsimme analyysiyksiköksi yhden lausuman. Sen jälkeen luimme aineiston läpi useita kertoja.

Induktiivinen sisällön analysointiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmitte-
lynä ja abstrahointina. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta koodataan ilmaisu-
ja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.) Kun olimme pereh-
tyneet aineistoon hyvin, pelkistimme aineistoa kysymällä siltä tutkimustehtävien mukai-
sia kysymyksiä. (KUVIO 1) Teimme merkintöjä papereihin, jonka jälkeen aineistoa oli
helpompi alkaa ryhmittelemään.

Seuraavassa vaiheessa eli ryhmitellessä aineistoa yhdistimme pelkistetyistä ilmaisuista
ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Kun olimme yhdistäneet samaa tarkoittavat
ilmaisut samaan kategoriaan, annoimme sille sen sisältöä hyvin kuvaavan nimen.
Aluksi meille muodostui 13 erilaista kategoriaa liittyen tutkimustehtävään yksi ja 25
liittyen tutkimustehtävään kaksi. Jatkoimme samansisältöisten kategorioiden etsimistä
ja yhdistämistä. Lopputuloksena oli 11 alakategoriaa liittyen tutkimustehtävään yksi ja
10 alakategoriaa liittyen tutkimustehtävään kaksi.

Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Ana-
lyysia siis jatketaan yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niis-
tä yläkategorioita. Yläkategorian nimi kuvaa alakategorioiden sisältöä. Abstrahointia
jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan, kuin se on sisällön kannalta mielekästä
ja mahdollista. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6 - 7.) Analyysissämme muodostui kolme
yläkategoriaa molempia tutkimustehtäviä kohden. Niiden nimeämisessä käytimme tul-
kintaa ja deduktiivista päättelyä. Tavoitteenamme oli, että abstrahointi on valmis, kun
kategoriat sulkevat toisensa pois.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999: 10) mukaan tutkimuksen tuloksena raportoidaan ana-
lyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Päädyimme
analyysissämme muodostamaan eritasoisia kategorioita. Kuvaamme luvussa viisi ka-
terioiden sisällöt eli sen, mitä kategoriat tarkoittavat.

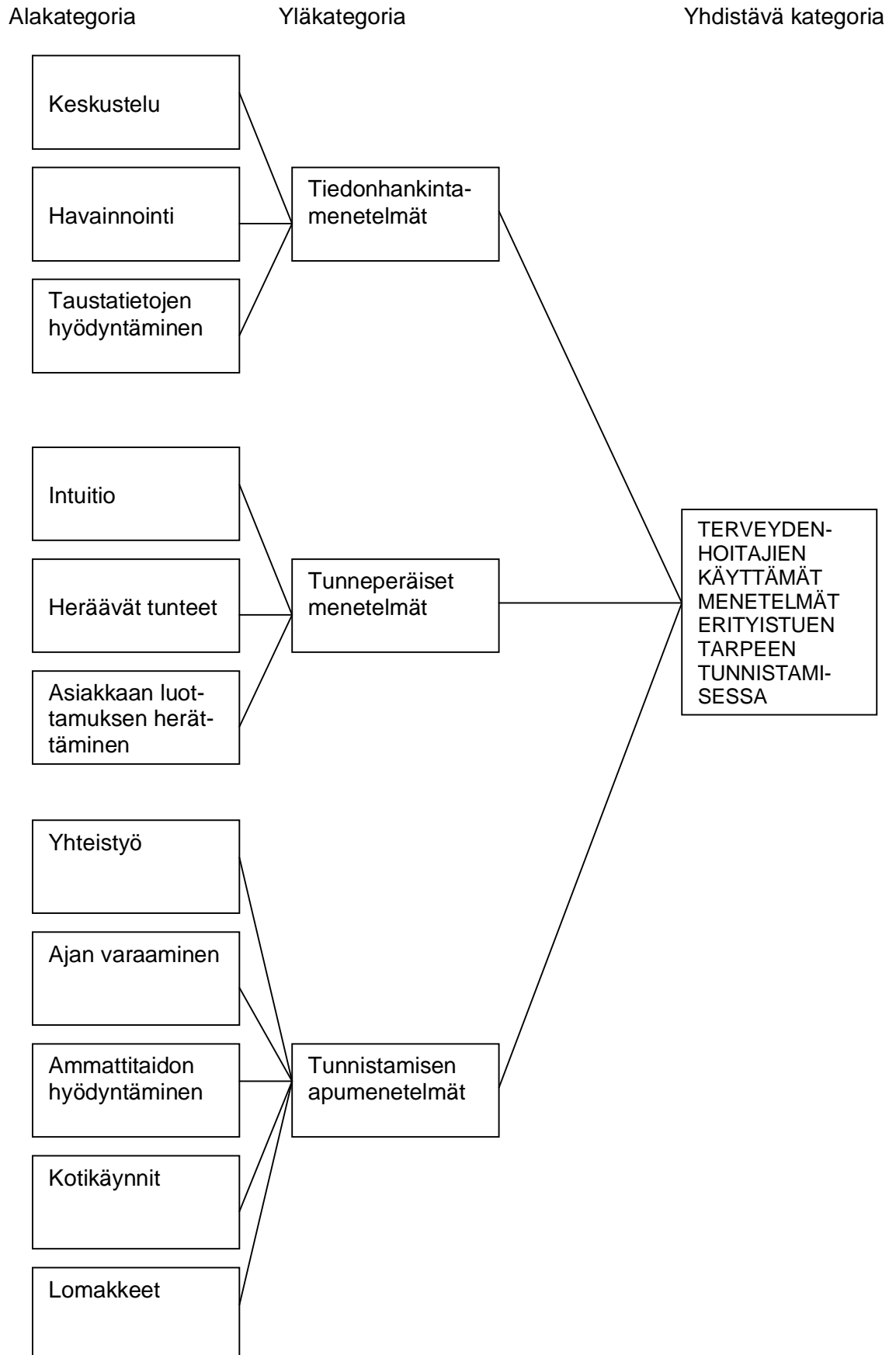
Alkuperäinen ilmaisu		Pelkistetty ilmaisu		Alakategoria
<i>"ja sitte adoptioperheet monta kertaa tarvitsee kyllä tukea."</i>	à	Adoptioperheiden tuen tarve	à	Taustatietojen hyödyntäminen

KUVIO 1. Analysointiprosessi

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Terveydenhoitajien käyttämät menetelmät erityistuen tarpeen tunnistamisessa

Tutkimusaineiston pohjalta syntyivät seuraavat käsitekategoriat:



5.1.1 Tiedonhankintamenetelmät

Tässä tutkimuksessa tiedonhankintamenetelmät muodostui kolmen alakategorian kautta. Alakategorioksi muodostuivat keskustelu, havainnointi ja taustatietojen hyödyntäminen.

Keskustelu rakentui kysymisen eri tavoista, kuten suoraan kysyminen, johdatteleva kysyminen ja avoimet kysymykset.

”Aina kuitenkin suora kontaktin otto on kuitenkin parhain, sen mä oon huomannut. Mä oon suoraan soittanut yleensä.”

Terveydenhoitajien mielestä näkyvistä merkeistä, kuten mustelmista, oli helpompi kysyä kuin näkymättömistä merkeistä. Haastattelu koettiin hyväksi keinoksi, kunhan vältettiin asiakkaan tenttaamista. Puheeksiotossa lomakkeet toimivat hyvinä keskustelun pohjina. Myös ajan kanssa käyty rakentava ja positiivinen keskustelu oli hyväksi havaittu. Terveydenhoitajien kokemuksissa kuuntelulla oli tärkeä osuus vastaanottotapahtumassa. Joko vanhemmat toivat itse asioita esille tai pyysivät suoraan apua. Joskus asian huomasi rivien välistä.

Havainnointi muodostui asioiden näkemisestä, katselusta ja aistimisesta. Äidin väsymys ja alakuloisuus sekä ongelmat vuorovaikutuksessa olivat merkkejä tuen tarpeesta. Joskus terveydenhoitaja aisti alkoholin hajua tai huomasi lapsen olevan hoitamaton ja likainen. Myös äidin käytöksestä saattoi lukea paljon. Äiti saattoi soittaa usein kaivaten ohjausta ja neuvoja, arki ei sujunut tai lapsi oli itkuinen.

”Ja esimerkiksi pahoinpitelyt ja tämmöset, että kyllähän ne näkyy niinku päällekin näkyy, näkyy usein... Ja niinku lastenkin käytöksestä usein sen huomaa, että tässä on nyt jokin sit takana, että ei, ei kaikki oo kohdallaan.”

Taustatietojen hyödyntäminen muodostui omaksi alakategoriaksi. Kun terveydenhoitajilla oli taustatietoja, he pystyivät paneutumaan ja kuuntelemaan asiakastaan tarkemmin. Naapurit saattoivat ottaa yhteyttä terveydenhoitajaan tai terveydenhoitaja tiesi, että perhe on lastensuojelun asiakas. Myös hyvä kirjaus ja dokumentointi koettiin tärkeäksi.

Asuinalueen tunteminen helpotti työtä. Jos terveydenhoitajat työskentelivät ”huonolla” alueella, he osasivat epäillä enemmän. Äitiysneuvolasta asti tunteminen helpotti tunnistamista ja terveydenhoitajat pyrkivätkin pitämään samat perheet asiakkaina.

”Ja sitte edelleen se hoidon jatkuvuus se on... olis hirmu tärkeätä et sais pitää ne samat perheet että... ettei liika usein olis niissä semmosta vaihtoo.”

5.1.2 Tunneperäiset menetelmät

Analyysiprosessissa muodostui kolme alakategoriaa liittyen tunneperäisiin menetelmiin: intuitio, heräävät tunteet ja asiakkaan luottamuksen herättäminen. Seuraavassa tarkastelemme jokaista alakategoriaa tarkemmin.

Intuitio koettiin merkittävänä apuna ja keinona erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Terveydenhoitajat kokivat, että on tärkeää kuunnella itseään ja luottaa intuitioonsa: intuitio on terveydenhoitajan työväline ja sitä on myös noudatettava.

”...niin sinähän olet itse ja sun intuitios ja ihmistuntemukses ja haastattelutaito. Se on sun työväline. Ei sulla oo mitään muuta. Ei sulla oo mitään ultraääntä, millä sä katsosit sen ihmisen sieluun. Vaan se niinku, tai päähän, sä vaan niinku opit tunnistamaan.”

Haastateltavat toivat esille myös huolen mielessä pitämisen tärkeyden. Keskusteluista asiakkaiden kanssa viriää usein monenlaisia tunteita. Terveydenhoitajat kokivat, että aina ei ole kuitenkaan mahdollista ottaa asioita puheeksi ensimmäisellä tapaamisella, jolloin on tärkeää pitää huoli mielessä ja ottaa asia puheeksi myöhemmin. Ongelmia, joita ei näe heti, täytyy tunnustella ja tunnistella.

Heräävät tunteet oli toinen muodostamamme alakategoria. Terveydenhoitajat toivat esille huolen heräämisen tärkeyden. Se johti yleensä jonkunlaiseen toimintaan, kuten asioista kysymiseen, kontrollikäynteihin tai pidemmän ajan varaamiseen, ja siten erityistuen tarpeen tunnistamiseen.

Haastatteluaineistosta ilmeni, että keskustelusta asiakkaan kanssa voi jäädä kummallinen olo tai joku asia jää vaivaamaan. Huoli voi myös herätä, jos lapsi kiipeää heti ensimmäisellä kerralla suoraan terveydenhoitajan syliin arastelematta tai asiakas jättää useasti tulematta vastaanotolle.

”...useinhan se on sitä ettei tulla vastaanotolle niin siitä se huoli herää kanssa... et jättää peruuttamatta aikoja tai sitte siirtelee niitä paljon. Ja sitte ne voi olla tyypillisesti varsinki jollai päihdeäideillä et aamuajat ei koskaan kelpaa niin siinä sit herää et tässä on ehkä jotain.”

Menetelmä mielikuvavauvan herättämisestä äidille raskausaikana voi paljastaa, ettei yhteyttä syntyvään vauvaan ole. Tällöin huoli voi herätä. Haastatteluaineistosta nousi esille myös tunnesiirron merkitys: keskustelu asiakkaan kanssa voi välillä aiheuttaa ahdistavan olon.

Asiakkaan luottamuksen herättäminen nousi omaksi alakategoriaksi tunneperäisistä menetelmistä. Terveydenhoitajat toivat esille vaitiolovelvollisuuden painottamisen ja asiakkaiden kannustamisen kertomaan ongelmistaan.

”Mutta voi olla et sit joskus ku päästään juttuun, ja tutustumaan siihen asiakkaaseen paremmin niin ehkä hänelle sit herää semmonen luottamus vähän, muutaman kerran jälkeenkin, että... pitää muistaa sanoa että nää on kaikki luottamuksellisia että ei mee mihinkään ulkopuoliselle.”

Haastateltavat toivat myös esille, että perheen luottamuksen herättämisen kannalta on tärkeää, että terveydenhoitaja on kiinnostunut asiakkaistaan ja osoittaa asiakkailleen välittävänsä heistä. Terveydenhoitajien pitäisi olla perheiden tukena ja vastata heidän odotuksiinsa. Asiakkaille pitää antaa tietoa siitä, että terveydenhoitajalle voi kertoa ha-
luamista asioista ja ongelmista.

5.1.3 Tunnistamisen apumenetelmät

Tunnistamisen apumenetelmät muodostuivat viidestä alakategoriasta: yhteistyö, ajan varaaminen, ammattitaidon hyödyntäminen, kotikäynnit ja lomakkeet. Seuraavassa tarkastelemme niiden sisältöä tarkemmin.

Haastattelemamme terveydenhoitajat kokivat reilun yhteistyön eri tahojen kanssa merkittävänä osana työtään ja erityistuen tarpeen tunnistamista. Yhteistyötä tehtiin päiväkotien, lastensuojelun, lapsipsykologin ja -psykiatrin, alueen omalääkärin, vauvaperheyöntekijöiden, ravitsemusterapeutin, perheen muiden jäsenten ja omien kollegojen kanssa. Kollegoilta saatu tuki ja apu sekä konsultointimahdollisuus koettiin erittäin tärkeänä.

”.. et on käynny muutamiakin kertoja sillä lailla, että se on jäänyt vauvaan..et täs on jotakin, että..et mites, mitä tän kans nyt tekis. Ja sitten kun

se on jäänyt vaivaamaan, niin ollaan meillä pystytty keskustelemaan omien kollegojen kanssa, et mitäs kuule, mitä sä oisit tehnyt tässä..”

Yhteistyöstä koettiin olevan hyötyä tiedon saamisessa asiakkaasta ja myös mahdollisen jatkohoidon suunnittelu ja eteenpäin ohjaus helpottuivat konsultaatiomahdollisuuksien myötä. Mahdollisuutta nimettömään lastensuojelun konsultointiin ja avun tarjoamista asiakkaalle pidettiin hyvänä apumuotona.

Riittävän *ajan varaaminen* riskiperheiden kohtaamistilanteisiin koettiin hyvin tärkeänä menetelmänä terveydenhoitajan työssä. Tuen tarpeessa olevalle perheelle varattiin pidempi vastaanottoaika tai heitä kehoitettiin käymään neuvolassa useammin kuin hyvinvoivia perheitä.

”..Varaa sitten niille pidemmän ajankin, että.. ettei sitä puolta tuntia vaan varaa vaikka tunnin ja.. Ihan rauhassa saa siinä puhua... Kertoo heille palveluista ja..”

Menetelmänä käytettiin myös uuden ajan varaamista pian, jolloin asioihin voitiin palata ja niistä keskustella rauhassa. Joskus terveydenhoitaja saattoi soittaa asiakkaan kotiin häntä vaivaamaan jääneestä asiasta ja pyytää asiakkaan uusintakäynnille.

Oman *ammattitaidon hyödyntäminen* nousi keskeiseksi asiaksi neuvolatyössä. Haastateltavat terveydenhoitajat olivat kokeneita ja työkokemuksen merkitys nousi esiin erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Kokemuksen myötä tunnistaminen oli helpottunut ja sen myötä kysymiseen oli saatu rohkeutta.

”Tietenkin kun sitä itsekkin kun tekee sitä työtä, niin.. tuleehan siihen aina ajan myötä enemmän sitä perspektiiviä, että mitä asioita niinkun osaa kattoa.”

Terveydenhoitajat kokivat iän ja elämäkokemuksen auttavan heitä työssään. Työkokemuksen myötä energiaa vapautui käytännön töistä havainnointiin. Myös hyvä ihmis-tuntemus sekä kiinnostus ja motivaatio työhön olivat merkittäviä kriteerejä tunnistamistyössä. Omia persoonallisuuden ja luonteen piirteitä pidettiin tekijöinä, jotka voivat edesauttaa tunnistamista.

Koulutuksista ja luennoilta saatua tietoa pidettiin hyödyllisenä ja työtä helpottavana tekijänä. Terveydenhoitajat olivat saaneet lisäkoulutusta muun muassa varhaisesta

vuorovaikutuksesta ja perheväkivallasta. Koulutuksista saatiin tiedon lisäksi vinkkejä työhön sekä opittiin kuuntelua, haastattelua sekä erilaisia kysymyksiä, joita asiakkaalle voi esittää. Terveystenhoitajat kokivat myös, että koulutus on joskus auttanut ”heräämään” niissä käsiteltyjen asioiden suhteen. Erityisesti VaVu-koulutus koettiin hyödyllisenä tunnistamisen suhteen.

Kotikäyntien merkitys tuli ilmi terveydenhoitajien haastatteluista. Jokaisen ensi- ja uudelleensynnyttäjän kotiin pyrittiin tekemään kotikäynti kahden viikon sisällä synnytyksestä. Terveystenhoitajat kokivat, että kotikäynnit auttavat tutustutumaan paitsi perheeseen omassa ympäristössään, myös asuinalueeseen yleisesti. Kotikäynneillä perheen näki omassa ympäristössään sekä pystyi tarkkailemaan samalla kodin yleisilmettä, siisteyttä sekä äidin ja lapsen vuorovaikutusta tutussa ympäristössä.

Osa terveydenhoitajista toi ilmi, että ongelmat voivat näkyä kotona eri tavalla, kun taas osan mielestä neuvolavastaanotolla jännittyneesti käyttäytynyt perhe voi kotioloissa olla paljon rennompia ja vapautuneempia.

”Et niinku kerran oli sillälaillla et oli semmonen nuori äiti ja se vauva oli aina hirveen totinen täällä vastaanotolla.. Ni mä sit tein sen VaVu-haastattelun siellä kotona.. ni siellä se äiti olikin paljo vapautuneempi et ilmeisesti hän jännitti tätä neuvolaympäristöä.. Et ihan nätisti jutteli vauvan kanssa siellä.. et se voi kyl sillä laillla olla se oikeempi ympäristö sit kuitenkin.”

Jos terveydenhoitaja havaitsi kotikäynnillä esimerkiksi vuorovaikutuksellisia pulmia, oli mahdollisuus tehdä uusi kotikäynti myöhemmin saman perheen luo. Yhteistyön tekeminen oli mahdollista myös kotikäyntien suhteen. Jotkut kotikäynnit tehtiin yhdessä lastensuojelun kanssa.

Erilaisia *lomakkeita* pidettiin pääosin hyödyllisenä apumenetelmänä erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Osa terveydenhoitajista kertoi hyödyntävänsä lomakkeiden kysymyksiä haastattellessaan asiakasta vastaanottotilanteessa. Terveystenhoitajat toivat ilmi, että ongelmat voivat konkretisoitua paremmin lomakkeiden avulla ja kokivat niiden auttavan ongelmien hahmottamista joissakin tapauksissa.

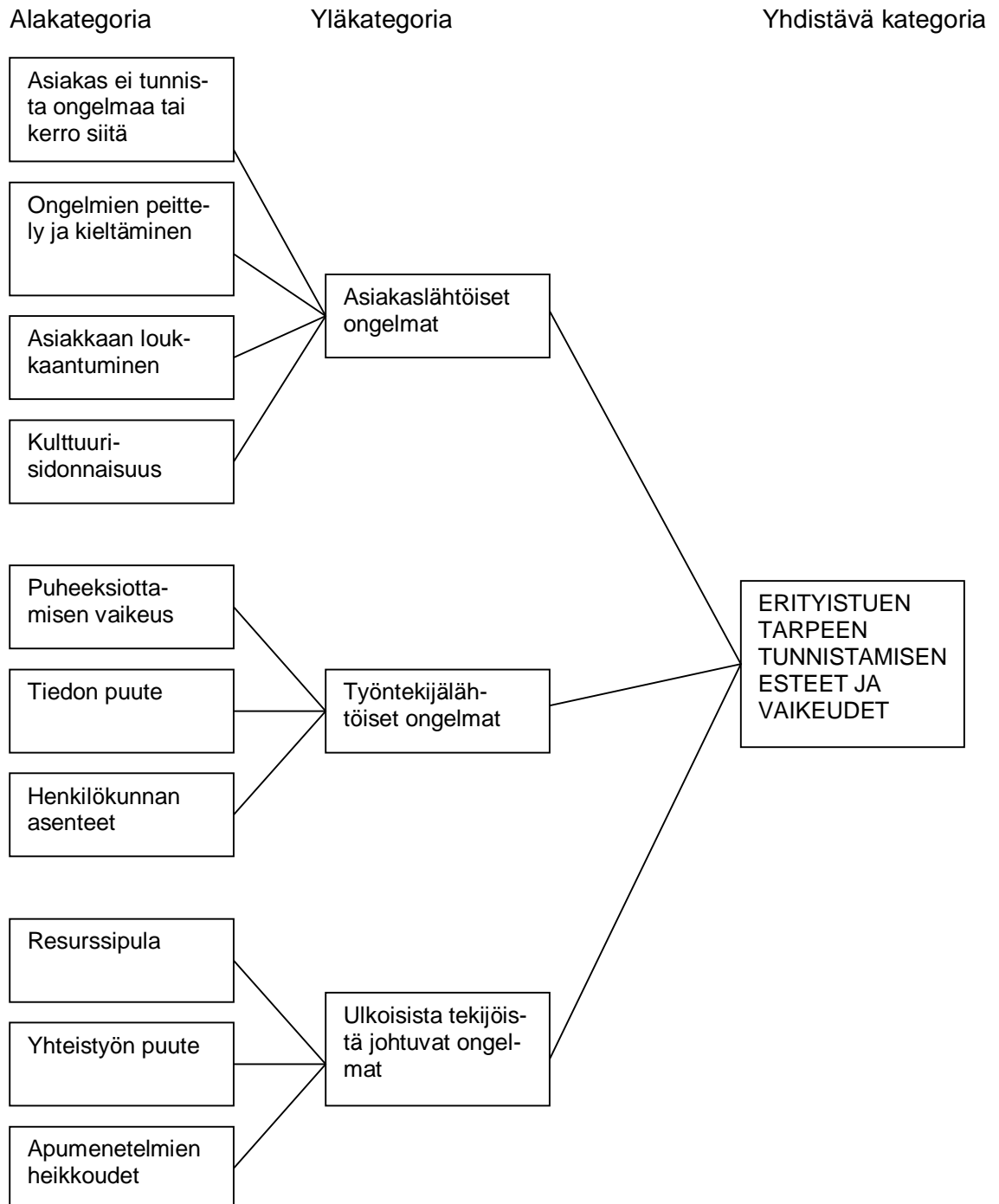
”.. No ne ehkä konkretisoituu paremmin siinä.. et ihan asiakas voi ittekkä pysähtyä miettimään että.. mistä se.. mä nyt mietin tätä parisuhdeväkival-

tajuttua et minkä tyyppistä se on.. et jotenkin sen hahmottaa ihan eri tavalla.”

Lomakkeiden koettiin tukevan ja auttavan asioiden puheeksiottoa sekä toimivan hyvin keskustelun pohjana. Lisäksi osa terveydenhoitajista koki, että lomakkeet voivat herättää asiakkaan itse havaitsemaan tai arvioimaan omaa tilannettaan. Lomakkeiden täyttämisen lisäksi vastauksien läpikäyminen asiakkaan kanssa oli joidenkin haastateltavien mielestä merkittävä asia. Haastattelemamme terveydenhoitajat kertoivat käyttäneensä työssään tavallisten neuvolalomakkeiden lisäksi VaVu-, AUDIT- ja Beck-lomakkeita, perheväkivaltaa seulovaa lomaketta, kymmentä henkilökohtaista kysymystä sekä synnytyksen jälkeistä masennusta seulovaa lomaketta.

5.2 Erityistuen tarpeen tunnistamisen esteet ja vaikeudet

Tutkimusaineiston perusteella muodostimme seuraavat käsittekkategoriat liittyen tunnistamisen esteisiin ja vaikeuksiin:



5.2.1 Asiakslähtöiset ongelmat

Alakategorioita muodostui neljä asiakaslähtöisten ongelmien alle. Ne olivat seuraavat: asiakas ei tunnista ongelmaa tai kerro siitä, ongelmien peittely ja kieltäminen, asiakkaan loukkaantuminen ja kulttuurisidonnaisuus.

Asiakas ei tunnista ongelmaa tai kerro siitä muodostui omaksi alakategoriakseen. Haastatteluaineistosta ilmeni, että jotkut asiakkaat eivät koe tarvitsevansa tukea. Haastateltavat kertoivat, että aroista ja ongelmallisista asioista, kuten perheväkivallasta, ei haluta puhua varsinkaan hoitosuhteen alussa.

”Mutta... eihän siinä nyt aina välttämättä kaikki heti ensi kerralla tule ilmi, että... jos vaikka... masennusta tai rankkoja psykoterapioita, niin ei kaikki siitä halua puhua. Tai jos ois huumeita niin ei kaikki siitä kyl kerro heti.”

Terveydenhoitajat toivat esille, että asioiden esille tuloon vaikuttaa, kuinka hyvän ja luottamuksellisen suhteen terveydenhoitaja on saanut luotua asiakkaaseen. Joskus asiakkaat ovat tietämättömiä neuvolan tarjoamasta tuesta tai heitä vaivaa viranomaisten ja lapsen menettämisen pelko.

Ongelmien peittely ja kieltäminen nousivat esille tunnistamista vaikeuttavina tekijöinä. Haastateltavat kertoivat, että esimerkiksi päihdeperheet, joilla ei ole hoitomyöntyvyyttä, vaikeuttavat tunnistamista. Esille tuli myös, että perheväkivaltatilanteissa asiakas ei välttämättä näytä mustelmiaan tai pyrkii peittämään ne vaatteilla. Ongelmia peiteltiin myös jättämällä tulematta vastaanotolle. Tiedonannoissa asiakas saattaa kertoa asioista valheellisesti tai vastata lomakkeisiin epärehellisesti. Haastateltavat toivat esille, että asiakkaan ollessa haluton toimimaan yhteistyössä, terveydenhoitaja ei voi väittää vastaan.

Terveydenhoitajat kertoivat, että huume- tai alkoholi-ongelmia voidaan yrittää pimittää ja neuvolaan tullessa ”skarpataan”. Kotikäyntien ajaksi paikat saatetaan panna järjestykseen hetkellisesti tai tukitoimia yritetään pakoilla muutettaessa kaupungin sisällä. Asiakkaat saattavat myös ”siloitella” tilannettaan, jos eivät halua ottaa apua vastaan.

”Ja ehkä kun neuvolaan tullaan, niin ehkä sitä vähän skarpataankin sitten... että... et yritetään peitelläkin vähän, että... ei ole mitään ongelmaa, vaikka olisikin.”

Asiakkaan loukkaantuminen nousi omaksi alakategoriakseen. Haastateltavat toivat esille, että ongelmista kysyttäessä asiakas saattaa suuttua, jättää tulematta seuraavalle vastaanotolle tai vaihtaa terveydenhoitajaa. Joskus äiti voi ongelmista kysyttäessä kokea, ettei häneen luoteta ja tämän vuoksi sulkeutua. Jotkut terveydenhoitajat kokivat asiakkaan loukkaantuessa, että omakin olotila voi tuntua loukatulta.

”Nyt mulla tulee mieleen sellanen perhe, jossa lapsella oli hyvin runsaasti yli-painoa... niin äiti todellakin loukkaantu siitä, että lasten kuullen tämmöstä puhutaan... mut se oli sen väärä, koska sit äiti rupes tekemään asian eteen ja lapsen paino normalisoitu ja äidin oma painoki lähti...”

Kulttuurisidonnaisuus voi olla esteenä erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Haastateltavat kertoivat, että maahanmuuttajien kanssa asioidessa esiin nousevat kieliongelmat ja kulttuurierot. Suomalainen yhteiskunta voidaan kokea vieraaksi. Terveydenhoitajat toivat esille, että maahanmuuttajille on ominaista, että kotiasioista ja parisuhteesta ei puhuta neuvolassa. Ongelmien esiin ottamisessa saatetaan tarvita useita vastaanotto-käyntejä.

”... sanotaan, et kaikki hyvin mut sit kun kyselee ni sit niit vaivoi onkin siellä... mut sitä vaan aina sanotaan, et kaikki on ihan hyvin... ja sit kun kysyy yksittäisistä asioista en no miten sä nukut... ni sit paljastuu, et joo ei saakaan nukuttua... et se voi olla tämmönen kulttuurisidonnainenkin juttu, et ei voi kertoa heti ensimmäiseksi.”

5.2.2 Työntekijälähtöiset ongelmat

Työntekijälähtöisten ongelmien yläkategoria muodostui seuraavista alakategorioista: puheeksiottamisen vaikeus, tiedon puute ja henkilökunnan asenteet. Seuraavassa kuvaamme jokaisen alakategorian sisältöä.

Puheeksiottamisen vaikeus muodostui omaksi alakategoriaksi. Terveydenhoitajat kuvasivat asioiden ja ongelmien puheeksiottamista vaikeaksi, raskaaksi, haasteelliseksi sekä energiaa ja aikaa vieväksi. Sopivien puheeksiottamisen keinojen löytäminen ja kysymysten miettiminen koettiin vaikeana ja työläänä.

”... ehkä se.. se puheeksiottaminen varmaan siinä et millä keinoin, millä sanoin.. ottaa esille...”

Terveystenhoitajat kertoivat, että puheeksiottamisen vaikeus riippuu asiakassuhteen laadusta. Asioita on erityisen vaikea ottaa puheeksi, jos äiti on välttelevä, perhe ei itse tunnista ongelmaansa tai asiakkaan mielestä kaikki on kunnossa. Toisaalta haastateltavat toivat esille, että hyvä suhde perheeseen helpottaa ongelmien esille ottamista. Asioiden puheeksiottaminen voi olla vaikeaa heti ensimmäisellä tapaamiskerralla. Esimerkiksi ongelmat, jotka liittyvät äidin ja vauvan vuorovaikutukseen, koettiin haastavana ottaa esille loukkaamatta äitiä.

Haastatteluaineistosta ilmeni, että ajan puute myös hankaloittaa asioiden puheeksiottamista. Jos on kova kiire ja vastaanottoaika lyhyt, ei vaikeita asioita silloin voi nostaa esiin, ellei ole kyse jostain ”katastrofaalisesta”. Hoitajan täytyy olla valmis vastaamaan avun tarpeeseen. Kiire voi myös aiheuttaa väsymystä, joka taas voi vaikuttaa asioista kysymisen aktiivisuuteen negatiivisesti.

Haastateltavat toivat esille, että ongelmista ja asioista suoraan kysyminen on todella tärkeää, mutta myös haasteellista ja tilanteesta riippuen vaikeaa. Suoraan kysyminen on vaikeaa, jos ei ole näkyvää tai selvää merkkiä ongelmasta, asiakas on torjuva tai ei kerro ongelmistaan. Kysymisen oikeaa ajoitusta joutuu myös miettimään.

”Että ei sitä voi heti ensimmäisellä kerralla sanoa, että nyt musta tuntuu, että teillä ei oo kaikki asiat ihan hyvin. Jos toinen on esimerkiksi semmonen torjuva. Eihän kaikki halua kertoa, eikä tarvitse kertoa... asioitansa. Että ei voi myöskään mennä niinku liian aikaisin... sillai väkisin... kyselemään.”

Tiedon puute nousi toiseksi alakategoriaksi työntekijälähtöisissä ongelmassa. Haastatteluista kävi ilmi, että uran alussa terveydenhoitajalla jää vähän aikaa ja energiaa havainnointiin. Haastateltavat toivat esille, että työkokemuksella on suuri merkitys erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Noviiseilla ei ole myöskään kaikkia työkaluja ongelmien tunnistamiseen, eivätkä he osaa epäillä ongelmia yhtä paljon kuin kokeneemmat terveydenhoitajat.

Tietämättömyys jatkohoitopaikoista estää myös ongelmista kysymistä. Haastateltavat toivat esille sen, että ongelmista kysyttäessä pitäisi tietää, miten toimia, jos avun tarvetta ilmenee.

”Mut tietysti se on näin, et jos kysyy, niin sit täytyis olla valmiutta siihen sitten, et mitä sitten tekee? Et se täytyis kans huomioida. Et jos vaikka

kysyy et onks tää väkivaltainen tää sun mies? Joo on, niin ahaa, mitäs siten.”

Osa haastateltavista koki olevansa tietämätön erilaisten tunnistamista helpottavien lomakkeiden olemassaolosta. Lisäksi tiedon puute asiakkaan lastensuojeluasiakkuudesta hankaloittaa erityistuen tarpeessa olevien lapsiperheiden tunnistamista. Haastateltavat toivat ilmi, että perheväkivallan tunnistamiseen ei ole systemaattista ohjelmaa. Aineistosta ilmeni myös, että koska pelkkiä tuntemuksia ei voi dokumentoida, voi se estää tunnistamista myöhemmin, jos asiakkaan hoitaja esimerkiksi vaihtuu.

Haastatteluaineistosta kävi ilmi, että tunnistaminen on vaikeaa, jos ongelmat eivät näy päällepäin. Esimerkiksi huumeiden käyttöä tai pahoinpitelyä on välillä vaikea huomata, jos ei ole näkyviä tai selviä merkkejä eikä asiakas kerro niistä. Jos ongelma on vaikeasti tunnistettava ja asiakas tulee ”hyvältä asuinalueelta”, ei erityistuen tarvetta osaa epäillä herkästi. Terveystoimijat kokivat, että ongelmia on enemmän kuin mitä he näkevät.

Haastateltavat toivat esille myös ”harmaan alueen”, jolloin ei oikein tiedä, pitäisikö lastensuojelu ottaa mukaan, koska sillä on isot kriteerit tilanteisiin puuttumiseen. Välillä on vaikeaa ilman selvää näkyvää syytä tehdä päätös, pitäisikö ottaa yhteys lastensuojeluun vai jatkaa seurantaa omassa työryhmässä. Haastatteluaineistosta kävi myös ilmi, että tehdessä kaikkia sektoreita väestövastuutyössä, on uuden tiedon perässä vaikea pysyä.

Henkilökunnan asenteet nousi esille kolmantena alakategoriana. Haastatteluaineistosta kävi ilmi, että usein esimerkiksi asioista suoraan kysyminen on enemmänkin terveydenhoitajan asenteesta kiinni. Erityistuen tarpeen tunnistamista voi estää pelko asiakkaan luottamuksen menettämisestä.

”Ja sit sitä joskus miettii, että meneekö se luottamus siinä sitten, että kun... näin arkaan puuttuu.”

Lastensuojeluilmoituksen tekoa voidaan myös välttää, koska se koetaan hankalana. Väsymys voi lisäksi aiheuttaa sen, ettei jaksu kysyä asioista yhtä herkästi kuin normaalisti.

5.2.3 Ulkoisista tekijöistä johtuvat ongelmat

Ulkoisista tekijöistä johtuvat ongelmat -yläkategoria muodostui seuraavista alakategori-
oista: resurssipula, yhteistyön puute ja apumenetelmien heikkoudet. Seuraavassa esi-
tellään alakategorioiden sisältöä tarkemmin.

Resurssipula ilmeni terveydenhoitajien haastatteluissa tunnistamisen esteenä ja vai-
keutena. Haastateltavat kokivat, että heillä on aivan liian vähän aikaa käytettävissään,
jotta asiakkaiden taustoihin voisi perehtyä kunnolla tai asiakkaalta kysyä ongelmista
ajan kanssa. Vastaanottoaika kului perusasioihin ja lyhyellä vastaanottoajalla ei vaikei-
ta asioita välttämättä voinut nostaa esiin. Ajan puutteen koettiin myös estävän työtä
tukevien menetelmien kuten VaVu-kyselyjen (liitteet 4 ja 5) tekemistä. Osa hoitajista
koki myös itse väsyneensä kiireen takia.

*"...Silloin tällöin kyl on niin, että ei haluais tunnistaa eikä katsella liikaa ei-
kä kysellä liikaa, ei muuta kun tekee ne välttämättömät vaan sitten."*

Haastateltavat kokivat myös, että päätökset piti tehdä heti, eikä niitä kerennyt ajatella
enää myöhemmin. Ilmi tuli myös epätasainen kuormitus: asiakkaita oli paljon ja he ja-
kautuivat määrän mukaan, eivät erityistuen tarvitsijoiden mukaan. Myös loma-ajat koet-
tiin vaikeiksi sijaisten palkkaamattomuuden takia. Lomat saattoivat myös estää tai siir-
tää kotikäyntien tekemistä. Resurssien puute ilmeni myös asiakasta eteenpäin ohjates-
sa, koska jatkohoitopaikkoihin koettiin olevan pitkät jonot.

Yhteistyön puute haittasi haastatteluaineiston mukaan erityistukea tarvitsevien perhei-
den tunnistamista. Haastateltavat kokivat yhteistyön erityisesti sosiaalipuolen kanssa
huonontuneen ajan myötä sekä menneen byrokraattisemmaksi ja hankalammaksi.

*"Niin, se on mennyt vähän huonompaan suuntaan vuosien varrella.. Et
must ennen oli niinku tiiviimpää yhteistyötä.."*

Tunnistamista hankaloitti erityisesti se, etteivät terveydenhoitajat saaneet tietoa, jos
asiakkaalla oli esimerkiksi aiempia lastensuojelukontakteja. Ongelmallisena joissain
tapauksissa koettiin vaitiolovelvollisuus: eri tahojen ja sektorien työntekijät eivät saa
luovuttaa asiakkaan tietoja ilman hänen suostumustaan. Tieto saattoi jäädä kokonaan
pimentoon, jos asiakas ei itse tuonut sitä esille. Lisäksi työ sosiaalipuolen kanssa koet-
tiin vaikeaksi, etäiseksi ja aikaavieväksi. Puutteita oli myös tiedon eteenpäin siirtymi-
sessä, jos perhe muutti asuinpaikkaansa.

Apumenetelmien heikkoudet nousi myös esiin yhtenä alakategoriana haastatteluaineiston perusteella. Vaikka erilaisia lomakkeita pidettiin pääosin työtä helpottavina menetelminä, ilmeni niiden käyttöön liittyen myös ongelmia ja puutteita. Terveystenhoitajat kokivat, että lomakkeet pitäisi kohdentaa ja ettei aika riittäisi, jos käytäntönä olisi, että kaikki täyttävät lomakkeet. Toisaalta ilmi tuli, että jos lomakkeet kuuluisivat kaikille neuvola-asiakkaille, ei kukaan leimaantuisi niiden vuoksi.

Osa terveystenhoitajista kertoi, ettei käytä ollenkaan lomakkeita töissään. Lomakkeiden täyttöön liittyi myös ristiriitaisuuksia ja tietämättömyyttä ja niiden toivottiin lisäksi olevan virallisia. Myös lomakkeiden säilytys koettiin ongelmallisena: paperilomakkeet saattoivat jäädä vain roikkumaan laatikoiden pohjalle.

”Mutta tääkin on vähän vaikeus tää lomakkeitten ylläpitäminen meillä täällä.. Ne pitää koneella olla ne lomakkeet. Ei se auta, kun meillä ei enää kaksois.. öö.. tuota.. arkistoa saa olla.”

Myös kotikäynteihin liittyi huonoja puolia: niiden koettiin vievän paljon aikaa, jolloin tämä oli muiden asiakkaiden vastaanottoajasta pois. Hoitajien lomat saattoivat estää tai siirtää niiden tekemistä ja lisäksi joillain kotikäynneillä oli ilmennyt uhkaavia tilanteita.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

Ensimmäinen tutkimustehtävämme oli kuvata terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä lapsiperheiden erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Tämän alle muodostui kolme yläkategoriaa: tiedonhankintamenetelmät, tunneperäiset menetelmät ja tunnistamisen apumenetelmät. Toinen tutkimustehtävämme oli kuvata erityistuen tarpeen tunnistamisen esteitä ja vaikeuksia. Myös tähän liittyen tutkimusaineistosta muodostuvia yläkategorioita oli kolme: asiakaslähtöiset ongelmat, työntekijälähtöiset ongelmat ja ulkoisista tekijöistä johtuvat ongelmat.

Saimme haastatteluilla edustavan aineiston, joka toi meille vastauksia molempiin tutkimustehtäviimme. Yllätyimme, kuinka paljon samat asiat toistuivat terveydenhoitajien vastauksissa haastattelukysymyksiimme. Vaikka osa tulososiossa julkaistuista asioista ilmeni vain kerran, oli toistuvia vastauksia paljon enemmän. Koska haastateltavia oli vain kuusi, oli yhdenkin kerran ilmennyt asia tuloksien suhteen merkittävä.

Saimme haastatteluaineiston kautta paljon tietoa liittyen erityistuen tarpeen tunnistamiseen. Sen lisäksi, että saimme tutkimustehtäviimme vastauksia, koimme saavamme erittäin paljon uutta ja hyvää tietoa muutoinkin neuvolatyöstä, erityistuen tarpeen ilmenemisestä, työn realiteeteista sekä asiakkaiden kohtaamisesta. Haastatteluaineistosta nousi esiin myös paljon tietoa erityistilanteisiin puuttumisesta, joka ei sisältynyt tutkimustehtäviimme, mutta herätti silti ajatuksia ja toi lisää näkökulmaa ongelmaperheiden kohtaamiseen kokonaisvaltaisesti. Koimme, että kaikesta saamastamme tiedosta on hyötyä tulevassa työssämme terveydenhuollon ammattilaisina. Saimme myös hyödyllistä kokemusta tutkimuksen tekemisestä ja haastattelemisesta.

Analysoimme tutkimusaineiston sisällön analyysillä ensimmäistä kertaa. Koimme sen erittäin työlääksi ja aikaavieväksi mutta antoisaksi prosessiksi. Aihe kiinnosti meitä aidosti, jonka vuoksi raskailtakin tuntuneista vaiheista analysointiprosessissa sekä opinäytetyöprosessissa yleisesti pääsi yli. Koimme, että sisällön analyysin tekeminen ryhmänä oli haastavaa aikataulujen ja erilaisten mielipiteiden yhteensovittamisen takia. Toisaalta eriävät näkökulmat voivat lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja tuoda monipuolisempaa näkemystä työn sisältöön.

6.2 Tutkimustulosten vertailua aiempiin tutkimustuloksiin

Opinnäytetyömme tutkimustulokset tukevat paljolti aikaisempia tutkimustuloksia, joita käytimme kirjallisuuskatsauksessamme. Haastatteluaineistosta nousi kuitenkin esiin myös asioita, jotka koimme uusina ja jotka eivät nousseet esiin käyttämistämme tutkimuksista kirjallisuuskatsausta tehdessämme. Osa näistä uusista asioista lisäksi painotui aineistossamme.

Haastatteluaineistosta nousi keskeisenä ongelmana esille, että ongelmista kysyttäessä pitäisi olla valmius siihen, mitä tekee, jos kysyttäessä ongelmia nouseekin esille. Ongelmista kysymistä saatettiin arastella tämän vuoksi. Asiaan liittyi esimerkiksi tiedon puutetta siitä, mihin asiakkaan voi tarvittaessa ohjata tuen tarpeen ilmetessä. Kiire näytti olevan yhteydessä tähän ongelmaan. Ajanpuutteen vuoksi koko hoitoketju täytyisi olla valmiiksi hallinnassa kaikkien ongelmien suhteen, jotta ne uskaltaisi ottaa puheeksi.

Yllätyimme haastatteluaineistosta useaan kertaan nousseesta asiasta, jonka mukaan esimerkiksi naapurit voivat ilmoittaa huolestaan terveydenhoitajalle havaitessaan tietyn perheellä ongelmia. Suomalaisessa yhteiskunnassa tuntuu vallitsevan usein käytäntö, että vaikka asioista saatetaankin puhua ”selän takana”, ei toisten asioihin kuitenkaan puututa. Mietimme tulosten pohjalta, onko asia kuitenkin toisin, jos kyseessä on lapsen hyvinvointi tai turvallisuus.

Aineistostamme nousi runsaasti esiin menetelmä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisesta. VaVu -menetelmää (liitteet 4 ja 5) ja siitä saatuja koulutuksia pidettiin merkittävänä ja tärkeänä. Vaikka terveydenhoitaja ei käyttäisi suoraan VaVu -lomaketta työssään tunnistamisen apumenetelmänä, saattoi hän hyödyntää sen kysymyksiä asiakasta haastatellessaan.

Tutkimusaineistomme analysoinnin lopputuloksena syntyivät keskustelu, havainnointi ja taustatietojen hyödyntäminen -alakategorioiden pohjalta tiedonhankintamenetelmät -yläkatgoria. Myös Heimon (2002) tutkimuksessa ilmeni, että terveydenhoitajat kokivat hyvinä tiedonkeruumenetelminä perheenjäsenten vuorovaikutuksen ja käyttäytymisen havainnoinnin, perheen elämäntilanteen, sosiaalisen verkoston ja kasvatusergelmiön puheeksiottamisen ja niistä keskustelemisen.

Heimon (2002) tutkimuksessa tuli esille, että kolme käytetyintä tiedonkeruun osaluuetta psykososiaalisen riskiperheen tunnistamiseksi olivat tietojen kokoaminen useis-

ta eri lähteistä, perheen havainnointi sekä perheen elämäntilannetta ja ongelmia koskevien tietojen kysyminen perheeltä. Opinnäytetyömme tuloksina muodostuivat kolme yläkategoriaa, jotka kuvaavat terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä erityistuen tarpeen tunnistamisessa: tiedonhankintamenetelmät, tunneperäiset menetelmät ja tunnistamisen apumenetelmät. Tulokset ovat tunneperäisiä menetelmiä lukuun ottamatta yhteneviä Heimon tutkimuksessa nousseiden tiedonkeruumenetelmien kanssa. Suvi-vuo-Niemelän (2000) ja Heimon tutkimuksissa tulee kuitenkin esille myös intuition merkitys ja hoitajan oman ammatillisen arvion tärkeys.

Intuition merkitys on asia, josta ei välttämättä puhuta niin paljon, mutta joka nousi vastausten perusteella merkittävään rooliin tunnistamisessa. Se nousi myös kirjallisuuskatsauksessamme vahvasti esille. Esimerkiksi Eriksson (2005) toteaa, että huolen herääminen on useasti merkki perheen ongelmista, joihin tulisi puuttua.

Asiakkaan luottamuksen herättäminen muodostui tuloksissamme omaksi alakategoriakseen liittyen tunneperäisiin tunnistamisen menetelmiin. Myös Heimon (2002) tutkimuksessa käy ilmi, että tunnistamisen onnistuminen edellyttää luottamuksellista, avointa ja positiivista vuorovaikutussuhdetta asiakkaan ja terveydenhoitajan välille. Sekä Heimon tutkimuksessa että aineistossamme nousi esille hoidon jatkuvuuden tärkeys. Olisi tärkeää saada pitää samat, tutut perheet äitiysneuvolasta asti. Tutulle terveydenhoitajalle on helpompi puhua ongelmista ja aroista asioista.

Terveydenhoitajat kokivat aineistomme perusteella suoraan kysymisen ja asioiden puheeksioton parhaana vaihtoehtona siltäkin riskillä, että asiakas loukkaantuu. Suoraan kysyminen saattoi olla vaikeaa, mutta kiertelyä ja kaartelua ei kuitenkaan suosittu. Johdattelu ja asioiden sivuaminen pikkuhiljaa koettiin tutkimuksemme tuloksissa hyvänä menetelmänä. Myös Sinkkosen (2004) mielestä hankalimmissakin tapauksissa rehellisyys ja selkeys ovat paikallaan. Stridin (2004) tutkimuksessa taas tuodaan esille, että nykyisessä neuvolakulttuurissa ei riittävästi suosita asioiden kysymistä suoraan.

Asuinalueen tunteminen on yksi esimerkki tutkimusaineiston pohjalta syntyneen taustatietojen hyödyntäminen -alategorian sisällöstä. Myös kirjallisuuskatsauksessamme tuli esille, että neuvolahenkilöstön tulee olla tietoinen oman alueen asiakasperheitä kuormittavista tekijöistä ja tuen tarpeista. Haastattelemamme terveydenhoitajat kokivat, että ”huonolla” alueella työskennellessään he osasivat epäillä enemmän ongelmia.

Lomakkeiden suhteen tutkimuksessamme nousi ristiriitaista tietoa: toisaalta lomakkeita haluttiin käyttää vain tietyillä perheillä, koska aika ei riitä niiden systemaattiseen käyt-

töön, mutta toisaalta niistä haluttiin virallisia ja yleisiä, jottei mikään perhe leimaantuisi. Tämä helpottaisi asioista kysymistä, kun terveydenhoitaja voisi vedota yleiseen käytäntöön eikä vain epäillä jotakin tiettyä perhettä. Sekä tutkimusaineistossamme että Heimon (2002) tutkimuksessa ja Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaassa (2004) tuli esille, että lomakkeiden avulla perheet hahmottavat ongelmat ja elämäntilanteensa paremmin ja ne auttavat ongelmien esille ottamisessa etenkin kokemattomilla työntekijöillä. Niiden käyttö myös estää perheiden leimaantumisen ja samalla perheet tulevat tietoisiksi, että perheen vaikeuksista voi puhua neuvolassa. Aineistomme oli myös yhtenevä edellä mainittujen tutkimusten suhteen siinä, että lomakkeiden pohjalta voidaan käydä yhdessä asioita läpi. Eniten haastateltavamme käyttivät AUDIT-kyselylomaketta (liite 1).

Kotikäynnit koettiin hyvinä ja niiltä saattoi saada lisäinformaatiota perheestä molempiin suuntiin: joko kotona näki, että asiat eivät suju tai sitten siellä sujuikin paremmin kuin vastaanotolla. Sekä aineistossamme että kirjallisuuskatsauksessamme ilmenee, että perheen omassa toimintaympäristössä sen kokonaistilanne voi hahmottua paremmin ja erityistuen tarpeen tunnistaminen olla helpompaa. Kotikäynnit voidaan tehdä myös yhteistyössä esimerkiksi lastensuojelun kanssa.

Terveydenhoitajat tekivät haastatteluaineiston perusteella runsaasti yhteistyötä eri tahojen kanssa. Aineistossa painottui erityisesti yhteistyö kollegojen kanssa, joka koettiin erittäin tärkeänä osana erityistuen tarpeen tunnistamisessa. Heimon (2002) tutkimuksessa tulee myös esille toisten työntekijöiden konsultoinnin tarpeellisuus perheen riskien ja ongelmien tunnistamisessa.

Tutkimusaineistomme pohjalta muodostui asiakaslähtöisten, työntekijälähtöisten ja ulkoisista tekijöistä johtuvien ongelmien yläkategoriat liittyen erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamisen esteisiin ja vaikeuksiin. Myös Heimon (2002) tutkimuksessa käy ilmi, että tunnistamisen vaikeus ei liity pelkästään perheestä johtuviin tekijöihin, vaan siinä vaikuttaa myös hoitajan oma käsitys perheestä. Opinnäytetyömme tuloksien mukaan tunnistamista estää tai vaikeuttaa se, että asiakas itse ei tunnista ongelmaansa tai kerro siitä. Asiakkaat myös peittelevät ja kieltävät ongelmia. Tulokset ovat yhteneviä Heimon tutkimuksen ja Kangaspunnan ym. (2004) artikkelin kanssa. Aineistossamme tuli usein esille, että ongelmaperheet pyrkivät ”skarppaamaan” neuvolaan tullessaan, jottei heidän tilannettaan huomattaisi niin helposti. Esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyy Sepän (2003) ja Mansnéruksen (2004) tutkimuksien mukaan paljon kieltämistä ja salailua ja vanhemmat harvoin nostavat asiaa itse esiin. Haastattele-

mamme terveydenhoitajat toivat myös esille, että huumeiden käyttöä on vaikea välillä tunnistaa, jos asiakkaat eivät siitä kerro.

Heimon (2002) tutkimuksessa ja Kangaspunnan ym. (2004) artikkelissa sekä aineistossamme käy ilmi, että jotkut vanhemmista eivät tiedä, että neuvolassa voi keskustella lapseen liittyvien asioiden ohella myös koko perhettä koskevista kysymyksistä. Erityisesti maahanmuuttajat puhuvat harvoin kotiasioista neuvolassa. Myös kielitaidottomuus voi estää tunnistamista sekä aineistomme että Pursiaisen (2001) tutkimuksen mukaan.

Erityistuen tarpeen tunnistamista pidettiin aineistomme mukaan sekä helppona että vaikeana. Jotkut asiat olivat selkeästi helpompia nähdä tai tunnistaa kuin toiset. Sekä aineistossamme että Pajasen (2004) tutkimuksessa ilmenee, että parhaiten tunnustetaan esimerkiksi lapsen hoidon laiminlyömistä ja äidin masennusta, kun vaikeimmin tunnistettavia ongelmia taas olivat vanhempien päihdeongelmat ja perheväkivalta.

Muun muassa ongelmat perheväkivallan tunnistamisessa tulivat esiin aineiston pohjalta monesta eri näkökulmasta. Ongelma ei aina näy päällepäin ja asiakkaiden oli vaikea kertoa siitä. Perheväkivallasta oli myös vaikea kysyä ja kysyttäessä tietoa ja valmiuksia ongelman kohtaamiseen ei välttämättä ollut. Esimerkiksi Pajasen (2004) tutkimuksessa todetaan, että terveydenhoitajilla on vaikeuksia tunnistaa perheväkivaltaa. Tutkimuksessa painotetaan myös yhteistyön tärkeyttä ja tarvetta perheväkivallan tunnistamisessa.

Tutkimuksemme tuloksien mukaan ongelmien puheeksi ottaminen koettiin välillä vaikeaksi ja haasteelliseksi, mutta sitä kuitenkin suosittiin. Erityistuen tarpeen tunnistamisessa suurempana ongelmana koettiin se, ettei ongelmia nähdä. Kangaspunnan ym. (2004) artikkelissa taas todetaan, että suurin ongelma on riskitekijöiden puheeksiottaminen ja niiden käsitteleminen yhdessä vanhempien kanssa. Myös Mattilan (2004) tutkimuksessa ilmeni, etteivät terveydenhoitajat kysy tarpeeksi ongelmista asiakkailta.

Puheeksi ottamisen vaikeuteen liittyvät syyt olivat osittain yhteneviä kirjallisuuskatsauksen ja aineistomme välillä. Terveydenhoitajat saattoivat tuntea riittämättömyyttä omassa osaamisessaan ja jaksamisessaan. Aineistomme mukaan aktiivisuuden puutetta aiheutti kiire, terveydenhoitajan väsyminen ja oma mieliala.

Ajan puute nousi merkittävänä tunnistamista vaikeuttavana tekijänä aineiston perusteella. Asiakkaita oli paljon resursseihin nähden. Terveydenhoitajat kokivat, että mah-

dollisuus pidempiin vastaanottoaikoihin helpottaisi tunnistamista ja aroistakin asioista puhumista. Myös Kangaspunnan ym. artikkelissa (2004) ja Mattilan tutkimuksessa (2004) tuli esille, että perheiden tukemista vaikeuttaa kiire, ajanpuute ja liian lyhyet vastaanottoajat neuvolatyössä. Hakulinen-Viitasen ym. (2005) selvityksessä ilmeni, että lähes puolet terveydenhoitajista arvioi käytettävissä olevan työajan riittämättömäksi erityistukea tarvitseville perheille.

Sekä aineistomme perusteella että Hakulinen-Viitasen ym. selvityksessä (2005) nousi esille, että terveydenhoitajat eivät nosta herkästi esille vaikeita asioita vastaanotolla ajanpuutteesta johtuen. Edellä mainitussa selvityksessä kävi myös ilmi, että lähes puolet terveydenhoitajista arvioi käytettävissä olevan työajan melko tai täysin riittämättömäksi lisäkäynteihin. Opinnäytetyössämme ajan varaaminen kuitenkin nousi omaksi alakategoriaksi tunnistamisen apumenetelmät -yläkategorian alle.

Yhteistyön heikkeneminen viimeisimpien vuosien aikana sosiaalipuolen kanssa nousi myös esille aineistosta, eikä sitä koettu riittävän tiiviinä. Vaitiolovelvollisuus eri tahojen suunnalta hankaloitti aineistomme mukaan erityistuen tarpeen tunnistamista. Myös Heimon (2002) tutkimuksessa ilmeni, että tiedon saaminen asiakkaasta oli hankalaa ja estyi usein juuri vaitiolovelvollisuuteen vetoamisen johdosta. Yhteistyö sosiaalipuolen, perheneuvolan ja mielenterveystoimistojen kanssa koettiin puutteellisenä.

Kangaspunnan ym. (2004) artikkelin mukaan terveydenhoitajilla tulisi olla käytössään tuen tarpeen tunnistamiseen ja arviointiin kehitettyjä työvälineitä, kuten systemaattisia haastattelukäytäntöjä ja lomakkeita. Tutkimusaineistostamme ilmeni, että lomakkeita käytetään varsin vaihtelevasti. Esimerkiksi perheväkivaltalomakkeen käytössä oli puutteita verrattuna kirjallisuuskatsauksessamme esille tulleisiin suosituksiin.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 36). Luotettavuuden arviointikriteereinä voidaan pitää tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Pyrimme opinnäytetyötä tehdessämme, että tutkimusaineistomme antaa vastauksen tutkimustehtäviin, että aineistomme on kattava ja tutkimusaineistomme on edustava.

Mielestämme saimme kattavan tutkimusaineiston ja sen pohjalta vastaukset tutkimustehtäviin. Saimme haastatteleamalla kuutta terveydenhoitajaa laajasti tietoa liittyen molempiin tutkimustehtäviin. Koemme, että saamamme tieto oli uutta ja tuoretta. Näyte oli

määrältään pieni ja osa asioista tuli esille ainoastaan kerran, mutta näytteen kokoon nähden tieto oli merkittävää. Osa asioista toistui lukuisia kertoja.

Esihaastattelimme tutkimusjoukkoon kuulumatonta terveydenhoitajaa, jolla oli kolme vuotta kokemusta lastenneuvolatyöstä. Haastattelun kesto oli 40 minuuttia ja sen tunnelma myönteinen ja onnistunut. Haastateltava koki kysymykset ymmärrettävinä. Totesimme esihaastattelun perusteella tarvitsevamme lisää tietoa tunnistamiseen liittyvistä esteistä ja vaikeuksista. Esihaastattelun jälkeen muotoilimme uudestaan joitain kysymyksiä, lisäsimme yhden kysymyksen ja muutimme kysymysten järjestystä.

Yhteistyöterveysasemien ylihoitaja valitsi tutkimushaastatteluihin osallistuneet terveydenhoitajat. Emme itse vaikuttaneet heidän valintaansa, mutta saimme kriteerejämme vastaavat haastateltavat, joita emme tunteneet entuudestaan. Haastateltavat osallistui-
vat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja kykenivät ilmaisemaan itseään hyvin.

Kysymykset laadittiin siitä näkökulmasta, mikä ilmiössä on olennaista. Kysymyksiä ei lähetetty haastateltaville etukäteen, mutta tiedotteessa (liite 7) annettiin tietoa opinnäytetyömme tutkimustehtävistä ja kysymysten aihepiiristä. Kysymykset esitettiin joustavasti haastattelun kulkua mukaillen. Haastattelussa on ratkaisevaa, miten haastattelija osaa tulkita haastateltavan vastauksia erilaisten kulttuuristen merkitysten ja merkitysmaailmojen valossa. (Hirsjärvi ym. 2001: 194 - 195). Haastattelija esitti tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, jos saamamme tieto jäi puutteelliseksi tai haastateltava ymmärsi kysymyksen sisällön virheellisesti. Sama henkilö ryhmästäimme toimi haastattelijana luotettavuuden lisäämiseksi. Hän toimi ensimmäistä kertaa haastattelijana, joka mahdollisesti vaikutti haastatteluiden kulkuun. Se taas voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelija valmistautui etukäteen teoretiseen perehtymällä haastattelijana toimimiseen. Lisäsimme aineiston luotettavuutta lisäksi pitämällä haastattelupäiväkirjaa, johon avustaja kirjoitti oman kuvauksensa haastattelun kulusta.

Haastatteluun voi sisältyä monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin ja itse tilanteesta kokonaisuutena. Haastateltava voi esimerkiksi kokea haastattelun monella tavalla itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi tilanteeksi. Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon, että tutkittava ei välttämättä ole rehellinen ja avoin saadessaan vapaasti kertoa asioista. Hän voi jättää olennaisia asioita kertomatta, muunnella totuutta, muistaa väärin tai pyrkiä miellyttämään tutkijaa. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastateltavilla on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2001: 194 - 195.) Koimme itse, että tunnelma haastatteluissa oli avoin ja luottamuksellinen. Terveydenhoitajat pystyivät puhumaan aroista

ja negatiivisistakin asioista, joka voi viitata siihen, etteivät he pyrkineet miellyttämään tutkijoita tai muuntelemaan totuutta. Tämän vuoksi saimme myös kattavan aineiston ja vastauksia molempiin tutkimustehtäviimme.

Tiedonantajien luottamus tutkijoihin on tärkeää. Tutkimustuloksia ei käytetty haastateltavia vastaan, ja olemme pyrkineet siihen, ettei niistä aiheudu minkäänlaista harmia tutkittaville. Tutkimuksen raportoinnissa pyrimme selkeyteen, jotta lukijan olisi mahdollista seurata päättelyämme ja arvioida sitä. Kirjoitimme raportin siten, että saamme lukijamme vakuuttuneeksi tekemiemme ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Kts. myös Nieminen 1997: 216 - 220.)

Tutkimuksen validiteettiin vaikuttaa myös haastattelua aineistonkeruumenetelmänä käytettäessä haastatteluaineiston konteksti- ja tilannesidonnaisuus: tulosten yleistämiseen liittyy ongelmia. (Hirsjärvi ym. 2001: 194 - 195.) Tulostemme yleistettävyyttä heikentää myös se, että kaikki haastateltavat työskentelivät toisiaan lähellä olevilla alueilla. Opinnäytetyössämme ei kuitenkaan ole tarkoituksena tuottaa yleistettävää tietoa, vaan kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saaden vastauksia tutkimustehtäviimme.

Analyysin arviointikriteerejä ovat analyysin tuoreus, uusien puolien esiin nosto tutkittavasta ilmiöstä ja analyysin taloudellisuus. Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi kirjataan ja perustellaan luokitteluperusteet ja sen tueksi esitetään riittävä määrä alkupe-
räishavaintoja, suoria lainauksia informanteilta. Sisällön analyysin luotettavuuteen liittyvänä ongelmana pidetään juuri tutkijan subjektiivisen näkemyksen vaikutusta tuloksiin. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 7, 11; Nieminen 1997: 219 - 220.) Pelkistimme aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Luotettavuuden lisäämiseksi esitimme tuloksissamme suoria lainauksia haastateltavilta. Tutkimuksen tulkinta on meidän oma persoonallinen näkemyksemme.

On otettava huomioon, että käsitteellinen taso alaluokissa ja niistä muodostetuissa yläluokissa on yhdenmukainen ja että muodostetut luokat ovat toisensa poissulkevia. Kun aineiston abstrahointi on kesken, tuloksena voidaan esittää kategorioita, jotka eivät sulje pois toisiaan. Analyysin keskeneräisyys näkyy yksinkertaiselta näyttävänä tutkimustuloksena. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 7, 11; Nieminen 1997: 219 - 220.) Jatkoimme aineiston abstrahointia niin kauan, että kategoriat olivat toisensa poissulkevia.

Aineiston analysoinnin luotettavuutta voi toisaalta lisätä se, että tutkimuksen tekijöitä oli kolme. Jokainen joutui ensin luokittelemaan aineistoa itsenäisesti, jonka jälkeen aineistoa analysoitiin yhdessä. Luotettavuutta voi siis lisätä analyysin yksimielisyys kolmen tutkijan kesken. Toisaalta ryhmänä tehdyn sisällön analyysin luotettavuus voi myös olla heikompi erilaisten näkemysten ja mielikuvien vuoksi.

Kaikilla haastateltavillamme oli pitkä työkokemus lastenneuvolatyöstä. Tuloksiemme ja kirjallisuuskatsauksemme perusteella työkokemus auttaa erityistuen tarpeen tunnistamista merkittävästi. Opinnäytetyön tulokset ovat muodostuneet siis kokeneiden terveydenhoitajien näkökulmasta.

6.4 Eettiset näkökohdat

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeitä hoito- ja lääketieteessä, koska niissä tutkitaan inhimillistä toimintaa ja ihmistä tutkitaan tietoisena ja toimivana subjektina. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 26.) Helsingin julistuksen (1964) mukaan tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään ja tutkimuksen hyödyn on siis oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Kiinnitimme näihin tekijöihin huomiota tutkimusta tehdessämme.

Vehviläinen-Julkusen (1997: 28) mukaan sekä tutkijalla että tutkimusorganisaatiolla on vastuu tulosten käytöstä; millaista tietoa voidaan käyttää ja millaista ei. Haimme tutkimusluvan (liite 6) haastatteluja varten Helsingin kaupungin terveyskeskukselta, joka myönsi sen meille. Tutkimusluvan hakemista varten teimme tutkimuslupahakemuksen ja tiivistelmän tutkimussuunnitelmasta. Liitteenä oli myös suunnitelmavaiheen opinnäytetyömme. Saimme luvan haastatella kuutta terveydenhoitajaa yhteistyöterveysasemilta ja sitouduimme noudattamaan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmeneviä ehtoja.

Tutkimuksen tulee olla siihen osallistuville vapaaehtoista ja heillä mahdollisuus keskeyttää se koska tahansa. Eettisyyden kannalta on myös oleellista, että haastateltavat henkilöt antavat suostumuksensa asiaan perehtyneesti. (Hirsjärvi ym. 2001: 26 - 27). Lähetimme haastateltaville ennen haastatteluja tiedotteen, jossa kerroimme työmme tarkoituksesta ja tavoitteista. Tiedotimme haastateltavia myös haastatteluun liittyvistä oikeuksista kuten mahdollisuudesta keskeyttää haastatteluun osallistuminen sekä anonymiteetin säilymiseen liittyvistä tekijöistä. Lisäksi lähetimme kullekin osallistujalle

kaksi suostumuslomaketta (liite 8), joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen palautettiin meille allekirjoitettuna ennen haastatteluja. Lomakkeella haastatteluun osallistujat suostuivat asiaan perehtyneenä siihen, että käytämme haastatteluaineistoa tutkimuksemme.

Valitsimme haastateltavat kahdelta terveysasemalta, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyisi paremmin pienen työntekijämäärän vuoksi. Haastateltavat olivat tietoisia nauhurin käytöstä ja nauhat tuhottiin heti aineiston analyysin valmistuttua. Tutkimusraporttia kirjoitettaessa kiinnitimme huomiota tiedonantajien anonymiteetin säilymiseen. Heitä ei voi tunnistaa tutkimusraportissa käyttämiemme suorien lainauksien perusteella.

6.5 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme tulokset olivat pitkälti yhteneviä aiempien tutkimustulosten kanssa. Mielestämme niitä voi hyödyntää äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Yhtenevien tietojen lisäksi saimme myös uutta ja tuoretta tietoa, jonka pohjalta mietimme seuraavia jatkotutkimusehdotuksia.

Mielestämme jatkossa haasteena voi pitää esimerkiksi yhteistyön lisäämistä ja tiivistämistä muun muassa sosiaalitoimen kanssa. Tutkimustulosten mukaan pelkän neuvolatyön avulla joihinkin asiakkaiden ongelmiin voi olla hankalaa puuttua. Lisäksi yhteistyö kolmannen sektorin kanssa koetaan entistäkin tarpeellisemmaksi tulevaisuudessa.

”Pitäis olla sellainen valtakunnallinen hanke liittyen esimerkiksi pahoinpitelyyn, perheessä olevaan väkivaltaan... Et se olis kaikille, jotka vaan... mediasta ja televisioistakin lähtien... että yksin terveydenhuolto ei pysty vaikuttamaan pahoinpitelyasioihinkaan... että olis kolmas sektori mukana siinä..”

Tuloksiamme pohjalta mietimme mahdollisen jatkotutkimuksen tai opinnäytetyön aiheeksi tiedon kokoamista jatkohoitopaikoista ja yhteistyökumppaneista, jos erityistuen tarvetta perheellä ilmenee. Erityisesti lisää tietoa kaivattiin liittyen perheväkivaltaan ja sen tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja eteenpäin ohjaamiseen. Tutkimustulokset osoittavat myös, että erityistuen tarpeessa olevien lapsiperheiden varhainen tunnistaminen edellyttää riittäviä resursseja. Esimerkiksi ajan puutteen koetaan hankaloittavan merkittävästi tuen tarpeen tunnistamista.

Kirjallisuuskatsauksemme mukaan erilaisten lomakkeiden käyttöä suositellaan työvälineiksi erityistuen tarpeen tunnistamisen avuksi. Tutkimustulosten osoittamien käytän-

nön ristiriitaisuuksien vuoksi suosittelisimmekin, että terveysasemilla keskusteltaisiin yhteisistä käytännöistä lomakkeiden käytön ja hyödynnettävyyden suhteen. Lomakkeista koettiin olevan hyötyä tunnistamisen apuna. Toisaalta lomakkeiden toivottiin olevan virallisia ja yhteisesti käytössä neuvolassa, mutta toisaalta niiden käyttö jokaisen asiakkaan kohdalla koettiin mahdottomaksi.

LÄHTEET

- Andersson, Maarit 2001: Projektin toiminta. Teoksessa: Andersson, Maarit (toim.): Tar-
tu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja
turvakotiliiton julkaisu 27. Helsinki; Ensi- ja turvakotiliitto.
- Appleton, Jane 1994: The role of the health visitor in identifying and working with vul-
nerable families in relation to child protection: a review of the literature.
Journal of Advanced Nursing 20: 167-175.
- Appleton, Jane 1996: Working with vulnerable families: A health visiting perspective.
Journal of Advanced Nursing 23: 912-918.
- Eriksson, Esa – Arnkil, Tom Erik 2005: Huoli puheeksi: Opas varhaisista dialogeista.
Oppaita 60. Helsinki .STAKES.
- Erkkilä, Sari – Pussinen, Sanna 2003: Neuvolaterveydenhoitajien tukipalvelukansio –
pikkulapsivaiheessa olevan perheen auttaminen mielenterveys- ja päih-
deongelmissa sekä perheväkivaltatilanteissa. Opinnäytetyö. Helsingin
ammattikorkeakoulu Stadia.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana 2005: Lapsiperheiden voimavarojen
tunnistaminen voimavaralomakkeiden avulla. Sairaanhoidaja 3: 16-19.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana – Haapakorva, Arja 2005: Äitiys- ja
lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö: Selvityksiä
2005:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Halmesmäki, Erja 2000: Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito
äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Helsinki. STAKES.
- Heimo, Eija 2002: Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psy-
kososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus
vuosina 1997-2000. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa
184. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Heinämäki, Liisa 2005: Varhaista tukea lapselle – työvälineenä kehittämisvalikko.. Op-
paita 62. Helsinki. STAKES.

Helsingin julistus 1964. Suomen lääkäriliitto. Verkkodokumentti.
<<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>>Luettu 30.10.2006.

Helsingin kaupungin terveyskeskus 2004. Toiminnan laatu terveysvirastossa vuonna 2003. Verkkodokumentti.
<<http://www.hel2.fi/terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/041270145.doc>> Luettu 30.10.2006.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2001: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001: Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hyttinen, Irja 1990: Kun nainen juo. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Inkinen, Maria – Partanen, Airi – Sutinen, Tiina 2000: Päihdehoitotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Kangaspunta, Riitta – Kilkku, Nina – Punamäki, Raija-Leena – Kaltiala-Heino, Riitta-Kerttu 2004: Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena. Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola –projektista. Suomen lääkärilehti 59(38), 3521 - 3525.

Keituri, Taina 2005: Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa. Katsaus hoitoalan tutkimuksiin. Kehittämistyö. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Te-hyn julkaisusarja F: 4/2005.

Krause, Kaisa – Kiikkala, Irma 1997: Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1.-2. painos. Kirjayhtymä Oy. Helsinki

Lapsiperheiden terveyden edistämisen projektikuvaus. 2006. Helsingin terveyskeskus ja Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: Oppaita 14. Edita Prima Oy. Helsinki.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Leijala, Hannu 2004: Psyykkisesti sairias vanhempit ja lapsi. Teoksessa: Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitiie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 177 – 186.
- Lusa, Sirpa (toim.) 2000: Huumeiden käyttäjän kohtaaminen työssä. Helsinki. Työterveyslaitos.
- Mansnérus, Eija (toim.) 2004: Lapsi pistää yrittämään kuiville. Perhekeskeisen huume-hoidon kehittämiprojekti PERHO:n loppuraportti. Järvenpään sosiaalisai-raalan julkaisuja. Nro 35, Järvenpää.
- Mattila, Tuija 2004: Erytisyvauvaperheen saama tuki lapsen syntymän jälkeen. Pro gra-du -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto
- Metsämuuronen, Jari 2001: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja. 2. tarkistettu painos. Helsinki. International Methelp Ky.
- Nieminen, Heli 1997: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri(toim.) 1997: Hoitotieteen tutkimus-metodiikka. Helsinki: WSOY, 216 – 220.
- Nykysuomen sanakirja 6 1996. Lyhentämätön kansanpainos. Suomalaisen kirjallisuus-sen seura. Sadeniemi Matti (toim.) 14. painos. Helsinki: WSOY.
- Opetushallitus: Maahanmuuttajat. Verkkodokumentti. Luettu 19.2.2007 <<http://www.edu.fi/SubPage.asp?path=498,526,15650,49634>> Päivitetty 4.1.2006.
- Pajanan, Hannele 2004: Yhteistyötä lapsiperheiden parhaaksi. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pelkonen, Marjaana 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoito-työn keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatie-teet 18. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pelkonen, Marjaana – Löthman-Kilpeläinen, Leeni 2000: Neuvola lapsiperheiden tuke-na: Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimusis-

ta ja kehittämishankkeista 1990 –luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000: 10. Oy Edita Ab. Helsinki

Perttu, Sirkka 2004: Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 6. Edita Prima Oy. Helsinki

Pietilä, Liisa 2005: Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa – Osa 3. Suomen Lääkärilehti 40(60), 4021 – 4025.

Pulkkinen, Lea 2002: Koti, koulu ja yksityinen elämänpiiri hyvän elämän ankkureina. Teoksessa: Rönkä, Anna – Kinnunen, Ulla (toim.) 2002: Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-kustannus. Jyväskylä.

Pursiainen, Paula 2001: Terveystieteiden valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto

Puura, Kaija – Tamminen, Tuula – Mäntymaa, Mirjami – Virta, Eija – Turunen, Merja-Maaria – Koivisto, Anna-Maija 2001: Alkuperäistutkimus. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47, 4855 - 4861.

Rantala, Anja 2002: Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylä . Jyväskylän yliopisto.

Robson, Colin 2002: Real World Research. Second edition. Blackwell Publishing. Oxford.

Saarto, Ari 2003: Huumeet suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa: Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääkettä. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 69 - 70.

Salo, Eeva – Ståhlberg, Marja-Riitta 2004: Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Teoksessa: Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 107 - 108.

- Seppä, Kaija 2003: Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa: Salaspuro, Mikko – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.) 2003: Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 57 - 62.
- Sinkkonen, Jari 2004: Lapsen emotionaalinen kaltoinkohtelu. Teoksessa: Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki . Kustannus Oy Duodecim. 85.
- Solantaus, Tytti 2005: Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? – Osa I. Suomen Lääkärilehti 60(38), 3765 - 3770.
- Strid, Outi 2004: Ennaltaehkäisy ja yhteistyö. Teoksessa: Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 243.
- Suvivuo-Niemelä, Pia 2000: Terveydenhoitajien käsityksiä uusavuttomuudesta ja lapsiperheiden arjessa selviytymisen tukemisesta neuvolassa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Söderholm, Annlis 2004: Lapsen laiminlyönti. Teoksessa: Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki
- Söderholm, Annlis – Halila, Ritva – Kivitie-Kallio, Satu – Mertsola, Jussi – Niemi, Sirkku (toim.) 2004: Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 11-71.
- Tamminen, Tuula 1990: Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Tarkka, Marja-Terttu 1996: Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol. 518. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Tilastokeskus. Suomi lukuina. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html> Luettu 7.2.07. Päivitetty 22.1.07.

Viisainen, Kirsi (toim.) 1999: Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Helsinki. STAKES.

Virola, Toini 1997: Neuvolaikäisten lasten vanhempien kokemuksia terveydenhoitajasta tiedon, tuen ja ohjauksen antajana. Syventävien opintojen tutkielma. Helsingin yliopisto.

Wallin, Raija 1994: Työterveyshoitajan tekemän päihdetyön lähtökohdat ja kehittämismahdollisuudet. Teoksessa: Märkjärvi, Leila (toim.) – Nokelainen, Marja – Wallin, Raija 1994: Työyhteisöt hyvinvoinnin tukena. Päihdehaittojen ehkäisytyön kehittäminen. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Helsinki. 40 - 41.

AUDIT -kysely

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

Ei koskaan

Noin kerran kuussa tai harvemmin

2-4 kertaa kuussa

2-3 kertaa viikossa

4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia olet yleensä ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia? Yksi annos (= 12 g) on pullo keskiolutta tai siideriä; lasi mietoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä.

1-2 annosta

3-4 annosta

5-6 annosta

7-9 annosta

10 annosta tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettaa alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisesta?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

Ei koskaan

Harvemmin kuin kerran kuussa

Kerran kuussa

Kerran viikossa

Päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäytön seurauksena?

Ei

On, muttei viimeisen vuoden aikana

Kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

Ei

On, muttei viimeisen vuoden aikana

Kyllä, viimeisen vuoden aikana

MIELIALALOMAKE SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMISEKSI

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Alkuperäinen englanninkielinen EPDS: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150,782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1) Olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen

1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
2. En aivan yhtä paljon kuin ennen
3. Selvästi vähemmän kuin ennen
4. En ollenkaan

2) Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia

1. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
2. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
3. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
4. Tuskin lainkaan

3) Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan

1. Kyllä, useimmiten
2. Kyllä, joskus
3. En kovin usein
4. En koskaan

4) Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä

1. Ei, en ollenkaan
2. Tuskin koskaan
3. Kyllä, joskus
4. Kyllä, hyvin usein

5) Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä

1. Kyllä, aika paljon
2. Kyllä, joskus
3. Ei, en paljoakaan
4. Ei, en ollenkaan

6) Asia kasautuvat päälleni

1. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
2. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
3. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
4. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7) Olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

1. Kyllä, useimmiten
2. Kyllä, toisinaan
3. Ei, en kovin usein
4. Ei, en ollenkaan

8) Olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

1. Kyllä, useimmiten
2. Kyllä, melko usein
3. En, kovin usein
4. Ei, en ollenkaan

9) Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

1. Kyllä, useimmiten
2. Kyllä, melko usein
3. Vain silloin tällöin
4. Ei, en koskaan

10) Ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

1. Kyllä, melko usein
2. Joskus
3. Tuskin koskaan
4. Ei koskaan

MERKITTÄVÄN MASENNUKSEN KRITERIT

Masennus on merkittävä, jos asiakkaalla on vähintään viisi seuraavista oireista kahden viikon ajan. Yhden oireista tulee olla alakuloisuus ja tyytyväisyyden puute lähes joka päivä.

- 1) Alakuloisuus ja tyytyväisyyden puute
- 2) Merkittävä ruokahalun muutos
- 3) Painon nousu tai aleneminen
- 4) Unihäiriöt
- 5) Väsymys, vetämättömyys
- 6) Keskittymisvaikeudet
- 7) Omanarvontunnon heikkeneminen, riittämättömyyden tunne
- 8) Lisääntynyt tai vähentynyt psykomotorinen aktiivisuus
- 9) Itsetuhoisuus (harvinainen synnytyksen jälkeisessä masennuksessa)

Lähde: American Psychiatric Association. DSM-IV Draft Criteria. Washington DC: APA 1993.

LOMAKE PARISUHDEVÄKIVALLAN SEULONTAAN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLASSA

Kysymykset esitetään raskaana oleville naisille viimeistään raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja äideille viimeistään nuorimman lapsen ollessa kuuden kuukauden ikäinen.

Esitä naiselle seuraavat kysymykset aina kahden kesken.
Kirjoita naisen kertoma vastaus ko tilaan tai ympyröi sopiva vaihtoehto.

1 Millaisena koet parisuhteesi?

	Kyllä	Ei
2 Käyttäytykö kumppanisi joskus niin, että pelkää häntä?	1	2
3 Käyttäytykö kumppanisi sinua kohtaan halventavasti, nöyryyttävästi tai kontrolloivasti?	1	2
4 Onko nykyinen kumppanisi Uhannut sinua väkivallalla (sis. myös uhkauksen käyttöä jotakin asetta/välinettä)?	1	2
Tarttunut kiinni, repinyt, tönäissyt, läimäissyt tai potkaissut sinua?	1	2
Käyttänyt muuta fyysistä väkivaltaa sinua kohtaan?	1	2
Painostanut, pakottanut tai yrittänyt pakottaa sinua seksuaaliseen kanssakäymiseen?	1	2
5 Milloin nykyinen kumppanisi käyttäytyi väkivaltaisesti? Viimeisen 12 kuukauden aikana	1	2
Raskauden aikana	1	2
Synnytyksen jälkeen	1	2
6 Onko nykyinen kumppanisi ollut väkivaltainen lastanne/lapsianne kohtaan?	1	2
7 Onko joku lapsistasi nähnyt tai kuullut, kun kumppanisi on käyttäytynyt väkivaltaisesti?	1	2
8 Millaista tukea/apua haluaisit tilanteeseesi?		

III ENNAKOIDUT MUUTOKSET PERHE-ELÄMÄSSÄ

7. MITEN LUULET SYNTYVÄN LAPSEN VAIKUTTAVAN PERHEESSÄSI:

	Myönteinen reaktio	Kielteinen reaktio
Perheenne elämään?		
Muihin perheenjäseniin?		
Perheenjäsenten välisiin suhteisiin?		
Sinun suhteeseesi I Lapsen isään?		

8. MITEN AJATTELET SELVIYTYVÄSI MUUTOSTEN KANSSA? (Jos äiti ei ole jo kertonut)

Huolestunut selviytymisestään
Ei ole huolissaan

9. TOISET ÄIDIT MASENTUVAT SYNNYTYKSEN JÄLKEEN. OLETKO HUOLISSASI SIITÄ, MILTÄ SINUSTA MAHTAA TUNTUA?

Huolestunut
Ei ole huolissaan

IV RASKAANA OLEVAN NAISEN MINÄKUVA

10. MITÄ MUUTOKSIA OLET HAVAINNUT ITSESSÄSI RASKAAKSI TULTUASI?

Raskaus muuttanut:
Ruumiinkuvaa
Syömistottumuksia
Seksuaalisia tuntemuksia
Nukkumistottumuksia
Tehokkuutta
Mielialaa tai temperamenttia

11. MILTÄ SINUSTA MUUTEN TUNTUU? MITÄ NYT AJATTELET ITSESTÄSI?

Tunne hyvinvoinnista
Voi huonosti tai tunteet epämääräisiä

V RASKAANA OLEVAN NAISEN ODOTUKSET JA NÄKEMYS SYNTYMÄTTÖMÄSTÄ LAPSESTAAN

12. MILLAINEN VAUVASI ON TÄLLÄ HETKELLÄ?

Myönteinen käsitys
Kielteinen käsitys

13. MINKÄLAINEN LAPSESI TULEE OLEMAAN?

Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

14. ENTÄ VAUVAN ISÄ, MITÄ HÄN TOIVOO? MINKÄLAINEN HÄN HALUAISI LAPSEN OLEVAN?

Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

15. ONKO VAUVAAN LIITTYEN JOTAIN (MUUTA) MIKÄ HUOLESTUTTAA SINUA?

Kyllä (nimeä)
Ei

16. MITÄ ODOTUKSIA MUIILLA PERHEESI JÄSENILLÄ ON?

Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

VI SYNNYTYKSEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET

17. MILTÄ TULEVA SYNNYTYKS SINUSTA TUNTUU?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

18. MITÄ MIELTÄ MUUT PERHEESI JÄSENET OVAT SYNNYTYKSESTÄ (ESIM. PUOLISO, LAPSET, ÄIDINÄITI, YM) ?

	Myönteiset tunteet	Kielteiset tunteet
Puoliso		
Lapset		
Muu		

19. MILLAISTA TUKEA TOIVOISIT SYNNYTYKSEEN? MILLAISTA TUKEA SINÄ VOIT SAADA?

Myönteiset odotukset
Kielteiset odotukset

VII VAUVAN SYÖTTÄMISEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET

20. KUINKA OLET AJATELLUT SYÖTTÄÄ VAUVAASI? MILTÄ IMETTÄMINEN SINUSTA TUNTUISI?

	Myönteiset tunteet	Kielteiset tunteet
Rintaruokinta		
Pulloruokinta		

21. MITÄ PUOLISOSI AJATTELEE RINTARUOKINNASTA? (Jos ei ole jo mainittu)

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

VIII PERHEEN TALOUS JA YMPÄRISTÖ

22. LAPSEN SAAMISELLA VOI OLLA VAIKUTUSTA MYÖS PERHEEN TALOUTEEN. OLETKO HUOLISSASI SIITÄ, MITEN TULETTE SELVIÄMÄÄN TALOUDELLISESTI?

Kyllä (nimeä miksi)
Ei huolia

23. ENTÄ ASUMISEEN LIITTYEN? ONKO TEILLÄ ASUNTOHUOLIA?

Kyllä (nimeä miksi)
Ei huolia

IX ELÄMÄNTAPAHTUMAT

24. ONKO ELÄMÄSSÄNNE TAPAHTUNUT SELLAISIA ASIOITA, JOTKA VOISIVAT VAIKUTTAA SINUUN TAI VAUVAAN?

Kyllä (nimeä mitä)

X LOPETUS

25. ONKO VIELÄ JOTAIN, MITÄ HALUAISIT MAINITA?

Kyllä (nimeä mitä)
Ei huolia

LAPSEN SYNTYMÄÄ SEURAAVAA VUOROVAIKUTUSTA TUKEVA LOMAKE

Muokattu alkuperäisestä Varhaisen vuorovaikutuksen tutkimushankkeeseen tehdystä lomakkeesta.

HUOM: VARMISTA ETTÄ VAUVA ON PAIKALLA HAASTATTELUN AIKANA, JOTTA VOIT HAVAINNOIDA JA TUKEA VAUVAN JA ÄIDIN VUOROVAIKUTUSTA.

I SYNNYTYS

1. MILLAINEN SYNNYTYS OLI?

Tai

PUHUIMME VIIMEKSI HIUKAN SYNNYTYKSESTÄ – MILTÄ SYNNYTYSKOKEMUKSESI SINUSTA NYT TUNTUU?

Myönteisiä tunteita

Kielteisiä tunteita

II PSYKKINEN TERVEYS

2. MILTÄ SINUSTA NYT TUNTUU KUN VAUVA ON TÄÄLLÄ KOTONA?

Myönteiset tunteet

Kielteiset tunteet

Jos kielteisiä tunteita, määrittele:

Pelkoja/ahdistuneisuutta ()

Kyvttömyyden tunne/omien kykyjen epäily ()

Tyhjyys/turtuneisuus ()

Vihaisuus/ärtyisyys ()

Laiminlyödyksi Hylätyksi tulemisen tunne ()

Kielteiset tunteet kohdistuvat: lapseen, itseän

3. MITEN LAPSEN SYNTYMÄ ON VAIKUTTANUT MUIHIN PERHEESI JÄSENIIN?
MITEN PUOLISOSI/VAUVAN ISÄ SUHTAUTUU?

	Myönteinen reaktio	Kielteinen reaktio
Puoliso		
Lapset		
Isovanhemmat		
Muut		

IV ÄIDIN LASTA KOSKEVAT HUOLENAIHEET

4. MITEN LAPSESI ON MIELESTÄSI KEHITTYNYT JA KUINKA HÄN VOI?

Myönteisiä tunteita

Kielteisiä tunteita

V ÄIDIN NÄKEMYS LAPSESTAAN

5. MILLAINEN VAUVASI ON?

Myönteinen näkemys

Kielteinen näkemys

MISSÄ ASIOISSA SINULLA ON ENITEN VAIKEUKSIA LAPSESI KANSSA?

Syöttäminen

Nukkuminen

Vauvan

"Käsittelyyn" vastaamattomuus

Muu (nimeä)

VI ÄIDIN JA VAUVAN VUOROVAIKUTUS

6. KUINKA SYÖTÄT VAUVAASI?

	Myönteiset tunteet	Kielteiset tunteet
Rintaruokinta		
Pulloruokinta		

7. KUINKA USEIN IMETÄT/SYÖTÄT VAUVAASI?

Vaihtelevat /joustavat syöttöväli
Erittäin tarkka syöttöväli

8. MILTÄ SE TUNTUU SINUSTA?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

ENTÄ PUOLISOSTASI?

Myönteiset tunteet
Kielteiset tunteet

9. KUINKA VAUVA NUKKUU?

	Kyllä	Ei
Vakiintunut rytmi		
Heräilee erittäin usein		
Vaikeus rauhoittua		
Muu (nimeä)		

VII ÄIDIN JA VAUVAN VÄLINEN VIESTINTÄ

10. TUNNISTATKO VAUVASI ITKUSTA MILLOIN HÄN ON NÄLKÄINEN?

Pystyy erottamaan eri itkut
Ei erota eri itkuja

11. JUTTELETKO VAUVALLESII? KERTOISITKO SIITÄ?

Kyllä
Ei

KUINKA TÄRKEÄÄ SE MIELESTASI ON?

Tärkeää
Ei ole tärkeää

VIII ÄIDIN TUNNE-ELÄMÄN VOIMAVARAT VASTATA VAUVAN TARPEISIIN

12. ITKEEKÖ VAUVASI KOSKAAN SITEN, ETTÄ SINUN OLISI VAIKEA LOHDUTTA HÄNTÄ TAI SAADA HÄNTÄ RAUHOITTUMAAN?

Sietää lapsen pahanolon
Ei pysty sietämään lapsen pahaa oloa

IX TALOUDELLINEN TILANNE

13. VIIMEKSI KUN TAPASIMME OLIT / ET OLLUT HUOLISSASI PERHEENNE TALOUDESTA. ENTÄ NYT?

Taloudellisia vaikeuksia
Ei taloudellisia vaikeuksia

X ASUMINEN

14. VIIMEKSI KUN TAPASIMME TEILLÄ OLI / EI OLLUT ASUMISHUOLIA? ENTÄ NYT ?

On asumishuolia (nimeä)
Ei asumishuolia

XI ELÄMÄNTAPAHTUMAT

15. VIIMEKSI KERROIT X:stä (ESILLE TULLUT ELÄMÄNTAPAHTUMA).
MILTÄ SINUSTA NYT TUNTUU?

Myönteiset tunteet
Ja/tai
Kielteiset tunteet

ONKO ELÄMÄSSÄNNE TAPAHTUNUT JOTAIN MERKITTÄVÄÄ
(SYNNYTYKSEN LISÄKSI) SEN JÄLKEEN KUN TAPASIMME VIIMEKSI?

Ei
Kyllä

XII LOPETUS

25. ONKO VIELÄ JOTAIN, MITÄ HALUAISIT MAINITA?
Ei
Kyllä

ÄIDIN JA LAPSEN VUOROVAIKUTUKSEN HAVAINNOINTI

Haastattelun aikana terveydenhoitajan tulisi huolellisesti tarkkailla äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta äidin käsittellessä tai syöttäessä lasta.

Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti seuraaviin seikkoihin: Ympyröi vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa havaintoasi.

LAPSEN PITELY: kaukana itsestä
 lähellä

KÄSITTELY: hellää
 kovakouraista

KATSEKONTAKTI: kyllä
 puuttuu

LAPSELLE PUHUMINEN: kyllä
 puuttuu

LAPSESTA NAUTTIMINEN: kyllä
 puuttuu

LAPSEN PAHANOLON SIETO: kyllä
 puuttuu

LAPSEN VIESTIEN YMMÄRTÄMINEN JA NIIHIN VASTAAMINEN: kyllä
 puuttuu

Terveydenhoitajan tulisi tukea ja rohkaista äitiä käsittelemään ja pitämään lasta sylissä sekä kommunikoidaan lapsen kanssa puhumalla, hymyilemällä ja lapsen viestejä tarkkailemalla ja niihin vastaamalla.



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

3

Hakijan nimi Päivyt Erkkilä ym.	Diariinumero 06-2633/054
Tutkimuksen nimi Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen	

- Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

- En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyn perusteiden

Lisäehdot ja lisäperustelut

- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus
- Lisäehdot liitteenä Perustelut liitteenä Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Muut liitteet

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Allekirjoitus ja nimenselvennös
	29.12.2006	2173 Liitteet 1-6	Maari Toivola lef. 03-

Päätöksen jakelu:

- Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet

- Terveyskeskuksen yksiköt:

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut

- Oikaisuvaatimusohjeet

*Terveysosasto-osasto / Ossi Kupiainen
Ylihoitaja Raija Heikkinen / Heikkinen
Jenni Lehto*

TIEDOTE TUTKIMUSHAASTATTELUSTA

Kiitos, että olette varanneet ajan tutkimushaastatteluun. Opiskelemme terveydenhoitajiksi Helsingin Ammattikorkeakoulussa ja teemme opintoihin liittyen opinnäytetyötä aiheesta Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen. Opinnäytetyö sisältää kirjallisuuskatsauksen ja haastatteluaineiston analysoinnin sisällön analyysillä. Tutkimuksen toimeksiantajia ovat Lapsiperheiden terveyden edistäminen –projekti ja Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Yhteistyökumppaneita ja hyödynsääjiä ovat Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemat.

Tutkimuksemme aihe on noussut esille yhteistyöterveysasemien kehityskeskusteluissa alueena, josta kaivataan lisää tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selvittää erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamiseen liittyvää problematiikkaa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitajat tunnistavat erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen ja minkälaisia menetelmiä he käyttävät tunnistamisen tukena. Tutkimuksessa myös kuvataan, mikä estää tunnistamista ja miksi terveydenhoitajat kokevat sen vaikeana. Tavoitteena on lisätä terveydenhoitajien tietoa tunnistamiseen liittyvistä tekijöistä ja ongelmista tällä hetkellä sekä kuvata haastattelun avulla terveydenhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä.

Tulemme haastattelemaan kuutta terveydenhoitajaa Herttoniemen ja Laajasalon terveysasemilla. Haastattelu on puolistrukturoitu ja se kestää enintään tunnin. Toteutamme haastattelun terveysasemien tiloissa työajallanne. Haastattelumme kysymykset liittyvät tutkimustehtäviin, jotka ovat:

1. Kuvata terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistamisessa
2. Kuvata tunnistamiseen liittyviä esteitä ja vaikeuksia terveydenhoitajien kokemina

Haastattelut nauhoitetaan tutkimusaineiston analysointia varten nauhurilla. Paikalla on haastattelija sekä avustaja, joka huolehtii nauhoituksesta.

Sitoudumme siihen, että tutkimus ei aiheuta haittaa tutkimukseen osallistuville henkilöille ja halutessanne voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Lopulliset tutkimustulokset esitetään selkeässä muodossa, etteivät yksilökohtaiset tiedot ole tunnistettavissa. Haastattelunauhat ja muu yksilökohtainen tieto säilytetään huolella lukitussa paikassa ja tuhotaan tutkimusraportin valmistuttua. Esittelemme tutkimustulokset opinnäytetyömme valmistuttua Herttoniemen terveysasemalla sekä annamme terveysasemalle oman kappaleen.

Liitteenä on suostumuslomake kahtena kappaleena. Pyydämme teitä allekirjoittamaan ne ja antamaan haastattelun yhteydessä toisen lomakkeen meille.

Tarvittaessa annamme mielellämme lisätietoja.

Helsingissä 26.1.2007

Ystävällisin terveisin,

Päivyt Erkkilä
Kati Kolehmainen
Päivi Pellikka

paivyt.erkkila@edu.stadia.fi

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun asiaan perehtyneenä siihen, että Päivyt Erkkilä, Kati Kolehmainen ja Päivi Pellikka, haastattelevat minua ja käyttävät antamaani haastatteluaineistoa tutkimuksessaan. Anonymiteettini on suojattu ja tutkimusmateriaali käsitellään luottamuksellisesti.

Helsinki / 2007

Allekirjoitus ja nimen selvennys

HAASTATTELURUNKO

Millaisena koet lapsiperheen erityistuen tarpeen tunnistamisen?

- § Mikä mielestäsi tunnistamisessa on vaikeaa? Minkälaiset ongelmat?
- § Mistä johtuu, että tunnistaminen on helppoa? Minkälaiset ongelmat?

Miten erityistuen mahdollinen tarve ja ongelmat ilmenevät asiakkaissasi?

Mitä menetelmiä käytät erityistuen tarpeen tunnistamisessa?

Mikä merkitys intuitiolla ja oman huolesi heräämisellä on erityistuen tarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamisessa?

Minkälainen merkitys

- § ennako-oletuksilla ja tiedolla perheen mahdollisista "riskitekijöistä" sinulle on?
- § toimintaympäristöllä ja työlle annetuilla resursseilla on perheen tuen tarpeen tunnistamisessa?
- § kotikäynneillä on erityistuen tarpeen tunnistamisessa?

Millä tavalla kysyt ongelmista asiakkaaltasi?

Millaisena koet asiakkaalta suoraan kysymisen mahdollisista ongelmista?

Miten perheet kokevat terveydenhoitajan huolen heräämisen ja sen esille tuomisen mahdollisesta erityistuen tarpeesta?

Mitä lomakkeita käytät työssäsi ja millaisena koet ne erityistuen tarpeen tunnistamisen apuna?

- § Kertoisitko lomakkeiden hyviä ja huonoja puolia?
- § Millä tavalla ongelmat tulevat niiden myötä esille verrattuna keskustelussa kysymiseen?
- § Millainen lomake auttaisi työtäsi?