

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10

Marjaana Pelkonen & Leeni Löthman-Kilpeläinen

Neuvola lapsiperheiden tukena

Selvitys äitiys- ja lastenneuvola- toimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Helsinki 2000

ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-0880-2

Oy Edita Ab, Helsinki 2000

Tiivistelmä

Pelkonen Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Helsinki 2000. 111 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2000:10)
ISBN 952-00-0880-2

Selvityksen tarkoituksena oli tunnistaa lapsiperheitä tukevat äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöt ja keskeiset pulmat sekä tehdä ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Selvitystyön aineistona ovat olleet vuosina 1990-99 neuvolatyöhön kohdistuneiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden raportit, yhteensä 80 tutkimusta ja 30 kehittämishanketta. Tavoitteena on, että raporttia hyödynnetään neuvolatoiminnan kehittämisessä, kunnallisia lapsiperhetoimenpideohjelmia laadittaessa, neuvolatyöntekijöiden koulutuksessa sekä uusia hankkeita toteutettaessa. Tulosten mukaan neuvolatoiminta on kehittynyt perhekeskeisempään ja yhteisöllisempään suuntaan, ottaa huomioon lapsiperheiden psykososiaaliset pulmat ja pystyy tukemaan vanhempia aikaisempaa monipuolisemmin. Parhaiten neuvola palvelee nk normaaleja perheitä. Jos perheellä on erityisongelmia, eivät terveydenhoitajat kuitenkaan pysty tukemaan riittävästi tällaista perhettä. Useat terveyskeskukset ovat kehittäneet lapsiperheiden hyväksi monia toimintatapoja, joista perheet ovat kokeneet hyötyvänsä. Ongelmana on, että nämä toimintatavat ovat varsin paikallisia. Tästä syystä neuvolatoiminnan laatu vaihtelee eri puolilla Suomea. Raportissa tehdään useita ehdotuksia neuvolatoiminnan uudistamiseksi, terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistamiseksi sekä neuvolaa koskevan tutkimus- ja projektitoiminnan kehittämiseksi.

Asiasanat: äitiys- ja lastenneuvola, terveydenhoitaja, lapsiperheet, perheiden tukeminen

Sammanfattning

Pelkonen Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni. Rådgivningsbyrån som stöd för barnfamiljerna. En utredning om undersökningar och utvecklingsprojekt under åren 1990-99. Helsingfors, 2000. 111 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2000:10) ISBN 952-00-0880-2

Syftet med denna utredning var att identifiera den praxis vid rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård som stöder barnfamiljerna samt de centrala problemen, och att lägga fram förslag till hur rådgivningsverksamheten kunde utvecklas. Materialet för utredningen utgjordes av rapporter om forsknings- och utvecklingsprojekt angående rådgivningsarbetet under åren 1990-99, sammanlagt 80 undersökningar och 30 utvecklingsprojekt. Målet är att utredningen skall vara till nytta då rådgivningsverksamheten utvecklas och kommunala åtgärdsprogram för barnfamiljer görs upp samt i samband med rådgivningspersonalens utbildning och då nya projekt genomförs. Enligt resultaten har rådgivningsverksamheten blivit mera familjecentrerad och kollektiv, den beaktar barnfamiljernas psykosociala problem och kan stöda föräldrarna bättre än tidigare. Bäst betjänar rådgivningsbyrån s.k. normala familjer. Om familjen har specialproblem kan hälsovårdarna dock inte stöda familjen tillräckligt. Flera hälsovårdscentraler har utvecklat olika verksamhetsmetoder för barnfamiljer, som familjerna upplevt att de haft nytta av. Problemet är att dessa metoder förekommer mycket lokalt och därför varierar kvaliteten på rådgivningsverksamheten i Finland. I rapporten läggs fram flera förslag till hur rådgivningsverksamheten kunde utvecklas och nivån på hälsovårdarnas yrkeskunskap höjas samt hur forsknings- och projektverksamheten angående rådgivningsbyråerna kunde utvecklas.

Nyckelord: rådgivningsbyrå för mödra- och barnavård, hälsovårdare, barnfamiljer, att stöda familjerna

Summary

Pelkonen Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni. Maternity and child health clinics in support of families with children. A survey of research studies and development projects undertaken in the 1990's. Helsinki, 2000. 111 p. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISBN 1236-2115; 2000:10)

The purpose of the survey was to identify the best practices of maternity and child health clinics in supporting families with children, to identify the essential problems and to make suggestions for developing the services of the clinics.

The material of the survey consists of the reports of 80 research studies and 30 development projects undertaken in the 1990's. The aim is to utilise the report in the development of the functions of the clinics, in drawing up municipal action plans for families with children, in training clinic staffs and planning new projects.

According to the results, the services of mother and child health clinics have been developed in a more family-centred and community-centred direction. They take into consideration the psychosocial problems of families with children and are able to support them better than previously. The clinics are able to serve best so called normal families. If families have major health-related problems, public health nurses are not able to give enough support to them. Many health centres have developed new models of work for the benefit of families. The problem is that these models are used only locally. Therefore, the quality of the services varies greatly in different parts of the country. Several suggestions are made in the report for the development of maternity and child health clinics, strengthening the professional skills of public health nurses and planning new research studies and projects.

Key words: maternity and child health clinics, public health nurse, families with children, support for families



■ SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

Pelkonen Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10. Helsinki 2000.

Selvityksen tarkoituksena oli tunnistaa lapsiperheitä tukevat äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöt ja keskeiset pulmat sekä tehdä ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Selvitystyön aineistona ovat olleet vuosina 1990-99 neuvolatyöhön kohdistuneiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden raportit, yhteensä 80 tutkimusta ja 30 kehittämishanketta. Tavoitteena on, että raporttia hyödynnetään neuvolatoiminnan kehittämisessä, kunnallisia lapsiperhe-toimenpideohjelmaa laadittaessa, neuvolatyöntekijöiden koulutuksessa sekä uusien projektien ja tutkimushankkeiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Tulosten mukaan neuvolatoiminta on kehittynyt perhekeskeisempään ja yhteisöllisempään suuntaan, ottaa huomioon lapsiperheiden psykososiaaliset pulmat ja pystyy tukemaan vanhempia aikaisempaa monipuolisemmin. Parhaiten neuvola palvelee nk normaaleja perheitä ja perheenjäsenistä äitejä, vaikka isiinkin on alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Jos perheellä on erityisongelmia, eivät terveydenhoitajat kuitenkaan pysty tukemaan riittävästi tällaista perhettä. Osa terveydenhoitajista painottaa edelleen toiminnassaan lapsen fyysisen terveyden hoitoa, mutta monet ovat kehittäneet taitojaan luoda vanhempien kanssa luottamuksellinen yhteistyösuhde ja tukea vanhempia emotionaalisesti. Useat terveyskeskukset ovat kehittäneet lapsiperheiden hyväksimonia toimintatapoja, joista perheet ovat kokeneet hyötyvänsä. Tällaisia ovat muun muassa erilainen vanhemmille vertaistukea antava pienryhmätoiminta, vanhempien voimavaroja vahvistava työote sekä yhteistyökokeilut päivähoidon, erikoissairaanhoidon ja ammattikorkeakoulun kanssa. Lisäksi vapaaehtoisjärjestöjen kehittämistoiminnasta on monia hyviä tuloksia, joita voitaisiin hyödyntää neuvolatoimintaa kehitettäessä. Väestövastuukokeilut ovat saaneet aikaan toiminnan uudelleen tarkastelua ja uusia toimintamalleja sekä lisänneet moniammatillista yhteistyötä.

Ongelmana on, että monet uudet toimintatavat ovat varsin paikallisia. Tästä syystä neuvolatoiminnan laatu vaihtelee eri puolilla Suomea. Muita neuvolatoiminnan keskeisiä pulmia ovat moniammatillisen yhteistyön riittämätön hyödyntäminen, terveydenhoitajien toimintaan heijastuva epäyhtenäinen perhe- ja yhteisökäsitys, asiakasperheiden vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa neuvolatoimintaan, työntekijöiden systemaattisen kouluttautumisen ja kehittämisjärjestelmän puuttuminen sekä epäyhtenäinen tilastointi ja alkuvaiheissaan olevat laadunseurantajärjestelmät.

Raportissa tehdään useita ehdotuksia neuvolatoiminnan uudistamiseksi. Perhekeskeisten ja yhteisöllisten toimintamallien kehittämiseksi ehdotetaan muun muassa varhaisen puuttumisen mallin luomista, perheiden vertaistuen lisäämistä ja kotikäyntien sisällöllistä kehittämistä. Lisäksi tehdään ehdotuksia terveydenhoitajien työmenetelmien, neuvolatoiminnan organisatoristen edellytysten, terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistamisen sekä neuvolaa koskevan tutkimus- ja projektitoiminnan kehittämiseksi.

Asiasanat: äitiys- ja lastenneuvola, terveydenhoitaja, lapsiperheet, perheiden tukeminen

Esipuhe

Neuvolatoiminnalla on pitkät perinteet Suomessa ja sen palveluja käyttävät lähes kaikki perheet. Äitiys- ja lastenneuvolat koetaan tarpeelliseksi ja milteipä itsestään selvyydeksi suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä. Perheet ovat neuvolatoimintaan pääsääntöisesti tyytyväisiä, mutta parina viime vuosikymmenenä on havaittu niin asiakkaiden kuin neuvolassa työskentelevän ammattihenkilöstön taholta toiminnan uudistamis- ja kehittämistarpeita. Perheiden nykyinen monimuotoisuus ja perhedynamiikka tuovat mukanaan omat haasteensa neuvolatoiminnalle.

Osa asiakkaista on kokenut saamansa palvelut liian yhdenmukaisina, jolloin ne eivät ole vastanneet heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. Neuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat ja kättilöt ovat puolestaan havainneet, että palveluja on suunnattava painotetummin joillekin ryhmille, samalla kun on koko ajan kriittisesti tarkasteltava omaa toimintaa ja kehitettävä tarkoituksenmukaisia ja uusia työskentelytapoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman eräänä tavoitteena on lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Ohjelmassa kehoitetaan kuntia kehittämään äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen työmenetelmiä ja toiminnan sisältöä vanhemmuutta ja lasten psykososiaalista kehitystä paremmin tukevaksi. Kehittämistyössä suositetaan hyödyntämään jo tehtyjä tutkimus- ja kehittämishankkeita. Ongelmaksi on kuitenkin koettu se, ettei eri puolilla maata tehtyjä hankkeita ole koottu yhteen eikä niistä näin ollen ole välttämättä saatavilla tietoa työorganisaation tai kunnan ulkopuolella.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Kuopion yliopistolle tehtäväksi koota ja analysoida kaikki 1990-luvulla tehdyt neuvolatyötä käsittelevät tutkimus- ja kehittämishankkeet, joista suurin osa on koottu ja analysoitu tähän selvitykseen. Tarkoituksena on ollut tunnistaa lapsiperheitä tukevat toimintakäytännöt, keskeiset pulmat sekä kehittämiskelpoiset toimintamuodot ja tehdä ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Selvitykseen koottujen tutkimus- ja kehittämishankkeiden määrä osoittaa, ettei neuvolatoiminta ole polkenut paikallaan, vaan kehittämistyötä on tehty eri puolella maata. Neuvolatoimintaa ovat tutkineet ja kehittäneet erityisesti neuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat. Niinpä kehittämisehdotuksia on tarkasteltu ensisijaisesti terveydenhoitajan työn näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysministeriö kiittää kaikkia selvitystyöhön osallistuneita ja toivoo, että selvityksestä on apua äitiys- ja lastenneuvoloiden työntekijöille ja kunnan päättäjille neuvolatoiminnan kehittämisessä paremmin vastaamaan perheiden tämän päivän tarpeisiin.

Helsingissä 2. marraskuuta 2000

Jarkko Eskola
Ylijohtaja
Ehkäisevän sosiaali- ja terveystalitiikan osasto

NEUVOLA LAPSIPERHEIDEN TUKENA

**Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja
kehittämishankkeista 1990-luvulla**

Pelkonen Marjaana & Löthman-Kilpeläinen Leeni
2000

SISÄLTÖ

ESIPUHE

1	TAUSTA JA TARKOITUS.....	1
1.1	Selvityksen lähtökohdat	1
1.2	Selvityksen tarkoitus ja aineiston kuvaus	3
2	LAPSIPERHEIDEN TUEN TARPEET JA TUKEMISEN KEINOT NEUVOLASSA TUTKIMUSTEN MUKAAN	4
2.1	Tutkimusten kuvaus	4
2.2	Perhe ja perheenjäsenet neuvolan asiakkaina	5
2.2.1	Vanhempien parisuhteen vahvistaminen	5
2.2.1.1	Parisuhde voimavarana	5
2.2.1.2	Parisuhteen tukeminen osaksi neuvolatoimintaa	5
2.2.2	Isät kaipaavat tukea	6
2.2.3	Varhaisvaiheen ja imetyksen tukeminen.....	8
2.2.4	Lapsi asiakkaana	10
2.2.5	Monimuotoinen perhe	11
2.2.5.1	Yksinhuoltaja- ja uusperheet.....	11
2.2.5.2	Monikulttuuriset perheet.....	12
2.2.6	Pelokas ja masentunut äiti.....	12
2.2.6.1	Synnytyspelkojen lievittäminen	13
2.2.6.2	Masentuneen äidin ja hänen perheensä tukeminen	13
2.2.7	Äidin päihdeongelma	14
2.2.8	Sairaiden ja vammaisten lasten perheet	15
2.2.9	Lastaan kaltoinkohtelevien perheiden auttamismahdollisuudet	16
2.2.10	Päätelmiä neuvolatoiminnan perhekeskeisyydestä	17
2.3	Perheiden auttamisen toimintatavat ja -menetelmät	19
2.3.1	Yhteistyösuhte vanhempien voimavarojen tukijana	19
2.3.2	Perheiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen	20
2.3.3	Ryhmätoiminta vanhemmuuden tukijana	21
2.3.3.1	Perhevalmennus	21
2.3.3.2	Pienryhmätoiminta lastenneuvolassa	23
2.3.4	Kotikäynnit.....	25
2.3.5	Moniammatillisen yhteistyön ja yhteisöllisen toimintatavan kehittäminen.....	27
2.4	Terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistaminen perheiden tukemisen edellytyksenä .29	
2.4.1	Suhtautuminen oman työn kehittämiseen	29
2.4.2	Kehitettävät valmiudet	29
2.4.3	Toimintatapojen yhtenäistäminen ja työnohjaus.....	31
3	LAPSIPERHEIDEN TUKEMISEKSI KEHITETYT TOIMINTAMUODOT NEUVOLASSA	32
3.1	Kehittämishankkeiden kuvaus	32
3.1.1	Kehittämisen lähtökohdat	32
3.1.2	Kohderyhmät ja toimintamuodot	33
3.1.3	Työtä ohjaavat välineet	35
3.1.4	Yhteistyötahot ja hankkeiden arviointi	36
3.2	Lapsiperheitä tukeva toiminta neuvolassa	37
3.2.1	Parisuhteen vahvistaminen neuvolassa	38

3.2.2	Vauvan varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen	38
3.2.3	Isien tukeminen neuvolassa	38
3.2.4	Kummikätilö perhevalmennuksessa	41
3.2.5	Imetyksen tukeminen	41
3.2.5.1	Vauvamyönteisyys-ohjelma	41
3.2.5.2	Imetystukiryhmä äitien tukena	42
3.2.6	Lapsiperhe-projekti perheiden tukena.....	43
3.2.7	Unikoulu vauvoille.....	44
3.2.8	Viisivuotiaiden lasten kehityksen arviointi yhteistyössä päiväkodin kanssa	45
3.2.9	Masentuneen äidin tukeminen	46
3.2.9.1	Masennuksen ennaltaehkäisy ja tunnistaminen neuvolassa.....	46
3.2.9.2	Baby blues -palvelut perheiden tukena	48
3.2.10	Päihdeongelmista kärsivien äitien auttaminen	49
3.2.11	Nettineuvola on kotineuvola	50
3.3	Menetelmien kehittäminen lapsiperheiden tukemiseksi	51
3.3.1	Pienryhmätoiminta neuvolassa	51
3.3.2	Asiakaslähtöisyyden lisääminen	52
3.3.3	Moniammatillinen yhteistyö	53
3.4	Terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistaminen	55
4	PÄÄTELMÄT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	57
4.1	Päätelmät neuvolan toimintakäytännöistä lapsiperheiden tarpeisiin vastaajina.....	57
4.2	Selvityksen luotettavuus	59
4.3	Ehdotukset neuvolatoiminnan sisällölliseksi ja menetelmälliseksi kehittämiseksi ...	60
4.3.1	Perhekeskeisten ja yhteisöllisten toimintamallien kehittäminen	60
4.3.2	Työmenetelmien kehittäminen.....	63
4.3.3	Neuvolatoiminnan organisatoristen edellytysten kehittäminen	65
4.4	Terveydenhoitajan ammattitaidon vahvistaminen	66
4.5	Tutkimus- ja projektitoiminnan kehittäminen	68
	LOPPUSANAT.....	69

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Luettelo analysoiduista tutkimuksista 1990-99

Liite 2. Yhteenvedo analysoiduista äitiys- ja lastenneuvolahankkeista 1990-99

Liite 3. Tutkimusten kuvaus

Liite 4. Lapsiperheitä tukevia toimintakäytäntöjä ja menetelmiä

Liite 5. Audit-kyselylomake

Liite 6. Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan liittyviä verkkosivuja

1 TAUSTA JA TARKOITUS

1.1 Selvityksen lähtökohdat

Perhe on edelleen suomalaisen yhteiskunnan arvossa pidetty perusyksikkö. Parhaimmillaan perhe antaa suojaa jäsenilleen ulkoisia paineita vastaan ja turvaa lapsille vakaan ja luotettavan kasvuympäristön sekä turvalliset ja lämpimät ihmissuhteet. Parisuhteessaan hyvin voivat vanhemmat jaksavat panostaa sekä työelämäänsä että perheeseen.

Monien tutkimusten ja selvitysten mukaan lapsiperheiden asema on viime vuosina heikentynyt kolmanneksessa suomalaisista kunnista (esim. Eronen ym. 1997). Elämästä on tullut epävakaisempaa ja vanhemmuudesta aikaisempaa pulmallisempaa. Vaikka lamakausi on maassamme ohitettu, on kuitenkin monella lapsiperheellä taloudellisia vaikeuksia, työttömyyttä ja vanhempien sosiaalista syrjäytymistä, jotka saattavat heikentää lasten terveen kasvun edellytyksiä. Joidenkin vanhempien työ on epävakasta, jotkut taas yrittävät ratkaista ristiriitaa kiristyvän työelämän tahdin sekä perhe-elämän, vanhemmuuden ja lasten hyvinvoinnin välillä. Myös vanhempien mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet 1990-luvulla. Lisäksi joka toinen 1990-luvulla solmittu avo- tai avioliitto purkautuu. Tämä on merkinnyt yksinhuoltaja- ja uusperheiden lisääntymistä Suomessa. Esimerkiksi yksinhuoltajaperheitä oli lapsiperheistä 18 % vuonna 1996 (Ruokolainen 1998). Noin 10 % neuvolaikäisistä lapsista elää ns. haavoittuvissa oloissa. Lasten lisääntyvä henkinen pahoinvointi onkin pantu huolestuneena merkille.

Huolimatta edellä kuvatuista perheitä koettelevista pulmista monet perheet selviytyvät hyvin itse tai tarvitsevat vain vähäistä tukea yhteiskunnalta. Lapsen odottaminen, synnyttäminen sekä hoitaminen ja kasvattaminen ovat kuitenkin elämänvaiheita, joissa useat vanhemmat kokevat itsensä epävarmoiksi ja valmiuksissaan puutteita. Kun olemassa olevat voimavarat eivät riitä, saattaa perhe tarvita lisätukea ulkopuoleltaan.

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat palvelleet lasta odottavia ja lasta kasvattavia perheitä yli 50 vuoden ajan. Lähes kaikki vanhemmat käyttävätkin kunnallisia neuvolapalveluja ja ovat yleensä melko tyytyväisiä siihen etenkin verrattaessa neuvolapalveluja muihin terveyspalveluihin (esim. Eronen ym. 1997). Esimerkiksi kolmivuotiaiden lasten vanhemmista lähes 90 % piti neuvolaa hyödyllisenä ja neuvolakäyntejä mieluisina. Muita hyödyllisempänä neuvolaa pitivät alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat ja nuoret vanhemmat. (Pelkonen 1994.) Vastaavasti äitiysneuvolatoiminta oli vastannut tulevien äitien odotuksiin täysin tai lähes riittävästi 81 %:n mielestä laajan väestökyselyn mukaan (Perälä ym. 1998).

Vaikka vanhemmat ovat neuvolaan yleisesti tyytyväisiä, toivovat he sen kehittyvän nykyistä joustavammin perheiden muuttuneiden tarpeiden ja elämäntilanteiden mukaan. Vanhemmat odottavat muun muassa tukea parisuhteelle, keskustelua tunteista ja nykyistä parempia vaikuttamismahdollisuuksia neuvolatoimintaan ja sen kehittämiseen. Luottamuksellista keskustelua haittaavan kiireen tuntua ovat valittaneet sekä asiakkaat että neuvolan henkilökunta.

Toimintaympäristö muuttui 1990-luvun alussa, kun kuntien valtiosuusjärjestelmän muutos toi kunnille entistä suuremman oikeuden ja vastuun kehittää omia palvelujaan. Kansallisen tason normiohjauksesta luovuttiin ja siirryttiin informaatio-ohjaukseen, jolloin esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevat yleis- ja ohjekirjeet pääsääntöisesti kumoutuivat.

Siten kunnilla ja kunnallisilla terveyskeskuksilla ei ole enää valtakunnallisia ohjeita, vaan niillä on vapaus kehittää omaa toimintaansa paikallisten tarpeiden mukaisesti. Siirtyminen väestövastuuseen muutti äitiys- ja lastenneuvoloiden toimintatapaa. Lamakaudella 1990-luvulla monet kunnat supistivat ennalta ehkäisevää toimintaa, jolloin myös neuvolatoiminta joutui leikkausten kohteeksi. Joissakin terveyskeskuksissa on vähennetty työntekijöitä, mikä on merkinnyt jäljelle jääneelle henkilöstölle asiakasmäärien kasvua työntekijää kohden.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ja neuvolatoiminnan kehittäminen on ollut esillä useimmissa 1990-luvun valtakunnallisissa suunnitelmissa. Viimeisimmissä 1990-luvun lopun terveystoiminnassa asiakirjoissa on runsaasti kannanottoja ja ehdotuksia perheiden tukemiseksi sekä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi. Vuonna 1999 hyväksytyn Paavo Lipposen II hallituksen ohjelman mukaan maamme hallitus tukee vastuullista vanhemmuutta edistävää perhepolitiikkaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–2003 kehoitetaan kuntia kehittämään äitiys- ja lastenneuvoloiden työmenetelmiä ja toiminnan sisältöä paremmin vanhemmuutta ja lasten psykososiaalista kehitystä tukevaksi. Isätoimikunnan mietinnössä rohkaistaan kiinnittämään aikaisempaa enemmän huomiota isiin ja kehittämään neuvolatoimintaa tukemaan entistä paremmin parisuhdetta, vanhemmuutta ja isyyttä perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Näiden periaatteiden lisäksi asiakirjoissa korostetaan palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallistumista, lasten ja nuorten syrjäytymisen torjuntaa ja varhaista puuttumista ongelmatilanteisiin. Ehkäisevän työn moniammatillisia, verkostoituvia toimintamalleja ehdotetaan kehitettäväksi neuvolan, päivähoiton, koulun ja lastensuojelun yhteistyönä.

Monessa kunnassa on tehty lapsipoliittinen hyvinvointiselonteko ja sen perusteella toimenpideohjelmia. Kimmokkeena on ollut Stakesin organisoima 'Kuntastrategiat ja lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko -tutkimus- ja kehittämishanke', joka on osa vuonna 1998 käynnistettyä Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen kunnassa -hanketta. (Ruokolainen 1998). Stakes on käynnistänyt myös muita lapsiin ja nuoriin kohdistuvia hankkeita, esimerkiksi vuonna 1997 käynnistyi Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä -hanke. Myös Suomen Kuntaliitto on rohkaissut kuntia tukemaan lasten ja lapsiperheiden hyvinvointia ja laatimaan toimenpideohjelmia uudella vuonna 2000 ilmestyneellä lapsipoliittisella ohjelmallaan (Eläköön lapset – lapsipoliitiikan suunta 2000).

Tämän selvitystyön tekemisen eräänä lähtökohtana on ollut tieto siitä, että äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa on tutkittu melko paljon ja sen kehittämiseksi on organisoitu lukuisia valtakunnallisia ja paikallisia kehittämisprojekteja. Tutkimuksia ja kehittämisraportteja ei kuitenkaan ole analysoitu ja koostettu, eikä näin ollen ole voitu muodostaa kokonaiskuvaa kehittämistoiminnan laajuudesta, painopisteistä ja ongelmakohtista. Neuvolan työntekijöiden ja päättäjien voi olla vaikea löytää hajallaan olevaa tietoa ja hyödyntää sitä päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä kuten viimeisimmässä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja tavoiteohjelmassa esitetään.

Terveydenhuollon toiminnan kehittäminen tutkimukseen ja muuhun parhaaseen näyttöön perustuen muodostaa selvityksen toisen lähtökohdan. Myös Maailman terveysjärjestön WHO:n ministeriötason konferenssissa kesällä 2000 annetussa julistuksessa kehoitetaan viranomaisia tukemaan tutkimusta ja tiedon levittämistä tiedollisen perustan ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi hoito- ja kättilötyössä (WHO 2000). Uutta tietoa ja uusia ohjeita kaivataan todennäköisesti erityisesti lastenneuvolatyössä, sillä viimeisimmät

lastenneuvolaa koskevat ohjeet ovat vuodelta 1990. Äitiysneuvolatoiminnan kehittämistä ohjaavat suositukset julkaistiin vuonna 1999.

1.2 Selvityksen tarkoitus ja aineiston kuvaus

Tähän raporttiin on koottu ja analysoitu suurin osa Suomessa 1990-luvulla tehdyistä äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista. Tarkoituksena on ollut tunnistaa lapsiperheitä tukevat toimintakäytännöt, keskeiset pulmat sekä kehittämiskelpoiset toimintamuodot ja tehdä ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Perhesuunnittelu-kysymyksiä ei ole tarkasteltu tässä työssä. Täsmennetyt selvitystehtävät ovat seuraavat:

1 Millä tavalla neuvolan nykyiset toimintakäytännöt vastaavat lapsiperheiden ajan-kohtaisia tarpeita

Keitä asiakasryhmiä tuetaan ja minkälaisiin tarpeisiin neuvolassa vastataan?

Minkälaisista toimintatavoista ja työmenetelmistä on perheille tukea ja hyötyä?

Miten terveydenhoitajan työ on organisoitu ja miten se on kehittynyt 1990-luvulla?

2 Miten neuvolatoimintaa on tarpeen kehittää?

Tämän selvitystyön aineistona on 80 tutkimus- ja 30 kehittämishankkeen raporttia. Aineistoa etsittiin erilaisista tietokannoista, internetin kautta sekä puhelimitse läänin-hallituksista, mutta kaikkea aineistoa ei todennäköisesti pystytty näin paikantamaan. Tutkimukset (liite 1) rajattiin koskemaan yliopistollisia ja muita projektitutkimuksia, joten ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä ei otettu mukaan analyysiin. Kehittämishankkeista (liite 2) analysoitavaksi otettiin pääasiassa julkaistuja neuvolatoimintaan suoraan kohdistuneita projektiraportteja. Lisäksi mukaan otettiin neljä neuvolatoimintaa sivunnutta vapaaehtoisjärjestön hanketta, joissa tehdään ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi, sekä kahden terveyskeskuksen monisteen muodossa raportoidut hankkeet. Julkaistuja raportteja on tarkastelun kohteena 22 ja monistemuotoista raporttia kuusi ja kaksi internet-sivuilla esiteltyä projektikuvausta.

Aineisto analysoitiin siten, että tutkimus- ja kehittämishankkeet luokiteltiin erikseen taulukointia apuna käyttäen. Tutkimusten ja kehittämishankkeiden tuloksista pyrittiin tunnistamaan vanhempia hyödyttävät toimintakäytännöt ja toisaalta vanhempien kokemat keskeiset epäkohdat. Kaikkea aineistoa ei kuitenkaan ole analysoitu, vaan on keskitytty tunnistamaan raportin tarkoituksen ja selvitystehtävien mukaisia teemoja. Tulostusvaiheessa joitakin lukuja on täydennetty myös muulla aiheenmukaisella, esimerkiksi synnytyksen jälkeistä masennusta ja raskaana olevan päihteiden käyttöä koskevalla tutkimustiedolla. Mukaan on otettu kaksi vuoden 2000 puolella julkaistua opinnäytetyötä.

Tutkimuksia (luku 2) ja kehittämishankkeita (luku 3) koskevat tulokset on raportoitu omina kokonaisuuksinaan. Yhteenvedo-osassa esitetään selvitystehtävän mukaiset päätelmät ja tehdään ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Raportissa käytetään neuvoloissa työskentelevistä kättilöistä ja terveydenhoitajista virkanimikkeen mukaisesti termiä terveydenhoitaja.

Tavoitteena on, että selvitystä hyödynnetään

- 1) neuvolatoiminnan sisällöllisessä ja menetelmällisessä kehittämisessä,
- 2) osana lasten ja nuorten hyvinvointia tukevia kuntastrategioita,
- 3) neuvolan työntekijöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa sekä

4) uusien projektien ja tutkimushankkeiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

2 LAPSIPERHEIDEN TUEN TARPEET JA TUKEMISEN KEINOT NEUVOLASSA TUTKIMUSTEN MUKAAN

2.1 Tutkimusten kuvaus

Neuvolatoimintaan kohdistuneet 80 tutkimusta edustivat kuutta eri tieteenalaa. Noin kolme neljäsosaa oli hoitotieteellisiä ja lähes kymmenesosa monitieteisiä tutkimuksia. Suurin osa tutkimuksista oli eri tasoisia opinnäytetöitä: pro gradu –tutkimuksia oli hieman yli puolet, liseniaatin- ja väitöskirjatutkimuksia kolmasosa. Kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä oli käytetty lähes yhtä paljon, kumpaakin noin 40 %:ssa tutkimuksista. Molempia menetelmiä samassa tutkimuksessa oli käytetty viidenneksessä tutkimuksista. (Liite 3.)

Vanhemmat olivat olleet tutkittavina yli kolmasosassa tutkimuksista. Vain henkilökuntaa oli tutkittu 26:ssa ja molempia 21 tutkimuksessa. Muita tutkimuskohteita olivat terveystietokannat. Vanhemmista useimmin oli tutkittu sekä äitejä että isiä, seuraavaksi pelkkiä äitejä ja vähiten isiä. Uusperheitä oli tutkittu vain yhdessä tutkimuksessa ja yksinhuoltajia ei yhdessäkään. Heitä koskevaa tietoa oli kysytty terveydenhoitajilta. Samassa tutkimuksessa saattoi olla useita asiakasryhmiä. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Asiakasryhmät äitiys- ja lastenneuvolatutkimuksissa 1990-99 (n=54)

Asiakasryhmä	Tutkimusten määrä	Asiakasryhmä	Tutkimusten määrä
Isät tai isät ja vauvat	3	Vanhemmat tai perheet	35
Äidit	14	Lasta odottavat vanhemmat	6
Äidit tai äidit ja vauvat	7	Imeväisikäisen vanhemmat	9
Raskaana olevat	3	Leikki-ikäisen vanhemmat	8
Imettävät äidit	3	Uusperheet	1
Masentuneet äidit	1	Ulkomaalaiset äidit ja perheet	2
Lapset	4	Erityistukea tarvitsevat vanhemmat	1
Väestö	2	Alle kouluikäisten vanhemmat	8
		(ikää ei raportoitu)	

Useimmin käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä olivat kyselyt ja haastattelut, osassa tutkimuksia oli käytetty useita menetelmiä. Aineiston koko vaihteli tutkimusotteen mukaan 10–3500 tutkittavaan, laadullisissa tutkimuksissa tutkittavia oli yleensä alle 50. Suuri yli 500 tutkittavan otos oli yhdeksässä tutkimuksessa. Mukana oli vain kaksi tutkimusta, joissa tutkittavat oli valittu valtakunnalliseen satunnaisotokseen perustuen ja joiden tulokset ovat parhaiten yleistettävissä perusjoukkoon lastenneuvolassa (Pelkonen 1994) ja äitiysneuvolassa (Perälä ym. 1998). Pitkittäistutkimuksia oli viisi (Koivisto ym. 1992; Bondas-Salonen 1995; Tarkka 1996; Hakulinen 1998; Strandström ym. 1998). Viidessä tutkimuksessa oli tutkittavina yli 100 terveydenhoitajaa (vaihteluväli 3–412), mutta suurimmassa osassa terveydenhoitajaotos oli melko pieni. Luotettavuutta oli tarkasteltu lähes jokaisessa tutkimuksessa. (Liite 3).

2.2 Perhe ja perheenjäsenet neuvolan asiakkaina

2.2.1 Vanhempien parisuhteen vahvistaminen

2.2.1.1 Parisuhde voimavarana

Perhetutkijoiden mukaan perheen tunneilmasto ja arkipäivän sujuminen ovat tekijöitä, jotka pitkälti määrittävät perheenjäsenien hyvinvointia. Parisuhteen sanotaan olevan perheen peruspilarin. Puolisoiden välinen hyvä suhde toimii voimavarana ennen lapsen syntymää, mutta sen jälkeen puolisoiden yhteenkuuluvuus ja läheisyys voivat vähentyä, koska parisuhteelle ei jää enää niin paljon aikaa kuin ennen (esim. Hakulinen 1991; Turunen 1992; Hakulinen 1993). Vauvan syntyminen perheeseen muuttaa parisuhdetta: se voi syventää sitä, mutta hyvin usein syntyy myös monenlaisia pulmia ja parisuhteen koetaan jopa huonontuneen (Reuna 1998). Perhebarometrin (Reuna 1998) mukaan vanhempien sukupuolielämä pikemmin huononi kuin parani lapsen synnyttyä. Myös Karilan (1991) mukaan siirtymä vanhemmuuteen rasittaa ennen muuta parisuhdetta.

Hakulisen (1998) pitkittäistutkimuksena toteutetussa väitöskirjatyössä parisuhteen ja perheen toimivuus oli keskeisesti esillä. Hakulinen tutki samojen perheiden äitien ja isien perhedynamiikan kehittymistä ja perheen voimavaroja noin neljän vuoden ajan. Tulosten mukaan suurin osa perheistä arvioi perheensä hyvin toimivaksi, mutta eivät kuitenkaan kaikki perheet. Lapsen syntyminen vähensi vanhempien yhteenkuuluvuuden tunnetta ja perheen joustavuutta ja lisäsi rooliristiriitoja. Yleisesti odotusvaiheessa äidit arvioivat perheensä toimivammaksi kuin isät lukuunottamatta roolivastavuoroisuutta. Toista lastaan odottavissa perheissä isät arvioivat kokeneensa vähemmän yhteenkuuluvuutta, pysyvyyden tunnetta ja roolivastavuoroisuutta kuin isät ensimmäistä lastaan odottavissa perheissä. Myös toista lasta kasvattavat isät arvioivat perheensä huonommin toimivaksi kuin esikoistaan kasvattavat isät. Mitä vähemmän perheellä oli ollut kuormittavia tekijöitä lapsen syntymän jälkeen, sitä toimivammaksi vanhemmat arvioivat perheensä. Lisäksi helppohoitoisen lapsen ominaispiirteet olivat yhteydessä äitien positiivisiin arvioihin perheensä toiminnasta. Mitä vähemmän perheellä oli kuormittavia tekijöitä, erityisesti parisuhteessa, ja mitä enemmän emotionaalista, instrumentaalista tai arvioivaa tukea koettiin saadun lastenneuvolassa, sitä yhteenkuuluvammaksi ja joustavammaksi äidit arvioivat perheensä. Terveystoimijalta saatu tuki näytti olevan yhteydessä perheen kuormittaviin tekijöihin niitä vähentäen ja perhedynamiikkaan sitä parantaen.

2.2.1.2 Parisuhteen tukeminen osaksi neuvolatoimintaa

Neuvolatoimintaa koskevista tutkimuksista ja kehittämishankkeista välittyy kuva, että neuvolassa on kiinnitetty melko vähän huomiota vauvan tuomiin muutoksiin perheessä, vanhempien jaksamiseen ja parisuhteeseen, vaikka monet vanhemmat halusivat keskustella myös näistä kysymyksistä (esim. Karjalainen 1992; Saranki-Rantakokko 1994). Vanhemmat ovat tunnistanee, että vanhempien huolet ja mieliala heijastuvat myös vanhempien ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja vaikuttavat lapsen kehitykseen. Jos parisuhdetta käsitellään neuvolassa, on se Kurosen (1993) mukaan tehty lähinnä lapsen hyvinvoinnin kannalta, ei niinkään aikuisen näkökulmasta tunne- ja seksuaalisuhteena. Myös Perälän ym. (1998) mukaan puolisoiden välistä suhdetta ja seksuaalisuutta käsitellään neuvolassa liian vähän.

Heimon (1999) mukaan noin kaksi kolmasosaa tutkimuksessa mukana olevien länsisuomalaisten neuvoloiden terveydenhoitajista keräsi tietoja vanhempien keskinäisestä suhteesta aina tai melkein aina, kolmannes joskus ja 6 % ei koskaan. Parisuhdeongelmien tunnistamisen kokivat saman tutkimuksen terveydenhoitajat melko vaikeaksi, sillä noin viidennes kertoi pystyvänä tunnistamaan ongelmat hyvin ja lähes 40 % huonosti. Parhaiten terveydenhoitajat arvioivat tukevansa ns. normaaleja perheitä (91 %). Jos perheellä oli parisuhdeongelmia, vajaa kolmannes arvioi kykenevänsä tukemaan perhettä hyvin. Muita paremmin kykenivät tukemaan parisuhdeongelmissa terveydenhoitajat, jotka työskentelivät sekä äitiys- että lastenneuvolassa. (Heimo 1999.)

Hakulinen (1998) suosittelee lyhyiden parisuhdetta ja perheen toimintaa käsittelevien lomakkeiden käyttöä neuvolassa keskustelujen virittäjänä sekä kotona että neuvolassa. Lisäksi hän suosittelee neuvolatyön painotuksen muuttamista siten, että normaaleilla neuvolan vastaanottokäynneillä kartoitettaisiin nykyistä enemmän perheen voimavaroja, vanhemmuuteen kasvua ja arkielämän sujumista. Lapsen temperamentti voi myös vaikuttaa parisuhteeseen, varsinkin jos lapsi on huomattavasti vaikeahoitaisempi kuin vanhemmat odottivat. Neuvolassa olisi sen vuoksi hyvä käydä keskusteluja lasten erilaisista temperamenteista ja yksilöllisyydestä. Lyhyillä lomakkeilla voidaan kartoittaa vanhempien käsityksiä lapsensa luonteesta ja auttaa vanhempia tiedostamaan käsityksensä lapsensa luonteesta ja ymmärtämään omia reaktioitaan.

Terveydenhoitaja voi tukea parisuhdetta muun muassa

- Auttamalla vanhempia varautumaan lapsen tuomiin muutoksiin perheessä,
- Ottamalla puheeksi ja tukemalla vanhempia itse tunnistamaan vanhemmuuden voimavarat ja niitä kuormittavat tekijät,
- Kiinnittämällä aktiivisesti vanhempien huomiota parisuhteesta huolenpidon tärkeyteen,
- Olemalla valmis keskustelemaan vanhempien kanssa arjen sujumisesta ja parisuhteeseen liittyvistä vanhemmille tärkeistä kysymyksistä, myös seksuaalisuudesta,
- Järjestämällä vanhemmille mahdollisuuksia keskustella parisuhteeseen liittyvistä asioista muiden vanhempien kanssa.

2.2.2 Isät kaipaavat tukea

Miehen arki oli ainakin vielä 1990-luvun alussa neuvolalle vieras, eivätkä isät saaneet odottamaansa tukea isäksi kasvussaan (esim. Hyssälä 1992; Kuronen 1993). Tällöin ei ehkä tunnistettu sitä, että isät saattavat vaikuttaa puolisonsa mielipiteisiin ja asenteisiin (esim. Viljanen 1993). Isiin on alettu kiinnittää enemmän huomiota neuvolatoiminnassa 1990-luvun puolivälin jälkeen, jolloin isien tuen tarvetta ja tuen saantia ryhdyttiin tutkimaan neuvolatoiminnan yhteydessä (esim. Pietiläinen 1995; Säisä 1996; Kaila-Behm 1997). Tämän lisäksi isät ovat olleet mukana tutkittavina useissa muissa esimerkiksi perhevalmennusta ja kotikäyntejä koskevissa tutkimuksissa, kehittämishankkeissa ja pienimuotoisissa opinnäytetöissä. Näistä tutkimuksista välittyy kuva, että isät kaipaavat tukea, mutta neuvolan tarjoamat palvelut ovat jääneet monille vieraiksi. Erityisesti nuoret, alle 25-vuotiaat ja teollisuustyöntekijöihin lukeutuvat isät kaipasivat Hyssälän (1992) mukaan muita enemmän tukea. Tutkimusta on kuitenkin toistaiseksi tehty kaiken kaikkiaan melko vähän, mikä vaikeuttaa luotettavan kuvan muodostamista aiheesta. Seuraavissa tutkimuksissa tarkastellaan isän roolia raskauden aikana ja syntymän jälkeen lapsen puolen vuoden ikään saakka.

Isät ovat erilaisia. Isien tuen tarvetta ja tuen saantia on tutkittu raskauden (Säisä 1996; Kaila-Behm 1997) sekä lapsen varhaisvaiheiden aikana (Pietiläinen 1995; myös Kaila-Behm 1997). Kaila-Behm (1997) tunnisti laadullisessa väitöstutkimuksessaan isänä olemisen tavat isäksi kasvun eri vaiheissa. Isä itse valitsee tietyn tavan olla isä. Hän voi olla sivustaseuraaja, tukihenkilö, kumppani tai perheenpää. Huttunen (1993) ja Huttunen ja Hämäläinen (1993) ovat vastaavasti tunnistaneeet tutkimustensa perusteella neljä erilaista isätyyppiä, jotka ovat poissa oleva, perinteinen, avustava ja uusi isä. Ongelmia voi syntyä, jos isän valitsema tapa olla isä ja puolison näkemys ovat ristiriidassa keskenään tai jos terveydenhoitaja tukee omalla toiminnallaan isän käsityksestä poikkeavaa isätyyppiä (Kaila-Behm 1997).

Isä kokee tutkimuksessa tunnistetut 13 raskauden ja lapsen syntymän vaihetta hyvin toisella tavalla kuin äiti. Isälle lapsi todellistuu konkreettisten asioiden ja tekemisen kautta ja hän pohtii erilaisia kysymyksiä kuin äiti. Vaikein vaihe monelle isälle oli esikoisen hoitoon totutteluvaihe, joka saattoi kestää kahdesta viikosta kahteen kuukauteen synnytyksestä. Vaihe oli erityisen vaikea, jos lapsi oli itkuinen ja isä koki itsensä avuttomaksi. (Kaila-Behm 1997.)

Terveydenhoitajan keinot tukea isää. Terveydenhoitajilla on hyvät mahdollisuudet tukea isiä isyyteen ja vanhemmuuteen kasvussa. Terveydenhoitajat voivat tukea isäksi työskentelyä kutsumalla isiä neuvolaan, antamalla heille tietoa, muun muassa ennakoivaa tietoa odotettavissa olevista tapahtumista, ja ohjaamalla lisätiedon lähteille. Hyvin tarpeellista on konkretisoida isälle raskautta ja sen kulkua eri tavoin ja keskustella isän kanssa hänen havainnoistaan ja kokemuksistaan, muun muassa synnytykokemuksesta. (Kaila-Behm 1997.) Isän mielestä häneen pitäisi suhtautua myös isänä ja lapsen toisena vanhempana eikä vain äidin tukihenkilönä, jollaiseksi terveydenhuollon henkilöstö saattaa kouluttaa isän. Terveydenhoitaja voi omalla toimintatavallaan asettaa isän sivustaseuraajaksi, esimerkiksi osoittamalla tuolin etäämpää seinän viereltä. (Kaila-Behm 1997; myös Kuronen 1993).

Terveydenhoitaja voi myös eri tavoin kannustaa ja rohkaista isää omakohtaiseen pohdintaan ja toimintaan sekä antaa hänelle aktiivisesti palautetta onnistumisista. Keskeistä on isän yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen. Jos tuki ei lähde isän tarpeista, isä kokee itsensä ulkopuoliseksi. Vertaisten eli muiden isien antama tuki oli isistä myös todella tärkeää. Vertaistuen saamiseksi terveydenhoitaja voi organisoida isäryhmiä (ks. luku 2.3.3), jollaisia jo on joissakin neuvoloissa. Isät kokivat hyvin tärkeäksi terveydenhoitajan kotikäynnin. Tällöin oli muun muassa otollinen tilanne antaa isälle hänen odottamaansa palautetta lapsenhoidosta ja isänä olemisesta. Tärkeää on antaa isälle aikaa kypsyä isäksi omassa tahdissaan. Terveydenhoitaja voi rohkaista paria keskinäisten odotusten tunnistamiseen ja niiden yhteensopivuuden tarkasteluun. (Kaila-Behm 1997.)

Pietiläisen (1995) kyselytutkimuksen mukaan 0–6 kuukauden ikäisten lasten isistä tiedollinen tuki oli tärkeintä lastenneuvolassa. Isät odottivat ristiriidatonta, ajankohtaista ja yksilöllistä tietoa muun muassa vauvan hoidosta ja parisuhteesta. Toiseksi tärkeintä isistä oli itsetuntoa vahvistava tuki: isät toivoivat myönteistä palautetta, luottamuksen vahvistamista omaan kykyihinsä ja hyväksyntää isälle sellaisena kuin hän on. Melko tärkeää oli, että terveydenhoitaja kertoi ongelmien olevan tavallisia muillakin perheillä. Tämän Länsi-Suomessa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan ryhmätilaisuuksien järjestäminen ei ollut isistä kovin tärkeää. Isät arvostivat suuresti, jos heidän kokemuksiaan kysytään, heitä kuunnellaan ja heidän mielipiteensä otetaan huomioon. Isät halusivat tehdä lopulliset päätökset itse. Terveydenhoitajan rooli korostui avun ja tuen koordinoijana. (Pietiläinen 1995).

Isäksi kasvua auttaa, jos terveydenhoitaja

- Ymmärtää isien olevan erilaisia,
- Ottaa lähtökohdaksi isän yksilölliset tuen tarpeet,
- Rohkaisee äitiä ja isää tiedostamaan oman isäkäsityksensä ja toisiinsa kohdistamat odotukset ja keskustelemaan niistä,
- Antaa tietoa, konkretisoi raskautta isälle, keskusteleo isän kokemuksista isää kuunnellen ja vahvistaa isän itsetuntoa isänä,
- Luo mahdollisuuksia vertaistuen saantiin esimerkiksi järjestämällä isäryhmiä.

2.2.3 Varhaisvaiheen ja imetyksen tukeminen

Varhaisesta vuorovaikutuksesta ja imetyksen tukemisesta on tässä selvityksessä mukana melko vähän tutkimuksia, joten niiden perusteella ei voi tehdä pitkälle meneviä päätelmiä. Tutkimusten tulokset tukevat kuitenkin toisiaan. Ensisynnyttäjän äitiyden varhaisvaiheita selvittäneessä tutkimuksessa (Tarkka 1996) todettiin äidin imetyksestä ja lapsenhoidosta selviytymisen olevan yhteydessä äidin terveyteen, mielialaan, kiintymykseen lasta kohtaan sekä kykyyn toimia äitinä. Äidin sosiaalisen tuen saanti sekä läheisiltä että terveydenhoitajalta ja kättilöltä ja äitiyden arvostus olivat yhteydessä äidin imetyksestä ja lapsenhoidosta selviytymisen kanssa. Kättilön empaattinen tuki, hyväksyntä ja rohkaisu ja ammatillinen osaaminen vaikuttivat myönteiseen synnytyskokemukseen.

Varhaiskontaktia koskevien tutkimusten mukaan äidin ja vastasyntyneen vuorovaikutusta ei saisi häiritä ensimmäisen syntymän jälkeisen tunnin aikana tai ennen ensimmäistä imetystä. Vallimies-Patomäki (1998) tutki naisten ja miesten kokemuksia synnytyksestä. Kyselyn mukaan ennen synnytystä yli kolmasosa äideistä piti imettämistä heti syntymän jälkeen erittäin tärkeänä ja suurin osa äideistä imetti lastaan synnytyshuoneessa. Tutkimusten mukaan imetyksen onnistuminen on ollut yhteydessä äidin hoitotyytyväisyyteen sekä imetyksessä henkilöstöltä saatuun apuun, neuvoihin ja tietoihin. (Vallimies-Patomäki 1998.)

Imetykseen ja imetyksen tukemiseen neuvolassa liittyviä tutkimuksia tässä selvityksessä oli kuusi. Kvantitatiivisessa kyselyssä toteutetussa tutkimuksessa (Jukarainen 1994) oli kuvattu ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajalta saamaa sosiaalista tukea. Muissa tutkimuksissa oli tuotettu imetykseen liittyvää tietoa, joka osin sivusi neuvolatoimintaa (mm. Julin 1997; Heikkilä & Peltoniemi 1999).

Terveydenhoitajien ja somaliperheiden kohtaamista neuvolassa tutkittiin terveydenhoitajille osoitetun kyselyn avulla. Tulosten mukaan somaliäidit eivät halunneet imettää lastaan, vaan antoivat äidinmaidon korviketta. (Ekholm 1998.) Useiden tutkimusten (esim. Jukarainen 1994; Saarinen 1995) mukaan suomalaiset äidit pitävät imettämistä tärkeänä. He imettävät lastaan äidinmaidon ravitsevuuden, imetyksen vauvaan mahdollistaman läheisen suhteen ja imetyksen helppouden vuoksi. Edellä mainituissa tutkimuksissa mukana olleilla äideillä oli ilmeinen halu yrittää imettämistä. Kukaan heistä ei ollut päättänyt raskauden aikana olla imettämättä lastaan. Imettämisen kestoja pidensivät äitien korkeampi koulutus, mieheltä ja ystäviltä saatu riittävä tuki ja terveydenhoitajalta saatu emotionaalinen tuki. Mies oli tärkein epävirallisen tuen antajista. (Jukarainen 1994; myös Heikkilä & Peltoniemi 1999; Saarinen 1995.)

Laadullisessa tutkimuksessa (Heikkilä & Peltoniemi 1999), jonka aineisto on koottu esseillä, kuvataan kahdentoista imetystukiryhmään osallistuneen äidin, tukihenkilön eli doulan ja

terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia. Tutkimuksessa tarkasteltiin imetystä vuorovaikutuksena, imetysohjausta ja imetystukiryhmää äidin tukena. Äitien myönteiset kokemukset lisäsivät tutkimuksen mukaan imetystä ja vahvistivat itseluottamusta. Äitien sosiaalisen verkoston antamalla tuella on vaikutusta imetyskokemuksiin. Äidit ja doulat kokivat imetystukiryhmän tuen olevan emotionaalista, tiedollista, instrumentaalista ja arvioivaa. Hyvä imetysohjaus sisältää tutkimuksen mukaan näitä kaikkia sosiaalisen tuen muotoja, on asiakaslähtöistä, kannustavaa sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksen huomioivaa. Imetysohjaus tulee aloittaa raskauden aikana ja painottaa synnytyksen jälkeisiin päiviin. Tärkeitä ohjausteemoja olivat imetystekniikka, imetysasento, imetysote ja ongelmatilanteista selviäminen. Näistä teemoista sekä maidon tuotannon lisäämiskeinoista on muissa tutkimuksissa (Jukarainen 1994; Saarinen 1995) todettu olevan äideillä tiedon tarvetta. Hoitohenkilökunnan myönteinen asenne edesauttoi imetyksen onnistumista. Doulat kokivat tehtävänsä kuitenkin vaativana ja ristiriitaisia tunteita herättävänä. Doulien säännöllinen kouluttaminen ja ohjaus onkin tärkeää. (Heikkilä & Peltoniemi 1999.) Terveydenhoitajien imetysohjaajakoulutus lisäsi laadullisen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien motivaatioita imetysohjaukseen. Kokemusten vaihto terveydenhoitajien kanssa ja ryhmästä saatu tuki lisäsivät valmiuksia kohdata asiakkaita yksilöllisesti. (Ratia 1998.)

Äidit saivat paljon tietoa äidinmaidon eduista sekä neuvolassa että vierihoito-osastolla (Jukarainen 1994; Saarinen 1995). Vähiten tietoa he saivat isän mahdollisuuksista toimia kotona imetyksen tukihenkilönä. Vierihoito-osastolla emotionaalisen tuen osatekijöistä parhaiten oli otettu huomioon äitien yksilöllisyys. Vanhemmista äideistä lähes puolet koki saaneensa emotionaalista tukea vähän, kun taas nuoremista suurin osa koki sen olleen riittävää. (Saarinen 1995.) Synnytysvuodeosaston imetysohjauksesta äidit odottivat hoitotyöntekijöiltä emotionaalista tukea itselleen, puolisolle ja läheiselle tukihenkilölle (Julin 1997). Terveydenhoitajan antama emotionaalinen ja päätöksenteon tuki osoittautuivat tärkeiksi tekijöiksi ensisynnyttäjä-äidille, joka opetteli imetystä, lapsenhoitoa ja vauvan tarpeiden tunnistamista. Lisäksi äidit toivoivat lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvää neuvontaa ja enemmän keskustelua esikoisen tuomista muutoksista perheeseen. (Tarkka 1996.) Terveydenhoitajat kuuntelivat äitejä imetykseen liittyvissä asioissa, mutta rohkaisivat vain harvoin puhumaan aiheesta. Useimmat äideistä luottivat terveydenhoitajien kykyyn auttaa imetyksessä. Tosin viidesosa heistä ei luottanut siihen lainkaan. (Jukarainen 1994.) Ensi- ja uudelleensynnyttäjä-äidit ilmoittivat kyselyn perusteella olleensa tyytyväisiä saamaansa toiminnalliseen tukeen ja erityisesti ”kädestä pitäen” opastamiseen kuten lapsen rinnalle auttamiseen (Saarinen 1995).

Tutkimusten mukaan useimmat äidit ovat olleet tyytyväisiä sairaalassa synnytyksen jälkeen saamaansa imetystukeen (Jukarainen 1994; Saarinen 1995). Sen sijaan äitiys- ja lastenneuvolan imetysohjaukseen äidit eivät ole olleet yhtä tyytyväisiä. Äitiys- ja lastenneuvolassa käsiteltävistä raskauden ja lapsivuodeajan teemoissa imetystä oli käsitelty vastaajista kolmasosan mielestä riittämättömästi (Perälä ym. 1998). Vähän yli puolet äideistä äitiysneuvolassa ja perhevalmennuksessa sekä vajaa puolet lastenneuvolassa (Jukarainen 1994) oli kokenut saamansa imetysohjauksen riittäväksi. Tarkan (1996) tutkimuksen mukaan ensisynnyttäjistä yli kolmannes (37%) oli saanut huonosti tai ei lainkaan imetysohjausta. Kaiken kaikkiaan imetysohjaus oli ollut vähäistä. Äidit kokivat positiivisena terveydenhoitajan kotikäynnin synnytyksen jälkeen. (Tarkka 1996.)

Lapsen imetyksessä äitiä tukee, jos terveydenhoitaja

- Antaa monipuolista tietoa vauvan hoidosta ja imetyksestä jo ennen lapsen syntymää äidin ja isän tarpeiden mukaisesti,
- Tukee äitiä konkreettisesti ja emotionaalisesti,
- Rohkaisee äitiä puhumaan tunteistaan, kokemuksistaan ja elämäntilanteestaan,
- Ei tee imetyksestä äidille ahdistavaa kysymystä,
- On kiinnostunut äidin tuen saannista erityisesti lapsen isältä ja järjestää tarvittaessa lisätukea,
- Järjestää imetystukiryhmiä tai ohjaa äidin paikkakunnalla toiminnassa olevaan ryhmään,
- Tekee yhteistyötä imetysohjaukseen osallistuvien tahojen kanssa ja pyrkii yhtenäistämään imetysohjausta,
- Tekee kotikäynnin.

2.2.4 Lapsi asiakkaana

Lasta neuvolan asiakkaana on tutkittu hyvin vähän lasten näkökulmasta (Kempainen 1994; Okkonen 1999). Vaikka asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tutkimukset ovat lisääntyneet 1980-luvulla ja neuvolapalvelut ovat olleet tutkituimpia palvelutyyppejä terveydenhuollossa, ovat lapset olleet harvoin tutkittavina. Lasten näkökulma neuvolatoimintaan on tullut tutkimuksissa esille pääasiassa aikuisten kautta (Okkonen 1999). Riihelän (1996) mukaan lapsitutkimuksissa on usein kyseenalaistettu lapsen asema oman toimintansa subjektina, kun hänen tekojaan on suhteutettu sekä ikään että älykkyyssomäärään.

Neuvolatoiminnan käynnistymisestä lähtien toiminnan perusteluna ja ensisijaisena huomion kohteena on ollut lapsi. Neuvolatoiminta kohdistuu lapseen, mutta hän jää kuitenkin asiakkaana aikuisten varjoon. Lapsi ei ole koskaan asiakkaana yksin. Erityisesti pienten vauvaikäisten lasten kohdalla asiakas on lapsen neuvolaan tuova äiti. Äitiysneuvolassa lasta ei pidetä varsinaisesti asiakkaana, vaan hän on mukana yleensä hoitopaikan puuttumisen takia. Lapsen asiakkuus liittyy ensisijaisesti lastenneuvolaan, vaikka sielläkin asiakassuhteen pääpaino on työntekijän ja lapsen vanhemman välisessä suhteessa. (Vehviläinen-Julkunen 1990a; Kuronen 1993.) Terveydenhoitajat itse ovat pitäneet lastenneuvolan asiakkaana koko perhettä, lasta ja äitiä tai lasta, jolloin perhettä pidetään taustavaikuttajana (Nieminen 1992).

Asiakassuhteen luominen lapseen tapahtuu vanhempien avustuksella. Isompien lasten kanssa terveydenhoitajat ja lääkärit pyrkivät keskustelemaan suoraan ilman vanhemman toimimista ”tulkkina”. Suurin osa keskustelusta käydään kuitenkin aikuisten kesken. (Lepola 1992; Kuronen 1993.) Lapsi näyttää olevan neuvolakäynneillä pääasiassa toimenpiteiden ja tutkimusten kohde. Hänen asiakkuutensa merkitsee ennen kaikkea sitä, että hän toimii pyydytyllä tavalla. Tiedetyt toimenpiteet toistuvat lastenneuvolassa jokaisella käyntikerralla. Pääasiallisina elementteinä ovat lapsen tutkiminen, vanhempien kanssa keskustelu ja neuvonnan antaminen lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvissä asioissa. (Kuronen 1993.) Lapsen fyysistä kasvua seurataan mittauksilla ja fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä erilaisilla tutkimuksilla, testeillä ja tehtävillä (Okkonen 1999). Tavanomaisin lapsen ja työntekijän kohtaamisen muoto on leikki (Kuronen 1993). Myös Vehviläinen-Julkunen (1990a; 1990b; 1991) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan ja lapsen välinen suhde oli luonteeltaan suostuttelu- ja viihdytysuhde.

Okkonen (1999) tarkasteli tutkimuksessaan 14 kuusivuotiaan lapsen kokemuksia neuvolakäynnistä ja sen merkitystä heille haastattelujen ja piirrustusten perusteella.

Neuvolakäynnin sisältö lasten kokemana muodostui toimenpiteistä, toiminnasta, vuorovaikutuksesta ja neuvolan ”paikan hengestä”. Toimenpiteistä lasten kokemuksissa korostui rokottamisen merkitys. Rokotus merkitsi lapsille kipua, jännittämistä, pelkoa, reippauden ”vaatimusta” ja palkkiota. Tutkija pitää tärkeänä lasten tunteiden ja aistimusten huomioimista ja lasten tukemista selviytymään tilanteesta häntä kunnioittavalla tavalla. Tutkimuksiin ja tehtäviin osallistuminen antoi lapsille toiminnan mahdollisuuden. Se merkitsi heille tekemisen iloa, onnistumisen odotuksia ja leikinomaisuutta.

Sanallisessa vuorovaikutuksessa lapset olivat enemmän altavastajia kuin aktiivisia osallistujia, mikä voi johtua lapsesta itsestään tai ulkoisista syistä. He vastasivat heille esitettyihin kysymyksiin ja keskustelivat terveydenhoitajan tai lääkärin esille ottamista asioista. Lapset kertoivat aikuisten puhuvan neuvolassa keskenään esimerkiksi sairausasioista. Neuvolan ”paikan henki” käsitti fyysisen tilan, neuvolakäynnin mielen ja neuvolassa olleet ihmiset. Neuvola tilana oli lasten mielestä sekä viihtyisä että pitkästyttävä. Heidän kokemuksiinsa vaikutti erityisesti se, oliko neuvolassa tekemistä omaa vuoroa odotettaessa. Lapset kokivat neuvolaan menemisen mielekkääksi, huolenpidoksi, mutta toisaalta myös pakoksi. Lasten mielestä neuvolaan olisi mukavampi mennä, jos sinne voisi ottaa mukaan kaverin. (Okkonen 1999.)

Lapsen tukemiseksi neuvolakäynnillä ja käynnin mielekkyyden lisäämiseksi Okkonen (1999) ehdottaa

- Lapsen kohtaamista omana itsenään lapsen ikävaiheen mukaisesti,
- Lapsiryhmien kokeilemistä neuvolassa,
- Leikin ja fantasian merkityksen tiedostamista palvelujen kehittämisen lähtökohtana,
- Ympäristön ja vuorovaikutuksen kehittämistä erilaisia lapsia, myös hiljaisia, huomioivaksi,
- Onnistumisen kokemusten mahdollistamista ja
- Lapsen tunteiden huomioon ottamista.

2.2.5 Monimuotoinen perhe

Perheiden monimuotoisuus näkyy toistaiseksi vain vähän äitiys- lastenneuvolatoimintaan liittyvissä tutkimushankkeissa. Yksinhuoltaja- ja uusperheiden näkökulmasta neuvolatyötä tarkastelevia tutkimuksia on tehty kaksi ja monikkoperheistä ei ole tiedossa yhtään tutkimusta. Monikulttuurisia perheitä on tarkasteltu kolmessa tutkimuksessa.

2.2.5.1 Yksinhuoltaja- ja uusperheet

Kuiri-Niiranen (1991) tutki terveydenhoitajien näkökulmasta yksinhuoltaja- ja uusperheiden tarpeita ja hoitotyön keinoja 1990-luvun alussa. Terveydenhoitajat tiedostivat perheiden muuttuneet tarpeet ja monimuotoisuuden, mutta terveydenhoitajat kokivat uusperheet melko vieraiksi. He totesivatkin tarvitsevansa lisää koulutusta uusperheisiin liittyvissä kysymyksissä. Terveydenhoitajan työskentelyssä painottui keskustelu, tiedottaminen, ohjaaminen muihin palveluihin, rohkaiseminen, hyväksyminen, myönteinen palaute ja empaattinen suhtautuminen.

Simojoen (1999) Pohjois-Suomessa tekemässä haastattelututkimuksessa uusperheet kuvasivat elämäntilannettaan ja kohtaamiaan sopeutumisvaatimuksia. Vanhemmat pyrkivät tietoisesti edistämään parisuhteensa toimivuutta ja uusperheen sisäisen tasapainon saavuttamista. Kaikki

vanhemmat eivät olleet saaneet kovin paljoa tukea lastenneuvolan terveydenhoitajalta, joka oli vanhempien kokemuksen mukaan kohdistanut pääasiassa huomionsa lasten fyysisen terveydentilan arviointiin. Osa terveydenhoitajista oli suhtautunut myönteisesti uusperheisiin, osa taas oli kokenut itsensä epävarmaksi.

Uusperheiden vanhemmat toivoivat, että terveydenhoitaja

- Huomioisi aikaisemmat lapset ja tukisi heidän sopeutumistaan uusperheeseen,
- Antaisi tukea uusvanhemmuuteen, parisuhteelle ja uusperheen jaksamiselle,
- Loisi tukiverkostoja, tukisi perheidentiteettiä, huomioisi uusperheen yksilölliset piirteet ja tutustuisi kaikkiin uusperheen jäseniin,
- Laajentaisi uusperheitä koskevaa tietoperustaansa.

2.2.5.2 Monikulttuuriset perheet

Knuutila (1996) haastatteli 15 pysyvästi Suomessa asuvaa ulkomaalaista naista, jotka olivat asioineet äitiys- ja lastenneuvolassa. Naisten tiedontarpeet vaihtelivat kulttuuri- ja koulutustaustasta riippuen. Kieliongelmat, oman erilaisuuden kokeminen ja sosiaalisen tuen puute olivat keskeisiä pulmia naisten elämässä. Kulttuurierot herättivät ristiriitaisia tunteita.

Äidit kokivat neuvolan tukevan muutoksessa selviytymisessä, jos terveydenhoitaja

- Välitti äideille heidän kannaltaan tarpeellista tietoa,
- Otti perheiden elämän tilanteen huomioon kokonaisuutena,
- Tuki sosiaalisten verkostojen luomisessa,
- Suhtautui äitiin kannustavasti ja ystävällisesti,
- Rohkaisi ottamaan neuvolaan tarvittaessa yhteyttä pulmatilanteissa. (Knuutila 1996)

Tanttu (1997) haastatteli kuutta vierasmaalaista perhettä selvittääkseen perheen toimivuutta, näkemyksiä raskaudesta ja synnytyksestä sekä perheen kokemuksia ja odotuksia suomalaisesta äitiyshuollosta. Perheiden toimivuus oli melko hyvä. Pakolaisuus, työttömyys, kieliongelmat ja lyhyt sopeutumis aika uusiin oloihin heikensivät perhedynamiikkaa. Lapsivuodeajan merkitys, uskomukset ja käyttäytymismallit olivat hyvin kulttuurisidonnaisia. Kokemukset suomalaisesta äitiyshuollosta, muun muassa sen turvallisuudesta ja luotettavuudesta olivat pääasiassa myönteisiä. Kieliongelmat ja sukulaisten läsnäolon ja tuen puuttuminen aiheuttivat hämmennystä sairaalassa. Perheet toivoivat, että tulkkipalveluja käytettäisiin sairaalassa.

Ekholm (1998) tutki terveydenhoitajien näkemyksiä työstään somaliperheiden kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa. Suurimmaksi ongelmaksi muodostui yhteisen kielen puuttuminen. Terveydenhoitajien kielitaito oli hyvä, mutta somalinaisista vain harvat puhuivat englannin kieltä. Tulkkina toimi useimmiten aviomies tai ammattitulkki. Suurimmat ongelmat aiheutuivat kulttuurieroista, jotka koskivat aikakäsitystä ja ympärileikkausta eli naisen ulkoisten sukupuolielinten osien poistoleikkausta. Ympärileikkaus aiheutti äideille synnytyspelkoja ja kipuja. Somaliäidit eivät olleet halukkaita imettämään lapsiaan ja vanhemmat lapset saivat liian vähän hellyyttä uuden lapsen tullessa perheeseen. Vanhempien kasvatuseriaatteet johtivat helposti lasten ruumiilliseen kuritukseen. Terveydenhoitajat kokivat selviytyvänsä kuitenkin hyvin somaliperheiden kanssa.

2.2.6 Pelokas ja masentunut äiti

2.2.6.1 Synnytyspelkojen lievittäminen

Synnytyspelkoa neuvolakontekstissa on tutkittu vasta vähän. Tässä selvityksessä oli mukana kuusi tutkimusta. Vain yhdessä käsiteltiin synnytyspelkoon liittyviä kokemuksia ja tuen tarpeita osana äitiysneuvolatoimintaa (Airio-Huuhtanen 1998), muut antoivat aiheesta tietoa epäsuorasti mm. osana perhevalmennusta (mm. Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Partanen-Björk 1997) tai kehittämisehdotuksina (mm. Kosonen 1995).

Airio-Huuhtanen (1998) mukaan äidit kokevat synnytyksen yksilölliseksi, ennustamattomaksi ja tärkeäksi asiaksi elämässä. Kahdenkymmenen äidin esseessä erottui kolmenlaisia äitejä suhteessaan synnytykseen: itseluottamusta, jännitystä ja pelkoa kokevat äidit. Äidit valmistautuivat synnytykseen keskustelemalla muiden synnyttäneiden naisten kanssa. Neuvolassa saamaansa tukeen oli tyytyväisiä vajaa puolet äideistä ja selkeästi tyytymättömiä oli kaksi pelkäävää äitiä. Synnytykseen liittyvistä tunteista ei juurikaan keskusteltu terveydenhoitajan kanssa. Voimakasta pelkoa tunteva äiti piti kuitenkin terveydenhoitajaa tärkeimpänä tuen antajanaan.

Erityisesti pelkäävät äidit korostivat perhevalmennuksen tärkeyttä ensisynnyttäjälle. Äidit arvostivat eniten valmennuksessa saatua tietoa raskaudesta ja synnytyksestä. Synnytystä jännittäneet ja pelänneet äidit kuvasivat synnytyssairaalaan tutustumisen ja synnytysvideon katselun lisänneen heidän turvallisuuden tunnettaan. Synnytystä pelkäävät äidit olivat yleensä tyytymättömiä neuvolasta saamaansa tukeen, kun taas itseluottamusta omaavat olivat siihen tyytyväisiä. Tyytymättömyyttä valmennuksessa aiheuttivat isot ryhmäkoot, valmennuksen sisältö ja toteutus, valmennuskertojen vähyyt, liian suuri kerralla annettu tietomäärä ja terveydenhoitajaan liittyvät ominaisuudet. (Airio-Huuhtanen 1998.) Pienryhmässä toteutettu perhevalmennus lievitti synnytyspelkoa (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; ks. myös Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Partanen-Björk 1997). (Ks. myös kummikätilöiden toiminta luku 3.2.4).

Odottavan äidin synnytyspelkoa lieventää, jos

- Terveydenhoitaja tunnistaa aktiivisesti synnytykseen liittyvät käsitykset ja pelot,
- Synnytyspelosta keskustellaan luonnollisena osana neuvolakäyntien sisältöä,
- Äiti voi osallistua pienryhmämuotoiseen perhevalmennukseen,
- Äiti voi tutustua ennen synnytystä synnytyssairaalaan.

2.2.6.2 Masentuneen äidin ja hänen perheensä tukeminen

Synnytyksen jälkeinen masennus on varsin yleistä. Lievän synnytyksen jälkeisen herkistymisen eli 'maternity bluesin' kokee yli puolet äideistä. Synnytys on sujunut normaalisti ja kaiken pitäisi olla hyvin, mutta muutama päivä synnytyksen jälkeen äiti herkistyy, on ärtynyt ja helposti loukkaantuva. 'Baby blues' häviää yleensä yhtä nopeasti kuin on tullutkin. Varsinainen masennus ilmaantuu vasta kolmen kuukauden tai jopa vuoden päästä synnytyksestä (Viinamäki ym. 1994).

Kahdessa 1990-luvun alussa tehdyssä tutkimuksessa on todettu, että lähes kolmasosalla synnyttäneistä äideistä oli psyykkisen avun tarvetta (Tamminen 1990; Viinamäki ym. 1994). Äidit eivät hakeneet tai saaneet hoitoa mielenterveysongelmiinsa raskausaikana tai sen jälkeen. Psykkistä apua tarvitsevat saivat muita vähemmän sosiaalista tukea ja olivat muita masentuneempia. Molemmista tutkimuksista havaittiin psyykkistä apua tarvitsevilla parisuhteeseen liittyviä ongelmia. Taustalla voi olla myös aikaisempia mielenterveyden

pulmia (Kellokumpu-Tyvelä 1998). Masentuneilla äideillä oli ollut muita positiivisimmat asenteet imetystä ja lasta kohtaan raskauden aikana, jolloin suuret odotukset saattoivat johtaa pettymykseen. Masentuneilla äideillä oli enemmän ongelmia ja negatiivisia kokemuksia imetyksestä. He kokivat erityisen vaikeaksi lapsen viestien ja tarpeiden ymmärtämisen imetystilanteissa. (Tamminen 1990.)

Äidit olisivat tarvinneet tukea jo raskauden aikana neuvolassa. Molemmissa tutkimuksissa painotetaan neuvolan roolia ennalta ehkäisyssä ja perheiden tukijana. Huomiota olisi syytä kiinnittää erityisesti sosiaaliseen tukeen, parisuhteeseen ja äidin persoonallisiin tekijöihin. (Viinamäki ym. 1994) ja koko perheeseen (Kellokumpu-Tyvelä 1998). Masentunut äiti tarvitsee konkreettista ja ymmärtävää ohjantaa lapsen hoidossa ja käsittelyssä. Äitiys- ja lastenneurolat ovat avainasemassa varhaisdiagnostiikan, äidin tukemisen, hoitoon ohjannan ja hoidon suhteen. Tärkeää on hoidon helppo saatavuus, läheisyys, äidin ymmärtävä tukeminen ja konkreettinen lasten hoitoapu. (Tamminen 1990; myös Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa 1999). Kellokumpu-Tyvelän (1998) mukaan keskeistä on myöntää vaikean asian olemassaolo ja keskustella siitä, sillä äidit olivat kokeneet helpottavana keskustelut asiasta muiden saman ongelman kokeneiden kanssa sekä asiallisen tiedon.

Synnytyksen jälkeen masentunutta äitiä auttaa, jos

- Terveystenhoitajalla on keinoja tunnistaa masennus,
- Terveystenhoitaja osaa ohjata masentuneet äidit oikeaan hoitopaikkaan,
- Masennuksesta keskustelu tehdään helpoksi ja mahdollisimman luontevaksi,
- Äitiin suhtaudutaan ymmärtävästi tukien,
- Äitiä ohjataan kädestä pitäen lapsen hoidossa,
- Äidille järjestetään käytännön apua kotiin tarvittaessa,
- Terveystenhoitaja tukee äitien mahdollisuutta keskustella keskenään aiheesta.

2.2.7 Äidin päihdeongelma

Odottavan äidin runsas alkoholinkäyttö ei tänä päivänä ole kovinkaan harvinaista. Huumeiden käytöstä on tullut uusi ongelma, jonka hoito edellyttää nopeaa ja asiantuntevaa toimintaa. Raskaudenaikaista alkoholinkäytön yleisyyttä ja taustatekijöitä selvitettiin vuonna 1990 tutkimuksessa, johon osallistui 788 odottavaa äitiä viiden keskussairaalapiiirin alueelta. Alkoholista käyttivät kerralla enemmän naiset, joilla oli ollut lapsuudenkodissa alkoholiongelmia. Alkoholinkäyttö oli yleisintä yli 36-vuotiaiden, naimattomien ja alhaisen koulutustason omaavien naisten keskuudessa. Heillä oli ollut myös muita enemmän ongelmia parisuhteessaan ja tyytymättömyyttä elämäänsä. Parisuhteessa elävät ja koulutetut naiset joiivat alkoholia raskauden aikana hyvin vähän. (Halmesmäki & Kinnunen 1993.)

Yleinen valistus saavuttaa ja hyödyttää parhaiten naisia, jotka hallitsevat alkoholinkäyttönsä jo muutenkin paremmin. Suurin osa odottavista äideistä tietää melko paljon alkoholin aiheuttamista raskaus- ja sikiöriskeistä. Äideistä 27 % oli kuitenkin saanut mielestään liian vähän tai ei lainkaan tietoa päihdeiden haittavaikutuksista äitiys- ja lastenneurolasta. Riittävästi tietoa saaneista alkoholia käytti raskauden aikana kolmannes, mutta liian vähän tietoa saaneista kaksi kolmasosaa. Äidit toivoivat saavansa neuvolasta henkilökohtaisempaa tietoa alkoholin vaikutuksesta raskauteen ja sikiöön. (Halmesmäki & Kinnunen 1993.)

Tutkijat korostavat, että äitiysneuvoloiden henkilökunnan tulisi jakaa asiapitoista ja neutraalia päihdetietoutta, keskustella asiakkaiden käsityksistä, kokemuksista ja mahdollisista

ongelmista sekä auttaa ja tukea vaikeassa elämäntilanteessa olevia naisia. (Halmesmäki & Kinnunen 1993). Raskauden aikaista tai aikaisempaa alkoholinkäyttöä selvitetessä äitiysneuvolassa voidaan käyttää apuna erilaisia kysymyssarjoja (esim. liite 5). Alkoholinkäytön ylittäessä 2–3 annoksen rajan päivässä asiakas on suurkuluttaja. Runsaasti juovien äitien raskaudet ovat riskiraskauksia, joiden hoito on syytä keskittää äitiyspoliklinikalle mahdollisimman varhain. Alkoholinkäytön vähentäminen edellyttää moniammatillisen tiimin hyvää ja pitkäjänteistä yhteistyötä äidin kanssa. (Halmesmäki & Autti-Rämö 1994.)

Äitiyshuollon työntekijöiden on tarpeen oppia tunnistamaan myös huumeita käyttävä äiti, koska hän pyrkii usein salaamaan huumeiden käytön sekä neuvolassa että sairaalassa. Huumeiden käyttö voidaan kartoittaa samalla, kun tiedustellaan äidin ja hänen kumppaninsa tupakointia, alkoholin ja lääkkeiden käyttöä. Neuvolan tehtävänä on antaa perustietoa huumeiden vaikutuksista raskauteen ja sikiöön ja ohjata huumeita käyttävä äiti äitiyspoliklinikalle, jossa hän saa yksityiskohtaisempaa tietoa, jossa häntä motivoidaan lopettamaan huumeiden käyttö ja josta hänet ohjataan avo- tai laitoshoitoon. Äitiyspoliklinikalla on toivottavaa, että sama kätilö, lääkäri ja sosiaalityöntekijä voi työskennellä äidin kanssa eri käyntikerroilla. Äitiysneuvoloiden, synnytyssairaalan ja narkomaanien hoitoyksiköiden on tarpeen tehdä yhteistyötä. Koska vanhempien huumeiden käyttö saattaa vaarantaa lapsen hyvän hoidon ja turvallisen kasvu ympäristön ja edellyttää yhteistyötä lastensuojeluviranomaisten kanssa, on lapsen kasvua ja kehitystä tarpeen seurata tiivistä neuvolassa ja lastenlääkärin toimesta. (Halmesmäki & Kari 1998; myös Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa 1999.)

Päihdeongelman tunnistamisessa ja hoidossa auttaa, jos terveydenhoitaja

- Harjaantuu ottamaan puheeksi päihteiden käytön ja keskustelemaan siitä monipuolisesti ja puolueettomasti,
- Antaa asiapitoista, neutraalia ja henkilökohtaista tietoa päihteistä,
- Auttaa vanhempia itse tunnistamaan ja tiedostamaan päihteidenkäyttönsä ja sen merkityksen tulevalle lapselle ja
- Tekee yhteistyötä äitiyspoliklinikan ja muun moniammatillisen tiimin kanssa alueella yhteisesti sovitun toimintamallin mukaisesti.

2.2.8 Sairaiden ja vammaisten lasten perheet

Sairaiden ja vammaisten lasten perheiden tukemista neuvolassa on tutkittu melko vähän (esim. Ewalds 1991; Viitala & Virta 1991; Hasu 1998). Aiheeseen liittyvää tietoa löytyy jonkin verran osana muita tutkimuksia (esim. Mansnerus 1997). Jos lapsi sairastaa paljon tai hän on vammaisen, neuvola ei näiden tutkimusten tulosten mukaan pysty tyydyttämään tällaisen perheen tarpeita yhtä hyvin kuin terveen lapsen perheen.

Hasun (1998) tutkimuksessa selvitettiin kolmivuotiaan lapsen terveydentilaa, vanhempien voimavaroja ja käsityksiä terveystalvuluista. Kriittisimmin terveydenhoitajan toimintaan suhtautuivat korkeasti koulutetut ja paljon sairastavien lasten vanhemmat. Lapsen sairastaessa paljon perheen sosiaaliset tukiverkot harvenivat, vanhempien toiminta lasten kanssa väheni ja perheet käyttivät useammin terveystalvuluja. Vanhemmat olivat tyytyväisiä tiedolliseen tukeen vastaanottokäynneillä, mutta he odottivat terveydenhoitajalta ja lääkäriltä enemmän emotionaalista tukea ja voimavarojensa vahvistamista.

Mansn erus (1997) kuvasi tutkimuksessaan synnynnaisesti syd nvikaisesti lasten vanhempien kokemuksia perheen voimavaroista, niitä tukevista ja kuluttavista tekijöistä sekä hoitotyöstä perheen voimavaroja tukevana toimintana. Vauvan kotiuduttua sairaalasta äidit kokivat tarvitsevansa enemmän tukea arkielämästä selviytymiseen. Terveystenhoitajan tuki oli voimavaroja vahvistavaa, jos perhe koki hoitosuhteen antavan turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta. Puutteellinen tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon välillä vähensi perheiden luottamusta perusterveydenhuoltoon ja terveydenhoitajaa kohtaan. Voimavaroja ja el m nhallintaa vahvistavassa hoitotyössä lapsen terveet puolet tuodaan esille ja koko perhe huomioidaan hoidossa. Perheiden voimavaroja vahvistava tekijä oli vertaisperheilt  saatu tuki ja tieto. Selviytymiskokemusten myötä monet vanhemmat halusivat jakaa toivoa muille samaan elämäntilanteeseen joutuneille perheille.

Ewaldsin (1991) kyselytutkimuksessa vammaisen lapsen vanhemmille ja lastenneuvolan terveydenhoitajille selvitettiin vanhempien tuen tarvetta ja odotuksia neuvolassa annettua tukea kohtaan. Vanhemmat kokivat saaneensa epävirallisista lähteistä enemmän tukea kuin virallisista. Vanhempien tuen tarve ilmeni muun muassa v syyksenn . Puolet vanhemmista piti terveydenhoitajien tietoja vammaisuudesta riittämättöminä. Lähes puolet terveydenhoitajista koki vaikeaksi keskustella vanhempien kanssa lapsen vammasta, vaikka he tunnistivat vanhempien tuen tarpeet. Vain kolmasosa terveydenhoitajista oli osallistunut vammaisuutta koskevaan koulutukseen. Eniten vanhemmat odottivat lastenneuvoloilta tiedollista tukea ja seuraavaksi emotionaalista tukea. Yhteistyötä neuvolassa edisti ensikontaktin ja siinä tarjotun tiedonannon onnistuminen sekä terveydenhoitajan myönteinen suhtautuminen. (Ewalds 1991.)

Viitala ja Virta (1991) tutkivat, miten lastenneuvolan henkilökunta tukee vammaisten lasten perheitä. Tutkimuksen kohteena olivat terveydenhoitajat, lääkärit ja psykologit. Terveystenhoitajista vajaa puolet, lääkäreistä ja psykologeista neljännes oli osallistunut vammaisuutta koskevaan koulutukseen. Terveystenhoitajat arvelivat perheiden saavan tukea eniten sairaalasta ja kehitysvammalaitoksesta. Yli puolet terveydenhoitajista piti keskustelua vammaisuudesta vaikeana tai melko vaikeana. Yhteistyö perheiden kanssa sujui hyvin, mutta se koettiin muuta työtä kuormittavammaksi.

Vammaisten lasten vanhemmat toivovat, että perheelle tarjotaan samoja peruspalveluita kuin muillekin eli kehityksen seuranta ja kasvatuksellista tukea. Vanhempien tukiryhmät saattaisivat suuresti auttaa näitä vanhempia (myös Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa 1999).

Sairaiden ja vammaisten lasten vanhempia ovat auttaneet

- Monipuolinen tieto,
- Myönteinen työote,
- Voimavaroja vahvistava toimintatapa, johon sisältyy lapsen terveiden piirteiden tunnistaminen sekä koko perheen huomioon ottaminen ja emotionaalinen tukeminen,
- Vertaisperheilt  saatu tuki,
- Riittävä jatkuvuuden ja turvallisuuden tunteen takaava tiedonvaihto ja yhteistyö erikoissairaanhoidon ja terveystakeskuksen kesken.

2.2.9 Lastaan kaltoinkohtelevien perheiden auttamismahdollisuudet

Terveydenhoitaja kohtaa työssään yhä useammin hankalia tilanteita, joihin saattaa liittyä perheenjäsenten keskinäistä väkivaltaa. Lasten kaltoinkohtelun on todettu usein liittyvän perheen muuhun väkivaltaisuuteen. Tätä aihetta on toistaiseksi käsitelty varsin vähän neuvolatutkimuksissa.

Paavilainen (1998) vertasi tutkimuksessaan lasta kaltoinkohtelevien perheiden ja ns. tavallisten lapsiperheiden perhedynamiikkaa toisiinsa ja etsi kaltoinkohteluun johtavia tekijöitä. Lasten kaltoinkohtelulla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa lapsen vanhemman tai huoltajan aiheuttamaa fyysistä ja psyykkistä pahoinpitelyä, seksuaalista hyväksikäyttöä tai laiminlyöntiä. Lastaan kaltoinkohtelevien perheiden toimivuus todettiin heikommaksi kaikilla perhedynamiikan osa-alueilla tavallisiin lapsiperheisiin verrattuna. Kaltoinkohtelun esiintymiseen perheessä vaikuttivat vanhemman alhainen koulutustaso, monilapsisuus, työttömyys, perheen jäsenten heikko yksilöityminen sekä heikko perheen koossa pysymisen ja turvallisuudentunne.

Asiakkaat kokivat myönteisenä terveydenhoitajan rohkean ja aktiivisen toimintatavan, jossa terveydenhoitaja tarjoaa apuaan perheelle ja tukee perhettä kotikäynneillä. Terveydenhoitaja ei painosta perhettä vaan tekee aktiivista yhteistyötä viranomaisten kanssa ja pyrkii kokonaisvaltaiseen ja tarpeenmukaiseen hoitoon. Asiakkaat kertovat huolistaan saavutettuaan luottamuksen terveydenhoitajan asiantuntijuuden ja persoonan kautta.

Vanhempia auttoivat terveydenhoitajan

- Aktiivinen toimintatapa,
- Rohkeus puuttua asioihin,
- Luottamuksellinen suhde,
- Kotikäynnit ja koko perheen tukeminen,
- Vanhempien kanssa sovittu yhteistyö muiden viranomaisten kanssa.

2.2.10 Päätelmiä neuvolatoiminnan perhekeskeisyydestä

Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa on perinteisesti pidetty perhekeskeisenä toimintana (esim. Hakulinen & Paunonen 1994; Hakulinen ym. 1999). Perhekeskeisyys voidaan kuitenkin ymmärtää usealla eri tavalla. Toiminnan lähtökohdaksi lastenneuvolassa voidaan valita lapsi tai lapset, lapsi ja toinen vanhemmista tai koko perhe. Jos lähtökohtana on lapsi, on perhe tällöin taustatekijänä. (Hakulinen ym. 1999.)

Perheiden ja terveydenhoitajien käsitykset toivottavasta perhekeskeisestä toiminnasta eroavat toisistaan. Myös eri perheet odottavat terveydenhoitajalta erilaisia toimintatapoja. Melko harva perhe toivoo, että terveydenhoitaja kohdistaisi toimintansa vain lapseen. Sen sijaan enemmistö toivoo, että terveydenhoitaja työskentelisi koko perheen kanssa. (Kaila & Lauri 1992; Pelkonen 1994; Pietiläinen 1995). Noin kolmannes toivoo terveydenhoitajan ottavan toiminnassaan huomioon vain lapsen ja vanhemman. Lapsiperheistä hieman alle puolet (45 %) oli saanut terveydenhoitajan palvelut kohdistettuna lapseen, lapseen ja vanhempaan tai koko perheeseen siten kuin oli halunnut. Palvelujen kohdistamisella perheen odottamalla tavalla oli positiivinen yhteys perheen voimavarojen riittävyyteen ja niiden vahvistamiseen. (Pelkonen 1994.)

Muun muassa ITU-projekti on osoittanut, että terveydenhoitajat pystyvät kehittämään toimintaansa perheiden toivomaan suuntaan. Projektiin osallistuneet perheet kokivat

vertailuperheitä useammin neuvolan terveydenhoitajan pystyneen huomioimaan koko perheen neuvolakäynnillä. Perheet arvioivat, että terveydenhoitaja pystyi kuuntelemaan heitä ja että he voivat puhua myös vaikeista asioista neuvolakäynnin aikana. (Kaila & Lauri 1992.)

Terveydenhoitajat ovat pitäneet lähes yksimielisesti perhekeskeisen lastenneuvolatyön kohteena koko perhettä, erityisesti lähes kaikki väestövastuisesti toimivat terveydenhoitajat ajattelevat näin. Perhekeskeisyys toteutui Lohinivan (1999) tutkimuksessa parhaiten äitiysneuvoloissa. Osa terveydenhoitajista kiinnitti erityistä huomiota isien rohkaisemiseen ja huomioimiseen itsenäisinä neuvolan asiakkaina. Vaikka perhe oli harvoin kokonaisuutena läsnä, perhettä tuettiin sen yksittäisten jäsenten kautta. (Lohiniva 1999; myös Viljanen 1993.) Osa perheistä ja terveydenhoitajista toivoo kuitenkin henkilökohtaista kontaktia koko perheen ja terveydenhoitajan kesken. (Viljanen 1993.)

Simoilan (1994) tutkimuksessa terveydenhoitajilla oli hyvin erilaisia käsityksiä perhekeskeisyydestä. Perhekeskeisyys saatettiin yhdistää työn organisointitapaan, ymmärtää yhteydenpidoksi omaisiin tai yksilön hoitamiseksi perhetausta huomioon ottaen. Primaarikohteeksi saatettiin mieltää yksi perheenjäsen, vaikka muitakin perheenjäseniä hoidettiin. Monipuolisimmillaan perhekeskeisyys ymmärrettiin myös koko perheen ja kaikkien perheenjäsenten pitämiseksi työn kohteena, jolloin työtä tehtiin perheen ehdoilla sen tarpeet ja voimavarat huomioon ottaen.

Väestövastuisesti työskentelevällä terveydenhoitajalla on mahdollisuus tuntea koko perhe ja tunnistaa perheen tarpeita yksilöllisesti sekä järjestää työtään usein joustavammin kuin lastenneuvolatyötä tekevän terveydenhoitajan (Kaila & Lauri 1992). Hoitotyön johtajien mukaan perhe- ja yhteisönäkökulma on korostunut 1990-luvun lopulla, ja he pitivät väestövastuumallia eräänä keinona kehittää perhekeskeistä toimintamallia. Perhekeskeisen toimintamallin kehittäminen edellyttää terveydenhoitajilta tutkimuksellista työtettä, toiminnan kehittämistä yhdessä perheiden kanssa sekä aikaa ja uskallusta. (Varjoranta 1997.)

Kaikki perheet eivät kuitenkaan odota neuvoja tai tukea perheen kokonaistilanteeseen (Hamilo-Laiho 1990). Viljasen (1993) mukaan yksityisyyttään korostavat perheet suhtautuvat kielteisesti perheen nykyhetken ja elinolosuhteiden kartoittamiseen, mikä voi johtua myös perheiden tottumattomuudesta tällaiseen toimintaan. Perhekeskeisyyden toteutumista estävät terveydenhoitajien mielestä kiire, työpaine, isien poissaolo neuvolassa ja väestövastuun toteutumattomuus (Nieminen 1992).

Asiakkuus voi myös muuttua asiakkuuden edetessä ja tilanteiden muuttuessa perheenjäsenestä koko perheeksi (Hynynen 1999). Taitava terveydenhoitaja osaa samankin perheen kohdalla toteuttaa vaihdellen erilaista perhekeskeisyyden astetta (Hakulinen & Paunonen 1994; Hakulinen ym. 1999).

Päätelmiä perhekeskeisyydestä terveydenhoitajan työssä:

- Terveydenhoitajilla ei ole yhtenäistä käsitystä siitä, mitä perhekeskeisyys terveydenhoitajan työssä tarkoittaa,
- Terveydenhoitajien olisi kuitenkin hyödyllistä selvittää, mitä perhekäsité ja perhekeskeisyyden periaate heidän käytännön työssään tarkoittavat,
- Perheet odottavat, että terveydenhoitaja toimii joustavasti eri perheenjäsenten kanssa erilaisissa tilanteissa ja ottaa selville perheen toivoman työskentelytavan,

- Väestövastuinen toiminta on tukenut terveydenhoitajaa laajentamaan toimintansa perhekeskeisyyttä.

2.3 Perheiden auttamisen toimintatavat ja -menetelmät

2.3.1 Yhteistyösuhde vanhempien voimavarojen tukijana

Terveydenhoitajan ja vanhemman välisen toimivan yhteistyösuhteen ominaispiirteistä on runsaasti tietoa sekä vanhempien että terveydenhoitajien näkökulmasta. Paavilaisen (1994) mukaan kyseessä on asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyösuhde, jossa molempien aktiivisuus ja yhteinen toiminta tärkeää. Tärkeitä edellytyksiä ovat terveydenhoitajan persoonallisuus, kommunikaatiotaidot, läsnäoleminen ja kuuntelutaito. Kun suhde on pitkäaikainen ja jatkuva, herkkyys ja taito toimia asiakkaan kanssa lisääntyvät. Tärkeää on myös tunnusteleva ja luottamusta lisäävä aito vuorovaikutus. Keskeistä on tukea asiakkaan omia voimavaroja. Vehviläisen-Julkusen (1990) mukaan äidin ja terveydenhoitajan välinen suhde on itseluottamusta vahvistava suhde. Sen sisältö muodostuu tietojen jakamisesta, neuvoista, neuvottelusta, rauhoittelusta, rohkaisusta, leikinlaskusta, kuuntelusta ja muusta eisanallisesta viestinnästä. Tuloksellisen yhteistyön kannalta oli edullisinta, jos terveydenhoitaja toimi tarvelähtöisesti ja asiakas oli kiinnostunut ja vastuullinen, ja epäedullisinta, jos välinpitämättömän asiakkaan terveydenhoitaja toimi sääntölähtöisesti.

Pelkosen (1994) valtakunnalliseen satunnaisotokseen perustuvassa tutkimuksessa vanhemmat arvostivat lähes sataprosenttisesti kiireetöntä ilmapiiriä, jossa voi puhua aroista asioista. He odottivat, että keskustelun lähtökohdaksi otetaan vanhempien ajankohtaiset huolet ja että heidän mielipiteensä ja elämäntilanteensa otetaan huomioon. Vanhemmat toivoivat, että aikaa varattaisiin joustavasti kulloisenkin tilanteen mukaan. He eivät odota, että terveydenhoitaja tietäisi vastauksen kaikkiin kysymyksiin. Sen sijaan he arvostivat suuresti sitä, jos terveydenhoitaja tunnustaa oman asiantuntemuksensa rajat. Vanhempien odotukset eivät olleet kuitenkaan täysin toteutuneet. Esimerkiksi noin 80 % vanhemmista oli ollut tyytyväinen ilmapiiriin kiireettömyyteen ja oman asiantuntemuksen rajojen kertomiseen, kun taas reilut 60 % oli kokenut ilmapiiriin sellaiseksi, että oli voinut puhua vaikeista ja aroista asioista. (Pelkonen 1994.)

Useissa tutkimuksissa on todettu, että ilmapiiriin vaikuttavia keskeisiä tekijöitä ovat luottamuksellisuus, tasavertaisuus, turvallisuus ja vastavuoroisuus (esim. Nieminen 1992; Saranki-Rantakokko 1994). Terveydenhoitajan persoonallisuudella ja ammattitaidolla on merkitystä vuorovaikutuksen onnistumiselle (Viljanen 1993). Myös vuorovaikutuksen tavoitteellisuus ja vaikuttavuus ovat tärkeitä sekä terveydenhoitajista että perheistä samoin kuin avoimuus ja mahdollisuus keskustella tunteista. Pelkosen (1994) mukaan alle puolet vanhemmista oli kokenut, että terveydenhoitaja oli valmis keskustelemaan esimerkiksi vihan ja stressin tunteista, vaikka yhdeksän vanhempaa kymmenestä olisi sitä odottanut. Äidit olivat voineet keskustella äitiysneuvolassa äitiyteen ja isyyteen liittyvistä tunteista ja saada niistä tietoa aivan liian vähän (Perälä ym. 1998).

Äidit ovat kokeneet hyvin myönteisenä, jos terveydenhoitaja tarjoaa uusia vaihtoehtoja äitien käyttöön pohdittavaksi (Kosonen 1995), eikä niinkään esitä kieltoja. Perheistä oli myös hyvin

tärkeää, että terveydenhoitaja ennakoisi mahdollisia kielteisiä tapahtumia ja auttaisi perhettä varautumaan niihin. Perheet eivät halua kasvattaa ympärilleen onnellisuusmuuria, vaan he toivovat terveydenhoitajalta rohkeutta keskustella nk. vaikeista kysymyksistä kuten epäonnistumisista, masennuksesta ja pahoinpitelystä. Vanhemmat arvostaisivat, jos terveydenhoitaja auttaisi kysymyksillään vanhempia löytämään uusia näkökulmia käsiteltäviin asioihin. Nämä keinot olivat toteutuneet kuitenkin melko huonosti, noin 40 % vanhemmista oli kokenut tällaista terveydenhoitajan toimintaa. (Pelkonen 1994). Valmistautuminen lapsen syntymään voi myös olla puutteellista, esimerkiksi vain viidennes laajaan väestökyselyyn vastanneista äideistä oli saanut riittävästi tietoa sairaan lapsen syntymisen mahdollisuudesta (Perälä ym. 1998).

Jos terveydenhoitajalla ja vanhemmalla on hyvä yhteistyösuhde, on terveydenhoitajan helppo tukea vanhemman itsetuntoa ja itseluottamusta. Itsetunnon tukemisessa käytetään paljon samoja menetelmiä kuin emotionaalisen tuen antamisessa. Väestökyselyn mukaan terveydenhoitajat ovat melko hyvin pystyneet tukemaan vanhempien itsetuntoa ja itseluottamusta. Reilut kolme neljäsosaa vanhemmista oli Pelkonen (1994) tutkimuksen mukaan saanut riittävästi myönteistä palautetta lapsen hoitamisesta ja vanhempana olemisesta sekä vahvistusta omille kyvyilleen vanhempana. Terveydenhoitajat ovat myös vanhempien arvion mukaan kuunnelleet heitä keskittyneesti ja tunnistaneet vanhemman kanssa myönteisiä kehityskulkuja. Sen sijaan terveydenhoitaja oli kertonut 65 %:lle ongelmien tai vaikeuksien olevan tavallisia muillakin perheillä, vaikka tätä olisi odottanut neljä vanhempaa viidestä. (Pelkonen 1994.)

Eryityisesti on tarpeen tunnistaa itseään ja omaa pystyvyyttään tulevana vanhempina aliarvioivat äidit ja isät (Karila 1991). Näiden vanhempien pystyvyys lapsensa hoitajina kehittyi hitaasti ja siihen voi liittyä masennusta ja muuta oireilua. Jos tällaiset vanhemmat pystyvät tunnistamaan, voi heidän motiivointinsa ja ohjauksensa aloittaa ajoissa.

Hyvän suhteen muodostumisen esteitä on tunnistettu monessa tutkimuksessa. Näitä ovat muun muassa kiire, outo kieli, sosiaalinen kuilu, terveydenhoitajan kaavamaisuus, etäisyys ja autoritaarisuus (Saranki-Rantakokko 1994). Kuronen (1993) on tutkimuksessaan kritisoinut neuvolan asiantuntijakeskeisyyttä ja vaihtoehdottomuutta.

Yhteistyösuhde tukee vanhempien voimavaroja, kun

- Vastaanotolla on kiireetön ja avoin ilmapiiri, joka rohkaisee puhumaan aroistakin asioista,
- Keskustelun lähtökohdaksi otetaan vanhempien ajankohtaiset huolet,
- Vanhemman pohdittavaksi tarjotaan erilaisia vaihtoehtoja ja autetaan löytämään uusia näkökulmia asioihin,
- Terveydenhoitaja auttaa varautumaan mahdollisiin kielteisiin tapahtumiin,
- Tunteista keskustelu on luonteva osa vuorovaikutusta,
- Terveydenhoitaja antaa vanhemmalle myönteistä palautetta vanhempana olemisesta ja auttaa vanhempaa tunnistamaan omia ja perheensä vahvuuksia,
- Terveydenhoitaja osoittaa lapsiperheiden vaikeuksien ja ongelmien yleisyyden ja tavallisuuden.

2.3.2 Perheiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen

Asiakkaiden riittävät osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet ovat tärkeitä mm. itsemäärämisen varmistamisen (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/92), tarpeiden

tunnistamisen ja hyvän yhteistyön kehittymisen näkökulmista. Selvitysmiesraportissa on todettu, että osallistumis- ja vaikuttamiskulttuuri on terveydenhuollossa melko vaatimaton (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998). Monet neuvolatoimintaan kohdistuneet tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaat pystyvät melko hyvin osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon yhteistyösuhteessa, mutta laajempi neuvolatoiminnan kehittämiseen vaikuttaminen on vielä melko vähäistä (esim. Pelkonen 1994; Pelkonen ym. 1998).

Lastenneuvolatyön kehittämisprojektiin (ITU) liittyvässä tutkimuksessa selvitettiin kehittämistyön vaikuttavuutta ja perheiden käsityksiä osallistumismahdollisuuksistaan. Tulosten mukaan osa perheistä arvioi päätöksentekoon osallistumisen riittämättömäksi. ITU-projektiin osallistuneet kokeilussa mukana olleet perheet kokivat kuitenkin voineensa osallistua päätöksentekoon vertailuperheitä paremmin. (Kaila & Lauri 1992.) Tarkan (1996) mukaan ensisynnyttäjät saivat terveydenhoitajalta vähiten tukea päätöksentekoon äitiyden varhaisvaiheessa.

Laajassa väestökyselyssä äitiysneuvolassa asioineilta naisilta kysyttiin, kunka riittävästi he olivat viime raskautensa aikana voineet osallistua asioidensa käsittelyyn ja vaikuttaa itse päätösten sisältöön (Pelkonen ym. 1998; Perälä ym. 1998). Suurin osa äideistä oli melko tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua neuvolassa omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Täysin tai lähes tyytyväisten osuus vaihteli 60-72 %:n välillä ja tyytymättömien 15-25 %:n välillä. Neuvolassa käyvien naisten osallistumismahdollisuudet näyttävät lisääntyneen huomattavasti 1970-luvulta 1990-luvulle tultaessa. Esimerkiksi 40 % 1970-luvulla synnyttäneistä oli tyytyväisiä päätöksiin vaikuttamiseen, kun vastaava luku 1990-luvulla synnyttäneiden joukossa oli 75 %.

Lastenneuvolatoimintaan kohdistuneen tutkimuksen mukaan asiakkaat eivät ole saaneet osallistua vastaanoton suunnitteluun, vaikka he olisivat siihen halukkaita (Saranki-Rantakokko 1994). Lasten vanhempien mielipiteitä asuinalueensa suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistumisesta kartoitettaessa saatiin samansuuntainen tulos. Asukkaista lähes 70 % olisi halukas osallistumaan asuinalueensa toimintaan ja erityisesti asukas yhdistyksen toimintaan (Ranta 1998). Noin kolmannes neuvoloiden asiakkaista vuonna 1997 koki voivansa vaikuttaa sosiaali- ja terveystalvelujen suunnitteluun Kuopiossa (Kivinen 1998). Myös Pelkosen (1994) tutkimuksessa vanhemmat olivat kokeneet vaikuttamismahdollisuutensa neuvolatoimintaan hyvin vähäisiksi. Korkeimmin koulutetut ja ylemmässä sosiaalisessa asemassa olevat äidit kokivat pystyvänsä vaikuttamaan muita paremmin. He myös pitivät lastenneuvolaa muita hyödyllisempänä ja neuvolakäyntejä mieluisimpina.

2.3.3 Ryhmätoiminta vanhemmuuden tukijana

Käytetyin ryhmämuoto neuvoloissa on edelleen perhevalmennus. Perhevalmennusta on myöskin tästä syystä tutkittu huomattavasti enemmän kuin lastenneuvolan ryhmätoimintaa.

2.3.3.1 Perhevalmennus

Vuonna 1985-94 synnyttäneistä naisista 74 % on osallistunut synnytys- ja perhevalmennukseen. Ensisynnyttäjistä valmennukseen osallistui yhdeksän äitiä kymmenestä ja monisyntyttäjistä seitsemän kymmenestä. Osallistuvien äitien määrä on hieman vähentynyt

1990-luvun alussa (Perälä ym. 1998), mutta sen sijaan isien osuus lisääntynyt, sillä lähes 80 % esikoistaan odottavista isistä osallistui perhevalmennukseen 1990-luvun alussa (Hyssälä 1992).

Perhevalmennuksen tarkoituksena on tukea perheen vanhemmuuteen valmistautumista ja synnytyksen onnistumista (Perälä ym. 1998). Perhevalmennusta on toteutettu eri kokoisille ryhmille, jolloin myös käytetyt menetelmät ja vanhempien osallistumisen aste ovat vaihdelleet. Perhevalmennuksesta on tutkittu mm. sen sisältöä, käytettyjä menetelmiä, asiakkaiden tyytyväisyyttä ja valmennuksen merkitystä vanhemmille (Leinonen ym. 1992; Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Tarkka 1996; Partanen-Björk 1997; Viljamaa 1997; myös Airio-Huuhtanen 1998; Perälä ym. 1998).

Vanhemmat pitävät perhevalmennusta yleensä erittäin *hyödyllisenä ja tarpeellisenä*. Laajan väestökyselyn mukaan mukaan suurin osa 18–44-vuotiaista naisista arvioi perhevalmennuksen kokonaisuudessaan erittäin hyödylliseksi tai hyödylliseksi (Perälä ym. 1998). Perhevalmennus vastasi joka toisen tamperelaisen ensisynnyttäjä-äidin odotusajan tarpeisiin hyvin ja kolmasosan tyydyttävästi (Tarkka 1996). Esimerkiksi Partanen-Björkin (1997) mukaan perhevalmennuskursseista oli hyötyä äideille synnytykseen asennoitumisessa ja synnytyspelon lieventämisessä. Äitien luottamus vahvistui siihen, että he selviytyvät synnytyksestä, vanhemmuudesta ja lapsen kanssa toimimisesta. Parasta oli ollut muiden vanhempien ja samassa elämäntilanteessa olevien tapaaminen.

Valmennuksessa käsitelyjä *sisältöjä* on pidetty melko tarpeellisenä, vaikkakin viime vuosina on tehty ehdotuksia sisällön ajanmukaistamiseksi. Vehviläinen-Julkunen ja Teittisen (1993) mukaan yli 90 % äideistä ja isistä oli pitänyt valmennuksessa käsiteltyjä asioita tarpeellisinä (ks. myös Partanen-Björk 1997; Airio-Huuhtanen 1998). Perheiden arvioimina perhevalmennuksen tärkeimpiä sisältöalueita olivat raskauden normaalin kulun kuvaaminen, sikiön kehitys, synnytyksen ja sen kulun selvittäminen sekä vastasyntyneen hoito (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; myös Partanen-Björk 1997). Väestökyselyn mukaan olisi tarpeen käsitellä nykyistä enemmän synnytyksen jälkeistä masennusta, perheen tilannetta: taloudellista tilannetta, puolisoitten välistä suhdetta, sukupuolielämää ja äidin työssäkäyntiä, sekä sairaan lapsen syntymän mahdollisuutta. (myös Vehviläinen-Julkunen 1996; Partanen-Björk, 1997). Vanhemmuus sekä äitinä ja isänä jaksaminen arvioitiin tärkeiksi teemoiksi. Lisäksi vanhemmat korostivat raskauteen ja synnytykseen liittyvien ongelmien käsittelyä. Perheillä on myös tarve saada enemmän tietoa synnytyssairaalan toimintatavoista. (Partanen-Björk 1997.)

Isät ovat kokeneet itsensä ulkopuolisiksi myös perhevalmennuksessa, sillä isistä vain puolet koki saaneensa olla tasavertainen asiantuntija ryhmässään, kun vastaavasti äideistä yli 80 % koki olevansa asiantuntija. Jatkossa olisikin kiinnitettävä yhä enemmän huomiota isiin äitiysneuvolatyön asiakkaina ja pohdittava perhekeskeisempiä toimintamuotoja (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; myös Kaila-Behm 1997; Partanen-Björk 1997).

Monien vanhempien mielestä perhevalmennuksessa käytettäviä *menetelmiä* on tarpeen kehittää opettajakeskeisestä luennoinnista pienryhmätoiminnan suuntaan siten, että tapaamisiin sisältyisi harjoituksia ja riittävästi keskustelua sekä vetäjän että muiden vanhempien kanssa. Pelkkään luennointiin perustuva valmennus ei edistä vanhempien aktiivista osallistumista eikä anna vanhemmille heidän kaipaamaansa tukea. Äidit ovat toivoneet pienempiä ryhmiä myös siksi, että olisi mahdollista keskustella tunteista.

ITU-projektin liittyvässä kokeilussa, jossa perhevalmennus toteutettiin pienryhmissä, osallistujat kokivat myönteisenä mahdollisuuden itse vaikuttaa ohjelman suunnitteluun, asiallisen tiedon saannin raskaudesta, synnytyksestä ja parisuhteesta sekä uudet ihmissuhteet. Lisäksi ryhmän pieni koko oli edistänyt toiminnan onnistumista. Pienryhmätyöskentely oli antanut mahdollisuuden olla asiantuntija omien asioiden suunnittelussa, päätöksenteossa ja toteutuksessa. Vastaajat kuvasivat pienryhmätyöskentelyn merkinneen heille paljon synnytykseen liittyvien pelkojen lievittämisessä. He korostivat saaneensa rohkaisua omiin kykyihinsä vanhempana. (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; myös Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Partanen-Björk 1997.)

Vielä 1990-luvun alussa suurimmaksi esteeksi vanhempien tarpeista lähtevän valmennuksen toteuttamisessa terveydenhoitajat itse arvioivat riittämättömyyden tunteen ja epävarmuuden opetusmenetelmien hallinnassa sekä ryhmän kohtaamiseen liittyvät vaikeudet (Leinonen ym. 1992). Terveydenhoitajilla ei tuolloin ollut riittävästi valmiuksia tukea perheitä ryhmätilanteissa tai saada vanhempia tukemaan toisiaan, eikä valmiuksia käyttää erilaisia arvioinnin muotoja kuten itsearviointia. Palautteen saaminen sinänsä oli terveydenhoitajille tärkeää. Terveydenhoitajat kuitenkin ilmaisivat jo tuolloin halunsa kehittää valmennusta asiakasperheiden odotusten suuntaan (Leinonen ym. 1992). Perhevalmennuksen kehittäminen ja toteuttaminen moniammatillista työryhmää käyttäen on yleensä arvioitu tärkeäksi (esim. Vehviläinen-Julkunen ym. 1995).

Valmennusryhmän koosta tai toimintatavasta huolimatta perheille on näissä tutkimuksissa ollut tärkeää:

- Monipuolinen tieto raskaudesta ja synnytyksestä,
- Tuki vanhemmuuteen ja synnytyksestä selviämiseen,
- Samassa elämäntilanteessa olevien tapaaminen valmennuksessa ja synnytyksen jälkeen,
- Asiantuntijoiden kuuleminen.

2.3.3.2 Pienryhmätoiminta lastenneuvolassa

Lastenneuvolassa on järjestetty monenlaisia vanhempainryhmiä. Osa ryhmistä on käynnistynyt perhevalmennuksen jatkoryhmänä vanhempien aloitteesta, osa taas terveydenhoitajan tarjoamana palveluna eri ikäisten lasten vanhemmille. Toiset ryhmät ovat olleet avoimia, toiset taas on tarkoitettu samalle ryhmälle sovittuna ajanjaksona. Useimmissa ryhmissä on äitejä, joissakin ryhmissä on ollut mukana myös isiä. Ryhmien jäsenten määrä on vaihdellut 3–10 vanhemman välillä, myös kokoontumiskertojen määrä on vaihdellut.

Perhevalmennuksien jatkoryhmiä on järjestetty, koska vanhempien mielestä on ollut tärkeää tavata raskauden aikana tutuksi tulleita perheitä uudelleen synnytyksen jälkeen ja keskustella etenkin synnytykseen liittyvistä kokemuksista (Varjoranta 1997; myös Partanen-Björk 1997). Ryhmät ovat kokoontuneet neuvolan tiloissa, mutta myös kodeissa, jolloin terveydenhoitaja on ollut mukana. Tapaamisten sisältö ja keskustelun aiheet ovat rakentuneet vanhempien aloitteista. Tutussa ryhmässä on kyetty käsittelemään arkojakin asioita, sellaisiakin joita asiakas ei ehkä yksilövastaanotolla olisi ottanut puheeksi. Tällainen aihe on muun muassa synnytyksen jälkeinen sukupuolielämä.

Myös neuvolan järjestämien pienryhmien jälkeen on järjestetty mahdollisuuksia jatkaa ryhmätoimintaa esimerkiksi Tampereen seudulla. Jotkut jatkoryhmät toimivat ilman

terveydenhoitajaa, jolloin äidit olivat itse järjestäneet tilat. Näiden ryhmien sisältönä oli muun muassa lapsen kehitys ja kasvatusta, äitiys ja vanhemmuus. Vanhemmat kutsuivat mukaan myös muita terveyskeskuksen asiantuntijoita kuten lääkärin, psykologin ja fysioterapeutin. (Järvinen 1998.) Terveystoiminnan rooli ryhmissä on vaihdellut. Toiset terveydenhoitajat ovat olleet mukana koko ryhmän keston ajan, toiset ovat käynnistäneet ryhmän ja jättäneet ryhmän toimimaan itsenäisesti.

Lisääntyvä vertaistuki auttaa vanhempia. Ryhmätoiminnasta on raportoitu pääasiassa myönteisiä tuloksia, jotka ovat samansuuntaisia sekä tutkimuksissa että kehittämishankkeissa. Vanhemmat ovat kokeneet erittäin tärkeäksi tavata samassa elämäntilanteessa olevia muita vanhempia. Tapaamiset ovat edistäneet pikkulasten vanhempien sosiaalisen verkoston muotoutumista, monien välille on syntynyt ystävyyssuhteita. Tämän uuden verkoston kautta vanhemmat ovat saaneet hyvää tietoa ja kaipaamaansa tukea.

Pienryhmissä saatu tieto oli vanhemmista käyttöarvoltaan hyvää *tietoa* vertaisilta. Vaikka asiantuntijoiden antama tieto oli hyödyllistä, oli edellä mainittu keskustelu ylivertaista. Se avasi uusia näkökulmia, jäsensi elämäntilannetta ja helpotti käytännön tilanteiden ratkaisemista. Vanhemmista oli helpompaa vastaanottaa tietoa vertaisryhmältä. (Vanhanen-Silvendoin 1994; Varjoranta 1997; Järvinen 1998.)

Vanhemmat saivat ryhmätoiminnasta henkistä tai emotionaalista *tukea*. Vanhempia auttoi tunne ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta sekä tunne, että muilla on samanlaisia ongelmia. Mahdollisuus jakaa ongelmia muiden kanssa toi helpotusta yksinäisyyteen, jota monet äidit kokivat. Ryhmissä käsitellyt asioita pohdittiin myös kotona puolison kanssa. Ryhmät lisäsivät äitien voimavaroja selvittää arkisista tilanteista ja auttoivat arjen hallinnassa. Mahdollisuus kokea iloa ja mielihyvää vanhemmuudesta ja näistä tunteista keskustelu auttoi jaksamaan. (Järvinen 1998.)

Ryhmätoiminta parantaa suhdetta terveydenhoitajaan ja aktivoi vanhempia sekä lapsia. Pienryhmätoiminta vaikutti myönteisesti myös vanhemman ja terveydenhoitajaan väliseen yhteistyöhön. Vanhempien mukaan suhde terveydenhoitajaan lähentyi, mikä näkyi avoimuutena ja luottamuksena myös vastaanotolla. Terveystoiminta oppi paremmin tuntemaan äidit ja lapset, jolloin hän pystyi olemaan yksilöllisempi ja vastaamaan paremmin perheiden tarpeisiin vastaanotolla. Näin ryhmät täydensivät vastaanottoa. Vanhemmat arvostivat sitä, että terveydenhoitaja kehitti työtään ja loi tällaisia uusia mahdollisuuksia heidän tukemisekseen. Erityisesti vanhemmat arvostivat mahdollisuutta päättää omista asioistaan ja olla niissä asiantuntija. (Järvinen 1998; myös Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993.)

Pienryhmätoiminta aktivoi vanhempia, kun se antoi heille mahdollisuuden vaikuttaa neuvolatyön sisältöihin ja osallistua toiminnan suunnitteluun. (Varjoranta 1997; Järvinen 1998.) Ryhmätoiminta lisäsi äitien aktiivisuutta suhteessa terveydenhoitajaan ja tasavertaisesti heidän välistä suhdettaan. Ryhmien käyttö edellyttää terveydenhoitajalta vastuun antamista perheille pulmatilanteiden ratkaisemiseksi ja tukea päätöksenteossa. (Järvinen 1998.) Ryhmätoiminta osoittautui näin oivaksi keinoksi siirtää painopistettä asiantuntijuudesta asiakaskeskeisyyteen.

Myös leikki-ikäiset lapset olivat kokeneet erilaiset ryhmätilanteet myönteisenä. Heidän sosiaaliset taitonsa kehittyivät, he leikkivät keskenään ja tutustuivat toisiinsa. Lisäksi heidän

suhteensa terveydenhoitajaan parani, kun he oppivat luottamaan häneen. (Järvinen 1998.) (vrt. luku 2.2.4)

Ryhmät eivät välttämättä sovi jokaiselle. On vaara, että ryhmätoiminta ja siihen osallistuminen alkaa normittaa äitiyttä. Ryhmästä saatava hyöty perustuu yhteisyyden ja samankaltaisuuden tunteeseen, mikä ei välttämättä kehity kaikille vanhemmille (Vanhanen-Silvendoin 1994). Jos äiti koki itsensä erilaiseksi, hän ei kokenut saavansa tukea. Ryhmätoiminnalla ei voida korvata kokonaan muita palveluja, mutta vastaanotto toiminnan täydentäjinä niillä on paljon annettavaa. On tärkeää, että neuvolapalvelut ovat monimuotoisia ja että vaihtoehtoisia palveluja on tarjolla erilaisille vanhemmille.

Pienryhmätoiminta lastenneuvolassa

- Tarjoaa vanhemmille monipuolisia mahdollisuuksia saada tietoa ja tukea,
- Auttaa luomaan vanhempien verkostoja,
- Parantaa vanhempien suhdetta terveydenhoitajaan,
- Aktivoi vanhempia osallistumaan neuvolatoiminnan suunnitteluun,
- Kehittää leikki-ikäisten lasten sosiaalisia taitoja.

2.3.4 Kotikäynnit

Kotikäynnit ovat eräs äitiys- ja lastenneuvolan perhekeskeisen hoitotyön toiminnan työmuoto (Nieminen 1992). Tässä selvityksessä oli mukana 19 tutkimusta, joiden kohteena kotikäynnit olivat suorasti (esim. Karjalainen 1992; Vehviläinen-Julkunen ym. 1994; Varjoranta 1997; Hynynen 1999), epäsuorasti (mm. Kaila-Behm 1997; Kuronen 1993; Rantamaa 1990) tai ne ovat tulleet esiin neuvolatoiminnan kehittämisehdotuksina (mm. Tarkka 1996; Paavilainen 1998).

Synnytyksen jälkeen suositellaan tehtäväksi kotikäynti. Vuosina 1985–94 kotikäynti oli tehty noin yhdeksän äidin luo kymmenestä (94 %). Synnytyksen jälkeen tapahtuvien kotikäyntien määrä on vähentynyt 1990-luvulla 98:sta 89:än prosenttiin (Perälä ym. 1998). Kotikäyntien määrää on jouduttu vähentämään todennäköisesti mm. muuttuneiden taloudellisten tekijöiden vuoksi. Varjorannan (1997) mukaan toimintamuodosta oli jouduttu luopumaan niissä terveyskeskuksissa, joissa terveydenhoitajien määrää lastenneuvoloissa oli vähennetty. Toisaalta joissakin terveyskeskuksissa kotikäyntien määrä oli pysynyt ennallaan tai jopa lisääntynyt.

Neuvolatyön nykykäytännöissä lasten hyvinvoinnin huolehtimisessa vanhempien ja ammattilaisten välisissä suhteissa kotikäyntejä ja perheiden kotiin pääsyä pidetään itsestään selvyytenä (Kuronen 1993). Suurin osa vanhemmista näyttää hyväksyvän kotikäynnit edelleen ja pitävän niitä hyödyllisenä. Synnytyksen jälkeistä kotikäyntiä piti 18–44-vuotiaista naisista 86 % hyödyllisenä tai erittäin hyödyllisenä laajassa väestökyselyssä (esim. Perälä ym. 1998). Lastenneuvolasta tehtäviä kotikäyntejä on niinkään pidetty tarpeellisenä. Perheet kokivat kotikäynnit merkittävinä eivätkä haluaisi luopua niistä. (Karjalainen 1992.) Kotikäyntien palauttaminen lastenneuvolan toiminnaksi on koettu tärkeäksi muun muassa Kaunosen (1994) tutkimuksessa. Toisaalta taas Kivisen ym. (1998) mukaan asiakkaat eivät pitäneet kotikäyntejä tarpeellisenä. Tämä on selkeästi aiemmista tutkimuksista poikkeava tieto. Myös isät ovat Kaila-Behmin (1997) tutkimuksessa pitäneet kotikäyntiä erittäin tärkeänä. Perheissä on toivottu jopa lisää kotikäyntejä lapsen kasvaessa. Terveydenhoitajat ovat itse arvioineet kotikäynnit tärkeiksi (Kivinen ym. 1998; myös Viljanen 1993).

Äitiysneuvolan terveydenhoitajan kotikäynniltä perheet odottivat äidin ja lapsen fyysisen tilan huomioimista, neuvoja ja ohjausta imetykseen sekä keskustelua synnytyskokemuksesta ja vauvan tuomista muutoksista perheessä. Lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynniltä perheet odottivat lapsen fyysiseen tilaan liittyviä huomiointoja, ohjausta ja neuvontaa lapsen hoidossa. (Karjalainen 1992.) Perheiden odotuksiin kokonaisuudessaan vastattiin hyvin, erityisesti fyysisen voimien huomioonnotissa (Lauri & Hietaranta 1990). Vehviläinen-Julkunen ym. (1994) mukaan perheet arvioivat lapsen punnitsemisen ja tarkastamisen olleen tärkeää kotikäynnillä, terveydenhoitajat puolestaan pitivät tuen ja kannustuksen antamista tärkeänä.

Kotikäyntien sisältöä on ehdotettu kehitettäväksi. Esimerkiksi Karjalaisen (1992) tutkimuksessa perheet toivoivat enemmän keskustelua perheen ihmissuhteista ja vauvan tuomasta muutoksesta perheen toiminnassa. Kotikäyntien suuntaamista yksilöllisesti on myös tarpeen pohtia. Vammaisen lapsen omaiset toivoivat heille suunnatussa kyselyssä kotikäyntien tapahtuvan heidän omasta aloitteestaan, ei niinkään kaikille samanlaisena tarjottuna palveluna (Ewalds 1991).

Kotikäynneistä on todettu lukuisia myönteisiä puolia vanhemmille. Perheen omassa toimintaympäristössä perheen kokonaistilanne hahmottuu (Hiller-Ikonen 1999), jolloin apu ja neuvonta voidaan kohdistaa juuri kyseisen perheen tarpeiden mukaisesti. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994; Varjoranta 1997.) Perheet kokivat kotona olemisen helpottavana, kun äidin ei tarvinnut lähteä väsyneenä liikkeelle pienen lapsen kanssa. Lisäksi omassa tutussa ympäristössä oli miellyttävämpää tavata terveydenhoitaja (myös Paavilainen 1994; Vehviläinen-Julkunen ym. 1994). Ympäristön rauhallisuus ja epävirallisuus vähensivät myös jännitystä. Kotiympäristössä terveydenhoitajan asiantuntijuus palautteen, ohjeiden ja tuen antajana koettiin positiiviseksi. (Karjalainen 1992.)

Kielteisiä kokemuksia kotikäynneistä on raportoitu hyvin vähän. Esimerkiksi Vehviläinen-Julkunen ja työtovereiden (1994) tutkimuksessa vanhemmat eivät juurikaan tuoneet esille haittapuolia. Vanhempien mielestä terveydenhoitajalla on kotona hiukan huonommat mahdollisuudet punnita ja tutkia lasta samalla tavoin kuin neuvolassa. Haittapuolena on joskus mainittu kotikäyntiin valmistautumisen rasitus ja kodin yksityisyyden häiriintyminen. Terveydenhoitajat ovat kuvanneet kotikäyntien vievän aikaa vastaanottokäyntiä enemmän. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1994.)

Kotikäyntien merkitys korostuu perheiden vaikeuksien lisääntyessä ja yhteiskunnallisen tilanteen muuttuessa. Esimerkiksi lasten kaltoinkohtelua käsitelleessä tutkimuksessa monet perheet olivat kokeneet myönteisesti terveydenhoitajan aktiiviset kotikäynnit, joilla hän tarjosi apua ja tukea (Paavilainen 1998). Tihennettyjä tarpeenmukaisia kotikäyntejä on kokeiltu vanhemman ja lapsen varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi. Kotikäyntien merkitys korostuu myös, jos sairaalat muuttavat hoitokäytäntöjään, esimerkiksi lyhentävät hoitoaikoja synnytysosastoilla (Paavilainen 1994; Vehviläinen-Julkunen ym. 1994). Hynysen (1999) mukaan kotikäynnit voitiin ryhmitellä rutiinikäynteihin ja haastaviin kotikäynteihin. Haastava kotikäynti tehtiin, jos lapsen etu oli vaarassa, lapsella oli pitkäaikais sairaus tai perheen lapsi oli kuollut. Rutiinikäynneillä asiakas oli yleensä lapsi, haastavassa kotikäynnissä asiakkuus muuttui asiakkuuden edetessä perheenjäsenestä koko perheeksi. Haastava kotikäynti edellyttää terveydenhoitajalta rohkeutta, riittävää asiantuntijuutta, hyvää itsetuntemusta sekä kykyä syvälliseen vuorovaikutukseen.

Kotikäyntejä tarvitaan myös tulevaisuudessa, mutta niiden sisältöä, ajoitusta ja kohdentamista jouduttaneen tarkistamaan yksilöllisesti perheen tarpeiden mukaisesti. Myös terveydenhoitajan toimintamalli vaikuttaa toimintamuotojen valintaan: yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä tekevä oppii tuntemaan perheet ja pystyy tunnistamaan perheet, jotka todella hyötyvät kotikäynneistä. Kotikäynnit ovat oiva keino edistää terveydenhoitajan työn perhekeskeistä ja yhteisöllistä toimintatapaa (myös Hiller-Ikonen 1999).

Kotikäynnit

- Ovat edelleen tärkeä terveydenhoitajan toimintamuoto, joiden haastavuus on lisääntynyt,
- Kaipaavat uudelleen arviointia ja sisällöllistä kehittämistä.

2.3.5 Moniammatillisen yhteistyön ja yhteisöllisen toimintatavan kehittäminen

Moniammatillisen yhteistyön tärkeyden on kiinnitetty viime vuosina yhä enemmän huomiota. Yleisesti tiedostetaan, että varhainen puuttuminen lapsiperheiden pulmiin ja perheiden hyvinvoinnin tukeminen edellyttävät yhteistyötä useiden eri ammattiryhmien kesken. Moniammatillista yhteistyötä ei ole tutkittu kovin paljon. Jonkin verran siitä on tietoa väestövastuuta, Toimiva terveyskeskus -projektia ja yhteisöllisyyttä käsittelevissä tutkimuksissa, joissa yhteistyötä on pyritty kehittämään toimintatutkimuksen tai kehittävän työntutkimuksen keinoin. Eräissä muissa neuvolatoimintaa käsittelevissä tutkimuksissa on kuvattu yhteistyöhön yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimusten mukaan moniammatillisen työkalutuurin kehittäminen ei tapahdu itsestään eikä hetkessä, mutta on täysin mahdollista. Niissä on tunnistettu useita yhteistyön kehittämistä edistäviä tekijöitä sekä tyypillisimpiä eteen tulevia pulmia. Yhteisöllinen toimintatapa edellyttää moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Tutkimusten mukaan äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat tekevät useimmiten yhteistyötä muiden terveydenhoitajien ja neuvolalääkärin kanssa. (myös Rantamaa 1990; Aaltonen 1995; Terho 1998; Heimo 1999.) Heimon mukaan äitiysneuvolan terveydenhoitajat olivat viikoittain yhteydessä äitiyspoliklinikalle. Kontaktit muihin yhteistyökumppaneihin tapahtuivat kuukausittain tai harvemmin. Mielenterveystoimistoon, kodinhoitajaan ja lastensuojeluviranomaisiin oltiin yhteydessä puolivuositain tai harvemmin. (Heimo 1999.) Lääkärin ja psykologin ohella lastenneuvolan terveydenhoitajat pitivät päiväkodin henkilökuntaa tärkeimpänä yhteistyökumppanina. Psykologit korostavat lapsen kehityksen pulmatilanteiden yhteydessä moniammatillisen yhteistyön merkitystä. (Aaltonen 1995.)

Tavallisimpia yhteistyön esteitä ovat oma tai yhteistyökumppanin ajanpuute ja puutteellinen tiedonkulku lastenneuvolan ja yhteistyöorganisaatioiden välillä, mikä vaikeuttaa asiakkaiden tukemista (esim. Rantamaa 1990). Lisäksi salassapitosäännökset hankaloittivat yhteistyötä mielenterveystoimiston ja perheneuvolan kanssa niin äitiys- kuin lastenneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien mukaan (Terho 1998; Heimo 1999). Neljäs osa terveydenhoitajista Heimon (1999) tutkimuksessa piti yhteistyötä joustamattomana, konsultointia vaikeana ja verkostotyötä riittämättömänä.

Moniammatillisen tiimin yhteistyön todettiin käynnistyvän ja alkavan sujua Toimiva terveyskeskus -projektissa, kun tiimin jäsenet alkoivat jäsentää jokapäiväiseen työhön liittyvää yhteistä kohdetta. Toimintatavan muutos edellyttää myös työnjaon ja yhteistyösuhteiden muutosta. Vallitsevien yhteistyökäytäntöjen ylittäminen on vaikeaa ja työskentelyssä palataan helposti perinteiseen työnjakoon. (Launis 1994.)

Alueellisen ja väestövastuiseen toimintamallin yhteyttä ryhmätoimintaan, yhteistyön määrään, osallistumiseen, asiantuntemuksen jakautumiseen ja yhteistyön sisältöihin selvitettiin postikyselyllä koe- ja verrokkikunnista Elovainion ja työtovereiden (1997) tutkimuksessa. Alueellinen tai väestövastuinen mallissa ryhmätoiminta koettiin turvallisemmaksi ja uusia toimintatapoja tuettiin enemmän kuin perinteisessä mallissa. Alueellisessa tai väestövastuisessa mallissa oli vähemmän järjestettyjä kokoontumisia sosiaalitoimen henkilöstön kanssa. Yhteistyö oli laajentunut terveydenhuollon erityistyöntekijöihin ja ennaltaehkäisevään työhön, mutta laajan verkoston ammattiryhmien osaamista tunnettiin huonosti. Sosiaalihuollon puolella myönteiset muutokset työssä ja yhteistyössä olivat selvempiä kuin terveydenhuollossa. (Elovainio ym. 1997.)

Terveydenhoitajan väestövastuista työskentelyä tutkittaessa on tullut esiin tarve aiempaa moniammatillisemmasta ja säännöllisemmästä yhteistyöstä muilla vastualueilla työskentelevien kanssa (Koponen 1993; Simoila ym. 1993; Keski-Särkkä & Manninen 1995). *Yhteisöllinen* terveydenhoitajan työ edellyttää myös yhteistyökumppanuuden luomista ja yhteistä toimintaa perheiden ja muiden yhteisössä toimivien tahojen kanssa (Hiller-Ikonen 1999). Koposen (1997) väitöskirjan mukaan 1980–1990 lukujen vaihteessa käynnistynyt terveyskeskustyön kehittäminen väestövastuuperiaatteella johti terveydenhoitajien toimenkuvien laaja-alaisuuteen. Tämä laaja-alaisuus merkitsi monia erilaisia kunnittain ja terveydenhoitajittain vaihtelevia työmalleja. Perheiden hoitosuhteiden jatkuvuutta pystyttiin parantamaan työmalleissa, joissa esimerkiksi sama terveydenhoitaja vastaa sekä äitiys- että lastenneuvolatyöstä ja mahdollisesti myös ala-asteen kouluterveydenhuollosta. Terveydenhoitajat kokivat tällaisten työmallien edistävän neuvolatyön perhekeskeisyyttä ja tuovan uusia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen. Toisaalta kotisairaanhoitotyön yhdistäminen neuvolatyöhön koettiin usein vaikeana tasapainotteluna ennaltaehkäisevän työn ja sairaanhoidollisten tehtävien välillä. (Koponen 1997.) Yhdistetystä äitiys- ja lastenneuvolamallista on todettu eräitä etuja. Esimerkiksi Heimola (1999) tutkimuksessa yhdistettyä työtä tekevät terveydenhoitajat pystyivät muita paremmin tukemaan perheitä näiden parisuhdepulmissa.

Sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden yhteisön aktivointia kehittäneessä toimintatutkimuksessa työntekijät tekivät aikaisempaa enemmän yhteistyötä perhe- ja ryhmätasolla, mutta yhteisötason työskentely ei lisääntynyt. Moniammatillista yhteistyötä tehtiin aikaisempaa enemmän ja se lisäsi yhteisön ja sen tarpeiden tuntemusta. Työntekijät vahvistivat kuitenkin yhteisön omia voimavaroja tekemällä aikaisempaa enemmän yhteistyötä asiakkaan sosiaalisen lähipiirin, vapaaehtoisjärjestöjen ja yhdistysten kanssa. Väestövastuu työnorganisointimallina edisti työntekijätason yhteistyötä. Toimintaa suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin aikaisempaa enemmän yhteistyössä perheiden ja erilaisten ryhmien kanssa. Vähän yhteistyötä tekevien työntekijöiden kohdalla suhtautuminen yhteisön aktivointiin muuttui entistä kriittisemmäksi kehittämistoiminnan aikana. Kehittämistoiminnan aikana työnjohtokeskeisyys lisääntyi ja omista reviiereistä pidettiin entistä enemmän kiinni. Kehittämisohjelman vaikutus jäi kuitenkin vähäiseksi suhteessa vertailuryhmään. (Asikainen 1999.)

Simoilan (1994) tutkimuksessa todettiin terveydenhoitajien tekevän yhteistyötä kuuden erilaisen ajattelu- ja toimintamallin perusteella. Yksintyöskentelyn orientaatio oli tyypillisin tapa toimia tämän tutkimuksen terveydenhoitajille. Ammattikuntapohjaisen yhteistyöorientaation omaavat tekivät yhteistyötä lähinnä toisen terveydenhoitajan kanssa.

Sektoripohjaista yhteistyöorientaatiota kuvasi yhteistyö lähinnä lääkärin kanssa, joka koettiin lähimmäksi yhteistyökumppaniksi. Asiakasyhteisöpohjainen ja kahden työyhteisön orientaatio olivat kouluterveydenhuollossa toimivien tapa hahmottaa yhteistyötä. Työryhmäpohjaisen yhteistyöorientaation omaavista terveydenhoitajista suurin osa toimi laaja-alaisessa työssä. Nämä terveydenhoitajat pyrkivät kommunikatiiviseen yhteistyöhön ja oman työn teoreettisesti hallittuun kehittämiseen. Tutkimuksen yhteenvedona Simoila (1994) päätyi esittämään seitsemän erilaista terveydenhoitajan työorientaatiota, jotka olivat äitiyshuollon sektoriorientaatio, perinteinen terveystieteenorientaatio, professiokeskeinen työorientaatio, kouluhoitajan työorientaatio, tiimityöhakuinen työorientaatio, kriittis-analyttinen työorientaatio ja väestö- ja yhteisökeskeinen työorientaatio. Erityisesti kaksi viimeksi mainittua ryhmää olivat halukkaita tiimipohjaiseen yhteistyöhön. Myös terveydenhoitajan terveystieteenorientaatio on yhteyttä siihen, mitä tekijöitä hän ottaa huomioon toiminnassaan. Esimerkiksi Laurikaisen ja Pyykön (1990) tutkimuksessa tuli esille, että kokonaisvaltaisen ja psykososiaalisen terveystieteen omaavat terveydenhoitajat huomioivat muita enemmän sosiaalisia tekijöitä.

Moniammatillista yhteistyötä edistää

- Eri työntekijäryhmien käsitys yhteisestä työnkohteesta,
- Yhteistyön tärkeyden tiedostaminen lapsiperheiden palveluja kehitettäessä,
- Työntekijöiden yhteistyöorientaation tunnistaminen ja siitä keskustelu,
- Valmius tarkastella työntekijöiden työnjakoa, yhteistyösuhteita ja koko työkuultuuria.

2.4 Terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistaminen perheiden tukemisen edellytyksenä

2.4.1 Suhtautuminen oman työn kehittämiseen

Tässä selvityksessä analysoitujen tutkimusten mukaan ei voi muodostaa kattavaa kuvaa terveydenhoitajien suhtautumisesta oman työn kehittämiseen. On kuitenkin pääteltävissä, että suurin osa terveydenhoitajista on halukas kehittämään työtään, jos siihen on olemassa riittävät edellytykset. Esimerkiksi Viljamaan (1997) vanhempain ryhmiä koskevassa tutkimuksessa terveydenhoitajat suhtautuivat myönteisesti kehittämistoimintaan, kun he kokivat kehittämisen osaksi omaa työtä, kun se tuki muuta neuvolatyötä, kun oli halu kehittyä työssä, sai tukea työtovereilta ja asiakkaat suhtautuivat myönteisesti, oli sopivat tilat ja yhteistyössä kehitetty sisältö. Koska työn kehittäminen ja muuttaminen ei kuitenkaan aina ole helppoa, on muutosvastarintaa tullut esille muun muassa suhtautumisessa pienryhmätoimintaan. Viljamaan (1997) tutkimuksessa kehittämisen esteinä tuotiin esille ajan ja koulutuksen puute sekä pelko vanhempien kielteisestä suhtautumisesta.

2.4.2 Kehitettävät valmiudet

Lähes kaikissa tutkimuksissa tuotiin esille aihe- ja valmiusalueita, joissa terveydenhoitajien ammattitaitoa olisi tarpeen vahvistaa. Osa on tutkijoiden päätelmiä ja kehittämisehdotuksia, osa terveydenhoitajien itsensä esille tuomia. Terveydenhoitajat ilmeisesti tiedostavat varsin hyvin omat vahvuutensa ja kehittämistä edellyttävät valmiutensa, sillä aiheet ovat yhteneväisiä raportin alussa esitettyjen vanhempien kokemien puutteiden kanssa (ks. myös Pelkonen 1994).

Terveydenhoitajat kaipaavat vahvistusta muun muassa yksinhuoltaja- ja uusperheiden (Kuiri-Niiranen 1991), moniongelmaisten ja monikulttuuristen perheiden kanssa työskentelyyn. Keskeisiä aihepiirejä ovat lapsen masennus, isäksi kasvu, perhedynamiikka ja yleensä perheen voimavarat, parisuhdeongelmat ja lapsen vammaisuus (Ewalds 1991; Viitala & Virta 1991). Vanhemmuuden ja lapsen kasvatuksen tukemiseen tarvitaan niinkään vahvistusta (esim. Korpivaara 1993; Lahti 1993). Väestövastuuseen siirtymisen keskeisin edellytys terveydenhoitajien mukaan oli riittävä koulutus (Lohiniva 1990). Terveydenhoitajat kokivat ajoittain tietonsa puutteelliseksi myös lasten tapaturmiin liittyvistä asioista (Kivelä & Suonpää 1991). Terveydenhoitajat tarvitsevat täydennyskoulutusta myös eri maiden kulttuureista kyetäkseen ymmärtämään suuria kulttuurieroja (Tanttu 1997; Ekholm 1998).

Tärkeimpiä kehitettäviä valmiuksia ovat tarpeenmäärittelyn taidot, vuorovaikutustaidot, erilaiset auttamisen menetelmät mm. pienryhmien ohjaaminen ja perheiden psykososiaalinen tukeminen. Kiinnostus ja tarve kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoa auttaisi omien koulutustarpeiden tunnistamisessa ja tarpeelliseen koulutukseen hakeutumisessa.

Tarpeenmäärittelyssä eli asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa tuli esille monia puutteita. Esimerkiksi lapsen psykososiaalisen hyvinvoinnin määrittelyä käsittelevässä tutkimuksessa (Terho 1998) selvitettiin, miten terveydenhoitaja toimi tunnistaessaan lapsen psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyviä seikkoja. Terveydenhoitajat käyttivät psykososiaalisen arvioinnin keinoina kyselyä, kuuntelua, perheen tukemista ja lapsen havainnointia. Erilaisten lomakkeiden käyttö tuki tarpeenmäärittelyä. Esimerkiksi Terhon tutkimuksessa käytetty lasten käyttäytymistä selvittävä strukturoitu kyselylomake (Child Behavior Checklist eli CBCL) ja Hakulisen (1998) tutkimuksessa tieto lasten erilaisista temperamenteista edisti vanhempien ja terveydenhoitajan välistä keskustelua ja jäseni terveydenhoitajan työtä.

Psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointia edisti myös asiakassuhteen luottamuksellisuus, avoimuus ja jatkuvuus, joka syntyi yhdistetystä äitiys- ja lastenneuvolatyöstä. Terveydenhoitajat tekivät useimmiten yhteistyötä arvioinnissa toisen terveydenhoitajan kanssa, mutta konsultointiapua toivottiin erityisesti psykologilta. Tiukat salassapitosäännöt rajoittivat yhteistyötä perheneuvolan kanssa. (Rantamaa 1990; Terho 1998.)

Terveydenhoitajat tarvitsevat lisää valmiuksia lapsen kaltoinkohtelun merkkien havaitsemiseen (Paavilainen 1998), lapsen masennuksen, perheen vuorovaikutusongelmien, mm. parisuhdeongelmien tunnistamiseen ja yleensä psykososiaalisten ongelmien tunnistamiseen. Heimón (1999) tutkimus lapsiperheiden psykososiaalisesta tukemisesta äitiys- ja lastenneuvolassa osoitti, että terveydenhoitajat tarvitsevat tietoa perheiden ongelmista ja elämäntilanteesta, taustoista ja sosiaalisista verkostoista tunnistaakseen psykososiaalista tukea tarvitsevat perheet. Lähes kahdeksankymmentä prosenttia terveydenhoitajista arvioi tunnistavansa huonosti tai hyvin huonosti lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja yli kolmekymmentä prosenttia lapsen pahoinpitelyn ja vanhempien päihdeongelmat.

Useissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota terveydenhoitajien vuorovaikutustaitojen parantamiseen kuten tarkempaan havaintojen tekoon, palautteen antamisen tapoihin (Kaila & Lauri 1992; Karjalainen 1992; Korpivaara 1993; Kosonen 1995; Nieminen 1992; Paavilainen 1998), rohkeuteen kysyä ja puhua suoraan vaikeistakin asioista (esim. Paavilainen 1998). Lisäksi terveydenhoitajat tarvitsevat nykyistä parempia valmiuksia tukea perhettä sen

terveessä toiminnassa ja mahdollisten häiriöiden korjaamisessa (Hakulinen 1993), perheiden psykososiaalisessa tukemisessa yleensä, erityisesti parisuhdeongelmaisten vanhempien tukemisessa sekä ryhmiin ja yhteisöihin suuntautuva toiminnassa. Huomiota olisi kiinnitettävä enemmän sosiaalisen tuen teoreettiseen viitekehykseen ja sen hyödyntämiseen käytännön hoitotyössä (Tarkka 1996; Hakulinen 1998). Psykososiaalista tukemista vaikeuttivat ammattitaidon riittämättömyyden lisäksi työn sisällön hallinnan ongelmat, harvat tapaamiset perheiden kanssa, asiakasperheiden asenteet, hoitajien kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidot sekä omat voimavarat ja jaksaminen (Heimo 1999).

Monet terveydenhoitajat suhtautuvat myönteisesti pienryhmätoimintaan, mutta tarvitsevat koulutusta ryhmän ohjaamistaidoissa (Leinonen ym. 1992; Säisä 1996; Varjoranta 1997; Järvinen 1998). Ryhmätyömenetelmien käyttöön tulisi saada enemmän valmiuksia jo peruskoulutuksessa (Säisä 1996; Varjoranta 1997; Järvinen 1998; Lohiniva 1999), minkä lisäksi tarvitaan työpaikkakohtaisesti lisäkoulutusta terveydenhoitajien yksilöllisten tarpeiden pohjalta (Jukarainen 1994; Varjoranta 1997).

2.4.3 Toimintatapojen yhtenäistäminen ja työnohjaus

Muutamissa tutkimuksissa esitetään synnytyssairaalan ja äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyön lisäämistä imetykseen liittyvissä asioissa yhteisten tapaamisten ja koulutusten muodossa. (Jukarainen 1994; Julin 1997). Terveystoimintatapojen lehmänmaitoallergiaa sairastavien hoidossa vaihtelivat paljon. Säännöllisen täydennyskoulutuksen avulla tulisi toimintatapoja yhtenäistää lapsen allergioihin liittyvissä asioissa. (Kemppainen 1997.) Sairaalan ja neuvolan yhteisiä koulutuksia ja tapaamisia tarvitaan ohjauksen ja neuvonnan yhtenäistämiseksi (Jukarainen 1994; Kosonen 1995; Julin 1997).

Terveystoimintatapojen ja lääkäreiden terveystietomerkinnöissä on havaittu järjestelmällisyyden puutetta. Fyysistä kehitystä oli havainnointi kuitenkin tarkasti. Työntekijöillä tulisi olla riittävästi tietoa siitä, mitä seurata ja milloin. (Liuksila & Lauri 1992).

Työn kehittämistä työnohjauksen avulla esitetään useissa tutkimuksissa (Miettunen 1990; Virola 1990; Kaila & Lauri 1992; Korpivaara 1993; Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Säisä 1996; Viljamaa 1997; Terho 1998). Terveystoimintatapojen työnohjausta tarvitaan muun muassa siksi, että terveydenhoitajat kokivat asiakkaiden henkisten tarpeiden tyydyttämisen jäävän huonommaksi kuin fyysisten (Miettunen 1990; Virola 1990; Korpivaara 1993; Säisä 1996; Viljamaa 1997; Terho 1998).

3 LAPSIPERHEIDEN TUKEMISEKSI KEHITETYT TOIMINTAMUODOT NEUVOLASSA

3.1 Kehittämishankkeiden kuvaus

Tässä luvussa tarkastellaan äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneita kehittämishankkeita 1990-luvulla (liite 2). Tarkastelun kohteena olivat kehittämishankkeista julkaistut raportit tai terveydenhuollon tarkastajien kautta tietoon tulleet hankkeet. Tarkoituksena oli etsiä hankkeissa esille tulleita toimivia käytäntöjä.

Kehittämishankkeet olivat valtakunnallisia, läänikohtaisia tai paikallisia. Kolmen läänin alueella 1980-luvun lopulla toiminutta Uusi lapsi perheeseen -hanketta (ULPU) seurasi laaja valtakunnallinen Ehkäisevän perusterveydenhuollon ideointi, tutkimus ja uudistaminen – projekti (ITU) vuosina 1989–1993. Laajat väestövastuuhankeet 1990-luvun alussa kohdistuivat myös osittain terveydenhoitajan työhön neuvolassa. Muita valtakunnallisia hankkeita 1990-luvulla olivat Imeväisen leikki-ikäen terveyskertomuksen kehittäminen vuosina 1995–1998 ja vuonna 1997 alkanut Stakesin hanke Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa.

Useamman läänin alueelle kohdistuneita hankkeita oli kuusi. Läänikohtaisia hankkeita oli saman verran (6). Kehittäminen tapahtui 11 hankkeessa yhdessä terveyskeskuksessa tai neuvolan toimipisteessä. Suurimmassa osassa hankkeita neuvola oli kehittäjän roolissa, neljässä vapaaehtoisjärjestön projektissa neuvola toimi lähinnä yhteistyötahona.

3.1.1 Kehittämisen lähtökohdat

Kehittämistoiminnan lähtökohtina olivat usein yhteiskunnalliset muutokset, valtakunnalliset velvoitteet ja neuvolatoimintaan kohdistunut kritiikki. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset kuten perherakenteiden muuttuminen ja tukiverkoston heikentyminen ja perheiden vaikeuksien lisääntyminen aiheuttivat paineita neuvolatyön muuttamiseen. Vanhempien työttömyys, mielenterveysongelmat ja päihteiden käyttö lisäsivät tarvetta tehostaa perheiden tukemista ja ennaltaehkäisevää työtä.

Yhdeksänkymmentä luvun alussa kehittämisen lähtökohtana olivat usein valtakunnalliset velvoitteet. Kehittämisen tarkoituksena oli organisaatiolähtöisen toiminnan kehittäminen asiakaslähtöiseksi, yksilöiden ja perheiden tarpeita vastaavaksi. Laadukkaan toiminnan

kehittäminen edellytti yhteistyön kehittämistä eri ammattiryhmien, sektoreiden ja laitosten välillä. Uuden palvelukulttuurin sekä tutkimuksen ja käytännön sovellutusten aikaansaaminen vaati myös koulutuksen ja työelämän kiinteämpää yhteistyötä. Neuvolan ja sairaalan yhteistyötä on tarvittu tehokkaiden palveluketjujen muodostamiseksi muun muassa riskiraskauksien seurannassa, päihdeongelmaisten äitien, synnytyspelkoisten äitien ja unihäiriöisten lasten hoidossa. Saumattomia palveluketjuja on pyritty kehittämään myös tietotekniikan avulla.

Lisäksi kehittämispaineita aiheutti neuvolatoimintaan kohdistunut kritiikki. Asiakkaat olivat enenevässä määrin tyytymättömiä neuvolasta saamaansa tukeen. Isät alkoivat vaatia enemmän huomiota neuvolasta vuosikymmenen lopulla. Vanhemmat kokivat tarvitsevansa enemmän tukea arkipäivän ongelmiinsa neuvolasta. Terveystoimittajien on havaittu tarvitsevan lisää keinoja arkojen ja ongelmallisten asioiden esiin tuomiseen ja tuen tarjoamiseen perheille.

3.1.2 Kohderyhmät ja toimintamuodot

Tähän raporttiin kootut kehittämishankkeet ovat kohdistuneet melko laajasti eri ryhmiin kuten äiteihin, isiin, vanhempiin, vauvoihin, lapsiin, isovanhempiin ja koko väestöön. Useimmissa kehittämishankkeissa oli useita kohderyhmiä. Eniten kehittämistä on kohdistettu lasta odottaviin tai vauvaikäisen vanhempiin. Kehittämisen kohderyhminä olivat usein myös äidit tai eri ikäiset lapset. (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Asiakasryhmät äitiys- ja lastenneuvoloiden kehittämishankkeissa 1990-99 (n=30)

Asiakasryhmä	Kohderyhmien määrä	Näistä vapaaehtoisjärjestöjen hankkeissa
Isät tai isät ja vauvat	6	2
Äidit	17	
Äidit tai äidit ja vauvat	5	1
Imettävät äidit	4	
Masentuneet äidit	4	2
Nuoret äidit	3	
Päihdeongelmaiset äidit	1	
Vanhemmat tai perheet	23	
Lasta odottavat vanhemmat	8	1
Vauvan vanhemmat	9	1
Leikki-ikäisen vanhemmat	5	
Isovanhemmat	1	
Eriyistä tukea tarvitsevat vanhemmat	12	
Yleensä	7	
Monikkolasten vanhemmat, ulkomaalaiset äidit ja perheet	2	1
Vammaisen lapsen vanhemmat	1	
Keskoslapsen vanhemmat	1	
Yksinhuoltajaperheet, uusperheet	1	1
Lapset	17	
Vauvat	5	
Unihäiriöiset tai itkuiset vauvat	3	1
1-7 -vuotiaat lapset	9	
Väestö	3	
Yhteensä	78	10

Vähiten kehittämistä oli kohdistettu erityistä tukea tarvitseviin ryhmiin. Esimerkiksi päihdeongelmiin oli paneuduttu erityisen vähän, eikä perheväkivalta ollut kehittämisen kohteena lainkaan.

Kehittämistoiminta kohdistui useimmiten ryhmätoimintaan äitiys- ja lastenneuvolassa. Melko usein oli kehitetty myös terveydenhoitajan vastaanotolla tapahtuvaa työtä. Vastaanottotyön kehittäminen kohdistui suuremmaksi osaksi eri-ikäisten lasten, useimmiten viisivuotiaiden lasten terveystarkastukseen. Vähiten oli kehitetty tukihenkilö- ja kummikätilötoimintaa.

Tarkastelun kohteena olleista vapaaehtoisjärjestöjen hankkeista kaikki neljä liittyivät ennalta ehkäisevään tai korjaavaan lastensuojelutyöhön. Videoavusteista perhetyön menetelmää kokeiltiin kahdessa hankkeessa. Masentuneille äideille aloitettiin tukihenkilötoiminta yhdessä hankkeessa. (TAULUKKO 3.)

TAULUKKO 3. Kehitetyt toimintamuodot äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä vapaaehtoisjärjestöissä 1990-99 (n=30)

Toimintamuoto	Kokeilujen määrä		
	Äitiys- ja lastenneurolat	Vapaaehtoisjärjestöt	Yhteensä
Ryhmätoiminta	18	4	22
Vastaanottoiminta	9	-	9
Imetysohjanta	4	-	4
Väestövastuu	3	-	3
Kotikäynti tai perhetyö kodeissa	3	2	5
Unikoulu	2	1	3
Lastensuojelu tai ennaltaehkäisy	2	4	6
Tukihenkilötoiminta	1	1	2
Kummikätilötoiminta	1	-	1
Nettineuvola	1	-	1
Puhelinneuvonta		2	2
Kurssit tai leirit		2	2
Video-ohjaus		2	2
Yhteensä	44	18	62

Erilaisia toimintamuotojen kokeiluja oli yhteensä 37. Muutamassa hankkeessa oli kokeiltu useita erilaisia ryhmätoimintamuotoja. Odotusaikana tapahtuvaa perhevalmennusta kehitettiin lähes kolmasosassa hankkeita. Lähes saman verran on mainintoja avoimen ryhmätoiminnan kehittämisestä neuvolassa. Ryhmäneuvolaa ja vanhempainiltoja kehitettiin vain muutamassa hankkeessa. (TAULUKKO 4.)

TAULUKKO 4. Kehitetyt ryhmätoimintamuodot äitiys- ja lastenneuvoloissa 1990-99 (n=30)

Ryhmätoimintamuoto	Kokeilujen määrä
Perhevalmennus	9
Avoimet ryhmät, esim. äitikahvila	8
Pienryhmät	6
Perhevalmennuksen jatkoryhmät	5
Teemaillat, -päivät ja -kurssit	4
Ryhmäneuvola	3
Vanhempainillat	2

3.1.3 Työtä ohjaavat välineet

Terveydenhoitajan työtä ohjaavia välineitä kehitettiin kahdessa kolmasosassa hankkeita. Useimmiten uudistettiin entisiä, luotiin uusia tai tehostettiin käytössä olevien lomakkeiden käyttöä äitiys- ja lastenneuvolassa. Lastenneuvolatarkastusten yhteydessä käytettäviä kyselylomakkeita vanhemmille laadittiin useammassa neuvolassa. Yhdessä terveyskeskuksessa kehitettiin oma haastattelu- ja havainnointilomake ikäkausikohtaisen kehityksen ja perheiden kasvatus- ja neuvontatarpeen arviointiin (Vakkilainen & Järvinen 1994). Yhdessä äitiysneuvolan projektissa otettiin käyttöön masennusta (Mäki & Eskola 1996) ja toisessa alkoholin käyttöä seulova testi (Kiuttu 1999). Imeväis- ja leikki-ikäisen terveyskertomuslomakkeisto on uudistettu kokonaan vuonna 1997 Kuntaliiton projektissa (Larjomaa 1997).

Raskauden- ja lapsivuodeajan masennusta ennalta ehkäisevässä hankkeessa asiakkaiden käyttöön tehtiin tukipalvelukansio ja kirjallisuusluettelo (Mäki & Eskola 1996). Osana perhehoitotyön projektia opiskelijat tekivät opinnäytetyönä kaksi opetusvideota: lapsen rokotuksista ja lapsen sosiaalisesta kehityksestä (Paavilainen ym. 1999). Lastenneuvolan seulontasuosituksia laadittiin moniammatillisessa työryhmässä Oulun terveyskeskuksessa 1990-luvun alussa (Hjerppe & Kaiponen 1992). Vuonna 1998 Oulun lääninhallitus julkaisi ohjeiston lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon seulonnoista ja rokotuksista (Mattila ym. 1998).

Kanta-Hämeen keskussairaalapiirin alueelle tehtiin äitiyshuollon hoito-ohjelma yhteistyössä sairaaloiden ja terveyskeskusten kanssa vuonna 1988. Hankkeesta raportoitiin vuonna 1991. (ULPU I.) Keski-Suomen läänin alueelle laadittiin Vauvamyönteisyys-hoitokäytännöistä hoito-ohjelma vuonna 1996 (Lyytikäinen ym. 1996) sekä vuonna 1999 sairaalan, terveyskeskuksen, A-klinikan sekä Ensi- ja turvakotien liiton kanssa yhteinen "Päihdeongelmaisten äitien kolmiportainen hoitomalli" (Kiuttu 1999). Kuopiossa sovittiin yhdessä sairaalan, terveyskeskuksen, sosiaalitoimen perhetukikeskuksen ja ensikotiyhdistyksen kanssa unihäiriöisten vauvojen hoitokäytännöstä vuonna 1997 (Raportti ja suunnitelma unihäiriöisten lasten hoitamiseksi).

Koulutuksen ja työelämän yhteistyöhankkeessa opiskelijat laativat yhden kaupungin alueelle yhteisökuvan ja yhteisödiagnoosin kehittämistyön pohjaksi (Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998). Terveyskeskuksen tietotekniikkaa kehitettiin yhdessä väestövastuuhankkeen osaprojektissa (Engeström ym. 1991). Nettineuvola hankkeen pilottikokeilut ovat alkaneet vuoden 1999 lopussa Itä-Suomen läänissä (Elämisen alkuun -projekti 1999). (TAULUKKO 5.)

TAULUKKO 5. Terveydenhoitajan työtä ohjaavien välineiden kehittäminen äitiys- ja lastenneuvoloissa 1990-99 (n=30)

Työtä ohjaava väline	Välineiden määrä
Lomake	8
Hoito-ohjelma tai malli	4
Tukimateriaali: kansio tai video	4
Seulontasuositus	2

Tietotekninen sovellus	2
Yhteisödiagnoosi	1
Yhteensä	21

Kehittämishankkeisiin liittyy lisäksi yhteensä 125 opinnäytetyötä, tutkimusta ja selvitystä, jotka käsittelevät äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa. Näistä suurin osa (88) oli tehty ammattikorkeakoulussa tai terveydenhuolto-oppilaitoksessa, 21 yliopistossa ja loput 16 olivat muita tutkimuksia tai selvityksiä. 1990-luvun lopulla alkaneista hankkeista on tulossa lähiaikoina vaikuttavuustutkimuksia ja muita opinnäytetöitä. (TAULUKKO 7.)

3.1.4 Yhteistyötahot ja hankkeiden arviointi

Neuvola oli osapuolena kaikissa kehittämishankkeissa. Kahdessa kolmasosassa hankkeita yhteistyötahot olivat joko kunnallisen tai läänin tai valtakunnallisen tason toimijoita. Kymmenessä hankkeessa yhteistyötä tehtiin sosiaalitoimen ja päivähoidon kanssa. Kolmasosassa hankkeita yhteistyötahoina toimivat terveydenhuollon koulutuksen eri tasot. Yhteistyötä tehtiin vähän seurakunnan kanssa.

Joka toisessa äitiys- ja lastenneuvolan kehittämishankkeessa oli mukana vapaaehtoisjärjestö. Vapaaehtoisjärjestöjen projekteissa neuvola toimi yhteistyökumppanina. Mannerheimin Lastensuojeluliitolla (MLL) oli usein terveydenhoitajien kouluttajan rooli. MLL:n Lapsiperhe-projektissa suurin osa perheistä tuli palvelun piiriin neuvolan kautta. Ensi- ja turvakotien liiton Baby blues -palveluita käyttäneistä äideistä alle puolet oli saanut tiedon neuvolasta. Ensi- ja turvakotien liitto teki yhteistyötä neuvolan kanssa palveluitaan käyttäneiden vauvaperheiden asioissa. (TAULUKKO 6.)

TAULUKKO 6. Yhteistyötahot äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaisiin kohdistuneissa kehittämishankkeissa 1990-99 (n=30)

Yhteistyötaho	Yhteistyötahojen määrä
Vapaaehtoisjärjestö	15
Mannerheimin Lastensuojeluliitto	7
Ensi- ja turvakotien liitto ry	5
Nuoret Ystävät ry	1
Pelastakaa Lapset ry	1
Doulat (tukihenkilöt)	1
Sairaala	12
Kunnallinen toimija	20
Sosiaalitoimi: päivähoito, sosiaalitoimisto, kotipalvelu	10
Perheneuvola tai mielenterveysyksikkö	4
Koulutoimi: ala-aste	2
Kaupungin tilasto- ja tutkimusyksikkö	2
A-klinikka	1
Kotitalousneuvonta	1
Terveydenhuolto-oppilaitos, ammattikorkeakoulu tai yliopisto	9
Alueellinen ja valtakunnallinen toimija	23
Sosiaali- ja terveysministeriö	8
Lääninhallitus	8
Stakes ja muut tutkimusasemat	4
Sairaaliitto	3

Muu toimija	8
Seurakunta	3
Keskusjärjestöt ja Työmarkkinalaitos	3
Liikenneturva	1
Teknologiakeskus, projektit ja yritykset	1
Yhteensä	87

Kehittämishankkeissa hankittiin arviointitietoa useimmiten asiakas- ja henkilökuntakyselyjen ja arviointikokousten muodossa. Kehittämishankkeiden prosessia, toimintaa ja/tai tuloksia kuvattiin 22 raportissa. Kuudesta hankkeesta oli käytössä monistemuotoinen seloste ja kahdesta hankkeesta tietoa on saatu internet-sivuilta. Julkaisemattomat hankkeet ovat niin uusia, ettei niistä vielä ole varsinaista palautetietoa. (TAULUKKO 7.)

TAULUKKO 7. Kehittämishankkeiden arviointimuodot 1990-99 (n=30)

Arviointimuoto	Arviointimuotojen määrä
Kyselyt	51
Asiakaskyselyt:	
Alkukartoitus	14
Palaute	18
Henkilökuntakyselyt:	
Hankkeen alussa	5
Hankkeen aikana tai lopussa	14
Suullinen arviointi	13
Seminaarit/ kokoukset/ arviointipalaverit	13
Kirjallinen toiminnan kuvaus	22
Julkaistut kehittämisraportit	22
Vaikuttavuuden arviointi	1
Salon ITU	-
Oulun läänin neuvolaprojekti 1)	1
Lapsiperhe-projekti 1)	-
Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen 1)	-
Muu arviointimuoto	1
Ulkoinen arviointi: PARVA-projekti	1
Yhteensä	88

1) Raportti tulossa

Asiakkailta kysyttiin palautetietoa yli puolessa hankkeita. Kehittämisen alkuvaiheessa henkilökunnalta kysyttiin vain harvoin mielipidettä, mutta hankkeen edetessä lähes puolessa tehtiin kyselyjä henkilöstölle ja järjestettiin seminaareja tai arviointipalavereja. Kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arviointi on vielä harvinaista. Kolmesta yhdeksänkymmentä luvun lopulla käynnistyneestä laajasta lapsiperheisiin kohdistuneesta hankkeesta on tulossa lähiaikoina vaikuttavuusarviointi. Yhteen veto lapsiperheitä tukevista toimintakäytännöistä ja menetelmistä on liitteessä 4.

3.2 Lapsiperheitä tukeva toiminta neuvolassa

Lapsiperheisiin kohdistettu kehittämistoiminta painottuu erilaisen ryhmätoiminnan käynnistämiseen neuvolassa ja vapaaehtoisjärjestöissä. Viime vuosina on tiedostettu myös isien huomioinnin tärkeys ryhmätoiminnassa ja neuvolan vastaanotolla. Erityisen tuen tarpeessa oleviin ryhmiin kuten päihteitä käyttävien äitien varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon on kiinnitetty vielä varsin vähän huomiota.

3.2.1 Parisuhteen vahvistaminen neuvolassa

Parisuhteen tukemisesta neuvolassa löytyy raporteista vain vähän esimerkkejä. Lähinnä parisuhdetta on käsitelty osana perhevalmennusta. Oulun läänin neuvolaprojektissa (1996–1998) oli kehittämiskohteena perhekeskeisyyden syventäminen neuvolatyössä. Yksilövastaanottojen sisällöissä kiinnitettiin erityistä huomiota parisuhteeseen ja vanhemmuuden tukemiseen. Neuvolassa pyrittiin rohkaisemaan keskustelua parisuhteesta “keskusteluavaimen” tai perhevalmennuksessa annettujen tehtävien avulla. (Mattila ym. 1998.)

Parisuhteen vahvistamisen tärkeyttä käsiteltiin esimerkiksi Ensi- ja turvakotien liiton Baby blues –projektissa. Siinä havaittiin, että parisuhde on erityisellä koetuksella, jos vauva oli vaikeahoitoinen tai äiti kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Baby blues -palveluita käyttäneistä vanhemmista yli puolelle vauvan syntymä oli aiheuttanut kriisin perheessä. Molemmat vanhemmat saattoivat väsyä perusteellisesti lapsen vaikeahoitoisuuden seurauksena sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Niemi 1997.)

Vanhempien kuvauksen mukaan vauvan syntymä oli herättänyt heissä avuttomuutta, epävarmuutta, huonouden tunnetta, riittämättömyyttä, kyvyttömyyttä, hermostuneisuutta, pelkoa, ahdistusta ja väsymystä. Seurauksena oli parisuhteen ristiriitoja, seksuaalisia vaikeuksia ja elämän huomattava rajoittuminen. Osalle Baby blues -palveluita käyttäneistä pariskunnista vauvan syntymä oli aiheuttanut niin syvän kriisin, että pariskunta erosi. (Niemi 1997.)

3.2.2 Vauvan varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen

Tutkimuksissa on havaittu, että lapsen varhaiset vuorovaikutussuhteet ovat yksittäisistä tekijöistä merkittävimpiä ennustajia lapsen psyykkisen kehityksen etenemisestä ja psyykkisestä terveydestä. Stakesin vuonna 1997 käynnistyneessä Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa -hankkeessa on tavoitteena lisätä lastenneuvolan terveydenhoitajien valmiuksia ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. (Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä 1999.)

Terveydenhoitajia koulutetaan tunnistamaan ne perheet, joissa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on erityisen tarpeen. Vanhempia autetaan luomaan hyvä vuorovaikutussuhde vauvan kanssa. Terveydenhoitajien toiminnan kulmakivinä ovat asiakaslähtöisyys sekä hyvän ja myönteisen vuorovaikutuksen luominen yhteistyöhön. Tärkeää on asiakkaiden omien tavoitteiden ensisijaisuus, myönteisen palautteen antaminen ja vauvan ja vanhemman vuorovaikutuksen konkreettinen tukeminen. Asiakaslähtöinen ja myönteinen vuorovaikutus perheiden kanssa mahdollistaa arkojen ja ongelmallisten asioiden esille tuomisen ja avun hakemisen. (Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä 1999.)

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen terveydenhoitajia kouluttavassa hankkeessa on todettu lyhyen koulutuksen ja työnohjauksen lisäävän merkittävästi terveydenhoitajia kykyä tukea vanhemmuutta. Hanke on laajenemassa koko maahan ja siitä on valmistumassa vaikuttavuustutkimus. (Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä 1999.)

3.2.3 Isien tukeminen neuvolassa

Kehittämishankkeisiin liittyneissä asiakaskyselyissä tuli esille, että neuvolatoiminta ei täysin vastannut isien odotuksiin ja tarpeisiin. Baby blues -projektissa todettiin, että myös isät tarvitsevat tukea lapsen syntyessä. Isät olivat huolestuneita vaimonsa jaksamisesta, kokivat väsymyksen ja vastuun painavan sietämättömästi. (Niemi 1997.)

Osana Baby blues -projektia haastateltiin neljää isää, joilla oli vaativa ja vaikeahoitoinen lapsi tai vaimo kärsi synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Molemmat vanhemmat väsyivät lapsen vaikeahoitoisuuden seurauksena sekä fyysisesti ja psyykkisesti. Seurauksena oli parisuhteen ristiriitoja, seksuaalisia ongelmia ja elämän huomattava rajoittuminen. Miehet joutuivat asettamaan elämän arvot uuteen järjestykseen: vaimo, perhe ja työ. Lapsen vaikeahoitoisuus lähensi isän suhdetta lapseen. Odotusaikaa kuvattiin pääosin myönteiseksi ajaksi, mutta kaksi isää tunsivat voimakasta ahdistusta keskenmenovaaran vuoksi. Synnytys lähensi suhdetta vaimoon ja edisti isän ja lapsen välisen suhteen syntymistä. (Niemi 1997.)

Perhehoitotyön kehittämishankkeessa Seinäjoella, Porissa ja Tampereella viidessä opinnäytetyössä selvitettiin isien mielipiteitä tai kokeiltiin isäryhmiä neuvolassa. Isien mielestä äitiysneuvolan palvelut olivat pääasiassa äideille suunnattuja. Isäryhmiä toteuttaneen hankkeen mukaan neljäsosa isistä piti pienryhmiä tarpeellisena. Myös äideistä isäryhmien kokeileminen neuvoloissa oli tärkeää. Vanhemmat toivoivat myös, että pienryhmiä järjestettäisiin sekä vanhemmille yhdessä että äideille ja isille erikseen. (Paavilainen ym. 1999.)

Isät pitivät perhevalmennusta tarpeellisena, mutta se ei vastannut aina heidän odotuksiaan. Isät toivoivat enemmän keskustelua pienryhmissä synnytystapahtumasta, poikkeavasta synnytyksestä, isän ja äidin keinoista tukea toisiaan ja selviytymiskeinoista vauvan valvottaessa öitä. (Paavilainen ym. 1999.)

Isiä on tuettu järjestämällä heille pienryhmiä ja kannustamalla heitä osallistumaan neuvolan vastaanotoille. Yhdessä neuvolassa on laadittu toiminta-ohjelma miesten isäksi ja vanhemmaksi kasvua tukemaan. Toisessa isät on kutsuttu miesten terveyspäivään.

Laajassa neuvolahankkeessa Oulun läänin alueella kolmessa neuvolassa kehitettiin toimintaa isien näkökulmasta. Isiä on kannustettu osallistumaan aktiivisemmin vastaanottokäynneille. Yhdessä neuvolassa isille järjestettiin teemapäivä, jolloin isillä oli mahdollisuus kiinnittää huomiota omaan terveyteensä. Teemapäivän aikana oli mahdollisuus tehostaa rokotuksia, mittauttaa verenpaine ja kolesteroli, tutustua terveellisiin ravintotottumuksiin ja kuulla parisuhdetta käsittelevä alustus. (Mattila ym. 1998.)

Vauvan vanhemmille järjestettiin pienryhmätoimintaa, joka painottui vanhemmuuden tukemiseen. Vauvoille järjestettiin lastenhoito kokoontumisten ajaksi. Kokoontumiskertojen teemat liittyivät seksuaalisuuteen, isyyteen, parisuhteeseen ja vanhemmuuteen. Isät keskustelivat aktiivisesti isyydestä, mutta sen sijaan seksuaalisuudesta oli vaikeaa keskustella ryhmissä. Kokemukset ryhmätoiminnasta ovat olleet niin hyviä, että ryhmäläiset ovat halunneet jatkaa kokoontumisia lasten kasvatukseen ja kehitykseen liittyvistä aiheista. Omia isäryhmiä on myös käynnistymässä. (Mattila ym. 1998.)

Baby blues -projektissa todettu isien tuen tarve käynnisti isä- ja isä- ja vauvaryhmät neuvolan perhevalmennuksen yhteyteen Oulussa jo vuonna 1994. Isät pohtivat odotusaikana uusia elämän arvoja ja taloudellisia kysymyksiä. Isät kokoontuivat ryhmissä kerran kuussa ja

jatkoivat kokoontumisia myös lapsen ensimmäisen ikävuoden jälkeen. Ryhmissä käyvät isät olivat aktiivisia ja motivoituneita osallistumaan lapsen hoitoon, pohtimaan isyyttä sekä suhdetta lapseensa. Isät vaihtoivat kokemuksia toistensa kanssa vauvan hoitoon liittyvistä asioista. Vertaistuki koettiin merkittävänä tuen antajana elämään liittyvissä pulmatilanteissa. (Niemi 1997.) Perhehoitotyön hankkeessa ryhmiin osallistuneiden isien mielestä kokemusten vaihtaminen ryhmissä oli tärkeää. Isäryhmissä miehet kiinnostuivat ryhmässä myös omasta terveydestään. Isien teemahaastattelun mukaan perhevalmennuksen parasta antia oli isä-tunti. (Paavilainen ym. 1999.)

Toiminta-ohjelma miesten isäksi ja vanhemmaksi kasvua tukemaan

Kuopiossa kehitettiin vuonna 1998 toiminta-ohjelma miesten isäksi ja vanhemmaksi kasvua tukemaan. Kehittämishankkeen tavoitteena on, että miesten tarve huolehtia omasta terveydestään kasvaa, isän rooli perheessä muuttuu täysmääräiseksi isäksi, isä kokee neuvolan luonnolliseksi paikaksi hakea ohjeita ja tukea hoito- ja kasvatustilanteissa. Erityisesti tavoitteena on, että miehet kokevat aina olevansa tervetulleita neuvolaan. Lisäksi tarkoituksena on, että isät tietävät itseään koskevat oikeudet ja etuudet lapsen syntymän yhteydessä ja saavat tukea vanhemmuuteen. Toiminta alkaa jo raskauden aikana ja jatkuu lapsen syntymän jälkeen sisältäen erilaisia toimintamuotoja neuvolavastaanotolla, kotona ja pienryhmissä (Turunen 1998.)

- Isien toivotaan tulevan ainakin ensimmäiselle äitiysneuvolakäynnille, kun perhetilannetta kartoitetaan sekä raskausviikolla 22 tapahtuvalla käynnillä, jossa selvitetään isyyks- ja vanhempainlomaan liittyviä asioita sekä vanhemmuutta ja elämänmuutoksia.
- Perhevalmennuksessa painottuu erityisesti keskustelu isän roolista synnytyksessä, parisuhde, vanhemmuus, synnytyksen jälkeinen aika, lastenhoito ja kasvatustilanteista. Perhevalmennusohjelmaa laadittaessa isät ja äidit saavat esittää omia toiveitaan sen sisällöstä. Kummikätilö osallistuu yhteen perhevalmennuskertaan. Isät kokoontuvat myös omana ryhmänään raskauden aikana. Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä keskustellaan synnytykokemuksesta, isän roolista synnytyksessä ja kotitilanteesta.
- Ensimmäisellä lastenneuvolakäynnillä saman terveydenhoitajan luona keskustellaan esimerkiksi perheen selviytymisestä vauvan kanssa, perheen tehtävistä ja odotuksista neuvolatoimintaa kohtaan.
- Vauvan ollessa kahden kuukauden ikäinen vanhemmat kokoontuvat keskustelemaan pienryhmässä vanhemmuudesta ja lasten hoitoon liittyvistä arkipäivän tilanteista.
- Isä- ja vauvaryhmät kokoontuvat pari kertaa lapsen ensimmäisen vuoden aikana. Lapsen ollessa yksivuotias pohditaan vanhemmuutta ja omia voimavaroja sekä lapsen kasvatukseen ja kehitykseen liittyviä asioita.

Asiakkailta saatu palaute on ollut myönteistä. Ohjaus on koettu yksilölliseksi, miehet ovat kokeneet asemansa tärkeänä ja ryhmät on koettu voimavarana. (Turunen 1998.)

3.2.4 Kummikätilö perhevalmennuksessa

Vuonna 1997 käynnistyi Kuopiossa synnytysklinikan ja neuvoloiden yhteistyömuotona kummineuvolatoiminta. Sen periaatteena on, että jokaisella neuvolalla on oma kummikätilö sairaalassa. Kummineuvolatoiminnan tarkoituksena on kehittää yhteistyötä sairaalan ja neuvolan välillä sekä yhtenäistää neuvontaa ja perheiden ohjausta. Kummikätilöt osallistuvat neuvoloissa järjestettäviin perhevalmennuksiin. Myös neuvolan terveydenhoitajat tutustuvat synnytysklinikan toimintaan.

Kätilö tapaa sairaalaan tutustumiskäynnille tulevat perheet etukäteen jo neuvolan perhevalmennuksessa. Kummikätilöt huolehtivat myös omien neuvoloidensa vanhempien tutustumiskäynneistä synnytysklinikalle. Tavoitteena on järjestää tutustumiskäynnit sairaalaan pienryhmissä. Synnytyspelosta kärsivillä äideillä on mahdollisuus saada tarvittaessa henkilökohtaista valmennusta sekä omalta terveydenhoitajaltaan että kummikätilöltä. (Avoterveydenhuollon ja Kuopion keskussairaalan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous 1999.)

Vanhemmat ovat kokeneet kummikätilön osallistumisen neuvolan perhevalmennuksiin myönteisenä. Asiakaskyselyn perusteella lähes kaikki äidit pitivät kummikätilötoimintaa tarpeellisenä. Yli kymmenen prosenttia äideistä haluaisi keskustella sairaalassa toimivan kummikätilön kanssa kahden kesken ennen synnytystä. Myös terveydenhoitajien ja kätilöiden kokemukset toiminnasta olivat myönteisiä. Toimintaa kehitetään Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon aluejaon pohjalta tiimeiksi, joissa on edustus alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajista ja kummikätilöistä. Tiimit seuraavat asiakkailta saatua palautetta ja kehittävät toiminnan sisältöä. (Kummineuvolatoiminnan palaute ja seuranta 1998; Avoterveydenhuollon ja Kuopion keskussairaalan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous 1999.)

3.2.5 Imetyksen tukeminen

3.2.5.1 Vauvamyönteisyys-ohjelma

Keski-Suomessa aloitettiin vuonna 1994 alueellisen vauvamyönteisyys-ohjelman laatiminen. Jyväskylän kaupungissa oli kehitetty imetysohjantaa jo aiemmin osana ITU-projektia. ITU-projektin tuloksia olivat imetysvideo, mammakahvilan perustaminen ja imetystukihenkilöiden eli doulien toiminnan aloittaminen. (Sihvola ym. 1998.) Kehittämistyön perustaksi oli kerätty tietoa vuonna 1992 syntyneiden lasten imetyksestä. Kartoituksessa havaittiin, että on vielä tarpeellista lisätä tietoa imetyksestä ja tehostaa imetysohjausta. Lääninhallituksessa, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, Jyväskylän sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksessa sekä vapaaehtoisjärjestöissä toimivat henkilöt alkoivat yhdessä työstää ”Vauvamyönteinen Keski-Suomi” -ohjelmaa. Ohjelman tavoitteena oli yhtenäistää hoito- ja ohjauskäytäntöjä erityisesti imetyksen sekä yleisesti vauvamyönteisyyden osalta. (Lyytikäinen ym. 1996.)

Yhteistyötahoista muodostettu työryhmä vastasi toiminnan suunnittelusta, työkokouksien järjestämisestä, koulutuksesta, tiedottamisesta ja tutkimustoiminnasta. Vuonna 1994 alkoivat 40 tunnin imetysohjaajakurssit ja hieman myöhemmin kouluttajakoulutus ammattikorkeakoulussa. Imetysohjaajakursseja on järjestetty myös valtakunnallisesti. Keskussairaala järjestää 18 tuntia kestäviä imetysohjaajakursseja omalle henkilökunnalleen. (Sihvola ym. 1998.)

Vauvamyönteisyys-ohjelma perustuu seuraavaan WHO:n ja UNICEFin ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen –ohjelmaan”:

- 1 *Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.*
- 2 *Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.*
- 3 *Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä miten, imetys onnistuu.*
- 4 *Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30-60 minuutin kuluessa lapsen imemisvalmiuden mukaan.*
- 5 *Äitejä opastetaan imetykseen ja maidonerityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.*
- 6 *Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.*
- 7 *Äidit ja lapset saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.*
- 8 *Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen(lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.*
- 9 *Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullosta.*
- 10 *Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.*

Suosituksen tarkoituksena on suojella, edistää ja tukea imetystä. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni imeväinen saisi pelkästään oman äidin maitoa vähintään neljä kuukautta. Ohjelman pohjalta on laadittu Keski-Suomen keskussairaalan vauvamyönteisyys-toimintasuunnitelma, jonka tulee olla myös perusterveydenhuollon omien toimintasuunnitelmien lähtökohtana. Tavoitteena on päivittää ohjelma joka toinen vuosi. Ohjelma sisältää suunnitelman imetysohjauksen sisällöstä neuvolassa ja sairaalassa, kyselyn vanhemmille imetystietoudesta, materiaalia imetysohjauksen tueksi, seuranta- ja arviointilomakkeita imetysohjauksen vaikuttavuuden selvittämiseksi ja oman työn arviointia varten. (Lyytikäinen ym. 1996.)

Hoidon laatua, perheiden tyytyväisyyttä ja ohjauksen vaikutusta arvioidaan sekä jatkuvalla seurannalla että otantatutkimuksella (Lyytikäinen ym. 1996). Seurantatutkimuksessa kerättiin tietoja vuonna 1995 syntyneiden lasten imetyksestä terveydenhoitajien merkintöjen avulla. Tutkimuksessa tarkasteltiin täysimetyksen kestoa eli kuinka pitkään vauva sai pelkästään äidin maitoa ja vitamiini- ja hivenainevalmisteita. Keski-Suomen alueella imetysluvut olivat nousseet edelliseen selvitykseen verrattuna kuusi prosenttia, mutta erot neuvoloiden välillä olivat suuret. Parhaimmillaan imettämistilanne oli parantunut 17 prosenttia. Pienet ja keskisuuret neuvolat pärjäsivät vertailussa paremmin kuin suuret. Keisarinleikkaus, kaksosten syntyminen ja vauvan keskosuus lyhensivät imetyksen kestoa selvästi. (Sihvola ym. 1998.)

Tutkimuksen mukaan imetysohjausta tulisikin suunnata erityisesti nuoriin, vähän koulutettuihin ja yksinhuoltajiin. Tupakoivat äidit lopettivat myös herkästi imettämisen. Imetetyillä lapsilla oli vähemmän korvatulehduksia ja muita infektioita kuin ei-imetetyillä. Imetyksen lopettamisen syy oli tiedossa vain 13 prosentissa tapauksia. Syyt liittyivät maidon loppumiseen, haluttomuuteen imettää tai lapsen haluttomuuteen imeä. Imetystukiryhmiä toimi kolmen ja koulutettuja tukihenkilöitä eli doulia neljän neuvolan alueella. (Sihvola ym. 1998.)

3.2.5.2 Imetystukiryhmä äitien tukena

Kuopiossa vuonna 1998 käynnistyneessä hankkeessa kehitettiin imetystukiryhmätoimintaa. Hankkeen taustalla oli tutkimuksissa esille tullut synnyttäneiden äitien tuen tarve ja sosiaalisen tuen merkitys myönteiselle imetyskokemukselle. Synnytyssairaaloiden lyhentyneet hoitoajat aiheuttivat haasteita tehostaa neuvolan ja sairaalan imetysohjausta. Kehittämisen

taustalla oli myös Vauvamyönteisyys-ohjelman kymmenes kohta, jossa suositellaan imetystukiryhmien perustamisen tukemista ja odottavien ja imettävien äitien ohjaamista niihin. (Kaasalainen 1998.)

Toiminnan tavoitteena oli koota tukiryhmä äideistä, joilla ongelmista huolimatta oli myönteinen imetyskokemus. Ryhmässä jaetaan imetyskokemuksia, kerrotaan arkipäivän vauvanhoitotilaisuuksia ja jaetaan tietoa imetyksestä. Tukiryhmän toimintamuotoja ovat avoimet keskustelutilaisuudet, puhelinkontaktit, perhevalmennukseen osallistuminen, kotikäynnit ja tukihenkilöiden omat palaverit ja koulutus. Koulutusta järjestetään neuvolassa toimivan Mammakahvilan yhteydessä. Toiminnan suunnittelussa on ollut mukana äitejä, terveydenhoitajia, neuvolan kummikätilö ja sairaalan lastenlääkäri. Toiminnan kokemuksia ei ole raportoitu. (Kaasalainen 1998.)

3.2.6 Lapsiperhe-projekti perheiden tukena

Länsi-Suomessa usean kunnan alueella vuosina 1996–2000 toiminut Mannerheimin Lastensuojeluliiton kehittämishanke kohdistui alle kolmevuotiaiden tai lasta odottavien perheiden tukemiseen. Perhetyöhön osallistuneista perheistä lähes puolet oli kokenut, etteivät he olleet saaneet apua pulmiinsa muualta. Lähes 40 prosentilla asiakkaaksi tulon syyt liittyivät vanhemmuuteen tai lastenkasvatukseen ja hoitoon. Lisäksi 17 prosenttia perheistä hakeutui palvelun piiriin sosiaaliseen verkostoon liittyvien syiden ja seitsemän prosenttia parisuhdepulmien takia. (Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998.)

Lapsiperheprojektin tarkoituksena oli tunnistaa pienten lasten tuen tarve ja auttaa perheitä varhaisessa vaiheessa ehkäisemällä vaikeuksien kärjistymisen ja muuttuminen pysyviksi. Perhetyön tavoitteena oli perheiden tukiverkkojen vahvistaminen, lasten kasvatuksen ja vanhempien jaksamisen tukeminen. Kokeilualueilla työskenteli 22 erillisvaroin palkattua perhetyöntekijää. Perhetyöntekijöistä osa sai koulutusta ratkaisukeskeisestä toimintatavasta ja osa koulututtui videoavusteiseksi ohjaajiksi. Lisäksi he saivat tarvittaessa yksilöllistä tai ryhmätönohjausta kuukausittain. Yhteistyötahoja oli neuvolasta, muista sosiaali-terveydenhuollon yksiköistä ja seurakunnasta.

Esimerkiksi Ylöjärvi-Kurun alueella kokeilun alussa neuvoloitten terveydenhoitajat selvittivät perheiden tuen tarpeet. Terveydenhoitajat ja perhetyöntekijät kävivät yhdessä lisätuen tarpeessa olevien perheiden luona kotikäynnillä. Perheiden pulmat liittyivät vanhempia valvottaviin vauvoihin, lasten syömisvaikeuksiin, äidin väsymykseen tai epävarmuuteen vauvan hoidossa ja imetyksessä. Yhdessä perheen kanssa asetettiin perhetyön tavoitteet ja tehtiin perhepalvelusuunnitelma sekä sovittiin keskinäisestä työnjaosta. Verkostopalaverit pidettiin usein neuvolassa. (Ketomäki 2000.)

Työmuotoina olivat ratkaisukeskeinen perhetyö kodeissa, ryhmätilaisuudet, avoimet ja teemaryhmät. Lisäksi perheille on järjestetty perheleirejä, äitien virkistäytymisleirejä, isä-lapsileirejä ja parisuhdeleirejä. Vanhempainpuhelimessa vanhemmat saivat keskustella nimettömänä perhe-elämään liittyvistä kysymyksistä. Videoavusteista perheohjausta käytettiin apuna perheiden sisäisen vuorovaikutuksen tukemisessa. (Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998.)

Videoavusteinen perheohjaus on menetelmä, jonka avulla vanhempia ohjataan lisäämään toimivaa vuorovaikutusta lastensa kanssa. Lapsiperheen arkipäivän vuorovaikutustilanteiden

kuvaaminen auttaa vanhempia huomaamaan lastensa tarpeita ja omia vahvuuksiaan kasvattajana. Menetelmää käytettiin perheissä, joissa oli ongelmia rajojen kiinnittämiseksi, nukkumaan menopulmia tai lapsilla oli ylivilkkautta, voimakasta uhmaa ja mustasukkaisuutta sisarusten välillä. Alussa perheiden kanssa asetettiin ohjauksen tavoitteet ja kuvausten jälkeen pidettiin palautetapaamisia kuukausittain. Ohjauksen päätyttyä oli vielä puolen vuoden kuluttua seurantakuvaus. Lapsiperhe-projektissa video-ohjauksen kesto vaihteli muutamasta kuukaudesta vuoteen. Video-ohjaus auttoi erityisesti perhetilanteissa, jossa vanhemmat olivat uupuneita tai rajojen asettamisessa lapsille oli vaikeuksia. MLL:n perhetyöntekijöillä oli puolentoista vuoden koulutus ja ohjaajien pätevyyttä arvioitiin kahden vuoden välein. (Kokkonen 1999.)

Lapsiperheprojektin asiakkuuden päättyessä perhetyöntekijät selvittivät perheiden tilannetta teemahaastattelujen ja kyselylomakkeiden sekä ”Perhetilannepuntarin” avulla. Perhetilannepuntaria käytettiin myös asiakkuuden alussa perheen kokonaistilanteen hahmottamiseen. Asiakaspalautetta kerättiin osalta perheistä vuoden kuluttua asiakkuuden päättymisestä. (Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998.)

Emotionaalisen tuen lisäksi konkreettinen tuki oli perheistä tärkeää. Merkittävimmäksi avuksi asiakkaat kokivat omista tunteistaan puhumisen perhetyöntekijälle. Puhuminen selkiytti omia ajatuksia ja lisäsi tilanteen hallintakykyä. Monet kokivat saamansa avun lisäävän omien voimavarojen ja ratkaisujen löytämisessä. Vanhemmat kokivat parisuhteensa parantuneen ja he selviytyivät aikaisempaa paremmin myös lastensa kanssa. Vanhemmat kokivat lastensa tilanteen paranevan vanhempien saavuttaessa tasapainon elämässään. Perheet arvostivat myös konkreettista tukea ja opastusta lastenkasvatuksessa. (Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998.)

Lähiyhteisön tuki oli vahvistunut huomattavasti Lapsiperhe-projektin aikana. Sosiaalisen tukiverkon rakentuminen ja harrastusten löytyminen auttoi perheen arjen sujumista. Ryhmätoiminnassa oli tärkeintä vertaistuki kuten keskusteleminen samassa tilanteessa olevien kanssa. Asiakkaat pitivät merkittävänä myös sitä, että heillä oli hetki omaa aikaa lasten ollessa lastenhoitajan kanssa. Ryhmäläiset saivat keskimäärin kaksi uutta tuttavaa, joihin he pitivät yhteyttä myös ryhmätoiminnan loputtua. Perheet arvostivat sitä, että perhetyöntekijät eivät tyrkyttäneet neuvojaan vaan antoivat uusia ideoita jättäen tilaa asiakkaan omille ratkaisuille. Perhetyön päättyessä monet perheet olivat selvinneet vaikeuksistaan ja suunnittelivat tulevaisuuttaan. (Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998)

3.2.7 Unikoulu vauvoille

Unikoulu on palvelumuoto lasten unihäiriöistä kärsiville perheille. Asiakkaina ovat vanhemmat, jotka haluavat neuvoja lapsen normaaliin unirytmiiin siirtymisestä. (Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998.) Unikoulua vauvoille on toteutettu Suomessa useamman mallin mukaan. Ensi- ja turvakotien liitolla on useamman vuoden kokemus unikoulusta. Unikoulutoimintaa on järjestetty myös terveydenhuolto-oppilaitosten ja päiväkotien yhteistyönä Vantaalla ja Kuopiossa (Niemi 1997; Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998; Raportti ja suunnitelma unihäiriöisten lasten hoitamiseksi Kuopiossa). Helsingissä on myös sairaanhoitajan yksityisvastaanotolla mahdollisuus saada ohjausta vauvan unirytmien muuttamiseen (Kokkonen 1998).

Perusohjaus normaaliin unirytmiiin siirtymisessä tulisi toteuttaa neuvolassa. MLL:lta on ilmestynyt Unikoulu kotona -kirjanen, joka yhtenäistää neuvolassa annettavaa ohjausta lapsen valvottaessa öitä. Kun unikoulua toteutetaan kotona, vanhemmat tarvitsevat usein tuekseen terveydenhoitajalta selkeät ohjeet unirytmiiin siirtämiseksi. Neuvolan lääkäriin tehtävänä on varmistaa ensin, että lapsi on terve eikä valvo sairauden vuoksi. Terveydenhoitaja voi toimia perheen tukena järjestämällä tapaamisia esimerkiksi pari kertaa viikon välein ja antaa tarvittaessa ohjausta myös puhelimitse. (Kokkonen 1998.)

Jos kotona toteutettu unikoulu ei kuitenkaan auta tai vanhemmat ovat jo liian väsyneitä sitä toteuttamaan, on mahdollista hakeutua Ensi- ja turvakotien liiton unikouluihin ympäri Suomea. Ensi- ja turvakotien liiton unikouluja on Helsingissä, Jyväskylässä, Kotkassa, Lahdessa, Oulussa, Outokummussa, Porissa, Tampereella ja Turussa. Ensi- ja turvakotien liiton unikoulumallia on käytetty pohjana kehitettäessä unikouluja päiväkotitoiminnan yhteyteen. (Niemi 1997.)

Unihäiriöisten lasten hoitomalli

- Kuopiossa laadittiin vuonna 1997 suunnitelma unihäiriöisten lasten hoitamiseksi. Aikaisemmin unihäiriöisiä vauvoja oli hoidettu lastensairaalassa tai perhetukikeskuksessa, joka on pääasiassa lastensuojeluyksikkö. Eri yksiköillä ei ollut yhtenäisiä käytäntöjä vanhempien ohjauksessa ja terveiden lasten sairaalahoito oli kallista. Unihäiriöisten lasten hoitomalli luotiin yhdessä neuvolan, päiväkodin, sairaalan, kotipalvelun, perhetukikeskuksen, Kuopion Ensikotiyhdistyksen ja MLL:n kanssa.
- Perusohjaus tapahtuu pääasiassa neuvoloissa, mutta tarvittaessa ohjausta annetaan myös muissa yksiköissä. Lääkäri tarkastaa lapsen terveydentilan ja lähettää tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Akuutissa kriisitilanteessa lasta hoidetaan sairaalassa tai perhetukikeskuksessa. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä voi ohjata perheen hoitojaksolle perhetukikeskukseen. Perheellä on mahdollisuus saada lisätukea mm Ensikotiyhdistyksen vanhempainryhmistä.
- Perheet ohjataan unikouluun neuvolan kautta. Erillinen unikoulu toimii Ensikotiyhdistyksen ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä päiväkodissa. Unikoulu kestää kolme yötä peräkkäin ja vanhemmat hoitavat itse lapsia päivällä. Unikoulussa on korkeintaan neljä lasta yhtäaikaan. Ennen unikoulua keskustellaan vanhempien kanssa lapsen päivärytmistä, yötavoista, "kotikonsteista" ja odotuksista unikoulun suhteen. Opiskelijat hoitavat vauvoja koulutetun hoitajan valvonnassa. Yön tapahtumat kirjataan tarkkaan ylös ja niistä kerrotaan vanhemmille. Vanhemmat käyvät unikoulujakson jälkeen neuvolassa palautekeskustelussa ja saavat tukea sieltä. (Raportti ja suunnitelma ns. unihäiriöisten lasten hoitamiseksi Kuopiossa.)

Asiakkaiden kokemuksia Vantaan ja Kuopion unikouluista ei ole raportoitu. Ensi- ja turvakotien liiton unikoulujen tulokset ovat olleet hyviä. Vauva löysi normaalin unirytmiiin takaisin ja väsyneen perheen voimat palautuivat takaisin. Unikouluissa havaittiin myös, että runsaasti itkevän vauvan äiti saattaa olla masentunut. Masentuneille äideille alettiin tarjota Baby blues -palveluja. (Niemi 1997.)

3.2.8 Viisivuotiaiden lasten kehityksen arviointi yhteistyössä päiväkodin kanssa

Viisivuotiaiden lasten kehityksen arviointi oli lastenneuvolan ja päiväkodin yhteishanke Nokiolla. Tavoitteena oli yhteistyön kehittäminen, neuvolan ajankäytön tehostaminen ja apuvälineen saaminen päiväkotiin lapsikohtaisten tukitoimien pohjaksi. Tarkoituksenmukaisen, sektorirajat ylittävän työnjaon todettiin tehostavan ajankäyttöä eri työyksiköissä. Neuvolan, päivähoidon, koulun ja perhekeskuksen yhteistyönä kehitetty viisivuotiaiden lasten arviointimenetelmä vapautti terveydenhoitajan suuresta osasta päiväkotilasten viisivuotistarkastuksia ja lisäsi aikaa muiden lasten tarkastuksiin. (Helenius ym. 1994.)

Hankkeessa kehitetty viisivuotiaiden päiväkotilasten kehityksen arviointimenetelmä todettiin hyvin toimivaksi ja lapsesta kerättyjä havaintoja käytettiin työtä ohjaamaan. Lisäksi toteutettu työjako mahdollisti neuvolalle tuloksellisemman ajankäytön. (Helenius ym. 1994.) Menetelmän toimivuutta on tutkittu kahdessa Stakesin rahoittamassa vielä julkaisemattomassa tutkimuksessa. Tutkimusten pohjalta menetelmää on parannettu vielä vuonna 1999. Menetelmä on todettu tutkimuksissa luotettavaksi lasten varhaisten kouluvalmiuksien ja tuen tarpeen selvittämisessä. (Järnefelt 1999.)

Lappeenrannassa aloitettiin jo 1980-luvulla 3–6-vuotiaiden lasten terveystarkastusten kehittäminen. Terveystarkastusohjelman toimivuutta on arvioitu seuraamalla viisivuotiaiden lasten seurantaryhmän terveystietojen avulla. Vuonna 1988 todettiin 663 viisivuotiaasta 33 prosentilla seurannan tarvetta. Kuudennella luokalla koulussa arvioitiin samojen lasten viisivuotistarkastuslöydöksiä uudelleen. Viisivuotiaana neurologisten ongelmien takia seurantaan jääneillä lapsilla oli oppimiseen liittyviä vaikeuksia kouluiässä. Kuudennen luokan tarkastuksessa havaittuja emotionaalisia ja perheongelmia oli todettu vain harvoin neuvolaiässä. (Strid 1999.) Liuksila (1993) totesi myös, että viisivuotiaan yleistä terveydentilaa ja kognitiivista kehitystä on helpompi havainnoida tietyn mittariston avulla kuin sosioemotionaalista kehitystä. Vanhempien omien käsitysten ja lapsen kasvuympäristön ja kasvuolosuhteiden selvittäminen on keskeistä sosioemotionaalista kehitystä arvioitaessa. (Liuksila 1993.) Viisivuotistarkastuksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota kouluvalmiuksiin liittyviin taitoihin kuten kontaktikykyyn, sosiaalisiin taitoihin, huomiointikykyyn, keskittymiseen, puheentuottoon ja ymmärtämiseen. Lisäksi viisivuotistarkastuksen tulisi sisältää karkea ja hienomotorisiin taitoihin, näköön ja kuuloon liittyviä testejä. Riittävän varhaisella kuntoutuksella voidaan ehkäistä mahdollisia vaikeuksia kouluiässä. (Liuksila 1993.)

Lappeenrannassa tehdyn tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollon henkilöstö tapaa lasten vanhempia vähän. Tutkimuksen tulosten perusteella kuudesluokkalaisten terveystarkastusohjelmaa on uudistettu siten, että tarkastusten määrää on lisätty ja tarkastuksen sisältöä on kehitetty perusteellisemmaksi. (Strid 1999.) Vuonna 2000 ilmestyneessä Liuksilan (2000) väitöskirjassa tarkastellaan viisivuotistarkastuksen merkitystä lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa.

3.2.9 Masentuneen äidin tukeminen

3.2.9.1 Masennuksen ennaltaehkäisy ja tunnistaminen neuvolassa

Neuvolassa äitien masennuksen ennaltaehkäisyä ja varhaista tunnistamista on kehitetty laadunvarmistusprojektin avulla Vantaalla. Kehittämishankkeen taustalla oli havainto, että neuvolan asiakkaina oli useita naisia, jolla oli raskaus- tai lapsivuodeajan masennukseen

viittaavia oireita. Terveydenhoitajat pohtivat, millä tavoin masennusta voitaisiin ennaltaehkäistä tai tunnistaa masennus jo varhaisvaiheessa. Terveydenhoitajat laativat laatuvaatimukset sekä rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerit toiminnalleen. (Mäki & Eskola 1996.) Laatuvaatimukset ovat hoitoyhteisön yhdessä sopimia, odotettuja ja toivottuja tavoitetasoja jollekin hoitotyön osa-alueelle, kriteerit taas tavoiteltavan toiminnan tunnusmerkkejä. Rakennekriteereillä kuvataan toimintaympäristölle asetettavia vaatimuksia. Prosessikriteerit kattavat sekä asiakkaan että hoitajan toiminnan siitä lähtien, kun asiakas saapuu hoitoyksikköön. Tuloskriteerit ovat hoidosta seuraavia vaikutuksia yksilöön ja koko väestön terveydentilaan. (Pelkonen & Perälä 1993.)

Laatuvaatimukset masennuksen ennaltaehkäisystä ja varhaistoteamisesta olivat seuraavat:

- Äiti kokee, että terveydenhoitajalla on tietoa ja taitoa raskaus- ja lapsivuodeajan masennuksen tunnistamiseen.
- Äiti ja perhe kokee raskauden ja lapsivuodeajan turvalliseksi, koska terveydenhoitaja ja muu neuvolan henkilökunta ottaa ohjauksessa huomioon yksilölliset tekijät.
- Äiti ja perhe oppii terveydenhoitajan ohjaamana näkemään raskauden ja lapsivuodeajan sosiaaliset tukiryhmät voimavarana.

Sosiaalisiin suhteisiin ja tukipalveluihin liittyviä asioita mitattiin esimerkiksi seuraavilla prosessikriteereillä:

- Terveydenhoitaja keskustelee hyvän parisuhteen merkityksestä raskaus- ja lapsivuodeaikana sekä tarvittaessa etsii perheen kanssa yhdessä keinoja parisuhteen parantamiseksi.
- Terveydenhoitaja järjestää pienryhmätoimintaa ja keskustelee äidin tai perheen kanssa sosiaalisten verkostojen merkityksestä raskaus- ja lapsivuodeaikana.
- Terveydenhoitaja kertoo äideille tai perheelle tukipalveluista.

Esimerkki tuloskriteeristä:

- Äiti tai perhe oppii tuntemaan muita samassa elämäntilanteessa olevia naisia tai perheitä ja ymmärtää sosiaalisten verkostojen tärkeyden ja osallistuu aktiivisesti erilaisten ryhmien toimintaan.

Toimintaa mitattiin asiakaskyselyiden ja henkilökunnan itsearviointien avulla. Terveydenhoitajat suunnittelivat kirjallista aineistoa vastaanotto toiminnan tueksi: lehtisen, kirjallisuusluettelon ja tukipalvelukansion. Työryhmä suunnitteli oman mielialalomakkeen Karilan (1991) laatiman lomakkeen pohjalta. Äidit täyttivät mielialalomakkeen alku-, keski- ja loppuraskaudessa sekä lapsivuodeaikana. (Mäki & Eskola 1996.)

Palautekyselyissä asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä neuvolan toimintaan. Hyvät kokemukset liittyivät siihen, että terveydenhoitajalla oli riittävästi aikaa, vastaanottoajat olivat joustavat ja terveydenhoitajan kanssa oli voinut keskustella asioista. Tarpeellisena äidit

pitivät raskaudenaikaisia keskusteluryhmiä parisuhteesta. Ensisynnyttäjät olivat keskustelleet vastaanotolla parisuhteeseen liittyvistä asioista terveydenhoitajan kanssa, mutta uudelleensynnyttäjistä vain puolet. Asiakkaat toivoivat, että neuvolassa kiinnitettäisiin enemmän huomiota sikiön kasvuun, parisuhteeseen sekä erilaisiin pelkoihin ja huoliin. Lisäksi asiakkaat toivoivat, että perhevalmennuksessa huomioitaisiin paremmin vanhemmuuteen kasvaminen, lapsivuodeaika ja lastenhoito. Uudelleen synnyttäjät kokivat saavansa vähemmän tukea neuvolasta kuin ensisynnyttäjät. (Mäki & Eskola 1996.)

Terveydenhoitajien työn perhekeskeisyys laajeni ja parisuhteen huomioinnin tärkeys tiedostettiin hankkeen aikana. Masennuksesta kärsivien äitien määrä väheni neuvolassa, joten työryhmän mielestä saatiin viitteitä siitä, että raskaus- ja lapsivuodeajan ajan masennus voidaan ennalta ehkäistä ja tunnistaa neuvolassa. (Mäki & Eskola 1996.)

3.2.9.2 Baby blues -palvelut perheiden tukena

Ensi- ja turvakotien liiton Baby blues -projektin avulla autettiin perheitä, jotka kärsivät synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Hankkeen taustalla olivat aikaisemmat kokemukset, joita oli saatu Ensi- ja turvakotien liiton unikoulukokeilujen kautta. Kokeiluissa oli saatu tietoa vaikeahoitoisten vauvojen ja väsyneiden perheiden hoitamisesta. 1990-luvun alussa ilmestyneet tutkimukset synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (Tamminen 1990; Karila 1991) kiinnittivät myös huomion äitien tuen tarpeeseen. Ensi- ja turvakodeille oli kertynyt runsaasti tietoa äidin ja vauvan vuorovaikutuksesta ja tätä kokemusta hyödynnettiin tarjoamalla perheille ympärivuorokautista palvelua. (Niemi 1997.)

Lähes puolet asiakkaista haki apua ja tukea vauvan yövalvomisen, itkuisuuden ja unirytmien vuoksi. Toiseksi yleisin syy oli äidin täydellinen väsyminen ja kolmantena yksinäisyys. Äidit asettivat usein itselleen korkeita vaatimuksia ja tunsivat syyllisyyttä esimerkiksi imetysongelmista. Äidit eivät tunnistanee läheskään aina itse masennustaan ja myös läheiset pitivät sitä ohimenevänä väsymyksenä. Äidin masennus tuli usein esille vasta Baby blues -jakson aikana. (Niemi 1997.)

▪ ***Baby blues -raportissa kuvataan masentuneen äidin olotilaa seuraavasti:***

Äiti on entistä uupuneempi. Hänen on vaikea lähteä kodista minnekään. Äidin päivät ovat sumuisia ja harmaita ja hän saattaa tuntea olevansa tuomittu loppuelämäkseen syöttämään, pesemään ja pitämään sylissä täydellisen itsekästä olentoa, joka ei anna mitään vastalahjaksi. Olentoa, joka varastaa äidin ajan, unen ja energian. Äiti haluaisi yksinkertaisesti kävellä pois, mutta jokin estää äitiä ja hän saattaa tuntea oman mielensä kääntyvän häntä vastaan. Valtava syyllisyyden tunne estää äitiä jättämästä lasta muiden hoitoon. Äiti tuntee, ettei mikään mitä hän tekee ole kyllin hyvää. Aviomies tuntuu tunteettomalta ja hyödyttömältä. Vanhemmat lapset tuntuvat olevan tiellä ja varastavat äidin hiljaiset hetket. Äiti ei jaksa mitään, muttei halua apua lähipiiriltä. Läheiset eivät ymmärrä miten selvitä pahantuulisen, olemattomille itkevän ja loukkaantuvan naisen kanssa. Äidin eristäytyneisyys ja riittämättömyyden tunne kasvaa. Jos kierrettä ei katkaista, koko perhe alkaa oireilla.

Baby blues -projektissa toimintamuotoina olivat konkreettinen lapsenhoidon neuvonta, vauvahieronta, erilaiset toiminnalliset tai keskusteluryhmät, ympärivuorokautinen hoito uupuneille äideille, vauvoille ja perheille, kotiapu Alvari-kotipalvelun kautta ja puhelinneuvonta. Jyväskylän äitiryhmämallissa masentuneet äidit keskustelivat äitinä

olemisen vaiheista kuten raskausajasta, synnytyksestä, naiseudesta, äitinä jaksamisesta ja ihmissuhteista. Ryhmä kokoontui aluksi viikoittain 15 kertaa ja sen jälkeen vielä kolmen viikon välein seitsemän kertaa. Jatkoryhmissä painottuivat jo myönteiset asiat alun harmauden jälkeen. Ryhmiä suunnattiin myös helppohoitoisten vauvojen äideille, joita rasittivat enemmän parisuhteeseen ja raha-asioihin liittyvät huolet. Heille tärkeintä olivat ryhmissä muodostuneet sosiaaliset verkostot. Perheiden uupumus hellitti, isän henkinen ja konkreettinen tuki auttoi äitiä toipumaan. (Niemi 1997.)

Eräs isä kuvasi palvelun merkitystä seuraavasti: ”Ihmisiä pidettiin ihmisen arvoisina ja perehdyttiin jokaisen ongelmiin”. Asiakaskyselyn mukaan äidit arvostivat ammattitaitoista, ystävällistä ja kunnioittavaa apua sekä lepoa. Yhtä tärkeinä äidit pitivät omaa lepoaan, vauvan unikoulua ja unirytmien muuttumista sekä ryhmän tukea. Isien mielestä parasta oli vaimon ja oma lepo sekä vauvan säännöllinen unirythmi. Baby blues -palvelut auttoivat äidin masennuksen ollessa lievää. Ryhmistä äiti on saattanut löytää itselleen ystävän vuosiksi eteenpäin. Isät kokivat, että he olivat perheenä vahvempia kuin aiemmin. Kaikki perheet olivat valmiita suosittelemaan palvelua myös muille perheille. Baby blues -toimintaa on nykyään useilla paikkakunnilla. (Niemi 1997.)

3.2.10 Päihdeongelmista kärsivien äitien auttaminen

Raskaana olevista naisista noin 1–3 prosenttia on alkoholin suurkuluttajia. Alkoholin suurkulutus tarkoittaa sitä, että nainen juo enemmän kuin kymmenen alkoholiannosta viikoittain. Vajaa 10 prosenttia äideistä juo raskauden aikana yli kohtuukäyttönä pidetyn 1–2 alkoholiannosta viikossa. Terveystieteiden tutkimuskeskus tunnistaa vain joka neljännen vastaanotolle tulevan alkoholin suurkuluttajan. (Halmesmäki 2000.)

Alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi on kehitetty erilaisia kysymyssarjoja. Henkilökunta on kokenut kysymyssarjojen helpottavan alkoholinkäytöstä keskustelua. Halmesmäen (2000) mukaan vapaamuotoinen keskustelu alkoholinkäytöstä ja hyvä asiakassuhteen luominen ovat paras vaihtoehto asiakassuhteen kehittymisen kannalta. Päihdeongelmista kärsivien äitien auttamiseksi on muutamalla paikkakunnalla kehitetty toimintamalli. Seuraavassa kuvataan Keski-Suomessa kehitettyä mallia.

Toimintamalli päihdeongelmista kärsivien äitien auttamiseksi

- Keski-Suomessa kehitettiin kolmiportainen hoitomalli päihdeongelmallisille äideille. Mallissa ensimmäinen porraskerros on neuvola, toinen sairaala ja kolmas A-klinikka tai Ensi- ja turvakoti. Päihdeongelmaisten äitien hoidossa on tärkeintä ongelman tunnistaminen, äitien päihteettömyyteen tai mahdollisimman vähään päihteiden käyttöön motivoiminen ja koko perheen tukeminen. (Kiuttu 1999.)
- Neuvolassa äidit ja isät täyttävät Audit-kyselytestin (Liite 5) ja saavat perustietoa päihteiden käytöstä ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä. Riskikäytön tullessa ilmi neuvolassa annetaan lähete äitiyspoliklinikalle. Äitiysneuvolakäyntejä tiheennetään, järjestetään ylimääräisiä kotikäyntejä, tehdään joustavaa moniammatillista yhteistyötä äitiyspoliklinikan, synnytyskeskustalon, lastenneuvolan ja muiden tahojen kuten Ensi- ja turvakodin ja A-klinikan kanssa. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja ja äitiyspoliklinikan kättilä ovat puhelinyhteydessä asiakkaan käyntien jälkeen. Asiakas on tietoinen asiasta. (Kiuttu 1999.)

- Äitiyspoliklinikalla äidillä on oma kättilö ja lääkäri. Äiti tapaa sosiaalityöntekijän jokaisella käyntikerralla tai sopimuksen mukaan. Äiti käy äitiyspoliklinikalla noin kerran kuussa ja hän voi ottaa yhteyttä myös useamminkin. Tarvittaessa on mahdollisuus psykologin tai psykiatrin konsultaatioon ja lastenlääkärin konsultaatioon loppuraskaudessa. Asiakas ohjataan tarvittaessa osastohoitoon, Ensi- ja turvakotien liiton ja/tai A-klinikan palveluihin. Tarvittaessa järjestetään yhteistyöneuvottelu kaikkien osapuolien kesken. (Kiuttu 1999.)

Toimintamalli on otettu käyttöön vuonna 1999, joten mallin käytöstä ei ole vielä palautetietoa (Kiuttu 1999).

3.2.11 Nettineuvola on kotineuvola

Nettineuvola on kotineuvola, joka mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumattoman palvelujen käytön tietoverkkojen kautta. Toimintaa on kehitetty Joensuussa, Kajaanissa ja Kuopiossa ammattikorkeakoulujen, yliopiston, sairaaloiden, terveyskeskusten ja tietotekniikkayritysten kanssa yhteistyössä. Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda yhteistyöverkosto asiakkaiden ja asiantuntijoiden välille. (Elämisen alkuun -projekti 1999.)

Verkkoneuvolasta on mahdollista hakea tietoa omatoimisesti, joten palvelu lisää näin perheiden itsehoitoa. Kotineuvolan tietosisältöä tuottavat asiantuntijat sekä ammattikorkeakoulun ja yliopiston opiskelijat. Tieto liittyy odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja muiden perheenjäsenten hyvinvointiin ja terveystottumuksiin sekä elämäntilanteisiin. Kotineuvolaa voivat käyttää myös raskautta suunnittelevat asiakkaat. Reaaliaikaisen tiedon kulun kotien ja eri organisaatioiden välillä uskotaan parantavan hoidon laatua ja vähentävän päällekkäisten tietojen keräämistä asiakkailta. Myös asiantuntija- ja koulutustahot voivat käyttää palvelua. (Elämisen alkuun -projekti 1999.)

Kehittämishankkeen aikana tutkittiin sekä äitiyshuollon työntekijöiden että neuvola asiakkaiden mielipiteitä. Perhevalmennukseen osallistuneilta äideiltä ja isiltä kysyttiin arvioita kotineuvolatietokoneohjelman ensimmäisestä versioista ennen hankkeen pilotointivaihetta. Äidit ja isät kokivat ohjelman sisällön hyödylliseksi. Ohjelman uskottiin mahdollistavan kokemusten vaihdon raskaudesta, synnytyksestä ja lapsenhoidosta muiden vanhempien kanssa. Ohjelman arveltiin myös täydentävän terveydenhoitajalta saatua ohjantaa. Suurin osa uskoi myös, että oppiminen tietokoneen avulla on mielekästä. (Savolainen & Vuorinen 1999.)

Elämisen alkuun -projektin käyttöönottovaiheessa tutkittiin kymmenen äitiyshuollon työntekijän asenteita ja kokemuksia tieto- ja viestintäteknikasta. Äitiyshuollon työntekijät asennoituivat myönteisesti tieto- ja viestintäteknikkaan työn apuvälineenä. Sen uskottiin tarjoavan uusia mahdollisuuksia äitiyshuollon asiakaspalvelun laadun parantumiseen, toimijoiden yhteistyön kehittämiseen, työssä oppimiseen, ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Lisäksi verkkopalvelut mahdollistavat äitiyshuollon työntekijöiden mielestä entistä paremman tiedonvälityksen sekä moniammatillisen, verkostoituvan yhteistyön äitiyshuollon työntekijöiden välillä. Työntekijöiden mielestä oli kuitenkin tärkeää, että käyttöönottokoulutuksessa otetaan huomioon yksilölliset tarpeet, annetaan riittävästi

sosiaalista ja teknistä tukea ja että tieto- ja viestintäteknikka on mielekästä oman työn kannalta (Palomäki-Jägerroos 2000.)

Loppuvuodesta 1999 verkkoneuvolatoiminta oli pilotointivaiheessa. (Elämisen alkuun - projekti 1999). Liitteessä 6 on lapsiperheiden palveluihin liittyviä internet-osoitteita.

3.3 Menetelmien kehittäminen lapsiperheiden tukemiseksi

3.3.1 Pienryhmätoiminta neuvolassa

Pienryhmätoiminta oli kehittämiskohteena reilussa kahdessa kolmasosassa kehittämishankkeista (22/30). Oulun läänin neuvolahankkeessa kehitettiin erityisesti ryhmäneuvola- ja pienryhmäneuvolatoimintaa. Useissa neuvoloissa oli myös eri teemojen mukaan kokoontuvia ryhmiä. (Mattila ym. 1998.) Isäryhmiä kehitettiin myös monissa muissa hankkeissa. Tukiryhmätoiminta aloitettiin imettävillä (Kaasalainen 1998) sekä masentuneille äideille (Niemi 1997; Törrönen 1998). Kaksivuotiaiden vanhempainillat vakiintuivat yhden neuvolapiirin alueella Tampereella (ULPU-projektin osaraportti III 1990).

Baby blues -hankkeessa asiakkaat kokivat ryhmien tukevan äitiyttä, mahdollistavan kokemusten vaihdon, kannattelevan ahdistavissa tilanteissa ja lievittävän yksinäisyyttä (Niemi 1997). Kajaanin ULPU-hankkeessa tärkein motiivi tulla ryhmiin oli vertaistuki ja asiantieto (ULPU IV 1991). Tampereen ULPU-projektin pienryhmäkokeiluissa perheet tutustuivat toisiinsa ja perheiden sosiaalista tukea antava verkosto kasvoi. Pienryhmämuotoisiin perhevalmennusryhmiin osallistuneet äidit ja isät kokivat saaneensa riittävästi valmiuksia synnytykseen ja lapsen hoitoon. Merkittävimpänä pienryhmiin osallistuneet pitivät ryhmäkokemusta ja mahdollisuutta jakaa kokemuksia samassa elämän tilanteessa olevien kanssa. (ULPU III 1990.) Vanhemmat kokivat vertaistuen lisääntymisen merkittävänä tuen antajana kahdeksassa hankkeessa.

Useissa hankkeissa vanhemmista käytännöllinen apu tuntui välittämiseltä. Arkisuus ja käytännön niksit kasvatuksesta, vauvan unirytmistä, itkuisuudesta sekä sylihoidon ja vauvanhoidon harjoittelu olivat tärkeitä asioita vanhempien mielestä. (ULPU III 1990; Niemi 1997; Törrönen 1998.) Pienryhmätoiminta lisäsi ”tuttavuutta”, vaikeiden asioiden käsittely helpottui ja asiakkaiden kynnys ottaa neuvolaan yhteyttä madaltui. (ULPU III 1990; Rantamaa 1996.) ITU-projektin kokeilussa lapset pitivät ryhmäneuvolakäyntejä hauskempina kuin tavallisia vastaanottokäyntejä. Terveystietäjien mielestä lapsen sosiaalisen kehityksen ja kouluvalmiuksien arviointi oli helpompaa ryhmäneuvolakäynnillä. (Vakkilainen & Järvinen 1994.)

Ryhmäneuvolatoimintaa kehitettiin kaikkiaan kolmessa hankkeessa (Vakkilainen & Järvinen 1994; Järvinen & Keskiärrä 1996; Mattila ym. 1998). Ryhmäneuvolassa käyntikerrat vaihtelevat neuvoloiden välillä. Kuusamossa on jo kymmenen vuoden ajalta hyviä kokemuksia ryhmäneuvolasta ja toimintaa kehitetään edelleen. Oulun läänin hankkeessa ryhmäneuvolatoimintaa kehitettiin neljässä neuvolassa. (Mattila ym. 1998.)

Ryhmäneuvolaa on toteutettu esimerkiksi seuraavan mallin mukaisesti.

- Ryhmäneuvolan tavoitteena on tiedon ja kokemusten jakaminen, tutustuminen toisiin vanhempiin, tuki, kasvattajan ja vuorovaikutustaitojen kehittyminen, uuden oppiminen,

parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen. Ryhmäneuvolassa käy yleensä 4–5 samanikäistä lasta vanhempineen. Ryhmäneuvolakäyntiä varten on varattu aikaa 1–2 tuntia. Ryhmissä saattaa vieraillla terveydenhoitajan lisäksi muina asiantuntijoina psykologi, fysioterapeutti, puheterapeutti ja perhepäivähoidon ohjaaja.

- Normaaliin seuluntojen ja rokotusten lisäksi vanhemmilla on mahdollisuus vaihtaa yhdessä ajatuksia ja kokemuksia lastenhoidosta ja kasvatuksesta. Vanhemmat voivat valita tulevatko yksilö- vai ryhmäneuvolakäynnille. Vanhemmat tulevat ryhmäneuvolaan lapsen kuukausi- tai vuositarkastuksen yhteydessä 4–6 kertaa ensimmäisen ikävuoden aikana. (Mattila ym. 1998.)
- Ensimmäisellä käyntikerralla vauvan ollessa kuukauden ikäinen keskustellaan synnytyskokemuksista ja vauvan hoitoon liittyvistä asioista. Lisäksi käsitellään äidin ja isän jaksamista sekä vauvan kehittymistä.
- Kolmen kuukauden ikäisen vauvan vanhempien kanssa keskustellaan vauvan yksilöllisyydestä, vaivoista, ruokailusta ja liikunnallisesta kehittämisestä.
- Vauvan ollessa viiden kuukauden ikäinen keskustelun aiheina ovat perheen ihmissuhteet, parisuhteen dynamiikka, riiteleminen, vanhempien vaikutus lapseen ja lasten vaikutus vanhempiin sekä erilaiset auttamiskanavat.
- Seitsemän kuukauden iässä käsitellään tapaturmia, puheenkehitystä, ravitsemusta ja vauvan päivärytmiä.
- Vauvan ollessa kymmenen kuukauden ikäinen teemoina ovat kasvatusasiat, yksivuotiaan itsenäisyys ja riippuvuus sekä päivähoito. Viimeisellä kokoontumiskerralla on mukana päivähoitajain ohjaaja tai lastentarhanopettaja, joka jatkaa kokoontumisia leikki-ikäisten ryhmän kanssa. (Mattila ym. 1998.)

Kokemukset ryhmäneuvolatoiminnasta olivat myönteisiä. Vanhemmat saivat keskustella yhdessä arkipäivän huolistaan ja murheistaan. Asioiden käsittely sai uusia näkökulmia. (Mattila ym. 1998.)

3.3.2 Asiakaslähtöisyyden lisääminen

Asiakaslähtöinen tai perheiden tarpeiden mukainen toiminta mainitaan seitsemässä ja asiakkaiden osallistumisen edistäminen vain kahdessa hankkeessa kehittämisen tavoitteena. Asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden huomiointi lisääntyi kuitenkin useissa hankkeissa. Asiakkaiden yhteydenotot neuvolaan lisääntyivät monien hankkeiden aikana.

Oulun läänin alueella 1996–1998 toteutetussa neuvolan kehittämishankkeessa oli yhtenä tavoitteena asiakkaiden osallistumisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Asiakasedustus oli 11 kunnan projektiryhmistä noin puolella, vaikka projektin tavoitteena oli saada asiakasedustus kaikkiin työryhmiin. Alkukartoituksia ennen toiminnan aloittamista ja arviointikyselyjä oli tehty lähes kaikissa terveystieteiskesköksissä. (Mattila ym. 1998.)

Perhevalmennusta kehittäneessä hankkeessa Itä-Suomen läänissä oli erityisenä pyrkimyksenä lapsiperheiden tarpeisiin vastaaminen ja yksilöllisen perhevalmennuksen toteuttaminen.

Perhevalmennukseen osallistuvien tarpeista ja toiveista keskusteltiin ennen perhevalmennuksen alkua yhdessä osallistujien kanssa suunniteltiin ryhmän tarpeita vastaava ohjelma. (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994). Äitiys- ja lastenneuvolan laadunhallintaan liittyneessä Neulake-hankkeessa asiakkaiden osallistumista tuettiin pienryhmätoiminnan avulla ja kannustettiin omaehtoiseen kokoontumisiin ja tiedon hankintaan. (Rantamaa 1996.) Pienryhmissä toteutettu perhevalmennus lisäsi useissa hankkeissa asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua keskusteluun. (Vakkilainen & Järvinen 1994; Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994; Rantamaa 1996).

Lastensuojelun tukiryhmätoimintaa kehittäneissä kunnissa lisättiin yhteistyötä perheiden ja asiantuntijoiden kesken. Asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon lisättiin kehittämällä perheiden kanssa käytäviä neuvotteluja. Hyviä kokemuksia saatiin tilanteista, joissa perhe oli ottanut tuekseen heille tärkeitä ihmisiä, sukulaisia tai ystäviä. (Järvinen & Keskiärkkä 1996; Rantamaa 1996.) Nuoria äitejä ja isiä vanhemmuuteen tukevassa Lapsiprojektin hankkeessa perheitä tuettiin kotipalvelun keinoin, jossa pääperiaatteena oli etsiä voimavaroja nuorista vanhemmista itsestään oppimisen ja kehittymisen kautta. Hankkeen myötä nuorten omatoimisuus ja vastuullisuus oman elämänsä suhteen lisääntyi ja perheiden avun tarve väheni. (Järvinen & Keskiärkkä 1996.)

Asiakkaiden osallistumiseen liittyvänä ongelmana mainitaan kolmessa kehittämishankkeessa asiakkaiden vähäinen osallistuminen ryhmätilaisuuksiin. Yleisötilaisuuteen ei saapunut osallistujia ja avoimissa keskustelutilaisuuksissa kävi vähän vanhempia. (ULPU III 1990; ULPU IV 1991; Mattila ym. 1998.) Ongelmana mainitaan myös se, etteivät kehitettyjä palveluja käytä ne asiakkaat, joilla on eniten sosiaalisia ongelmia ja tuen tarvetta (myös Koivisto ym. 1992; Vakkilainen & Järvinen 1994). Toisaalta ennaltaehkäisevää lastensuojelua kehittäneessä Elsa-hankkeessa sekä asiakkaat että viranomaiset ilmaisivat halunsa tehdä entistä enemmän yhteistyötä keskenään. Vanhemmat odottavat viranomaisilta aikaisempaa aktiivisempaa otetta auttaa ja tukea perhettä muissakin kuin terveydellisissä kysymyksissä. (Elorinne & Manninen 1997.)

Asiakkailla oli mahdollisuus ilmaista mielipiteensä toiminnan kehittämistarpeista lähes puolessa hankkeista ja hieman useammin asiakkailta kysyttiin palautetta kehitetyistä toiminnasta. Asiakasedustus kehittämistyöryhmissä on vielä harvinaista.

3.3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Useissa hankkeissa tehtiin moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyön tuloksena syntyi sektorirajat ylittäviä uusia työmuotoja kuten kummineuvolatoiminta sairaalan kanssa yhteistyössä ja monia tahoja edustavat lastensuojelun tukiryhmät. Yhteistyö lisääntyi myös paikallisten toimijoiden kuten neuvolan, päivähoiton, koulun ja sosiaalitoimen välillä (Vakkilainen & Järvinen 1994; Järvinen & Keskiärkkä 1996; Kolehmainen 1998; Viitasaari 1998).

Lastensuojelutyön tukiryhmiin kuului työntekijöitä yli organisaatiorajojen. Työryhmiin kuului muun muassa sosiaalityöntekijä, lastenneuvolan tai äitiysneuvolan terveydenhoitaja, psykologi, päiväkodin johtaja, lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Lastenneuvolan tai äitiysneuvolan terveydenhoitaja kuului osaan ryhmistä. Parempi valmistelu, seuranta ja yhteistyötahoihin tutustuminen tehosti ennaltaehkäisevää lastensuojelutyötä. Eri kuntien työntekijät jakoivat kokemuksia keskenään. (Järvinen & Keskiärkkä 1996.)

Lastenneuvolatyön sisältöä kehittäneeseen moniammatilliseen neuvolatiimiin kuului fysioterapeutti, psykologi, puheterapeutti, terveydenhoitaja ja lääkäri. Monialainen asiantuntemus ryhmässä laajensi kaikkien tietämystä lapsen kehitykseen liittyvistä asioista. Yhteiset koulutustilaisuudet olivat onnistuneita ja kannustivat kehittämään työtä. Yhteistyön muita etuja olivat tavoitteellisuus, asiakasta koskevan näkemyksen muodostuminen kokonaisvaltaisemmaksi ja tarkoituksenmukaisen jatkoselvittelypaikan valitsemisen helpottuminen. Yhteistyössä merkittäviä osatekijöitä olivat yhteiset ongelmat, tuen ja tiedon saanti ja yhdessä oleminen. Projektityöskentely kehitti ja jäsensi eri ammattiryhmien yhteistyötä. Moniammatillinen työryhmä toimi konsultaatio- ja tukiryhmänä lastenneuvolan henkilökunnalle. (Hjerpe & Kaiponen 1992.) Pienryhmätoimintaa kehittäneessä äitiysneuvolahankkeessa työryhmän merkitys oli työnohjauksellinen (ULPU III 1990).

Perhevalmennuksen kehittämishankkeessa tavoitteena oli sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääminen ja työntekijöiden valmennustyön mielekkyyden lisääntyminen ja asiantuntemuksen laajempi hyväksi käyttö. Moniammatilliset tiimit suunnittelivat asiakkaiden tarpeiden pohjalta pienryhmiä. Työmenetelmien ja tapojen yhdessä pohtiminen lisääntyi hankkeen aikana. (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994.)

Uutena työmuotona kokeiltiin myös sosiaalityöntekijän ja terveydenhoitajan yhteisiä kotikäyntejä perheiden luokse ja sosiaalityöntekijän vastaanottoa neuvolassa. Kotikäynnit kohdistuivat kahden kuukauden ikäisen vauvan ja kaksi ja puolivuotiaan lapsen perheen luokse. Kotikäyntien jälkeen perheiden yhteenotot sosiaalitoimistoon lisääntyivät. Sosiaalityöntekijän vastaanoton järjestäminen terveysaseman yhteyteen lisäsi moniammatillista yhteistyötä. (Järvinen & Keskiärrä 1996.)

Tapaamiset naapurikuntien äitiysneuvoloiden kanssa toimivat myös tiedotuskanavana (Vakkilainen & Järvinen 1994). Työkokouksissa jaettiin kokemuksia terveyskeskusten välillä (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994). Kuopiossa kummineuvolatoiminta oli tärkeä yhteistyömuoto neuvolan ja sairaalan välillä. Molemminpuolinen tiedonkulku toiminnan muutoksista koettiin hyödylliseksi ja perheiden ohjaus ja neuvonta yhtenäistyi. Yhteistyö mahdollisti myös asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden paremman huomioinnin. Synnytyspelosta kärsiville järjestettiin yksilöllistä valmennusta sekä sairaalassa että neuvolassa. (Avoterveydenhuollon ja KYSin synnytysklinikan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous 1999.)

Äitiyshuollon kehittämishankkeessa sairaaloiden ja terveyskeskusten eri työyksiköiden välistä yhteistyötä parannettiin selvittämällä hoitonojaukskanavat ja kriteerit. Työjakoa tarkistettiin ja laadittiin yhteinen äitiyshuollon hoito-ohjelma. Yhteistyökumppaneiden työhön tutustuminen oli hyödyllistä ja käynnisti yhteistyöhankkeita ja uudistuksia. (ULPU I 1991.)

Sosiaali- ja terveysalan työelämän ja koulutuksen välisessä kehittämissuhteissa käynnistyi uusina neuvolatyön toimintamuotoina yöneuvolatoiminta ja unikoulu (Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998). Opiskelijat osallistuivat myös muissa hankkeissa neuvolatoimintaan. He järjestivät päiväkahvilatoimintaa, johon kuului teemaluentoja, keskusteluja ja lastenkäitsentää (Mattila ym. 1998; Paavilainen ym. 1999) sekä tekivät runsaasti opinnäytetöitä neuvolatyöstä. Projektissa toimineet pitivät yhteistyön edellytyksenä yhteistyökumppanien työn osaamisalueen tuntemista. Lisääntynyt yhteistyö monipuolista kontakteja, vähensi ennakkoluuloja ja muutti työjärjestelyjä joustavimmiksi. Organisaatio- ja roolirajojen koettiin

myös rikkoutuneen ja hälvenneen yhteistyön kuluessa jonkin verran. (Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998.) Yhteistyö tiivistyi hankkeiden myötä neuvolan ja terveydenhuoltoalan oppilaitosten välillä (Mattila ym. 1998; Paavilainen ym. 1999). Työn monipuolistuminen ja yhteysien jatkuvuus koettiin tärkeänä (Pääkkönen-Tarvainen ym. 1998).

Moniammatillinen yhteistyö ei ollut niin itsestään selvää ja helppoa kuin eri ammattien edustajat olivat etukäteen ajatelleet. Vanhemmuuden tukeminen moniammatillisesti vaatii omien työtapojen ja menetelmien arviointia ja analyysia. (Viitasaari 1998.) Väestövastuu-hankkeissa havaittiin eroja eri ammattiryhmien näkemyksissä ja lähestymistavoissa. Sosiaalityöntekijän, lääkärin ja terveydenhoitajan odotukset yhteistyöstä asiakastyössä eivät aina täysin kohdanneet perheiden asioissa ja päihdehuollon ongelmissa. Työntekijät kokivat omat mahdollisuutensa osallistua muutosten suunnitteluun usein riittämättöminä. (Aro & Liukko 1993; Saarelma ym. 1994.) Perhevalmennusta kehittäneessä ITU-hankkeessa ongelmia aiheutti työntekijöiden vaihtuminen, vähäisyys ja lääkärin puuttuminen työryhmästä (Vakkilainen 1994). Kirjaamiselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen koettiin vaikeutuneen ULPU-hankkeessa, koska äitiysneuvolan terveydenhoitajia ei kuulunut työryhmään (ULPU IV 1991). Työntekijöiden haastatteluissa tuli esille yksintyöskentelyn painottuminen ja konsultaation ja yhteistyömahdollisuuksien käyttämättä jättäminen työssä (Aro & Liukko 1993). Ehkäisevän lastensuojelun kehittämishankkeessa havaittiin myös, etteivät viranomaiset tee riittävästi yhteistyötä keskenään (Elorinne & Manninen 1997).

Työntekijät kokivat myös tiedonsaannin kehittämistyöstä riittämättömänä (Aro & Liukko 1993). Yhteistyötä hankaloittivat ongelmat tiedonkulussa terveyskeskusten ja sairaalan välillä (ULPU-loppuraportti 1990; ULPU I 1991; ULPU IV 1991). Äitiyshuollon toiminnan sisältöä kehittäneessä Päijät-Hämeen sairaaloiden ja terveyskeskusten yhteistyöhankkeessa työskentelyä hidasti myös työskentely useissa työryhmissä. Kehittämishankkeen aikana sovittiin yhteistyötä ja tiedonkulkua parantavista keinoista. (ULPU I 1991.) Myös kummineuvolatoimintaa kehittävässä sairaalan ja neuvoloiden yhteisessä hankkeessa ilmeni ongelmia tiedottamisen suhteen. Molemminpuolinen tiedottaminen parani kuitenkin hankkeen myötä. (Kummineuvolatoiminnan palaute ja seuranta 1998; Avoterveydenhuollon ja KYSin synnytysklinikan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous 1999.)

Neuvolan omien voimavarojen vähäisyys saattoi lopettaa hyvin yhteistyössä terveydenhuolto-oppilaitoksen kanssa käyntiin lähteneen toiminnan. Esimerkiksi pienryhmätoimintaa ei ollut mahdollista jatkaa neuvolan omin voimin. (Paavilainen ym. 1999.)

3.4 Terveydenhoitajien ammattitaidon vahvistaminen

Kaikkiin hankkeisiin liittyi eritasoisia koulutuksia. Ammattitaidon vahvistamisen keinoina olivat alueelliset ja paikalliset koulutukset, työkierto ja työryhmän työhohjauksellinen tuki. (ULPU I 1991). Opintopiiri omalla työpaikalla mainitaan myös koulutusmuotona (Mäki & Eskola 1996; Viitasaari 1998). Omalla työpaikalla tapahtuvaa koulutusta pidettiin tarkoituksenmukaisena, kun tarkoituksena oli esimerkiksi lastenneuvolan toimintaperiaatteista ja tavoitteista sopiminen (ULPU IV 1991). Moniammatillista yhteistyötä kehittäneessä hankkeessa tutustuminen toisen työhön ja työpaikkaan koettiin tärkeänä. Henkilöstö oli valmis sitoutumaan yhteisiin koulutuksiin ja yhteistyön kehittämiseen. (Viitasaari 1998.) Koulutukset olivat tiedollisesti antoisia, vahvistivat yhteistyötä ja loivat yhteishenkeä projektiin (Hjerppe & Kaiponen 1992).

Ehkäisevän lastensuojelun hankkeessa viranomaistahot kokivat peruskoulutuksessa saamansa valmiudet puutteellisiksi. Lastensuojeluun liittyvä tietämys lisääntyi huomattavasti koulutusprojektissa, joka kohdistui ala-asteen ja päivähoidon henkilöstöön. Terveydenhuollossa työskentelevät kokivat koulutuksen muita hyödyllisemmäksi. Koulutuksen jälkeen lastensuojelutyö miellettiin osaksi omaa työtä ja yhteistyö lisääntyi viranomaisten ja vanhempien välillä. (Elorinne & Manninen 1997.)

Terveydenhoitajat kouluttautuivat useissa hankkeissa pienryhmien vetäjiksi (ULPU III 1990; Vakkilainen & Järvinen 1994; Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994; Rantamaa 1996). Perhehoitotyön projektissa ja vauvamyönteisyshankkeessa toteutettiin laaja imetysohjaajakoulutus (Sihvola ym. 1998; Paavilainen ym. 1999). Usean läänin alueella on koulutettu äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajia tunnistamaan ne pienten lasten perheet, joissa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on erityisen tarpeen. Alustavien tulosten mukaan lyhyt koulutus ja sen jälkeinen työnohjaus lisäsivät huomattavasti terveydenhoitajien kykyä tukea vanhemmuutta. (Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen 1999.) Työntekijöiden jaksamisesta huolehtiminen työnohjauksen keinoin koettiin tärkeänä (ULPU IV 1991; Vakkilainen & Järvinen 1994).

Perhevalmennusta ja muuta pienryhmätoimintaa kehittäneissä hankkeissa työnohjauksellinen tuki koettiin tarpeellisena. Työnohjaus tapahtui yleensä ryhmissä. Moniammatillista perhevalmennusta kehittäneessä hankkeessa työntekijät kokivat saavansa vinkkejä, rohkaisua ja tiedollista tukea eri kuntien neuvoloiden välisissä työkokouksissa (Vehviläinen-Julkunen & Saarikoski 1994). Moniammatillista yhteistyötä kehittäneissä hankkeissa ryhmässä saatu tuki koettiin työtä ohjaavana ja kaikkien osapuolien tietoja ja taitoja syventävänä (Hjerppe & Kaiponen 1992). Terveydenhoitajilla oli myös vertaisarvioinnista myönteisiä kokemuksia (Vakkilainen & Järvinen 1994).

4 PÄÄTELMÄT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

4.1 Päätelmät neuvolan toimintakäytännöistä lapsiperheiden tarpeisiin vastaajina

Tämän selvityksen tarkoituksena oli tutkimus- ja kehittämishankkeita analysoimalla tunnistaa lapsiperheitä tukevat toimintakäytännöt, neuvolatoiminnan keskeiset pulmat, kehittämiskelpoiset käytännöt ja tehdä ehdotuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi erityisesti terveydenhoitajan työn näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastellaan vastauksia selvityksen tehtäväksi asetelussa esitettyyn ensimmäiseen kysymykseen.

Käytettävissä olevan tiedon perusteella ei voida muodostaa yhtenäistä ja yleistä kuvaa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta. Näyttää kuitenkin siltä, että parhaiten terveydenhoitaja onnistuu työssään tukemaan äitejä ja ns. tavallisia lapsiperheitä. Jos perheen rakenne, toimintatapa tai kulttuurinen tausta eroavat valtaväestöstä, ei perhe aina saa tarvitsemaansa tukea. Perheen ongelmia saatetaan normalisoida, ja niistä puhuminen saatetaan kokea vaikeaksi. Jos lapsi on pitkäaikaisesti sairas tai vammainen tai jos vanhemmilla on parisuhdeongelmia, päihdeongelmia tai äiti kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, ei tuki aina saavuta käytettävissä olevien tutkimustulosten mukaan kaikkia apua tarvitsevia perheitä. Perheen monimuotoisuus ja psykososiaaliset ongelmat ovat jääneet liian vähälle huomiolle.

Vaikka edelleen on useiden tutkimusten mukaan terveydenhoitajia, jotka mieltävät keskeiseksi tehtäväkseen lapsen fyysisen terveydentilan seurannan, on terveydenhoitajan toiminta 1990-luvulla monipuolistunut kattamaan useita psykososiaalisia tarpeita. Terveydenhoitajat ovat selvästi kehittäneet emotionaalisen tukemisen, esimerkiksi vanhempien itsetunnon vahvistamisen menetelmiä, sekä tiedon antamisen menetelmiä. Suurin osa kykenee luomaan luottamuksellisen yhteistyösuhteen vanhemman kanssa, vaikka kehittämistä tarvitaan vaikeiden asioiden puheeksi ottamisessa, tunteista keskustelemisessä ja palautteen antamisessa. Lisäksi on tarpeen kehittää monia psykososiaalisia menetelmiä. Monessa tutkimuksessa on osoitettu, että neuvola palvelee parhaiten perheitä, joilla on jo melko paljon voimavaroja. Toisaalta on myös tullut väestökyselyssä esille, että neuvolan ovat kokeneet hyödyllisimpänä vähän koulutusta saaneet ja alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat vanhemmat. Näin ollen neuvola kykenee ainakin jossakin määrin vähentämään lapsiperheiden keskinäistä eriarvoisuutta.

Terveydenhoitajien kyky tunnistaa ja määrittellä asiakasperheidensä tarpeita on monipuolistunut, vaikka terveydenhoitajat ovat itse tunnistaneet puutteita tarpeenmäärittelytaidoissaan. Esille on myös tullut, että tietoja kerätään, mutta niitä ei aina osata tai ehditä käyttää perheen hyväksi.

Tutkimus- ja kehittämisraporteissa on kuvattu lukuisia terveydenhoitajien käyttämiä työmenetelmiä, joista on ollut perheille hyötyä. Tällaisia ovat tilanteet, joissa on voinut keskustella omista tunteista, saanut riittävästi tietoa asioiden ennakoimista ja niihin varautumista sekä perheen omaa päätöksentekoa varten. Voimavaroja vahvistava ote on ollut perhettä auttavaa, muun muassa merkityksellisen tiedon saanti. Pienryhmätoiminta on ollut useimmin neuvolan kehittämistyön kohteena ja siitä on raportoitu useita menestyksellisiä kokeiluja, joiden mukaan perheet ovat saaneet pienryhmistä monipuolista tietoa ja tukea. Isiin on kiinnitetty huomiota aikaisempaa monipuolisemmin ja isiä hyödyttävien tuloksin. Raportoiduista kehittämishankkeista saa runsaasti tietoa onnistuneista toimintatavoista esimerkiksi synnytyksen jälkeisestä lievistä masennuksesta kärsivän äidin elämäntilanteen helpottamiseksi. Raporteissa on kuvattu onnistuneita yhteistyökokeiluja muun muassa neuvolan ja päivähoiton, neuvolan ja synnytyssairaalan sekä neuvolan ja terveydenhuolto-opilaitoksen, sittemmin ammattikorkeakoulun välillä.

Asiakasperheen tai perheenjäsenen mukana olo kehittämistoiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa on ollut avain moneen onnistuneeseen toimintaan. On kuitenkin vielä harvinaista, että perheitä otetaan mukaan toiminnan suunnitteluun. Osallistuminen omia asioita koskevaan päätöksentekoon on lisääntynyt ainakin äitiysneuvolassa vuosina 1970-1990.

Terveydenhoitajien toiminnan organisointia on kehitetty 1990-luvulla etenkin väestövastuuajattelun ohjaamana. Osa terveydenhoitajista toteuttaa laajaa väestövastuunmallia, osa toimii kahdella tai kolmella alueella ja osa edelleen yhdellä sektorilla. Väestövastuukokeilut ovat lisänneet uusien yhdistelmien kokeilemistä, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan yhdistämistä samalle terveydenhoitajalle. Tämä on merkinnyt toimenkuvien laaja-alaisuudesta ja työn rikastumista, mikä on ollut omiaan lisäämään terveydenhoitajan työn perhekeskeisyyttä. Perheiden kannalta se on merkinnyt toiminnan jatkuvuuden parantumista ja terveydenhoitajien kannalta parempaa tutustumista asiakasperheeseen ja usein ajan säästöä. Työyhteisössä ja paikkakunnalla väestövastuuperiaate on lisännyt moniammatillista yhteistyötä. Väestövastuun toteuttamiseen on liittynyt myös kielteisiä puolia. Se on saattanut merkitä ajan hajottamista moneen eri väestöryhmään, jolloin jokin ryhmä on saattanut jäädä liian vähälle huomiolle. Se on myös lisännyt työntekijöiden työpaineita ja koulutautumistarvetta. Monien eri osaamisalueiden hallitsemiseksi tarvitaan nykypäivänä jatkuvaa monipuolista koulutusta.

Tutkimus- ja kehittämisraporteista saa sen vaikutelman, että jotkut terveyskeskukset ja niiden terveydenhoitajat ovat kehittäneet voimakkaasti toimintaansa lapsiperheiden tarpeiden ja odotusten mukaisesti, kun taas toisten toiminta on pysynyt ennallaan tai kehittynyt vain vähän. Monet perheitä palvelevat toimintakäytännöt ovat näin käytössä vain joillakin paikkakunnilla, mutta eivät yleisesti. Tällainen kehitys voi johtaa lapsiperheiden eriarvoiseen asemaan palvelujen suhteen. Neuvolatoiminta ei ole näin ollen onnistunut joka kunnassa pysymään riittävästi yhteiskunnan kehitysvauhdissa mukana.

Olemassa olevan tutkimusevidenssin avulla onkin pääteltävissä, että neuvolapalvelujen laatu eri puolilla Suomea vaihtelee melko paljon. Terveyspalvelujen laadun vaihtelu on todettu myös valtakunnallisissa laadunhallintaa koskevissa suosituksissa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 1999). Kaikissa terveyskeskuksissa tilanne ei ole ollut otollinen toiminnan kehittämiseen. Työskentelyä on saattanut haitata resurssipula ja siitä seurannut kiire, minkä sekä asiakkaat että työntekijät ovat kokeneet haitallisena. Hoitotyön

johtajien tarjoama tuki on pienentynyt johtajien virkojen vähentymisen myötä. Systemaattista täydennyskoulutusta ja kehittämishankkeita on vain paikoitellen. Epäyhtenäinen tilastointi ja monessa paikassa vasta alkuvaiheissaan olevat laadunseurantajärjestelmät hidastavat nopean palautetiedon saamista ja viiveetöntä reagointia todettuihin puutteisiin. Muita neuvolatoiminnan keskeisiä pulmia ovat moniammatillisen yhteistyön riittämätön hyödyntäminen, terveydenhoitajien toimintaan heijastuva epäyhtenäinen perhe- ja yhteisökäsitys sekä asiakasperheiden vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa neuvolatoiminnan kehittämiseen.

4.2 Selvityksen luotettavuus

Tähän selvitykseen liittyy eräitä rajoituksia, jotka on syytä ottaa huomioon tulosten yleistettävyyttä ja päätelmien oikeellisuutta tarkasteltaessa. Tässä selvityksessä oli mukana 80 tutkimusta, jotka on tehty 1990-luvulla. Useat tutkimukset ovat kuvailevia pienimuotoisia opinnäytetutkimuksia, joiden aineisto on melko pieni ja kerätty yhdeltä tai korkeintaan muutamalta paikkakunnalta. Satunnaistamiseen perustuvia väestökyselyjä oli vähän. Toisaalta tutkimuksia on tehty eri puolilla Suomea, niin etelässä kuin pohjoisessa, idässä ja lännessä, mikä on hyvin tärkeää maan suuren koon ja väestöryhmien erojen vuoksi. Mukana oli runsaasti laadullisia tutkimuksia, joista monet ovat antaneet arvokasta sisällöllistä tietoa aikaisemmin vähän tutkituista aihepiireistä ja lisänneet näin ymmärtämystämme esimerkiksi asiakasperheiden kokemuksista. Laadulliset tutkimukset eivät luonteensa vuoksi tähtääkään yleistettävän tiedon tuottamiseen. Tutkimuksen luotettavuutta oli tarkasteltu lähes jokaisessa raportissa, mitä pidetään eräänä hyvän tutkimuksen kriteerinä. Tämä selvitys ei kuitenkaan tähdännyt yksittäisten tutkimusten kriittiseen analyysiin, vaan selvitystehtävä on ohjannut tehtyä analyysia. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos tulokset on julkaistu tieteellisissä nk. referee-lehdissä. Tällaisia tutkimuksia oli mukana muutamia.

Kehittämishankkeita on hyvin todennäköisesti toteutettu useampia kuin tähän selvitykseen paikallistetut 30 hanketta. Kehittämishankkeen luotettavuus liittyy sen suunnittelun, toteuttamisen ja raportoinnin huolellisuuteen ja yksityiskohtaisuuteen. Tehdyt raportit vaihtelivat tässä suhteessa melko paljon. Joissakin kehittämishankkeissa oli tosin noudatettu tutkimuksellista otetta esimerkiksi kartoitettu lähtötilanne ja arvioitu lopputilanne. Ammattikorkeakouluissa on tehty joitakin neuvolatoimintaa käsitteleviä opinnäytetöitä, jotka voidaan luokitella pienimuotoiseksi tutkimukseksi tai kehittämishankkeeksi. Muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ne jätettiin kuitenkin tämän selvityksen ulkopuolelle jo muutenkin runsaan materiaalin rajaamiseksi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että valtakunnallisesti kattavaa ja yleistettävää tietoa neuvolatoiminnasta on vähän, mutta mosaiikkimaista tietoa eri aihepiireistä melko paljon. Tässä raportissa analysoitujen tutkimusten ja kehittämishankkeiden avulla saadaan kuitenkin melko monipuolinen, mutta ei täysin kattava kuva neuvolatoiminnasta. Kuva jää vajavaiseksi jo siitä syystä, että monia aihepiirejä ei ole toistaiseksi lainkaan tutkittu tai tärkeästä aiheesta on vain yksittäisiä tutkimuksia. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa-antavina. Tulosten luotettavuutta tukee se, että monissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia, samoin kuin se, että tietoa on sekä vanhempien että terveydenhoitajien näkökulmasta, ja nämä tulokset ovat usein samansuuntaisia. Tutkimustulokset olivat myös samantyyppisiä eri puolilla Suomea. Neuvolassa työskentelevistä ammattiryhmistä on saatu eniten tietoa terveydenhoitajista, jonka toimintaa oli myös tutkittu eniten.

4.3 Ehdotukset neuvolatoiminnan sisällölliseksi ja menetelmälliseksi kehittämiseksi

Tehdystä selvityksistä ilmenee, että neuvolalla on paljon käyttämättömiä mahdollisuuksia toimintansa kehittämiseen koko maata ajatellen. Tärkeän kehittämisen lähtökohdan muodostaa vanhempien vankka käsitys siitä, että neuvola on heille tarpeellinen paikka sekä terveydenhoitajien halukkuus kehittää omaa toimintaansa. Tässä luvussa tehdään ehdotuksia neuvolatoiminnan sisältöjen ja menetelmien kehittämiseksi lähinnä terveydenhoitajan työn näkökulmasta. Ehdotukset eivät ole toisiaan poissulkevia.

4.3.1 Perhekeskeisten ja yhteisöllisten toimintamallien kehittäminen

1 Perheenjäsenten ja perhekokonaisuuden monimuotoisuuden yksilöllinen ja joustava huomioonottaminen

Neuvolatoiminnan perhekeskeisyyden periaate ansaitsee uudelleen tarkastelua ja selkiyttämistä. Työntekijöiden on tarpeen selvittää itselleen omaa perhekäsitystään, minkä lisäksi voi olla hyödyllistä keskustella asiasta perheiden kanssa. On ilmeistä, että erilaisissa tilanteissa tarvitaan erilaisia tapoja yksittäisten perheenjäsenten ja perhekokonaisuuden huomioimiseksi. Niin äiti, isä kuin lapsi tai lapset tarvitsevat erilaista tukea erilaisissa tilanteissa. Terveydenhoitajan herkkä vaisto, myönteinen ilmapiiri ja avoimet kommunikaatiokanavat auttavat terveydenhoitajaa havaitsemaan tarpeita riittävän ajoissa ja suuntaamaan toimintaansa tarkoituksenmukaisella tavalla. Terveydenhoitajan avoin suhtautuminen perheen moniin ilmenemismuotoihin, joustava perhekäsitys ja perheen odotusten selvittäminen mahdollistavat toiminnan kohdentamisen eri tavoin muuttuvissa tilanteissa. Mitä enemmän pulmia perheillä on, sitä tarpeellisempaa on ottaa huomioon koko perhe. Keskeinen haaste terveydenhoitajalle on rohkaista vanhempia huolehtimaan myös omasta parisuhteestaan vanhemmuuden tukemisen lisäksi.

2 Isien huomioonottaminen neuvolatoimintaa kehitettäessä

Isät toivovat tulevansa kohdelluksi yksilöllisesti omana itsenään, eikä vain suhteessa toiseen perheenjäseneseen. Esimerkiksi isällä on tarpeita miehenä ja isänä, ei vain vaimonsa puolisona tai lapsensa isänä. Neuvolassa on myös mahdollisuus kiinnittää isien terveyteen laaja-alaisesti huomiota. Tähän asti tehdyistä tutkimuksista ja kehitetyistä toimintamalleista saa monia ideoita työskentelyn kehittämiseksi isien kanssa heidän tukemisekseen.

3 Perheiden osallistumisen ja vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen

On tarpeen edelleen kehittää toimintatapoja, jotka lisäävät perheen ja perheenjäsenten osallistumista itseään ja perhettään koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä vaikuttamista neuvolatoiminnan kehittämiseen. Osallistuakseen perheet tarvitsevat tietoa sekä osallistumisperiaatteesta että riittävästi tietoa kulloinkin käsiteltävästä asiasta. Suullisen tiedottamisen lisäksi voitaisiin kokeilla asian sisällyttämistä lehtiseen tai muuhun tiedotteeseen, jossa kerrotaan lapsiperheiden palveluista ja niiden järjestämisen periaatteista. Vanhempia voisi myös rohkaista ilmaisemaan näkemyksensä neuvolan toimivuudesta ja tekemään aloitteita neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Vanhempien pienryhmät ovat kirvoittaneet osanottajien aktiivisuutta. Terveydenhoitajan haastattelu- ja keskustelutavalla sekä hänen luomallaan ilmapiirillä on suuri merkitys osallistumista edistävien puitteiden

luomiselle. Osallistuminen voitaisiin liittää osaksi neuvolan laatukriteereitä, jotta tätä aihepiiriä seurattaisiin esimerkiksi asiakaspalautteen avulla. Terveystukiryhmien olisi myös hyödyllistä käydä perheiden kanssa vastaanotoilla arviointikeskustelua. Osallistumisen ja vaikuttamisen tematiikka ja sitä valaisevat tutkimukset voisivat olla aiheina työntekijöiden keskinäisissä keskusteluissa sekä kehityskeskusteluissa.

4 Perheiden vertaistuen lisääminen pienryhmätoimintaa kehittämällä

Pienryhmätoiminta on osoittautunut siinä määrin tärkeäksi toimintamuodoksi, että sen laajentamista säännölliseksi toimintamalliksi kannattaa kokeilla. Se ei ole ratkaisu kaikille vanhemmille, mutta sen avulla on mahdollista edistää vanhempien verkottumista ja tuen saantia muilta vanhemmilta. Yhtä ainoaa toimivaa tapaa ei ole olemassa, vaan erilaisilla alueilla tarvitaan erilaisia toimintamuotoja. On viitteitä siitä, että ryhmiin eivät valikoidu vain ns. hyväosaiset vaan monenlaiset vanhemmat saattavat tulla mukaan. Perhevalmennusta ja lapsen syntymän jälkeistä ryhmätoimintaa, muun muassa ryhmäneuvoloita, on tarpeen kehittää vanhempien odotusten mukaan osallistuja- tai oppijakeskeisen pienryhmätoiminnan suuntaan. Ryhmätoiminnan sisältöä kannattaa suunnitella yhteistyössä vanhempien kanssa ja hyödyntää vanhempien kokemuksia.

Tarvitaan myös tukea erilaisten tukiryhmien käynnistämiseen (esim. imetystukiryhmät, masennuksesta kärsivien äitien ryhmät, tarvittaessa vammaisten lasten tai paljon sairastavien lasten vanhempien ryhmät). Vertaistuki auttaa samassa elämäntilanteessa olevia vanhempia. Erilaisten tukiryhmien käynnistäminen edellyttää useiden tahojen yhteistyötä yli kunta- ja organisaatorajojen, jotta palveluja olisi kattavasti tarjolla eri puolilla Suomea.

5 Kotikäyntien sisällön ja tiheyden suhteuttaminen perheen tarpeisiin

Tärkeä yhteisöllisen toimintatavan työmuoto ovat kotikäynnit. Kotikäyntien tekeminen hyötyisi niiden uudelleen arvioinnista ja tarvittaessa uudelleen suuntaamisesta. Useimpien tutkimusten mukaan niin vanhemmat kuin terveydenhoitajat ovat pitäneet niitä hyödyllisinä, vaikkakin ehdotuksia niiden sisällölliseksi kehittämiseksi on esitetty. Olisi myös tarpeen tukea terveydenhoitajan itsenäistä arviointia esimerkiksi kotikäyntien tiheyden arvioinnissa, sillä hän tuntee parhaiten perheen tilanteen. Perheen tarpeiden tulisikin säädellä neuvolatoiminnan sisältöä ja menetelmiä. Kotikäynnit lisäävät terveydenhoitajan liikkumista väestön parissa, mikä on tärkeää havaintojen tekemiseksi, esimerkiksi lapsimyönteisestä kasvuympäristöstä.

6 Moniammatillisen sektorirajat ylittävän yhteistyön kehittäminen

Tärkeä osa yhteisöllistä toimintatapaa on moniammatillinen toiminta, joka on osoittautunut melko vaativaksi toteuttaa, mutta hyödylliseksi kaikille osapuolille. Se tarvitsee tuekseen tietoista kehittämistä niin oman organisaation kuin koko kunnan eri sektoreiden ja järjestöjen sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Näin voidaan päästä tarkastelemaan yhteistyötä haittaavia tekijöitä kuten tiedonkulun pulmia ja toimintakulttuurien erilaisuutta. Yhteisen käsityksen muodostaminen toiminnan kohteesta eli lapsiperheistä sekä toimintatavoista yhdessä sopiminen ovat osoittautuneet hyödyllisiksi. Yhteiset pelisäännöt selkiyttävät ja ohjaavat toimintaa erityisesti autettaessa moniongelmaisia perheitä. Esimerkiksi alueelliset toimintamallit päihdeongelmista kärsivän vanhemman ja unihäiriöstä kärsivän vauvan auttamiseksi ovat osoittautuneet hyödyllisiksi.

Ehkäisevän lastensuojelutyön tehostaminen kunnissa edellyttää joustavaa perhelähtöistä yhteistoimintaa eri tahojen kanssa. Monessa kunnassa on ehkäisevän lastensuojelun työryhmä tai vastaava. Tämän työryhmän työskentelytavan ja toimintaperiaatteiden tarkistaminen voi olla tarpeen niissä olevan potentiaalin hyödyntämiseksi. Neuvolan ja päivähoidon yhteistyön merkitys on niinkään tunnustettu monessa kunnassa. Yhdessä ne tavoittavat suuren joukon lapsiperheitä ja voivat tehostaa toimintaansa tämän väestöosan tukemiseksi.

Monia toimintamuotoja voidaan käynnistää paikkakunnalla yhteisvoimin eri tahojen esimerkiksi järjestöjen ja oppilaitosten kanssa. Pienet paikkakunnat hyötyvät verkostoitumisesta lähikuntien kanssa, mikä mahdollistaa kokemusten jakamisen ja yhteisten toimintamuotojen, esimerkiksi unikoulun, imetystukiryhmien tai isien ryhmien, järjestämisen kuntien kesken. Yhteistyötä kannattaa jatkaa ja kehittää myös perusterveydenhuollon ja ammattikorkeakoulujen sekä yliopistojen kanssa uusia toimintamalleja kehitettäessä. Opiskelijat voivat saada tärkeitä oppimiskokemuksia ja tukea osaltaan neuvolan henkilökuntaa oman työn kehittämisessä.

7 Varhaisen puuttumisen mallin kehittäminen ongelmien aikaiseksi tunnistamiseksi ja syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi

Viime vuosina on kertynyt tietoa syrjäytymiskehityksen jo melko varhain esille tulevista tunnusmerkeistä ja monista epäsuotuisaan kehityskulkuun yhteydessä olevista tekijöistä esimerkiksi raskauden aikana. Lapsiperheistä vastuussa oleva moniammatillinen tiimi voisi ryhtyä kokoamaan tätä tietoa ja kehittää varhaisen puuttumisen toimintamallin. Tässä työssä hyötyä on erilaisista tarpeenmäärittelyvälineistä sekä terveydenhoitajan aktiivisesta ja rohkeasta toimintatavasta. Vaikeassa elämäntilanteessa olevan perheen tukemisen tehostaminen saattaa ehkäistä tai katkaista kielteisen kehän syntymisen. Perheiden eriarvoistumisen väheneminen ennaltaehkäisee osaltaan lasten syrjäytymiskehitystä.

8 Yhteisöllinen työskentely lapsiperheiden kanssa ja heidän hyväkseen

Kyetäkseen muodostamaan käsityksen asiakasperheittensä tuen tarpeesta ja sovittaakseen perheiden tuen tarpeita käytettävissä oleviin palveluihin tai tehdäkseen aloitteita uusien palvelujen kehittämiseksi, on modernin terveydenhoitajan tarpeen toimia edellä kuvatun yhteisöllisyyden periaatteen mukaisesti. Lapsiperheiden ymmärtäminen yhteisönä tehostaa heidän hyvinvointinsa seuraamista, päätelmien tekemistä ja aktiivista puuttumista hyvinvointia haittaaviin tekijöihin. Neuvolassa tavataan lähes kaikki alle kouluikäiset lapsiperheet, joten siellä on erinomainen mahdollisuus seurata lapsimyönteistä kasvuympäristöä ja vanhempien jaksamista.

4.3.2 Työmenetelmien kehittäminen

1 Tarpeenmäärittelyvälineiden kehittäminen helpottamaan puheeksi ottamista ja palvelujen yksilöllistä kohdentamista

Terveystenhoitajat voisivat suuresti hyötyä jo nyt joissakin paikoissa käytössä olevista tarpeenmäärittelyvälineistä eli apulomakkeista, joiden avulla asiakasperheen yksilöllisiä tarpeita tunnustetaan. Niiden avulla voidaan selvittää perheen kokonaistilannetta tai saada tietoa jostakin erityiskysymyksestä esimerkiksi synnytyksen jälkeisestä masennuksesta tai päihdeongelmasta. Lomakkeita voidaan käyttää monella tavalla, joko vain vastaanotolla tai antaa ensin kotiin vanhempien täytettäväksi ja käsitellä aiheita myöhemmin tarvittaessa vastaanotolla. Esimerkiksi parisuhdetta, vanhemmuutta, perheen kuormittumista, voimavaroja ja perheen arkielämää koskevat lomakkeet voisivat virittää vanhempien keskustelua kotona ja auttaa heitä pohtimaan asioita keskenään. Lomakkeet voisivat helpottaa vanhempia ottamaan asioita puheeksi terveydenhoitajan kanssa.

Apulomakkeiden on todettu helpottavan ja varmistavan muuten hankalalta tuntuvan aiheen, esimerkiksi vanhemman päihteiden käytön, puheeksi ottamista. Ne saattaisivat myös olla keino lisätä palvelujen *yksilöllistä kohdentamista*, jota on selvästi tutkimusten mukaan tarpeen lisätä. Toisaalta on esitetty, että lomake voi estää tai haitata asioiden luottamuksellista käsittelyä. Näin voi käydä, jos työntekijä ei rohkaistu avoimeen keskusteluun, vaan jättää asian pelkän lomakkeen täyttämisen varaan. Yleinen käsitys kuitenkin on, että lomakkeet auttavat keskusteluun pääsemistä. Lomakkeet oikein käytettynä avoimeen vuorovaikutussuhteeseen yhdistettynä voisivat ei vain säästää aikaa vaan myös tehostaa toiminnan tuloksellisuutta. Lomakkeet auttaisivat terveydenhoitajaa perheiden tarpeiden määrittelyn lisäksi myös tarkoituksenmukaisen toiminnan suunnittelussa ja seurannassa. Lomakkeiden kehittäminen edellyttää kuitenkin yhteistyötä asiantuntijoiden kanssa, jotta ne olisivat mahdollisimman luotettavia.

Kirjoittamistyön aikana tuli esille jo käytössä olevia lomakkeita sekä ehdotuksia lyhyiden lomakkeiden kehittämiseksi. Monessa terveystakesuksessa on jo käytössä audit-lomake päihdeongelman tunnistamiseksi (liite 5) ja mielialalomake masentuneisuuden tunnistamiseksi (Seulontatutkimukset ja yhteistyö 1999) ja sen mukaelma (Mäki & Eskola 1996). Julkaisuissa esiteltiin myös parisuhdeavain (Mattila ym. 1998) ja esimerkki 2.5-vuotiaan lapsen vanhemmille pohdittavista kysymyksistä (Kaila & Lauri 1992). Mellas (1994) on ehdottanut apulomakkeen kehittämistä raskaana olevan tiedon tarpeen selvittämistä varten. Lapsen käyttäytymistä koskeva lomake (Child behaviour checklist) oli ollut terveydenhoitajista hyödyllinen (Terho 1998). Ulkomailla kehitettyjä lomakkeita on yleensä tarpeen modifioida suomalaiseen kulttuuriin soveltuviksi. Tiedossa on, että lomakkeita ollaan kehittämässä ja julkaisemassa vuonna 2000. Esimerkiksi Perhetilannepuntari julkaistaneen MLL:n raportissa. Vanhempien voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä kartoittava lomake on työn alla (Pelkonen & Hakulinen 2000). Hakulinen (1998) on ehdottanut lomaketta lapsen temperamentin kartoittamiseksi siten, että selvitetäisiin vanhempien käsityksiä lapsensa luonteesta ja yksilöllisyydestä eli onko lapsi helpompi tai paljon helpompi kuin ennakoitiin, odotetun kaltainen vai vaikeampi tai paljon vaikeampi. Tämä auttaisi vanhempia tiedostamaan käsityksensä lapsen luonteesta ja ymmärtämään omia reaktioitaan.

Näiden lisäksi terveydenhoitaja tarvitsee koko asiakaskuntaansa koskevia välineitä voidakseen hahmottaa tuen tarpeet ja tukea tarvitsevien suhteelliset osuudet asiakaskunnassaan. Tällaisia lomakkeita on todennäköisesti käytössä vielä vähän. Erään lähtökohdan voisi saada esimerkiksi Arnkilin ja työtovereiden (1999) artikkelista, jonka

avulla voi jäsentää asiakasperheiden tuen tarvetta perheisiin, joista ei ole lainkaan huolta, joista on pientä huolta, jotka aiheuttavat huolta ja epävarmuutta, ja perheisiin, joista on todella suuri huoli. Tällaiset apuvälineet voisivat osaltaan auttaa palvelujen suunnittelussa, työntekijän voimavarojen riittävyyden tunnistamisessa, työvoiman oikeassa mitoituksessa ja tilastoinnissa.

2 Voimavaraorientoituneiden auttamismenetelmien kehittäminen

On tarpeen kehittää perheiden omia voimavaroja tukevien työskentelytapoja ja erilaisten perheiden ja perheenjäsenten psykososiaalisen tuen tarpeisiin vastaamisen menetelmiä. Terveydenhoitajan haastattelutaidolla on suuri merkitys asiakkaan autetuksi tulemiselle. Voimavaraorientoituneessa toiminnassa haastattelukysymykset voivat olla jo asiakasta auttavia, jos ne ohjaavat häntä pohtimaan itse omaa tilannettaan ja siihen liittyviä ratkaisuvaihtoehtoja.

Terveydenhoitaja käyttää työssään menetelmiä, joilla hän tukee perheenjäsenten itsetuntoa, antaa heille merkityksellistä tietoa, ohjaa lisäämään valmiuksia, pohtimaan kuormittavien tekijöiden ja voimavarojen suhdetta. Vanhempien itsetuntoa vanhempana terveydenhoitaja voi tukea muun muassa kuuntelemalla vanhempia keskittyneesti ja paneutumalla vanhempien asioihin, antamalla heille myönteistä palautetta, vahvistamalla heidän kykyjään vanhempana ja lujittamalla vanhempien luottamusta omiin vaikuttamismahdollisuuksiinsa perheensä ja lapsensa elämään. Terveydenhoitajan ei voida olettaa tietävän ratkaisuja asiakasperheiden ongelmiin, mutta hänen ammattitaidostaan on suurta hyötyä hänen kuunnellessaan keskittyneesti, tehdessään asiaa täsmentäviä kysymyksiä, antaessaan lisää tietoa, tarjotessaan uusia ja näkökulmia ja ohjattaessaan tarvittaessa pienryhmiin tai muille asiantuntijoille.

Auttamismenetelmien kehittäminen on läheisesti yhteydessä osaamisen kehittämiseen. Monien uusien menetelmien kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä työskentelyä, asian teoreettista haltuunottoa ja sen harjoittamista käytännössä pienryhmän ja muun ohjauksen turvin.

3 Informaatioteknologisten sovellusten harkittu hyödyntäminen

Teknologinen kehitys tulee tukemaan terveydenhoitajia tiedon ja osittain tuenkin tarjoamisessa. Nettineuvolasta saatavat kokemukset antavat arvokasta tietoa siitä, keiden perheiden kohdalla ja minkälaisissa kysymyksissä voidaan käyttää tämäntyyppistä menetelmää.

4 Yhteistyösuhteen ja vuorovaikutuksen kehittäminen

Yhteistyösuhteen luonne on usein avain muun toiminnan onnistumiseen asiakkaiden kanssa. Terveydenhoitajan yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot on tunnistettu yleensä melko hyväksi, mutta kehittämistä tarvitaan joillakin vuorovaikutuksen osa-alueilla. Näitä ovat erilaisten aiheiden puheeksi ottaminen, tunteista keskusteleminen sekä ennakoivan tiedon ja palautteen antaminen. Terveydenhoitaja ja lääkäri luovat omalla toiminnallaan vastaanoton ilmapiirin. Siksi on tärkeää, että he tiedostavat oman toimintansa merkityksen vuorovaikutuksen onnistumiselle asiakasperheen kanssa, hankkivat palautetta ja ovat valmiita kehittämään omaa vuorovaikutustaan. Vuorovaikutuksen kehittämiseksi on kokeiltu muun muassa vuorovaikutustilanteiden videointia ja analysointia, erilaisia oppimistehtäviä ja työnohjausta.

4.3.3 Neuvolatoiminnan organisatoristen edellytysten kehittäminen

1 Neuvolapalvelut osana kunnan tarjoamia lapsiperheiden palveluja

Kuten Suomen kuntaliiton Lapsipoliittisessa ohjelmassa (Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta 2000) esitetään, kunnan tulisi arvioida lapsia, nuoria ja perheitä koskevia asioita hallinnonrajat ylittävän kokonaistarkastelun kautta ja kehittää sen pohjalta lapsipoliittista päätöksentekoa ja saattaa yhdessä sovitut lapsipoliittiset tavoitteet ja toiminta osaksi muuta vakiintunutta toiminnan suunnittelua ja toimintatapoja. Tämän kokonaisuuden osana tulisi neuvolatoimintaa kehittää. Kunnan lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen kartoittaminen, jollaisia on jo tehty monessa kunnassa, muodostaa positiivisen lähtökohdan myös neuvolatoiminnan ja eri tahojen suunnitelmallisen yhteistyön edelleen kehittämiseen. Palveluista olisi tarpeen olla tietoa saatavissa lapsiperheiden käyttämissä palvelupisteissä, myös neuvolassa, sillä perheet odottavat, että terveydenhoitaja osaisi ohjata tarvittaessa myös muun avun piiriin.

2 Palveluketjujen kehittäminen palvelujen jatkuvuuden turvaamiseksi

Palvelujen jatkuvuuden turvaaminen on tunnistettu tärkeäksi kehittämiskohteeksi monessa kunnassa. Yhteistyötä ja tiedonkulkua on tarpeen kehittää ja yhtenäistää esimerkiksi hoito-ohjeita muun muassa neuvola-synnytyssairaala-neuvola –akselilla. Neuvola-erikoissairaanhoido-neuvola –akselista tulee tärkeä, jos lapsella on pitkäaikaissairaus tai hän on vammainen. Yhteistyömuotojen kehittämisen avulla on mahdollista kehittää joustavia, toimivia ja asiakkaiden tarpeisiin vastaavia palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja.

3 Seurannan kehittäminen: tilastointi ja laatuindikaattorit

Tilastointia kehittämällä voitaisiin kiinnittää nykyistä systemaattisemmin huomiota tiettyihin palveluiden laadun ominaispiirteisiin ja toiminnan tuloksiin. Tällä hetkellä neuvolatoiminnan tilastointi on suurimmaksi osaksi kuntakohtaista eikä yhtenäisiä ohjeita juuri ole. Valtakunnallisesti SOTKA-tietokantaan tilastoidaan vuoden aikana tehdyt äitiys- ja lastenneuvolakäynnit, erikseen lääkärin luo tehdyt käynnit ja yhtenä lukuna muiden ammattiryhmien käynnit (Hermansson ym. 1998). Muuten terveyskeskukset noudattavat omia ohjeitaan tilastoinnissa. Esimerkiksi Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus tilastoi muun muassa asiakasmäärät, ryhmätilaisuudet ja ongelmaperheiden käynnit.

Neuvolatoiminnan laadunhallinnan kehittämiseksi tarvitaan laatukriteerit tai laatuindikaattorit keskeisille neuvolatoiminnan osa-alueille, joiden toteutumisen seuraamista pidetään tärkeänä kunnan, läänin ja valtakunnan tasolla. Asiakaspalautteen säännöllisen keräämisen, analysoinnin ja toimenpiteistä päättämisen tulisi olla osa normaalia toimintaa. Neuvolatoiminnan laatu voitaisiin ottaa myös perusterveydenhuollon arvioinnin kohteeksi. Tämä mahdollistaisi neuvolatoiminnan kriittisten kohtien tunnistamisen, esimerkiksi asiakkaiden osallistumisen, yhteistyökäytäntöjen sujumisen, erityisryhmien tuen saannin, tilanteen vertailemisen maan eri osissa ja tarkoituksenmukaisten kehittämistoimenpiteiden suuntaamisen. Ensisijaisesti laadun arviointi voisi toimia kunnallisen itsearvioinnin keinona.

4 Mitoituksen kehittäminen

Saattaa olla tarpeen ottaa käyttöön joitakin suosituslukuja, vaikkakin väljiä, siitä, montako lapsiperhettä terveydenhoitaja pystyy laadukkaasti hoitamaan. Mitoitusta suunniteltaessa on tarpeen ottaa huomioon perheiden erilainen tuen tarve. Osa perheistä selviää melko kevyen

seurannan ja tuen varassa, normaalikäyntien turvin, jota ehkä vanhempien pienryhmät tukevat. Osa tarvitsee enemmän huomiota ja aikaa, tihennettyjä kotikäyntejä jossakin vaiheessa, ja mahdollisesti moniammatillisen tiimin konsultaatiota. Pieni osa perheistä on todella runsaan avun ja moniammatillisen tiimin avun tarpeessa. Alustavat tulokset esimerkiksi Mannerheimin Lastensuojeluliiton lapsiperheprojektista viittaavat siihen, että oikeaan aikaan osutettu riittävän tehokas apu voi vähentää myöhempiä taloudellisia investointeja ja lievittää inhimillistä kärsimystä.

5 Ohjeistuksen laatiminen

Lastenneuvolatoimintaa varten olisi hyödyllistä saada uudet omat ohjeet, sillä edellinen lastenneuvolaopas on vuodelta 1990. Ohjeissa voitaisiin suositella jo nyt käytössä hyviksi osoittautuneita toimintamalleja sekä ottaa kantaa neuvolatoiminnan keskeisiin periaatteisiin ja niiden konkretisointiin, keskeiseen sisältöön, käytettäviin menetelmiin, toiminnan seurantaan ja arviointiin. Ohjeet voisivat sisältää ehdotuksia moniammatillisen yhteistyön, työntekijöiden ammattitaidon vahvistamisen ja projektitoiminnan kehittämiseksi.

4.4 Terveydenhoitajan ammattitaidon vahvistaminen

Terveydenhoitajan työstä on tullut yhä vaativampaa yhteiskunnassa, terveystaloustalouden ja perheiden elämässä tapahtuneiden muutosten seurauksena. On vaikea pitää omaa osaamistaan muuttuvien osaamisvaatimusten edellyttämällä tasolla. Työntekijän ammattitaito ja osaaminen ei ole vain yksilön asia, vaan koko työyhteisöä koskettava kysymys. Tänä päivänä korostetaan ratkaisuja, joissa voidaan yhdistää yksilön oppiminen koko työyhteisön työssä oppimiseen. Ammattitaidon kehittämisen edellytyksenä on riittävän monipuolinen tietämys työntekijöiden osaamisesta, josta voidaan saada tietoa osaamistarve- tai kehitystarveselvityksin. Kehittämistoimet, jotka voivat olla yksilökohtaisia tai koskea ryhmiä tai koko työyhteisöä, ovat monipuolistuneet ja siirtyneet lähemmäksi työtä ja työyhteisöä (Strömmer 1999).

1 Läpi uran kestävässä työssä kehittämissuunnitelman luominen

Terveyskeskuksissa on tarpeen luoda työntekijöiden/terveydenhoitajien osaamisen vahvistamiseksi ja tukemiseksi järjestelmä, joka pitäisi huolta läpi työuran jatkuvasta kehittämisestä ja ammattitaidon vahvistumisesta. Se tukisi osaamistarpeiden tunnistamista ja tarkoituksenmukaisten kehittämismenetelmien suunnittelemista ja liittäisi oppimisen ja kehittämisen kulloiseenkin työhön. Oppimistarpeiden tunnistamisen pitäisi olla ainakin osittain ennakoivaa, ei vain muutoksiin reagoivaa. Järjestelmä kannattaisi kytkeä palvelujen toimivuuteen, laatuun ja urakehitykseen.

2 Henkilökohtaisen kehitys- ja oppimissuunnitelman laatiminen

Tavoitteeksi voitaisiin asettaa, että jokaisella terveydenhoitajalla olisi oma henkilökohtainen kehitys- ja oppimissuunnitelma, jota tarkistettaisiin ja arvioitaisiin vuosittain säännöllisissä kehityskeskusteluissa tai vastaavissa tilanteissa esimiehen kanssa. Suunnitelman laatiminen edellyttäisi terveydenhoitajalta omien oppimistarpeiden tunnistamista suhteessa senhetkisiin ja ennakoitavissa oleviin tavoitteisiin ja osaamisvaatimuksiin. Terveydenhoitajille tueksi voitaisiin kehittää työvälineitä, esimerkiksi kysymyksiä tai lomakkeita, jotka tukisivat oman toimintatavan ja valmiuksien tiedostamista ja itsearviointia. Näitä reflektioivia keskusteluja voisi käydä myös pienryhmissä ja harjaantua samalla vertaisarviointiin.

3 Esimiehen roolin vahvistaminen työssä oppimisen tukemisen mahdollistajana

Esimiehellä on keskeinen rooli työntekijöiden kehittymisen ja oppimisen mahdollistajana. On tarpeen kokeilla erilaisia toimintamuotoja, joilla voidaan tukea työntekijää omien oppimis- ja kehittymistarpeidensa tunnistamisessa ja joiden avulla esimies voi seurata ja tukea työntekijän kehitystä. Esimiehen tehtävänä on sovittaa yhteen työntekijöiden suunnitelmat koko työyhteisön oppimissuunnitelmaksi ja mahdollistaa moniammatillisen tiimin ja koko työyhteisön oppiminen oppivan organisaation periaatteiden mukaisesti.

4 Itseohjautuvuutta ja aktiivisuutta tukevat henkilöstön kehittämismenetelmät käyttöön

Henkilöstön kehittämismenetelmillä voidaan tukea itseohjautuvuutta ja aktiivisuutta, laajentaa työtehtäviä, auttaa näkemään kokonaisuuksia ja osallistumaan, tukea yhteisvastuuseen ja oppimiseen sekä työkuultuurin ja ilmapiirin arviointiin (Strömmer 1999). Jos halutaan saada aikaan muutoksia toiminnassa, tarvitaan riittävän pitkäkestoisia menetelmiä, koulutushankkeita tai kehittämisprojekteja. Työpaikkakohtaiset oppimis- tai kehittämishankkeet ovat osoittautuneet tehokkaiksi, kun aiheiksi on valittu tärkeiksi tunnistettuja kehittämiskohteita. Omaehtoinen opiskelu tulee aina olemaan välttämätöntä terveydenhoitajan työssä. Siihen voidaan tukea ja opastaa jo työssä olevia. Nuorilla, ammattikorkeakoulusta valmistuvilla terveydenhoitajilla on todettu aikaisempaa paremmat valmiudet itsensä ja työnsä kehittämiseen (Jaroma 2000).

Muita henkilöstön kehittämiskeinoja ovat kehityskeskustelut, vertaistutorointi, mentorointi ja kummiterveystuutorointijärjestelmä. Mentorointitoiminnassa tukea voi saada senioriterveydenhoitajilta. Toisten työhön tutustuminen, opintopiiri, työkierto, tiimityö, tutustumiskäynnit, toisilta oppiminen ja oman portfolion kokoaminen ovat myös käyttökelpoisia oman työn kehittämisen keinoja. Työn monipuolistaminen ja vastuun lisääminen erikoistehtäviä antamalla antaa mahdollisuuden hyödyntää työntekijöiden erilaisia taipumuksia. Optimaalista olisi, jos yksilön kehittyminen olisi suunnitelmallista ja tukisi tämän urakehitystä. Erilaisia urakehitysmalleja ollaankin suunnittelemassa ja kehittämässä.

Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintoja voitaisiin käyttää suunnitelmallisesti hyväksi. Toimivaksi ja pysyviä toimintamalleja aikaansaavaksi on osoittautunut idea tehdä opintoihin liittyvä kehittämishanke jostakin omaan työhön liittyvästä aiheesta. Ammattikorkeakoulujen tai avointen yliopistojen organisoima monimuoto-opiskelu tarjoaa mahdollisuuksia myös etä-opiskeluun. Osa opinnoista voidaan jo nyt toteuttaa ns. verkkokursseina. Tulevaisuudessa olisi tarpeen kehittää terveydenhoitajille ja muille neuvolantyöntekijöille suunnattuja verkko-opintojaksoja. Tietokonepäätteiden yleistyminen muutaman vuoden sisällä mahdollistaa tällaisen opiskelun.

5 Sisällölliset ja menetelmälliset kehitystarpeet

Tässä selvityksessä on tullut esille useita sisällöllisiä koulutustarpeita (luvut 2.4.1 ja 3.4) mm. erilaisten perheiden kanssa työskentely, erityiskysymykset, parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen. Terveydenhoitajat itse kokevat ammattitaitonsa tarvitsevan vahvistusta erityistukea tarvitsevien kuten mielenterveysongelmaisten ja päihdeongelmista kärsivien perheiden auttamisessa sekä monikulttuuristen perheiden tukemisessa.

Terveydenhoitajien on todettu tarvitsevan koulutusta ja tukea erilaisten työmenetelmien kehittämiseen. Tällaisia ovat mm. tarpeenmäärittelytaidot muun muassa psykososiaalisten ongelmien tunnistamiseksi. Lisäksi he tarvitsevat harjaantumista pienryhmien ohjaamiseen, ryhmätyö- ja tiimitaitoihin sekä vuorovaikutustaitoihin esimerkiksi vaikeiden asioiden

puheeksi ottamiseen, tunteista keskusteluun ja palautteen antoon. Asiakkaan osallistumisen ja vaikuttamisen edistäminen ovat myös kehitettäviä aihepiirejä. Vuorovaikutustaitoja voitaisiin vahvistaa esim. videoinnin, oppimispäiväkirjan ja työnohjauksen avulla. Koulutuksessa on tarpeen kokeilla ja käyttää monipuolisia menetelmiä erilaisten valmiuksien vahvistamiseksi. Sosiodraamasta ja focus-ryhmä -keskusteluista voisi olla hyötyä rohkeuden ja asioihin puuttumisen lisäämiseksi. Projektityöskentelyyn kouluttautuminen tehostaisi kehittämishankkeiden suunnittelua, toteuttamista ja arviointia.

Terveyskeskusten mahdollisuudet järjestää työntekijöilleen koulutusta vaihtelevat eri puolilla maata. Jos terveyskeskus sijaitsee lähellä yliopistoa tai ammattikorkeakoulua, on helpompi kouluttautua ja tehdä yhteistyötä näiden organisaatioiden kanssa. Uusia toimivia ratkaisuja tarvitaan eri puolilla Suomea, sillä työntekijöiden eriarvoisuus voi herkästi johtaa herkästi asiakkaiden lisääntyvään eriarvoisuuteen. Pienet kunnat ovat kokeilleet verkostoitumista yhteisten koulutusten ja työnohjauksen järjestämisessä. Myös uusi tietotekniikka tulee tarjoamaan ratkaisuja.

Lääninhallitukset voisivat organisoida säännöllisiä alueellisia koulutuspäiviä tai pidempikestoisia kurseja perhekeskeiseen neuvolatyöhön ja perustaa neuvolatoiminnan kehittämisverkostoja. Läänin terveydenhuollon tarkastajilla on sitä parempi käsitys alueensa terveydenhoitajien tilanteesta ja valmiuksista, mitä paremmat järjestelmät on toiminnan ja sen tuloksellisuuden seuranta varten.

6 Työnohjausta moniongelmaisten perheiden parissa työskenteleville

On tärkeä järjestää riittävästi työnohjausta terveydenhoitajille, jotka työskentelevät ns. moniongelmaisten perheiden kanssa, joissa on esimerkiksi päihteiden väärinkäyttöä ja perheväkivaltaa. Työnohjausta voidaan toteuttaa monimuotoisesti paikallisten mahdollisuuksien ja tarpeiden mukaisesti.

4.5 Tutkimus- ja projektitoiminnan kehittäminen

1 Neuvolatoiminnan tutkimusohjelman laatiminen

Neuvolatoiminta on ollut 1990-luvulla melko runsaan tutkimustoiminnan kohteena, mutta tutkimus on ollut pienimuotoista ja hajanaista. Nyt tehty selvitys antaa käsityksen neuvolatutkimuksen tilasta. Määrätietoisemman tutkimustoiminnan edistämiseksi tarvittaisiin neuvolatoiminnan tutkimusohjelma, jossa nostettaisiin esiin tutkittavia sisältöalueita ja tehtäisiin ehdotuksia käytettäviksi menetelmiksi. Tutkimustoiminta on ollut pääsääntöisesti kuvailevaa. Nyt 2000-luvulla tarvitaan metodisesti monipuolisempaa tutkimusta. Kuvaileva tieto antaa mahdollisuuden siirtyä selittävään ja ennustavaan tutkimukseen. Tämä tarkoittaa muun muassa sellaisia tutkimusasetelmia, joiden avulla voidaan tehdä päätelmiä neuvolatyön tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Vaikuttavuustutkimusta on tehty vasta vähän, vaikka hyötyjä voidaan päätellä usean tutkimuksen perusteella. Vaikuttavuusselvityksiä onkin tulossa 2000-luvulla osana muutamia kehittämishankkeita.

2 Säännöllisesti toistettavat seurannat

Koska tilastot antavat vain vajavaisen kuvan, saattaisivat säännölliset, määräväosin toistettavat neuvolatoimintaa koskevat alueelliset tai valtakunnalliset selvitykset antaa tarvittavaa seurantatietoa neuvolatoiminnan suuntaamiseen. Neuvolatyö voidaan myös ottaa perusterveydenhuollon arvioinnin kohteeksi lääninhallituksissa.

3 Kehittämisprojektien suunnittelun, asiakasedustuksen, arvioinnin ja raportoinnin kehittäminen

Kehittämisprojektit ovat tärkeä ja ilmeisen suosittu keino kehittää neuvolatoimintaa terveystalvelujen osana. Projekteihin käytetään melko paljon voimavaroja, joten olisi tärkeä pitää huolta hankkeiden optimaalisesta sujumisesta. Tässä selvityksessä ei ollut mahdollista eikä tarkoitus analysoida tehtyjä projektisuunnitelmia. Useiden projektien suunnittelua ja johtamista käsittelevien oppaiden mukaan (esim. Silvferberg 1997, Jalava & Virtanen 2000) projektien onnistumista edistää huolellinen suunnittelu, muun muassa lähtötilanteen ja projektiin liittyvien riskien riittävä analysointi.

Tähän selvitykseen analysoiduista kehittämisraporteista käy ilmi joitakin kehittämistarpeita. Asiakkaiden mukaan ottamista hankkeisiin voitaisiin huomattavasti lisätä. Hankkeiden arviointi saattoi jäädä puutteelliseksi, mikä voi johtua siitä, että arviointisuunnitelmaa ei ollut sisällytetty varsinaiseen projektisuunnitelmaan. Milloin mahdollista, arviointi pitäisi ulottaa koskemaan toiminnan tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Hankkeiden tulosten pitkän aikavälin seuranta voitaisiin myös lisätä, jolloin voitaisiin tehdä päätelmiä toimintamuodon tarkoituksenmukaisuudesta asiakasperheiden kannalta. Vaikka projektityöskentelyä käytetään melko paljon, on siihen kouluttautuminen vielä kuitenkin melko vähäistä. Projektityöskentelyn ja projektien johtamisen periaatteet olisikin tärkeää sisällyttää eri ammattiryhmien peruskoulutukseen ja lisäkoulutuksen avulla tukea kehittämisprojekteja käynnistäviä henkilöitä.

Tiedon levittäminen tehdyistä kehittämishankkeista on vielä ilmeisen puutteellista. Tähänkin selvitykseen tuotti vaikeuksia tunnistaa olemassa olevia kehittämishankkeita ja monia jäi varmasti saavuttamatta. Läheskään kaikkia hankkeita ei julkaista, vaan niistä laaditaan monistemuotoisia raportteja. Projektin vetäjien ja toteuttajien voimat tahtovatkin uupua projektin loppuvaiheessa, varsinkin jos raportointia ei ole etukäteen suunniteltu, eikä siihen ole osoitettu riittävästi voimavaroja, esimerkiksi aikaa. Kuitenkin huolellisesti laaditusta raportista olisi hyötyä niin tekijöilleen, kunnan väestölle kuin muille raportin hyödyntämisestä kiinnostuneille tahoille. Tekijät voisivat raporttia kirjoittaessaan analysoida omaa oppimistaan ja tunnistaa vastaisen varalle kehittämistarpeita. Raportti on myös merkki loppuun saatetusta työstä. Kunnan väestölle raportti taas välittäisi positiivisia signaaleja terveyskeskuksen kehittämispyrkimyksistä. Tarkoituksenmukaisen tiedotusjärjestelmän kautta muut neuvolatyötä tekevät voisivat saada mahdollisimman pian uusia virikkeitä ja ideoita toiminnalleen. Tällainen järjestelmä voisi perustua esimerkiksi läänikohtaisiin rekistereihin. Lehdet ja neuvottelupäivät toimivat luonnollisesti edelleen tiedon välityskanavana.

LOPPUSANAT

Tulevaisuuden ennakkoinnin näkökulmasta voidaan sanoa, että yhteiskunnan perusyksikkönä perhe, joskin ehkä vielä nykyistä monimuotoisempaan, on ja säilyy. Yhteiskunnan hyvinvointi heijastuu perheiden ja erityisesti lasten hyvinvointiin kuten myös pahoinvointi haavoittaen perhettä ja erityisesti lasta. Neuvolatoiminnan vaikuttavuus kaippa tulevaisuudessa enemmän tutkimusnäyttöä, mutta sen keskeinen asema perheen tukijana lienee kiistaton. Tulevaisuuden terveydenhoitajalla on juuri valmistuneen tutkimuksen (Jaroma 2000) mukaan aikaisempaa paremmat valmiudet perheiden tukemiseen, yhteisölliseen toimintaan ja oman työnsä kehittämiseen.

LUETTELO ANALYSOIDUISTA TUTKIMUKSISTA 1990-99

- Aaltonen, R. 1995. Lastenneuvolatoiminta: keskeinen toimintamuoto lapsen kehityksen seurannassa.
- Airio-Huhtanen, P. 1998. Ensisynnyttäjien synnytykseen liittämät pelontunteet ja saatu tuki loppuraskaudessa.
- Bondas-Salonen, T. 1995. Hela livet förändras. En longitudiell studie av kvinnans upplevelser av hälsa och vård i mödravårdkontext.
- Ekholm, M. 1998. "Oletan heidän olevan muslimeja": - miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa.
- Elovainio, M. Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.
- Ewalds, H. 1991. Omaisten tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki.
- Hakulinen, T. 1993. Perhedynamiikka: näkökulma lasta odottavien ja kasvattavien perheiden hoitotyöhön.
- Hakulinen, T. 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics.
- Hamilo-Laiho, O. 1990. Perheen tarpeiden huomioon ottaminen lastenneuvolassa.
- Hasu, J. 1998. Lapsen sairastaminen ja vanhempien voimavarat sekä käsitykset terveydenhoitajan ja terveyskeskuslääkärin toiminnasta: kysely leikki-ikäisten lasten vanhemmille.
- Heikkilä, A. & Peltoniemi, P. 1999. Imetystukiryhmä imettävän äidin tukena.
- Heimo, E. 1999. Lapsiperheen psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa.
- Hiller-Ikonen, A. 1999. Yhteisökeskeisyys terveydenhoitajan työssä.
- Hynynen, P. 1999. Terveydenhoitajan kotikäynti lapsiperheen terveyden edistämässä.
- Jukarainen, R-L. 1994. Ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajilta imetykseen saama sosiaalinen tuki.
- Julin, A.-M. 1997. Hoitotyön kehittämisen tavoitteena neljän kuukauden täysimetys.
- Järvinen, R. 1998. Äitien kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmistä: ryhmästä tukea arjessa selviämiseen.
- Kaila, P. & Lauri, S. 1992. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen: tutkimus ITU-projektin vaikuttavuudesta Salon seudun terveyskeskuksissa.
- Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi.
- Karjalainen, K. 1992. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynnit perheiden näkökulmasta: ammattihenkilön tarkastuksesta tukeen ja kannustukseen.
- Kaunonen, M. 1994. Perheiden käsityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä lastenneuvolassa.
- Kellokumpu-Tyvelä, T. 1998. Synnytyksen jälkeinen masennus äitien kokemana.
- Kemppainen, E. 1997. Terveydenhoitajien toiminta 0-2-vuotiaiden lasten lehmänmaitoallergian ennalta ehkäisyssä ja hoidossa lastenneuvolassa.
- Kemppainen, M-L. & Liimatainen, E. 1991. Terveydenhoitajan työn sisältö asiakaskontakteissa.
- Keskisarckkä, P. & Manninen, A. 1995. "Neuvolaan on mukava mennä": vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja lastenneuvolapalveluista neljässä pohjoiskarjalaisessa terveyskeskuksessa.
- Kivelä, T. & Suonpää, T. 1991. Lasten turvallisuuskasvatus ja neuvolatyö.
- Kivinen, T. 1998. Lääkärin vastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa.
- Knuuttila, L. 1996. Ulkomailla Suomeen muuttaneiden naisten kokemuksia suomalaisesta neuvolatyöstä.
- Koivisto, M., Kronqvist, E-L., Oksanen, R., Saukkonen, A-L., Forssius, H. & Wasz-Höckert, O. 1992. Oulun neuvolatutkimus: tehostetun neuvolatyön vaikutus esikoislapsen psyykkiseen ja

fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana.

Koponen, P. 1993. Monimerkityksellinen väestövastuu. Tutkimus terveydenhoitajien työn muutossuunnista väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilujen aikana.

Koponen, P. 1997. Public health nursing in primary health care based on the population responsibility principle.

Korpivaara, L. 1993. Lastenneuvolan antama kasvatuksen ohjaus vanhempien kokemana eräissä Pohjois-Kymenlaakson kunnissa.

Kosonen, M. 1995. Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus äitiysneuvolassa.

Kuiri-Niiranen, S. 1991. Muuttuva perhe lastenneuvolassa: yksinhuoltaja- ja uusperheiden hoitotyö terveydenhoitajien kuvaamana.

Kuronen, M. 1993. Lapsen hyväksi naisten kesken: tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä.

Lahti, T. 1993. Kasvatusneuvonnan ongelma lastenneuvolassa.

Lauri, S. & Hietaranta, E. 1990. Terveydenhoitajan tietoperusta ja päätöksenteko lasten terveydenhoidossa.

Laurikainen, T. & Pyykkö, S. 1990. Terveyteen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden huomioiminen terveydenhoitajien työssä Turun kaupungin äitiys- ja lastenneuvoloissa.

Leinonen, E., Sjögren, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1992. Perhevalmennuksen opetuskäytäntö.

Lepola, I. 1990. Terveydenhoitajan toteuttaman terveysneuvonnan analyysi: Kontekstina viisivuotiaan lapsen terveystarkastus.

Liuksila, P-L. 1993 (toim.) Laajennettu lasten viisivuotistutkimus.

Liuksila, P-L. & Lauri, S. 1992. Lasten terveystarkastuslomakkeiston käyttö lapsen ja perheen terveydenhoidon toteutuksessa.

Lohiniva, V. 1990. Väestövastuinen työ terveydenhoitajien työn kehittämiskeinona. Väestövastuiseen työhön siirtymisen esteitä ja edellytyksiä.

Lohiniva, V. 1999. Terveydenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä.

Mellas, E. 1994. Raskaana olevien äitiysneuvolassa saama tieto raskauteen ja synnytykseen liittyvissä asioissa Kymenlaakson keskussairaala-alueella.

Miettunen, S. 1990. Terveydenhoitajien vastuullisuuden kokeminen asiakassuhteessa.

Nieminen, I. 1992. Perhe lastenneuvolan asiakkaana. Terveydenhoitajien näkemyksiin perustuva kuvaileva tutkimus perhekeskeisestä hoitotyöstä lastenneuvolassa.

Nurkkala, H. 1998. Terveydenhoitajien ja lasten vanhempien käsityksiä lasten vastaanottokäyntien sisällöstä Espoon kaupungissa.

Okkonen, T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana.

Paavilainen, E. 1994. Asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyösuhde terveydenhoitajan näkökulmasta.

Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa.

Paavilainen, R. 1994. Varhain kotiin synnytyssairaalasta. Perheiden kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta, terveydestä ja terveydenhuoltopalveluista.

Palomäki-Jägerroos, T. 2000. Äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia kotineuvolaverkkopalvelusta sen käyttöönotto vaiheessa.

Partanen-Björk, M. 1997. Äitiysneuvolan perhevalmennuskursseille osallistuneiden äitien käsitys valmennuksen tarpeesta ja saamastaan valmennuksesta.

Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin.

Perälä, M-L., Pelkonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Viisainen, K. & Räikkönen, O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa.

Pietiläinen, U. 1995. Isien sosiaalinen tukeminen vanhemmuuteen lastenneuvolassa.

Ranta, A. 1998. Vanhempien näkemyksiä neuvolan, päivähoidon ja kouluterveydenhuollon palveluista Espoon Suomeojalla.

Rantamaa, L. 1990. Terveydenhoitaja asiakkaan tukijana lastenneuvolatyössä sekä yhteistyötä

muiden asiantuntijoiden kanssa tekevänä ammattihenkilönä.

Ratia, T. 1998. Terveydenhoitajien kokemuksia imetysohjaajakoulutuksesta.

Saranki-Rantakokko, S. 1994. Asiakkaiden näkemyksiä lastenneuvolatoiminnasta ja sen kehittamisestä Keminmaan, Tervolan ja Tornion alueella.

Savolainen, H. & Vuorinen, J. 1999. Kotineuvola-tietokoneohjelman ensimmäisen version arviointi. Kyselytutkimus äideille ja isille.

Simoila, R. 1994. Terveydenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot.

Simojoki, K. 1999. Uusperheet lastenneuvolan asiakkaina.

Strandström, G., Kilpinen, I., Eriksson, M. & Mattila, S-L. 1998. Helsingin terveystieteiden viisivuotistarkastuksen seurauututkimus.

Säisä, A.-L. 1996. Isien kokemuksia äitiysneuvolan palveluista, isyyteen kasvusta sekä perheestä ja isien mielipiteitä neuvolapalveluiden kehittämisestä.

Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana.

Tarkka, M. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjien selviytyminen äitiyshuollon varhaisvaiheessa.

Terho, L. 1998. Lapsi ja perheen psykososiaalinen terveys: toimintakäytäntöjä terveydenhoitajan vastaanotolla.

Uuttu, J. & Routasalo, P. 1995. Kannattaako lapseni rokottaa? Mitä 1–2-vuotiaiden lasten vanhemmat tietävät ja haluavat tietää rokotuksista.

Varjoranta, P. 1997. Terveydenhoitajien toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvolassa.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Nursing in child health care: maintaining awareness of the child's development and care.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1991. Asiakkaan ja terveydenhoitajan välisen vuorovaikutuksen sisältö ja vuorovaikutussuhteet lastenneuvolassa.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena. Neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen: pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa.

Vehviläinen- Julkunen, K., Varjoranta, P. & Karjalainen, K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä.

Viitala, R. & Virta, P. 1991. Lastenneuvolat vammaisten lasten perheiden tukijoina.

Viljamaa, M.- L. 1997. Vanhempainryhmien kehittäminen neuvolan normaalitoimintana.

Viljanen, K. 1993. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö: käsiteanalyysi perhekeskeisyydestä.

Virola, T. 1990. Terveydenhoitajien kokemuksia työssään ilmenevistä asiakkaiden tarpeista ja niihin vastaamisesta.

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>Baby blues -projekti 1993–1996 Länsi-Suomen, Etelä-Suomen ja Oulun lääni Jyväskylä, Lahti ja Oulu</p>	<p>Auttaa äitejä ja perheitä, jotka kärsivät synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Luoda maanlaajuinen tukiverkosto, jossa masentunut äiti pystyy tavoittamaan puhelimitse masennuksen läpikäyneen ja siitä selvinneen äidin.</p>	<p><i>Niemi, H. (toim.) 1997. Soiko äidin ja isän sydämessä Baby blues? Raportti ensikodin mahdollisuuksista auttaa väsyneitä, masentuneita, itkeviä, äitejä, isiä ja vauvoja. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 15. Keinänen, E. 1995. "Miehuuskoe". Isien kokemukset lapsen odotusajasta syntymästä, vaikeahoitoisuudesta ja Baby blues -hoidosta. Oulun ammattikorkeakoulun päättötyö.</i> <i>Niemi, H. 1994. Alvariinsa apunanne. Lapsiperheiden tehostetun kotipalvelun ilot, surut ja oivallukset. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisuja nro 14.</i></p>
<p>ELSA-projekti Ehkäisevän lastensuojelutyön avoimuusmallin kokeilu 1994–1997 Länsi-Suomen ja Oulun lääni Kannus, Alavieska, Haapajärvi, Haapavesi, Kärsämäki, Nivala, Oulainen, Pyhäntä, Reisjärvi, Sievi ja Ylivieska</p>	<p>Selvittää millaisena ehkäisevä lastensuojelutyö näyttäytyy pienehköissä kunnissa ja miten se mielletään oman työn osaksi eri työsektoreilla. Erikoista huomiota "harmaan alueen lapsiin", joiden kohdalla ei toteudu oikeus turvalliseen ja virikkeitä antavaan kasvuympäristöön. Viranomaisten yhteistyön selvittäminen lastensuojelutyössä ja heidän valmiutensa antaa tukea ja apua perheille riittävän varhain.</p>	<p><i>Elorinne & Manninen. 1997. ELSA-projekti. Ehkäisevän lastensuojelutyön avoimuusmallin kokeilu. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Nuorten Ystävät ry. Pelastakaa Lapset ry.</i></p>
<p>Elämisen alkuun -projekti 1996–1999 Itä-Suomen ja Oulun lääni Kuopio ja Kajaani</p>	<p>Asiakaslähtöinen saumaton sosiaali- ja terveyspalveluketju, joka lisää äidin ja perheen valinnan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden kanssa. Viestintäteknologian avulla eri viranomaiset voivat saada entistä laajemmin ja uutta tietoa erilaisista sosiaali- ja terveystoimen palveluista ja tukitoimista, jotka liittyvät lapsen syntymään, hoitoon ja kasvatukseen.</p>	<p>Elämän alkuun projekti kuvaus ja kotisivu saatavilla www-muodossa: http://www.kotineuvola.net/projekti.asp Opinnäytetöitä ja muita selvityksiä yhteensä 45 (osa keskeneräisiä) Ammattikorkeakoulut, Kuopio ja Joensuu: 31 opinnäytetöitä <u>Kuopion yliopisto</u>: kuusi opinnäytetöitä <i>Palomäki-Jägerroos, T. 2000. Äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia kotineuvola verkkopalvelusta sen käyttöönotto vaiheessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.</i> <i>Savolainen, H. & Vuorinen, H. 1999. Kotineuvola-tietokoneohjelman ensimmäisen version arviointi. Kyselytutkimus äideille ja isille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitoksen Pro gradu -tutkielma.</i></p>
<p>Ensi- ja turvakotien liiton</p>	<p>Avoimuusmallin uuden työmuodon kehittäminen</p>	<p><i>Törrönen, H. 1998. Ehjänä perille. Kokemuksia lastensuojelun vauvatyön</i></p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>päiväryhmien kehittämisprojekti 1996– Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Oulun lääni Helsinki, Jyväskylä, Lahti ja Oulu</p>	<p>vauvaperheille (perheille, joissa on alle 2-vuotias lapsi). Vauvaperheen elämänhallinnan ja arjesta selviytymisen tukeminen. Vauvan ja vanhemman välisen yhteyden luominen.</p>	<p>kehittämisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu nro 18.</p>
<p>Esikoululaisen kouluuntulotarkastus 1998–1999 Itä-Suomen lääni Kuopio</p>	<p>Kouluterveydenhuoltotoiminnan muuttaminen perhelähtöiseksi; perhe ja/tai lapsi ottaa entistä selkeämmin vastuuta omasta terveydestään ja hakeutuu terveydenhoitajan kanssa kontaktiin omien ja yhdessä sovittujen yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lisätä terveydenhoitajan tietoa perheen kanssa työskentelevistä tahoista ja motivoida perhe itse huolehtimaan lapsen ja / tai perheen terveydentilan kannalta oleellisten asioiden siirtymisestä kouluterveydenhuoltoon. Vanhempien itsetunnon vahvistaminen ja terveydenhoitajan työn rationalisointi ja kuusivuotis- ja kouluuntulotarkastuksen yhteensovittaminen.</p>	<p><i>Kolehmainen, H. 1998. Esikoululaisen kouluuntulotarkastus. Oppisopimuskoulutuksen projektityö.</i> (julkaisematon moniste)</p>
<p>Hoitotyön laadunvarmistusprojekti 1993–1996 Etelä-Suomen lääni Vantaa: Martinlaakso</p>	<p>Raskaus- ja lapsivuodeajan masennuksen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Tiedostaminen ja kuvaaminen. Mittaaminen</p>	<p><i>Mäki, T. & Eskola, K. 1996. Raskaus - ja lapsivuodeajan masennuksen ennalta ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Sosiaali- ja terveysvirasto; julkaisu C: 8, Vantaa kaupunki.</i></p>
<p>Imetystukiryhmän perustaminen Puijonlaakson neuvolapiirin alueelle 1998– Itä-Suomen lääni Kuopio</p>	<p>Koota tukiryhmä äideistä, joilla on ongelmista huolimatta onnistunut imetyskokemus ja jotka kokevat imetyksen tärkeäksi.</p>	<p><i>Kaasalainen, A. 1998. Imetystukiryhmän perustaminen Puijonlaakson neuvolapiirin alueelle. Oppisopimuskoulutuksen projektityö.</i> (julkaisematon moniste)</p>
<p>Imeväisleikki-ian terveystietomus</p>	<p>Arvioida imeväis- ja leikki-ian</p>	<p><i>Larjomaa, R. 1997. Laadukasta neuvolatyötä–laadukkaasti kirjaamalla.</i></p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>1995–1997 Suomi Koekäyttö: Hamina, Heinola, Hämeenlinna, Järvenpää, Kangasala, Kirkkonummi, Kouvola: Valkeala, Lahti, Lounais-Häme, Pori, Riihimäki, Salo, Turku, Vantaa ja Ylivieska</p>	<p>terveyskertomuslomakkeistoa ja laatia esitys muutoksista. Kokeilla uudistettuja lomakkeita useassa terveyskeskuksessa. Tehdä esitys uusista imeväis- ja leikki-ikäisten terveyskertomus-lomakkeiden tietosisällöistä huomioiden sekä manuaalisen että konekielisen tiedonkäsittely ja tallennus.</p>	<p>Imeväis- ja leikki-ikäisten terveyskertomus. Suomen Kuntaliitto.</p>
<p>Isät neuvolan asiakkaina-toimintamallin kehittäminen Päivärannan neuvolassa 1998–1999 Itä-Suomen lääni Kuopio</p>	<p>Laatia neuvolaan toimintaohjelma miesten isäksi/vanhemmaksi kasvua tukemaan ja toteuttaa toimintaohjelma. Neuvolasta luonnollinen paikka hakea neuvoja ja tukea hoito- ja kasvatusasioissa. Isät tietävät itseään koskevat oikeudet ja etuudet.</p>	<p><i>Turunen, R. 1998. Isät neuvolan asiakkaina-toimintamallin kehittäminen Päivärannan neuvolassa. Oppisopimuskoulutuksen projektityö. (julkaisematon moniste)</i></p>
<p>ITU-projekti 1989–1993 Etelä-Suomen, Länsi-Suomen, Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääni Helsinki: Eteläinen, Orimattilan seutu*, Porvoon seutu*, Ulvila*, Salon seutu *, Luoteis-Satakunta, Ylöjärvi-Kuru*, Tiirismaa*, Valkeakoski, Parikkala*, Kuusankoski*, Pieksämäen seutu*, Kaakkois-Savo*, Mikkelin seutu, Outokumpu*, Keski-Karjala*, Eno, Lapinlahden ja Varpaisjärven tk*, Koillis-Savo*, Kuopio, Jyväskylä*, Palokka, Laukaa*, Lapua*, Vaasa*, Vihiluoto*, Taivalkoski*, Suomussalmi*, Kemi*, Rovaniemi ja Rovaniemen maalaiskunta* *= Äitiys- tai/ ja lastenneuvolahanke</p>	<p><u>Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto:</u> Uusien työtapojen ja yhteistyömuotojen etsiminen. Aktivoida ehkäisevän terveydenhuollon sisällöllistä ja laadullista kehittämistä sekä löytää uusia ideoita, tutkia niiden soveltuvuutta käytäntöön ja uudistaa työtä toimivia yhteistyömalleja käyttäen. Toiminnan kehittäminen asiakkailta saadun palautteen mukaan Terveyttä Kaikille 2000 -ohjelman toimintalinjan suuntaisesti. Selvittää valtionhallinnon uuden ohjausjärjestelmän toimivuutta: normiohjauksesta pehmeämpään informaatio-ohjaukseen.</p>	<p><i>Vakkilainen, E.-L. & Järvinen, K. 1994. TAIMI. ITU-projektin loppuraportti. Stakes. Aiheita 10.</i> Sirkka-lehti 1/ 1989. Lääkintöhallituksen ITU-projektin tiedotuslehti. Sirkka-lehti 2/ 1990. Lääkintöhallituksen ITU-projektin tiedotuslehti. <i>Vakkilainen, E.- L. 1992. Sirkka-lehti 3. Perusterveydenhuollon ideointi-, tutkimus- ja uudistamisprojektin (ITU) väliraportti. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 46.</i> <u>Tutkimuksia:</u> <i>Kaila, P. & Lauri, S. 1992. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatuseuvonnan kehittäminen: tutkimus ITU-projektin vaikuttavuudesta Salon seudun terveyskeskuksessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 77.</i> <i>Lepistö, A. 1993. Äitiyshuollon hoitotyön sisällön kehittäminen Ylöjärven-Kurun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Tampereen yliopisto.</i> <i>Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen : pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Stakes. Raportteja: 81.</i> <i>Louekoski-Huttunen, Virtanen, L, Airosmäe, S, Erkkilä, M, Ikonen, S. & Jokipelto. Kotikasvatuksessa annettujen rajojen vaikutus lapsen sosiaaliseen käyttäytymiseen Hollolan, Kosken ja Kärkölan kunnissa ja terveydenhoitajan</i></p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>KEHU! Viisivuotiaan lapsen kehityksen tukitoimien perusta 1990–1993 Länsi-Suomen lääni Nokia</p>	<p>Kehittää mahdollisimman luotettava menetelmä päiväkotien käyttöön 5-vuotiaiden lasten kehityksen arvioimiseksi. Menetelmän tarkoituksena toimia pohjana päiväkodissa toteuttaville lapsikohtaisille kehityksen tukitoimille. Neuvolassa jää enemmän aikaa tarkastaa koti- ja perhepäivä- hoidossa olevia lapsia vastaavalla menetelmällä. Neuvolan ja päiväkodin yhteistyön kehittäminen.</p>	<p>antama ohjanta 5-vuotistarkastusten yhteydessä. ITU-projekti. Tiirismaan terveyskeskuksen julkaisu nro 1. (ei julkaisuvuotta) <i>Helenius, R. Järnefelt, K., Koskimäki, L. & Mäkinen, S. 1994. KEHU! Viisivuotiaan lapsen kehityksen tukitoimien perusta. Sosiaali- ja terveystoimenjulkaisu. Nokia: Nokian kaupunki.</i></p>
<p>Kummineuvolatoiminta 1997– Itä-Suomen lääni Kuopio</p>	<p>Neuvolan ja sairaalan yhteistyön kehittäminen monipuolisemmaksi perhevalmennuksessa.</p>	<p>Avoterveydenhuollon ja Kuopion yliopistollisen keskussairaalan synnytysklinikan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous. Muistio 26.5.1999. (julkaisematon moniste) Kysely kummineuvolatoiminnasta syyskuu 1998–huhtikuu 1999. (julkaisematon moniste) Kummineuvolatoiminnan palaute ja seuranta. Toimintavuosi 1998. (julkaisematon moniste)</p>
<p>Lapsiperheprojekti 1996–1999 Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääni Hollola–Kärkölä, Kaarina–Piikkiö, Ylöjärvi–Kuru, Salo–Halikko–Pertteli, Ulvila–Kullaa, Vantaa: Korso ja Helsinki: Kivikko</p>	<p>Neljän ennalta ehkäisevän tukea tarjoavan palvelukokonaisuuden sisältöjen kehittäminen ja kokeileminen. Perhetyön tavoitteet: tukiverkkojen vahvistaminen, lastenkasvatuksen ja vanhempien jaksamisen tukeminen.</p>	<p>Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998. MLL. 1999. <i>Euramaa-Gran, K. - I. 1998.</i> Lapsiperhe-projektin palvelukartoitus. Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien arviointia lisätuen tarpeesta seitsemällä kokeilualueella. MLL. Paikallislehdissä 48 artikkelia Opinnäytetöitä yhteensä 18 (osa keskeneräisiä) <i>Heimo, E. 1999.</i> Lapsiperheen psykososiaalinen tukeminen. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu.</p>
<p>Lapsiprojekti 1993–1996</p>	<p>Kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, sisältöä ja menetelmiä.</p>	<p>Lapsiprojekti 1993–1996 loppuraportti, Pohjois-Karjalan lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto, julkaisu 2 1996</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
Itä-Suomen lääni Ilomantsi, Joensuu, Juuka, Kesälahti, Kiihtelysvaara, Kontiolahti, Lieksa, Liperi, Nurmes, Outokumpu, Polvijärvi ja Tohmajärvi	Tukea vanhempia/erityisen tuen tarpeessa olevia vanhempia lasten hoidossa,huollossa ja kasvatuksessa. Yhdistää voimia yhdeksi palvelukokonaisuudeksi yli hallintorajojen. Tutkia ennalta ehkäisevän työn vaikuttavuutta. Lisätä tietoisuutta lasten nuorten ja lapsiperheiden elämästä ja palveluista Pohjois-Karjalasta.	<i>Keskisärkkä, P & Manninen, 1995.</i> ” Neuvolaan on mukava mennä “: vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja lastenneuvolapalveluista neljässä pohjoiskarjalalaisessa terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja hallinnon laitos. Pro gradu - tutkielma. Muita opinnäytetöitä, selvityksiä ja raportteja yhteensä 10
Moniammatillinen yhteistyöprojekti 1994–1996 Länsi-Suomen lääni Tampere: Kissamaa	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vanhemmuuden tukemiseksi: kotipalvelu, päivähoido, sosiaalitoimi ja terveystoimi. Päällekkäisyyksien havaitseminen. Uusi työote asenteet ja työtavat yhteistyö. Säännöllistä ja ennaltaehkäisevää tietoa verkostotyöstä ja ammattikuvan selkiyttäminen.	<i>Viitasaari, L. 1998. Vanhemmuuteen tukeminen, moniammatillinen yhteistyöprojekti 1994–1996. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen julkaisu: 18.</i>
Myllyoja-projekti 1987–1991 Oulun lääni Oulu: Myllyoja	Lastenneuvolatyön ja oman työn kehittäminen: yksilöllisyys, joustavuus ja perheen tarpeista lähtevä asiakastyö. Terveystarkastusten ajankohdan ja sisällön tarkistaminen huomioiden lapsen kokonaisvaltainen kehitys. Neuvolan yhteistyömuotojen arvioiminen ja kehittäminen.	<i>Hjerppe, R. & Kaiponen, R. 1992. Työn sisällöllinen kehittäminen Myllyojan lastenneuvolassa. Osa I. Oulun kaupunki, terveystoimen julkaisu A 13/ 1992.</i> Työn sisällöllinen kehittäminen Myllyojan lastenneuvolassa . Osa II. Kontaktiohjelma. Oulun kaupunki, terveystoimen julkaisu A 13/ 1992.
Neulake-projekti 1993–1996 osa PARVA-projektia Etelä-Suomen lääni Hämeenlinna, Hattula, Hauho, Kalvola, Renko, Janakkala, Lammi-Tuulos, Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä, Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi	Neuvolatyön laadun kehittäminen: Asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys Toimenpidekeskeisen työtavan muuttaminen. Vanhempien tukeminen. Mielenterveyden edistäminen ja yleisen hyvinvoinnin lisääminen. Terveyskasvatuksen oikea kohdentaminen.	Rantamaa, L. 1996. Neulake-projekti. Neuvolatyön kehittämisprojekti. Hämeen lääninhallitus, julkaisu: 4. <i>Ripatti, T. 1996. Palvelurakennemuutoksen tukeminen ja arviointi Hämeen läänissä. PARVA-projekti. Hämeen läänin hallitus, julkaisu 6.</i>
Oulun läänin neuvolaprojekti 1996–1998	Perhekeskeisyyden periaatteen syventäminen neuvolassa.	<i>Mattila, M. , Tervaskanto-Mäentausta, T. & Blanco Sequeiros, M. 1998. Neuvola keski-ässä–kriisissäkö? Oulun läänin neuvolaprojektin (1996–</i>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>Oulun lääni Oulu, Vihanti, Oulu, Puolanka, Raahe, Ristijärvi, Sotkamo ja Ylivieska</p>	<p>Neuvolatoimintaa, joka paneutuu parisuhdeasioihin ja vanhemmuuteen. Seulontakäytäntöjen arvioiminen äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa. Asiakkaiden osallistumisen edistäminen. Ideat alan koulutukseen.</p>	<p>1998) väliraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 13. Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon seulonnat ja rokotukset, Oulun lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto, julkaisuja 1998: 39. Hankkeeseen liittyy yhteensä 10 opinnäytetyötä. <u>Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt :</u> <u>Väänänen:</u> Vanhemmuuden karikossa–mistä tuki. Oulun läänin äitiys- ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon alkukartoitus. Jatkuvan asiakaspalautteen malli (Kuusamo) Kehittämistehtävä: Asiakkaan näkökulma, Kalajoki, 1997 <u>Kuopion yliopisto:</u> <u>Niskanen, S- L:</u> (kesken) Projektin arviointiin liittyvä lisensiaatin työ.</p>
<p>Perhehoitotyön kehittäminen perusterveydenhuollossa 1996–2000 Länsi-Suomen lääni Pori, Tampere ja Seinäjoki</p>	<p>Kansainvälisen yhteistyöprojektin tarkoituksena kehittää perhehoitotyötä perusterveydenhuollossa ja integroida perusopetusta peräkkäisyys periaatteen mukaan ja kehittää palveluita paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Hoitotyön palvelujen kehittämistarpeiden arviointi perheiden näkökulmasta. Uusien hoitotyön palvelumuotojen kehittäminen perheiden tarpeita vastaaviksi. Jatkuvaan käyttöön soveltuvien perhehoitotyön apuvälineiden ja mittareiden kehittäminen. Selkeyttää perhehoitotyön näkökulmaa ja merkitystä terveydenhoitajan työssä. Pori: Hyvän elämän edellytykset kuntaohjelma.</p>	<p><i>Paavilainen, E. Kuuppelomäki, M. Murtonen, M., Sirola, K. Tuominen-Saarela, L. & Nieminen, P. 1999. Perhehoitotyön kehittäminen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuolto-organisaatioiden yhteistyönä Seinäjoella, Porissa ja Tampereella. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.</i> <i>Koponen, P. (toim). 1996. Perhehoitotyön kehittämisprojekti Seinäjoella. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja A: tutkimukset 1.</i> <u>Äitiys- ja lastenneuvolan osaprojektiin liittyvät tutkimukset:</u> <u>Tampere, Hoitotieteen laitos, väitöskirjat:</u> <i>Hakulinen, T. 1998. The dynamics of childbearing and childbearing families, related family demands and support received from child health clinics.</i> <i>Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä.</i> <i>Tarkka, M.-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki.</i> <u>Pro gradut:</u> <i>Kaunonen, M. 1994. Perheiden käsityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä lastenneuvolassa.</i> <i>Ratia, T. 1998. Terveystieteiden tutkimuksia imetysohjaajakoulutuksesta.</i> <i>Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana.</i> <u>Seinäjoen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt:</u> <i>Ahokas, K. & Ikola, T. 1996. Vanhempainryhmien tarpeen kartoittaminen lastenneuvolassa.</i> <i>Hautakorpi, V. & Takala, M. 1997. Imetystukiryhmäkokeilu Seinäjoella.</i> <i>Leppänen, J. & Mäkelä, K. 1996. Ensimmäistä lastaan odottavien isien</i></p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
		<p>kokemuksia tuensaannin mahdollisuuksista Seinäjoella.</p> <p><i>Linna, P. & Tuokkola, K.</i> 1997. Raskaus ja äitiys alle 20-vuotiaan nuoren kokemana.</p> <p><i>Peltola, N. & Rantamäki, M.</i> 1997. Äitien kokemuksia raskauden jälkeisestä masennuksesta.</p> <p><i>Ruotsala, K.</i> 1996. “Kyllä se helpotti, kun mä sain sen sanoa.” Lapsen menettämisen aiheuttama suruprosessi kokemuksena ja kriisiryhmässä toimivan terveydenhoitajan mahdollisuudet tukea vanhempia heidän surussaan.</p> <p><i>Saari, M. & Tuomisto, M.</i> 1997. Synnyttäneiden äitien ja terveydenhoitajien mielipiteitä valmennuksen sisällöstä ja toteutuksesta.</p> <p><i>Supponen E. & Välimaa, M.</i> 1996. Pienryhmien tarpeen selvittäminen Kärjen neuvolassa.</p> <p>Seinäjoen terveydenhuolto-oppilaitos:</p> <p><i>Ahokas, R. & Kimpimäki, T.</i> 1995. Isät äitiysneuvolassa.</p> <p><i>Alalipasti, P. Järvenpää A. & Kokko, A.</i> 1996. Lapseni rokotukset. Opetusvideo.</p> <p><i>Hoikkana, A. & Hurrila, A.</i> 1995. Lastenneuvolan terveydenhoitajan kokemuksia mahdollisuuksistaan tukea lapsiperheitä.</p> <p><i>Koivupuisto, H. & Palokangas, T.</i> 1996. Lastenneuvolan pienryhmäkokeilu perhehoitotyön kehittämisprojektin osana.</p> <p><i>Koskenranta, M. & Mäntylä, T.</i> 1997. ”Kasvun ainekset”. 2-vuotiaan lapsen kehityksen tukeminen kasvatuksellisin ja ravitsemuksellisin keinoin.</p> <p><i>Leinonen, A. & Niittyniemi, A.</i> 1996. Meidän vauva. Video lapsen sosiaalisesta kehityksestä Daniel Sternin mukaan.</p> <p><u>Satakunnan ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö:</u></p> <p><i>Kivikko, S. & Tukia, S.</i> 1997. Isät äitiysneuvolan asiakkaina.</p> <p><i>Komonen, P.</i> 1996. Isät perhekeskeisessä hoitotyössä; isien mielipiteitä perhevalmennuksesta ja isäryhmistä.</p> <p><i>Korpilahti, L. & Leimola, P.</i> 1998. Väestövastuinen työmalli ja perhekeskeisyys terveydenhoitajan työssä.</p> <p><i>Lahtinen, M.</i> 1997. Terveydenhoitajien käsityksiä perhekeskeisyydestä lastenneuvolantyössä.</p> <p><i>Lanki, K. & Nurminen, M.</i> 1998. Vanhemmuus–lapsen kanssa kasvamista.</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
		<p><i>Mikkola, E. & Palomäki, H.</i> Lastenneuvoloiden terveydenhoitajien käsityksiä mahdollisuuksistaan antaa tukea vammaisen lapsen perheelle.</p> <p><i>Niemenpää, M. & Reivo, S.</i> 1996. Vanhempien mielipiteitä lapsen 5-vuotistarkastuksen ja perhekeskeisyyden toteutumisesta neuvolassa.</p> <p><u>Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos:</u></p> <p><i>Aaltonen, T. & Nerama, N.</i> 1997. Terveydenhoitaja vanhemmuuteen kasvun tukijana perhevalmennuksen kautta.</p> <p><i>Hokkanen, M. Santanen, M. & Virtanen, S.</i> 1997. Rakas, raskas rintaruokinta.</p> <p><i>Ignatius, S., Miettinen, T. & Niinimäki, S.</i> 1997. Terveydenhoitaja odottavan äidin selviytymisen tukijana.</p> <p><i>Kantojärvi, A., Korpela, S., Lehtola, L. & Lunden, L.</i> 1997. Vahvemiksi vanhemmiksi vanhempainvalmennuksen avulla.</p> <p><i>Keskinen, M., Lahtinen, S., Mikkonen, M., Saalasti, J. & Siiskonen, M.</i> 1998. Ensimmäistä lastaan odottavien miesten tarve erillisen isäryhmän järjestämiseen.</p>
<p>Päihdeongelma raskauden aikana–3-portainen hoitomalli Keski-Suomessa 1999 Länsi-Suomen lääni</p>	<p>Mahdollisimman hyvän hoidon takaamiseksi äideille suunniteltu 3-portainen hoitomalli. Ongelman tunnistaminen, äidin päihteettömyyteen tai mahdollisimman vähään päihteiden käyttöön motivoiminen, äidin ja koko perheen tukeminen hyvällä yhteistyöllä hoitavien tahojen kanssa.</p>	<p><i>Kiuttu, T (toim.).</i> 1999. Päihdeongelma raskauden aikana. 3-portainen hoitomalli Keski-Suomessa. Keski-Suomen shp, Jyväskylän kaupunki, A-klinikka & Ensi- ja turvakoti. (julkaisematon moniste)</p>
<p>Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä 1990–1994 Itä-Suomen lääni Iisalmi, Kaavi, Karttula, Kiuruvesi, Kuopio: Haapaniemi, Neulamäki ja Päiväranta sekä Lapinlahti, Leppävirta, Nilsjä ja Suonenjoki</p>	<p>Kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää lapsiperheiden tarpeisiin ja löytää uusia toimintamalleja käytännötyöhön. Yksilöllisen perhevalmennuksen toteutuminen. Äitien ja isien onnistunut synnytystapahtuma ja myönteinen synnytyskokemus. Perhevalmennuksessa mukana olevien työntekijöiden valmennustyön mielekkyyden lisääminen. Perheiden kanssa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asiantuntemuksen laajempi hyväksikäyttö.</p>	<p><i>Vehviläinen-Julkunen, K. & Saarikoski, S. (toim.)</i> 1994. Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 15.</p> <p><i>Vehviläinen Julkunen, K., Saarikoski, S. & Marttinen, P.</i> 1995. Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 3.</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>Toimiva terveyskeskusprojekti 1990–1993 Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Länsi-Suomen, Oulun ja Lapin lääni 1. Hämeenlinna, Kotka, Lohjan seutu, Savonlinnan ktt kl ja Sotkamo 2. Heinolan seutu, Itä Uudenmaa, Oulu, Outokumpu ja Parkano–Kihniö 3. Jämsän seutu, Kerava, Mäntyharju ja Pertunmaa, Salo 4. Alavuu, Hanko, Kemi, Koillis-Savo, Maaselkä ja Pelkosenniemi–Savukoski</p>	<p>Asiakaslähtöisyys. Kehitetään henkilökunnan omin voimin paikkakunnalle sopivat toimintamallit ja kriteereitä niiden arvioimiseksi. Työn, palvelujen ja hoitosuhteiden sisällön kehittyminen väestövastuun kehittämisen myötä. 1. Väestövastuu: asiakas- ja väestölähtöisyys 2. Moniammatillinen ryhmätyö ja yhteistoiminta: työyhteisön kollektiivinen asiantuntemus ja yhteisvastuu 3. Asiakkaiden itsehallinnan tukeminen ja yhteistyökumppanuus 4. Tiedonhallinta: arkityön sisällöllinen tukeminen</p>	<p><i>Engeström, Y. ym.</i> 1991. Toimiva terveyskeskus -projekti. Osaraportti 1. Projektisuunnitelma. Lääkintöhallitus. <i>Engeström, Y., Saarelma, O., Launis, K. Simoila, R. & Punamäki, R.</i> 1991. Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 7. Toimiva terveyskeskus osaraportti 2 <i>Launis, K., Simoila, R., Saarelma, O, Punamäki, R.-L. & Engeström, Y.</i> 1991. Terveyskeskusten pohjakartoitukset. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 17. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 3. <i>Simoila, R., Harlamov, A., Launis, K., Engeström, Y. Saarelma, O. & Kokkinen-Jussila, M.</i> 1993. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Stakes. Raportteja 80. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 5. <i>Saarelma, O.</i> 1992. Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys. Sosiaali- ja terveys- hallitus. Raportteja 49. <i>Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 4.</i> <i>Saarelma, O., Launis, K. & Simoila, R.</i> 1994. Terveyskeskukset puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämiseen. Stakes raportteja 156. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 6. <i>Saarelma, O.</i> 1994. Uusiutuva työ–uudet välineet. Tietojärjestelmien kehittäminen terveyskeskuksessa. Stakes. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti 7. <i>Simoila, R.</i> 1994. Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Stakes. Tutkimuksia 48. <i>Launis, K.</i> 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Stakes. Tutkimuksia 50. <i>Punamäki, R.-L.</i> 1995. Terveyskeskusasiakkaiden terveyden hallinta: sairaudet, selitys- mallit, psykososiaaliset voimavarat ja vastaanottokokemukset. Stakes. Tutkimuksia 53.</p>
<p>ULPU-projekti: Kanta-Hämeen äitiyshuollon kehittämisohjelma 1987–1988 Etelä-Suomen lääni Kanta-Hämeen keskussairaalaapiiri</p>	<p>ULPU-projektin valtakunnalliset tavoitteet: Erilaisten hoitokäytäntöjen kokeilujen avulla kehittää äitiyshuollon palveluja Paremmat valmiudet perheen perustamiseen,</p>	<p>ULPU-projektin osaraportti I. 1991 Kanta-Hämeen äitiyshuollon kehittämisohjelma. Sairaalaliitto. <u>Muut raportit:</u> ULPU-projektin loppuraportti: “ Hyvä syntymäpäivä”. 1990 Sairaalaliitto.</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>Forssa, Hauho, Hausjärvi, Hattula, Humppila, Hämeenlinna, Janakkala, Jokioinen, Kalvola, Lammi, Loppi, Renko, Riihimäki, Tammela, Tuulos ja Ypäjä</p>	<p>vanhemmuuteen, tukeminen perheen muodostumisen eri vaiheissa</p> <p>Valtakunnalliset velvoitteet: Yhdenmukaiset tutkimus- ja hoito-ohjelmat, hoidon laadun varmistamiseksi, tuloksellisuuden parantaminen, yhteistyön kehittäminen ja tehostaminen ja toiminnallinen porrastus. Kehittää perhevalmennusta ja erityistarpeessa olevien perheiden palveluita.</p>	<p>ULPU-projektin osaraportti II. Keski-Suomen keskussairaalan synnytysvuodeosaston hoitokäytäntöjen kehittäminen 1991. Tehtäväkeskeisyydestä tarpeisiin pohjautuvaan hoitoon. 1990. ULPU-projektin osaraportti III. Vanhempain neuvonnan kehittäminen Tampereen terveyskeskuksessa. 1990.</p>
<p>ULPU-projekti: Vanhempain neuvonnan kehittäminen Tampereen terveyskeskuksessa 1985–1987 Kehryvaihe 1987–1988 Länsi-Suomen lääni Tampere</p>	<p>ULPU-projektin valtakunnalliset tavoitteet. Kehittää äitiysneuvolan synnytys- ja perhevalmennusta ja lastenneuvolan vanhempainohjantaa ja -neuvontaa: sisältöä ja toteutusta. Pienryhmäkokeilu</p>	<p>ULPU-projektin osaraportti III. 1990. Vanhempain neuvonnan kehittäminen Tampereen terveyskeskuksessa.</p> <p>Lisäksi edellä mainitut.</p>
<p>ULPU-projekti: Äitiyshuollon kehittäminen Kajaanin terveyskeskuksessa 1987–1988 Oulun lääni Kajaani: kaksi neuvolaa <i>Valtakunnallisessa ULPU-projektissa mukana lisäksi Kanta-Hämeen keskussairaalaapiiri, Tampereen terveyskeskus, Keski-Suomen Keskussairaala, Jorvin sairaala, Kotkan terveyskeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala ja Tampereen yliopisto: perheneuvonnan opetus lääkäreille</i></p>	<p>ULPU-projektin valtakunnalliset tavoitteet. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sisällön kehittäminen: pienryhmätoiminta lastenneuvolassa. Tuottaa kirjaamiskäytäntö, joka palvelee 0–1-vuotiaiden terveyden- ja sairaanhoitoa. Selkiyttää ja yhdenmukaistaa kirjaamista jatkuvuuden turvaamiseksi. Kirjaaminen apuväline arvioitaessa hoitoprosessiajattelua ja itsehoidon toteutumista. 0–7-vuotiaiden lasten tapaturmien ehkäisytyön tehostaminen turvavälinenäyttelyn ja kirjallisen materiaalin ja tapaturmavideon avulla.</p>	<p>ULPU-projektin osaraportti IV. 1991. Äitiyshuollon kehittäminen Kajaanin terveyskeskuksessa. Pienryhmätoiminta. Lastenneuvolan dokumentoinnin kehittäminen. Pienten lasten tapaturmien ehkäisy. Sairaalaliitto.</p> <p>Lisäksi edellä mainitut.</p>
<p>Unihäiriöisten lasten hoitaminen</p>	<p>Selkiyttää työkäytäntöjä unihäiriöisten lasten hoidossa</p>	<p>Raportti ja suunnitelma ns. unihäiriöisten lasten hoitamiseksi Kuopiossa.</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
<p>Kuopiossa 1996–1999 Itä-Suomen lääni Kuopio</p>	<p>ja selvittää ongelman laajuutta sekä mieltää uusia ratkaisuja tilanteen helpottamiseksi.</p>	<p>(julkaisematon moniste ei mainittu tekijöitä eikä vuotta)</p>
<p>Vantaan SoTeKeKo -projekti 1995–1998 Etelä-Suomen lääni Vantaa: Korso–Koivukylä</p> <p>Alaprojektit: Yhteisö asiakkaaksi Yhteisössä tapahtuu</p>	<p>Hoiva- ja hoitoverkoston, laaja-alaisen ammattitaidon sekä uusien työkäytäntöjen kehittäminen. Tulosten markkinointi.</p>	<p>Vantaan SoTeKeKo -projektin loppuraportti 1995–1998, Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveysviraston julkaisusarja C: 18: 98 <i>Unikoulu:</i> Opettaja 1998, 17–18, Kaks`plus 1998, 5, HS 26.5.1998, <i>Yöneuvola:</i> Terveydenhoitaja 1998, 5 <u>Espoon-Vantaan ammattikorkeakoulu:</u> yhteensä 21 opinnäytetyötä <i>Hätönen, H. & Nykänen, A.</i> Ryhmätoiminnan käynnistäminen Mikkolan terveysasemalla. <i>Kuosmanen, M. & Mikkonen, T.</i> 1998. Asiakkaiden kokemuksia yöneuvolasta. <i>Laiho- Hokkanen, J. & Kähärä, M.-L.</i> 1997. Viisasten kivi aukenee vähitellen–Mitä on yöneuvola. <i>Myöhänen, R. & Nikander, S.</i> 1998. Asiakkaiden kokemuksia unikoulusta. <u>Vantaan sosiaali- ja terveydenhuolto-oppilaitos:</u> opinnäytetöitä yhteensä neljä <i>Matilainen, Y., Saarenvirta, J., Poropudas, E. & Venninen, T.</i> Virkistävää toimintaa äideille. <u>Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos:</u> (kesken) Hoidon jatkuvuuden, opettamisen ja ohjaamisen kehittäminen.</p>
<p>Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä 1997- Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Oulun lääni Laajenemassa Itä-Suomeen Helsinki, Vantaa ja Tampere</p>	<p>Kouluttaa terveydenhoitajat tunnistamaan ne perheet, joissa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen erityisen tarpeen. Auttaa vanhempia luomaan hyvä vuorovaikutus lapseensa. Vahvistaa vanhempien itsetuntoa ja omia</p>	<p>Kehittämishankkeen kuvaus saatavilla www-muodossa: http://www.stakes.fi/lapsetja_nuoret/neuvola.</p>

YHTEENVETO ANALYSOIDUISTA ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAHANKKEISTA 1990–99

Liite 2

Kehittämishankkeen nimi, kesto, lääni ja paikkakunta	Tavoitteet	Kehittämishankkeisiin liittyvä kirjallinen materiaali (analysoitu kehittämisraportti tummennettu)
Janakkala ja Kuusankoski	<p>ongelmanratkaisutaitoja.</p> <p>Luoda kokemusten pohjalta terveydenhoitajien koulutukseen integroitavissa oleva koulutusohjelma lasten mielenterveysongelmien ennalta ehkäisystä ja mielenterveyden edistämisestä.</p>	
<p>Vauvamyönteinen Keski-Suomi 1993- Länsi-Suomen lääni</p>	<p>Tavoitteena vauvamyönteinen Keski-Suomi. Alueellisen hoito-ohjelman tarkoituksena yhtenäistää sairaalan ja perusterveydenhuollon vauvamyönteisyys-hoitokäytäntöjä erityisesti imetyksen sekä yleisesti vauvamyönteisyyden osalta.</p> <p>Tutkimusten tavoitteena: Saada tietoa joka auttaisi perusterveydenhuollon ja sairaalan yhteisen tavoitteen saavuttamista. Imetyspituuksien seuranta, löytää mahdolliset ongelmakohdat ja puuttua niihin työyksiköissä ja koko Keski-Suomen alueella</p>	<p><i>Lyytikäinen, A., Lyytinen, L, Poikajärvi, K, Sihvola, V. & Vuorinen, P. 1996. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Alueellinen hoito-ohjelma. Keski-Suomen shp ja Keski-Suomen lääninhallitus. (julkaisematon moniste)</i> <i>Sihvola, V., Lyytikäinen, A. & Poikajärvi, K. 1998. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Imetys vuonna 1995. Länsi-Suomen lääninhallitus julkaisuja 23.</i></p>
<p>VPK Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992 Etelä-Suomen, Länsi-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääni Espoo, Haminan seudun ktt kl, Jyväskylä, Kolari, Kotka, Lahti, Mikkelin seudun ktt kl, Oriveden seudun ktt kl, Pori ja Virrat</p>	<p>Aikaansaada paikallisesti toimiva väestövastuinen järjestelmä. Selkeyttää perusterveydenhuollon toimintamalleja. Tukea terveystieteiden väestövastuisen perusterveydenhuollon kehittämistä ja kehittää ammattiryhmien yhteistyötä väestön palvelutarpeista lähteväksi. Parantaa avosairaanhoidon lääkäripalvelujen jatkuvuutta ja palvelujen tarkoituksenmukaisuutta ja kokemusten kerääminen laaja-alaisemmasta terveydenhoitajan työstä.</p>	<p><i>Aro, S. (toim.)1991. VPK. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 24.</i> <i>Koponen, P., Voutilainen, S., Pellinen, S, Pertilä, K., Liukko, S., Salinto, M. & Aro, S. 1992. Väestövastuu henkilökunnan kokemana. VPK. Väestövastuisen perusterveyden- huollon kokeilut. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 56.</i> <i>Aro, S. & Liukko, M. 1993. VPK. Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui? Stakes. Raportteja 105.</i> <i>Koponen, P. 1993. Monimerkityksellinen väestövastuu. Tutkimus terveydenhoitajien työn muutossuunnista väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilujen aikana. Tampereen yliopisto.</i></p>

TUTKIMUSTEN KUVAUS
Liite 3.

Ominaispiirre	Tutkimuksia (f)	Ominaispiirre	Tutkimuksia (f)
Tieteenala (T)		Tutkimusmenetelmä/tyyppi (Me)	
1. Hoitotiede	61	1. Kvantitatiivinen	30
2. Psykologia	4	2. Kvalitatiivinen	30
3. Terveystieteiden hallinto	3	3. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen	15
4. Sosiaalipolitiikka	2	4. Toimintatutkimus, kehittävä työntutkimus	5
5. Kasvatustiede	3		
6. Monitieteinen	7		
Tutkimuksen taso (TT)		Aineistonkeruumenetelmä (A)	
1. Pro gradu –tutkielma	44	1. Kysely	45
2. Lisensiaatintutkimus	13	2. Haastattelu	40
3. Väitöskirjatutkimus	9	3. Havainnointi	7
4. Muu tutkimusprojekti	14	4. Essee	8
		5. Asiakirjojen analysointi	7
Tutkittavien määrä (M)		6. Muut menetelmät	10
1. 0 – 50	33		
2. 51 – 100	16	Otantamenetelmä (O)	
3. 101 – 200	13	1. yksinkertainen satunnaisotanta	11
4. 201 – 500	4	2. systemaattinen otanta	1
5. 501 – 1000	5	3. ositettu otanta	1
6. yli 1000		4. ryväsotanta	
		5. näyte	40
		6. harkinnanvarainen otanta	4
		7. kokonaisotos	3
		8. lumipallomenetelmä	2
		9. teoreettinen otanta	1
		Luotettavuuden arviointi (L)	
		1. kyllä	72
		2. ei	8

LAPSIPERHEITÄ TUKEVIA TOIMINTAKÄYTÄNTÖJÄ JA MENETELMIÄ

**Sosiaalitoimi
Terveystieteiden
oppilaitokset
Muut tahot**

❖ YHTEISTYÖ

- Lastensuojelun tukiryhmät
- Unikoulu
- Viisivuotiaiden lasten kehityksen arviointi
- Kotikäynti

TERVEYSKESKUS

**Äitiysneuvola
Lastenneuvola**

**Moniammatilliset
työryhmät**

Neuvolan toimintamuotoja

- ❑ Toiminta-ohjelma miehiksi ja isäksi kasvua tukemaan
- ❑ Ryhmäneuvola
- ❑ Perhevalmennus
- ❑ Perhevalmennuksen jatkoryhmät
- ❑ Avoimet ryhmät mm äitikahvila
- ❑ Teemapäivät
- ❑ Imetystukiryhmät

YHTEISET HOITOKÄYTÄNNÖT

- Äitiyshuollon toimintakäytännöt
- Unihäiriöisten lasten hoitokäytäntö
- Päihdeongelmaisten äitien hoitomalli
- Kummikätilötoiminta
- Vauvamyönteisyys-ohjelma

SAIRAALA

**VAPAAEHTOISJÄRJESTÖJEN TOIMINTAMUOTOJA
(MLL ja Ensi- turvakotien liitto)**

- Teemapäivät, illat ja kurssit
- Perhetyö
- Puhelinneuvonta
- Leirit
- Videoavusteinen ohjaus
- Unikoulu
- Baby blues
- Tukihenkilötoiminta: synnytyksen jälkeinen masennus ja imetys

AUDIT-KYSELYTESTI

Vastaajan sukupuoli: mies/nainen

Vastaajan ikä: vuotta

Rengasta oikea vaihtoehto (a, b, c, d, e)

1. Kuinka usein käytät alkoholia?

- a) En koskaan
- b) Kuukausittain tai harvemmin
- c) Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa
- d) Kahdesta kolmeen kertaan viikossa
- e) Neljästi viikossa tai useammin

2. Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä?

- a) 1-2
- b) 3-4
- c) 5-6
- d) 7-9
- e) 10 tai enemmän

3) Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

- a) En koskaan
- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et ole aloitettuasi pystynyt lopettamaan juomista?

- a) Pystyn aina lopettamaan
- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia pystynyt tekemään mitä olit aikonut?

- a) Juomiseni ei koskaan estä suunnitelmiani

- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?

- a) En koskaan
- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- a) En koskaan
- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia ole muistanut edellisen illan tapahtumia?

- a) Muistan aina, mitä tapahtui
- b) Harvemmin kuin kuukausittain
- c) Kuukausittain
- d) Viikottain
- e) Lähes päivittäin

9) Oletko juomisellasi aiheuttanut tapaturmia itsellesi tai seuralaisellesi?

- a) En
- b) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- c) Kyllä, vuoden sisällä

10) Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaa juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit tai lopettaisit juomisesi?

- a) Ei
- b) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- c) Kyllä, vuoden sisällä

AUDIT-kyselytestin pistemäärät

1. Kuinka usein käytät alkoholia?

- 0 a) En koskaan
- 1 b) Kuukausittain tai harvemmin
- 2 c) Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa
- 3 d) Kahdesta kolmeen kertaan viikossa
- 4 e) Neljästi viikossa tai useammin

2. Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä?

- 0 a) 1-2
- 1 b) 3-4
- 2 c) 5-6
- 3 d) 7-9
- 4 e) 10 tai enemmän

3) Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

- 0 a) En koskaan
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et ole aloitettuasi pystynyt lopettamaan juomista?

- 0 a) Pystyn aina lopettamaan
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia pystynyt tekemään mitä olit aikonut?

- 0 a) Juomiseni ei koskaan estä suunnitelmiani
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet

tarvinnut krapularyyppyjä?

- 0 a) En koskaan
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0 a) En koskaan
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia ole muistanut edellisen illan tapahtumia?

- 0 a) Muistan aina, mitä tapahtui
- 1 b) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2 c) Kuukausittain
- 3 d) Viikottain
- 4 e) Lähes päivittäin

9) Oletko juomisellasi aiheuttanut tapaturmia itsellesi tai seuralaisellesi?

- 0 a) En
- 2 b) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4 c) Kyllä, vuoden sisällä

10) Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaa juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit tai lopettaisit juomisesi?

- 0 a) Ei
- 2 b) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4 c) Kyllä, vuoden sisällä

JOS AUDITin PISTEET JÄÄVÄT **miehillä alle 10** ja **naisilla alle 8**, HENKILÖLLÄ EI TODENNÄKÖISESTI OLE ALKOHOLIN AIHEUTTAMIA TERVEYSHAITTOJA. TOISAALTA HENKILÖ ON VOINUT JOKO VAHINGOSSA TAI TARKOITUKSELLA VASTATA VÄÄRIN. VÄÄRIEN NEGATIIVISTEN (HENKILÖ TODELLISUUDESSA SUURKULUTTAJA, VAIKKA ONKIN SAANUT EM. RAJOJEN ALLE JÄÄVÄN PISTEMÄÄRÄN) MÄÄRÄ ON KUITENKIN TODENNÄKÖISESTI SUHTEELLISEN PIENI (noin 10 % tutkituista).

ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖHÖN LIITTYVIÄ VERKKOSIVUJA

<http://www.stakes.fi/lapsetjanuoret/eu-projekti/EU-projektit.html>

Verkkosivulla esitellään 11 Suomesta eurooppalaiseen tiedostoon lähetettyä 0-6-vuotiaiden lasten mielenterveyden edistämiseen liittyvää hanketta. Sivulta on linkki esimerkiksi Baby blues –palvelujen ja Lapsiperheprojektin ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolassa -hankkeen sivuille.

www.ensijaturvakotienliitto.fi/2toiminta/.html

Ensi- ja turvakotien liiton toimintamuodot lapsiperheille on koottu näille sivuille. Hankkeet kohdistuvat muun muassa maahanmuuttajaperheisiin, perheväkivaltaan, synnytystä pelkääviin naisiin, päihteitä käyttäviin raskaana oleviin naisiin ja vauvaperheisiin.

<http://mll.fi/>

Mannerheimin lastensuojeluliiton sivuilla esitellään laajasti järjestön toimintaa ja erilaisia lapsiperheisiin liittyviä hankkeita.

<http://vaestoliitto.fi/perhevrk.htm#MikA>

Perheverkko on väestöliiton pikkulapsiperheille käytännön neuvontaa antava palvelu.

<http://www.kotineuvola.net/projekti.asp>

Kotineuvolahankkeen kotisivut. Sivuilta on linkkejä muita tietoteknisiä projekteja esitteleville sivuille.

http://members.tripod.com/aima_ry/

Äidit irti synnytysmasennuksesta ry:n kotisivut. Toiminnan tarkoituksena on tarjota vertaistukea ja tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville äideille ja koko perheille. Sivuilta saa yhteystiedot myös eri puolilla Suomea kokoontuviin ryhmiin.

<http://come.to/imetystukilista>

Sivuilla on imetykseen liittyvää tietoa ja imetystukiryhmien kokoontumisajat ja paikat eri puolilla Suomea.

<http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/valineet/mini-interventiot.htm>

Stakesin ehkäisevän päihdetyön sivuilta löytyy runsaasti päihteisiin liittyvää tietoa. Ylläolevasta osoitteesta löytyy muun muassa rtf-muodossa AUDIT-kyselylomake ja sen käyttöohje.

LÄHTEET

- Aaltonen, R. 1995. Lastenneuvolatoiminta: keskeinen toimintamuoto lapsen kehityksen seurannassa. Aktiva-kuntoutusprojekti. Honkalampi-säätiön julkaisusarja: 7. Joensuu yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Airio-Huhtanen, P. 1998. Ensisynnyttäjien synnytykseen liittämät pelontunteet ja saatu tuki loppuraskaudessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Arnkil, T., Eriksson, E. & Saikku, P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. Dialogi, 7, 8–11.
- Aro, S. & Liukko, M. (toim.) 1993. VPK väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui? Stakesin raportteja 105. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Asikainen, P. 1999. Yhteisön aktivointi. Toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Avoterveydenhuollon ja Kuopion yliopistollisen sairaalan synnytysklinikan kummineuvolatoiminnan yhteistyökokous. Muistio 26.5.1999.
- Bondas-Salonen, T. 1995. Hela livet förändras. En longitudiell studie av kvinnans upplevelser av hälsa och vård i mödravårdskontext. Licentiatavhandling. Åbo Akademi.
- Ekholm, M. 1998. "Oletan heidän olevan muslimeja": - miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Licensiaatintyö.
- Elorinne, E-L. & Manninen, R. 1997. Elsa -projekti. Ehkäisevän lastensuojelun työn avoimuus kokeiluprojekti 1994–1997. Ensi- ja turvakotien liitto. KL-paino.
- Elovainio, M. Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakesin tutkimuksia 79. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta. 2000. Suomen kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Elämisen alkuun -projekti. Saatavilla www-muodossa:
<http://www.kotineuvola.net/projekti.asp>. 16.9.1999.
- Engeström, Y., Saarelma, O., Launis, K. Simoila, R. & Punamäki, R-L. 1991. Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti osa 2. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 7. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Eronen, A., Eskelinen, M., Kinnunen, P. & Tierman, P. 1997. Hyvinvointi kansalaispuntarissa. Kansalaisten kokemuksia hyvinvointipalvelujärjestelmästä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki: Hakapaino.

Ewalds, H. 1991. Omaisten tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä; 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Hakulinen, T. 1991. Ensimmäistä ja toista lastaan odottavien äitien ja isien käsitykset perhedynamiikastaan. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma

Hakulinen, T. 1993. Perhedynamiikka: näkökulma lasta odottavien ja kasvattavien perheiden hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus

Hakulinen, T. 1998. The family dynamics of childbearing families, related family demands and support received from child health clinics. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 585. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. 1999. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. teoria, tutkimus ja käytäntö, 25–42. Porvoo: WSOY.

Hakulinen, M. & Paunonen, M. 1994. Analyysi käsitteestä perhehoitotyö: lähikäsitteinä perhesysteemin ja perhekeskeinen hoitotyö. Hoitotiede 6(2), 58–65.

Halmesmäki, E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytysosastolla. Stakes, ehkäisevä päihdetyö. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.

Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. 1994. Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja syntyvän lapsen ennuste. Suomen Lääkärilehti 49 (10), 1025–1028.

Halmesmäki, E. & Kari, A. 1998. Huumeet ja raskaus. Duodecim 114, 2109–2114.

Halmesmäki, E. & Kinnunen, K. 1993. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön yleisyys ja taustatekijät. Duodecim 109, 1070–1074.

Hamilo-Laiho, O. 1990. Perheen tarpeiden huomioon ottaminen lastenneuvolassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hasu, J. 1998. Lapsen sairastaminen ja vanhempien voimavarat sekä käsitykset terveydenhoitajan ja terveyskeskuslääkärin toiminnasta: kysely leikki-ikäisten lasten vanhemmille. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen julkaisu 1998: 13. Pro gradu -tutkielma.

Heikkilä, A. & Peltoniemi, P. 1999. Imetystukiryhmä imettävän äidin tukena. Oulun

yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu –tutkielma.

Heimo, E. 1999. Lapsiperheen psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

Helenius, R., Järnefelt, K., Koskimäki, L. & Manninen, S. 1994. Kehu! viisivuotiaan lapsen kehityksen tukitoimien perusta. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisu. Nokia: Nokian kaupunki.

Hermansson, E. 1997. Lapset perusterveydenhuollossa: katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. Stakesin aiheita 1997:24. Helsinki: Stakes.

Hermansson, E., Karvonen, S. & Sauli, H. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa - valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Stakesin tilastoraportti 13. Helsinki: Stakes.

Hiller-Ikonen, A. 1999. Yhteisökeskeisyys terveydenhoitajan työssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hjerppe, R. & Kaiponen, R. 1992. Työn sisällöllinen kehittäminen Myllyojan lastenneuvolassa. Osa 1. Julkaisu A: 13. Oulu: Oulun kaupungin terveysvirasto.

Huttunen, J. 1993. Isä perheessä. Sosiaalinen Aikakausikirja 87(6), 6–10.

Huttunen, J. & Hämäläinen, J. 1993. Vanhempien kasvattajaominaisuuksista ja isätyypeistä. Teoksessa: Ojala, M. (toim.) Suomalaista varhaiskasvatustutkimusta. Tutkittua ja tärkeäksi havaittua varhaiskasvatuksesta, 99–124. Lastensuojelun Keskusliitto. Julkaisu 91. Mikkeli: Länsi-Savo.

Hynynen, P. 1999. Terveydenhoitajan kotikäynti lapsiperheen terveyden edistämiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.

Hyssälä, L. 1992. Health behaviour of a young family's father. A study of health behaviour of a young family's father, his transition to fatherhood and his role as a health educator conducted at Maternity Health Care Clinics and Well-Baby Clinics. University of Turku. Department of Public Health. National Agency for Welfare and Health. Research Reports 18. Vapok-Publishing. Helsinki: The Finnish Government Printing Center.

Isätoimikunnan mietintö. 1999. Komiteamietintö 1999: 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita.

Jalava, U. & Virtanen, P. 2000. Innovatiivinen projektijohtaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino.

Jaroma, A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kätilö-, sairaanhoitaja-

ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Jukarainen, R-L. 1994. Ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajilta imetykseen saama sosiaalinen tuki. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Opinnäytetyö.

Julin, A-M. 1997. Hoitotyön kehittämisen tavoitteena neljän kuukauden täysimetys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Järnefelt, K. 1999. Neuvolan ja päivähoidon onnistunut työnjako. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon ammattilehti. Neuvola 4, 16.

Järvinen, R. 1998. Äitien kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmistä: ryhmästä tukea arjessa selviämiseen. Teemahaastattelu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.

Järvinen, T. & Keskisärkkä, P. 1996. Lapsiprojektin loppuraportti. Pohjois-Karjalan lääninhallitus julkaisuja 2. Sosiaali- ja terveysosasto. Joensuu: Pohjois-Karjalan lääninhallitus.

Kaasalainen, A. 1998. Imetystukiryhmän perustaminen Puijonlaakson neuvolapiiriin alueelle. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. Oppisopimuskoulutuksen projektityö. Julkaisematon moniste.

Kaila, P. & Lauri, S. 1992. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen. Tutkimus ITU-projektin vaikuttavuudesta Salon seudun terveyskeskuksissa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 77. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Karila, I. 1991. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi: kognitiivinen malli. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 83.

Karjalainen, K. 1992. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynnit perheiden näkökulmasta: ammattihenkilön tarkastuksesta tukeen ja kannustukseen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetyö.

Kaunonen, M. 1994. Perheiden käsityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä lastenneuvolassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kellokumpu-Tyvelä, T. 1998. Synnytyksen jälkeinen masennus äitien kokemana. Oulun

yliopisto. Kasvatuspsykologia. Pro gradu -tutkielma.

Kemppainen, A. 1994. Asiakaslähtöinen sosiaali- ja terveystalouden laadun arviointi – Analyysi sosiaali ja terveystalouden asiakasnäkökulmaa selvittäneistä tutkimuksista. Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kemppainen, E. 1997. Terveystalouden toiminta 0-2-vuotiaiden lasten lehmänmaitoallergian ennalta ehkäisyssä ja hoidossa lastenneuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kemppainen, M.- L. & Liimatainen, E. 1991. Terveystalouden työn sisältö asiakaskontakteissa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden hallinnon laitos. Opinnäytetyö.

Keskisärkkä, P. & Manninen, A. 1995. "Neuvolaan on mukava mennä": vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja lastenneuvolapalveluista neljässä pohjoiskarjalaisessa terveystaloudessa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja hallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ketomäki, T. 2000. Työparina terveystaloudenhoitaja ja perhetyöntekijä. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon ammattilehti. Neuvola 2,14.

Kiuttu, T. (toim.) 1999. Päihdeongelma raskauden aikana. 3-portainen hoitomalli Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylän kaupunki, A-klinikka ja Ensi- ja turvakoti. Julkaisematon moniste.

Kivelä, T. & Suonpää, T. 1991. Lasten turvallisuuskasvatus ja neuvolatyö. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kivinen, T. 1998. Lääkärin vastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet.

Knuuttila, L. 1996. Ulkomailta Suomeen muuttaneiden naisten kokemuksia suomalaisesta neuvolatyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Koivisto, M., Kronqvist, E-L., Oksanen, R., Saukkonen, A-L. , Forssius, H. & Wasz-Höckert, O. 1992. Oulun neuvolatutkimus: tehostetun neuvolatyön vaikutus esikoislapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana. Oulu: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

Kokkonen, H. 1998. Unikoulussa opitaan nukkumaan. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon ammattilehti. Neuvola 1, 4–6.

Kokkonen, K. 1999. Kamera käy! Kuva kertoo tarpeista ja taidoista. Mannerheimin Lastensuojeluliiton julkaisu. Lapsemme 1, 20–21.

- Kolehmainen, H. 1998. Esikoululaisen kouluuntulotarkastus. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. Oppisopimuskoulutuksen projektityö.
- Koponen, P. 1993. Monimerkityksellinen väestövastuu. Tutkimus terveydenhoitajien työn muutossuunnista väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilujen aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Koponen, P. 1997. Public health nursing in primary health care based on the population responsibility principle. Väitöskirja. Tampere university of Tampere. Acta Universitatis Tamperensis 581. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Korpivaara, L. 1993. Lastenneuvolan antama kasvatuksen ohjaus vanhempien kokemana eräissä Pohjois-Kymenlaaksoin kunnissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos 1993: 4. Hoito-oppi. Pro gradu -tutkielma.
- Kosonen, M. 1995. Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus äitiysneuvolassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuiri-Niiranen, S. 1991. Muuttuva perhe lastenneuvolassa: yksinhuoltaja- ja uusperheiden hoitotyö terveydenhoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Terveydenhuollon ja hallinnon laitos. Opinnäytetyö.
- Kummineuvolatoiminnan palaute ja seuranta. Toimintavuosi 1998. (julkaisematon moniste)
- Kuronen, M. 1993. Lapsen hyväksi naisten kesken: tutkimus äitiys - ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakesin tutkimuksia: 35. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Lahti, T. 1993. Kasvatusneuvonnan ongelma lastenneuvolassa. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Käyttäytymistieteiden laitos. Lisensiaatintyö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lapsiperhe-projektin toimintakertomus 1998. 1999. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Makeprint.
- Larjomaa, R. 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla: imeväis- ja leikki-ikä terveyskertomus. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja 1990: 7. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Stakesin tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lauri, S. & Hietaranta, E. 1990. Terveystieteen tietoperusta ja päätöksenteko lasten terveydenhoidossa. Turun yliopiston. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Scripta Lingua Fennica Edita, osa 79.

Laurikainen, T. & Pyykkö, S. 1990. Terveystieteen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden huomioiminen terveydenhoitajien työssä Turun kaupungin äitiys- ja lastenneuvoloissa. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikka. Pro gradu -tutkielma.

Lehtomäki, L. 1992. Laadun arviointiperusteet äitiysneuvolassa. Kuvaus äitiyshuollon asiantuntijoiden näkemyksistä laadukkaasta äitiysneuvolatyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Leinonen, E., Sjögren, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1992. Perhevalmennuksen opetuskäytäntö. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 62. Helsinki: VAPK-kustannus.

Lepola, I. 1990. Terveystieteen toteuttaman terveysneuvonnan analyysi: Kontekstina viisivuotiaan lapsen terveystarkastus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Licensiaatintyö. Teoksessa: Lepola, I., Nikkonen, M. & Nores, T. Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 58. Helsinki: VAPK-kustannus.

Liuksila, P-L. 1993 (toim.) Laajennettu lasten viisivuotistutkimus. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 1993:8. Turku: Turun kaupunki.

Liuksila, P-L. & Lauri, S. 1992. Lasten terveystarkastuslomakkeiston käyttö lapsen ja perheen terveydenhoidon toteutuksessa. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 1992: 5. Turku: Turun kaupunki.

Lohiniva, V. 1990. Väestövastuinen työ terveydenhoitajien työn kehittämiskeinona. Väestövastuiseen työhön siirtymisen esteitä ja edellytyksiä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Licensiaatintyö.

Lohiniva, V. 1999. Terveystieteen työ ja koulutus pohjoisessa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica 509.

Lyytikäinen, A., Lyytinen, L., Poikajärvi, K., Sihvola, V. & Vuorinen, P. (toim.) 1996. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Alueellinen hoito-ohjelma. Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. Keski- Suomen lääninhallitus. Moniste.

Mattila, M., Tervaskanto-Mäentausta, T. & Blanco Sequeiros, M. 1998. Neuvola keski-ikässä – kriisissäkö? Oulun läänin neuvolaprojektin (1996–1999) väliraportti. Monisteita: 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto.

Mansnerus, E. 1997. Voimavarojen avulla kohti arkielämän hallintaa – synnynnäisesti sydänvikaisten lasten vanhempien kokemuksia perheen voimavaroista ja

niiden tukemisesta hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Tutkielma.

Mellas, E. 1994. Raskaana olevien äitiysneuvolassa saama tieto raskauteen ja synnytykseen liittyvissä asioissa Kymenlaakson keskussairaalanpiirissä. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen julkaisu: 16. Pro gradu - tutkielma.

Miettunen, S. 1990. Terveystoimittajien vastuullisuuden kokeminen asiakassuhteessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Mäki, T. & Eskola, K. 1996. Raskaus- ja lapsivuodeajan masennuksen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Hoitotyön laadunvarmistusprojektin pilottiryhmä. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisusarja C: 14, Vantaa: Vantaan kaupunki.

Niemi, H. (toim.) 1997. Soiko äitien ja isien sydämessä babyblues? Ensi- ja turvakotien liitto. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Nieminen, I. 1992. Perhe lastenneuvolan asiakkaana. Terveystoimittajien näkemyksiin perustuva kuvaileva tutkimus perhekeskeisestä hoitotyöstä lastenneuvolassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetyö.

Nurkkala, H. 1999. Terveystoimittajien ja lasten vanhempien käsityksiä lasten vastaanottokäyntien sisällöstä Espoon kaupungissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos: 1999:21 Terveystoimittajien hallinto. Pro gradu – tutkielma.

Okkonen, T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Paavilainen, E. 1994. Asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyösuhde terveystoimittajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveystoimittajan kanssa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 604. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Paavilainen, E., Kuuppelomäki, M., Murtonen, M., Sirola, K., Tuominen-Saarela, L. & Nieminen, P. (toim.) 1999. Perhehoitotyön kehittäminen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja terveystoimittajien organisaatioiden yhteistyönä Seinäjoella, Porissa ja Tampereella. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Perhekeskeisen hoidon tutkimus- ja opetuskeskuksen julkaisuja 1.

Paavilainen, R. 1994. Varhain kotiin synnytyssairaalasta. Perheiden kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta, terveydestä ja terveystoimittajien palveluista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Palomäki-Jägerroos, T. 2000. Äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia kotineuvolaverkkopalvelusta sen käyttöönottovaiheessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Partanen-Björk, M. 1997. Äitiysneuvolan perhevalmennuskursseille osallistuneiden äitien käsitys valmennuksen tarpeesta ja saamastaan valmennuksesta. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen julkaisu: 3. Terveystieteiden koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma.

Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 18. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2000. Lapsiperheitä tukevan äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan kehittäminen Itä-Suomessa. Työvälineitä terveydenhoitajien ja kättilöiden työhön neuvolassa ja synnytys sairaalassa. Hankesuunnitelma 29.5.2000.

Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1993. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Hygieia. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Pelkonen, M., Perälä, M-L. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Participation of expectant mothers in decision-making in maternity care: Results of a population-based survey. *Journal of Advanced Nursing* 28(1), 21-29.

Perälä, M-L., Pelkonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Viisainen, K. & Räikkönen, O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Stakesin raportteja 220, 33-47. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.

Pietiläinen, U. 1995. Isien sosiaalinen tukeminen vanhemmuuteen lastenneuvolassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pääkkönen-Tarvainen, L. Aho, R., Hartikainen, A., Ikonen, T., Kokko, T. &. 1998. Vantaan Sotekeko-projektin loppuraportti: Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisusarja C: 18. Vantaan kaupunki.

Ranta, A. 1998. Vanhempien näkemyksiä neuvolan, päivähoidon ja kouluterveydenhuollon palveluista Espoon Suomenojalla. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos 1998: 23. Terveystieteiden koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma.

Rantamaa, L. 1990. Terveystieteen asiakkaan tukijana lastenneuvolatyössä sekä yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa tekemänä ammattihenkilönä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Rantamaa, L. 1996. Neulake-projekti neuvolatyön kehittämisprojekti. Hämeen

läänihallituksen julkaisusarja 1996: 4. Hämeenlinna: Hämeen lääninhallitus.

Raportti ja suunnitelma ns. unihäiriöisten lasten hoitamiseksi Kuopiossa. Julkaisematon moniste. (ei vuosilukua)

Ratia, T. 1998. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti imetysohjaajakoulutuksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Reuna, V. 1998. Perhebarometri 1998. Vastuu perheen arjessa. Väestötutkimuslaitos E 4/1998. Helsinki: Väestöliitto.

Riihelä M. 1996. Mitä teemme lasten kysymyksille? Lasten ja ammattilaisten kohtaamisten merkityksellisyys lapsi-instituutiossa. Stakes. Tutkimuksia 66. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Ruokolainen, A. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys 1990-luvulla. Sotkatietoihin perustuva tilastoraportti hyvinvointiselontekoa valmistelevista kunnista. Stakesin aiheita 41. Helsinki: Stakes.

Saarelma, O., Launis, K. & Simoila, R. (toim.) 1994 Terveyskeskukset puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämiseksi. Toimiva terveyskeskus -projekti. Osaraportti 6. Stakes. Raportteja 156. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Saarinen, A. 1995. Äitien imetykseen saama sosiaalinen tuki vierihoito-osastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.

Saranki-Rantakokko, S. 1994. Asiakkaiden näkemyksiä lastenneuvolatoiminnasta ja sen kehittämiseksi Kemnimaan, Tervolan ja Tornion alueella. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Savolainen, H. & Vuorinen, J. 1999. Kotineuvola-tietokoneohjelman ensimmäisen version arviointi – Kyselytutkimus äideille ja isille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. (toim.) Viisainen, K. Stakesin oppaita 34. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Sihvola, V., Lyytikäinen, A. & Poikajärvi, K. 1998. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Imetys vuonna 1995. Julkaisusarja 1998:23. Turku: Länsi-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.

Silfverberg, P. 1997. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. 3. painos. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.

Simoila, R. 1994. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti imetysohjaajakoulutuksesta. Oulun

yliopisto. Hoitotieteen laitos. Stakesin tutkimuksia 48. Jyväskylä: Gummerus. Kirjapaino.

Simoila, R., Harlamow, A., Launis, K., Engeström, Y., Saarelma, O. & Kokkinen-Jussila, M. 1993. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot. Välineitä terveystieteiden tutkimukseen. Toimiva terveyskeskus -projektin 5. osaraportti. Stakes. Raportteja 80. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Simojoki, K. 1999. Uusperheet lastenneuvolan asiakkaina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen kuntaliitto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja: 3. Helsinki

Strandström, G., Kilpinen, I., Eriksson, M. & Mattila, S.-L. 1998. Helsingin terveystieteiden viisivuotistarkastuksen seurauksena. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuksia 1. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Strid, O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Stakesin aiheita 16. Helsinki: Stakes.

Strömmer, R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. Business EDITA. 1. painos. Helsinki: Edita.

Säisä, A-L. 1996. Isien kokemuksia äitiysneuvolan palveluista, isyyteen kasvusta sekä perheestä ja isien mielipiteistä neuvolapalveluiden kehittämisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tamminen, T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 304. Tampereen yliopisto. Tampere: Vammalan kirjapaino.

Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tarkka, M. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjien selviytyminen äitiyshuollon varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis A518. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Terho, L. 1998. Lapsi ja perheen psykososiaalinen terveys: toimintakäytäntöjä terveydenhoitajan vastaanotolla. Kansanterveystieteen julkaisuja. M: 142. Helsingin

yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. 1998. Selvitysmiesraportti: Asiakkaan asema terveydenhuollossa. (toim.) Nikkilä, J. & Mikkola, T. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. 1998. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 5.

Turunen, L. 1992. Perheen toimivuus lasta odottavien vanhempien arvioimana ja perheen terveyden kuvaajana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Turunen, R. 1998. Isät neuvolan asiakkaina. Toimintamallin kehittäminen Päivärannan neuvolassa. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. Oppisopimuskoulutus. Projektityö. Julkaisematon moniste.

Törrönen, H. 1998. Ehjänä perille. Ensi- ja turvakotienliitto. Helsinki: Nykypaino.

ULPU-projektin loppuraportti. 1990. Hyvä Syntymäpäivä. Helsinki: Sairaalaliitto.

ULPU-projektin osaraportti I. 1991. Kanta-Hämeen äitiyshuollon kehittämisohjelma Helsinki: Sairaalaliitto.

ULPU-projektin osaraportti III. 1990. Vanhempainneuvonnan kehittäminen Tampereen terveyskeskuksessa. Helsinki: Sairaalaliitto.

ULPU-projektin osaraportti IV. 1991. Äitiyshuollon kehittäminen Kajaanin terveyskeskuksessa. Pienryhmätoiminta. Lastenneuvolan dokumentoinnin kehittäminen. Pienten lasten tapaturmien ehkäisy. Helsinki: Sairaalaliitto.

Uuttu, J. & Routasalo, P. 1995. Kannattaako lapseni rokottaa? Mitä 1-2-vuotiaiden lasten vanhemmat tietävät ja haluavat tietää rokotuksista. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:11.

Vakkilainen, E- L. & Järvinen, K. (toim.) 1994. Taimi: ITU-projektin loppuraportti. Stakesin aiheita: 10. Helsinki: Stakes.

Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Vanhanen-Silvendoin, S. 1994. Koettu, jaettu äitiys: tutkimus äitiydestä ja äitiryhmistä. Jyväskylän yliopisto. Sosiologian laitos. Pro gradu –tutkielma.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä. Sosiaali- ja terveysalan

tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavilla www-muodossa:
<http://www.stakes.fi/lapsetjanuoret/neuvola.html> 12.10.1999.

Varjoranta, P. 1997. Terveystenhoitajien toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990a. Nursing in child health care: maintaining awareness of the child's development and care. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1990: 3. Kuopio: University of Kuopio, Department of Nursing and Health Administration.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990b. Hoitotyö lastenneuvolassa: perustietoa asiakkaan ja terveydenhoitajan vuorovaikutuksen sisällöstä ja menetelmistä. Hoitotiede 2(3), 233–236.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1991. Asiakkaan ja terveydenhoitajan välisen vuorovaikutuksen sisältö ja vuorovaikutussuhteet lastenneuvolassa. Hoitotiede 3 (1), 15–20.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena. Neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä. Hoitotiede 8 (1), 3–10.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Saarikoski, S. (toim.) 1994. Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 15. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Vehviläinen-Julkunen, K., Saarikoski, S. & Marttinen, P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena: tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatioista. Kuopion yliopiston selvityksiä. E. Yhteiskuntatieteet: 3. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen: pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Stakesin raportteja: 81. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vehviläinen-Julkunen, K., Varjoranta, P. & Karjalainen, K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. Hoitotiede 6 (1), 22–30.

Viinamäki, H., Rastas, S., Tuheva, L., Niskanen, L., Kuha, S. & Saarikoski, S. 1994. Synnyttäneiden henkinen hyvinvointi. Duodecim 110, 139–144.

Viitala, R. & Virta, P. 1991. Lastenneurolat vammaisten lasten perheiden tukijoina. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.

Viitasaari, L. 1998. Vanhemmuuteen tukeminen: moniammatillinen yhteistyöprojekti

Keskisellä alueella Kissanmaan palvelupiirissä 1994–1996. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Monistesarja 1998:18. Tampere: Tampereen kaupunki.

Viljamaa, M-L. 1997. Vanhempainryhmien kehittäminen neuvolan normaalitoimintana. Jyväskylän sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja: 5 Jyväskylä: Jyväskylän kaupunki.

Viljanen, K. 1993. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö: käsiteanalyysi perhekeskeisyydestä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Viola, T. 1990. Terveystoimijoiden kokemuksia työssään ilmenevistä asiakkaiden tarpeista ja niihin vastaamisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

WHO. 2000. The Munich Declaration. The Second Ministerial Conference for Nursing and Midwifery in Europe. EUR00/5019309/6. World Health Organization, The Regional Office for Europe.

Tässä raportissa esitetään uudistuksia neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Perhekeskeiset ja yhteisölliset toimintamallit korostuvat. Raportti käsittelee mm. varhaisen puuttumisen mallia, perheiden vertaistuen lisäämistä ja kotikäyntien sisällöllistä parantamista. Ehdotukset perustuvat yli sataan kehittämis- ja tutkimusraporttiin, joiden avulla neuvolatyötä on tutkittu ja kehitetty vuosina 1990-1999.