



TIINA MÄENPÄÄ

Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö

Substantiivinen teoria
ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Finn-Medi 5:n
auditoriossa, Biokatu 12, Tampere,
kesäkuun 13. päivänä 2008 kello 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Ohjaaja
Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat
Professori Arja Isola
Oulun yliopisto
Professori Anna-Maija Pietilä
Kuopion yliopisto

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1327
ISBN 978-951-44-7365-4 (nid.)
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 739
ISBN 978-951-44-7366-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2008

KIITOKSET

Osoitan lämpimät kiitokseni väitöskirjatyöni ohjaajalle professori Päivi Åstedt-Kurjelle. Tutkimusprosessini aikana olen saanut häneltä monimuotoista tukea ja kannustusta sekä uskoa väitöskirjani valmistumiseen. Olen hänelle kiitollinen ohjauksesta tieteelliseen ajatteluun sekä rakentavasta palautteesta, joka on ohjannut työni tekemistä. Kiitän häntä myös siitä, että minulla oli mahdollisuus osallistua Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeeseen Koululaisen ja hänen perheensä terveyden edistäminen koulu yhteisössä. Osoitan lämpimät kiitokset myös professori Eija Paavilaiselle tuesta ja rohkaisusta. Hänen kommenttinsa ja ohjeensa tutkimustyöni eri vaiheissa olivat erittäin arvokkaita työni kokonaisuuden muotoutumisen kannalta.

Kiitos kuuluu myös koko hoitotieteen laitoksen henkilökunnalle. Laitoksella on ollut tutkimukseni toteuttamiseen hyvät puitteet. Työyhteisö ja työilmapiiri ovat olleet tutkimuksen tekoon ja tieteelliseen pohdintaan innostavia. Kiitän koko henkilökuntaa sydämellisesti tuesta ja kannustuksesta. Erityisesti haluan kiittää vertaistuesta kanssani samaan aikaan hoitotieteen laitoksella työskennelleitä jatko-opiskelijoita Sirpa Salinia, Anja Rantasta, Anna Liisa Ahoa ja Nina Halmetta. He ymmärsivät syvästi tutkimusprosessini myötä- ja vastatuulet sekä osasivat tukea ja kannustaa oikeassa kohdassa.

Kiitän tutkimukseni esitarkastajia professori Arja Isolaa sekä professori Anna-Maija Pietilää perusteellisesta paneutumisesta työhöni ja korjausehdotuksista, jotka selkiyttivät väitöskirjani rakennetta ja sisältöä.

Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman henkilökuntaa kiitän ymmärryksestä, pitkämielisyydestä ja kannustavasta tuesta vuosia kestäneen tutkimusprosessini aikana. Esitän myös lämpimät kiitokset Leena Juvoselle huolellisesta käännöstyöstä ja miellyttävästä yhteistyöstä. Kiitän myös Terttu Niemeä huolellisesta paneutumisesta väitöskirjani kieliasun tarkistamiseen.

Olen erittäin kiitollinen niille alakoululaisille, vanhemmille ja kouluterveydenhoitajille, jotka osallistuivat tiedonantajina tutkimukseeni. Ilman heitä tätä tutkimusta ei olisi olemassa. Esitän heille parhaimmat kiitokseni.

Taloudellista tukea olen saanut tutkimukseeni Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry:ltä, Sairaanhoidajien koulutussäätiöltä, Tampereen yliopistolta,

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, Hämeen ammattikorkeakoululta sekä Tampereen kaupungin tiederahastolta. Kiitän lämpimästi saamastani tuesta.

Tieteellisen ja taloudellisen tuen lisäksi tutkija tarvitsee ystävien ja läheisten antamaa henkistä tukea työssään. Olen onnellinen siitä, että elämäni kuuluu läheisiä ystäviä, joilta saamani lämminhenkinen tuki on ollut voimia antavaa. Kiitän heitä kaikkia kannustuksesta ja tukenani olemisesta. Erityisesti haluan kiittää pitkäaikaista ystävääni Maire Toijasta. Hänen kanssaan vietetyt hetket tutkimuksen tekemisestä, hoitotyöstä, opiskelusta ja yleensä elämästä keskustellen ovat olleet yksi tärkeimpiä voimavarojani lisääviä tekijöitä. Kiitos ystävälleni Heli Sundellille antoisista keskusteluista ja tutkimustani koskevista terävistä huomioista Kiitos myös erinomaisesta lenkkeilyseurasta, josta olen saanut voimaa ja vahvuutta kirjoitustyöhön. Terveyskeikkalaisia Tellervo Martikkalaa, Pirjoleena Renforsia ja Tuula Savolaista kiitän innoittavasta seurasta ja opiskelun alkunnostuksen aikaan saamisesta. Ilman heitäkään tätä tutkimusta ei olisi. Yhdessä vietettyjen hetkien jälkeen olen ollut energinen ja tutkimuksen tekeminen on tuntunut valoisalta.

Sydämelliset kiitokset läheisilleni. Kiitos isälleni Tauno Heinolle ja jo edesmenneelle äidilleni Pirkko Heinolle tasapainoisesta ja välittävästä lapsuuden kodin ilmapiiristä. Olen kokenut, että tekemisiini on aina luotettu ja niissä on kannustettu. Kiitos sisarelleni Jaana Holmille ja miehelleen Harri Holmille lämpimästä myötäelämisestä ja huolenpidosta. Veljeäni Pekka Heinoa ja hänen perhettään kiitän elämänmakuisista vierailuista ja alakouluikäisten veljen poikieni hauskaista seurasta. Kiitän lämpimästi myös tätiäni Taru Laaksosta ja puolisoaan Kari Nenosta huolehtivasta ja hyvinvointiani edistävästä tuesta.

Kaikkein suurin kiitos kuuluu perheelleni, joka on elänyt tutkimusta tekevän vaimon ja äidin pohdintojen ja poissaolevan läsnäolon kanssa. He ovat pitäneet minut arjessa kiinni ja tuoneet elämäni paljon iloa, voimaa ja vahvuutta. Rakkaat kiitokseni Jormalle, Elinalle ja Esalle. Omistan väitöskirjani heille.

Pirkkalassa 8.5.2008

Tiina Mäenpää

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää käytännönläheinen, perhehoitotieteellinen substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä lapsen terveyden edistämiseksi. Tutkimuksella tuotettu tieto auttaa ymmärtämään ja selkiyttämään yhteistyötä terveydenhoitajan ja perheen välillä. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä ja terveydenhoitajakoulutuksen sisältöjä entistä enemmän koululaisten ja heidän perheidensä lähtökohdista ja tarpeista lähteviksi. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushanketta Koululaisten ja hänen perheensä terveyden edistäminen koulu yhteisössä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistoon ankkuroituvaa, straussilaisiin lähtökohtiin perustuvaa grounded theory -menetelmää. Tutkimuksen tiedonantajina olivat kuudesluokkalaiset koululaiset (N=22). Heiltä saatiin terveydenhoitajan kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavaa tietoa ryhmähaastatteluilla (N=6). Lisäksi haastateltiin vanhempia (N=19) 13 perheestä. Kouluterveydenhoitajien (N=20) näkemys koululaisten ja vanhempien kanssa tehtävästä yhteistyöstä saatiin vapaamuotoisilla kirjoitelmilla. Aineistoa kertyi yhteensä 503 A4-sivua. Aineistot analysoitiin grounded theory -menetelmään sisältyvällä jatkuvan vertailun metodilla.

Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaavan substantiivisen teorian ydinkäsitteeksi muodostui ongelmalähtöinen yhteydenpitäminen. Se liittyy kaikkiin teorian käsitteisiin ja yhdistää muut käsitteet selittämään yhteistyön kokonaisuutta. Teoriaa jäsentää neljä ulottuvuutta, jotka ovat kouluterveydenhoitajan ja perheen kohtaaminen, vastavuoroinen tiedon välittäminen, lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen sekä lapsen ja vanhempien tukena oleminen. Ulottuvuuksiin sisältyy niitä kuvaavat ja selittävät käsitteet.

Kouluterveydenhoitajan ja perheen kohtaamiseen sisältyy terveydenhoitajien näkökulmasta käsitteinä perheen huomioon ottaminen, vuorovaikutuksen onnistumisesta huolissaan oleminen sekä lapsen yksityisyyden kunnioittaminen. Perheen lähtökohdista kohtamista kuvaavat käsitteet perheen huomiotta jättäminen, vuorovaikutuksen luontevaksi kokeminen sekä lapsen yksityisyyden kunnioittamisen arvostaminen. Yhteydenpitämisen lähtökohtana on vastavuoroinen tiedon välittäminen, jota kuvaavat käsitteet lapsen terveyttä edistävän tiedon antaminen ja sen saamisen toivominen sekä vanhempien asiantuntijuuden hyödyntäminen ja vanhempien asiantuntijuuden hyödyntämättä jättäminen.

Perheen kohtaaminen ja vastavuoroinen tiedon välittäminen liittyvät lapsen terveyden seurannasta huolehtimiseen. Tähän sisältyy käsitteinä lapsen kasvun ja kehityksen kaavamainen seuraaminen, kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen seuraamisen haluaminen sekä pulmatilanteissa auttaminen ja avun saamiseen luottaminen. Ongelmalähtöisen yhteydenpitämisen tuloksena on lapsen ja vanhempien tukena olemisen. Kouluterveydenhoitajien näkökulmasta se ilmenee lapsen turvana olemisen ja yhteistyön antoisana kokemisen käsitteinä. Vanhempien näkökulmasta tukena olemista kuvaavat käsitteet vanhemmuuden tukemisen haluaminen sekä yhteistyön kokeminen epäselväksi.

Tutkimuksen tulosten mukaan perheet ja kouluterveydenhoitajat arvostavat yhteistyötä ja pitävät sitä lapsen yksilöllisen terveyden edistämisen sekä terveydenhoitajatyön mielekkyyden kannalta tärkeänä. Tulosten perusteella yhteistyötä ehdotetaan kehitettäväksi siten, että vanhemmat otetaan aktiivisesti mukaan lapsen terveyden edistämiseen alakoulun kouluterveydenhuollossa. Vanhempien ja koululaisten omia näkemyksiä kuullaan ja otetaan huomioon nykyistä enemmän. Tiedottamista koteihin suositellaan kehittävän, jotta yhteistyö tiivistyisi ja kouluterveydenhuollon palvelut tulisivat vanhemmille nykyistä tutummiksi. Lapsen terveystieteiden menetelmiä tulee kehittää nykyistä vuorovaikutteisemmiksi sekä vanhemmille suunnattua ohjausta vanhempainilloissa ja kotiin lähetettävän terveystieteiden materiaalin muodossa tulee lisätä. Huomiota tulee kiinnittää myös vanhemmuuden tukemiseen ja keskustelumahdollisuuksien tarjoamiseen vanhemmille.

Tutkimus tuotti uutta ja täydensi aikaisempaa tietoa alakoulun kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyön monimuotoisesta ilmiöstä. Syntyneen substantiivisen teorian testaaminen ja edelleen kehittäminen on tärkeää hoitotieteellisen tiedon vahvistamisen näkökulmasta. Yhteistyötä kuvaavan teorian perusteella on tärkeää jatkaa myös perhekeskeisen hoitotyön sisältöjen ja toimintatapojen tutkimista alakoulun kouluterveydenhuollossa.

Avainsanat grounded theory -menetelmä, alakouluikäinen lapsi, alakoulun kouluterveydenhuolto, kouluterveydenhoitaja, perhe, perhehoitotiede, yhteistyö.

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a practical, family nursing oriented substantive theory of cooperation between the primary school nurse and the pupil's family in order to promote the child's health. The information produced by this study facilitates the understanding and clarifying of cooperation between school nurse and parents. This information can be used when developing cooperation with families and the contents of school nurses' training to be based even more on the pupil's and family's needs and on their situation. This study is a part of a wider research project, Health Promotion of School Children and Their Families in the School Community, conducted in the Department of Nursing Science of the University of Tampere.

The research method was the Straussian approach of Grounded Theory method. The informants of this study were twelve-year-old primary school pupils (N=22). In addition, parents of 13 families were interviewed (N=19). The school nurses' (N=20) views on the cooperation with school children and their families were gathered by free form written assignments. There were 503 pages of research material. This data was analysed by a Grounded Theory incorporated method of constant comparison.

The core concept of this substantive theory which describes cooperation between the school nurse and the pupil's family was developed into problem-based communication. This core concept is connected to all the other concepts of this theory and it connects them to explain the completeness of cooperation. This theory is divided to four scopes. These scopes are meeting of the school nurse and family, reciprocal exchange of information, taking care of the child's health follow-ups and supporting the child and parents. These scopes entail concepts which describe and explain them.

From the school nurses' perspective, concepts of cooperation between the school nurse and family are taking the family into account, respecting the child's privacy, and thinking about the successfulness of the interaction with the family. From the family's perspective, the meeting can be described by the concepts neglecting the family, valuing that the child is respected, and the easiness of interaction. The starting point of communication of school nurse and family is reciprocal exchange of information. This exchange of information is described by concepts giving information which promotes the child's health, hoping to receive this information, exploiting the parents' expertise and neglecting their expertise.

Meeting the family and reciprocal exchange of information are connected to taking care of the child's health check-ups. This care taking consist of the concepts routine screening the child's growth and development, wanting to support the child's comprehensive growth and development, as well as, helping in problematic situations and trusting on getting help if there are difficulties. The result of problem-based communication is supporting the child and parents. From the school nurses' perspective, this supporting manifests in the concepts being a trusted adult for the child and the fruitfulness of cooperation. From the parents' perspective, supporting the parents is described by wanting support for parenthood from the school nurse and feeling the cooperation to be unclear.

According to the findings of this study, both families and school nurses value cooperation. They think it is important for the individual health promotion of child and family, and for the sensibility of school nurses work. On basis of these findings, it is suggested that cooperation be developed, so that parents would actively participate in the child's health promotion in primary school health care. Parents' and pupils' views will be heard and taken into consideration more than now. It is recommended that cooperation with families be developed in order to make it closer and to make school health services better known to the parents. The methods of the child's health education should be developed more interactive and guidance targeted to parents in parents ' evenings and by health education material should be added. Attention should also be paid to supporting parenthood and offering opportunities for discussion.

This study provided new information and enhanced prior knowledge about the diverse cooperation of school nurse and parents. Testing and developing the formed substantive theory is important from the perspective of strengthening the knowledge on nursing science. In the light of this theory, it is important to carry on research of the contents and methods of family nursing in primary school health care.

Key words

grounded theory method, primary school-aged child, primary school health care, school nurse, family, family nursing, cooperation

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimusprosessin eteneminen

Taulukko 2. Haastatteluryhmät ja osallistajat

Taulukko 3. Esimerkki ryhmähaastattelusta muodostuneista substantiivista koodeista

Taulukko 4. Esimerkki substantiivisten koodien ryhmittelystä alakategoriaksi

Taulukko 5. Esimerkki alakategorioiden yhdistymisestä pääkategoriaksi

KUVIOT

Kuvio 1. Yhteenveto aikaisemmasta tiedosta

Kuvio 2. Aineiston analyysin eteneminen

Kuvio 3. Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä

LIITTEET

Liite 1. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory –menetelmän yhteneväisyyksistä

Liite 2. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory –menetelmän eroista

Liite 3. Haastattelulupapyyntö vanhemmille koululaisen haastattelemiseksi

Liite 4. Kirjoitelman ohje kouluterveydenhoitajille

Liite 5. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä

OSAJULKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaista numerointia:

- I Mäenpää, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhoitajien perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14(3), 100-107.
- II Mäenpää, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Cooperation with school nurses described by Finnish sixth graders. *International Journal of Nursing Practice* 13(5), 304-309.
- III Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(1), 86-92.
- IV Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Cooperation between Finnish primary school nurses and pupils' parents. *International Nursing Review* 55(2), 219-226.
- V Mäenpää, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Kouluterveydenhuolto ja alakoulun oppilas – terveydenhoitajien näkemyksiä yhteistyöstä. *Tutkiva Hoitotyö* 6(1), 25-31.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

SISÄLLYS

KIITOKSET	3
TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT	7
TAULUKOT	9
KUVIOT	10
LIITTEET	11
OSAJULKAISUT	12
SISÄLLYS	13
1 TAUSTA JA TARKOITUS	17
2 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLINEN KONTEKSTI	21
2.1 Alakoululainen perheensä jäsenenä	22
2.1.1 Alakoululaisen perhe	22
2.1.2 Alakoululaisen elämänvaihe	23
2.2 Alakoululaisen terveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa	26
2.2.1 Kouluterveydenhuolto alakoulussa	26
2.2.2 Kouluterveydenhoitaja alakoululaisen terveyden tukijana	28
2.2.3 Kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyö alakoululaisen terveyden edistämässä	30
2.3 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohtana olevasta aikaisemmasta tiedosta	34

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	38
4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	39
4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus.....	39
4.2 Aineiston keruu	42
4.2.1 Alakoululaisten ryhmähaastattelut.....	43
4.2.2 Vanhempien haastattelut	45
4.2.3 Kouluterveydenhoitajien kirjoitelmat	47
4.3 Aineiston analyysi	48
4.3.1 Aineiston avoin koodaus	50
4.3.2 Aineiston aksiaalinen koodaus	51
4.3.3 Aineiston selektiivinen koodaus	52
4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	54
4.4.1 Tutkimusaiheeseen liittyvät eettiset kysymykset.....	54
4.4.2 Tiedonantajien valintaan ja aineistonkeruuseen liittyvät eettiset kysymykset	55
4.4.3 Aineiston analyysiin liittyvät eettiset kysymykset	56
4.4.4 Tutkimuksen raportointiin liittyvät eettiset kysymykset.....	56
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	58
5.1 Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä.....	58
5.2 Terveydenhoitajan ja perheen kohtaaminen.....	60
5.2.1 Perheen huomioon ottaminen ja huomiotta jättäminen	60
5.2.2 Vuorovaikutuksen onnistumisesta huolissaan oleminen ja sen kokeminen luontevaksi	61
5.2.3 Lapsen yksityisyyden kunnioittaminen ja yksityisyyden kunnioittamisen arvostaminen	62
5.2.4. Yhteenvedo terveydenhoitajan perheen kohtaamisesta	63
5.3 Vastavuoroinen tiedon välittäminen	64
5.3.1 Lapsen terveyttä edistävän tiedon antaminen ja tiedon saamisen toivominen	64
5.3.2 Vanhempien asiantuntijuuden hyödyntäminen ja hyödyntämättä jättäminen	66
5.3.3 Yhteenvedo vastavuoroisesta tiedon välittämisestä	67
5.4 Lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen.....	68
5.4.1 Lapsen kasvun ja kehityksen kaavamainen seuraaminen ja kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen seuraamisen haluaminen	68

5.4.2 Lapsen pulmatilanteissa auttaminen ja avun saamiseen luottaminen	69
5.4.3 Yhteenvedo lapsen terveyden seurannasta huolehtimisesta.....	70
5.5 Lapsen ja vanhempien tukena oleminen	71
5.5.1 Yhteistyön kokeminen antoisaksi ja epäselväksi.....	71
5.5.2 Lapsen turvana oleminen ja vanhemmuuden tukemisen haluaminen.....	72
5.5.3 Yhteenvedo lapsen ja vanhempien tukena olemisesta	73
6 POHDINTA	75
6.1 Tulosten tarkastelu	75
6.1.1 Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö ongelmalähtöisenä yhteydenpitämisenä	75
6.1.2 Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö perhekeskeisen hoitotyön osana	78
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	80
6.2.1 Teorian sopivuus.....	80
6.2.2 Teorian ymmärrettävyys	83
6.2.3 Teorian yleisyys	84
6.2.4 Teorian kontrolli.....	85
6.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen.....	85
6.3.1 Kehittämisehdotukset alakoulun kouluterveydenhuoltoon.....	86
6.3.2 Kehittämisehdotukset terveydenhoitajakoulutukseen.....	88
6.4 Jatkotutkimusehdotukset ja päätelmät perhehoitotieteen kehittämiseksi	90
6.4.1 Jatkotutkimusehdotukset.....	90
6.4.2 Päätelmät.....	91
LÄHTEET	92
LIITTEET.....	113
Liite 1. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory - menetelmän yhteneväisyyksistä.....	113
Liite 2. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory – menetelmän eroista	114
Liite 3. Haastattelulupapyyntö vanhemmille koululaisen haastattelemiseksi	116

Liite 4. Kirjoitelman ohje kouluterveydenhoitajille	117
Liite 5. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä	118

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Kouluterveydenhuolto on osa koulun oppilashuoltotyötä (Perusopetuslaki 628/1998; Opetusministeriö 2002), ja sen palveluiden saatavuus, sisältö ja voimavarat vaihtelevat kunnittain (Stakes 2002; Kivimäki ym. 2007, Rimpelä 2007a). Kouluterveydenhuollon tavoitteena on oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen. Tavoitteena on myös koko kouluyhteisön hyvinvoinnin sekä koulun työolojen ja koulutyön turvallisuuden ja terveellisyysedistämisen. (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006a.) Kouluterveydenhuolto on hoitotyön ainutlaatuinen osa-alue, jossa kouluterveydenhoitaja työskentelee hoitotyön asiantuntijana kahden eri organisaatiokulttuurin, terveydenhuollon ja koulutoimen piirissä (Tossavainen ym. 2004a; Adams & McCarthy 2005). Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri työskentelevät työparina (DeBell & Everett 1998; Adams & McCarthy 2005). Kouluterveydenhoitaja on tärkeä kouluikäisen lapsen ja hänen perheensä terveyden ja hyvinvoinnin edistäjä. Kouluterveydenhoitajan työn vaatimukset ovat viime vuosina lisääntyneet, koska lasten ja heidän perheidensä elämäntavat ovat muuttuneet, ja monimutkaistuneet terveyteen, ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet. (Wolfe & Selekman 2002; Tossavainen ym. 2004a; Adams & McCarthy 2005; Merrell ym. 2007.)

Perhekeskeisyys on terveydenhoitotyön keskeinen periaate (Siivola 1985; Simoila 1994; Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000; Pessa 2004). Sillä tarkoitetaan kokonaisvaltaista lasten ja perheiden hoitamisen tapaa, joka varmistaa, että hoitaminen on suunniteltu kattamaan koko perheen eikä pelkästään lasta tai yksittäistä perheen jäsentä. Perheet kohdataan yksilöllisesti, heidän ainutlaatuiset arvonsa, voimavaransa sekä tapansa ja tottumuksensa huomioiden. Kaikki perheen jäsenet huomioidaan hoitotyön asiakkaina ja heidän kanssaan tehdään yhteistyötä. (Hutchfield 1999; Shields ym. 2006.) Perheiden ja perheenjäsenten hoitotyön tavoitteena on perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen ja edistäminen (Friedemann 1995, Friedman ym. 2003).

Perheiden ja hoitotyöntekijöiden yhteistyö on osa perhekeskeistä hoitotyötä (Gallant ym. 2002; Lee 2007). Tutkimusten (Henneman ym. 1995; Coyne 1996; Gardner & Cary 1999; Gallant ym. 2002) mukaan ei ole selkeitä yhteisymmärrystä siitä, mitä yhteistyö hoitotyössä tarkoittaa. Käsitteen määrittely vaihtelee riippuen tarkastelukulmasta ja yhteistyösuhteen kontekstista. Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa yhteistyötä kuvaamaan on käytetty erilaisia

käsitteitä, kuten *partnership in care*, *partners in care*, *involvement in care*, *mutual participation*, *parental participation*, *cooperation*, *collaboration* ja *family-centered care*. (Coyne 1996; Hutchfield 1999; Gallant ym. 2002; Franck & Callery 2004; Hook 2006.) Käsitteitä käytetään kirjallisuudessa lähes synonyymeina. Erilaiset tulkinnat ja käsitteisiin liittyvät sisällölliset erot ovat johtaneet niiden sekavaan käyttöön. Käsitteiden epäjohdonmukainen käyttö aiheuttaa tutkijoissa ja hoitotyöntekijöissä usein hämmennystä. (Lee 2007.) Perheiden ja hoitotyöntekijöiden yhteistyösuhde on kuitenkin tärkeä (Tomlinson & Hall 2003). Yhteistyö parantaa hoitotyön tuloksia ja itsehoitotaitoja, asiakkaiden, perheiden ja hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä sekä johtaa terveydenhuollon voimavarojen tehokkaampaan käyttöön (Courtney ym. 1996; Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Clendon & White 2001; Franck & Callery 2004; Betz 2006; Hook 2006).

Yhteistyö asiakkaan ja perheen kanssa on osa laadukasta hoitotyötä. Yhteistyö perheiden kanssa korostuu erityisesti lasten hoitotyön kontekstissa. Useimmissa tutkimuksissa (Blue-Banning ym. 2004; Davies & Hall 2005; MacKean ym. 2005; O'Haire & Blackford 2005; Betz 2006; Coyne & Cowley 2007; Lee 2007) on kartoitettu sairastuneen lapsen vanhempien ja hoitajien kokemuksia yhteistyöstä. Tulosten mukaan perhekeskeiseksi ajateltu hoitotyö ei tavoita aina perheiden tarpeita, ja siksi vanhempien ja hoitajan suhdetta ei voida kuvailla yhteistyösuhteeksi. Tutkimuksissa vanhempien ja hoitajien välisessä yhteistyössä korostetaan vuorovaikutusta, toisen arvostamista, tasavertaisuutta ja ymmärrettävän tiedon antamista. Shin ja White-Traut (2005) sekä Coyne (2006) ovat tutkineet sairaalahoidossa olevien lasten ja hoitajien yhteistyötä. Tulosten mukaan lapsen ja hoitajan yhteistyötä kuvaa lapsen passiivisuus. Lasten mielipiteitä kysytään vähän. Yhteistyö lapsen kanssa edellyttää erilaisia vuorovaikutustaitoja kuin vuorovaikutus aikuisen kanssa. Myös lastenneuvolassa Hydenin ja Baggensin (2004) tutkimuksen mukaan yhteistyö ja vuorovaikutus lapsen ja vanhempien kanssa edellyttää terveydenhoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä vaihdella vuorovaikutustapoja.

Suomalaisen lastenneuvolatyön näkökulmasta vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä ovat tutkineet muun muassa Heimo (1999, 2002), Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen (2000), Rantala (2002), Viljamaa (2003) ja Hakulinen-Viitanen kumppaneineen (2005). Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (2004) lastenneuvolatyöstä tarkastellaan terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä. Tutkimusten mukaan perhekeskeisessä lastenneuvolatyössä huomioidaan koko perhe, ja hoitotyö on perhelähtöistä. Hoitotyössä korostuu tiedon ja vastuun jakaminen sekä hyvä yhteistyösuhde, joka rakentuu molemminpuoliselle luottamukselle, tasavertaisuudelle, vastavuoroisuudelle ja perheen asiantuntijuuden kunnioittamiselle. Perhekeskeinen työskentely edellyttää perheen elämäntilanteen tuntemusta, ja se sisältää yksilöllistä ohjausta ja vanhemmuuden ja parisuhteen tukemista voimavaroja vahvistamalla.

Vanhempien odotukset perhekeskeisyydestä ovat usein suurempia kuin neuvolan tarjoamat mahdollisuudet.

Kouluterveydenhuoltoa ja kouluterveydenhoitajan työtä on hoitotieteessä tutkittu jonkin verran, mutta tieto on sirpalemaista (Lightfoot & Bines 2000; Wainwright ym. 2000; Croghan ym. 2004; Gleeson 2004; Adams & McCarthy 2005). Tieto perustuu usein erilaisiin tilastoihin, suosituksiin, raportteihin ja toimintaohjelmiin. Tutkimusten tiedonantajina ovat useimmiten olleet terveydenhoitajat ja heidän esimiehensä sekä koulun henkilökunta. Koululaisen ja kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan laajaa ja monimuotoista yhteistyötä vanhempien, koululaisten, opettajien ja muun oppilashuollon henkilöstön kesken sekä koko kunnassa yli sektori- ja ammattirajojen (Varjoranta & Pietilä 1999; Paavilainen ym. 2000; Mäenpää ym. 2002; Opetushallitus 2002; Stakes 2002). Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyön sisältöä ei ole raportoitu suomalaisessa hoitotieteellisessä kirjallisuudessa. Vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä osana kouluterveydenhuollon palveluiden toteutusta ovat kuvanneet Varjoranta ja Pietilä (1999), Strid (1999) sekä Sihvola (2000) tutkimuksissaan.

Perhekeskeiseen hoitotyöhön ja perhehoitotieteeseen kaivataan edelleen perheen terveyteen ja toimintaan sekä perhehoitotyöhön itseensä liittyvää tutkimusta ja teorian muodostamista (Åstedt-Kurki & Paunonen 1999; Pelkonen & Hakulinen 2002; Aho ym. 2004). Claussonin tutkimusryhmän (2003) mukaan tarvitaan myös enemmän tutkimusta perheiden tarpeista ja perhekeskeisestä lähestymistavasta kouluterveydenhuollossa. Perheiden kanssa tehtävä yhteistyö on kontekstisidonnaista eikä sitä ole tutkittu alakoulun kouluterveydenhuollon näkökulmasta, siksi tämä tutkimus on tarpeellinen. Kouluterveydenhuollon toimintaa ohjaavista suosituksista ja ohjelmista nousee sen kehittämisen yhdeksi tärkeäksi haasteeksi lapsen ja perheen tarpeista lähtevän palvelujärjestelmän kehittäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2008; Paavola ym. 2006). Tällä tutkimuksella pyritään vastaamaan tähän haasteeseen. Perhettä ei ole tarkasteltu tässä tutkimuksessa yhtenä kokonaisuutena, koska perheessä kohtaavat perheenjäsenten erilaiset, jopa eriävät todellisuudet (Franck & Callery 2004; Gage ym. 2006; Sallinen 2006). Tässä tutkimuksessa kuultiin vanhempien ja koululaisten näkemyksiä erikseen. Alakoululaisista on tehty vain vähän hoitotieteellistä tutkimusta. Ikävaihe on yleisesti jäänyt varhaislapsuuteen liittyvän tutkimuksen sekä nuoruusikään liittyvän tutkimuksen väliin (Boyd & Bee 2006; Nurmi ym. 2006). Tässä tutkimuksessa on myös kouluterveydenhoitajia tiedonantajina, koska haluttiin saada kaikkien yhteistyön osapuolten näkemykset esiin.

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää grounded theory -menetelmällä käytännönläheinen, perhehoitotieteellinen substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä lapsen terveyden edistämiseksi. Kirjallisuuden (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1998; Janhonen &

Latvala 2001; Hallberg 2006) mukaan substantiivinen teoria on tiettyä sosiaalista toimintaa, kuten yhteistyötä kuvaava ja selittävä teoria, joka on kehitetty tietylle rajatulle hoitotyön alueelle. Tämän tutkimuksen tuloksena syntynyt teoria auttaa ymmärtämään ja jäsentämään nykyistä paremmin kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä alakoulussa. Lisäksi teorian avulla voidaan kehittää perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä kouluterveydenhuollossa, lasten ja perheiden terveystalvveluita sekä terveydenhoitajakoulutuksen sisältöä entistä perhelähtöisemmäksi. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushanketta Koululaisen ja hänen perheensä terveyden edistäminen kouluyhteisössä.

2 TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLINEN KONTEKSTI

Tutkimuksen käsitteellinen konteksti kuvaa tutkittavaan aihealueeseen liittyvää aikaisempaa tietoa, jonka aihepiiriin tämä tutkimus liittyy. Tutkimuksen tekijä on perehtynyt aikaisempaan kirjallisuuteen, jotta voi määritellä ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Kirjallisuus on auttanut myös tutkimustehtävien muotoilussa sekä tutkimuksen rajaamisessa. Aikaisempaa kirjallisuutta ei kuitenkaan ole käytetty tutkimusta ohjaavana viitekehysenä. Kirjallisuuden perehtyminen ja käsitteellisen kontekstin luominen ovat tapahtuneet vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Tutkimuksen käsitteellinen konteksti on tarkentunut lopulliseen muotoonsa teorian kehittämisen jälkeen.

Käsitteellinen konteksti perustuu vuosina 2002-2008 tehtyihin kirjallisuushakuihin. Haut rajattiin pääasiallisesti kymmentä vuotta nuorempiin alakouluikäisiä lapsia ja heidän perheitään koskeviin lähteisiin. Kirjallisuushaut kotimaisista yliopistotietokannoista tehtiin TAMCATiin ja LINDAAN sekä muista tietokannoista Aleksiin ja Artoon. Ulkomaisista tietokannoista käytettiin EBSCOhostia, Mediciä, Ovidia, PsychINFOa ja PubMedia. Yksittäisinä hakusanoina tai erilaisina yhdistelminä käytettiin sanoja perhe, lapsiperhe, vanhemmat, perhehoitotyö, perhekeskeisyys, perhehoitotiede, kouluterveydenhuolto, lapsi, oppilas, terveydenhoitaja, kouluterveydenhoitaja, terveydenhoitotyö, vuorovaikutus, yhteistyö, yhteistyösuhde. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin vastaavia sanoja family, family with children, family nursing, family-centered care, family nursing science, school health care/services, school nurse/school health nurse/school clinic nurse, public health nurse, pupil, child/children, school-aged child, cooperation / collaboration /family involvement / parental participation, relationship / partnership, interaction / communication. Lähdemateriaalin valintakriteereinä käytettiin ensiksi lähteen otsikkoa ja avainsanoja ja seuraavaksi tiivistelmää, jonka perusteella päätettiin tutustumisesta koko julkaisuun ja valinnasta lähteeksi.

Kirjallisuutta on haettu myös käsihakuna eri tutkimuslaitosten julkaisuluetteloista edellä olevia hakusanoja hyödyntäen. Lisäksi kirjallisuutta hankittiin seuraamalla säännöllisesti tutkittavan aiheen kannalta keskeisiä hoitotieteen alan tieteellisiä julkaisuja, kuten Hoitotiede, Tutkiva hoitotyö,

Journal of Advanced Nursing, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Journal of School Nursing ja Journal of Family Nursing. Lisäksi käytiin läpi eri hakujen kautta saatujen julkaisujen lähdeluetteloita uusien lähteiden hankkimiseksi.

2.1 Alakoululainen perheensä jäsenenä

2.1.1 Alakoululaisen perhe

Perhe on yhteiskunnan perusyksikkö, ja sen määrittely vaihtelee riippuen määrittelijän taustasta ja kontekstista, jossa perhettä määritellään (Marin 1999; Denham 2003; Friedman ym. 2003). Perhe-käsitettä käytetään yleisesti ikään kuin kaikilla olisi samanlaiset käsitykset ja oletukset siitä (Denham 2003). Yleensä perheestä puhuttaessa se ymmärretään ydinperheeksi, jossa on äidin ja isän lisäksi yksi tai useampia lapsia (Friedman ym. 2003; Åstedt-Kurki ym. 2008). Suomalaisessa nyky-yhteiskunnassa parisuhteet ovat muuttuneet entistä hauraammiksi, ja lähes puolet avioliitoista päättyy eroon. Perhemuodot ovat moninaistuneet ja erilaiset vaihtoehdot normalisoituneet. (Nätkin 2003; Sallinen 2006; Seta ry 2007.) Yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden ja samaa sukupuolta olevien perheiden määrä on lisääntynyt. Suomessa oli vuoden 2005 lopussa 592 000 lapsiperhettä, joissa oli alle 18-vuotiaita lapsia. Lapsiperheisiin kuuluu 42 % väestöstä. Lapsiperheiden yleisin perhemuoto on avioparin perhe, joita lapsiperheistä oli 62 %. Avoparien lapsiperheitä oli 18 % ja yksinhuoltajaäitien lapsiperheitä 17 %. Yksinhuoltajaisien lapsiperheitä oli alle 3 %. Samaa sukupuolta olevan rekisteröidyn parin lapsiperheitä oli 86. (Tilastokeskus 2007.)

Perhe on muuttuva ja kehittyvä systeemi, johon perheen sisäisten tekijöiden ohella vaikuttavat monet ulkoiset tekijät (Denham 2003; Friedman ym. 2003; Sallinen 2006; Åstedt-Kurki ym. 2008). Perheet rakentuvat perheenjäsenistä muodostuneista alasysteemeistä (Friedman ym. 2003). Perheenjäsenet ovat tai eivät ole sukulaisia toisilleen ja heidän välillään on kiintymystä, velvollisuuksia ja sitoumuksia (Friedman 1995). Perheenjäsenet ovat olemassa suhteessa perheeseensä, heijastavat perhettään ja tapa suuntautua maailmaan on syntynyt perheessä (Saukkonen 2003). Perheenjäsenet ovat riippuvaisia toisistaan ja vaikuttavat toisiinsa (Hanson 2005; Friedman ym. 2003; Novilla ym. 2006). Keskeistä on läheisten suhteiden subjektiivinen merkitys (Ritala-Koskinen 2001; Sallinen 2006). Hansonin (2005) mukaan perheen muodostaa kaksi tai useampia henkilöitä, jotka ovat riippuvaisia toistensa emotionaalisesta, fyysisestä ja taloudellisesta tuesta. Perhe on se, miksi perheenjäsenet sen itse määrittelevät. Hoitotyössä asiakkaat määrittelevät itse perheensä (Hanson 2005; Wright &

Leahey 2005; Åstedt-Kurki ym. 2008), ja tässä tutkimuksessa perheen määrittely perustuu perheiden omiin käsityksiin siitä, mikä perhe on ja keitä siihen kuuluu.

Ihmiset kokevat perheen läheisine ihmissuhteineen hyvin tärkeäksi ja keskeiseksi elämässään (Kontula 2004). Perhe merkitsee suomalaisille useimmiten läheisyyttä, vastuuta muista ihmisistä, yhdessä olemista sekä henkistä tukea (Paaajanen 2007). Perhe on myös ensisijaisin ja tärkein ryhmittymä, johon lapsi kuuluu. Sillä on suuri vaikutus lapsen terveyden ja hyvinvoinnin kehittämisessä. Perhe voi edistää tai ehkäistä lapsen hyvinvointia ja selviytymistä ikäkauden kehitystehtävistä. (Bickham ym. 1998; Pietilä 1999; Friedman ym. 2003; Anderson & Allen-Bryant 2005; Novilla ym. 2006.) Perheessä muodostuvat läheiset ihmissuhteet, turvallisuuden tunne ja elämän aineellinen perusta (Pulkkinen 2002b, Boyd & Bee 2006; Nurmi ym. 2006; Åstedt-Kurki ym. 2008).

Vanhempien uupumus ja jaksamattomuus vanhempana, mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä perhekriisit merkitsevät lapselle ja perheelle usein erityisen tuen tarvetta (Häggman-Laitila 2000; Stakes 2002). Työelämässä on tapahtunut paljon muutoksia, jotka voivat heijastua perheisiin ja aiheuttaa lapsen hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Työ on yhä enemmän määrällisesti ja laadullisesti kuormittavaa. Kilpailuhenkisyys ja ristiriidat työssä ovat lisääntyneet. Työn epävarmuus ja määräaikaiset työsuhteet ovat todellisuutta monessa perheessä. Perheillä on kiireinen elämän rytmi ja yhä vähemmän yhteistä aikaa, sillä työn ja koulun lisäksi yhteistä aikaa vievät monenlaiset harrastukset. Useilla perheillä on tiivis aikataulu aamusta iltaan. (Rantala 2002; Niemi & Pääkkönen 2001; Sallinen 2006.) Perheet elävät erilaisissa elämäntilanteissa, ja siksi on tärkeää selvittää perheiden voimavaroja, perheen sisäistä vuorovaikutusta ja perheen keinoja selvitä arkielämästä (Pietilä 1999). Lasten perhetilanteen tunteminen kouluterveydenhuollossa on välttämätöntä, jotta lapsi voitaisiin kohdata ja hänen terveyttään voitaisiin edistää yksilöllisesti (Strid 1999).

2.1.2 Alakoululaisen elämänvaihe

Alakoululainen elää 7-12-vuotiaana keskilapsuuden vaihetta, jolloin hän siirtyy kodin vaikutuspiiristä laajempiin sosiaalisiin ympäristöihin, kuten kouluun ja harrastuksiin. Tämä vaikuttaa lapsen kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen ja saa aikaa huomattavia muutoksia hänen käyttäytymisessään. (Pulkkinen 2002a; Nurmi ym. 2006). Alakouluikää pidetään kehityksessä tunne-elämän lepokautena (Rödstam 1992; Boyd & Bee 2006). Kouluikäisenä lapsi kokee maailman mielenkiintoisena haasteena ja on innokas oppimaan uutta. Keskilapsuuden keskeinen kehitystehtävä onkin oppiminen. Lapsi luottaa itseensä, on aloitteellinen ja sopeutuu rooliinsa koululaisena. (Nurmi ym. 2006.) Keskilapsuuden vaiheessa tarkkaavaisuuden ja loogisen

ajattelun kehitys on nopeaa. Koululaiset oppivat käyttämään hyväkseen ongelmanratkaisutaitoja, ja oppivat suuntaamaan ajatteluaan uudelleen sekä pohtimaan asioita monipuolisesti. (Rödström 1992; Nelson 1997; Pulkkinen 2002a; Nurmi ym. 2006.)

Keskilapsuudessa fyysinen kasvu on tasaista. Lapsi kasvaa pituutta keskimäärin 5-6 cm ja paino nousee noin 2.5 kiloa vuodessa. Kasvuvauhti kiihtyy vasta murrosiän alkaessa. Koululaisen oman kehon hallinta kehittyy, koska lihasten hallinta paranee ja liikkeet muuttuvat sujuvammiksi ja monipuolisemmiksi. Käden ja silmän yhteistyö tarkentuu edelleen. Hienomotoriset taidot kehittyvät, mikä on tärkeää kirjoittamisen, piirtämisen ja leikkaamisen kannalta. Keskilapsuudessa pojat menestyvät tyttöjä paremmin lihasvoimaa vaativissa suorituksissa. Heidän lihasmassansa on jonkin verran suurempi kuin tyttöjen lihasmassa. Tytöt menestyvät hienomotorisia taitoja vaativissa tehtävissä poikia paremmin. Motoriset taidot kehittyvät myös fyysistä aktiivisuutta vaativissa leikeissä, jotka ovat tyypillisiä keskilapsuuden vaiheessa. (Boyd & Bee 2006; Nurmi ym. 2006.)

Lapsen itsetunnon, persoonallisuuden ja mielenterveyden kehittymisen kannalta perheenjäsenten keskinäiset suhteet, kodin ilmapiiri ja vanhempien sekä sisarusten suhtautuminen lapseen ovat merkityksellisiä (Pulkkinen 2002a; Svavarsdóttir 2005; Nurmi ym. 2006). Perheenjäsenten välisillä vuorovaikutussuhteilla on suuri merkitys myös koululaisen subjektiiviselle hyvinvoinnin kokemukselle (Konu ym. 2002; Joronen 2005). Jorosen (2005) tutkimuksen mukaan murrosikäiset arvostavat perheen rakastavaa ilmapiiriä, vanhempien kannustusta ja avointa vuorovaikutusta perheessä. Huolia ja kielteisiä tunteita perheessä nuorelle aiheuttavat eripuraisuus, ristiriidat, vanhempien avioero, perheenjäsenen sairaus tai kuolema tai liiallinen riippuvuus perheenjäsenistä. Kirjallisuuden (Nelsonin 1997; Pulkkinen 2002a; Pulkkinen 2002b; Uusikylä 2002; Nätkin 2003; Myllyniemi & Tontti 2006; Nurmi ym. 2006) mukaan lapsen tulee saada tarvitsemaansa opastusta ja rohkaisua sekä suojaa ja rajoja. Keskeistä on vanhempien osoittama lämpö ja rakkaus, lapsen tarpeista kiinnostuminen ja huolehtiminen sekä lapsen kiittäminen ja rohkaiseminen. Nelsonin (1997) mukaan koululaiset tarvitsevat muitakin huolehtivia ja luotettavia aikuisia elämäänsä kuin omia vanhempia. He tarvitsevat tukiverkostoa, joka muodostuu vanhempien lisäksi opettajista, kouluterveydenhoitajasta ja oppilashuollon muusta henkilöstöstä. Lapset tarvitsevat jatkuvuutta, pysyvyyttä, turvallisuutta ja lisääntyvää itsenäistä päätösvaltaa ja vastuuta iän karttuessa (Nelson 1997; Uusikylä 2002; Nätkin 2003).

Lapsen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että hänelle muodostuu positiivinen käsitys omasta osaamisesta ja selviytymisestä kotona, koulussa ja ystäväpiirissä. Se suojaa koululaista myöhemmiltä käyttäytymisongelmilta. (Pulkkinen 2002a; Nurmi ym. 2006.) Ikätovereiden merkitys kasvaa lapsen itsenäistyessä vähitellen

perheestään (Rödnam 1992; Boyd & Bee 2006). Samaa sukupuolta olevat ystävät ovat tärkeitä, koska ystävien parissa opitaan sukupuolelle tyypillistä käyttäytymistä sekä toiminnallisia ja sosiaalisia taitoja (Pulkinen 2002a; Nurmi ym. 2006). Ystävien puuttuminen ja torjutuksi tai kiusatuksi tuleminen vaarantavat lapsen tasapainoisen kehityksen. Toistuvan koulukiusaamisen kohteeksi joutuu noin 10 % alakoulun oppilaista. (Konu 2002; Pulkinen 2002a; Claussen ym. 2003; Salonen ym. 2004.) Sopiva määrä harrastuksia on tärkeä vastapaino koulutyölle. Harrastukset voivat kehittää koululaisen sosiaalisia ja toiminnallisia taitoja sekä vahvistaa perusturvallisuutta (Pulkinen 2002a; Nurmi ym. 2006).

Koululaisilla on nykyään runsaasti terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia, joiden takana on usein vanhempien ja koko perheen pahoinvointi (Laakso 1998; Stakes 2002; Välimaa 2004). Lapsen elintapaongelmat, kuten liikunnan puute ja yksipuolinen, epäterveellinen ravinto peilaavat vanhempien huonoja elintapoja (Välimaa 2004). Kaksi kolmasosa suomalaisista lapsista kärsii jostakin somaattisesta oireesta ja noin viidesosa psyykkisistä oireista (Saukkonen 2003; Salonen ym. 2004). Myös perherakenteiden hajanaisuuteen ja lasten kasvatusongelmiin liittyvät turvattomuuden oireet ja sairaudet, kuten mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriintyminen, ovat yleisiä (Lightfoot & Bines 2000; Rantala 2002; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Alakoululaisten tavallisimpia oireita ovat päänsärky sekä vatsa- ja niskahartiaseudun vaivat. Ylipainoisten alakouluikäisten määrä on kasvanut. Astma ja allergiset sairaudet ovat koululaisten suurin tautiryhmä infektioiden jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Salonen ym. 2004; Välimaa 2004.) Tupakoinnin ja alkoholin käytön kokeilut ovat siirtyneet aikaisempaa myöhempään ikävaiheeseen (Rimpelä ym. 2007b). Lasten oppimisvaikeudet ja psykosomaattiset oireet ovat lisääntyneet ja ovat merkittäviä ongelmaryhmiä kouluterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Lapsuudessa pojilla on enemmän terveysongelmia kuin tytöillä. Heillä on diagnosoitu tyttöjä enemmän astmaa ja kehityksen viivästymistä sekä viivästynyttä koulun aloittamista ja erityisopetuksen tarvetta. (Gissler ym. 2006.) Tytöt raportoivat kuitenkin oireita ja terveysongelmia poikia herkemmin (Gissler ym. 2006; Konu & Lintonen 2006). Pojat arvioivat terveytensä myönteisemmin kuin tytöt (Välimaa 2004).

Keskilapsuus on aikaa, jolloin koululainen alkaa tehdä itsenäisiä terveyteen liittyviä valintoja ja terveystottumukset muodostuvat. Alakoululainen oppii elämisen taitoja koko elämän ajaksi. (Nelson 1997; Pulkinen 2002a; Mandel & Qazilbash 2005; Boyd & Bee 2006.) Alakoululaisen valmiudet terveyttään koskevien valintojen tekemiseen ovat kuitenkin rajoittuneet. Ne edellyttävät keskustelumahdollisuuksia aikuisen kanssa omaan terveyteen liittyvistä asioista sekä aikuisen antamaa tukea ja ohjausta. (Varjoranta & Pietilä 1999; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

2.2 Alakoululaisen terveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa

2.2.1 Kouluterveydenhuolto alakoulussa

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koulu yhteisön hyvinvoinnin ja lasten terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004). Kansanterveyslaki (66/1972, 746/1992, 626/2007) ja asetus (802/1992) määrittelevät kouluterveydenhuollon järjestämisen kunnan tehtäväksi osana kansanterveystyötä. Lisäksi kouluterveydenhuoltoa ohjaavat Perusopetuslaki (628/1998) ja Lastensuojelulaki (417/2007). Kouluterveydenhuollon suunnittelua ja toteutusta sekä oppilaiden terveyden edistämistä ohjaavat muun muassa seuraavat terveystieteelliset ohjelmat ja suositukset: Terveys 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008-2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008), Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma (2000), Kouluterveydenhuollon opas (Stakes 2002) ja Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004) sekä Terveyden edistämisen laatusuositus (2006). Kouluterveydenhuolto on osa koulun oppilashuoltoa (Laakso 1998; Stakes 2002; Hallantie 2005). Siihen kuuluu koululaisen oppimisen perusedellytyksistä sekä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen. (Opetushallitus 2004; Hallantie 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.)

Kouluterveydenhuollon toimintaa ovat koulun terveydellisten olojen valvonta, määräajoin koko ikäluokalle suunnatut terveystarkastukset ja seulontatutkimukset, rokottaminen, yksilöllinen ja ryhmäkohtainen terveysneuvonta luokissa, terveyskasvatus sekä koululaisten ja perheiden ohjaaminen ja tukeminen (Albinsson ym. 1996; Cotton ym. 2000; Clendon & White 2001; Clark ym. 2002; Robinson 2002; Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004; Gross ym. 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a; Merrell ym. 2007). Kasvun ja kehityksen sekä terveyden seuraaminen mahdollistavat kehityksellisten viivästymien ja puutteiden sekä terveyteen liittyvien ongelmien varhaisen havaitsemisen ja oppilaan välittömän auttamisen (Papenfus & Bryan 1998; Stakes 2002; Clausson ym. 2003; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a). Kouluterveydenhuoltoon sisältyy myös erityistukea tarvitsevista lapsista ja ensiavusta huolehtiminen (Albinsson ym. 1996; Clendon & White 2001; Clark ym. 2002; Robinson 2002; Stakes 2002; Gross ym. 2006). Kouluterveydenhuollon henkilöstö edistää, seuraa ja valvoo koulun työoloja sekä koulutyön turvallisuutta ja terveellisyttä oppilaan näkökulmasta määräajoin (Stakes 2002).

Kouluterveydenhuoltoa on kritisoitu siitä, että se on perustunut ongelmien etsimiseen ja rutiininomaiseen mittaamiseen. Huomio on kohdistunut lapsen fyysiseen terveyteen ja sen arviointiin. (Cotton ym. 2000; Paavilainen ym. 2000; Shuler 2000; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2002a, 2004a, 2004b; Badger & Brown 2005.) Samoin terveystiedon opetuksen on arvioitu perustuvan ongelmiin

eikä lapsen ja perheen elämäntilanteeseen ja voimavaroihin (Varjoranta & Pietilä 1999; Cotton ym. 2000). Terveys on lasten ja perheiden tärkeimpiä jokapäiväisen elämän, hyvinvoinnin ja kehityksen voimavaroja, ja siihen panostaminen on investointi tulevaisuuteen. Terveys syntyy, sitä tuetaan ja se voi heikentyä kodin, koulun ja vapaa-ajan toimintojen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elämäntapojen ja valintojen tuloksena. Terveyttä voidaan edistää lisäämällä terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja tukemalla terveellistä elämäntapaa sekä lisäämällä lasten ja vanhempien terveystietoa ja -taitoja. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001, 2006b; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Tossavainen ym. (2002b) mukaan kouluissa kaivataan laajempaa terveyden määrittelyä yksilökeskeisyydestä kohti terveyden kokonaisvaltaista sosiaalista luonnetta. Terveys tulisi ymmärtää myönteisenä yksilön jokapäiväisen elämän voimavarana, toimintakykyisyytenä, hallinnan tunteena ja mahdollisuutena toteuttaa itseään sekä tasapainona itsen ja ympäristön kanssa (Tossavainen ym. 2002b; Strandmark 2007). Nykyisin kouluterveydenhuollossa pyritään kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen. Sairauksien ehkäisystä on siirrytty oppilaiden fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kulttuurillisen, ympäristöllisen ja henkisen terveyden edistämiseen. (DeBell & Everett 1998; Shuler 2000; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2002a; Clausson ym. 2003; Merrell ym. 2007.) Lisäksi pyritään oppilaiden terveystietojen, elämäntaitojen, vahvuuksien ja voimavarojen tukemiseen ja koko kouluyhteisön hyvinvoinnin lisäämiseen (Turunen ym. 2000; Tossavainen ym. 2002a; Barnes ym. 2004; Borup & Holstein 2004; Tossavainen ym. 2004a, 2004b).

Kouluterveydenhoitaja tapaa koululaiset säännöllisesti, joten hänellä on hyvä mahdollisuus vähentää koululaisten terveyden eriarvoisuutta (Borup & Holstein 2004). Kouluterveydenhoitajan ja lääkärin tulisi tehdä oppilaalle peruskoulun aikana vähintään kolme laaja-alaista terveystarkastusta ja laatia niiden pohjalta yksilöllinen hyvinvointi- ja terveystieteiden suunnitelma. Välivuosina terveydenhoitaja kohtaa oppilaita terveystapaamisissa. (Stakes 2002.) Terveystapaamiset voivat olla yksilöllisiä tai ryhmässä toteutettuja. Tapaamiset rakentuvat luokka-astekohtaisista, koululaisen kehitykselliseen tasoon tai huoliin liittyvistä terveysaiheista, ja aloitteen tekijänä voi olla joko koululainen, vanhemmat tai kouluterveydenhoitaja. Ulkomaisten tutkimusten (Borup 2000; Borup & Holstein 2004; Gleeson 2004) mukaan terveystapaamiset ovat osittain korvanneet ja ainakin vähentäneet rutiininomaista oppilaiden painon, pituuden, kuulon ja näön mittaamista.

Kouluterveydenhuollon palveluiden tarjonta vaihtelee melko runsaasti eri puolilla maamme. Palveluiden suunnitelmallinen kehittäminen ja johtaminen toteutuvat vain osassa terveyskeskuksia. Kouluterveydenhuollossa ei toteuteta yhtenäisiä toimintalinjoja eikä tarjota samanlaisia palveluita eri terveyskeskuksissa eikä terveyskeskuksen sisällä eri koulujen välillä. (Kivimäki ym. 2007; Rimpelä ym. 2007a.) Kouluterveydenhuollon palveluita kehitettäessä

tulee yleisesti ja yhtenäisesti suunnata toimintaa oppilaiden terveellisten elämäntapojen tukemiseen, mielenterveyden tukemiseen, väkivallan ja koulukiusaamisen ehkäisemiseen, syrjäytymisen ehkäisemiseen ja perheiden tukemiseen. Tämä edellyttää kouluterveydenhuollossa käytettyjen menetelmien, mallien ja välineiden yhtenäistämistä ja kehittämistä. (Stakes 2002; Tossavainen ym. 2002a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b.)

Kouluterveydenhuolto ja lapsen terveyden edistäminen ovat yhteistyötä, johon osallistuvat koululainen, vanhemmat, kouluterveydenhoitaja, koululääkäri, opettajat ja oppilashuollon muu henkilöstö (Albinsson ym. 1996; Varjoranta & Pietilä 1999; Cotton ym. 2000; Robinson 2002; Stakes 2002; Clausson ym. 2003; Gance-Cleveland & Yousey 2005; Gross ym. 2006). Yhteistyötä voidaan tehdä myös nuorisotyöntekijän sekä seurakunnan ja urheiluseurojen työntekijöiden kanssa (Varjoranta & Pietilä 1999; Stakes 2002; Tossavainen ym. 2004a). Vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeää ja keskeistä lapsen terveyden edistämässä, siksi oppilaiden vanhemmat kutsutaan mukaan kaikkiin koulun terveystarkastuksiin ja terveystapaamisiin (Stakes 2002). Kouluterveydenhuollon palvelut on saatavilla koululta tai sen välittömästä läheisyydestä koulutyön aikataulujen mukaan (Laakso 1998; Stakes 2002). Kouluterveydenhuolto on koululaisen työterveyshuoltoa, ja se on palvelua lapsen terveyden edistämiseksi ja koko perheen hyvinvoinnin tukemiseksi (Laakso 1998; Clendon & White 2001; Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004).

2.2.2 Kouluterveydenhoitaja alakoululaisen terveyden tukijana

Kouluterveydenhoitaja on itsenäinen terveyden edistämisen sekä alakoululaisen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin asiantuntija koulussa (Stakes 2002; Libbus ym. 2003; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a). Hänellä on tärkeä rooli lapsen edustajana ja hyvinvoinnin kartoittajana, tukijana ja ohjaajana (Albinsson ym. 1996; Varjoranta & Pietilä 1999; Tossavainen ym. 2002a; Libbus ym. 2003; Tossavainen ym. 2004a; Hyry-Honka 2006). Tähän terveydenhoitajalla pitäisi olla hyvät mahdollisuudet, koska hän tapaa kaikki koululaiset säännöllisesti työssään ja tuntee oppilaan ja hänen perheensä sekä heidän elämäntilanteensa (Nelson 1997; Varjoranta & Pietilä 1999; Paavilainen ym. 2000). Lapsen tukemista helpottaa myös se, ettei kouluterveydenhoitajalla ole oppimiseen liittyviä vaatimuksia kuten opettajilla (Varjoranta & Pietilä 1999). Kouluterveydenhoitaja voi olla kouluyhteisössä ainoa henkilö, joka kohtaa koululaisen kokonaisvaltaisesti. Hän voi olla lapselle myös ainoa henkilö, jonka kanssa lapsi voi vapaasti keskustella omaan terveyteensä liittyvistä asioista. (Nelson 1997; Tossavainen ym. 2002a).

Suurin osa kouluterveydenhoitajista työskentelee osa-aikaisesti alakoulussa, ja monella terveydenhoitajalla on useita kouluja sekä suuri määrä oppilaita vastuualueellaan (Lightfoot & Bines 2000; Merrell ym. 2007; Rimpelä ym. 2007a). Terveydenhoitajan asiakkaana on yhä enemmän lapsia, joilla on runsaasti terveysongelmia ja merkittäviä fyysisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia tarpeita. (Libbus ym. 2003.) Kouluterveydenhoitajan työ on vapaata ja itsenäistä, mutta kiireistä. (Tossavainen ym. 2004a; Hyry-Honka 2006). Kokopäivätoimisen kouluterveydenhoitajan vastuualueeseen voi suositusten (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004; Wiss ym. 2007) mukaan kuulua korkeintaan 600 oppilasta. Jos kouluterveydenhoitaja toimii useassa koulussa, oppilaita tulee olla suositusmäärää vähemmän mm. matkoihin ja yhteistyöhön kuluvan suuremman ajan vuoksi. Erytyiskoulun ja -luokan oppilaat tarvitsevat kouluterveydenhoitajan aikaa ainakin kolme kertaa enemmän kuin oppilaat keskimäärin. Wissin tutkimusryhmän (2007) mukaan kouluterveydenhuollossa oli vuonna 2005 yhtä kouluterveydenhoitajaa kohti 678 oppilasta. Vain 39 % terveyskeskuksista oli suosituksen mukainen kouluterveydenhoitajamitoitus.

Kouluterveydenhoitajan toiminta on luottamuksellista ja puolueetonta (Albinsson ym. 1996). Luottamuksellisen suhteen kehittymiselle pitää olla mahdollisuus (Lightfoot & Bines 2000) ja siksi on tärkeää, että oppilaat pääsevät terveydenhoitajan luokse, kun heillä on tarve puhua emotionaalisista tai fyysisistä ongelmistaan (Lightfoot & Bines 2000; Borup & Holstein 2004). Kouluterveydenhoitaja on tukeva, rohkaiseva ja kuunteleva aikuinen, johon oppilaat voivat luottaa. (Albinsson ym. 1996; Nelson 1997; Gleeson ym. 2002; Tossavainen ym. 2004a; Jakonen 2005.) Terveydenhoitaja on koulussa myös rinnalla kulkeva aikuinen, jolloin terveydenhoitaja voi tukea lapsen itsetuntoa ja vahvuuksia. (Varjoranta & Pietilä 1999; Barnes ym. 2004; Pirskanen ym. 2007.) Oppilaan vahvuuksia ja voimavaroja tukemalla tuetaan myös terveiden valintojen tekemistä (Borup & Holstein 2004; Pirskanen ym. 2007).

Kouluterveydenhoitaja on usein henkilö, jonka puoleen oppilas kääntyy kysyä sellaisia kysymyksiä, joita ei voi tai halua vanhemmiltaan tai opettajaltaan kysyä. Kouluterveydenhoitaja puolestaan kysyy kysymyksiä auttaakseen oppilasta ajattelemaan pulmiansa laajemmin. (Nelson 1997; Lightfoot & Bines 2000.) Terveydenhoitajan työssä korostuvat hyvät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot (Duffy ym. 1998; Lohiniva 1999; Hyden & Baggens 2004). Tavallisimpia hoitotyön menetelmiä kouluterveydenhuollossa ovat keskustelu, kuuntelu, tuen sekä merkityksellisen tiedon tarjoaminen koululaisille ja heidän perheilleen (Duffy ym. 1998; Pelkonen & Hakulinen 2002).

Vastaanotot ovat terveydenhoitajien eniten käyttämiä työmenetelmiä. Ne ovat laaja-alaisia terveystarkastuksia, terveystapaamisia tai avovastaanottoja, jolloin oppilaat voivat mennä vastaanotolle ilman ajanvarausta. Niihin kuluu suurin osa kouluterveydenhoitajan työajasta. (Albinsson ym. 1996; Varjoranta & Pietilä

1999; Cottonin ym. 2000; Lightfoot & Bines 2000; Stakes 2002; Badger & Brown 2005.) Koululaisilla on paljon puhumisen ja uskoutumisen tarvetta. (Clausson ym. 2003.) Yleisimmät syyt alakoululaisen käyntiin kouluterveydenhoitajan luona ovat Larssonin ja Zaluhan (2003) mukaan halu keskustella aikuisen kanssa ja saada aikuisen huomiota, tapaturmat ja haavat sekä tarkkaavaisuusongelmat ja keskittymiskyvyn puute. Ongelmat lapsen kotona ovat myös yleinen käynnin syy.

Kouluterveydenhoitajalla on tärkeä rooli oppilaiden terveyteen ohjaajana ja terveyden oppimisen tukijana (Tossavainen ym. 2004a, b; Jakonen 2005). Hän ohjaa oppilaita terveyteen liittyvissä asioissa yksilöllisesti, pienryhmissä ja luokkatilanteissa (Varjoranta & Pietilä 1999; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2004b). Pelkkä tiedon antaminen lapselle terveydestä ei kuitenkaan riitä. Neuvonnan on liityttävä lapsen kokemusmaailmaan, ja kouluterveydenhoitaja auttaa oppilasta pohtimaan omakohtaisesti terveyttä ja siihen liittyviä asioita. Ohjauksessa tulee huomioida lapsen ikä ja teeman ajankohtaisuus ikäkaudelle. (Humphries 2002; Tossavainen ym. 2004a; Jakonen ym. 2005; Pirskanen ym. 2007.) Ohjauksen tulisi perustua myös ennakoivaan toimintatapaan, jossa korostuvat lapsen ja perheen voimavarojen kartoitus ja niiden tukeminen (Sirviö 2006; Pirskanen ym. 2007).

Terveydenhoitaja toimii yhdyshenkilönä eri tahojen välillä oppilaiden asioissa (Varjoranta & Pietilä 1999). Hän toimii myös terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden asianajajana koulussa (Hootman 2002; Robinson 2002; Tossavainen ym. 2004a) yhteisöllä lähtöisesti (Lohiniva 1999). Näin ollen kouluterveydenhoitajan työ vaatii laajaa tietopohjaa, jotta se vastaisi oppilaiden terveystarpeisiin ja terveydenhoitaja voisi työskennellä tuloksellisesti monien koulu- ja yhteisötiimien jäsenenä (Hootman 2002).

2.2.3 Kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyö alakoululaisen terveyden edistämiseksi

Yhteistyön ominaispiirteet hoitotyössä

Yhteistyön ennakkoehtoina pidetään yhteistyösuhteen ja kommunikoinnin luottamuksellisuutta, avoimuutta ja jatkuvuutta. (Paavilainen ym. 1997; Hutchfield 1999; O'Neill 2002; Pelkonen & Hakulinen 2002; Viljamaa 2003.) Hoitotyössä yhteistyösuhde rakentuu asiakkaan kunnioittamisesta, tukemisesta, luottamuksesta sekä kiireettömyydestä (Gallant ym. 2002; O'Neill 2002; Blue-Banning ym. 2004; LeGrow & Rossen 2005; Betz 2006). Hoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot. Hänen on osattava keskustella ja neuvotella avoimesti sekä oltava suora ja rehellinen vuorovaikutuksessaan. (Blue-Banning ym. 2004;

MacKean ym. 2005; Corlett & Twycross 2006; Hook 2006.) Vuorovaikutukseen kuuluu kuuntelua, kysymistä, neuvojen ja tiedon antamista, opettamista, tukemista, kyseenalaistamista ja vahvistamista. On myös tärkeää pyytää asiakasta itse kuvaamaan omaa tilannettaan, tunteitaan, kokemuksiaan ja ajatuksiaan. (Tveiten ym. 2005.)

Yhteistyölle on ominaista tasavertainen yhdessä toimiminen, yhteisen tavoitteen asettaminen neuvotellen asiakkaan kanssa ja yhteisten päätösten tekeminen yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Yhteistyösuhteeseen kuuluu myös selkeä roolien määrittely ja vastuun jakaminen. (Paavilainen ym. 1997; MacIntosh & McCormac 2001; Gallant ym. 2002; Davies & Hall 2005; LeGrow & Rossen 2005; Betz 2006; Hopia 2006.) Yhteistyösuhteeseen kumpikin osapuoli tuo omat arvonsa ja asenteensa, ja ne voivat olla samanlaiset tai erilaiset. Huolimatta arvojen erilaisuudesta yhteistyösuhde voidaan saavuttaa, kun kaikki osapuolet kunnioittavat toistensa näkemyksiä. (Lynn-McHale & Deatrck 2000; Gallant ym. 2002; LeGrow & Rossen 2005; Betz 2006.) Luottamus on keskeistä yhteistyösuhteessa. Se kehittyy, kun vuorovaikutus on avointa ja yhteistyökumppanit ovat tietoisia toistensa asiantuntijuudesta. Vastavuoroinen jakaminen ja erilaisten näkemysten kunnioittaminen edistävät yhteistyösuhteen kehittymistä. (Lynn-McHale & Deatrck 2000; MacIntosh & McCormac 2001; Pelkonen & Hakulinen 2002; Blue-Banning ym. 2004; Davies & Hall 2005; Betz 2006; Hook 2006; Hopia 2006). Luottamusta voidaan vahvistaa kuuntelemalla, puolia pitämällä, vahvuuksia vahvistamalla, olemalla tuomitsematta ja olemalla luottamuksen arvoinen (Lynn-McHale & Deatrck 2000). Yhteistyö vaatii turvallisen ympäristön ja riittävästi aikaa (Hook 2006).

Yhteistyö on osa perhekeskeistä hoitotyötä. Perhekeskeisen hoitotyön keskiössä on koko perhe, ja siinä korostetaan perheen itsemääräämistä. Perhekeskeisen hoitotyön ulottuvuuksia ovat perheen pitäminen tärkeänä lapsen elämässä ja lapsen perustukijana, lapsen ja perheen ainutlaatuisuuden ja monimuotoisuuden kunnioittaminen, vanhempien ja perheen asiantuntijuuden sekä vahvuuksien korostaminen ja voimavarojen tukeminen sekä tiedon ja vastuun jakaminen (Duffy ym. 1998; Papenfus & Bryan 1998; Keatinge ym. 2002; Pelkonen & Hakulinen 2002; Rantala 2002; MacKean ym. 2005; Svavarsdottir 2006.)

Yhteistyö vanhempien kanssa

Yhteistyö vanhempien kanssa on tärkeää kouluterveydenhuollossa, jotta saataisiin vanhempien näkökulma lapsen terveyteen. Perhekeskeinen työskentely ei ole kuitenkaan ollut kovin yleistä kouluterveydenhuollossa eikä perhettä pidetä kouluterveydenhuollon asiakkaana. Perheen hyvinvointia koskevia tietoja pidetään kuitenkin tärkeinä lapsen terveyden edistämisen kannalta (Strid 1999; Tossavainen ym. 2002a). Myös Lightfootin ja Binesin (2000) mukaan perheen

huomiointi ja vanhempien tukeminen kouluterveydenhuollossa on hyvin vaihtelevaa. Kouluterveydenhoitaja on lähellä koululaisia ja siksi hänen olisi mahdollista havaita koululaiset ja perheet, joilla on ongelmia tai vähän voimavaroja ja tästä syystä lisääntynyt tuen tarve (Borup & Holstein 2004). Kouluterveydenhoitajat eivät ole kuitenkaan käyttäneet tilaisuuttaan niin hyvin kuin voisivat tukeakseen perheitä ja lapsia heidän vahvuuksissaan ja toisaalta ongelmissaan (Paavilainen ym. 2000; Sirviö 2006). Myös kotikäyntien tekeminen kouluterveydenhuollossa on vähäistä ja ne ovat tarveharkintaisia (Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Varjoranta & Pietilä 1999; Tossavainen 2004b).

Viime vuosina on korostettu yhteistyön merkitystä kotien ja vanhempien kanssa (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a). Kouluterveydenhoitajan ja vanhempien välisen yhteistyösuhteen kulmakivi on oletus, että vanhempi on lapsensa asiantuntija. Vanhempia kannustetaan osallistumaan lapsensa terveyttä koskevaan päätöksentekoon ja heidät nähdään tasavertaisina asiantuntijoina, joilla on tietoa jaettavaksi. Kouluterveydenhoitajalla on tietoa terveyden edistämisestä, sairauksien ennalta ehkäisystä, sairauksien hoidosta ja terveellisistä elintavoista, mutta lapsella ja perheellä on henkilökohtaista tietoa ja kokemusta omasta elämästään ja omasta terveydestään. Vanhemmat ja terveydenhoitaja edustavat erilaisia asiantuntijuuden alueita, jotka ovat yhtä tärkeitä ja toisiaan täydentäviä. Kaikki osapuolet voivat hyötyä näiden tiedon ja kokemuksen alueiden yhdistämisestä. Ilman vanhempien näkemystä lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista terveydenhoitaja voi todeta terveydenedistämisuunnitelmansa tehottomaksi. (Bickham ym. 1998; Feeley & Gottlieb 2000; Lynn-McHale & Deatrick 2000; Gallant ym. 2002; Keatinge ym. 2002; O'Neill 2002; Clausson ym. 2003; Tveiten & Severinsson 2005; Percy 2006.)

Vuorovaikutus vahvistaa perheen ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta. Ymmärtävän ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntymistä voidaan edistää avoimella, tuomitsemattomalla ja perheen vahvuuksia arvostavalla vuorovaikutuksella. Tärkeää on perheen positiivisten asioiden huomaaminen. (Papenfus & Bryan 1998; Feeley & Gottlieb 2000; Clausson ym. 2003.) Hyvä yhteistyö kouluterveydenhoitajan ja perheen välillä ilmenee siten, että koululaisen ja vanhempien kanssa voidaan keskustella perheen vaikeistakin asioista ilman, että perhe tuntee itsensä nöyryytetyksi (Strid 1999). Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön yleisimpänä esteenä on ajan puute (Birch & Hallock 1998).

Yhteistyö alakoululaisen kanssa

Aitous on keskeistä alakoululaisen ja kouluterveydenhoitajan yhteistyössä. Siihen sisältyy herkkyys havaita oppilaan pieniä merkkejä. Terveystietäjän tulee olla tarkkaavainen ja tiedostava. Oppilaalle tulee antaa riittävästi aikaa puhua asioistaan minkään keskeyttämättä. Oppilaan huolellinen kuunteleminen ja terveyteen liittyvien mielipiteiden ja kokemusten kysyminen on oleellista oppilasta arvostavassa yhteistyössä. Tärkeää on luoda avoin ilmapiiri, jossa lasta ja hänen näkemyksiään kunnioitetaan ja hänet kohdataan osallisena eikä vastaanottajana. (Borup 2000; Borup & Holstein 2004; Hyden & Baggens 2004.)

Lapsilta kysytään harvoin mielipidettä heihin itseensä kohdistuvissa asioissa. Lasten pitäisi voida ilmaista näkemyksensä asioihin, jotka liittyvät heihin itseensä, ja heidän näkemyksensä esimerkiksi kouluterveydenhuollon palveluiden kehittämisestä tulisi ottaa vakavasti. Heidän kokemuksensa terveydenhuoltojärjestelmästä tässä elämän vaiheessa voi vaikuttaa tulevaisuuden terveystietämiseen ja myös yleiseen terveyteen nuorena ja myöhemmin aikuisena. Siksi terveydenhoitajan on erityisen tärkeää kuunnella, mitä lapsilla ja nuorilla on sanottavana, ja ottaa heidät yhteistyökumppaniksi terveystietämisen ja terveyden edistämisen sekä kouluterveydenhuollon palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen. Heiltä saataisiin sellaista käyttäjätietoutta, jota ei muuten saataisi. Lasten tietoisuutta ja kypsyyttä ei saa aliarvioida. (Dixon-Woods ym. 1999; Borup 2000; Lightfoot & Bines 2000; Miller 2000; Gleeson ym. 2002; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2002b, 2004b; Mandel & Qazilbash 2005; Hyry-Honka 2006; Siurala 2007.)

Yhteistyön toimintatavat kouluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhoitaja tiedottaa perheille kouluterveydenhuollon tavoitteista, toiminnasta, työntekijöistä, yhteydenottomahdollisuuksista ja lasten terveystarkastusohjelmasta ja seulontasuunnitelmasta (Birch & Hallock 1998; Stakes 2002). Tiedon antamista vanhemmille on pidetty hoitotyössä tärkeänä (Hopia 2006). Tiedottamisessa korostetaan, että kouluterveydenhoitajan luokse voi mennä koululaisen vaivojen, kotihuolien, oppimisongelmien tai koulukiusaamisen vuoksi. Vanhemmille lähetetään myös lapselle tehtyjen tutkimusten ja mittausten tulokset kirjallisena. (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.) Oleellista on lapsen ja vanhempien tietoisuuden lisääminen ja heidän valinnanvapautensa kunnioittaminen (Pelkonen & Hakulinen 2002).

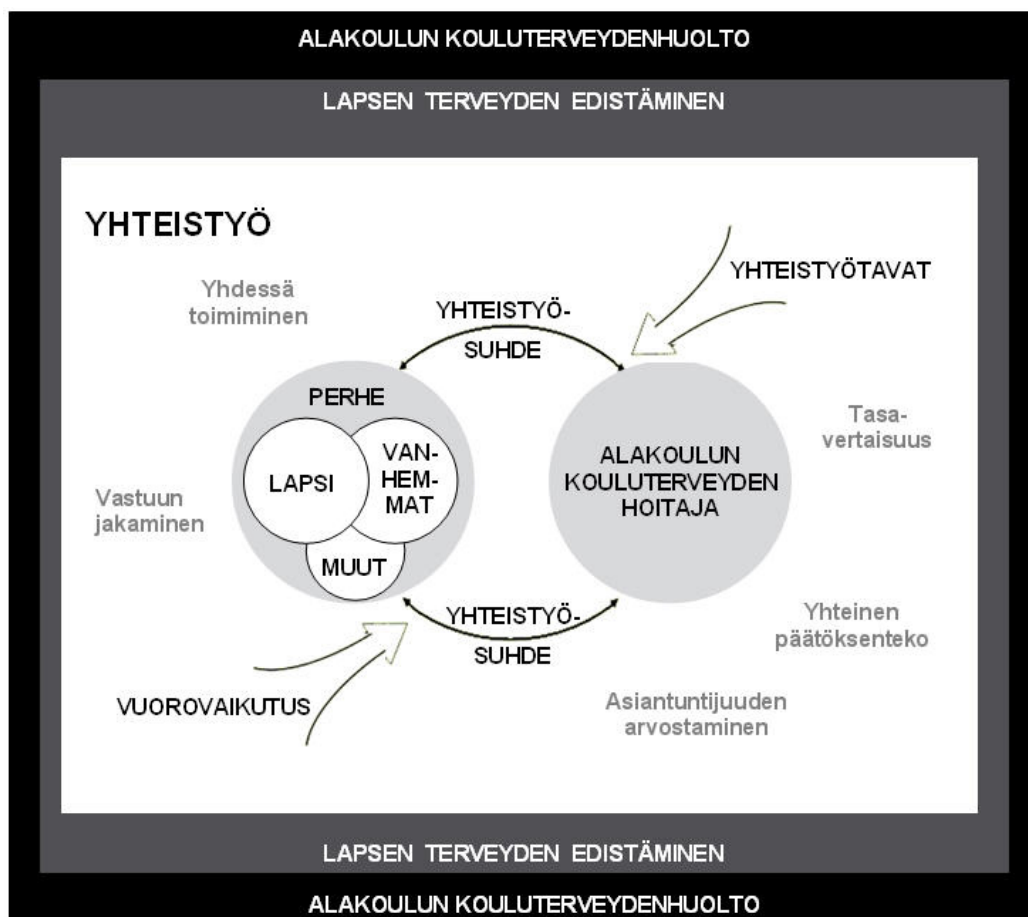
Kouluterveydenhoitaja tapaa säännöllisesti jokaista alakoululaista kahdessa laaja-alaisessa terveystarkastuksessa sekä välivuosina toteutettavissa

terveystapaamisissa. Lisäksi oppilaalla on mahdollisuus hakeutua terveydenhoitajan vastaanotolle oma-aloitteisesti. (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.) Vanhempien kanssa yhteistyötä tehdään eniten puhelimen välityksellä. Muita yhteistyön muotoja ovat terveystarkastukset, terveystarkastukset, terveystarkastukset huoltajille ja vanhempainillat. (Duffy ym. 1998; Varjoranta & Pietilä 1999.) Vanhempia kutsutaan mukaan lapsen laaja-alaisiin terveystarkastuksiin sekä kouluterveydenhoitajan järjestämiin terveystapaamisiin (Stakes 2002). Salosen ja kumppaneiden (2004) mukaan vanhemman osallistuminen lapsen terveystarkastukseen on tärkeää, koska vanhempien on mahdollista saada silloin uutta tietoa lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista. Koulun järjestämissä vanhempainilloissa vanhemmille voitaisiin antaa nykyistä enemmän terveystietoa (Salonen ym. 2004; Jarvis & Stark 2005). Häggman-Laitilan ja Pietilän (2007) mukaan pienryhmät mahdollistavat vanhempien vertaistuen sekä yhteisen keskustelun perheille ajankohtaisista asioista. Vanhempainillat voivat toimia perheiden voimavaroja lisäävinä keskustelutilaisuuksina.

Kouluterveydenhoitaja tekee kotikäyntejä vähän (Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Tossavainen ym. 2004a), mutta ne olisivat hyvä tapa vuorovaikutussuhteen luomiseen. Asiakkaat kokevat oman kodin turvallisemmaksi paikaksi kuin kouluterveydenhoitajan vastaanoton, ja siksi luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntyminen siellä on helpompaa (Tveiten ym. 2005). Kotikäynneillä kouluterveydenhoitaja saisi hyvää tietoa perheestä ja lapsen elämästä ja toiminnasta (Papenfus & Bryan 1998). Kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyön tavoitteena ovat mahdollisimman luottamukselliset ja avoimet suhteet, jotta vanhemmat voivat tarvittaessa ottaa helposti yhteyttä kouluterveydenhuoltoon ja kokea kouluterveydenhoitajan yhteydenotot ja kotikäynnit myönteisinä asioina. (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

2.3 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohtana olevasta aikaisemmasta tiedosta

Tämän tutkimuksen lähtökohtana ollut aikaisempi tieto on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohtana olevasta aikaisemmasta tiedosta

Alakoulun kouluterveydenhuollon tavoitteena on kouluyhteisön hyvinvoinnin ja koululaisten terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen (Stakes 2002; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004). Lapsen yksilöllisen kasvun, kehityksen ja terveyden säännöllinen seuraaminen mahdollistaa niihin liittyvien poikkeamien ja ongelmien havaitsemisen, varhaisen puuttumisen ja lapsen auttamisen. (Papenfus & Bryan 1998; Stakes 2002; Clausson ym. 2003; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a). Kouluterveydenhuollossa pyritään lapsen kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen yhteistyössä vanhempien kanssa. Lisäksi pyritään koululaisen terveystietojen ja -taitojen edistämiseen, voimavarojen tukemiseen sekä yhteisöllisen hyvinvoinnin lisäämiseen koulussa. (Tossavainen ym. 2002a; Clausson ym. 2003; Borup & Holstein 2004; Tossavainen ym. 2004a, b; Merrell ym. 2007.) Kouluterveydenhoitajan toiminnan yhtenä periaatteena on perhekeskeisyys. Perhekeskeisessä hoitotyössä huomioidaan koko perhe ja sen hyvinvoinnin tukeminen (Friedemann 1995; Friedman ym. 2003). Kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyö on osa perhekeskeistä hoitotyötä (Gallant ym. 2002; Lee 2007).

Koululaisen terveyden edistäminen on monialaista yhteistyötä, ja tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä.

Tutkimuksen lähtökohtana olevan kirjallisuuden (MacIntosh & McCormac 2001; Gallant ym. 2002; Davies & Hall 2005; Betz 2006) perusteella yhteistyö on tasavertaista yhdessä toimimista sekä vastavuoroisuutta ja yhteistä päätöksentekoa yhteisesti asetetun päämäärän suuntaisesti eli tässä tutkimuksessa koululaisen terveyden edistämiseksi. Yhteistyössä korostuu toisen osapuolen asiantuntijuuden kunnioittaminen ja vastuun jakaminen. Yhteistyön keskiössä alakoulun kouluterveydenhuollossa on koululaisen ja terveydenhoitajan yhteistyö, mutta yhteistyö myös vanhempien kanssa on tärkeää. Perheen merkitys alakouluikäisen lapsen terveyden ja hyvinvoinnin kehittymisen ja edistämisen kannalta on kiistaton (Friedman ym. 2003; Anderson & Allen-Bryant 2005; Novilla ym. 2006). Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tavoitteena on saada selville vanhempien näkemys lapsen terveydestä (Strid 1999; Varjoranta & Pietilä 1999), ja myös vanhempien on mahdollista saada yhteistyössä uutta tietoa lapsen terveydestä (Salonen ym. 2004).

Kouluterveydenhoitajan ja koululaisen sekä vanhempien kanssa tehtävässä yhteistyössä korostuu yhteistyösuhteen luonne. Vuorovaikutuksen tulee olla avointa ja kuuntelevaa, jotta yhteistyösuhteen olisi mahdollista kehittyä luottamukselliseksi. Erilaisten mielipiteiden jakaminen ja toisen näkemysten kunnioittaminen edistävät yhteistyösuhteen kehittymistä. (Lynn-McHale & Deatrck 2000; MacIntosh & McCormac 2001; Pelkonen & Hakulinen 2002; Davies & Hall 2005; Betz 2006; Hook 2006; Hopia 2006). Kouluterveydenhoitajan ja koululaisen yhteistyösuhteessa on keskeistä lapsen näkemysten kunnioittaminen ja hänen kohtaamisensa osallisena eikä passiivisena vastaanottajana. (Borup 2000; Borup & Holstein 2004; Hyden & Baggens 2004.) Kouluterveydenhoitajan ja vanhempien välisen yhteistyösuhteen keskeinen oletus on, että vanhempi on lapsensa ja hänen asioidensa tuntija. Siksi kouluterveydenhoitajan tulisi rohkaista vanhempia osallistumaan lapsensa terveyden edistämiseen ja sitä koskevaan päätöksentekoon (Bickham ym. 1998; Feeley & Gottlieb 2000; Lynn-McHale & Deatrck 2000; Gallant ym. 2002; Keatinge ym. 2002; O'Neill 2002; Clausson ym. 2003; Tveiten & Severinsson 2005; Percy 2006.) Perheen ja kouluterveydenhoitajan väliseen yhteistyösuhteen kumpikin tuo vahvuutensa ja voimavaransa. Yhteistyösuhdetta luonnehtii vastavuoroisuus eikä se ole hierarkkinen suhde. (LeGrow & Rossen 2005.)

Kouluterveydenhoitajan ja koululaisen sekä vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön on monia tapoja. Yleisimmin koululaisia tavataan ja heidän kanssaan tehdään yhteistyötä erilaisissa vastaanottotilanteissa. Vastaanotot ovat laaja-alaisia terveystarkastuksia, terveystapaamisia tai avovastaanottoja, jolloin oppilaat voivat mennä ilman ajanvarausta keskustelemaan kouluterveydenhoitajan kanssa. (Albinsson ym. 1996; Varjoranta & Pietilä 1999; Cotton ym. 2000; Lightfoot & Bines 2000; Stakes 2002; Badger & Brown 2005.) Vanhempien ja kouluterveydenhoitajan välinen yhteistyö toteutuu usein puhelinkeskusteluina. Muita yhteistyötapoja ovat terveystarkastukset,

terveyskyselyt ja vanhempainillat (Duffy ym. 1998; Varjoranta & Pietilä 1999). Tavallisimpia hoitotyön menetelmiä erilaisissa yhteistyötilanteissa alakoulun kouluterveydenhuollossa ovat keskustelu, kuuntelu, tuen sekä terveyteen liittyvän tiedon tarjoaminen koululaisille ja heidän perheilleen (Duffy ym. 1998; Pelkonen & Hakulinen 2002).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana ollut tieto alakoulun kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä perustuu erilaisiin yleisiin kouluterveydenhuoltoon liittyviin suosituksiin ja raportteihin sekä tutkimustuloksiin perheen kanssa tehtävästä yhteistyöstä hoitotyön eri konteksteissa. Tutkimuksissa perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä ovat kuvanneet pääasiassa terveydenhoitajat tai sairaanhoitajat. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöhön painottuvaa suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta ei ole aikaisemmin julkaistu. Alakoulun kouluterveydenhuollossa perheiden kanssa tehtävän yhteistyön ymmärtämiseksi tarvitaan kaikkien yhteistyön osapuolten näkemysten tutkimista, ja siksi tämä tutkimus on tarpeellinen.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää käytännönläheinen, perhehoitotieteellinen substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä lapsen terveyden edistämiseksi. Teorian tavoitteena on auttaa ymmärtämään ja selkiyttämään kouluterveydenhoitajien ja perheiden yhteistyötä alakoulussa. Teorian avulla alakoulun kouluterveydenhuoltoa ja kouluterveydenhoitajien toimintatapoja voidaan kehittää entistä enemmän koululaisten ja heidän perheidensä lähtökohdista ja tarpeista lähteviksi. Tutkimuksessa luotavan teorian avulla voidaan kehittää myös terveydenhoitajakoulutuksen sisältöä entistä perhelähtoisemmäksi.

Tutkimuksen tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Mitkä käsitteet kuvaavat alakoulun terveydenhoitajan ja perheen välistä yhteistyötä?
- 2) Miten alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaavat käsitteet ovat suhteessa toisiinsa?
- 3) Millainen on alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaava substantiivinen teoria?

4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Grounded theory -menetelmä syntyi amerikkalaisten sosiologien Barney Glaserin ja Anselm Straussin yhteistyön tuloksena vuonna 1967 (Smith ja Biley 1997, Mills ym. 2006). Grounded theory –menetelmää käytetään tutkittaessa sellaisia ilmiöitä, joista on olemassa vähän tutkittua tietoa tai aiemmin tutkitulta alueelta halutaan etsiä uutta näkökulmaa. Menetelmää voidaan käyttää myös silloin, kun halutaan saada tiedonantajien oma näkemys esiin. (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990, 1994, 1998; Schreiber 2001.) Grounded theory –menetelmä sopii tutkimusalueille, joista on vähän olemassa olevaa teoriaa. Menetelmä on kehitetty teorian luomiseen käytännön toiminnan ja teorian välisen kuilun yhdistämiseksi. (Glaser & Strauss 1967.) Grounded theory -menetelmä valittiin tähän tutkimukseen tutkimuskysymysten perusteella. Tutkittavasta ilmiöstä kouluterveydenhuollon kontekstissa on vain vähän hoitotieteellistä tutkimusta. Grounded theory –menetelmä valittiin myös siksi, että tutkimuksen tavoitteena ei ollut testata valmista teoriaa, vaan kehittää aineistoon ankkuroitunut substantiivinen teoria, joka voi auttaa ymmärtämään ja selkiyttämään perheiden ja kouluterveydenhoitajan välistä yhteistyöprosessia. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tutkimuksessa tarkasteltiin koululaisten, vanhempien ja kouluterveydenhoitajien näkemyksiä yhteistyöstä. Hoitotieteellisessä ja perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa grounded theory –menetelmä on nykyisin yleisesti käytetty (Hall & May 2001; Holloway & Wheeler 2001; LaRossa 2005; Annells 2006). Suomalaisia hoitotieteen väitöstutkimuksia grounded theory –menetelmällä ovat tehneet esimerkiksi Kylmä (2000), Jussila (2004), Majjala (2004), Potinkara (2004) ja Hopia (2006).

Grounded theory kehitettiin sosiaalisten ilmiöiden tutkimiseen symbolisen interaktionismin näkökulmasta (Glaser ja Strauss 1967). Menetelmän juuret ovat siis symbolisessa interaktionismissa, mutta myös pragmatismi sekä sosiologian ja sosiaalipsykologian perinteet ovat vaikuttaneet grounded theory -menetelmän kehittymiseen (Smith ja Biley 1997; Schreiber 2001). Erityisesti Straussin tieteellisten lähtökohtien perusta on symbolisessa interaktionismissa ja sosiaalisten prosessien tutkimisessa (Hallberg 2006). Symbolinen interaktionismi

perustuu ajatukseen, että ihmiset antavat sosiaalisessa vuorovaikutusprosessissa merkityksiä eri asioille sen perusteella, mitä he havaitsevat ja miten tulkitsevat asiat. (Benzies ja Allen 2001; McCallin 2003; Streubert Speziale & Carpenter 2003; Heath ja Cowley 2004; Jeon 2004; LaRossa 2005; Annells 2006). Tutkijan tehtävänä on saada selville näitä merkityksiä ja tulkita niiden tarkoituksia (Jeon 2004). Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita alakoulun kouluterveydenhuoltoon liittyvästä sosiaalisesta yhteistyöprosessista ja siitä, miten koululaiset, vanhemmat ja kouluterveydenhoitajat kuvaavat sitä kokemuksensa perusteella.

Grounded theory -menetelmän keskeinen lähtökohta on induktiivisen teorian luominen aineistosta nousevien ilmiöiden ja sosiaalisten prosessien pohjalta ilman aikaisempaa viitekehystä tai hypoteeseja (Strauss & Corbin 1990, 1998; Siitonen 1999; Wimpenny & Gass 2000; Schreiber 2001; McCann & Clark 2003; Streubert Speziale & Carpenter 2003; Boychuk Duchscher & Morgan 2004; Koskela 2007). Teoria on omaperäinen ja täsmällinen ajatusrakennelma, jossa tulee esiin järjestelmällinen ja määrätietoinen näkemys ilmiöstä (Chinn & Kramer 2004). Teoria muodostuu käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Teorioita voidaan luokitella niiden tyyppin tai laajuuden mukaan. Teoriatyypin mukaan ne voidaan jakaa hoitotyötä kuvaileviin, selittäviin, ennustaviin ja ohjaaviin teorioihin. (Hall & May 2001; Brockopp & Hastings-Tolsma 2003; Chinn & Kramer 2004; Lauri & Kyngäs 2005; Walker & Avant 2005; Parahoo 2006). Straussin ja Corbinin (1990, 1998) mukaan teoria rakentuu huolellisesti kehitetyistä käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Ne muodostavat eheän käsitteellisen kehyksen, joka selittää tai ennustaa ilmiötä tai tapahtumaa ja siten ohjaa käytännön hoitotyön toimintaan. Teoria on sekä luotu että todennettu aineistosta, ja tämän vuoksi kehitetyllä teoriolla on merkitystä hoitotyön käytännössä. Tässä tutkimuksessa luotiin alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä selittävä teoria. Teoria esitetään kuviona, josta selviää kuvailevat ja selittävät käsitteet ja niiden väliset suhteet.

Grounded theory -menetelmällä voidaan kehittää kahdentyyppisiä teorioita, formaaleja tai substantiivisia. Formaalit teorit ovat yleisempiä, laajempia ja käsitteellisempiä kuin substantiiviset teorit. Substantiiviset teorit keskittyvät spesifeihin sosiaalisiin prosesseihin, ja ne on kehitetty hyvin rajatulle ja kapealle empiiriselle tutkimusalueelle (Strauss & Corbin 1990, 1998; McCann & Baker 2001; Morse 2001; Streubert Speziale & Carpenter 2003; Hallberg 2006). Tässä tutkimuksessa yhteistyötä kuvaa ja selittää substantiivinen teoria, koska tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tiettyyn rajautuneeseen kontekstiin liittyvästä sosiaalisesta prosessista. Substantiivisia teorioita pidetään yleisesti laajuudeltaan keskitason teorioina. Ne kohdistuvat todellisessa maailmassa tiettyyn hoitotyön alueeseen, joka tässä tutkimuksessa on alakoulun kouluterveydenhuolto ja siinä koululaisten, vanhempien ja terveydenhoitajien kokemukset ja näkemykset heidän yhteistyöstään. Keskitason teorian käsitteet

ovat konkreettisia ja operationaalisesti määriteltävissä. (Glaser & Strauss 1967; Hall & May 2001; Streubert Speziale & Carpenter 2003.)

Grounded theory on eriytynyt selkeästi kahteen suuntaukseen: glaserilaiseen induktiiviseen suuntaukseen ja straussilaiseen induktiivis-deduktiiviseen suuntaukseen (Siitonen 1999; Charmaz 2000; Heath & Cowley 2004; Walker & Myrick 2006; Koskela 2007). Liitteisiin 1 ja 2 on koostettu tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä straussilaisen (Strauss & Corbin 1990, 1998) ja glaserilaisen (1992) grounded theory -suuntauksen yhdenmukaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ajan kuluessa monet tutkijat ovat soveltaen kehittäneet grounded theory -menetelmää sopimaan erilaisiin ontologisiin ja epistemologisiin lähtökohtiin, kuten konstruktivismiin (Annells 1997), feminismiin (Wuest & Merritt-Gray 2001), kriittiseen ajatteluun (McDonald 2001) ja postmodernismiin (McDonald & Schreiber 2001). Tässä tutkimuksessa sovelletaan straussilaiseen näkökulmaan perustuvaa grounded theory -menetelmää aineiston keruussa, aineiston analyysissä ja substantiivisen teorian tuottamisessa, koska tutkimuksessa on induktiivis-deduktiivinen lähtökohta. Teorian luominen perustuu tutkijan tulkintaan, sillä Straussin ja Corbinin (1990, 1998) mukaan tiedonantajien todellisuutta ei voi koskaan täysin tuntea ja ymmärtää. Tutkimuksessa analyysi perustuu aineistoon, mutta deduktiivinen lähtökohta tulee tutkijan taustasta. Tutkimuksen tekijä on toiminut kouluterveydenhoitajana ja terveydenhoitotyön opettajana ja siten perehtynyt kokemuksen ja aikaisemman kirjallisuuden avulla tutkittavaan aiheeseen. Tutkimuksen tekijän aikaisempi opinnäytetyö liittyi samaan aihealueeseen, ja myös sen perusteella ilmiöstä on aikaisempaa tietoa.

Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimus eteni taulukon 1 mukaisesti ajallisena ja sisällöllisenä prosessina. Empiirisen tutkimuksen toteuttaminen esitetään seuraavassa taulukon mukaisessa järjestyksessä.

Taulukko 1. *Tutkimusprosessin eteneminen*

Tiedonantajat	Aineiston keruu	Ajankohta	Analyysi	Osajulkaisu
Alakoulun kuudesluokkalaiset (N=22, tyttöjä 9 ja poikia 13)	Ryhmähaastattelu kuudelle ryhmälle	4-5/2003 (4 ryhmää) 8-9/2004 (2 ryhmää)	Grounded theory -avoin ja aksiaalinen koodaus	Osajulkaisut I ja II
Vanhemmat/vanhempi 13 perheestä (N=19, äitejä 13 ja isiä 6)	Äidin ja isän tai äidin haastattelu perheen valinnan mukaan.	5-8/2004	Grounded theory -avoin ja aksiaalinen koodaus	Osajulkaisu III
Alakoulun kouluterveydenhoitajat (N=20)	Vapaamuotoiset kirjoitelmat	11-12 /2003 4-8/2005	Grounded theory -avoin ja aksiaalinen koodaus	Osajulkaisut IV ja V
		2007 - 2008	Selektiivinen koodaus, ydinkategorian luominen ja käsitteiden yhdistäminen. Substanttiivisen teorian luominen	Väitöskirjan yhteenvedo-osa

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen tiedonantajien määrää ei voida päättää etukäteen käytettäessä grounded theory -menetelmää (Glaser & Strauss 1967; Cutliffe 2000; Morse 2001). Tiedonantajien määrä riippuu tutkimuksen näkökulmasta ja tutkimusasetelmasta, aineiston laadusta ja tiedonantajien ominaisuuksista (Schreiber 2001; Charmaz 2006). Tutkimuksen alussa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa ja tutkimuksen edetessä teoreettista otantaa. Teoreettinen otanta on grounded theory –menetelmässä aineiston keruussa oleellista. Teoreettinen otanta on kumulatiivinen menetelmä, ja siinä jokainen kerätty tapaus täydentää edellistä aineiston keruuta ja analyysiä (Strauss &

Corbin 1990, 1998; Smith & Biley 1997; Hallberg 2006; Koskela 2007). Tässä tutkimuksessa käytettiin teoreettista otantaa, jotta pystyttiin vertaamaan kehittyvään teoriaan sisältyviä kategorioita ja kerryttämään niiden sisältöä. Aineiston keruu jatkui, kunnes teoreettinen saturaatio saavutettiin.

Grounded theory –menetelmässä suositellaan käytettäväksi useita aineistolähteitä, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin esiin monipuolinen näkemys (Strauss & Corbin 1990, 1998; Schreiber 2001; Ramprogus 2005; Charmaz 2006). Monipuolisen ja laajan kuvan saamiseksi kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä aineistoa kerättiin kaikilta osapuolilta, eli alakoululaisilta ryhmähaastattelumenetelmällä, vanhemmilta haastatteluilla ja kouluterveydenhoitajilta vapaamuotoisilla kirjoitelmilla.

4.2.1 Alakoululaisten ryhmähaastattelut

Tutkimusaineisto kerättiin vapaaehtoisilta kuudesluokkalaisilta (N=22) ryhmähaastattelumenetelmää käyttäen. Kruegerin (1994) ja Kitzingerin (1996) mukaan ryhmähaastattelu on keskustelua tietyn tutkimusalueen näkökulmien esille saamiseksi sallivassa ja turvallisessa ympäristössä. Ryhmähaastattelujen tarkoituksena on saavuttaa ymmärrys tietyn ryhmän ajatuksista ja mielipiteistä (Webb 2002; Côtè-Arsenault & Morrison-Beedy 2005; Parahoo 2006; Curtis & Redmond 2007). Ryhmähaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi sen vuoksi, että koululaisten välisen vuorovaikutuksen avulla haluttiin saada selville, millaiseksi alakoululaiset ovat kokeneet yhteistyön kouluterveydenhoitajan kanssa.

Tiedonantajiksi pyydettiin kuudesluokkalaisia (11-12-vuotiaita) kolmesta eteläsuomalaisesta alakoulusta. Koululaisilta kerättiin aineistoa kahdessa vaiheessa; ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin neljä ryhmää (N=15) vuonna 2003, ja paremman saturaation saavuttamiseksi aineistoa täydennettiin vielä kahdella ryhmähaastattelulla (N=7) vuonna 2004. Tutkija otti yhteyttä koulujen rehtoreihin ja pyysi mahdollisuutta toteuttaa ryhmähaastattelut heidän kouluissaan. Rehtorin ja luokanopettajien valitsemissa luokissa esiteltiin tutkimuksen aihe ja ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä. Esittelytilaisuudessa koululaisia pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen tiedonantajiksi ilmoittautuneiden lasten mukana lähetettiin koteihin haastattelulupapyyntö lapsen osallistumisesta tutkimukseen (liite 3).

Côtè-Arsenaultin ja Morrison-Beedyn (2005) mukaan ryhmän tulisi olla riittävän iso, jotta saataisiin esiin ajatuksia ja mielipiteitä. Toisaalta ryhmän tulisi olla riittävän pieni, jotta se sallisi kaikkien jäsenten täysipainoisen osallistumisen ja kaikki tulisivat kuulluiksi. Lasten ryhmähaastatteluihin suositellaan ryhmän kooksi 4-6 henkilöä. Jos lapsia on haastattelyryhmässä enemmän kuin neljä,

haastattelusta tulee helposti väkinäinen. (Heary & Hennessey 2002; Peterson-Sweeney 2005.) Koululaiset saivat itse muodostaa haastatteluryhmät, jotka on esitetty taulukossa 2, koska ajateltiin, että heidän on helppo puhua tuttujen kavereiden seurassa.

Taulukko 2. *Haastatteluryhmät ja osallistujat, N = 22.*

Vuosi	Ryhmä 1	Ryhmä 2	Ryhmä 3	Ryhmä 4	Ryhmä 5	Ryhmä 6	N
2003	T (tyttö) = 4	T = 3	P (poika) = 4	P = 4			N = 15
2004					P = 3	T = 2 P = 2	N = 7

Haastattelut toteutettiin koulupäivän aikana rauhallisessa paikassa, tyhjässä luokkatilassa tai koulun kokoustilassa ilman häiriötekijöitä. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin koululaisten luvalla ja ne kestivät 40-60 minuuttia. Haastatteluista kertyi 107 A4-tekstisivua 1.5 -rivivälillä kirjoitettuna.

Ryhmähaastattelu on sosiaalinen tilanne (Fern 2001; Lehoux ym. 2006), jossa alakoululaiset yhdessä muodostivat oman näkemyksensä kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Kirjallisuuden (Krueger 1994; Kitzinger 1996; Krueger & Casey 2000; Fern 2001; Owen 2001; Webb & Kevern 2001; Mäenpää ym. 2002; Côté-Arsenault & Morrison-Beedy 2005; Peterson-Sweeney 2005) mukaan ryhmällä on suuri merkitys aineiston muodostumiseen. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus vaikutti merkittävästi mielipiteiden ilmaisemiseen. Ryhmän jäsenet innostivat toisiaan ajatusten vaihtoon ja pohdiskeluun. Ryhmän jäsenet auttoivat toisiaan muistikuvien herättämisessä ja näkemysten selittämisessä. He myös tukivat ja rohkaisivat toisiaan. Ryhmähaastattelut tuottivat tietoa tutkijan esittämiin haastattelu-teemoihin koululaisten asenteista, mielipiteistä ja kokemuksista, kuten aikaisemmassa kirjallisuudessa (Krueger & Casey 2000; McLafferty 2004; Curtis & Redmond 2007) todetaan ryhmähaastattelujen tuottavan.

Ryhmähaastatteluissa oli kolme aihetta: 1) tapaamiset ja vuorovaikutus kouluterveydenhoitajan kanssa 2) yhteistyö perheen kanssa ja terveydenhoitajan tietämys perhetilanteesta ja 3) yhteistyön ominaispiirteet. Koululaiset saivat

vapaasti kertoa aiheista, ja tutkija teki tilanteen mukaan tarkentavia kysymyksiä. Tutkimuksen tekijä kannusti ja rohkaisi ryhmän jäseniä avoimeen näkemysten ja mielipiteiden vaihtoon, kuten Mäenpää (2002) ja Lehoux (2006) tutkimusryhmineen esittävät. Jotkut koululaisryhmistä olivat erittäin puheliaita ja vilkkaita ja kävivät pitkiä vuoropuheluita, kun taas joissakin ryhmissä vastattiin lyhyesti tutkijan esittämiin haastatteluteemoihin liittyneisiin kysymyksiin. Koululaiset ovat herkkiä ystäviensä kritiikille, mikä voi vaikuttaa haastattelun onnistumiseen (Dashiff 2001). Haastattelujen alussa sovittiin, että jokaisen mielipiteet ja ajatukset ovat arvokkaita eikä kukaan saa arvostella niitä. Keskustelut olivat pääsääntöisesti välittömiä ja luottavaisia. Oppilaat ajattelevat usein, että opettaja saa tietää, mitä he vastaavat, kun haastattelut tehdään koulussa (Dashiff 2001). Tässä tutkimuksessa koululaisille korostettiin keskustelujen luottamuksellisuutta ja sitä, että niistä ei kerrota mitään opettajille tai muille ulkopuolisille.

4.2.2 Vanhempien haastattelut

Vanhempien (N=19) kokemukset yhteistyöstä alakoulun kouluterveydenhoitajan kanssa kerättiin haastattelemalla heitä. Tutkimushaastattelu eroaa tavallisesta keskustelusta sikäli, että haastatteluprosessin säännöt on selkeästi määritelty ja lähtökohtana on tutkijan ja tiedonantajien vuorovaikutus (Holloway & Wheeler 2002; Duffy ym. 2004; Parahoo 2006). Tutkijan ja tiedonantajan välinen vuorovaikutussuhde perustui keskinäiseen kunnioitukseen, joustavuuteen ja luottamuksellisuuteen. Haastattelut olivat vapaamuotoisia ja lämminhenkisiä tilanteita. Kirjallisuuden (Wimpenny & Gass 2000; Chew-Graham ym. 2002; Holloway & Wheeler 2002; Rapley 2004; Parahoo 2006; Polit & Tatano Beck 2006) mukaan haastattelujen tarkoituksena on löytää tiedonantajien kokemukset, tunteet ja ajatukset mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä vuorovaikutuksen avulla.

Tässä tutkimuksessa haastateltiin kolmentoista perheen vanhempia. Haastateltavat vanhemmat rekrytoitiin viiden eteläsuomalaisen alakoulun vanhempainyhdistyksen kautta. Haastatteluihin osallistuivat molemmat vanhemmat kuudesta perheestä ja pelkästään äiti seitsemästä perheestä. Kaikille vanhemmille tutkittava aihe oli tuttu, sillä heillä oli alakoulua käyviä lapsia. Osalla tutkimukseen osallistuneista perheistä oli myös yläkoulua käyviä lapsia.

Haastattelu voi olla muodollinen tai vapaamuotoinen. Muodollinen haastattelutapa voi olla strukturoimaton tai strukturoitu haastattelu. (Wimpenny & Gass 2000; Holloway & Wheeler 2002; Duffy ym. 2004; Parahoo 2006; Polit & Tatano Beck 2006.) Tässä tutkimuksessa vanhempien haastatteluissa käytettiin väljästi strukturoitua menetelmää. Hoitotieteellisessä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on usein käytetty strukturoimatonta tai väljästi strukturoitua

haastattelua, jolloin tiedonantajille mahdollistuu yksityiskohtainen tilanteiden ja kokemusten kuvaaminen omin sanoin (Holloway & Wheeler 2002; Maijala ym. 2002; Parahoo 2006). Kirjallisuudessa ei ole esitetty tyypillistä grounded theory -haastattelumenetelmää (Wimpenny & Gass 2000), mutta Charmazin (2003) mukaan haastattelu sopii hyvin grounded theory -menetelmään.

Haastattelut muodostuivat aihealueista ja niihin kohdistuneista avoimista kysymyksistä, jotka varmistivat, että samansuuntaista aineistoa kerätään kaikilta haastateltavilta (Holloway & Wheeler 2002; Parahoo 2006). Charmazin (2003) sekä Polit ja Tatano Beckin (2006) mukaan kysymysten on sekä selvitettävä haastattelijan tutkimaan ilmiötä että sovittava haastateltavan kokemuksiin, eivätkä kysymykset saa olla tiedonantajia ohjaavia. Vanhemmille esitettiin seuraavia keskustelunaiheita: 1) lapsen kouluterveydenhuollon palveluiden sisältö, 2) kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävän yhteistyön sisältö ja laatu, 3) kouluterveydenhoitajan perhetilanteen tuntemus, 4) kouluterveydenhuollon ja kouluterveydenhoitajan merkitys perheelle. Vanhemmat saivat vapaasti kertoa kuhunkin aiheeseen liittyvistä kokemuksistaan, ja tutkija teki tarpeen mukaan tarkentavia kysymyksiä. Tarkentavat kysymykset vaihtelivat tiedonantajien vastauksista riippuen ja ne syvenivät analyysin edetessä. Haastatteluista syntyi 314 A4-sivua 1.5-rivivälillä kirjoitettua tekstiä.

Aineiston analyysi ohjasi vanhempien haastatteluista aineiston keruun loppuvaiheessa, ja niissä käytettiin teoreettista otantaa, jotta syntymässä olevat kategoriat täydentyisivät ja monimuotoistuisivat, kuten Strauss ja Corbin (1990, 1998), Wimpenny ja Gass (2000) sekä Charmaz (2003) ovat esittäneet. Haastattelut mahdollistivat syvällisen yhteistyöilmiön tarkastelun. Haastateltavilla on kirjallisuuden (Holloway & Wheeler 2002; Burns & Grove 2007; Charmaz 2003; Casey 2006) mukaan mahdollisuus reagoida spontaanisti ja aidosti kysymyksiin tai kertoa ajatuksiaan hitaasti refleктоimalla. Tutkija tarkensi ilmaisuja sisältöjä välittömästi. Muuten tutkija oli passiivisessa roolissa. Haastattelujen toteutusta kirjallisuudessa ovat kuvanneet

Yhdeksän haastattelua tehtiin perheiden kodeissa, ja neljän perheen vanhempia tai äitiä haastateltiin tutkijan työpaikalla, rauhallisessa tilassa vuonna 2004. Haastatteluajat sovittiin vanhempien aikataulujen mukaan. Haastattelujen kesto vaihteli tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Hollowayn ja Wheelerin (2002) mukaan haastattelujen kesto riippuu tiedonantajista, haastattelun aiheesta ja metodologisesta lähestymistavasta. Maksimihaastatteluajaksi on esitetty kolmea tuntia. Haastattelujen aluksi puhuttiin yleisiä asioita perheestä ja koululaisista, jotta haastattelijalla tulisi hieman tutummaksi. Haastattelujen tuttavallinen ilmapiiri mahdollisti tasavertaisen, avoimen keskustelun ja rikkaan aineiston saamisen, kuten Chew-Graham kumppaneineen (2002) ja Charmaz (2003) ovat aikaisemmin tuoneet esiin.

.

4.2.3 Kouluterveydenhoitajien kirjoitelmat

Kaksikymmentä etelä- ja keskisuomalaista alakoulun kouluterveydenhoitajaa osallistui tutkimukseen vapaamuotoisella kirjoitelmalla. Kirjoitelmat ovat henkilökohtaisia kuvauksia tietystä aiheesta tietyssä aikana (Holloway & Wheeler 2002; Richardson 2003; Burns & Grove 2007). Niissä kirjoittajan oma persoona on aina läsnä. Kouluterveydenhoitajien kirjoitelmissa tavoiteltiin kumpuilevaa ja monivivahteista ilmaisua (Richardson 2003) kokemuksista ja näkemyksistä perheiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä.

Tutkimukseen osallistuneilla kouluterveydenhoitajilla oli työkokemusta alakoulun terveydenhuollosta yhdestä vuodesta 27 vuoteen keskiarvon ollessa 10.7 vuotta. Kouluterveydenhoitajat tekivät työtä alakoulussa yhdestä kolmeen päivään viikossa, ja yhdellä terveydenhoitajalla saattoi olla useiden alakoulujen terveydenhoito vastuualueellaan. Terveydenhoitajien muu työ vaihteli suuresti kaikilla terveydenhoitajatyön osa-alueilla.

Kouluterveydenhoitajilta kerättiin aineisto kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2003 eteläsuomalaisen ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnoissa oli osallisena alakoulujen kouluterveydenhoitajia. Heiltä pyydettiin omaan työkokemukseen perustuvaa vapaamuotoista kirjoitelmaa yhteistyöstä vanhempien kanssa. Kirjoitusohjeessa korostettiin vapaamuotoisuutta ja siinä esitettiin kirjoituksen aihe yleisellä tasolla, jotta kirjoittajia ei ohjattaisi liikaa ennakolta. Kouluterveydenhoitajille annettiin tehtäväksi kuvata oman työn näkökulmasta alakoulun terveydenhoitajan ja perheiden yhteistyötä.

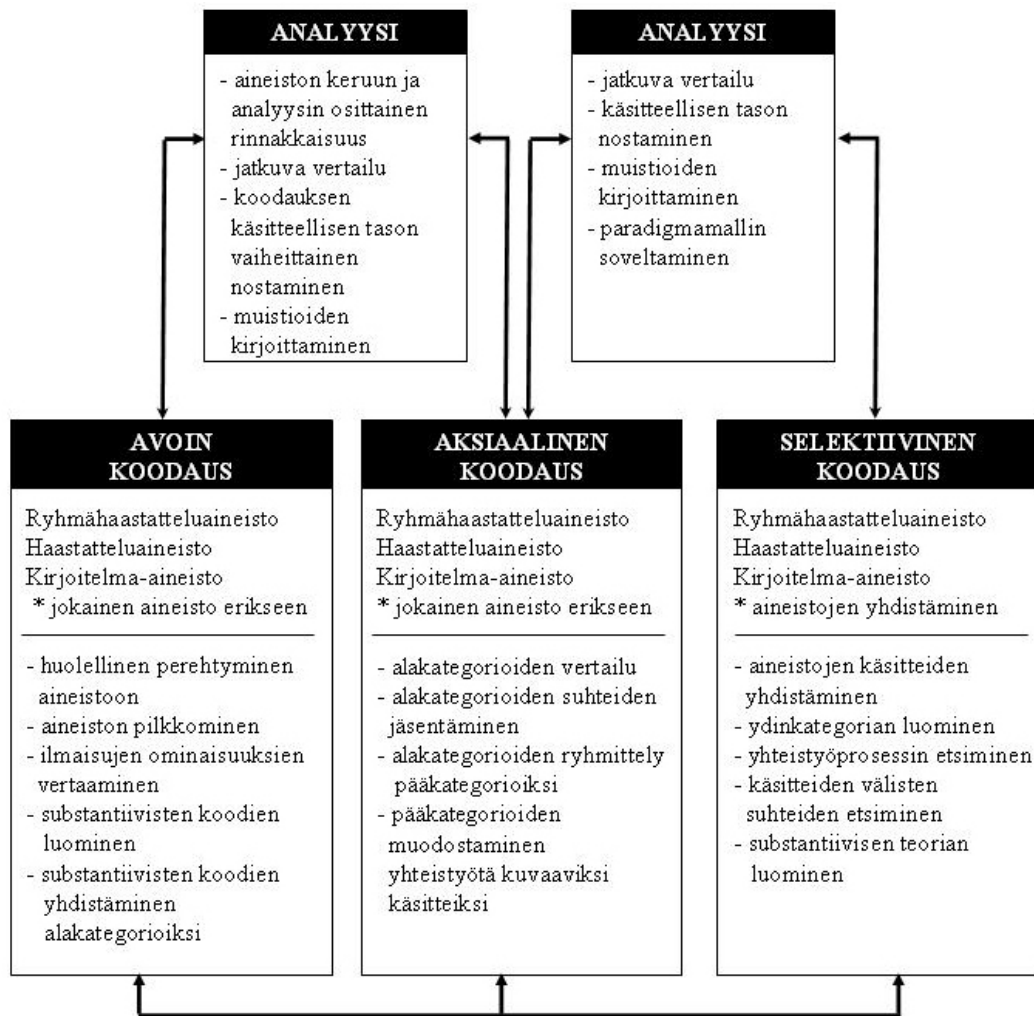
Vuonna 2005 tutkimusaineistoa täydennettiin teoreettisella otannalla kategorioiden saturoitumiseksi. Tutkimusaineistoa pyydettiin lisää yhdeksältä kouluterveydenhoitajalta. Heihin oltiin vaiheittain yhteydessä puhelimitse ja kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen lupautuneille kouluterveydenhoitajille lähetettiin kirjoitelman ohje heidän toiveidensa mukaisesti joko postissa tai sähköpostin liitteenä. Kirjoittamisohjetta (liite 4) oli tarkennettu edellisestä aineiston keruuvaiheesta. Kirjoittamisen helpottamiseksi ja analyysivaiheessa syntyvässä olleiden kategorioiden saturoimiseksi tehtäväksi antoon oli lisätty joitakin ohjaavia apukysymyksiä. Tarkentavia apukysymyksiä lisättiin edelleen aineistonkeruun edetessä. Ensimmäisen vaiheen aineistoa analysoitaessa tuli ilmi, että tiedonantajat olivat tarkastelleet erikseen yhteistyötä vanhempien ja koululaisten kanssa. Tästä syystä myös aineistonkeruun toisessa vaiheessa yhteistyötä ohjattiin tarkastelemaan erikseen koululaisten ja vanhempien kanssa. Kirjoitelma-aineistoa kertyi yhteensä 82 A4-sivua.

4.3 Aineiston analyysi

Grounded theory -analyysin keskeisiä ominaisuuksia ovat teoreettinen herkkyys, teoreettinen otanta, jatkuva vertaileva analyysi, aineiston koodaus ja kategorisointi, muistioiden kirjoittaminen ja teorian luominen (Glaser ja Strauss 1967; Strauss ja Corbin 1998; McCann & Clark 2003; Jeon 2004; Hallberg 2006). Teoreettinen herkkyys liittyy tutkijan kykyyn oivaltaa, ymmärtää ja antaa merkityksiä aineistolle ja erottaa oleellinen epäoleellisesta (Strauss ja Corbin 1990, 1998). Tutkijan aiempi aiheeseen perehtyminen edisti teoreettista herkkyyttä analyysivaiheessa. Jatkuvalle vertailevalle analyysille on tyypillistä aineiston keruun ja analyysin samanaikaisuus (Glaser & Strauss 1967). Jatkuva vertaileva analyysi tapahtuu neljällä tasolla: tiedonantajien, kategorioiden ja niiden ominaisuuksien, teorian rajaamisen ja aikaisemman kirjallisuuden tasolla (Glaser & Strauss 1967; Charmaz 2000).

Koko tutkimusprosessin ajan tutkija kirjoitti muistioita, kuten Strauss ja Corbin (1998), Charmaz (2000) ja Hallberg (2006) korostavat. Muistioiden tarkoituksena oli tallentaa, kuvata ja selittää, kuinka teoria syntyi. Tutkija reflektoi muistioissa ajatuksiaan, tunteitaan ja tutkimuksen suuntaa kulloisessakin tilanteessa koko tutkimusprosessin ajan. Muistioihin kirjattiin, kuinka koodit ja kategoriat syntyivät, miten vertailuprosessi eteni, miten alakategoriat ja kategoriat liittyivät toisiinsa ja miten teoria rakentui kategorioita kuvaavista käsitteistä ja niiden suhteista.

Tutkimuksen aineiston analysoinnissa sovellettiin Straussin ja Corbinin (1990, 1994, 1998) esittämiä vaiheita, eli avointa, aksiaalista ja selektiivistä koodausta. Nämä vaiheet ovat tulleet yleisimmin hyväksytyiksi analyysivaiheiksi grounded theory -menetelmässä (LaRossa 2005). Vaikka vaiheet esitellään seuraavissa luvuissa erikseen, analyysiprosessi ei ollut eriytynyt. Analyysivaiheet olivat päällekkäisiä ja niissä liikuttiin edestakaisin kuvion 2 esittämällä tavalla.



Kuvio 2. Aineiston analyysin eteneminen

Kaikki aineistot analysoitiin erikseen samalla tavalla ja ne yhdistettiin analyysin viimeisessä, selektiivisessä vaiheessa. Analyysin lopullinen tavoite oli ydinkategorian löytäminen ryhmittelemällä ja yhdistelemällä käsitteitä, jotka kuvasivat tiedonantajien ilmaisuja (Glaser ja Strauss 1967, Strauss ja Corbin 1990, 1994, 1998; Smith & Biley 1997; Brockopp & Hastings-Tolsma 2003; Streubert Speziale & Carpenter 2003). Ydinkategoria selittää tutkittavaa sosiaalista prosessia ja sen ominaisuuksia (Strauss ja Corbin 1990, 1998), kuten tässä tutkimuksessa yhteistyön ominaisuuksia. Koko analyysiprosessin eteneminen on kuvattu liitteessä 5 käyttäen esimerkkinä osaa käsitteestä ”Perheen huomioiminen ja huomiotta jättäminen”. Käsite kuvaa vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä kouluterveydenhoitajien kokemana. Aineiston analyysi aksiaalisen koodaamisen vaiheeseen asti ja syntyneet pääkategoriat on kuvattu osajulkaisussa IV.

4.3.1 Aineiston avoin koodaus

Koululaisten ryhmähaastatteluaineistoa, vanhempien haastatteluaineistoa ja kouluterveydenhoitajien kirjoitelma-aineistoa luettiin kutakin erikseen useita kertoja läpi kokonaiskuvan saamiseksi aineistoista. Avoimen koodauksen vaiheessa aineisto pilkottiin erillisiksi osiksi, tutkittiin tarkasti, verrattiin samanlaisuuksia ja erilaisuuksia ja tehtiin aineistolle kysymyksiä tutkittavasta ilmiöstä eli yhteistyöstä. Tarkoituksena oli käsitteellistää ja kategorisoida sitä. (Strauss & Corbin 1990, 1998; Charmaz 2000; LaRossa 2005.) Koululaisten ja vanhempien aineistoista kerättiin rivi riviltä ilmauksia kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Kouluterveydenhoitajien kirjoitelmista haettiin yhtä tarkasti ilmauksia, jotka kuvasivat perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Ilmaisuja tutkittiin syvällisesti, niitä verrattiin toisiinsa ja niistä haettiin samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa tai samankaltaista asiaa tai ilmiötä tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin substantiivisiksi koodeiksi. Seuraavassa on katkelma esimerkkinä eräästä koululaisten ryhmähaastattelusta muodostuneista substantiivisista koodeista. Aineiston analyysi aksiaalisen koodaamisen vaiheeseen asti ja syntyneet pääkategoriat on kuvattu osajulkaisussa II.

Taulukko 3. *Esimerkki ryhmähaastattelusta muodostuneista substantiivista koodeista*

HAASTATTELU 6	SUBSTANTIIVISIA KOODEJA
Tyttö 1 Musta se on hyvä, että terkkä kysyy meidän perheestä, varmistaa niinku, että meneekö hyvin esimerkiks vanhempien kanssa että onko siä sillai niinku hyvä olla	<ul style="list-style-type: none">• Th kysyy perheestä (6.20)• Suhteet vanhempiin keskustelussa esiin (6.20)• Th kysyy suhteista vanhempiin (6.21)• Th selvittää, ovatko kotiasiat kunnossa (6.22)
Poika2 Jos kotona menis huonosti niin ei olis kauheen hyvä eikä koulukaan sujuis	<ul style="list-style-type: none">• Perheen merkityksellisyys hyvinvoinnille (6.25)
Poika1 ...niin eikä menis kavereittenka kans hyvin	<ul style="list-style-type: none">• Perheen merkitys elämän sujumiselle (6.26)
Tyttö2 Onhan niin monenlaisii koteja, niin, mutta kyllä enemmänki niistä perheeseen liittyvist asioist vois tietty puhuu, ainaki mun mielestä	<ul style="list-style-type: none">• Perheasioista voisi puhua enemmän (6.27)

Substantiivisia koodeja verrattiin toisiinsa niiden ominaisuuksien ja ulottuvuuksien suhteen. Aineistolle esitettiin kysymyksiä ”mitä tässä tapahtuu” ”mitä yhteistyö tarkoittaa”, ”miksi yhteistyö on tärkeää”, ”missä tilanteissa yhteistyötä tehdään”, ”kuinka yhteistyötä tehdään”, jotta samansisältöisiä ominaisuuksia sisältävät koodit voitiin ryhmitellä samaan alakategoriaan. Kysymistä ja koodien vertailua jatkettiin niin kauan, että alakategoriaan ei tullut uutta sisältöä. Näin pyrittiin alakategorioiden teoreettiseen saturaatioon (LaRossa 2005). Alakategorioille annettiin ilmiötä kuvaava nimitys. Seuraavassa taulukossa kuvataan esimerkillä osaa koululaisten aineistosta muodostuneiden substantiivisten koodien ryhmittelyä alakategoriaan.

Taulukko 4. *Esimerkki substantiivisten koodien ryhmittelystä alakategoriaksi*

SUBSTANTIIVISIA KOODEJA	ALAKATEGORIA
Th kysyy perheestä (6.20) (1.33) (4.23)	PERHEENJÄSENTEN SUHTEIDEN KARTOITTAMINEN
Th kysyy suhteista vanhempiin (6.21)	
Th selvittää, ovatko kotiasiat kunnossa (6.22)	
Perheasioista voisi puhua enemmän (6.27)	
Th kysyy perheen kuulumisia (3.50)	
Th varmistaa kotitilanteen (3.56)	
Suhteet vanhempiin keskustelussa esiin (1.40)	
Perheenjäsenten suhteiden kartoittaminen (3.53)	
Kysyy sisarusten välisistä suhteista (4.19)	

Avoimen koodauksen vaiheessa koululaisten ryhmähaastatteluaineistosta muodostui 34, vanhempien haastatteluaineistosta 15 ja kouluterveydenhoitajien aineistosta 59 vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavaa ja 12 koululaisten kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavaa alakategoriaa.

4.3.2 Aineiston aksiaalinen koodaus

Aksiaalisen koodauksen vaiheessa tarkennettiin avoimen koodauksen vaiheessa syntyneitä alakategorioita, ja niitä ryhmiteltiin jatkuvalla vertailulla

aiempaa abstraktimmalle, käsitteelliselle tasolle (Strauss & Corbin 1990, 1998; McCann & Clark 2003; LaRossa 2005). Aksiaalisen koodauksen vaiheessa aineistosta etsittiin yhteistyöprosessia Straussin ja Corbinin (1998) paradigmamallia soveltaen. Alakategorioita verrattiin toisiinsa, jotta saatiin selville niiden ydinsisältö ja yhteydet toisiinsa. Käsitteellisesti ja sisällöllisesti samanlaisia ominaisuuksia sisältäneet alakategoriat sijoitettiin samaan pääkategoriaan. Paradigmamallin mukaan analyysissä tarkasteltiin myös tapahtumia, jotka johtivat yhteistyöhön, missä olosuhteissa yhteistyö tapahtui, miten yhteistyötilanteissa toimittiin ja mitkä tekijät mahdollistivat tai rajoittivat yhteistyötä sekä mitä yhteistyöstä seurasi. Seuraavassa esitetään esimerkin avulla avoimen koodauksen vaiheessa koululaisten aineistosta muodostuneiden alakategorioiden yhdistyminen pääkategoriaksi.

Taulukko 5. *Esimerkki alakategorioiden yhdistymisestä pääkategoriaksi*

ALAKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
PERHEENJÄSENTEN SUHTEIDEN KARTOITTAMINEN	PERHETILANTEEN TUNTEMINEN
PERHEEN PINNALLINEN TUNTEMINEN	
LAPSEN TUNTEMINEN KOULULAISENA	
PERHEEN TOIMINNAN KARTOITTAMINEN	

Koululaisten ryhmähaastatteluaineistosta muodostui kymmenen ja vanhempien haastatteluaineistosta kuusi pääkategoriaa kuvaamaan kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävää yhteistyötä. Kouluterveydenhoitajien kirjoitelma-aineistosta muodostui viisi koululaisen kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavaa ja 13 vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavaa pääkategoriaa.

4.3.3 Aineiston selektiivinen koodaus

Selektiivinen koodaus on valikoiva koodauksen vaihe, jonka tarkoituksena on integroida käsitteet teoreettiseksi rakenteeksi ja löytää tutkimuksen keskeinen ilmiö. Tässä vaiheessa osajulkaisuissa II, III, IV ja V raportoituja aksiaalisen vaiheen pääkategorioita tarkennettiin, täydennettiin ja yhdistettiin palaamalla toistuvasti substantiivisiin koodeihin ja alakategorioihin. Pääkategorioita yhdistettiin uudelleen niiden ominaisuuksien, ulottuvuuksien ja suhteiden tasolla

ja varmistettiin sisällöllinen erilaisuus. Yhdistäminen tapahtui entistä abstraktimmalle tasolle. (Strauss & Corbin 1990, 1998; McCann & Clark 2003.) Yhdistämisen kautta syntyi yhdeksän kaksiulotteista yhteistyötä kuvaavaa käsitettä.

Selektiivisen koodauksen keskeisenä tarkoituksena oli tunnistaa ydinkategoria eli ydinkäsite ja luoda yhteydet tämän ja muiden käsitteiden välille (Strauss & Corbin 1990, 1998; Charmaz 2000; McCann & Clark 2003; LaRossa 2005; Koskela 2007). Aineistoa refleктоitiin keskeisen ilmiön löytämiseksi koko analyysiprosessin ajan. Reflektion perustana olivat ydinkäsitteeltä vaadittavat ominaisuudet. Ydinkäsite on keskeisesti merkityksellinen, sillä se kuvaa sosiaalista perusprosessia sekä yhdistää selkeästi muut kategoriat selittämään kokonaisuutta (Strauss & Corbin 1990, 1998; Holloway & Wheeler 2002; McCann & Clark 2003; LaRossa 2005). Ydinkäsitettä ei kuitenkaan pystytty nimeämään vielä reflektion perusteella.

Ydinkäsitteen löytämisen apuna käytettiin aineistosta syntyneen yhteistyötä kuvailevan kertomuksen kirjoittamista (Strauss & Corbin 1998). Kirjoittamisen aluksi palattiin takaisin alkuperäiseen aineistoon ja sitä luettiin yleisellä tasolla uudelleen, jotta pystyttiin palauttamaan mieleen tiedonantajien esittämät asiat. Kertomus muodostui syntyneitä käsitteitä käyttäen, ja siten mahdollistettiin suhteiden rakentamisen hahmottelu niiden välille. Kirjoitelmalta kysyttiin ”mikä on pääasia, johon tiedonantajat ovat tarttuneet yhteistyötä kuvatessaan”, ”mikä asia erottuu yhä uudelleen” ja ”mikä asia tulee läpi, vaikka sitä ei välttämättä sanota suoraan” Kertomuksen kirjoittaminen auttoi ydinkäsitteen hahmottamisessa. Se vahvisti tutkijan täsmentymättömiä ajatuksia ydinkäsitteestä ja sen nimeämisestä. Toistuvia kertoja aineistoa ja syntyneitä kategorioita lukemalla, kertomusta refleктоimalla ja sitä apuna käyttäen ydinkäsitteeksi muodostui ongelmalähtöinen yhteydenpitäminen.

Käsitteiden välisten suhteiden esiin saamiseksi käytettiin apuna koodausparadigmamallia (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990; 1998). Käsitteiden välisten suhteiden jäsentämisessä mietittiin, mikä on yhteistyön lähtökohta perheiden ja kouluterveydenhoitajan välillä, mitkä ovat yhteistyön strategioita ja missä olosuhteissa sitä tapahtuu, mitkä käsitteet vaikuttavat yhteistyöhön mahdollistavasti ja estävästi sekä mitä yhteistyöstä seuraa. Tällä perusteella teoriaa jäsentäväksi, käsitteiden välisiä suhteita kuvaaviksi ulottuvuuksiksi muodostuivat kouluterveydenhoitajan ja perheen kohtaaminen, vastavuoroinen tiedon välittäminen, lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen ja lapsen ja vanhempien tukena oleminen. Analyysin tuloksena syntyneet käsitteet ja niiden väliset suhteet sekä ydinkäsite muodostavat alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaavan substantiivisen teorian. Syntynyt teoria on esitetty sivulla 59 kuviossa 3.

4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Laadullinen tutkimus on prosessi, jossa eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella huolellisesti ja jatkuvasti tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimusetiikan lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. (Munhall 2001; Kuula 2006.) Seuraavassa tarkastellaan tämän tutkimuksen eri vaiheisiin liittyneitä eettisiä kysymyksiä.

4.4.1 Tutkimusaiheeseen liittyvät eettiset kysymykset

Tutkimusaiheen valinta oli eettisesti perusteltu, sillä tutkimustehtävien mukaan tarkoituksena oli rakentaa hoitotieteen ja perhehoitotieteen tietoperustaa perheiden ja kouluterveydenhoitajan yhteistyöstä alakoulun kontekstissa. Eri tieteenaloilla kouluterveydenhuollosta on tehty sekä ulkomaista että kotimaista tutkimusta. Hoitotieteellistä tutkimusta kouluterveydenhuollosta on myös olemassa, mutta se kohdistuu pääasiallisesti yläkoulun kontekstiin. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on kuvattu kouluterveydenhuollon palveluita (esimerkiksi Cramer & Iverson 1999; Varjoranta & Pietilä 1999; Cotton ym. 2000; Clendon & White 2001; Clark ym. 2002; Gleeson 2004; Badger & Brown 2005; Merrell ym. 2007), kouluterveydenhoitajan asiantuntijuutta ja tehtäviä (esimerkiksi Borup 2000; Lightfoot & Bines 2000; Hootman 2002; Robinson 2002; Clausson ym. 2003; Larsson & Zaluha 2003; Libbus ym. 2003; Borup & Holstein 2004; Croghan ym. 2004) sekä terveyden edistämisen sisältöjä ja menetelmiä kouluterveydenhuollon näkökulmasta (esimerkiksi DeBell & Everett 1998; Wainwright ym. 2000; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2004a, 2004b; Jarvis & Stark 2005; Whitehead 2006). Vanhempien ja kouluterveydenhoitajan yhteistyötä on tutkittu vähän. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tullut esiin alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyön luonne eivätkä siihen vaikuttavat tekijät. Tutkittava ilmiö on siten tieteellisesti mielekäs ja perusteltu.

Tutkimusaihe ei ollut sensitiivinen. Se ei loukannut, väheksynyt eikä aiheuttanut vahinkoa kenellekään (Munhall 2001; Holloway & Wheeler 2002; Leino-Kilpi 2003). Tiedonantajille annettiin tutkimuksen tekijän yhteystiedot siltä varalta, että he voivat myöhemmin ottaa yhteyttä keskustellakseen aineistonkeruun mahdollisesti aiheuttamista tunteista tai ajatuksista. Tutkimus ei kaikkien tiedonantajien osalta hyödyntänyt heitä itseään. Tutkimusaihe on kuitenkin yleisesti tärkeä, koska se tarkoittaa aikaisempaa hoitotieteellistä tietoa kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä. Lisäksi tutkimus tuotti tietoa tulevaisuuden koululaisten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin edistämiseen, lasten perhelähtöisten terveyspalveluiden kehittämiseen sekä hoitotyöntekijöiden ammatillisen kehittymisen tukemiseen. (Burns & Grove 2007.) Jotkut vanhemmat kertoivat, että tutkimushaastattelusta oli heille hyötyä. Heillä oli

mahdollisuus kertoa ulkopuoliselle tutkijalle kokemuksensa yhteistyöstä kouluterveydenhoitajan kanssa lapsen liittyvän huolen tai pitkäaikaissairauden hoidossa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

4.4.2 Tiedonantajien valintaan ja aineistonkeruuseen liittyvät eettiset kysymykset

Tutkimuksen osallistui tutkimustehtävien perusteella alakoululaisia, vanhempia ja kouluterveydenhoitajia. Tiedonantajat pyrittiin valitsemaan Pelkosen ja Louhialan (2002) sekä Leino-Kilven (2003) esittämien ajatusten mukaan siten, ettei valinta ohjannut tutkimustuloksia eikä tutkimukseen syntynyt heistä johtuvaa tulosten vääristymää. Tutkimukseen osallistui isiä vähemmän kuin äitejä, mutta koululaisista ryhmähaastatteluihin osallistui poikia enemmän kuin tyttöjä. Tämä ei ollut tutkijan valinta, vaan tutkimukseen osallistujiksi vapaaehtoisesti ilmoittautuneiden sukupuolijakauma muodostui näin.

Tutkimusaineiston hankinnassa painottui ihmisarvon kunnioittaminen, kuten kirjallisuudessa (Munhall 2001; Holloway & Wheeler 2002; Burns & Grove 2007; Kuula 2006) korostetaan. Se näkyi siinä, miten tiedonantajia kohdeltiin ja miten heitä koskevia tietoja käsiteltiin. Tutkimukseen osallistuneita kohdeltiin rehellisesti. Heidän itsemääräämisoikeuttaan ja yksityisyyttään kunnioitettiin eikä heitä vahingoitettu. Aineistonkeruuseen alakoululaisilta ja kouluterveydenhoitajilta haettiin lupaa asianomaisten organisaatioiden johdolta. Tutkimuslupien haku on kuvattu osajulkaisuissa II, IV ja V. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista (Holloway & Wheeler 2002; Pelkonen & Louhiala 2002; Kuula 2006; Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimukseen osallistujiksi pyydetyille kerrottiin, että vapaaehtoisuus on voimassa koko tutkimuksen ajan ja he voivat keskeyttää osallistumisen milloin tahansa. Osallistumispäätöksen pohjaksi tiedonantajille kerrottiin tutkimuksen ja tiedonkeruun tarkoituksesta, tavoitteista, menetelmistä ja tiedonkeruun kestosta. Lisäksi kerrottiin saadun tiedon käytöstä. Informaation antamisen ohella varmistettiin, että tutkimukseen osallistujat ymmärtävät saamansa tiedon.

Tiedonantajien informoinnissa painotettiin tiedon luottamuksellisuutta (Holloway & Wheeler 2002; Leino-Kilpi 2003; Fontana & Frey 2005; Kuula 2006). Vain tutkija käsitteli kerättyä aineistoa, ja sitä käytettiin pelkästään tätä tutkimusta varten. Osallistujille kerrottiin, että aineisto hävitetään asianmukaisesti väitöskirjan valmistuttua. Tiedonantajille kerrottiin, että tutkimustuloksia esitellessä aineistoista mahdollisesti julkaistaan autenttisia lainauksia, mutta kaikki tunnistamisen mahdollistavat asiat muutetaan eikä yksittäisiä ihmisiä voida tunnistaa raportista. Tiedonantajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Koululaisten vanhemmilta pyydettiin kirjallinen lupa lapsen tutkimukseen osallistumiselle.

Laadullisessa tutkimuksessa, kuten tässä grounded theory -tutkimuksessa, tutkijalla voi olla henkilökohtaisia tai ammatillisia ennakoasenteita ja niiden vaikutus tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin tulee huomioida (Kylmä ym. 1999; Holloway & Wheeler 2002). Tämä tuli esiin aineistonkeruun vaiheessa, kun tutkimukseen osallistuneet vanhemmat ilmaisivat voimakkaita ja kriittisiä mielipiteitä kouluterveydenhuollon palveluita ja kouluterveydenhoitajaa kohtaan. Terveystenhoitajataustasta johtuen tutkijan olisi tehnyt mieli perustella, puolustaa ja jopa väittää vanhemmille vastaan, mutta tilanteissa toimittiin neutraalisti ja objektiivisesti. Jotkut vanhemmat toivat haastatteluissa esiin omia tai lapsensa terveysongelmia, jotka huomioitiin empaattisesti. Tutkija ei ohjannut vanhempia terveydenhoitajana, vaan haastatteluissa keskityttiin tutkimusaiheesta keskusteluun, mitä Wilkes ja Beale (2005) korostavat artikkelissaan.

4.4.3 Aineiston analyysiin liittyvät eettiset kysymykset

Analyysivaiheessa aineistoon syvennyttiin erittäin huolellisesti. Aineistoon syventyminen edesauttoi sisälle pääsyä tiedonantajien ajatuksiin ja kokemuksiin. Muistioden kirjoittaminen helpotti syntyneiden kategorioiden tarkastelua. Se mahdollistui paremmin kuin jos kategorioiden muodostumista olisi pohdittu vain omassa mielessä. Muistion pitäminen auttoi myös säätelemään subjektiivisuuden ja objektiivisuuden tasapainoa.

Tiedonantajia on suojeltava myös aineistoa analysoitaessa. Tunnistamisen estämiseksi haastattelunauhoissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluissa ja muistiinpanoissa käytettiin numerokoodeja tiedonantajien nimien sijasta, kuten Kylmä ja Juvakka (2007) teoksessaan opastavat. Aineistoa keräsi vain yksi henkilö, eikä sitä ole kukaan muu lukenut tai käsitellyt. Aineistojen analyysit suoritettiin itsenäisesti grounded theory –menetelmän (Strauss & Corbin 1990, 1998) periaatteiden mukaan. Aineistojen analyysit on kuvattu avoimesti ja rehellisesti osajulkaisuissa II, III, IV ja V. Laadullisessa tutkimuksessa tulee paljastaa analyysin eteneminen, jotta raportin lukija voi seurata, miten se johti saatuihin tuloksiin (Kylmä ym. 1999; Holloway & Wheeler 2002).

4.4.4 Tutkimuksen raportointiin liittyvät eettiset kysymykset

Tämän tutkimuksen kaikki vaiheet on raportoitu eettisten periaatteiden mukaan avoimesti, rehellisesti ja tarkasti, kuten kirjallisuudessa (Kylmä ym. 1999; Holloway & Wheeler 2002; Leino-Kilpi 2003) ohjataan. Tutkija on sitoutunut suojelemaan tiedonantajiaan ennakoimalla sitä, miten tutkimusta tulkitaan ja käytetään. Siksi tulosten pohdinnassa on keskusteltu vain niistä

tuloksista, jotka liittyvät tutkimuksen tarkoitukseen. Tiedonantajille kerrottiin, että tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan tutkimuksen tekijän väitöskirjassa, ja heiltä varmistettiin, että he ymmärtävät asian merkityksen. Tutkimuksen raportoinnissa on käytetty autenttisia lainauksia tiedonantajien ilmauksista, koska tutkijalla on eettinen vastuu kuvata tiedonantajien kokemuksia niin kuin he ovat niitä ilmaisseet. Autenttisista lainauksista ei voida tunnistaa tiedonantajia.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

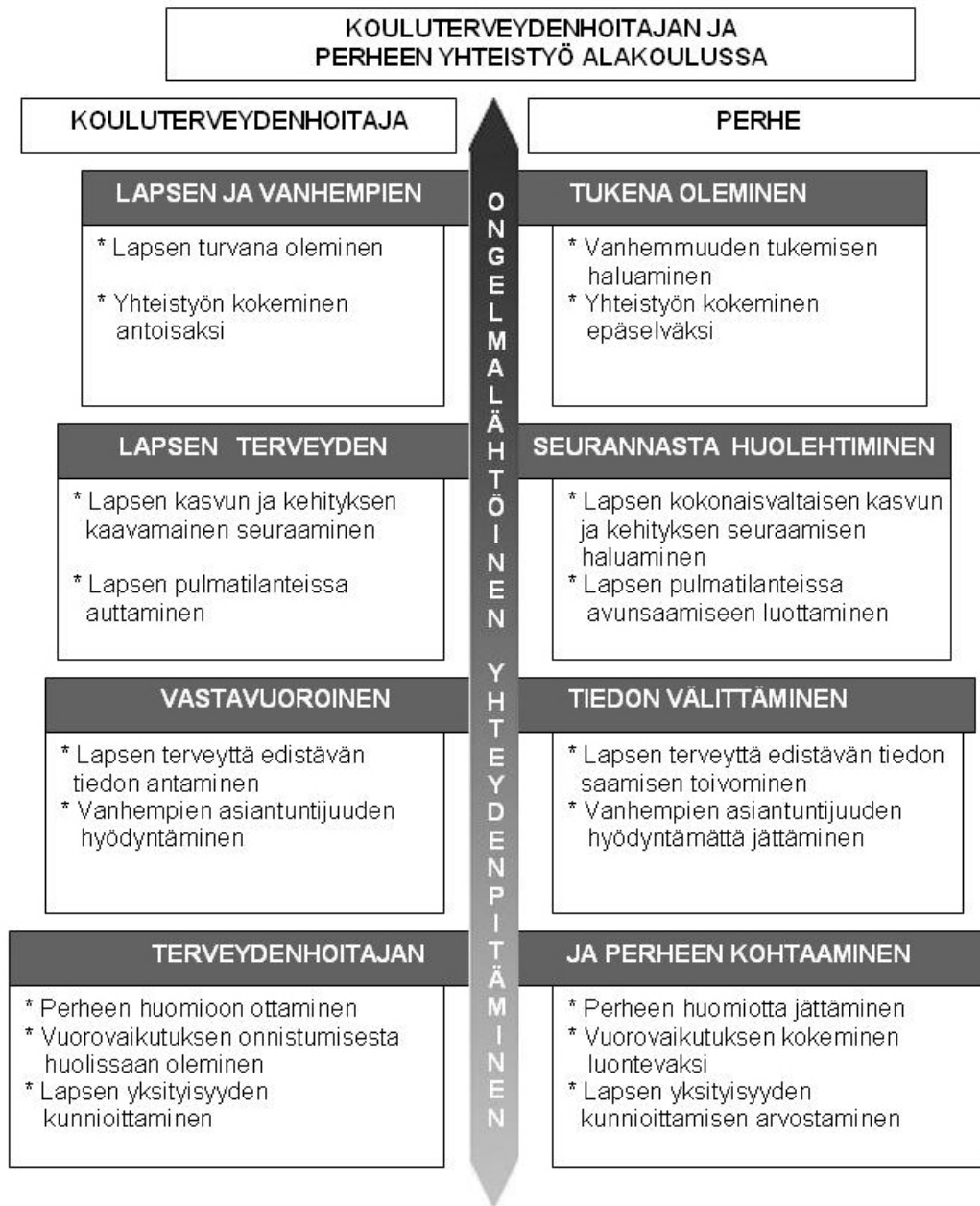
Tulososa rakentuu siten, että luvussa 5.1 esitellään syntynyt substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä kokonaisuutena käsitteellisellä tasolla. Substantiivinen teoria on kuvattu prosessina kuviossa 3. Teoria rakentuu kouluterveydenhoitajien ja perheiden lähtökohdista. Teorian ydinkäsite on ongelmalähtöinen yhteydenpitäminen. Ydinkäsite liittyy kaikkiin teorian käsitteisiin ja ne liittyvät ydinkäsitteeseen. Käsitteiden välisiä suhteita kuvaa neljä ulottuvuutta, jotka ovat terveydenhoitajan ja perheen kohtaaminen, vastavuoroinen tiedon välittäminen, lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen ja lapsen ja vanhempien tukena oleminen. Teoriaa tarkastellaan tarkemmin luvuissa 5.2 – 5.5, joissa kuvataan teorian ulottuvuudet käsitteineen yksityiskohtaisesti.

5.1 Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä

Tutkimuksen tuloksena syntynyt, kuviossa 3 esitetty substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä sisältää ydinkäsitteenä ongelmalähtöisen yhteydenpitämisen. Ongelmalähtöinen yhteydenpitäminen edellyttää, että perhe ja kouluterveydenhoitaja kohtaavat. Kouluterveydenhoitajan näkökulmasta kohtaamiseen liittyy perheen huomioon ottaminen, vuorovaikutuksen onnistumisen pohtiminen sekä lapsen kunnioittaminen. Perheen näkökulmasta koululaisen perhe jää huomioimatta kouluterveydenhuollossa, vuorovaikutus kouluterveydenhoitajan kanssa on luontevaa ja lapsen yksityisyyden kunnioittamista arvostetaan. Yhteydenpitämisen lähtökohtana on vastavuoroinen tiedon välittäminen. Se on kouluterveydenhoitajan lähtökohdista lapsen terveyttä edistävän tiedon antamista perheille ja vanhempien asiantuntijuuden hyödyntämistä. Perheen näkökulmasta vastavuoroiseen tiedon välittämiseen kuuluvat lapsen terveyttä edistävän tiedon saamisen toivominen ja vanhempien asiantuntijuuden hyödyntämättä jättäminen.

Perheen ja kouluterveydenhoitajan kohtaaminen sekä vastavuoroinen tiedon välittäminen sisältyvät lapsen terveyden seurannasta huolehtimiseen ja auttavat ymmärtämään sitä. Kouluterveydenhoitajan lähtökohdista terveyden seurannasta huolehtiminen on kaavamaista lapsen kasvun ja kehityksen seuraamista sekä lapsen pulmatilanteissa auttamista. Vanhempien lähtökohdista se on lapsen

kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen seuraamisen haluamista ja lapsen pulmatilanteissa avun saamiseen luottamista. Yhteydenpitämisen tuloksena on lapsen ja vanhempien tukena oleminen, mikä kouluterveydenhoitajan näkökulmasta ilmenee lapsen turvana olemisena ja yhteistyön antoisuutena. Vanhemmille se ilmenee vanhemmuuden tuen haluamisena ja yhteistyön epäselvyytenä.



Kuvio 3 Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä

5.2 Terveystarkastajan ja perheen kohtaaminen

5.2.1 Perheen huomioon ottaminen ja huomiotta jättäminen

Perheen huomiointi ja mukaan ottaminen lapsen terveyden edistämiseen on tutkimukseen osallistuneiden kouluterveydenhoitajien mukaan oleellinen osa ja keskeinen periaate heidän työssään alakoulussa. Kouluterveydenhoitajien mukaan yhteistyön vanhempien kanssa pitäisi olla sitä tiiviimpää mitä nuorempi lapsi on. Ensimmäisen luokan terveystarkastuksessa lapsen mukana on useimmiten äiti, mutta joskus myös koko perhe. Osa kouluterveydenhoitajista kutsuu vanhempia mukaan viidennen luokan terveystarkastuksiin. Useimmiten lapsi on kuitenkin yksin vastaanotolla. Kouluterveydenhoitajien mielestä perheen merkitys lapsen voimavarana tai sitä kuluttavana tekijänä on suuri, ja siksi lasta pitäisikin tarkastella kokonaisuutena ja yhtenä perheensä jäsenenä. Lapsen terveyden sekä siihen liittyvien ongelmien alkuperä löytyy usein perheestä ja kotioloista. Siksi niiden selvittely tulisi aloittaa perhetasolta. Yhteistyö vanhempien kanssa on lapsen terveyttä edistävää. Tukemalla lasta ja auttamalla ongelmatilanteissa autetaan myös koko perhettä. Kouluterveydenhoitajien mukaan lasta ei pystytä auttamaan eikä hänen tilannettaan muuttamaan, jos lapsen läheiset eivät ole asiassa mukana. Tämä on huomioitava myös lapsen terveystarkastuksessa. Terveystarkastuksen ohjauksen kohdistaminen pelkästään lapseen ei kouluterveydenhoitajien kokemuksen mukaan ole kovinkaan tehokasta, sillä lapsen elintavat ovat perheen elintapoja.

Vanhempien mielestä kouluterveydenhoitaja tuntee lapsen perhettä ja perhetilannetta pinnallisesti. Eräs vanhempi ilmaisi perheen tuntemista kouluterveydenhuollossa näin: *”kouluterveydenhuollossa ei tiedetä meidän perheestä varmasti mitään. Ehkä perherakenne on siellä ylhäällä... perheenjäsenten lukumäärä, vanhempien ammatit...ja osoitteesta tietysti voi jotain päätellä asumisesta. En kyllä usko, että muuta tietoa...”* (vanhempi 6). Jos lapsen terveydessä ei ole mitään erityistä seurattavaa, lapsi ja hänen perheensä jäävät kouluterveydenhuollossa vanhempien kokemuksen mukaan vähälle huomiolle. Kouluterveydenhoitajat kertoivat tietävänsä melko paljon niiden lasten perheiden tilanteesta, joilla on terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Useimmiten myös sellaisten perheiden kanssa tehdään enemmän yhteistyötä. Muuten tieto lasten perheistä kouluterveydenhuollossa on melko vähäistä, ja yhteistyö jää joidenkin terveydenhoitajien mukaan usein vain periaatteen tasolle.

Kouluterveydenhoitajat kartoittavat terveystarkastuksissa lapselta vaihtelevasti perheenjäsenten välisiä suhteita, perheen elämäntapoja ja muiden perheenjäsenten terveyttä. Koululaisten mukaan perheeseen liittyvistä asioista pitäisi keskustella enemmän kouluterveydenhuollossa, sillä perhetilanne vaikuttaa heidän mukaansa merkittävästi hyvinvointiin ja koulun käymiseen.

Kouluterveydenhoitajat kertoivat tekevänsä vähän kotikäyntejä. Niiden avulla näkisi kuitenkin hyvin lapsen kotitilanteen ja aistisi kodin ilmapiiriä sekä perheenjäsenten suhteita. Kotikäyntien jälkeen terveydenhoitaja pystyisi ymmärtämään lapsen tilannetta ja ongelmia perheessä sekä auttamaan niissä. Kouluterveydenhoitajat kertoivat, että voidakseen kohdata lapsen yksilönä ja tukea hänen terveyttään yksilöllisesti, heidän olisi tiedettävä lapsen perheen elämästä.

Vanhempien kanssa keskusteltaessa tulee usein esiin perheen ongelmia ja kipeitä asioita. Useimmiten perheet kokevat niistä keskustelun myönteisenä, mutta joskus perheen vaikea elämäntilanne voi olla kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävän yhteistyön este. Vanhemmat purkavat lapsen ja lapsen ongelmiin liittyvää ahdistustaan joskus terveydenhoitajaan. Vanhemmat voivat myös kieltää lapsen ongelman tai asennoitua siihen huolettomasti. Vanhemmat voivat olla vaativia ja tyytymättömiä kouluterveydenhuollon palveluihin, ja tyytymättömyys heijastuu negatiivisesti yhteistyöhön. Yhteistyö lähtee kouluterveydenhoitajien mukaan aina lapsen ja perheen tarpeesta sekä halusta tehdä yhteistyötä, eikä perheitä voi pakottaa siihen. Jokaisen perheen yhteistyötarpeet ovat yksilöllisiä.

5.2.2 Vuorovaikutuksen onnistumisesta huolissaan oleminen ja sen kokeminen luontevaksi

Yhteistyön ja vuorovaikutuksen onnistuminen riippuu terveydenhoitajien mukaan heidän omasta ammattitaidostaan. Vuorovaikutus ovat myös ammatillinen haaste. Vuorovaikutuksessa ei ole koskaan riittävän taitava, vaan terveydenhoitajat kokevat, että siinä pitäisi kehittyä jatkuvasti. Vuorovaikutus kouluterveydenhoitajan ja perheiden välillä on pääasiallisesti sujuvaa ja tapahtuu positiivisessa hengessä. Terveydenhoitajan rohkeuden puute voi kuitenkin joskus vaikuttaa siihen, että hän viivyttelee ja siirtää yhteydenottoa vanhempiin lapsen vaikeassa terveysongelmassa. Kouluterveydenhoitajat kokevat joskus vaikeiden asioiden suoran puheeksi ottamisen pelottavaksi, koska vanhemmat saattavat loukkaantua. Vaikeista asioista puhutaan mielellään yleisellä tasolla, jolloin vanhemmat eivät välttämättä ymmärrä asian vakavuutta tai sen hoitamisen välttämättömyyttä. Myös vanhemmat voivat puhua huolistaan hyvin yleisesti, jolloin terveydenhoitaja on epävarma siitä, haluavatko vanhemmat terveydenhoitajalta apua. Vanhemmat ovat herkkiä sille, mitä kouluterveydenhoitaja sanoo, eikä aina voi välttää väärinymmärryksiä. Terveydenhoitajat miettivätkin usein, miten puhuvat vanhempien kanssa ja kuinka valitsevat sanansa niin, etteivät vahingoittaisi yhteistyösuhdetta perheeseen.

Väärinymmärryksiä tulee melko usein sähköpostilla kommunikoitaessa. Terveydenhoitajat pyrkivät vastaamaan sähköpostiin tarkasti ja mahdollisimman lyhyesti. Joskus kiireessä kirjoitettu viesti voi kääntyä itseään vastaan.

Vanhemmat ymmärtävät viestin toisin kuin se on tarkoitettu, ja siitä syntyy pahaa mieltä, mikä voi vaikeuttaa yhteistyön tekemistä. Sähköpostilla käytävän keskustelun lisäksi perheet ja kouluterveydenhoitaja ovat yhteydessä toisiinsa puhelimella. Lyhyitä tiedottavia asioita kouluterveydenhoitajat ja vanhemmat kertovat ilmoittavansa tekstiviestillä sekä reissuvihkoon kirjoittamalla.

Yhteistyön tekemistä helpottaa, kun perhe, oppilas ja kouluterveydenhoitaja ovat tuttuja keskenään, tai ainakin ovat tavanneet kasvokkain. Kaikki tiedonantajat kokevat tärkeäksi, että sama terveydenhoitaja hoitaa lasta vuodesta toiseen. Perheillä oli melko paljon kokemuksia siitä, että tapaamiskerroilla oli eri terveydenhoitaja. Tuntemisen kautta syntyy luottamus ja lapsen terveyttä voidaan silloin tarkastella kokonaisvaltaisesti. Koululaisten mukaan tuttuus helpottaa yhteydenottoa. Sitä ei tarvitse jännittää eikä pelätä. Tunteminen vaikuttaa myös vuorovaikutuksen välittömyyteen. Koululaisten mielestä terveystarkastusten ja -tapaamisten ilmapiiri on ystävällinen ja leppoisa. Terveydenhoitaja on huumorintajuinen, iloinen ja huolehtivainen. Koululaiset kokevat tapaamiset kouluterveydenhoitajan kanssa kiireettömiksi. Koululaisten mukaan terveydenhoitaja kuitenkin puhuu paljon eikä aina malta kuunnella ja odottaa, mitä koululaisella on sanottavaa. Terveydenhoitaja kyselee paljon ja koululainen vastaa. Vuorovaikutus ei ole vastavuoroista keskustelua, kuten erään ryhmän keskustelusta ilmeni.

”terkka laittaa omiaan (puhuu paljon) koko ajan...”

”niin se puhuu ja kyselee koko ajan ja mää vaan vastaan ja myöntelen...eikä se aina malta oottaa vastausta... kysyy toisen kysymyksen ”

”sieltä paperista se niitä heittää...”

”terkalle ei oikeen puhuta oma-alotteisesti, sillai niinku miälipiteitä ja mitä niinku aattelee...” (ryhmä 5).

Koululaisten sekä vanhempien mukaan vuorovaikutus terveydenhoitajan kanssa on yleensä helppoa ja kohtaamiset mutkattomia. Eräs vanhempi kuvasi oman lapsensa kouluterveydenhoitajaa ja vuorovaikutusta seuraavasti: *”Meille on välittynyt, että terveydenhoitaja on semmonen reipas, iloinen ja empaattinen, se on aika hyvä yhdistelmä kouluterveydenhuollossa...ja sen kanssa on helppo olla yhteydessä ja keskustella...ollaan sillai samalla aaltopituudella”* (vanhempi 12). Vanhemmat toivovatkin enemmän tilaisuuksia vastavuoroiseen keskusteluun.

5.2.3 Lapsen yksityisyyden kunnioittaminen ja yksityisyyden kunnioittamisen arvostaminen

Kouluterveydenhoitaja kunnioittaa lapsen yksityisyyttä, ja koululaiset pitivät sitä tärkeänä. Lapsen kunnioittamista on myös hänen perheensä kunnioittaminen. Kuudesluokkalaiset kokivat, että haluavat olla kahdestaan terveydenhoitajan kanssa terveystarkastuksessa ja -tapaamisissa, mutta alemmilla luokilla vanhempien läsnäolo on toivottavaa. Kuudennella luokalla koululaiset haluavat

olla terveydenhoitajan ensisijaisia asiakkaita. Jos vanhemmat ovat tapaamisissa läsnä, huomio kiinnittyy koululaisten mukaan vanhempien esittämiin asioihin eikä oppilaiden omiin. Jotkut kuudesluokkalaiset kertoivat, että kokisivat kiusalliseksi esimerkiksi murrosikään liittyvistä asioista keskustelun, jos vanhemmat olisivat läsnä terveydenhoitajan vastaanotolla.

Lapsen kunnioittamista on ottaa hänet mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveydenhoitajat kertoivat, että koululaiset osallistuvat ongelmatilanteiden selvittelyyn. Erityistä huomiota vaativissa tilanteissa koululainen on terveydenhoitajan kanssa tekemässä ja sopimassa seurantasuunnitelmaa. Terveydenhoitaja kysyy oppilaan mielipidettä, mikä koetaan arvokkaaksi, vaikkakin koululaiset toivovat, että terveydenhoitaja huomioisi ja kysyisi heidän omia mielipiteitään useammin.

Koululaisten mielestä yhteistyössä on tärkeää, että terveydenhoitaja on luotettava ja että asiat pysyvät vain terveydenhoitajan tiedossa. Koululaiset kokevat voivansa luottaa terveydenhoitajaan, ja siksi hänelle on helppo paljastaa yksityisiä asioita. Kouluterveydenhoitajat kertovat, että vastaanotoilla tulee esiin monia sellaisia asioita, jotka eivät voi jäädä vain lapsen ja terveydenhoitajan välisiksi. Siksi terveydenhoitaja soittaa vastaanotolta vanhemmalle, jotta oppilas kuulee, mitä hänen asioistaan puhutaan. Jos terveydenhoitajan ei ole mahdollista soittaa vanhemmille lapsen läsnä ollessa, hän kertoo, että aikoo soittaa vanhemmille. Kouluterveydenhoitajat kokevat yhteistyön lähtökohdaksi molemminpuolisen luottamuksen ja arvostuksen. Eräs kouluterveydenhoitaja kuvasi sitä seuraavasti: *”Yhteistyö vaatii valtavasti hienovaraisuutta, koululaisen ja vanhempien kunnioittamista ja kunkin oman reviirin kunnioittamista. Joskus lasten asiat ovat vaikeita, mutta aina empaattisuudella on asiat saatu vietyä läpi hyvässä yhteishengessä...”* (kouluterveydenhoitaja 6). Yhteistyön tulee olla terveydenhoitajien mukaan rehellistä, avointa ja lapsen sekä hänen perheensä yksityisyyttä kunnioittavaa.

5.2.4. Yhteenvedo terveydenhoitajan perheen kohtaamisesta

Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen ongelmalähtöisen yhteydenpitämisen edellytyksenä on terveydenhoitajan ja perheen kohtaaminen. Terveydenhoitajan ja perheen kohtaamisen ulottuvuus rakentuu kolmesta kaksiulotteisesta käsitteestä, jotka ovat: perheen huomioon ottaminen ja huomiotta jättäminen, vuorovaikutuksen onnistumisesta huolissaan oleminen ja sen kokeminen luontevaksi sekä lapsen yksityisyyden kunnioittaminen ja yksityisyyden kunnioittamisen arvostaminen.

Kouluterveydenhoitajat korostavat perheen merkityksellisyyttä lapsen terveydelle ja siksi perheen huomiointi lapsen terveyden edistämässä on keskeistä. Lasta pitäisikin tarkastella kokonaisuutena ja perheensä jäsenenä, sillä usein lapsen terveyteen liittyvät ongelmat johtuvat perhetilanteesta.

Terveydenhoitajat kartoittavat koululaisilta heidän perheensä elämäntilannetta. Perheiden mukaan terveydenhoitaja kuitenkin tietää perheistä vähän eikä perhetilanteesta keskustella koululaisten mukaan riittävästi, esimerkiksi terveystarkastuksissa. Perheet kokevat jäävänsä vähälle huomiolle kouluterveydenhuollossa.

Kouluterveydenhoitajat ovat huolissaan vuorovaikutuksen onnistumisesta, sillä vanhemmat ovat herkkiä terveydenhoitajan huomioille ja sille, mitä terveydenhoitaja heille sanoo. Terveydenhoitajat arastelevat lapsen vaikeiden terveysongelmien puheeksi ottamista vanhempien kanssa, koska he pelkäävät sen vaurioittavan yhteistyösuhdetta. Vanhemmat kokevat vuorovaikutuksen terveydenhoitajan kanssa luontevaksi ja kohtaamiset mutkattomiksi. Koululaisten mukaan tapaamiset terveydenhoitajan kanssa ovat mukavia, joskin terveydenhoitajat puhuvat ja kysyvät paljon, mutta eivät malta odottaa koululaisen vastauksia. Kouluterveydenhoitajien ja perheiden mukaan tunteminen helpottaa vuorovaikutusta. Lapsen yksityisyyden kunnioittamista on ottaa hänet mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveydenhoitaja kysyy koululaisen mielipiteitä erityisesti ongelmatilanteissa. Koululaiset arvostavat sitä, mutta heidän mielestään mielipiteiden kysymistä pitäisi lisätä ja laajentaa kaikkeen keskusteluun. Koululaiset kokevat, että terveydenhoitajalle on helppo paljastaa yksityisiä asioita, koska he luottavat terveydenhoitajan vaitioloon.

5.3 Vastavuoroinen tiedon välittäminen

5.3.1 Lapsen terveyttä edistävän tiedon antaminen ja tiedon saamisen toivominen

Yhteistyötä kouluterveydenhoitajan ja perheiden välillä kuvaa keskeisesti lapsen terveyttä edistävän tiedon antaminen. Useimmat kouluterveydenhoitajat tiedottavat vanhemmille kouluterveydenhuollon toiminnasta lukuvuoden alussa. Terveydenhoitajat kertovat ilmoittavansa koteihin koululaisten terveystarkastusten aloituksesta ja niiden sisällöstä sekä tuloksista. Koteihin tiedotetaan myös oppilaan muista vastaanotolla käynneistä, koska vanhemmilla on oikeus tietää, miksi lapsi on vastaanotolla käynyt ja miten häntä on ohjattu. Kouluterveydenhoitajat kokivat tiedottavansa koteihin monia lapsen terveyteen liittyviä asioita, mutta he toivoivat saavansa vanhemmilta nykyistä enemmän tietoa lapsesta sekä hänen terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Vanhempien mielestä kouluterveydenhoitajalta saatu tieto on pinnallista ja satunnaista. Erityisesti toivottaisiin tietoa terveystarkastusten sisällöstä ja tulosten merkityksen tarkempaa selvittämistä lapsen kokonaisvaltaisen terveyden kannalta. Vanhemmat toivoisivat saavansa kouluterveydenhoitajalta kirjallista

terveyskasvatusmateriaalia lapsen ikäkauteen ja terveyteen ajankohtaisesti liittyvistä aiheista. Tämä tarve tuli esiin erään vanhemman haastattelussa näin:

” Ikäkausiin liittyviä lehtisiä, sellaisia kun neuvolasta sai, olisi hyvä saada kotiin luettavaksi ja erityisesti murrosiästä lukumateriaalia vanhemmille. Onhan ne osin tuttuja asioita, mutta se olisi sellaista muistutteleamista ja olisi sitten helpompi puhuakin lapsen kanssa täällä kotona...” (vanhemmat 11). Myös tieto terveydenhoitajan vastaanotolla annetusta ohjauksesta olisi vanhemmille tärkeää, jotta he voisivat jatkaa keskustelua kotona koko perheen kanssa. Vanhemmat kertoivat, että nyt heillä ei ole tarkkaa käsitystä ohjauksen sisällöstä, sillä vähäinen tieto siitä tulee kotiin vain lapsen kertomana.

Vanhempainillat ovat vanhempien mukaan tärkeitä tilaisuuksia terveydenhoitajan tapaamiseen ja terveyteen liittyvän tiedon saamiseen. Kouluterveydenhoitajat osallistuvat niihin vaihtelevasti. Yleensä terveydenhoitaja kertoo niissä vanhemmille omasta toiminnastaan ja kouluterveydenhuollon palveluista tai lapsen terveyteen liittyvistä ajankohtaisista aiheista, kuten terveellisen ravitsemuksen kysymyksistä, unen ja levon sekä perheen yhteisen ajan merkityksestä. Vanhemmat ovat kokeneet alustukset antoisiksi ja ajankohtaisiksi. Vanhemmat toivoisivat terveydenhoitajien osallistuvan vanhempainiltoihin useammin, jotta terveydenhoitaja tulisi tutuksi, häneltä voisi kysyä terveyteen liittyvistä asioista ja hän tapaisi perheitä sekä kuulisi heidän ajatuksiaan lasten hyvinvoinnista. Terveydenhoitajien mukaan koulu- tai luokka-astekohtaisissa vanhempainilloissa on vähän mahdollisuuksia henkilökohtaiseen keskusteluun vanhempien kanssa. Luokkakohtaisissa vanhempainilloissa yksilöllinen keskustelu mahdollistuu paremmin, mutta opettajat kutsuvat niihin harvoin kouluterveydenhoitajia.

Jokaiseen oppilaan kohtaamistilanteeseen sisältyy ohjausta terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Koululaiset pitävät kouluterveydenhoitajan antamaa henkilökohtaista ohjausta tarpeellisena ja arvostavat kouluterveydenhoitajalta saatua terveystietoa. Koululaiset kokevat ohjauksen ymmärrettäväksi, mutta tulkinnanvaraiseksi. Ohjaus jää yleiselle tasolle, sillä terveydenhoitaja ei konkretisoi eikä liitä ohjeita ja tutkimustuloksia koululaisen omaan elämään pohtimalla niitä yhdessä koululaisen kanssa. Koululaisille ei aina selviä, mitä ohjaukseen sisältyvillä asioilla tarkoitetaan käytännössä. Ohjauksessa korostuu tuttuun asioiden kertaus, minkä osa koululaisista kokee hyödylliseksi.

Useat tutkimukseen osallistuneet kouluterveydenhoitajat pitävät terveyskasvatustunteja luokissa, ja tuntien aikana he kokevat saavansa välitettyä tehokkaasti tietoa terveydestä. Tunnit ovat tarpeellisia, ja koululaiset toivovat niitä enemmän. Terveyskasvatustuntien toteutustapoihin oppilaat toivovat enemmän monimuotoisuutta ja havainnollistamista, kuten seuraavassa ryhmä keskustelussa tulee esiin: *”Terkan pitämät tunnit ei oo kovin mielenkiintoisia, se opettaa niin ku ope, mutta ei tuu läksyä...”*
”pitäis saada enemmän keskustelua...kuvia ja videoo ja sellasta...” (Ryhmä 5).

Kouluterveydenhoitajat kannustavat oppilaita vuoropuheluun tunneilla. Lisäksi he seuraavat oppilasryhmien toimintaa, luokan ilmapiiriä, koululaisten

vuorovaikutussuhteita ja yksittäisen lapsen työskentelyä ryhmässä. Näin terveydenhoitajat saavat tärkeää tietoa lasten luokkakohtaisesta hyvinvoinnista. Luokkatilanteet tiivistävät terveydenhoitajan ja lapsen yhteistyötä. Terveydenhoitaja tulee oppilaille aiempaa tutummaksi, ja se helpottaa lasten hakeutumista myöhemmin kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä opettajan kanssa terveystuntien suunnittelussa ja joskus myös toteutuksessa.

5.3.2 Vanhempien asiantuntijuuden hyödyntäminen ja hyödyntämättä jättäminen

Vanhemmilla on ainutlaatuista, arkipäivän tietoa lapsesta ja perheen elämäntilanteesta, ja heiltä terveydenhoitaja saa enemmän tietoa kuin lapselta itseltään. Terveystarkastuksissa tai muissa tilanteissa kohdattaessa vanhemmat kertovat terveydenhoitajalle lapsensa elämästä yleensä monipuolisesti, mutta lapsen ollessa yksin vastaanotolla terveyden tarkastelu ja siitä keskustelu jää suppeammaksi. Kouluterveydenhoitajat kokevat lapsiasiakkuuden ristiriitaisena. Silloin kun lapsi on yksin vastaanotolla, häneen pystyy keskittymään täysipainoisesti. Terveydenhoitaja voi keskittyä kuuntelemaan lasta ja pohtimaan yhdessä lapsen kanssa hänen elämäntilannettaan ja koulussa selviytymistään. Tämä on koettu hyväksi. Toisaalta kouluterveydenhoitajat kokevat avuttomuutta ja lapsen terveyden edistämisen vaikeaksi, kun vanhemmat eivät ole näkemyksineen vastaanotoilla mukana. Yksi kouluterveydenhoitajista kuvasi asiaa seuraavasti: *”On vain luotettava lapseen sanaan terveydestään, kun vanhemmat eivät ole vastaanotolla mukana. Terveydenhoitajan työ koululla on vaativampaa kuin muu terveydenhoitajan työ, koska pitää huomioida lapsen perhe jollain tavalla, vaikka se ei ole paikalla”* (kouluterveydenhoitaja 4). Oppilaan terveyden edistämisen kannalta kouluterveydenhoitajien mielestä on tärkeää, että he tietävät perheen elämäntilanteesta, muutoksista tai ongelmista, ja näistä he pääsevät parhaiten selville keskustelemalla vanhempien kanssa.

Koululaisen terveystarkastuksissa tapaamisten ja keskustelujen lisäksi kouluterveydenhoitajat kokevat saavansa vanhemmille suunnatuilla terveystarkastuksilla arvokasta tietoa lapsen elintavoista ja tottumuksista sekä terveydentilasta. Tiedot muodostavat perustan lapsen terveystarkastuksiin, -tapaamisiin ja ohjaukseen. Terveydenhoitajien mukaan kyselyiden avulla välittyy vanhempien näkemys lapsen ja perheen hyvinvoinnista, mutta vanhempien mukaan kyselyt keskittyvät pelkästään lapsen ja perheen elintapojen selvittämiseen. Vanhemmat kokevat kyselyiden olevan niin yleisellä tasolla, että niiden perusteella ei voida tehdä pitkälle meneviä päätelmiä lapsen ja perheen tilanteesta tai hyvinvoinnista, kuten yksi haastatelluista vanhemmista toteaa:

”Kysymykset ovat olleet niin ympäröivä, että ihan harmittaa. Kuka niihin sitten vastaa mitenkään. Eihän niillä mitään ihan oikeesti saada selville perheen tilanteesta... epäilen.. ettei niitä käytetä missään ” (vanhempi 5).

Vanhemmat toivat esiin sen, että heillä on vähän mahdollisuuksia kertoa asioita, joita he itse pitävät tärkeinä lapsensa terveyden kannalta. Useille vanhemmille oli myös epäselvää, mihin terveystarkastuksilla kerättyjä tietoja käytetään ja kuinka niitä hyödynnetään lapsen kohtaamisissa, kuten terveystarkastuksissa. Vanhemmat miettivät myös sitä, ketkä lukevat vastauksia ja kuinka täytettyjä kyselylomakkeita säilytetään kouluterveydenhuollossa. Vanhemmat kokivat, että kyselyiden avulla heidän näkemyksensä välittyy kouluterveydenhuoltoon, mutta suppeasti. Vanhemmat toivoivat, että heidän näkemyksiään kuultaisiin nykyistä enemmän ja he voisivat aktiivisemmin osallistua ja vaikuttaa lapsensa terveyden edistämiseen koulussa.

5.3.3 Yhteenvedo vastavuoroisesta tiedon välittämisestä

Vastavuoroinen tiedon välittäminen on ongelmalähtöisen yhteydenpitämisen lähtökohta. Ulottuvuus koostuu kahdesta käsiteulottuvuudesta, joka ovat lapsen terveyttä edistävän tiedon antaminen ja tiedon saamisen toivominen sekä vanhempien asiantuntijuuden hyödyntäminen ja hyödyntämättä jättäminen.

Terveydenhoitajat kokevat antavansa vanhemmille paljon lapsen terveyttä edistävää tietoa, mutta saavat vanhemmilta vähän tietoa koululaisen terveydestä. Vanhemmat kokevat saamansa tiedon vähäiseksi ja pinnalliseksi. He toivovat saavansa nykyistä enemmän terveystarkastusmateriaalia sekä tietoa terveydenhoitajan koululaiselle antamasta terveystarkastuksesta. Vanhemmat arvostavat vanhempainiltoja ja toivovat terveydenhoitajan osallistuvan niihin aktiivisemmin ja tuovan siellä esiin terveyteen liittyvän asiantuntijuutensa. Koululaiset arvostavat terveydenhoitajalta saamaansa terveyteen liittyvää ohjausta. Ohjaus jää kuitenkin koululaisten mukaan yleiselle tasolle ja tulkinnanvaraiseksi. Kouluterveydenhoitajat pitävät terveystarkastustunteja tehokkaana tapana välittää koululaisille terveystietoa. Koululaisten mukaan tuntien toteutustapoja tulisi kehittää nykyistä mielenkiintoisemmiksi.

Koululaisen terveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että terveydenhoitaja tietää perheen elämäntilanteesta ja parhaiten hän pääsee siitä selville keskustelemalla vanhempien kanssa ja hyödyntämällä heidän asiantuntijuuttaan. Vanhemmilla on lapsen terveyden edistämisen kannalta tärkeää arkitietoa lapsesta ja perheestä. Terveydenhoitaja saa vanhemmilta enemmän tietoa kuin lapselta itseltään. Lapsen terveyden tarkastelu monipuolistuu, kun käytettävissä on vanhempien näkemykset. Terveydenhoitajat kokevat saavansa myös terveystarkastuksilla arvokasta tietoa lapsen terveydestä. Vanhemmat kokevat, että

terveyskyselyillä heidän näkemyksensä välittyvät terveydenhoitajalle vain pinnallisesti. Vanhemmilla on vähän mahdollisuuksia kertoa asioita, joita he itse pitävät tärkeinä lapsen terveyden kannalta.

5.4 Lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen

5.4.1 Lapsen kasvun ja kehityksen kaavamainen seuraaminen ja kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen seuraamisen haluaminen

Kouluterveydenhoitaja seuraa lapsen kasvua ja kehitystä terveystarkastuksissa ja -tapaamisissa. Ne ovat terveydenhoitajien mukaan yleisimmät ja tärkeimmät yhteistyön tavat oppilaan kanssa. Koululaiset ja vanhemmat arvostavat niitä ja pitävät niitä tarpeellisina. Niihin osallistumista pidetään luonnollisena osana koulunkäyntiä. Vanhemmat toivovat, että kouluterveydenhoitajat kutsuisivat heitä nykyistä useammin lapsensa terveystarkastuksiin ja -tapaamisiin. Vanhemmat ovat kokeneet terveystarkastuksissa mukana olon tarpeelliseksi, koska niistä on saanut tietoa lapsen terveydestä ja koko perheen terveyden edistämisestä. Tarkastustilanteissa on annettu hyvin tilaa vanhempien mielipiteille, ja omaa mieltä painavista asioista on ollut mahdollista keskustella. Terveystarkastukset, joissa vanhemmat ovat olleet mukana, ovat luoneet hyvän pohjan muullekin yhteistyölle.

Terveystarkastusten tulosten perusteella koululaiset itse sekä vanhemmat saavat tietoa koululaisen terveydentilasta sekä kasvusta ja kehityksestä. Tapaamisissa myös terveydenhoitajalle tarkentuu käsitys oppilaan terveydestä. Vanhempien ja koululaisten kokemuksen mukaan kouluterveydenhoitaja seuraa lapsen kasvua ja kehitystä kuitenkin kaavamaisesti. Koululaisten mukaan terveystarkastukset ovat kaikille oppilaille samanlaisia sisällöltään ja kaikki saavat samat ohjeet. Tarkastuksissa on keskeistä pituuden ja painon mittaus sekä kuulon ja näön tutkiminen. Koululaisten mielestä terveydenhoitajilla pitäisi olla parempi tietämys lasten ja nuorten elämästä sekä nuoruudesta elämänvaiheena ja siitä tulisi keskustella enemmän. Nyt se jää hyvin vähälle huomiolle. Koululaiset ovat kokeneet sekä vahvuuksiin että itsetunnon tukemiseen kiinnitettävän vain vähän huomiota kouluterveydenhuollossa.

Vanhempien mielestä kouluterveydenhuollon painopistettä tulisi siirtää elintapojen ja fyysisen terveyden seuraamisesta lapsen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin seuraamiseen ja sen edistämiseen. Eräs vanhempi esitti asian näin: ”Eihän niissä terveystarkastuksissa mitään syvällisiä asioita terveydestä ja hyvinvoinnista käydä läpi...on tullut sellanen olo, että lapselle on niin vähä aikaa...ja pitäis huomioida lapsen kokonaistilanne siis kotiolo, koulu ja onhan kai henkisenkin hyvinvoinnin seuraamiseen jotain mittareita...ettei oltais pelkästään kiinnostuneita pituudesta ja painosta ja niistä syömisistä. Sellanen pintaraapasu vaan nykyään ”(vanhempi 10). Terveystarkastuksista puuttuu

koululaisten ja vanhempien mukaan omaleimaisuus, joka ilmeni yksilöllisenä kohtaamisena ja alakouluikäisen lapsen ainutlaatuisen ja kokonaisvaltaisen terveyden tarkasteluna. Kouluterveydenhoitajan asiantuntijuuden tulisi näkyä enemmän lapsen yksilöllisen terveyden edistämässä, sillä pelkillä rutiinitarkastuksilla terveydenhoitaja ei anna luotettavaa ja asiantuntevaa vaikutelmaa toiminnastaan.

Kouluterveydenhoitajat ovat kokeneet auttamismahdollisuutensa rajallisiksi ja työnsä pakkotahtiseksi kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhoitajat työskentelevät vain osan viikosta alakoulussa, ja lapsia vastuualueella on paljon, joten aikaa ei ole riittävästi vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Terveydenhoitajat kokevat työnsä ylikuormitetuksi, ja siksi lapsen asioihin on vaikea paneutua syvällisesti. Alakouluille varattu työaika menee kokonaan terveystarkastusten tekemiseen. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan lapsilla ja perheillä on paljon terveysongelmia, kuten mielenterveysongelmia. Niissä tukeminen ja auttaminen on aikaa vievää, joten ne jäävät liian vähälle huomiolle.

Vanhemmat ovat kokeneet, että terveydenhoitajaa arvostetaan koulu yhteisössä, mutta he toivoivat, että terveydenhoitajan terveyden asiantuntijuus näkyisi siellä nykyistä voimakkaammin. Jotkut vanhemmat toivat esiin, että terveydenhoitaja ja opettaja tekevät yhteistyötä, jos lapsella on sairautta tai muita ongelmia. Opettaja tuntee lapsen ja huomaa nopeammin kuin terveydenhoitaja, jos lapsen asiat eivät ole hyvin. Siksi vanhemmat pitävät opettajan ja terveydenhoitajan yhteistyötä tärkeänä. Vanhemmat toivoivat, että kouluterveydenhoitaja osallistuisi koulun tapahtumiin ja olisi enemmän koululla esillä. Koulun toimintaan osallistuminen auttaisi kouluterveydenhoitajaa hahmottamaan nykyistä paremmin oppilaan työpäivää ja -ympäristöä ja siten kohtaamaan hänet yksilöllisesti ja tukemaan hänen terveyttään laaja-alaisesti.

5.4.2 Lapsen pulmatilanteissa auttaminen ja avun saamiseen luottaminen

Kouluterveydenhoitajat ottavat herkästi yhteyttä vanhempiin, jos lapsen terveys sitä vaatii. Jos lapselle sattuu koulussa tapaturma tai hän sairastuu kesken koulupäivän, kouluterveydenhoitajilla on tapana soittaa vanhemmille lapsen tilanteesta ja antaa kotihoito-ohjeita. Terveydenhoitaja kutsuu vanhempia koululle keskustelemaan, jos lapsella on paljon pulmia. Useimmat vanhemmat ovat erittäin tyytyväisiä kouluterveydenhoitajan yhteydenottoon ja lapsen asioiden selvittyä kiitollisia terveydenhoitajan avusta. Terveydenhoitajien mukaan lapsen erityisongelmat ja pulmatilanteet käynnistävät näkyvän yhteistyön vanhempien kanssa. Näissä erityistilanteissa pohditaan yhdessä toimintatapoja ja erilaisia ratkaisuja lapsen auttamiseksi.

Koululaiset ja vanhemmat luottavat kouluterveydenhoitajan asiantuntijuuteen, osaamiseen ja apuun pulmatilanteissa. Kouluterveydenhoitajalla on vanhempien

mukaan hyvät tiedot ja taidot lapsen kasvuun, kehitykseen ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä lasten terveysongelmien hoitamisesta. Koululaiset ja vanhemmat luottavat siihen, että terveydenhoitaja havaitsee ja puuttuu lapsen ongelma-asioihin ja vie niitä tarpeen mukaan eteenpäin. Vanhemmat luottavat myös siihen, että terveydenhoitaja tietää kanavat, mistä lapselle voi saada tarvittaessa lisäapua. Koululaiset ovat kokeneet saavansa apua terveydenhoitajalta huoliinsa, kuten heidän keskustelustaan tulee esiin:

”terveydenhoitajan luona voi puhua sellasistaki asioista, joista ei puhuta edes kaverille ja se puhuminenki jo auttaa, jos vaikka on joku huoli...”

”jos on jotain kysyttävää...vaik ny murrosikään...niin ku nää finnit...liittyvä... nii kyllä siltä saa vastauksen ”

” kyä mustaki tuntuu, että se tiätää...osaa asiansa” (ryhmä 4).

Koululaisilla on välituntien aikana mahdollisuus mennä terveydenhoitajan vastaanotolle ilman ajanvarausta kertomaan huolistaan. Aina vastaanotolle ei ole päässyt, sillä terveydenhoitaja on ollut kiireinen ja pyytänyt tulemaan seuraavalla välitunnilla. Kouluterveydenhoitajat eivät ole joka päivä koululla, ja siksi koululaisten mukaan käykin usein niin, että kun tarvitsisi apua, terveydenhoitaja ei ole koululla. Koululaiset halusivat apua heti pulmiinsa, muuten asiat jäävät hoitamatta. Koululaiset kertoivat, että joskus heille on sattunut välitunneilla ja liikuntatunneilla onnettomuuksia, jotka terveydenhoitaja on tutkinut ja hoitanut taitavasti. Luottamus terveydenhoitajan apuun pulmatilanteissa tuo turvallisuuden tunnetta koululaiselle.

Vanhemmat ovat kokeneet, että terveydenhoitaja useimmiten ottaa lapsen tai vanhemman huolen asiakseen. Vanhemmat ovat saaneet kouluterveydenhoitajalta apua esimerkiksi lapsen painonhallintaan, terveellisten ruokailutottumusten edistämiseen ja ihon hoitoon liittyviin ongelmiin. Äkillisten sairauksien ja vaivojen hoito-ohjeiden pyytämiseen vanhemmat ovat käyttäneet lapsen mukana kulkevia lappuja, reissuvihkoa, sähköpostia tai tekstiviestiä. Yleensä terveydenhoitaja on vastannut heille nopeasti ja he ovat saaneet apua pulmaan. Vanhempien on tärkeää tietää, mistä ja keneltä voi kysyä apua ja tukea koululaisen terveyteen liittyvissä asioissa, joskin osa vanhemmista toi esiin, että eivät tiedä, minkälaisia asioita terveydenhoitajalta voi kysyä.

5.4.3 Yhteenveto lapsen terveyden seurannasta huolehtimisesta

Lapsen terveyden seurannasta huolehtiminen rakentuu kahdesta käsiteulottuvuudesta, jotka ovat: lapsen kasvun ja kehityksen kaavamainen seuraaminen ja kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen seuraamisen haluaminen sekä lapsen pulmatilanteissa auttaminen ja avun saamiseen luottaminen.

Kouluterveydenhoitaja seuraa lapsen kasvua ja kehitystä terveystarkastuksissa ja -tapaamisissa. Niitä arvostetaan ja pidetään tarpeellisina. Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta on koettu kuitenkin kaavamaiseksi ja fyysisen terveyden seurantaan painottuvaksi. Kasvun ja kehityksen seurannasta ei välity perheille

kokonaisvaltainen terveyden seuranta. Terveydenhoitajat kokevat työnsä ylikuormitetuksi. Lapsilla on monia terveyteen liittyviä ongelmia, joihin pitäisi paneutua syvällisesti ja joissa auttamiseen sekä tukemiseen pitäisi olla nykyistä enemmän aikaa. Alakouluille varattu terveydenhoitajaresurssi menee lähes kokonaan terveystarkastusten tekemiseen. Vanhemmat toivovat, että terveydenhoitajan asiantuntijuus näkyisi lapsen yksilöllisenä kohtaamisena ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisenä sekä toimintana kouluuyhteisön terveyden edistämiseksi.

Terveydenhoitajat auttavat koululaisia heidän pulmatilanteissaan, kuten koulussa sattuneiden tapaturmien hoidossa ja antavat kotihoito-ohjeita niistä vanhemmille. Perheet luottavat siihen, että lapsen terveysongelmat havaitaan ja niihin puututaan kouluterveydenhuollossa. Koululaiset ja vanhemmat ovat saaneet kouluterveydenhoitajalta apua terveyteen liittyvissä pulmissa, ja he luottavat terveydenhoitajan osaamiseen avun antamisessa. Koululaisten kokemuksen mukaan terveydenhoitajan kiireisyys tai vähäinen koululla olo vaikeuttaa kuitenkin avun saamista.

5.5 Lapsen ja vanhempien tukena oleminen

5.5.1 Yhteistyön kokeminen antoisaksi ja epäselväksi

Kouluterveydenhoitajat kokevat yhteistyön vanhempien kanssa ammatillisesti antoisaksi. Yhteistyö vanhempien kanssa tekee terveydenhoitajan työstä merkityksellistä ja antaa voimia koululaisten terveyden edistämiseen. Kouluterveydenhoitajien mielestä yhteistyö on lapsen ja perheen tukena olemista ja siksi palkitsevaa. Yhteistyö vanhempien kanssa luo terveydenhoitajalle turvallisuuden tunnetta. Yhteisissä keskusteluissa tai muussa yhteydenpidossa voidaan sopia ongelmien selvittelyn ja hoitamisen toimintatavoista, ja silloin kaikki tietävät samat asiat. Terveydenhoitaja kokee tällöin vastuun jakautuneen. Oppilaan asioiden hoitaminen helpottuu, kun voi puhua niistä vanhempien kanssa. Kouluterveydenhoitajien mukaan vanhemmat ovat vähän yhteydessä kouluterveydenhuoltoon, joskin viime vuosina yhteydenotot ovat lisääntyneet. Kouluterveydenhoitajat ylläpitävät yksin yhteyksiä perheisiin. Heidän mukaansa vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tulisi kuitenkin olla nykyistä tiiviimpää ja yhteistyötapoja pitäisi kehittää monipuolisemmiksi.

Vanhemmat tietävät kouluterveydenhuollon palveluista ja kouluterveydenhoitajan työstä vähän. He eivät tiedä, mitä kouluterveydenhuollossa tehdään ja minkälaisissa asioissa kouluterveydenhoitajaan voi olla yhteydessä. Tätä kuvasi eräs vanhempi näin:

”Mää luulen, että vanhemmat ei tiä, että sinne voi mennä juttelee tai soittaa kaikenlaisista lapsen hyvinvointiin liittyvistä...eikä ymmärrä, kuinka paljon terveydenhoitajasta vois olla jossain tilanteessa apua...me ollaan oltu aika paljon yhteydessä meidän lasten terveydenhoitajaan niin on tullu vähitellen kokemuksen kautta selville...kuinka monenlaisista asioista voi sen kanssa puhua...” (vanhempi 12).

Terveydenhoitajan kanssa tehtävä yhteistyö aiheutti vanhemmissa hämmennystä ja epäselvyyttä. Heille oli epäselvää, mitä kouluterveydenhoitajalta voi odottaa. Vanhempien mukaan he ovat yleensä yhteydenpitämisen alullepanijoita. Kouluterveydenhoitajan tulisi olla yhteistyön alullepanija ja pitää yhteyttä koteihin nykyistä aktiivisemmin. Siten yhteydenpitäminen olisi joustavampaa, ja vanhempienkin olisi helpompi olla nykyistä aloitteellisempia. Kouluterveydenhoitajien mukaan vanhempien käsitys kouluterveydenhuollon palveluiden sisällöstä rajoittuu terveystarkastuksiin, mittaamiseen ja punnitsemiseen sekä rokottamiseen. Kouluterveydenhoitajat tulkitsivat, että kouluterveydenhuollolla ei ole vanhempien mielissä samaa arvostettua asemaa kuin lastenneuvolatoiminnalla on.

5.5.2 Lapsen turvana oleminen ja vanhemmuuden tukemisen haluaminen

Kouluterveydenhuolto ja kouluterveydenhoitajan koululla olo tukevat oppilaan turvallisuuden tunnetta. Kouluterveydenhoitajat pitivät tärkeänä sitä, että he ovat koululla lasta varten. Myös vanhemmat korostivat puolueettoman aikuisen koululla olon tärkeyttä. Lapsi voi mennä monenlaisten ongelmien kanssa kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Ne eivät välity opettajalle eivätkä vaikuta esimerkiksi arviointiin. Eräs vanhempi esitti asian näin: *”Koululaisen suhde opettajaan ei aina ole niin mutkaton ja siksi on tärkeätä, että terkka on koululla sellanen neutraali...ulkopuolinen henkilö. Tärkeätä, että lapsella on koululla sellanen tuki, että jos tulee joku umpikuja, että voi mennä terkalle sitä purkamaan...jos se ei vaikka kotonakaan onnistu”* (vanhempi 1). Koululaiset ja vanhemmat kokevat terveydenhoitajan tukea antavaksi ja luotettavaksi aikuiseksi, jonka luokse lapsen on helppo mennä.

Kouluterveydenhoitajat kartoittavat ja tukevat oppilaan koulunkäyntiä ja oppimista. He kyselevät lapselta kokemuksia koulutyön raskaudesta, koulumenestyksestä ja ystävyysuhteista. Oppilailta kysytään myös koulukiusaamisesta ja siihen puututaan tarpeen mukaan. Kouluterveydenhoitajien mukaan on tärkeää, että oppilas voi käydä koulua huolelta ja turvallisella mielellä. Koululaiset ovat kokeneet, että koulunkäyntiin liittyvistä kysymyksistä puhutaan terveydenhoitajan kanssa kuitenkin vähemmän kuin esimerkiksi terveellisestä ravinnosta tai harrastuksista. Kouluterveydenhoitajat tuovat turvaa ja toivoa oppilaan elämään, kun hän elää vaikeaa elämäntilannetta, kuten vanhempien avioeroa tai perheenjäsenen

sairautta. Kun perheellä on vaikeuksia, lapsi jää helposti yksin. Tällöin terveydenhoitajan tuki on tärkeää ja se helpottaa myös vanhempien tilannetta.

Kouluterveydenhoitajan koululla olo sekä lapsen terveyden säännöllinen seuraaminen tuovat turvallisuuden tunnetta myös vanhemmille. Vanhemmat kaipaavat kuitenkin terveydenhoitajalta konkreettista ohjausta lapsen terveyden tukemiseen. Tärkeänä tukena koettaisiin keskustelun mahdollisuus. Alakoulun aikana lapsi vähitellen itsenäistyy, ja se voi aiheuttaa perheessä ongelmia. Tähän vanhemmuuden muutosvaiheeseen toivotaan terveydenhoitajalta ohjauksellista tukea. Myös lapsen ja murrosikää lähestyvän varhaisnuoren kasvatusasioihin vanhemmat toivovat terveydenhoitajalta ohjausta ja tietoa. Vanhemmuuden tukea tarvitaan erityisesti lapsen siirtymäkausissa, kuten koulun alkaessa, murrosiän lähestyessä ja yläkouluun siirryttäessä. Jotkut kouluterveydenhoitajat tukevat vanhemmuutta vanhempainryhmissä ja tekevät yhteistyötä vanhempainyhdistyksen kanssa. Kouluterveydenhoitajien mukaan niissä autetaan vanhempia näkemään omia vahvuuksiaan ja jaksamaan vanhempana. Vanhempien mukaan he haluavat kuitenkin enemmän tukea kouluterveydenhoitajalta, sillä tuki on jäänyt kouluterveydenhuollossa heidän mukaansa vähäiseksi. Lastenneuvolassa tuettiin vanhemmuutta hyvin, mutta kouluterveydenhuollossa siitä ei vanhempien mukaan olla kiinnostuneita. Vanhemmat toivovat, että kouluterveydenhoitaja olisi osa heidän turvaverkostoaan.

5.5.3 Yhteenveto lapsen ja vanhempien tukena olemisesta

Yhteydenpitämisen lopputuloksena on lapsen ja vanhempien tukena oleminen. Sitä jäsentää kaksi käsiteulottuvuutta, jotka ovat: yhteistyön kokeminen antoisaksi ja epäselväksi sekä lapsen turvana oleminen ja vanhemmuuden tukemisen haluaminen.

Kouluterveydenhoitajat kokevat yhteistyön vanhempien kanssa ammatillisesti antoisaksi, sillä yhteistyö tekee terveydenhoitajan työstä merkityksellistä ja antaa voimia koululaisten terveyden edistämiseen. Yhteistyö luo terveydenhoitajalle turvallisuuden tunnetta ja hän kokee vastuun jakautuvan. Vanhemmat kokevat yhteistyön epäselväksi, koska eivät tunne kouluterveydenhuollon palveluita eivätkä tiedä, minkälaisissa asioissa kouluterveydenhoitajan kanssa voi olla yhteydessä.

Terveydenhoitajat korostavat olevansa koululla lasta varten, heidän turvanaan. Koululaiset ja vanhemmat kokevat terveydenhoitajan tukea antavaksi ja luotettavaksi aikuiseksi, jonka luokse lapsen on helppo mennä. Kouluterveydenhoitajan tuki korostuu erityisesti lapsen ongelmissa ja vaikeissa elämäntilanteissa. Vanhemmat kokevat turvallisuuden tunnetta siitä, että lapsen terveyttä seurataan ja kouluterveydenhoitaja on koululla lapsen terveyttä koskevia asioita hoitamassa. Vanhemmat toivovat kuitenkin enemmän

keskustelumahdollisuuksia terveydenhoitajan kanssa. He kaipaavat tukea terveydenhoitajalta kasvatusasioissa ja omaan vanhemmuuteensa.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia suhteessa käsitteelliseen kontekstiin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Luku rakentuu tutkimustulosten synteisille ja tuloksia tarkastellaan ongelmalähtöisen yhteydenpitämisen ja perhekeskeisyyden näkökulmista.

6.1.1 Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö ongelmalähtöisenä yhteydenpitämisenä

Tutkimuksen tuloksena syntyneen teorian mukaan kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyö on ongelmalähtöistä yhteydenpitämistä. Yhteistyö vanhempien kanssa ei ole tämän tutkimuksen mukaan suunnitelmallista, säännöllistä eikä tasavertaista kumppanuutta ja yhdessä toimimista lapsen terveyden edistämiseksi. Yhteistyö on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin poikkeavuuksiin liittyvää yhteydenpitämistä. Kielitoimiston (2008) mukaan yhteydenpitäminen on satunnaista vuorovaikutusta, ja siinä on keskeistä tiedottaminen ja tietojen vaihtaminen.

Kouluterveydenhoitajan ja vanhempien väliseen yhteydenpitämiseen on yleensä syynä jokin lapsen ongelma tai vaiva, josta kouluterveydenhoitaja haluaa tiedottaa vanhemmille tai antaa ohjeita ongelman hoitamiseen. Koululaisen terveystarkastusten ja -tapaamisten jälkeen vanhemmille tiedotetaan mittauksen tulokset ja jos niissä on poikkeavuuksia, käynnistyy tiiviimpi yhteistyö ongelman hoitamiseksi. Myös Tossavaisen ja kumppaneiden (2004a) tutkimuksessa tuli esiin, että yhteistyö vanhempien kanssa on satunnaista, mutta koululaisen ongelmat käynnistävät yhteistyön. Vanhempien yhteydenpito kouluterveydenhoitajaan perustuu lapsen terveysongelmiin, joihin terveydenhoitajan toivotaan antavan apua tai muuten ottavan kantaa. Vanhemmille on tärkeää, että heillä on paikka, josta he saavat tukea lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä huolissa ja ongelmissa.

Vanhemmat luottavat siihen, että lapsen terveyttä seurataan kouluterveydenhuollossa. Perheet luottavat terveydenhoitajan asiantuntijuuteen ja kykyyn huomata ja puuttua, jos lapsen terveydessä on jotain poikkeavaa. Perheet uskovat saavansa apua kouluterveydenhoitajalta näissä tilanteissa. He

luottavat myös siihen, että terveydenhoitaja tietää jatkotutkimus- ja hoitopaikat, joihin lapsi voidaan tarvittaessa lähettää. Samoin koululaiset kokevat tärkeäksi, että tarkastuksissa terveys vahvistetaan. Aikaisemmissakin tutkimuksissa (DeBell & Everett 1998; Strid 1998; Gleeson ym. 2002; Croghan ym. 2004; Jakonen 2005; Hyry-Honka 2006; Merrell ym. 2007) on tullut esiin, että kouluterveydenhoitajien työtä arvostetaan laajasti ja heillä on taitoa vastata lasten terveystarpeisiin.

Kouluterveydenhoitajien mukaan koululaisten terveyden seuranta ja tukeminen on monipuolista ja laaja-alaista. Se ei kuitenkaan tutkimuksen tulosten mukaan välity selkeästi koululaisille ja vanhemmille. Perheiden ja osittain myös kouluterveydenhoitajien näkemyksen mukaan terveyden seurannasta huolehtiminen kouluterveydenhuollossa on kaavamaisista. Perheiden mukaan kaavamaisuus ilmenee rutiininomaisena, fyysisen terveyden seuraamisena ja seulontatutkimuksina, joissa pyritään havaitsemaan tauti tai poikkeavuus varhaisessa vaiheessa.. Myös aikaisempien tutkimuksien (Cotton ym. 2000; Paavilainen ym. 2000; Shuler 2000; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2002a; Badger & Brown 2005; Gross ym. 2006) mukaan terveydenhoitajat keskittyvät usein lapsen fyysiseen terveyteen, sen kehitykseen ja tarpeisiin enemmän kuin kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen ja koko perheen tarpeisiin ja hyvinvointiin. Tähän tutkimukseen osallistuneiden vanhempien näkökulmasta lapsen terveyden seurannasta huolehtimisen pitäisi olla yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hyvinvoinnin edistämistä. Oleellista on, että lapsen perhetilanne, koulunkäyntiin ja kouluyhteisöön liittyvät asiat sekä psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi huomioidaan, kun lapsen terveyttä arvioidaan ja edistetään kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002), Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (2004) sekä tutkimuksissa (Strid 1999; Humphries 2002; Tossavainen ym. 2002a, b; Clausson ym. 2003; Hyry-Honka 2006; Merrell ym. 2007) korostettu koululaisen kokonaisvaltaisen terveyden edistäminen toteutuu tämän tutkimuksen mukaan vain osittain alakoulun kouluterveydenhuollossa.

Terveydenhoitajan kannalta koululaisen terveyden seuraamisesta huolehtiminen on osittain pakkotahtista terveystarkastuksiin keskittyvää työtä, koska kokonaisvaltaisen työn tekemisen ajalliset resurssit ovat vähäiset. Terveydenhoitaja ei pysty aina perehtymään syvällisesti lapsen terveyteen ja siihen liittyviin ongelmiin. Koululaisten mukaan tämä näkyy kohtaan tilanteissa, sillä terveydenhoitajan kanssa puhutaan liian vähän kotiasioista, vaikka niillä on suuri merkitys koululaisen hyvinvoinnille. Kotiasioista keskustelemalla voitaisiin auttaa lasta mahdollisissa perheestä johtuvissa huolissa. Larssonin ja Zaluhan (2003) tutkimuksen mukaan kotihuolet ovatkin yksi melko yleinen syy hakeutua terveydenhoitajan vastaanotolle.

Koululaiset ovat kokeneet vähäiseksi myös keskustelun vahvuuksista ja itsetuntoa vahvistavista asioista. Terveydenhoitajien mukaan oppilaiden

lisääntyneille psykososiaalisille ongelmille ei ole riittävästi aikaa. Tämä on tullut esiin myös Hootmanin (2002), Badgerin ja Brownin (2005) sekä Gance-Clevelandin ja Youseyn (2005) tutkimuksissa. He korostavat kouluterveydenhuollon roolia tunne-elämän ja mielenterveyden tukemisessa. Borupin ja Holsteinin (2004) sekä Tossavaisen tutkimusryhmän (2004b) mukaan kouluterveydenhuollon palveluilla pitäisi olla myös tärkeä rooli lasten vahvuuksien ja itsetunnon tukemisessa ja hoitamisessa. Lasten itsetunnon tukeminen on tehokkaimpia terveyden edistämisen toimia (Wainwright ym. 2000; Pirskanen ym. 2007).

Tutkimuksen tulosten mukaan vanhemmat kokevat yhteistyön kouluterveydenhoitajan kanssa epäselväksi. Heidän käsityksensä kouluterveydenhuollosta ja terveydenhoitajan työstä ovat suppeat. Myös vanhempien oma rooli yhteistyökumppanina ei ole selvä. Kaikki vanhemmat eivät tiedä, minkälaisiin asioihin terveydenhoitajalta voi saada tukea. Myös muissa tutkimuksissa (DeBell & Everett 1998; Cramer & Iverson 1999; Lightfoot & Bines 2000; Clark ym. 2002; Libbus ym. 2003; Gross ym. 2006) on tullut esiin, että kouluterveydenhuollon palveluita ja terveydenhoitajan työtä ei tunneta. Vanhempien näkemyksissä heijastui ristiriitaisuutena ja epätietoisuutena viime aikojen julkinen keskustelu kouluterveydenhuollon palveluiden riittämättömyydestä ja palveluiden epätasaisesta laadusta. Vanhempien epätietoisuuteen voivat osaltaan vaikuttaa myös kouluterveydenhuollon perinteet sekä vanhempien mielikuvat kouluterveydenhuollosta omilta kouluajoiltaan (DeBell & Everett 1998).

Kouluterveydenhoitajat tunnistavat sen, että vanhemmat eivät tunne kouluterveydenhuollon palveluita eikä terveydenhoitajan työtä. Lisäksi he ajattelevat, että kouluterveydenhuollolla ei ole samaa arvostettua asemaa vanhempien mielessä kuin lastenneuvolalla on. Arvostus syntyy palveluiden tuntemisesta ja niistä saaduista hyvistä kokemuksista ja lastenneuvolan palvelut ovat lähes kaikille lapsiperheille tuttuja ja ne rakentuvat tiiviille yhteistyölle perheiden kanssa (Rantala 2002; Viljamaa 2003). Kouluterveydenhuollon palveluiden hyödyistä ei ole paljoakaan tutkimusta ja osaksi siksi pyrkimykset ovat jääneet huomaamattomiksi ja ehkä myös aliarvostetuiksi (Gleeson ym. 2002; Adams & McCarthy 2005). Kuntien kouluterveydenhuollon suunnittelussa tuleekin kehittää palveluista tiedottamista ja kouluterveydenhoitajien tulee markkinoida osaamistaan ja monitasoisista rooliaan nykyistä paremmin (Cramer & Iverson 1999).

6.1.2 Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö perhekeskeisen hoitotyön osana

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat perheet lapsen terveyden ja hyvinvoinnin perustaksi ja yhteistyön siksi tärkeäksi heidän kanssaan. Terveydenhoitajat kokivat yhteistyön perheiden kanssa antoisaksi, sillä yhteistyö lisää terveydenhoitajatyön merkityksellisyyttä ja mielekkyyttä. Tutkimukseen osallistuneet kouluterveydenhoitajat tapaavat kuitenkin oppilaiden perheitä vähän ja heihin ollaan yhteydessä melko harvoin. Kouluterveydenhoitajat tuntevat perheitä ja perhetilanteita vain pinnallisesti, kuten jo Stridin (1998, 1999) ja Sihvolan (2000) tutkimuksissa on tullut esiin. Kouluterveydenhoitajien mukaan yhteistyön pitäisi olla nykyistä tiiviimpää, ja he odottavat vanhempien olevan aktiivisempia kuin nyt. He eivät kuitenkaan pohdi sitä, mitä itse voivat tehdä yhteistyön kehittämiseksi.

Yleensä kouluterveydenhoitaja tietää ja tuntee ne oppilaat ja perheet, joiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyy ongelmia. Heidän kanssaan yhteistyö on melko tiivistä, mikä tuntuu luonnolliselta. Kouluterveydenhoitajien mukaan heillä pitäisi olla tietoa koululaisen perheen elämästä, jotta he voisivat tukea ja edistää hänen terveyttään yksilöllisesti. Myös Strid (1999) on esittänyt lasten perhetilanteen tuntemisen olevan välttämätöntä kouluterveydenhuollossa, jotta lapsi voitaisiin kohdata ja hänen terveyttään edistää yksilöllisesti.

Kouluterveydenhoitajilla ei ole tulosten mukaan aina riittävästi rohkeutta ottaa esiin lapsen terveyteen liittyviä vaikeuksia, koska he pelkäävät sen vaikuttavan negatiivisesti vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Voidaan miettiä johtuuko rohkeuden puute myös osittain siitä, että terveydenhoitajilla ei ole riittävästi taitoja ottaa vaikeita asioita esiin ja auttaa perheitä niissä. Tämä on tullut esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. Pelkosen (1994) ja Heimon (1999) tutkimusten mukaan terveydenhoitajien mielestä on tärkeää puhua vaikeista asioista asiakkaiden kanssa ja he kokivat kykenevänsä siihen, mutta asiakkaiden mielestä näin ei kuitenkaan ollut. Arkuus lapsen ja perheen vaikeiden asioiden esiin ottamisessa edellyttää terveydenhoitajilta terveyden edistämisen perustehtävän pohtimista sekä oman työn kriittistä arviointia.

Perhekeskeisyys hoitotyön periaatteena ohjaa voimakkaasti tähän tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ajattelua. Kouluterveydenhoitajat kuvasivat yhteistyötään perheiden kanssa kuin suoraan tutkimuksista ja oppikirjoista. Tämä kuvastaa sitä, että terveydenhoitajilla on paljon teoreettista tietoa perhekeskeisen hoitotyön luonteesta. Konkreettinen yhteistyö ja perheiden huomioon ottaminen on vähäistä. Lohinivan (1999) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien kyky soveltaa teoriatietoa käytäntöön on puutteellinen. Hoitotyön perhekeskeiset mallit ilmaisevat, mikä olisi paras tapa hoitaa lapsia ja perheitä, mutta eivät välttämättä toteudu käytännössä (Corlett & Twycross 2006; Shields ym. 2006). Tämä on tullut esiin myös aikaisemmissa suomalaisissa tutkimuksissa (Rantala

2002; Viljamaa 2003). Tähän tutkimukseen osallistuneiden perheiden näkökulmasta hoitotyö ja yhteistyö kouluterveydenhuollossa ei ollut perhekeskeistä.

Perhekeskeisen hoitotyön keskeisiä tekijöitä ovat vanhempien tiedon kunnioitus ja mukaan ottaminen lapsen terveyden edistämiseen (Hutchfield 1999). Tämän tutkimuksen mukaan vanhempien asiantuntijuutta lapsen terveydestä ja elämäntilanteesta ei hyödynnetty riittävästi. Vanhempien mielipiteitä kysyttiin vähän, kuten myös Rantalan (2002) tutkimuksessa tuli esiin. Myös koululaisten mielipiteitä tulisi tämän tutkimuksen mukaan kysyä aktiivisemmin ja kannustaa heitä omien näkemystensä esittämiseen. Tämä edellyttää terveydenhoitajien vuorovaikutusmenetelmien muuttamista (O'Neill 2002; Hyden & Baggens 2004; Shin & White-Traut 2005). Tämän tutkimuksen mukaan koululaisten näkemyksiä kysytäänkin ja koululainen otetaan mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon, erityisesti ongelmatilanteissa, enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Borup 2002; O'Neill 2002; Shin & White-Traut 2005; Lee 2007) on tullut esiin. Lapsen näkemysten ja mielipiteiden kuuntelu on hänen kunnioittamistaan, ja se on yhteistyön edellytys (Dixon-Woods ym. 1999; Coyne 2006; Lee 2007). Lapsen ottaminen mukaan oman terveytensä edistämisen suunnitteluun ja päätöksentekoon vahvistaa hänen itsetuntoaan ja vaikuttaa hyvinvointiin (Melton 1999; Coyne 2006).

Vanhemmat toivoivat, että heidän näkemyksiään kuultaisiin enemmän heidän omista ja lapsen lähtökohdista, kun lapsen hyvinvointia tarkastellaan kouluterveydenhuollossa. Aikaisempien tutkimusten (Clausson ym. 2003; Tveiten & Severinsson 2005; Percy 2006) mukaan perheiden asiantuntijuutta on aliarvioitu ja heitä on pidetty passiivisina vastaanottajina. Ammattilainen on määritellyt, mikä tieto on tärkeää. Ammattilainen on myös kokenut tietävänsä, mikä lapselle ja perheelle on parasta. Näin toimien perheitä ei kohdata tasavertaisina yhteistyökumppaneina. (Davies & Hall 2005; Nätkin & Vuori 2007.) Bickham (1998), Pittman (2000) sekä Clausson kumppaneineen (2003) ovat todenneet tämän vaikuttavan kouluterveydenhuollon laatuun ja tehokkuuteen. Perheen asiantuntijuuden hyödyntäminen varmistaa heidän mukaansa myös sen, että palveluiden sisältö vastaa lapsen ja perheen tarpeita.

Tiedon saaminen on koettu tärkeäksi perhekeskeisen hoitotyön osatekijäksi. Tämän tutkimuksen mukaan vanhempien terveydenhoitajalta saama tieto on ollut vähäistä ja satunnaista. Tietoa toivottaisiin erityisesti lapsen saamasta terveyteen liittyvästä ohjauksesta, jotta keskustelua aiheista voitaisiin jatkaa kotona. Tämä voi kertoa siitä, että myös vanhemmat tarvitsisivat vahvistusta omaan terveysosaamiseensa, kuten Varjorannan ja Pietilän (1999) selvityksessä tuli esiin. Nykyään tietoa on paljon saatavilla, mutta perheillä ei välttämättä ole kykyä ymmärtää tiedon merkitystä ja taitoa soveltaa olemassa olevaa tietoa omaan elämäänsä. Vanhemmat toivovat kouluterveydenhoitajalta keskustelumahdollisuuksia myös vanhemmuuteensa tukemiseen sekä

kasvatusasioista puhumiseen. Vanhempien näkemyksen mukaan vanhemmuuden tuki on nykyisellään vähäistä. Viljamaan (2003) tutkimuksessa myös neuvolasta saatua vanhemmuuden tukea pidettiin riittämättömänä.

Koululaisten mukaan ohjaus ja terveyteen liittyvän tiedon saaminen on tarpeellista, mutta yleiselle tasolle jäävää. Tossavaisen ja kumppaneiden (2002a) sekä Sirviön (2006) mukaan terveydenhoitajan työmenetelmissä painottuu tiedon lisääminen. Lapset ja vanhemmat odottavat tämän tutkimuksen mukaan sellaista tietoa, joka voidaan liittää omaan elämään, soveltaa ja ymmärtää. Lisäksi terveyskasvatus luokkatilanteissa on koululaisten näkökulmasta esitystavaltaan luentomaista ja yksitoikkoista. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Borup 2002, Borup & Holstein 2004; Humphries 2002; Jakonen 2005) on tullut esiin koululaisten kiinnostuneisuus terveyden edistämiseen, kunhan se on heille juuri siihen elämänvaiheeseen sopivaa ja ajankohtaista. Tarjotun tiedon luonnetta ja laatua onkin mietittävä suhteessa koululaisten ja perheiden yksilölliseen tiedon tarpeeseen (Humphries 2002; Tossavainen ym. 2004a; Jakonen ym. 2005; Hopia 2006).

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelulla pyritään osoittamaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu (Kylmä ym. 2003; Kylmä & Juvakka 2007). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden ja eheyden arvioinnissa on käytettävä sellaisia kriteereitä, jotka ovat yhteneviä käytetyn tutkimusmenetelmän lähtökohtien kanssa (Chiovitti & Piran 2003; Watson & Girard 2004; Polit & Tatano Beck 2008). Tässä tutkimuksessa on käytetty Glaserin ja Straussin (1967) esittämiä arviointikriteereitä syntyneen substantiivisen teorian ja tutkimusprosessin luotettavuuden arviointiin. Heidän mukaansa teorian on täytettävä neljä ominaisuutta ollakseen luotettava. Teorian tulee sopia sovellusympäristöönsä ja sen on oltava ymmärrettävä. Teorian on oltava riittävän yleinen ja sen on mahdollistettava käyttäjälleen toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten tunnistaminen ja kontrolli. Glaser ja Strauss (1967) korostavat myös teoreettisen otannan, koodauksen, päiväkirjan kirjoittamisen ja jatkuvan vertailun tärkeyttä tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa.

6.2.1 Teorian sopivuus

Teorian tulee sopia siihen toimintaympäristöön, johon se on luotu ja jossa sitä aiotaan soveltaa (Hall & Callery 2001). Sopivuudella tarkoitetaan sitä, että tämän tutkimuksen tuloksena syntynyt substantiivinen teoria perustuu tutkimusta varten kerättyyn empiiriseen aineistoon ja jäsentää alakoulun kouluterveydenhuollon

kontekstissa perheen ja kouluterveydenhoitajan yhteistyötä. (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990; Isola 1997; Smith & Biley 1997; Lomborg & Kirkevold 2003.) Tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien määrää ei päätetty etukäteen, vaan aineistonkeruussa käytettiin teoreettista otantaa. Aineistoa kerrytettiin vähitellen ja sitä kerättiin niin kauan, että uusia näkemyksiä yhteistyöstä ei enää tullut esiin ja saavutettiin saturaatio. (Strauss ja Corbin 1990; Smith & Biley 1997; Strauss ja Corbin 1998.) Koululaisilta ja kouluterveydenhoitajilta aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa, jotta saturaatio saatiin vahvistettua.

Strauss ja Corbin (1998) pitävät tärkeänä monimuotoisuutta aineiston keruussa. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistotriangulaatiota rikkaan aineiston saamiseksi tutkittavasta ilmiöstä sekä sen varmistamiseksi, että teoria ankkuroituu aineistoon. Triangulaation käyttö lisää teorian sopivuutta. (Smith & Biley 1997; Janhonen & Latvala 2001; Ramprogus 2005.) Aineistot kerättiin alakoululaisilta ryhmähaastattelumenetelmällä, kouluterveydenhoitajilta kirjoitelmilla, ja vanhempien aineisto kerättiin haastattelemalla heitä.

Tutkimukseen osallistuneilla oli tietoa ja kokemusta tutkitusta aiheesta. He olivat tutkittavan ilmiön asiantuntijoita. Se on tärkeää teorian sopivuutta arvioitaessa. (Morse 2001; McCallinn 2003; Duffy ym. 2004.) Tähän tutkimukseen valikoitui haastateltavaksi kuudesluokkalaisia koululaisia, koska ajateltiin, että heillä on jo koko alakoulun aikainen kokemus kouluterveydenhuollosta ja yhteistyöstä kouluterveydenhoitajan kanssa ja siten paljon kerrottavaa. Ryhmähaastattelu toimi hyvin koululaisten kokemusten ja näkemysten esiin saamiseksi. Haastatteluryhmät muodostuivat toisilleen tutuista koululaisista, mikä helpotti aiheesta puhumista (Krueger & Casey 2000; Fern 2001). Ryhmäläiset innoittivat toisiaan ajatustenvaihtoon, ja he saivat tukea sekä varmuutta toisiltaan näkemystensä esittämiseen (Webb & Kevern 2001; Mäenpää ym. 2002; Côté-Arsenault & Morrison-Beedy 2005; Peterson-Sweeny 2005; Curtis & Redmond 2007). Useimmissa ryhmissä keskustelu oli aktiivista ja innostunutta. Joku ryhmä oli välillä ylivilkas, ja tutkija joutui rauhoittelemaan osaa ryhmäläisistä. Oli myös hiljaisia ryhmiä, joissa vastavuoroinen keskustelu oli vähäistä. Toisella ryhmähaastattelukerralla olisi voitu saada syvennettyä koululaisten näkemyksiä kouluterveydenhoitajan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Keskusteltava aihe olisi ollut tuttu samoin kuin haastattelija, joten olisi voitu saada vielä nykyistä rikkaampi aineisto.

Vanhempien haastattelujen tavoitteena oli saada selville molempien vanhempien näkemykset yhteistyöstä. Perheen isien näkemykset jäivät kuitenkin vähäisemmiksi kuin äitien. Haastatteluajat sovittiin äitien kanssa. Useissa perheissä, joista vain äiti osallistui haastatteluun, vanhemmat olivat keskenään päättäneet, että äiti edustaa myös isän mielipidettä yhteistyöstä. Joku äiti sanoi vanhempia haastatteluun pyydettyä, että isä ei tiedä lapsen kouluterveydenhuollosta mitään, joten häntä ei kannata haastatteluun pyytää.

Äitien ja perheiden ratkaisuja kunnioitettiin. Myös Åstedt-Kurjen (2001) sekä Gagen ja kumppaneiden (2006) mukaan perheitä tutkittaessa usein äidit edustavat koko perheen näkemystä. Tutkimukseen osallistuneiden isien esittämät ajatukset vahvistivat äitien näkemyksiä, joskin isät olivat äitejä suorapuheisempia ja siten esittivät selkeämmin kritiikkiä kouluterveydenhuollon palveluita ja terveydenhoitajan kanssa tehtävää yhteistyötä kohtaan.

Haastateltavat vanhemmat tavoitettiin koulujen vanhempainyhdistysten kautta. Vanhempainyhdistyksissä toimivat ovat yleensä aktiivisia vanhempia ja kiinnostuneita lapsen koulunkäyntiin liittyvistä asioista, joten oletettiin, että he ovat miettineet myös lapsen kouluterveydenhuollon palveluita ja yhteistyötä kouluterveydenhoitajan kanssa. Oletus piti myös paikkansa. Vanhempien valikoitumisella voi olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Tutkijan aikaisempaa opinnäytetyötä varten (Mäenpää 1999) yritettiin saada perheitä haastateltavaksi opettajien välittämien osallistumispyyntöjen ja vanhempainiltojen kautta siinä onnistumatta, joten tämän tutkimuksen aineistonkeruun alkuunsaamisessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa ja myöhemmin teoreettista otantaa.

Vanhempien haastattelut sovittiin toteutettavaksi heidän toivomassaan paikassa, jonka ajateltiin helpottavan ajatusten ilmaisua. Suurin osa vanhemmista halusi haastattelun toteutettavaksi heidän omassa kodissaan. Tuttu ja turvallinen kotiympäristö mahdollisesti helpotti esimerkiksi kriittisten näkemysten esittämistä sekä lapsen ja perheen hankalasta elämänvaiheesta puhumista tutkijalle (Åstedt-Kurki ym. 2001; Hopia 2006). Haastatteluissa vanhempia kannustettiin kertomaan yhteistyöstä kouluterveydenhoitajan kanssa vapaasti, omin sanoin ja omien kokemustensa perusteella (Duffy ym. 2004; Casey 2006). Haastatelluilla vanhemmilla oli kokemusta lapsensa kouluterveydenhuollon palveluiden käytöstä, ja se toi asiantuntijuutta näkemysten esittämiseen tutkittavasta aiheesta.

Jokainen ryhmähaastattelu ja vanhempien haastattelutilanne muodostui ainutlaatuiseksi ja jokaisella kerralla erilaiseksi, mikä johtui tutkijan ja haastateltavien persoonallisuuksien sekä vuorovaikutussuhteiden erilaisuudesta (Parahoo 2006). Tästä syystä haastattelujen luotettavuutta on vaikea arvioida, mutta sitä lisäsi saman haastattelijan käyttö ja tästä johtuen esiin tulleiden asioiden samanlainen tulkinta.

Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat toimivat alakoulun kouluterveydenhoitajina, ja useimmilla heistä oli siitä sekä yhteistyöstä perheiden kanssa monen vuoden kokemus. Kouluterveydenhoitajien kirjoitelma-aineiston laatu ja määrä vaihteli melko paljon. Osa terveydenhoitajista oli pohtinut hyvin monimuotoisesti yhteistyötään vanhempien ja koululaisen kanssa. Joku oli sen sijaan tyytynyt listaamaan ajatuksiaan ranskalaisin viivoin yhdelle paperiliuskalle. Kirjoitelman tuottaminen vaatii kykyä jäsentää ilmiötä ja ajatuksiaan siitä sekä ilmaista itseään kirjallisessa muodossa. Joillekin

kouluterveydenhoitajille tämä oli selvästi vaikeaa. Suppeat kirjoitelmat heikensivät tulosten luotettavuutta. Kirjoitelmien lisäksi osaa kouluterveydenhoitajista olisi voitu haastatella, jotta aineistosta olisi tullut nykyistä monipuolisempi ja tuloksista entistä luotettavampia. Käytännön syistä johtuen haastatteluja ei toteutettu. Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa heikentävästi se, että osa terveydenhoitajista oli opiskelemissa kouluterveydenhuollon erikoistumisopintoja, ja niiden yhtenä keskeisenä ydinajatuksena oli yhteistyö perheiden kanssa. Kirjoitelma pyydettiin terveydenhoitajilta kuitenkin ennen kuin heillä alkoi opintojakso, jossa syvennettiin perheiden kanssa tehtävän yhteistyön osaamista. Opintoihin hakeutuminen ja koulutuksen alun opinnot ovat voineet käynnistää ajatusprosessin perheiden kanssa tehtävän yhteistyön kehittämisestä.

Eri menetelmillä ja eri tiedonantajaryhmiltä saadut tulokset vahvistivat toisiaan (Smith & Biley 1997; Janhonen & Latvala 2001; Holloway & Wheeler 2002). Glaserin ja Straussin (1967) sekä Straussin ja Corbinin (1990) mukaan jatkuva vertailu aineistojen sisällä ja välillä vahvistaa luotettavuutta. Tätä vahvistettiin aineistonkeruun ja analyysin rinnakkaisuudella. Analyysin tuloksena syntyneitä kategorioita muutettiin vertaamalla niitä ja niiden sisältöjä jatkuvasti toisiinsa. Luotettavuutta lisäsi aineistojen useampi analysointikerta. Analyysin apuna kategorioita muodostettaessa käytettiin tutkijan päiväkirjaa sekä kokeneiden tutkijoiden ohjausta. Luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkimuksen aineistonkeruu ja jatkuvan vertailun vaiheet sekä keskeisten kategorioiden ja ydinkategorian muodostuminen on raportoitu tarkasti, totuudenmukaisesti ja tiedonantajien luottamus säilyttäen. Raportissa on käytetty autenttisia lainauksia tiedonantajien ilmaisuista, jotta lukija voi havaita tulosten yhteyden aineistoon.

6.2.2 Teorian ymmärrettävyys

Tutkimuksessa ymmärrettävyyttä vahvistaa se, että tutkija on kuvannut tuloksissa tiedonantajien ja tutkittavan ilmiön kokeneiden lukijoiden omia kokemuksia, ja he tunnistavat ne. Ymmärrettävyyden tarkastelussa keskeistä on se, kuinka selkeä ja totuudenmukainen tuotettu teoria on ja kuinka hyvin se kuvaa tiedonantajien yhteistyökokemusta alakoulun kouluterveydenhuollossa. (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990; Isola 1997; Chiovitti & Piran 2003; Lomborg & Kirkevold 2003.) Teoria on pyritty kehittämään selkeäksi, tiedonantajien todellisuutta kuvaavaksi, ja teorian muodostavat käsitteet ovat tiedonantajien itsensä käyttämiä (Isola 1997). Tutkija on esitellyt tutkimuksen tuloksia, jotka on julkaistu eritellysti osajulkaisuissa II, III, IV ja V, joillekin tähän tutkimukseen osallistuneille äideille sekä kouluterveydenhoitajille. He tunnistivat ja ymmärsivät syntyneet tulokset. Syntyneestä alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaavasta substantiivisesta teoriasta on keskusteltu joidenkin alakoulun terveydenhoitajien kanssa. Heidän mielestään teoriassa esiin tulevat yhteistyöprosessia kuvaavat ilmiöt vastaavat todellisuutta.

Näiltä osin teoriaa voidaan pitää ymmärrettävänä. Ymmärrettävyyden kannalta teorian luotettavuutta heikentää koululaisten arvion puuttuminen heidän aineistoonsa perustuvista tuloksista sekä koko teoriasta.

6.2.3 Teorian yleisyys

Teorian yleisyys merkitsee sitä, että se soveltuu erilaisiin alakoulun kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyötilanteisiin. Teoriaan liittyvien käsitteiden tulee olla riittävän abstrakteja, jotta niillä tavoitetaan ilmiön käsitteellinen taso, mutta samalla riittävän konkreettisia, jotta ne kuvaavat yhteistyön todellisuutta sen erityispiirteitä kadottamatta (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990; Isola 1997). Tässä tutkimuksessa monipuolisen ja vivahteikkaan aineiston erityispiirteet on pyritty säilyttämään käyttämällä kategorioiden sekä lopullisten käsitteiden nimeämisessä mahdollisimman paljon tiedonantajien ilmaisuja. Abstraktiotason nostaminen analyysin edetessä oli vuoropuhelua aineistosta esiin tulleen käytännössä toteutuvan yhteistyön ja abstraktin ajattelun välillä.

Tutkimuksen tekijän esioletukset, kokemukset ja tunteet saattavat ohjata aineistosta tehtäviä tulkintoja, sen analysointia ja tulosten muodostamista. Siksi tutkijan on oltava tietoinen niistä sekä tuotava ne selvästi tutkimuksessaan esiin ja pohdittava, kuinka ne vaikuttavat teorian kehittämiseen. (Kylmä ym. 1999; Cutcliffe 2000; Schreiber 2001; Holloway & Wheeler 2002.) Straussin (1987) ja Cutcliffen (2003) mukaan oman aikaisemman kokemuksen ja kirjallisuuden käyttö lisää ilmiön ymmärtämistä ja sensitiivisyyttä. Tutkijan tulee kuitenkin säilyttää herkkyys niille sosiaalisten tilanteiden tulkinnoille ja merkityksille, joita tiedonantajat ovat niille antaneet (Smith & Biley 1997; Heath ja Cowley 2004).

Tässä tutkimuksessa tutkijan ammattitausta, aikaisemmat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä teoreettinen perehtyminen aiheeseen helpottivat tiedonantajien esittämien näkemysten ja kokemusten ymmärtämistä ja niiden tulkitsemista. Tutkimuksessa on pitäydytty tulkitsemaan pelkästään tiedonantajilta saatua aineistoa, koska toisen ihmisen kokemusten ja todellisuuden täydellinen tavoittaminen ei ole mahdollista (Strauss & Corbin 1990, 1998; Munhall 2001). Teorian käsitteet muodostuivat aineistosta induktion ja deduktion vuoropuheluna. Toisaalta voidaan kysyä, onko tutkija ollut riittävän herkkä tiedonantajien kokemuksille yhteistyöstä ja niistä muodostuneille merkityksille, ja miten esiyymmärrys tutkittavasta ilmiöstä on ohjannut aineiston analyysiä. Lisäksi voidaan pohtia, miten tutkijan tausta on vaikuttanut kategorioiden ja lopullisten käsitteiden nimeämiseen. Koko tutkimusprosessin ajan nämä analyysin uhat tiedostettiin ja pyrittiin välttämään tietoisesti niiden ohjaavaa vaikutusta.

Teoreettinen otanta sekä tutkimuksen systemaattisuus tarjoavat perustan teorian yleisyydelle (Glaser & Strauss 1967). Tutkimuksen aineistoa kerrytettiin vähitellen ja monessa eri osassa teoreettiseen otantaan perustuen. Aineiston analyysi ja substanttiivisen teorian muodostuminen on kuvattu raportissa vaiheittain, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Teorian tuottaminen grounded theory -menetelmällä oli aloittelevalla tutkijalla haasteellinen tehtävä. Tutkimuksen tekijä noudatti tarkasti ja paikoin jopa jäykästi Straussin ja Corbinin (1990, 1998) lähestymistapaa. Erityisesti selektiivisen koodaamisen alkuvaiheessa, jolloin kaikkien aineistojen aksiaaliseen vaiheeseen koodatut pääkategoriat yhdistettiin teorian käsitteiksi, tutkija noudatti tarkasti koodausparadigmaa, jolloin ymmärrys käsitteiden välisistä suhteista jäi hieman puutteelliseksi. Selektiivisen koodauksen edetessä ja syntyneitä kategorioita jatkuvasti vertaillen päästiin selville ydinkategoriasta ja käsitteiden välisistä suhteista.

6.2.4 Teorian kontrolli

Teorian kontrolli kuvaa sitä, missä määrin teorian käyttäjät pystyvät selittämään ja ennustamaan kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyöprosessia teoriaa apuna käyttäen. Se kuvaa myös sitä, miten teorian käyttäjät pystyvät ennustamaan, mitä tulee tapahtumaan ja mitä seurauksia siitä on osallistujille. (Glaser & Strauss 1967, Isola 1997; Strauss & Corbin 1998.) Glaserin ja Straussin (1967) mukaan teorian tulee olla yleistettävissä. Alkuperäistä tilannetta ja kontekstia, josta teoria on luotu, on vaikea saada aikaan uudelleen. Jokaisella tutkijalla on oma persoonallinen lähestymistapansa tiedonantajiin, aineistoon ja analyysiin, joita ei voida täsmällisesti toistaa. Tutkija on pyrkinyt kuitenkin noudattamaan grounded theory -menetelmän periaatteita huolellisesti ja kuvannut alkuperäiset olosuhteet ja asetelman sekä analyysin, jotta samoja menettelytapoja noudattamalla on mahdollista päätyä saman suuntaiseen lopputulokseen. Alakoulun terveydenhoitajat voivat hyödyntää syntynyttä teoriaa soveltamalla sitä perheitä huomioidessaan ja kehittäessään perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Teoriaa voidaan hyödyntää myös kouluterveydenhoitajan työn arviointimenetelmiä kehitettäessä.

6.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen

Tutkimus on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja tarpeellinen. Tiedotusvälineissä on käsitelty viime vuosina paljon kouluterveydenhuoltoa ja erityisesti sen varjopuolia. Tämän tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuoltoa arvostetaan ja se koetaan tarpeelliseksi perusterveydenhuollon lähipalveluksi alakoulun oppilaille ja heidän perheilleen. Kouluterveydenhuollossa on olemassa

hyvät ja toimivat rakenteet. Kehittämällä niitä perheet nykyistä paremmin huomioon ottaviksi niistä voidaan saada entistä tehokkaampia ja asiakkaiden odotuksista lähteviä.

Tutkimus on hoitotieteellistä perustutkimusta sekä osittain myös soveltavaa tutkimusta, jossa kehitettiin grounded theory –menetelmällä substantiivinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä. Tutkimuksella luotiin uutta tietoa sekä täydennettiin aikaisempaa tietoa perheiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä alakoulun kouluterveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä on tutkittu eri menetelmillä sekä yhteistyön eri osapuolten näkökulmista, mikä antaa monipuolisemman kuvan perheiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä kuin jos olisi tutkittu vain yhdellä menetelmällä ja yhdeltä osapuolelta. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää alakoululaisten ja heidän perheidensä kanssa tehtävää yhteistyötä kehitettäessä. Lisäksi tuloksilla on merkitystä lapsiperheiden kanssa tehtävän yhteistyön kehittämisessä hoitotyössä sekä alakouluikäisten terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös terveydenhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaa ja opintokokonaisuuksia kehitettäessä. Seuraavassa tarkastellaan tutkimustulosten hyödyntämistä alakoulun kouluterveydenhuollossa ja terveydenhoitajakoulutuksessa sekä tehdään ehdotuksia niiden kehittämiseksi.

6.3.1 Kehittämisehdotukset alakoulun kouluterveydenhuoltoon

Tulokset osoittavat, että koululaiset ja vanhemmat arvostavat kouluterveydenhuoltoa sekä terveydenhoitajan koululla oloa ja pitävät sitä lasten perusterveyspalveluna. Perheillä sekä kouluterveydenhoitajilla on runsaasti toiveita sen kehittämiseksi. Alakoulun kouluterveydenhuollon palveluiden lähtökohtia, sisältöä ja toteutusta tulisi tarkentaa ja kehittää sen omat erityispiirteet huomioiden. Kouluterveydenhoitajien nykyistä tapaa tehdä työtä alakoulun kouluterveydenhuollossa on tarpeen arvioida syvällisesti ja kehittää sitä koululaiset ja heidän perheensä paremmin huomioon ottavaksi. Kuntien terveydenhuollon päättäjien ja terveysneuvonnan esimiesten halutaan huomioivan tämän tutkimuksen perusteella, että alakoulun kouluterveydenhuollon laadukkaiden palveluiden tarjoaminen edellyttää kouluterveydenhoitajien alakoululla läsnäolo päivien määrän uudelleen tarkastelua samassa suhteessa kuin työn sisältöä kehitetään. Riittävien resurssien varmistaminen mahdollistaa lapsen ja perheiden nykyistä monimuotoisemman tukemisen ja sillä voi olla kauaskantoiset vaikutukset lapsen ja perheen elämässä.

Tuotettu teoria auttaa kouluterveydenhoitajia ymmärtämään ja arvioimaan perheiden kanssa tehtävää yhteistyötä ja se tuo tarpeellisia näkökulmia perhekeskeisyyden pohdintaan ja kehittämiseen alakoulun

kouluterveydenhuollossa. Tavoitteena on, että kouluterveydenhoitajat keskustelevat perhekeskeisistä toimintatavoista perheiden kanssa sekä työyhteisöissään ja miettivät niiden täsmentämistä, kehittämistä sekä uusien yhteistyötapausten luomista.

Vanhemmat ja koko perhe tulee ottaa huomioon koululaisen terveyden edistämiseksi, jotta yhä lisääntyvään lasten psyykkiseen oireiluun ja perheiden ongelmiin voidaan puuttua mahdollisimman varhain. Vanhempien asiantuntijuutta on tarpeen hyödyntää tehokkaammin lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi tai terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien pulmien selvittelyssä ja hoitamisessa. Koululaisten näkemysten ja mielipiteiden kysyminen, niiden kuuleminen ja huomioon ottaminen heidän omassa sekä kouluyhteisön terveyden edistämiseksi on yhä tärkeämpää. Se osoittaa lapsen kunnioittamista sekä vaikuttaa hänen itsetuntoonsa ja ajan kuluessa hänen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiinsa. Myös alakoululaisen vahvuuksien ja voimavarojen tukemiseen on tarpeen kiinnittää entistä enemmän huomiota terveystarkastuksissa ja -tapaamisissa.

Tieto perheistä alakoulun kouluterveydenhuollossa on melko vähäistä, ja osittain siitä syystä tämän tutkimuksen mukaan lapsen kokonaisvaltaisen terveyden tarkastelu jää pinnalliseksi. Kouluterveydenhoitajien työorientaation muuttaminen ongelma- ja lapsilähtöisyydestä kohti lapsen kokonaisvaltaista terveyden edistämistä ja perhekeskeisyyttä on hidas ja vaikeakin prosessi, mutta sitä kohti tulee tämän tutkimuksen tulosten mukaan yhä pontevammin pyrkiä. Perheiden ottaminen mukaan lapsen terveyden edistämiseen vaatii terveydenhoitajilta aktiivista asennetta ja yhteyden pitämistä vanhempiin.

Hyvän ja avoimen yhteistyön edellytys on molemminpuolinen luottamus, joka syntyy, kun ollaan vuorovaikutuksessa ja opitaan tuntemaan perhettä ja perheet oppivat tuntemaan terveydenhoitajaa ja kouluterveydenhuollon palveluita. Tunteminen edistää yhteistyötä ja parantaa vuorovaikutuksen laatua. Siten lapsen ja vanhempien on helppo tuoda esiin ongelmiaan ja pulmatilanteitaan ja saada niihin terveydenhoitajalta apua. Samoin terveydenhoitajien on helpompi havaita ja puuttua lapsen ja perheen vaikeisiin asioihin, kun hän tuntee perhettä. Myös kotikäyntien merkitystä alakoulun työmuotona pitäisi elvyttää. Tasavertainen yhteistyö vanhempien kanssa parantaa kouluterveydenhuollon laatua, sillä yhteistyöllä sitä voidaan kehittää perheiden tarpeiden ja odotusten mukaiseksi.

Vanhemmat eivät tunne alakoulun kouluterveydenhuollon palveluita, joten siksi niistä tiedottamista kehitetään. Koulutiedotteissa on yleensä terveydenhoitajan yhteystiedot sekä aikataulut eri luokka-asteille suunnitelluille terveystarkastuksille ja -tapaamisille. Tämän käytännön jatkaminen on hyödyllistä. Lisäksi perheille on hyvä jakaa kouluterveydenhuollon toiminnasta esite, jossa kuvataan kouluterveydenhuollon palvelut kunnan alakouluissa. Esitteessä ilmaistaan konkreettisesti, miksi kouluterveydenhuolto on olemassa,

miten ja kuka siellä toimii, minkälaisissa asioissa terveydenhoitajaan voi ottaa yhteyttä, miten yhteistyö toimii eri osapuolten, kuten vanhempien, opettajien, koululääkärin ja erityisopettajan välillä ja minkälaiset periaatteet ohjaavat kouluterveydenhuollon toimintaa. Myös kouluterveydenhoitajan omat Internet-sivut koulun sivujen yhteydessä ovat monelle vanhemmalle hyvä tiedon lähde.

Vanhemmat toivoivat terveydenhoitajan osallistumista vanhempainiltoihin nykyistä useammin. Terveydenhoitajien osallistuminen vanhempainiltoihin edellyttää heidän omaa aktiivisuuttaan ja yhteistyötään koulun rehtorin sekä opettajakunnan kanssa. Kouluterveydenhoitajan toivotaan osallistuvan nykyistä enemmän koulun toimintaan ja hänen asiantuntijuutensa näkyvän enemmän koko kouluyhteisön terveyden edistämisessä. Kouluterveydenhoitajan, opettajan ja perheiden yhteistyötä kehitetään, jotta tieto esimerkiksi terveysneuvonnasta välittyy hyvin ja jokainen voi tuoda siihen oman näkökulmansa ja näin tukea lapsen terveysoppimista. Samoin toimiva yhteistyö mahdollistaa varhaisen puuttumisen lapsen hyvinvointiongelmiin. Yhteistyöosaaminen ja vuorovaikutustaidot asettavat jatkuvasti haasteita kouluterveydenhoitajan ammattitaidolle. Se kehittyy työkokemuksen myötä, mutta tueksi tarjotaan säännöllisesti täydennyskoulutusmahdollisuuksia ja työnohjausta.

6.3.2 Kehittämisehdotukset terveydenhoitajakoulutukseen

Monilla tähän tutkimukseen osallistuneilla kouluterveydenhoitajilla oli teoreettisesti vahva käsitys perhekeskeisen hoitotyön toteutuksesta alakoulun kouluterveydenhuollossa. Tulosten mukaan käsitysten siirtyminen käytännön toiminnaksi, yhteistyöksi perheiden kanssa, toteutui vain osittain. Siksi ehdotetaan, että perhekeskeinen hoitotyö liitetään nykyistä näkyvämmiin terveydenhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmiin sekä opetuksen toteutukseen. Koulutuksessa on hyvä tuoda esiin monipuolisesti esimerkiksi perheen kehitykseen, perhedynamiikkaan, parisuhteen ja vanhemmuuden tukemiseen sekä perheen kriisitilanteissa tukemiseen liittyvää tietoa. Teoreettisen osaamisen syventämisen lisäksi ehdotetaan perhekeskeisen hoitotyön työmenetelmien opetuksen tehostamista, jotta menetelmistä tulisi toimivia apuvälineitä kouluterveydenhoitajan työhön koululaisen ja hänen perheensä tukemisessa. Perheet huomioivan hoitotyön tulee näkyä myös terveydenhoitajaopiskelijoiden oppimistehtävissä ja opetuksen kirjallisuusvalinnoissa.

Perhekeskeistä hoitotyötä kehitetään yhteistyössä kouluterveydenhoitajien kanssa ja perhekeskeiseen työskentelyyn kiinnitetään erityishuomiota opiskelijoiden käytännön harjoittelun ohjauksessa. Oleellista on aktivoida opiskelijat soveltamaan teoretista tietoa asiakastilanteisiin ja reflektoidaan tapojaan tehdä yhteistyötä perheiden kanssa. Tämä edellyttää nykyistä tiiviimpää

yhteistyötä hoitotyön opettajien ja harjoittelun ohjaajien välillä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös terveydenhoitajien täydennys- ja jatkokoulutuksessa vastaavalla tavalla. Haasteena on myös hoitotyön opettajien perhehoitotieteellisen osaamisen ajantasaistaminen.

Tulosten mukaan yhteistyö kouluterveydenhoitajan ja perheen välillä on ongelmalähtöistä yhteydenpitämistä, johon osaltaan liittyy koululaisen fyysisen terveyden seuraaminen. Fyysisen terveyden seurannan ja edistämisen lisäksi koulutuksessa tulee entisestään korostaa lapsen mielenterveyden tukemiseen ja edistämiseen liittyviä sisältöjä ja menetelmiä. Terveystieteiden koulutuksessa on hyvä pohtia, miten ja minkälaisista lähtökohdista opiskelijoille opetetaan terveyden edistämistä ja minkälainen terveystieteiden opetus välittyy. Koulutuksessa on tarpeen korostaa nykyistä enemmän terveyttä positiivisena voimavarana. Samoin kiinnitetään huomiota koululaisten ja heidän perheidensä voimavarojen ja vahvuuksien tukemisen opettamiseen ja oppimiseen.

Tulosten mukaan vuorovaikutus koululaisen kanssa ei ollut vastavuoroista, ja lapsen rohkaisu ja kannustaminen omien näkemystensä esittämiseen oli melko vähäistä. Myös vanhempien kuunteleminen ja heidän näkemystensä kuuleminen ei toteutunut vanhempien toivomalla tavalla. Tällä perusteella ehdotetaan terveydenhoitajakoulutuksessa painotettavan nykyistä enemmän vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen opiskelua. Vuorovaikutus lasten ja aikuisten kanssa edellyttää erilaisia taitoja, joita on hyvä havainnoida ja harjoitella yksilöllisesti ja ryhmässä koulutuksen aikana. Itsearviointin ja vertaisarviointin hyödyntäminen tehostavat ja syventävät taitojen oppimista. Vuorovaikutuksen opiskeluun sisällytetään myös asiakkaiden vaikeista asioista kysymiseen ja puhumiseen liittyvissä taidoissa harjaantuminen. Kouluterveydenhoitajan pitää osata kysyä koululaisen ja perheen vaikeista asioista ja puuttua niihin rohkeasti. Tuloksissa tuli esiin kouluterveydenhoitajien epärointi vaikeiden asioiden puheeksi ottamisessa.

Ohjaustaitojen kehittäminen koulutuksellisin keinoin on tärkeää. Tavoitteena on, että koulutuksen aikana harjoitellaan eri-ikäisten koululaisten ja vanhempien terveyteen liittyvää ohjaamista heidän omista lähtökohdistaan. Opinnoissa varmistetaan, että jokaisella opiskelijalla on riittävästi mahdollisuuksia harjoitella yksilö- ja ryhmäohjaustilanteita sekä erilaisten ohjausmenetelmien käyttöä. Harjaantumisen kautta terveydenhoitajaopiskelijoille kehittyy sellainen ohjauksellisten taitojen hallinta, että ohjaustilanteista muodostuu mielenkiintoisia, ajankohtaisia sekä koululaisen ja vanhempien ajatteluun sekä asenteisiin vaikuttavia tapahtumia.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset ja päätelmät perhehoitotieteen kehittämiseksi

6.4.1 Jatkotutkimusehdotukset

Kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä kuvaavan teorian testaaminen ja edelleen kehittäminen on tärkeää. Tässä tutkimuksessa yhteistyötä kuvasi melko valikoitunut, innokkaiden vanhempien joukko, ja samoin aktiiviset oppilaat toivat näkemyksiään esiin. Kyselytutkimuksella mahdollisesti saataisiin lisäselvyyttä perheiden kanssa tehtävään yhteistyöhön sekä yhteistyötarpeisiin. Tutkimusta voidaan laajentaa selvittämällä, miten perheet, joiden koululainen on vammainen tai pitkäaikaisesti sairas, kuvaavat yhteistyötään kouluterveydenhoitajan kanssa ja minkälaisia odotuksia heillä on lapsen terveyden edistämisestä kouluterveydenhuollossa. Samoin maahanmuuttajaperheiltä voidaan selvittää, minkälaisia yhteistyöodotuksia ja -tarpeita heillä on kouluterveydenhuollolle.

Perheiden ja terveydenhoitajan yhteistyön tutkimusta on tarpeen syventää tutkimalla vuorovaikutusta oppilaiden ja vanhempien kanssa. Tutkimusmenetelminä voidaan käyttää havainnointia ja videonauhoitusta, jotta selville saadaan tarkemmin vuorovaikutuksen olemusta. Koululaisten nonverbaalisen viestinnän tutkimisella voi olla erityisen merkityksellinen vaikutus vuorovaikutustutkimuksen tuloksiin. Teoriaa voidaan hyödyntää myös yhteistyötä ja hoitotyön laatua arvioivan mittarin kehittämisessä ja näin vaikuttaa käytännön hoitotyön laadun kehittämiseen alakoulun kouluterveydenhuollossa.

Terveydenhoitajatyön näkökulmasta on tarpeen tutkia yhteistyötä opettajien kanssa. Opettaja näkee koululaista päivittäin, ja siksi hänellä on paremmat mahdollisuudet kuin terveydenhoitajalla havaita lapsen alkavat terveyteen ja oppimiseen liittyvät ongelmat. On tarpeen tutkia ja kehittää yhteistoiminnallisia varhaisen puuttumisen toimintamalleja ja käytäntöjä alakouluihin. Lisäksi on syytä tutkia vanhempien, opettajan ja kouluterveydenhoitajan yhteistyötä erityisesti niiden koululaisten ja perheiden kohdalla, joissa on hyvinvointiin liittyviä ongelmia.

Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön vaikutuksia on tarpeellista selvittää tarkemmin alakoulun kouluterveydenhuollossa. Toimintatutkimuksellisin menetelmin voidaan tutkia yhteistyöinterventioiden vaikuttavuutta alakoululaisten ja heidän perheidensä hyvinvointiin sekä kouluterveydenhoitajan työhön. Eri-ikäisten alakoululaisten näkemysten laajempi selvittäminen yhteistyöstä kouluterveydenhoitajan kanssa on tarpeellista. On tarpeen myös selvittää kouluterveydenhuollon palveluiden merkitystä koululaisille ja heidän hyvinvoinnilleen. Näin saadaan tärkeää ja hyödyllistä tutkimusnäyttöä

kouluterveydenhuollon laadusta ja vaikuttavuudesta palveluiden edelleen kehittämiseksi koululaisten ja heidän perheidensä tarpeita vastaaviksi.

On myös syytä tutkia, minkälaiset terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat ajankohtaisia alakoululaisten perheissä sekä miten ja minkälaista apua ja tukea he toivovat niihin kouluterveydenhuollosta. Lisäksi on tarpeellista selvittää tarkemmin, minkälaisia työskentelytapoja perheet toivovat, jotta kouluterveydenhuollon palvelut olisivat nykyistä kokonaisvaltaisempia ja perhekeskeisempiä. Oleellista on huomioida myös koululaisten näkemykset.

6.4.2 Päätelmät

Päätelmät perhehoitotieteen kehittämiseksi ovat muodostuneet tutkimuksen tuloksena kehitetyn teorian pohjalta. Päätelminä esitetään seuraavia asiakokonaisuuksia:

Tutkimuksella tuotettu substantiivinen teoria rakentaa ja vahvistaa hoitotieteen ja erityisesti perhehoitotieteen tietoperustaa vähän tutkitusta alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä.

Tässä tutkimuksessa syntyneen teorian pohjalta on tarpeen jatkaa perhekeskeisen hoitotyön sisältöjen ja toimintatapojen tutkimista alakoulun kouluterveydenhuollossa.

Perhehoitotieteen kehittämisessä tarvitaan lisää tutkimusta, jossa tiedonantajina käytetään kaikkia perheenjäseniä. Tässä tutkimuksessa isien näkemykset jäivät vähälle huomiolle. Siksi jatkossa tarvitaan sellaista tutkimusta, jossa isien kokemukset koululaisen ja perheen terveyden edistämisestä saadaan selville.

Perhehoitotieteellisen tutkimuksen tiedonantajina alakoululaisten näkemysten ja kokemusten hyödyntämistä tulee laajentaa ja syventää, sillä heiltä saadaan arvokasta tietoa, jota kukaan muu ei voi antaa heidän puolestaan. Koululaisten näkemysten kuuleminen ja heidän kokemustensa käyttäminen perheiden terveyden ja hyvinvoinnin tutkimisessa on oleellista.

Alakouluikäisten lasten ja heidän perheidensä toiminnasta ja terveyden edistämisestä on syytä tehdä lisää tutkimusta useilla eri menetelmillä eri tietoteoreettisista näkökulmista perhehoitotieteen kehittämiseksi. Tuotetun teorian perusteella interventiotutkimus on hyödyllinen menetelmä käytännönläheisen tutkimuksen toteuttamiseksi.

LÄHTEET

Adams, S. & McCarthy, A. 2005. Evidence-based practice and school nursing. *The Journal of School Nursing* 21(5), 258-265.

Aho, A-L., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus ja sen haasteet Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 16(6), 274-277.

Albinsson, A., Krantz, M., Lundvall, A. & Bergbom Engberg, I. 1996. Proportion of Swedish school nurses' time devoted to different health care activities. *Journal of Nursing Management* 4(5), 281-288.

Anderson, D., Allen-Bryant, K. 2005. Families and community/public health nursing. Teoksessa: Harmon Hanson, S., Gedaly_Duff, V. & Rowe Kaakinen, J. (toim.) *Family health care nursing. Theory, practice & research*. F.A. Davis Publishers, Philadelphia. 393-411.

Annells, M. 1997. Grounded theory method, part I: Within the five moments of qualitative research. *Nursing Inquiry* 4, 120-129.

Annells, M. 2006. Triangulation of qualitative approaches: hermeneutical phenomenology and grounded theory. *Journal of Advanced Nursing* 56(1), 55-61.

Badger, F. & Brown, I. 2005. Primary schools' use and perceptions of the school nursing service. *International Journal of Health Promotion & Education* 43(3), 92-96.

Barnes, M., Courtney, M., Pratt, J. & Walsh, A. 2004. School-based youth health nurses: roles, responsibilities, challenges and rewards. *Public Health Nursing* 21(4), 316-322.

Benzies, K. & Allen, M. 2001. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 541-547.

Betz, C. 2006. Parent-professional partnerships: bridging the disparate worlds of children, families, and professionals. *Journal of Pediatric Nursing* 21(5), 333-336.

- Bickham, N., Pizarro, J., Warner, B., Rosenthal, B. & Weist, M. 1998. Family involvement in expanded school mental health. *Journal of School Health* 68(10), 425-429.
- Birch, D. & Hallock, B. 1998. School nurses' perceptions of parental involvement in school health. *Journal of School Nursing* 14(3), 32-37.
- Blue-Banning, M., Summers, J., Frankland, H., Nelson, L. & Beegle, G. 2004. Dimensions of family and professional partnerships: constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children* 70(2), 167-184.
- Borup, I. 2000. Danish pupils' perceived satisfaction with the health dialogue: associations with the office and work procedure of the school health nurse. *Health Promotion International* 15(4), 313-320.
- Borup, I. 2002. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community* 10(1), 10-19.
- Borup, I. & Holstein, B. 2004. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(4), 343-350.
- Boychuk Duhscher, J. & Morgan, D. 2004. Grounded theory: reflections on the emergence vs. forcing debate. *Journal of Advanced Nursing* 48(6), 605-612.
- Boyd, D. & Bee, H. 2006. *Lifespan development*. 4th edition. Pearson Education, Boston.
- Brockopp, D. & Hastings-Tolsma, M. 2003. *Fundamentals of Nursing Research*. 3th edition. Jones and Bartlett Publishers, Sundbury.
- Burns, N. & Grove, S. 2007. *Understanding nursing research. Building an evidence-based practice*. 4th edition. Saunders Elsevier, St.Louis.
- Casey, D. 2006. Choosing an appropriate method of data collection. *Nurse Researcher* 13(3), 75-92.
- Charmaz, K. 2000. Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. Teoksessa: Dentzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *Handbook of qualitative research*. Sage, Thousand Oaks.
- Charmaz, K. 2003. Qualitative interviewing and grounded theory analysis. Teoksessa: Holstein, J. & Gubrium, J. *Inside interviewing. New lenses, new concerns*. Sage Publications, Thousand Oaks. 311-330.

Charmaz, K. 2006. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis.* Sage Publications, London.

Chew-Graham, C., May, C. & Perry, M. 2002. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family Practice* 19(3), 285-289.

Chinn, P. & Kramer, M. 2004. *Integrated Knowledge Development in Nursing.* 6th ed. Mosby, St Louis.

Chiovitti, R. & Piran, N. 2003. Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing* 44(4), 427-435.

Clark, D., Clasen, C., Stolfi, A. & Jaballas, E. 2002. Parent knowledge and opinions of school health services in a urban public school system. *Journal of School Health* 72(1), 18-20

Clausson, E., Petersson, K. & Berg, A. 2003. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(4), 392-398.

Clendon, J. & White, G. 2001. The feasibility of a nurse practitioner-led primary health care clinic in a school setting: a community needs analysis. *Journal of Advanced Nursing* 34(2), 171-178.

Corlett, J. & Twycross, A. 2006. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing* 15(10), 1308-1316.

Cotton, L., Brazier, J., Hall, D., Lindsay, G., Marsh, P., Polnay, L. & Williams, S. 2000. School nursing: costs and potential benefits. *Journal of Advanced Nursing* 31(5), 1063-1071.

Courtney, R., Ballard, E., Fauver, S., Gariota, M. & Holland, L. 1996. The partnership model: Working with individuals, families and communities toward a new vision of health. *Public Health Nursing* 13(3), 177-186.

Coyne, I. 1996. Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 23(4), 733-740.

Coyne, I. 2006. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 15(1), 61-71.

- Coyne, I. & Cowley, S. 2007. Challenging the philosophy of partnership with parents. a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* 44(6), 893-904.
- Côté-Arsenault, D. & Morrison-Beedy, D. 2005. Maintaining your focus in focus groups: avoiding common mistakes. *Research in Nursing & Health* 28, 172-179.
- Cramer, M. & Iverson, C. 1999. Parent expectations of the school health program in Nebraska. *Journal of School Health* 69(3), 107-112.
- Croghan, E., Johnson, C. & Aveyard, P. 2004. School nurses: policies, working practices, roles and value perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 47(4), 377-385.
- Curtis, A. & Redmond, R. 2007. Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher* 14(2), 25-37.
- Cutcliffe, J. 2000. Methodological issues in grounded theory. *Journal of Advanced Nursing* 31(6), 1476-1484.
- Cutcliffe, J. 2003. Re-considering reflexivity in the case for intellectual entrepreneurship. *Qualitative Health Research* 13(1), 136-148.
- Dashiff, C. 2001. Data collection with adolescents. *Journal of Advanced Nursing* 33(3), 343-349.
- Davies, S. & Hall, D. 2005. "Contact a family": professionals and parents in partnership. *Archives of Disease in Childhood* 90, 1053-1057.
- DeBell, D. & Everett, G. 1998. The changing role of school nursing within health education and health promotion. *Health Education* 98(3), 107-115.
- Denham, S. 2003. *Family health. A framework for nursing.* F.A.Davis Publishers, Philadelphia.
- Dixon-Woods, M., Young, B. & Heney, D. 1999. Partnership with children. *British Medical Journal* 319(7212), 778-780.
- Duffy, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Huber, D. & Varjoranta, P. 1998. Family nursing practice in public health: Finland and Utah. *Public Health Nursing* 15(4), 281-287.
- Duffy, K., Ferguson, C. & Watson, H. 2004. Data collecting in grounded theory – some practical issues. *Nurse Researcher* 11(4), 67-78.

Elkan,R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J., Tolley, K., Blair, M., Dewey, M., Williams, D. & Brummell, K. 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. www.ncchta.org/fullmono/mon413.pdf [viitattu 11.1.08.]

Feeley, N. & Gottlieb, L. 2000. Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing* 6(1), 9-24.

Fern, E. 2001. *Advanced focus group research*. Sage Publications, Thousand Oaks.

Fontana, A. & Frey, J. 2005. The interview. From neutral stance to political involvement. Teoksessa: Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *The Sage handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks. 695-727.

Franck, L. & Callery, P. 2004. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development* 30(3), 265-277.

Friedemann, M-L. 1995. *The framework of systemic organization. A concept approach to families and nursing*. Sage Publications, Inc, Thousand Oaks.

Friedman, M., Bowden, V. & Jones, E. 2003. *Family Nursing. Research, theory and practice*. 5th ed. Pearson Education LTD, Upper Saddle River, New Jersey.

Gage,J., Everett, K. & Bullock, L. 2006. Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship* 38(1), 56-62.

Gallant, M., Beaulieu, M. & Carnevale, F. 2002. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 40(2), 149-157.

Gance-Cleveland, B. & Yousey, Y. 2005. Benefits of a school-based health center in a preschool. *Clinical Nursing Research* 14(4), 327-342.

Gardner, D. & Cary, A. 1999. Collaboration, conflict and power: lessons for case managers. *Family & Community Health* 22(3), 64-77.

Gissler, M., Puhakka, T., Vuori, M. & Karvonen, S. 2006. Poikien ja tyttöjen hyvinvointi ja terveys tilastoina. Teoksessa: Karvonen, S. (toim.) *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot vuosikirja*. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisu 71. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala. 18-37.

Glaser, B. 1978. Theoretical sensitivity. *Advances in the methodology of grounded theory*. The Sociology Press, Mill Valley, California.

Glaser, A. & Strauss, B. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Aldine cop., New York.

Gleeson, C. 2004. School health nursing – evidence-based practice? *Primary Health Care* 14(3), 38-41.

Gleeson, C., Robinson, M. & Neal, R. 2002. A review of teenagers' perceived needs and access to primary health care: implications for health services. *Primary Health Care Research and Development* 3(3), 184-193.

Gross, S., Cohen, H. & Kahan, E. 2006. Survey of parents, nurses, and school principals on their perceptions of the controversial role of schools in health promotion. *Pediatrics International* 48(1), 44-47.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Yliopistopaino, Helsinki.

Hall, W. & Callery, P. 2001. Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. *Qualitative Health Research* 11(2), 257-272.

Hall, W. & May, K. 2001. The application of grounded theory: issues of assessment and measurement in practice. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. *Using grounded theory in nursing*. Springer Publishing Company, New York. 211-225.

Hallantie, M. 2005. Oppilashuolto kunnan opetussuunnitelmassa – yhteistyö opetus-, terveys- ja sosiaalitoimen kesken. Teoksessa: Peltonen, H. (toim.) *Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi*. Opetushallitus. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi. 202-210.

Hallberg, L. 2006. The “core category” of grounded theory: making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 1(3), 141-148.

Harmon Hanson, S. 2005. Family health care nursing: an introduction. Teoksessa: Harmon Hanson, S., Gedaly-Duff, V. & Rowe Kaakinen, J. (toim.) *Family health care nursing. Theory, practice and research*. F.A. Davis Publishers, Philadelphia. 3-37.

Heary, C. & Hennessy, E. 2002. The use of focus group interviews in pediatric health care research. *Journal of Pediatric Psychology* 27, 47-57.

Heath, H. & Cowley, S. 2004. Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 141-150.

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

Heimo, E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisuja sarja C, osa 184. Painosalama Oy, Turku.

Henneman E, Lee J & Cohen J. 1995. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21(1), 103-109.

Holloway, I. & Wheeler, S. 2002. *Qualitative Research in Nursing*. 2nd edition. Blackwell Publishing Company, Oxford.

Hook, M. 2006. Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing* 56(2), 133-143.

Hootman, J. 2002. The importance of research to school nurses and school nursing practice. *The Journal of School Nursing* 18(1), 18-24.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 1151. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.

Humphries, J. 2002. The school nurse and health education in the classroom. *Nursing Standard* 16(17), 42-45.

Hutchfield, K. 1999. Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 29(5), 1178-1187.

Hyden, L-C. & Baggens, C. 2004. Joint working relationships: children, parents and child healthcare nurses at work. *Communication & Medicine* 1(1), 71-83.

Hyry-Honka, O. 2006. Nuorten terveyden voimavarat ja uhat kouluuyhteisössä. Teoksessa: Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Haaranen, A. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) *Näkökulmia preventiivisen hoitotieteen tutkimukseen*. Kuopion yliopiston selvityksiä E. *Yhteiskuntatieteet* 38. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio. 39-90.

Häggman-Laitila, A. 2000. Perheiden terveyden edistäminen. Uudenlaisten perhetyömenetelmien kehittäminen moniammatillisena projektityönä. Teoksessa; Pietilä, A-M., Kylmä, J., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Immonen, K. (toim.) Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi, osa I. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 19. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio. 22-26.

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Perceived benefits on family health of small groups for families with children. *Public Health Nursing* 24(3), 205-216.

Isola, A. 1997. Grounded theory –menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 174-186.

Jakonen, S. 2005. Terveyttä joka päivä. Itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 121. Kopijyvä, Kuopio.

Jakonen, S., Tossavainen, K. & Vertio, H. 2005. Lasten ja nuorten terveydenluktaidon oppiminen – haaste terveysterveystieteelle ja –opetukselle. *Suomen Lääkärilehti* 60(27-29), 2891-2896.

Janhonen, S. & Latvala, E. 2001. Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: grounded theory –tutkimusmetodologia. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva. 165-207.

Jarvis, J. & Stark, S. 2005. Partnership working and the involvement of parents in the health education. *Primary Health Care Research and Development* 6(3), 208-216

Jeon, Y-H. 2004. The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 249-256.

Joronen, K. 2005. Adolescents' subjective well-being in their social contexts. *Acta Universitatis Tamperensis* 1063. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Jussila, A-L. 2004. Stabilising of life. A substantive theory of family survivorship with a parent with cancer. *Acta Universitatis Tamperensis* 1042. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Järventie, I. 2005. Millaisia lapsia tällaisina aikoina? *Psykologia* 4, 415-422.

Kansanterveysasetus.802/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920802> [viitattu 24.10.07.]

Kansanterveyslaki. 66/1972, 746/1992, 626/2007.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki> [viitattu 24.10.07.]

Keatinge, D., Bellchambers, H., Bujack, E., Cholowski, K., Conway, J. & Neal, P. 2002. Communication: principal barrier to nurse-consumer partnerships. *International Journal of Nursing Practice* 8(1), 16-22.

Kielitoimisto. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto 21.1.08. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen kielenhuolto-osasto.

Kitzinger, J. 1996. Introducing focus groups. Teoksessa: Mays, N. & Pope, C. *Qualitative research in health care*. B.M.J. Publishing Group, London. 36-45.

Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, M. 2007. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. *Suomen Lääkärilehti* 62(1-2), 61-67.

Konu, A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. *Acta Universitatis Tamperensis* 887. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

Konu, A. & Lintonen, T. 2006. School well-being in grades 4-12. *Health Education Research* 21(5), 633-642.

Kontula, O. 2004. Perhebarometri 2004. Perhepolitiikka käännekohtassa. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos E 18. Helsinki.

Koskela, H. 2007. Grounded theory. Opettajien opiskelijäkäsitysten analyysiä. Teoksessa: Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V-M. (toim.) *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere. 91-110.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 8. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/08/pr1092909444623/passthru.pdf> [viitattu 13.8.07.]

Krueger, R. 1994. *Focus groups, a practical guide for applied research*. Sage Publications, Thousand Oaks.

- Krueger, R. & Casey, M. 2000. Focus groups. A practical guide for applied research. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Kuula, A. 2006. Tutkimuseetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä, J. 2000. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others a substantive theory. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 85. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. Lähdevirta, J. 1999. Ethical considerations in a grounded theory study on the Dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others. Nursing Ethics 6(3), 224-239.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. Duodecim 119(7), 609-615.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Laakso, J. 1998. Kouluterveydenhuolto hoitoketjussa. Suomen Lääkärilehti 53(35), 4107-4110.
- LaRossa, R. 2005. Grounded theory methods and qualitative family research. Journal of Marriage and Family 67(4), 837-857.
- Larsson, B. & Zaluha, M. 2003. Swedish school nurses' view of school health care utilization causes and management of recurrent headaches among school children. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17(3), 232-238.
- Lastensuojelulaki. 2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070417> [viitattu 14.2.08.]
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY, Vantaa.
- Lee, P. 2007. What does partnership in care mean for children's nurses? Journal of Clinical Nursing 16(3), 518-526.
- LeGrow, K. & Rossen, B. 2005. Development of professional practice based on a family systems nursing framework: nurses' and families' experiences. Journal of Family Nursing 11(1), 38-58.
- Lehoux, P., Poland, B. & Daudelin, G. 2006. Focus group research and "the patient's view". Social Science & Medicine 63(9), 2091-2104.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.

Libbus, M., Bullock, L., Brooks, C., Igoe, J., Beetem, N. & Cole, M. 2003. School nurses: voices from the health room. *Journal of School Health* 73(8), 322-324.

Lightfoot, J. & Bines, W. 2000. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health Medicine* 22(1), 74-80.

Lohiniva, V. 1999. Terveystenhoitajan työ ja kvaifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis D* 509. Yliopistopaino, Oulu.

Lomborg, K. & Kirkevold, M. 2003. Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy* 4(3), 189-200.

Lynn-McHale, D. & Deatrick, J. 2000. Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing* 6(3), 210-230.

MacIntosh, J. & McCormack, D. 2001. Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies* 38(5), 547-555.

MacKean, G., Thurston, W. & Scott, C. 2005. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations* 8, 74-85.

Maijala, H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis* 993. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

Maijala, H., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2002. Poikkeavaa lasta odottavien perheiden tutkimushaastattelu. *Hoitotiede* 14(1), 3-10.

Mandel, L. & Qazilbash, J. 2005. Youth voices as change agents: Moving beyond the medical model in school-based health center practice. *Journal of School Health* 75(7), 239-242.

Marin, M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Porvoo. 43-60.

McCallin, A. 2003. Designing a grounded theory study: some practicalities. *Nursing in Critical Care* 8(5), 203-208.

McCann, T. & Baker, H. 2001. Mutual relating developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing* 34(4), 530-537.

McCann, T. & Clark, E. 2003. Grounded theory in nursing research: Part 1 – Methodology. *Nurse Researcher* 11(2), 7-18.

McDonald, M. 2001. Finding a critical perspective in grounded theory. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. (toim.) *Using Grounded Theory in Nursing*. Springer, New York. 113-158.

McDonald, M. & Schreiber, R. 2001. Constructing and deconstructing: Grounded theory in a postmodern world. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. (toim.) *Using Grounded Theory in Nursing*. Springer, New York. 35-54.

McLafferty, I. 2004. Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 187-194.

Melton, G. 1999. Parents and children: legal reform to facilitate children's participation. *American Psychologist* 54(11), 935-944.

Merrell, J., Carnwell, R., Williams, A., Allen, D. & Griffiths, L. 2007. A survey of school nursing provision in the UK. *Journal of Advanced Nursing* 59(5), 463-473.

Miller, S. 2000. Researching children: issues arising from a phenomenological study with children who have diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing* 31(5), 1228-1234.

Mills, J., Bonner, A. & Francis K. 2006. Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice* 12, 8-13.

Morse, J. 2001. Situating grounded theory within qualitative inquiry. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. (toim.) *Using grounded theory in nursing*. Springer Publishing Company, New York. 1-15.

Munhall, P. 2001. Ethical considerations in qualitative research. Teoksessa: Munhall, P. *Nursing research. A qualitative perspective*. 3rd edition. Jones and Bartlett Publishers, Sundbury. 537-549.

Myllyniemi, R. & Tontti, J. 2006. Tuottoa sosiaaliselle alkupääomalle – lapsuuden kasvatus ja aikuisiän tunteet. Teoksessa: Järventie, I., Lähde, M. & Paavonen, J. (toim.) *Lapsuus ja kasvu ympäristöt – tutkimuksen kuvia*. Yliopistopaino, Helsinki. 142-163.

Mäenpää, T. 1999. Perhekeskeisyys ja tiedollinen tuki perheiden kokemana ala-asteen kouluterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Dippa Systems Oy, Tampere.

Mäenpää, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14(3), 100-107.

Nelson, K. 1997. The needs of children and the role of school nurses. *Journal of School Health* 67(5), 187-189.

Niemi, I. & Pääkkönen, H. 2001. Perheiden ajankäyttö. Ajankäytön muutokset 1990-luvulla. Tilastokeskus, Helsinki.

Novilla, M., Barnes, M., De La Cruz, N., Williams, P. & Rogers, J. 2006. Public health perspectives on the family. An ecological approach to promoting health in the family and community. *Family & Community Health* 29(1), 28-42.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. WSOY, Porvoo.

Nätkin, R. 2003. Moninaiset perhemuodot ja lapsen hyvä. Teoksessa: Forsberg, H. & Nätkin, R. Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus Kirja. Yliopistopaino, Helsinki.

Nätkin, R. & Vuori, J. 2007. Perhetyön tieto ja kritiikki. Johdanto perhetyön muuttuvaan kenttään. Teoksessa: Vuori, J. & Nätkin, R. (toim.) Perhetyön tieto. Vastapaino, Tampere. 7-38.

O'Haire, S. & Blackford, J. 2005. Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *International Journal of Nursing Practice* 11(6), 250-256

O'Neill, K. 2002. Kids speak: effective communication with the school-aged/adolescent patient. *Pediatric Emergency Care* 18(2), 137-140.

Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. http://www.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf [viitattu 13.8.07.]

Opetusministeriö. 2002. Oppilaan hyvinvointi ja oppilashuolto. Opetusministeriön työryhmien muistioita 13. Yliopistopaino, Helsinki.

Owen, S. 2001. The practical, methodological and ethical dilemmas of conducting focus groups with vulnerable clients. *Journal of Advanced Nursing* 36(5), 652-658.

Paajanen, P. 2007. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. Perhebarometri 2007. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E 30. Väestöliitto, Helsinki.

Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 1997. The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: toward better collaboration. *Public Health Nursing* 14(3), 137-142.

Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen, M. 2000. School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for child abusing families in Finland. *Journal of Clinical Nursing* 9(5), 742-750.

Paavola, A., Rousu, S. & Laiho, K. 2006. Lasten hyvinvointi kunnan yhteiseksi asiaksi. Lapsipolitiikan kuntakyselyn 1.4.2005 tuloksia. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p060119095956L.pdf> [viitattu 1.9.07.]

Papenfus, H. & Bryan, A. 1998. Nurses' involvement in interdisciplinary team evaluations: incorporating the family perspective into child assessment. *Journal of School Health* 68(5), 190-195.

Parahoo, K. 2006. *Nursing Research. Principles, process and issues*. 2nd edition. Palgrave Macmillan, Hampshire.

Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 18. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Pelkonen, M. & Löthman-Kilpeläinen, L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10. Oy Edita Ab, Helsinki.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202-212.

Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Tammer-Paino, Tampere. 126-136.

Percy, M. 2006. Using a developmental-relational model in the school setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 11(3), 207-210.

Perusopetuslaki.1998.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perusopetuslaki> [viitattu 24.10.07.]

Pesso, K. 2004. Terveystieteiden viitekehys tutkimuskohteena. Acta Universitatis Tamperensis 1005. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

Peterson-Sweeney, K. 2005. The use of focus groups in pediatric and adolescent research. Journal of Pediatric Health Care 19(2), 104-110.

Pietilä, A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Porvoo. 247-274.

Pirkanen, M., Laukkanen, E. & Pietilä, A-M. 2007. A formative evaluation to develop a school health nursing early intervention model for adolescent substance use. Public Health Nursing 24(3), 256-264.

Pittman, K., Wold, J., Wilson, A., Huff, C. & Williams, S. 2000. Community connections: promoting family health. Family & Community Health 23(2), 72-78.

Polit, D. & Tatano Beck, C. 2006. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, D. & Tatano Beck, C. 2008. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.

Pulkkinen, L. 2002a. Mukavaa yhdessä. Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. PS-kustannus, Jyväskylä.

Pulkkinen, L. 2002b. Koti, koulu ja yksityinen elämänpiiri hyvän elämän ankkureina. Teoksessa: Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-kustannus, Jyväskylä.

Ramprogus, V. 2005. Triangulation. *Nurse Researcher* 12(4), 4-6.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 198. Yliopistopaino, Jyväskylä.

Rapley, T. 2004. Interviews. Teoksessa: Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J. & Silverman, D. *Qualitative research practice*. Sage Publications Ltd, London. 17-33.

Richardson, L. 2003. Writing. A method of inquiry. Teoksessa: Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) *Collecting and interpreting qualitative materials*. Sage Publications, Thousand Oaks. 499-541.

Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Happonen, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2007a. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004-2007. *Stakes, Työpapereita* 32. Valopaino Oy, Helsinki.

Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. 2007b. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 63. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/13667/index.htm> [viitattu 11.1.08.]

Ritala-Koskinen, A. 2001. Mikä on lapsen perhe? Tulkintoja lasten uusperhesuhteista. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan laitos / Sosiaalityö, Tampereen yliopisto. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 38. Väestöliitto, Helsinki.

Robinson, J. 2002. The changing role of the school nurse: a partner in infection control and disease prevention. *The Journal of School Nursing* 18(5),12-14.

Rödström, M. 1992. Lapsen kehitys 7-12 vuotta. Kustannusosakeyhtiö Otava, Keuruu.

Sallinen, M. 2006. Nuoret perheessä. Päiväkirjatutkimus perheen arjesta työssäkäyvien vanhempien ja heidän kouluikäisten lastensa kokemana. Verkkojulkaisussa: Wilska, T-A. & Lähteenmaa, J. *Kultainen nuoruus. Kurkistuksia nuorten hyvinvointiin ja sen tutkimiseen*. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisusarja. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=475. 82-98. [viitattu 10.2.08.]

Salonen, P., Aromaa, M., Rautava, P., Suominen, S., Alin, J. & Liuksila, P-R. 2004. Miten suomalainen koululainen voi? Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim* 120(5), 563-569.

Saukkonen, S. 2003. Koulu ja yksilöllisyys. Jännitteitä, haasteita ja mahdollisuuksia. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 211. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä

Schreiber, R. 2001. The “how to” of grounded theory: avoiding the pitfalls. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. (toim.) *Using grounded theory in nursing*. Springer Publishing Company, New York. 55-83.

Seta ry. 2007. Perheitä kaikissa sateenkaaren väreissä. <http://www.seta.fi/fi/setafi49.htm> [viitattu 11.10.2007.]

Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. 2006. Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* 15(10), 1317-1323.

Shin, H. & White-Traut, R. 2005. Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. *Journal of Advanced Nursing* 52(1), 56-62.

Shuler, P. 2000. Evaluating student services provided by school-based health centers: applying the Shuler Nurse Practitioner practice model. *Journal of School Health* 70(8), 348-352.

Sihvola, S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 751. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto, Oulu.

Siivola, U. 1985. Terveysisar kansanterveystyössä. WSOY, Helsinki.

Simoila, R. 1994. Terveystarkastajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. *Stakes. Tutkimuksia* 48. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 132. Kopijyvä, Kuopio.

Siurala, L. 2007. Nuorille suunnattujen palvelujen koordinointi kunnassa. Teoksessa: Tarvainen, T., Pietiläinen, V. & Kuure, T. (toim.) *Nuoret eivät odota*.

Palvelurakenteen muutos nyt. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61. 45-52.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/hu1197372901721/passthru.pdf> [viitattu 1.2.08.]

Smith, K. & Biley, F. 1997. Understanding grounded theory: principles and evaluation. *Nurse Researcher* 4(3), 17-30.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htx.i1049.pdf>
[viitattu 1.2.08.]

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf> [viitattu 9.5.07.]

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14. Edita Prima Oy, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. Selvityksiä 33. Yliopistopaino, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Sosiaali- ja terveystiedotus.
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/03/pr1143626820155/passthru.pdf> [viitattu 18.7.07.]

Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Strandmark, M. 2007. The concept of health and health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(1), 1-2.

Strauss, A. 1987. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press, New York.

Strauss, A. & Corbin, J. 1990. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Newbury Park.

Strauss, A. & Corbin, J. 1994. *Grounded theory methodology*. Teoksessa: Denzin, N. & Lincoln, Y. *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks. 273-284.

Strauss, A. & Corbin, J. 1998. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Sage Publications, Thousand Oaks.

Streubert Speziale, H. & Carpenter, D. 2003. Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. 3rd edition. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Strid, O. 1998. Kouluterveydenhuollon terveystarkastus luokan hyvinvoinnin arvioinnissa. Suomen Lääkärilehti 53(33), 3811-3815.

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

Svavarsdottir, E. 2006. Listening to the family's voice. Nordic nurses' movement toward family centered care. Journal of Family Nursing 12(4), 346-367.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 19.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158139777250/passthru.pdf> [viitattu 22.1.08.]

Tilastokeskus. 2007. Suomi lukuina: Väestö, perheet, 2005.
http://www.stat.fi/til/perh/2005/perh_2005_2006-06-01_tie_001.html [viitattu 26.1.08.]

Tomlinson, P. & Hall, E. 2003. Expanding knowledge in family health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17(2), 93-95

Tossavainen, K., Tupala, M., Turunen, H. & Larjomaa, R. 2002a. Kouluterveydenhuollon hyvä käytäntö. Kouluterveydenhuollon seurantajärjestelmän arviointitutkimus. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Tossavainen, K., Turunen, H., Tupala, M., Jakonen, S. & Vertio, H. 2002b. Terveys ja hyvinvointi kouluyhteisössä. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 62-77.

Tossavainen, K., Turunen, H., Jakonen, S., Tupala, M. & Vertio, H. 2004a. School nurses as health counsellors in Finnish ENHPS schools. Health Education 104(1), 33-44.

- Tossavainen, K., Turunen, H., Jakonen, S. & Vertio, H. 2004b. Health promotional education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children & Society* 18(5), 371-382.
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomäki, U. & Vertio, H. 2000. Improving health in the European Network of Health Promoting Schools in Finland. *Health Education* 100(6), 252-260.
- Tveiten, S., Ellefsen, B. & Severinsson, E. 2005. Conducting client supervision in community health care. *International Journal of Nursing Practice* 11(2), 68-76.
- Tveiten, S. & Severinsson, E. 2005. Public health nurses' supervision of clients in Norway. *International Nursing Review* 52, 210-218.
- Uusikylä, K. 2002. Joko sinä olet tuottanut paremman lapsen? Teoksessa: Kolbe, L. & Järvinen, K. (toim.) *Onks ketään kotona: Kasvatuksen suuntaa etsimässä*. Tammi, Helsinki. 155-167.
- Varjoranta, P. & Pietilä, A-M. 1999. Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. *Stakes aiheita* 4. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Välimaa, R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984-2002. Teoksessa: Kannas, L. (toim.) *Koululaisten terveys ja terveystäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto. Domus-Offset Oy, Jyväskylä.* 9-54.
- Wainwright, P., Thomas, J. & Jones, M. 2000. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1083-1091.
- Walker, D. & Myrick, F. 2006. Grounded theory: An exploration of process and procedure. *Qualitative Health Research* 16(4), 547-559.
- Walker, L. & Avant, K. 2005. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th edition. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Watson, L. & Girard, F. 2004. Establishing integrity and avoiding methodological misunderstanding. *Qualitative Health Research* 14(6), 875-881.

Webb, B. 2002. Using focus groups as a research method: a personal experience. *Journal of Nursing Management* 10(1), 27-35.

Webb, C. & Kevern, J. 2001. Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 33(6), 798-805.

Whitehead, D. 2006. The health-promoting school: what role for nursing? *Journal of Clinical Nursing* 15(3), 264-271.

Wilkes, L. & Beale, B. 2005. Role conflict: appropriateness of a nurse researcher's actions in the clinical field. *Nurse Researcher* 12(4), 57-70.

Wimpenny, P. & Gass, J. 2000. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing* 31(6), 1485-1492.

Wiss, K., Kivimäki, H., Kosunen, E., Rimpelä, A., Saaristo, V. & Rimpelä, M. 2007. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. *Suomen Lääkärilehti* 62(1-2), 53-59.

Wolfe, L. & Selekman, J. 2002. School nurses: What it was and what it is. *Pediatric Nursing* 28(4), 403-407.

Wright, L. & Leahey, M. 2005. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. 4th edition. F.A. Davis, Philadelphia

Wuest, J. & Merritt-Gray, M. 2001. Feminist grounded theory revised: Practical issues and new understandings. Teoksessa: Schreiber, R. & Stern, P. (toim.) *Using Grounded Theory in Nursing*. Springer, New York. 159-176.

Åstedt-Kurki, P. & Paunonen, M. 1999. Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä. *Hoitotiede* 11(6), 340-345.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Lehti, K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 288-293.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. WSOY Oppimateriaalit Oy, Porvoo.

LIITTEET

Liite 1. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory -menetelmän yhteneväisyyksistä

Yhteneväisyydet	Yhteneväisyyden kuvaus
Grounded theory -menetelmän tavoite	Tavoitteena on tutkia sosiaalisia perusprosesseja ja ymmärtää vuorovaikutuksen merkitys prosesseissa (Heath & Cowley 2003).
Teorian luominen	Tietoa tuotetaan uusia teorioita luomalla eikä olemassa olevia teorioita testaamalla (Heath & Cowley 2003).
Tutkimusprosessi	Kumpikin suuntaus käyttää hierarkista koodausta, jatkuvaa vertailua, kysymyksiä, kategorisointi, ja teoreettista otantaa. Ero syntyy siitä, miten niitä käytännössä toteutetaan. (Walker & Myrick 2006.)
Teoreettinen käsitteellistäminen	Analyysin eri vaiheissa luodaan aineistolähtöisiä, teoreettisia käsitteitä aineistoa koodaamalla (Smith & Biley 1997).
Käsitteiden väliset suhteet	Tunnistetaan suhteet syntyvien kategorioiden ja kategorioiden ja niiden ominaisuuksien välillä. Käsitteellisten suhteiden tulee perustua aineistoon. (Hallberg 2006.)
Ydinkategorian tunnistaminen	Keskeinen käsite, joka sitoo muut käsitteet käsitteelliseen rakenteeseen tai aineistolähtöiseen teoriaan (Hallberg 2006).
Muistioiden kirjoittaminen	Yksityiskohtainen muistioiden kirjoittaminen koko tutkimusprosessin ajan ajatuksista, ja reflektiota syntyvistä käsitteistä ja niiden oletetuista suhteista (Hallberg 2006).
Teoreettinen saturaatio	Aineistonkeruuta jatketaan niin kauan kun uusi aineisto ei enää tuota uutta tietoa (Hallberg 2006).

Liite 2. Kooste straussilaisen ja glaserilaisen grounded theory –menetelmän eroista

Erot	Straussilainen lähestymistapa	Glaserilainen lähestymistapa
Lähtökohdat	Edusti ”Chicagon koulukuntaa”, joka keskittyi symboliseen interaktionismiin, sosiaalisiin prosesseihin ja pragmatismiin (Hallberg 2006).	Columbian yliopiston kasvatti. Koulutuksessa keskityttiin täsmällisen positivistisen metodologian opetukseen. Opiskeli myös Pariisissa ja kiinnostui tekstianalyysistä. (Hallberg 2006.)
Lähtökohtien vaikutus grounded theory -menetelmään	Sosiaalisten prosessien tunnistaminen ja sosiaalisen elämän monimuotoisuuden tutkiminen (Hallberg 2006).	Haastatteluaineiston tarkka riviriviltä lukeminen, koodien tunnistaminen, systemaattinen kategorioihin jakaminen sekä kategorioiden ominaisuuksien määrittäminen (Hallberg 2006).
Suhde todellisuuteen	Todellisuutta ei voi tuntea, vaan se on aina tulkinta.	On olemassa todellisuus, joka voidaan toistaa ilman tutkijan vaikutusta – objektiivisuus, neutraalisuus, (Charmatz 2000).
Tutkimusongelman syntyminen ja asetteleminen	Tutkimusongelma voi olla annettu, kirjallisuudesta nousut tai henkilökohtaisesta/ professionaalista kokemuksesta syntynyt (Strauss & Corbin 1990, 1998; Siitonen 1999)	Etukäteen valittu ongelma johtaa todellisten ongelmien ohittamiseen (Glaser 1992; Siitonen 1999).
Suhde induktioon	Aineistolähtöinen analyysi (Strauss & Corbin 1990). ”Liian jyrkkä induktiivisuus voi johtaa steriileihin ja kuiviin tutkimuksiin” (Strauss & Corbin 1994).	Induktiivisen teorian tuottaminen korostuu. Tutkimuskentälle mentävä avoimin mielin ja ilman ennako-oletuksia (Glaser 1992; Siitonen 1999; Hallberg 2006).
Suhde deduktioon	Aineiston analyysissä ja teorian muodostuksessa voidaan käyttää tukena kirjallisuutta ja tutkijan kokemuksia (Strauss & Corbin 1990; Siitonen 1999).	Etukäteen lukemista pitää välttää, koska lukeminen heikentää omien ideoiden esiinnousua (Glaser 1992; Siitonen 1999).

Aineiston analyysi	<p>Aineiston koodaus muodostuu avoimesta, aksiaalisesta ja selektiivisesta koodaamisesta. Koodausparadigma (edellytykset, konteksti, toiminta- ja vuorovaikutusstrategiat, rajoitukset, seuraukset). auttaa luomaan käsitteiden välisiä suhteita ja ominaisuuksia kehittyvässä teoriassa (Strauss & Corbin 1990, 1998; Siitonen 1999; Hallberg 2006.) Analyysi on tulkintojen tekemistä (Strauss & Corbin 1990). Tässä tutkimuksessa on sovellettu näitä vaiheita ja ne on kuvattu luvussa 4.3.</p>	<p>Aineiston koodaus muodostuu avoimesta koodauksesta ja selektiivisesta koodaamisesta. Avoimessa koodaamisessa aineistosta eritellään merkittävät asiat, ilmiöt tai suhteet ja nimetään ne. Avoimen koodauksen vaihe lopetetaan ydinkategorian löydyttyä. Ydinkategoria kuvaa perussosiaalista prosessia, johon muut kategoriat sijoittuvat alakategorioina. Selektiivisen koodauksen vaiheessa pyritään saturoimaan ydinkategoria. Ydinkategoria ohjaa aineiston lisäkeräämistä ja teoreettista otantaa. Kategoriat ja niiden ominaisuudet löydetään, niitä ei saada pakottamalla tai ennakkoletusten perusteella. (Glaser 1992; Siitonen 1999.)</p>
Teoreettinen otanta	<p>Teoreettinen otanta ohjaa kysymysten ja vertailun kautta analyysia ja kehittyvää teoriaa (Strauss & Corbin 1990, 1998; Siitonen).</p>	<p>Teoreettinen otanta ohjaa aineiston keräämisen prosessia, ja kertoo mistä seuraavan aineiston löytää (Glaser 1992; Siitonen 1999).</p>

Liite 3. Haastattelulupapyyntö vanhemmille koululaisen haastattelemiseksi

HYVÄT KUODESLUOKKALAISEN VANHEMMAT

Opiskelen terveystieteiden tohtorin tutkintoa Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitoksella ja teen väitöskirjaa kouluterveydenhoitajan ja perheen välisestä yhteistyöstä. Työtäni ohjaa laitoksen johtaja, professori Päivi Åstedt-Kurki.

Haluaisin haastatella koululaistanne ko. aiheeseen liittyen. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna siten, että yhden ryhmän muodostaa neljä koululaista. Ryhmässä keskustellaan koululaisten yhteistyökokemuksista terveydenhoitajan kanssa. Koululaisen ei tarvitse valmistautua haastatteluun ennakolta eikä siitä aiheudu hänelle ylimääräisiä järjestelyitä. Haastattelu toteutetaan koulupäivän aikana koululla. Se kestää noin 45 minuuttia ja se nauhoitetaan. Haastattelunauhaa ei kuuntele kukaan muu kuin minä ja siinä olevia tietoja käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Analyysin jälkeen nauha tuhotaan. Aineisto analysoidaan niin, ettei koululaistanne tai perhettänne voida siitä tunnistaa. Haastattelutilanteissa esiin tulleet asiat eivät mene terveydenhoitajan tai opettajien tietoon.

Pyydän teiltä lupaa koululaisenne haastatteluun.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksestani ja ryhmähaastattelusta niin halutessanne.

Ystävällisin terveisin

Tiina Mäenpää
Terveystieteiden maisteri, tohtoriopiskelija
p.xxxxx

-----palautetaan opettajalle-----

KUODESLUOKKALAISEMME VOI OSALLISTUA KOULULAISEN JA TERVEYDENHOITAJAN YHTEISTYÖTÄ KARTOITTAVAAN RYHMÄHAASTATTELUUN JA HAASTATTELUA VOIDAAN KÄYTTÄÄ TUTKIMUSTARKOITUKSEEN.

vanhemman allekirjoitus

koululaisen allekirjoitus

Liite 4. Kirjoitelman ohje kouluterveydenhoitajille

ALA-ASTEEN KOULUTERVEYDENHOITAJAN JA PERHEEN YHTEISTYÖ

Kirjoitelma

Minkälaista on terveydenhoitajan yhteistyö ala-asteen koululaisten ja heidän vanhempiansa kanssa ?

Kirjoita aiheesta vapaamuotoinen kirjoitelma käsin tai koneella. kirjoitelmassa ei ole merkitystä muotoseikoilla eikä oikeinkirjoituksella. Tärkeintä on sinun näkemyksesi ja kokemuksesi yhteistyöstä – miten sinä teet yhteistyötä **koululaisten** ja **vanhempien** kanssa. Seuraavat teemat voivat auttaa sinua kirjoittamisessa:

- minkälaista yhteistyötä teet koululaisten kanssa?
- minkälaista yhteistyötä teet vanhempien kanssa?
- mitä yhteistyöhön liittyy?
- mikä merkitys yhteistyöllä on?

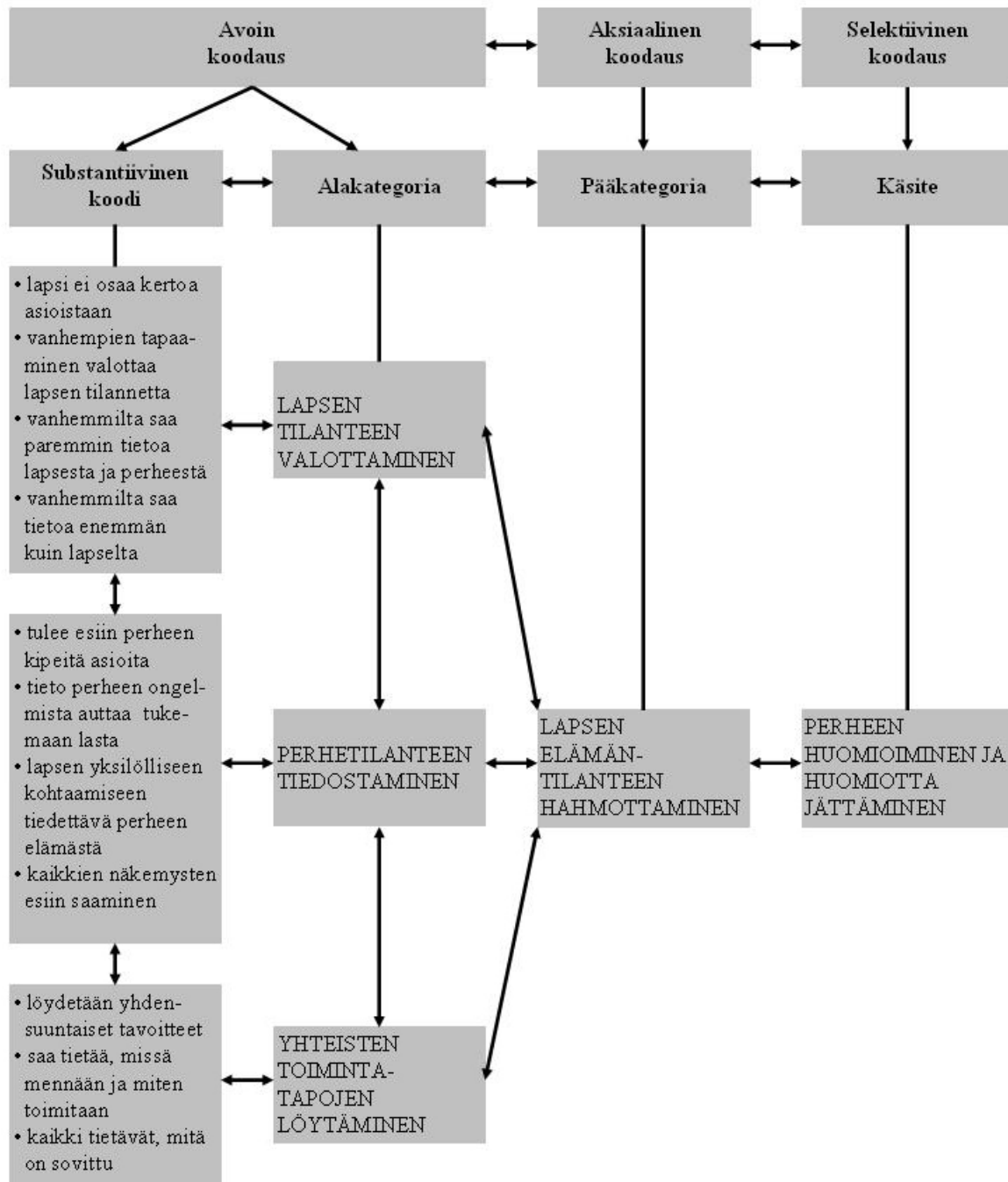
Kaikki omat ajatuksesi ovat arvokkaita. Palauta kirjoitelmasi minulle liitteenä olevassa kirjekuoressa tai sähköpostilla (tiina.maenpaa@hamk.fi) xxx mennessä. Kirjoitelmasi on täysin luottamuksellinen. Sitä ei lue kukaan muu kuin minä. Tutkimusraportista ei voida tunnistaa sinua, terveystietosi tai kouluasi. Jos haluat kysyä jotain kirjoitelmasta tai tutkimuksestani, vastaan sinulle mielelläni.

Pyydän sinua lähettämään tutkimukseen suostumuslomakkeen täytettynä kirjoitelmasi liitteenä postitse tai erikseen (jos palautat kirjoitelman s-postilla) alla olevaan osoitteeseen. Jos haluat, voit laittaa nimesi ja yhteystietosi suostumuslomakkeeseen, jotta voin tarvittaessa kysyä lisää tekemästäsi yhteistyöstä.

KIITOS SINULLE !

Tiina Mäenpää
TtM, tohtoriopiskelija
osoite: XXX
puh. XXX

Liite 5. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä



Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveyden- huollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea

TIINA MÄENPÄÄ

TtM, lehtori

Hämeen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

PÄIVI ÅSTEDT-KURKI

THT, professori

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

EIJA PAAVILAINEN

TtT, assistentti

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TIIVISTELMÄ

Artikkelissa tarkastellaan ryhmähaastattelun käyttöä tiedonkeruumenetelmänä ja sen soveltuvuutta perheiden tutkimiseen. Esimerkkinä käytetään tutkimusta ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyydestä ja tiedollisesta tuesta perheiden kokemana. Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelulla tarkoitetaan kahden perheen samanaikaista haastattelua. Ryhmähaastattelumenetelmä valittiin perhehaastattelun sijasta siksi, että perheiden välisen vuorovaikutuksen avulla haluttiin tuottaa sellaista tietoa, jota ilman vuorovaikutusta ei olisi saatu esiin. Kaksi perhettä valittiin ryhmäksi, koska oletettiin jäsenten voivan tukea, rohkaista, herättää muistikuvia ja innostaa toisiaan mielipiteiden vaihtoon ja niiden vertaamiseen. Ryhmähaastattelu sopii tutkimusaiheisiin, joihin sisältyy moniulotteisia näkökulmia ja monen tasoisia tunteita ja kokemuksia ja joiden esiin saamiseksi ryhmän sisäisellä vuorovaikutuksella on oleellinen merkitys. Esimerkkinä oleva tutkimus sisälsi kaikkia näitä ulottuvuuksia. Aineiston monipuolisuus perheiden ja kouluterveydenhuollon välisistä suhteista osoittaa, että ryhmähaastattelu on tehokas aineistonkeruumenetelmä perheiden tutkimisessa.

Avainsanat: ryhmähaastattelu, kouluterveydenhuolto, perhehoitotyön tutkimus

Saapunut 07.11.2000

Hyväksytty julkaistavaksi 18.06.2001

ABSTRACT

Focus-group interview as a method of collecting data for research on family-centered approach and informative support to families involved in school nursing at lower stage of the comprehensive school.

*Tiina Mäenpää, MNSc, RN, PHN,
Päivi Åstedt-Kurki, PhD, RN &
Eija Paavilainen, PhD, RN, PHN*

The article deals with utilization of focus-group interview as a method of collecting data as well as presents certain aspects to be observed as to the applicability of the method when families are interviewed. A research on family-centered approach and informative support as experienced by families involved in school-nursing of lower stage of the comprehensive school has been used as an example. The research uses the term focus-group interview to describe a simultaneous interview of two families. Focus-group interview was selected instead of a family interview to enable the producing of such information which could surface only in the context of mutual communication between the two families. Two families were selected to form one group because the group members can support, encourage, wake recollections and inspire each other to exchange opinions and compare them. Focus-group interview serves well research themes that involve the kind of multi-

dimensional aspects and multi-level emotions and experiences which can be reached and brought out basically through the interaction inside the group. Versatility of the material where the relationships between families and school nursing are involved proved that focus-group interview is an effective method for collecting data for the research of families.

Key words: focus-group interview, school nursing, family nursing research

Tausta ja tarkoitus

Ulkomaisissa hoitotieteen tutkimuksissa ryhmähaastattelut ovat lisääntyneet voimakkaasti 1990-luvulla aineiston keräämisen menetelmänä. Lisääntynyt suosio johtuu erityisesti siitä, että ryhmähaastattelut tarjoavat nopean ja taloudellisen tavan kerätä tietoa. (Reed 1997, Sim 1998.) Lisäksi niillä saatava tieto on moniulotteista, koska tieto syntyy ryhmän jäsenten välisestä vuorovaikutuksesta. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa strukturoituna, puolistrukturoituna tai avoimena haastatteluna, siksi sitä voidaan soveltaa sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Fontana & Frey 1994, Krueger 1994, Morgan 1997.)

Tässä artikkelissa ryhmähaastattelulla tarkoitetaan focus group -haastattelua. Aikaisemmissa julkaisuissa (Krueger 1994, Pötsösen & Välimaa 1998, Robinson 1999) ryhmähaastattelu on määritelty avoimeksi, 1–2 tuntia kestäväksi ryhmäkeskusteluksi. Keskustelun aiheet ovat etukäteen suunniteltuja ja ne ovat tarkkaan rajatulta alueelta. Tyypillisessä haastatteluryhmässä on viidestä kahdeksaan osallistujaa ja keskustelua ohjaa haastattelija. Ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja tiedollista tukea selvittäneessä tutkimuksessa ryhmähaastattelulla tarkoitettiin kahden perheen muodostamassa ryhmässä tapahtunutta tutkijan ylläpitämää haastattelua. Etukäteen suunnitellut haastatteluteemat muodostivat haastattelurungon.

Suomalaisessa hoitotieteen tutkimuksessa ryhmähaastattelua on käytetty vain muutamissa tutkimuksissa (mm. Nikkonen 1991, Suua 1995, Varjoranta 1997) ja perhehoi-

totyön näkökulmasta ryhmähaastattelua ei ole käytetty aiemmin aineistonkeruumenetelmänä. Tämän artikkelin perustana olevan tutkimuksen tieto kerättiin ryhmähaastatteluna. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perheiden kokemuksia ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyydestä sekä heidän saamastaan tiedollisesta tuesta. Ryhmähaastattelumenetelmällä saatiin laaja aineisto, josta voitiin laadullista sisällön analyysia käyttäen luoda ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä kuvaavia luokkia. Artikkelin perustana olevassa tutkimuksessa käytettiin ryhmähaastattelua, koska oltiin kiinnostuneita tietystä, rajatusta aihealueesta. Ryhmähaastattelu valittiin myös siksi, että vuorovaikutuksen avulla oletettiin saatavan sellaista tietoa, jota ei ilman sitä olisi saatu esiin. McDanielin ja Bachin (1994) mukaan perhehaastattelussa on merkittävää se, että perheenjäsenillä on samanlainen kokemus jokapäiväisestä elämästä ja siksi heidän on helppo keskustella yksilöllisistä ja vaikeistakin asioista. Tässä tutkimuksessa perheenjäsenten kokemukset ja odotukset kouluterveydenhuollosta olivat erilaisia ja tämän erilaisuuden esille saamiseksi oli hyvä kokeilla perhehaastattelun sijasta ryhmähaastattelua.

Kruegerin (1994) ja Kitzingerin (1995) mukaan ryhmähaastattelulla saatetaan saada tavallista enemmän tietoa, koska ryhmän jäsenet voivat tukea, rohkaista, herättää muistikuvia ja innostaa toisiaan mielipiteiden vaihtoon. Ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus on merkittävä tekijä tiedon tuottamisessa. Morganin (1997), Simin (1998) ja Robinsonin (1999) mukaan ryhmähaastattelulla saadaan selville perheiden asenteita, mielipiteitä ja kokemuksia tutkijan esittämistä teemoista. Selville saadaan myös se, mitä perheet ajattelevat tutkijan esittämästä aiheesta. Ryhmähaastattelussa tulee esiin, kuinka perheet ajattelevat ja miksi he ajattelevat niin kuin ajattelevat.

Pötsösen ja Välimaan (1998) mukaan ryhmähaastattelussa syntyy vastausten lisäksi uusia kysymyksiä. Vuorovaikutuksessa ryhmä reagoi toisiinsa. Ryhmän jäsenet ovat samaa mieltä, eri mieltä, he kysyvät ja vas-

taavat toisilleen. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus vaikuttaa mielipiteiden esittämiseen ja ryhmässä osallistujat voivat tuoda julki vapaammin myös kriittisiä lausuntoja. Keskustelussa on oleellista ideoiden ja kokemusten jakaminen ja vertaaminen.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata ryhmähaastattelumenetelmää ja tarkastella erityisesti sen valmistelua, toteutusta ja päättämistä.

Ryhmähaastattelun valmistelu

Haastateltavien valinta

Ryhmänjäsenet valittiin niin sanotulla lumipallomenetelmällä. Lumipallomenetelmä on yksi tarkoituksenmukaisen otannan muoto, jossa käytetään tiedonantajien apua hankittaessa lisää tiedonantajia tutkimukseen mukaan (Nieswiadomy 1993, Polit & Hungler 1999). Haastatteluun valittiin sellaisia perheitä, jotka halusivat kertoa omista kokemuksistaan perheen huomioinnista ja tiedollisen tuen saannista ala-asteen kouluterveydenhuollosta. Haastatteluperheiksi valittiin kuusi seitsemättä luokkaa käyvien koululaisten perheitä, koska heillä on kuuden vuoden kokemus ala-asteen kouluterveydenhuollosta. Tutkimusryhmän muodosti kaksi koululaisperhettä. Perhe on jo sinänsä vuorovaikutuksellinen ryhmä, mutta kahden perheen oletettiin auttavan toisiaan muistamaan eri asioita kouluterveydenhuollosta sekä rohkaisevan toisiaan avoimeen ajatustenvaihtoon. Myös pitkän kokemuksen ajateltiin helpottavan näkemysten jakamista ryhmässä.

Perheitä oli aluksi vaikea saada osallistumaan tutkimukseen. Synnä saattaa olla se, että kouluterveydenhuolto koetaan niin itsestään selväksi toiminnaksi, että keskustelu siitä on vaikeata tai että perheillä ei ollut kokemuksia ala-asteen kouluterveydenhuollosta. Perheet saattoivat kokea haastattelumenetelmän vieraaksi eivätkä siksi halunneet osallistua tutkimukseen. Yhteensä tiedonantajia oli 14 henkilöä. Tutkimukseen osallistui vanhempia sekä koululainen kuudesta perheestä. Kahdesta

perheestä osallistuivat molemmat vanhemmat kumpaankin haastattelukertaan. Yhdestä perheestä ensimmäiseen haastatteluun osallistui äiti ja toiseen haastatteluun isä. Kolmea muuta perhettä edusti äiti ja koululainen. Perheiden vanhemmista toisen ammattitausta liittyi hoitotyöhön. Haastatellut nuoret olivat 12–13-vuotiaita ja kaksi heistä oli tyttöjä ja poikia oli neljä.

Haastatteluryhmiä oli kolme. Ryhmän on oltava riittävän pieni, jotta kaikki ryhmän jäsenet saavat äänensä kuuluviin (Krueger 1994, Pötsönen & Välimaa 1998). Tässä tutkimuksessa ryhmien koko vaihteli neljästä kuuteen jäseneseen. Voidaan ajatella, että ryhmän koko oli ihanteellinen, sillä haastattelut tuottivat monipuolisen aineiston. Ryhmä oli myös siinä mielessä sopivan kokoinen, että siinä ei syntynyt keskenään keskustelevia alaryhmiä, kuten isommista ryhmistä voi tapahtua. Haastatteluajkojen sopiminen oli vaikeata. Kahden perheen perheenjäsenen aikataulun yhteensovittaminen vaati tarkkuutta ja rajasi haastattelu-aikaa. Ryhmät haastateltiin kaksi kertaa, koska ajateltiin näin saatavan syvällisempää tietoa perheiden kokemuksista.

Ryhmähaastattelulla pyritään saamaan osallistujat keskustelemaan vapaasti haastatteluteemoihin liittyvistä kokemuksistaan. Jotta keskustelu muodostuisi avoimeksi ja luontevaksi, ryhmän tulisi olla mahdollisimman homogeeninen. Ryhmän koostumuksen suhteen on olemassa kuitenkin erilaisia näkemyksiä. Joidenkin tutkimusten mukaan heterogeeninen ryhmä tuottaa tehokkaammin tarvittavia tietoja kuin homogeeninen ryhmä. (Pötsönen & Välimaa 1995.)

Tässä tutkimuksessa ryhmät olivat osittain homogeenisia ja se helpotti aiheesta keskustelua. Ryhmien homogeenisuus ilmeni siten, että vanhemmat olivat melko samanikäisiä. Lisäksi osalla vanhemmista oli samanlainen ammattitausta ja kaikilla oli samanikäinen lapsi. Lisäksi kaikissa perheissä oli muitakin lapsia. Toisaalta voidaan ajatella, että ryhmässä oli heterogeenisuutta, sillä joissakin ryhmässä oli isiä ja äitejä, tyttöjä ja poikia, mutta jotkut ryhmät muodostuivat äideistä ja pojista.

Ryhmähaastattelussa ei ole suotavaa, että ryhmän jäsenet ovat läheisiä ystäviä keskenään, koska se vaikuttaa ryhmän dynamiikkaan. (Krueger 1994, Morgan 1997, Reed 1997.) Osa tutkimukseen osallistuneista perheistä tunsivat toisensa, mutta eivät olleet perhetuttuja. Lisäksi osa nuorista oli ollut ala-asteella luokkatovereita.

Haastatteluteemojen kertominen perheille

Haastattelun pääteemat kerrottiin perheille samalla, kun heitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluteemat koskivat perheiden kokemuksia kouluterveydenhoitajien tavoista huomioida koululaisten perheitä. Lisäksi haastatteluteemat käsitelivät tiedollisen tuen sisältöä, antotapaa ja tiedollisen tuen merkitystä. Tutkimustehtävien kannalta olennaiset haastatteluteemat syntyivät aiemmasta tutkimustiedosta (mm. Viljanen 1993, Pelkonen 1994, Strid 1996, Varjoranta 1997) sekä tutkijan arki- ja työkokemuksesta ala-asteen kouluterveydenhuollossa.

Careyn (1995) mukaan yhdessä ryhmähaastattelutilanteessa tulisi olla enintään viisi aihekokonaisuutta. Jos teemoja on liikaa, haastattelu jää pinnalliseksi kyselyksi. Haastattelijalla tulee kuitenkin olla varalla riittävästi haastattelua eteenpäin vieviä, teemaa tarkentavia kysymyksiä, jottei keskustelu lopu huonosti muotoiltuun teemaan. Artikkelin pohjana olevassa tutkimuksessa kummallakin haastattelukerralla oli viisi tutkimustehtäviin liittyvää teema-aluetta, joista keskusteltiin. Tutkimuksessa pidettiin tärkeänä sitä, että perheet tiesivät käsiteltävät teemat etukäteen, jotta kokemusten mieleen palauttaminen voisi käynnistyä ennen ryhmähaastattelua. Lisäksi teemojen etukäteen tietämisen arveltiin edistävän haastateltavien sitoutumista tutkimukseen ja parantavan tutkimuksen luotettavuutta.

Ryhmähaastattelun toteutus

Esihaastattelu

Ennen varsinaisia ryhmähaastatteluja tehtiin yksi esihaastattelu, jossa vanhemmilla

ei ollut hoitotyön ammattitautaa kuten tutkimukseen osallistuneilla vanhemmilla oli. Esihaastattelussa tuli esiin, että perheet eivät tunteneet kouluterveydenhuoltoa ja heidän kokemuksensa siitä olivat hyvin vähäisiä. Haastattelussa saatu tieto jäi hyvin pinnalliseksi. Tiedon syventämiseksi ja toisaalta tiedon saannin helpottamiseksi haastateltavat perheet valittiin hoitotyön ammattilaisista. Perusteluna valikoidulle ryhmälle oli se, että sillä voitiin olettaa olevan perustietoa kouluterveydenhuollosta. Tämän oletettiin edistävän syventymistä aiheeseen oman kokemuksen näkökulmasta.

Esihaastattelusta saatu kokemus oli arvokas varsinaisia ryhmähaastatteluja ajatellen. Esihaastattelussa kokeiltiin haastatteluteemojen toimivuutta ja kattavuutta. Sen jälkeen teemoja muutettiin hieman, tiivistettiin ja järjestettiin ne entistä loogisempaan järjestykseen. Esihaastattelussa edettiin liian nopeasti teemasta toiseen ja ryhmän jäsenille jäi liian vähän aikaa pohtia asioita. Tutkimustilanteissa haastattelijan hiljaisuuden sietokyky oli huomattavasti parempi kuin esihaastattelussa. Esihaastattelu antoi myös kokemuksen siitä, miten ryhmähaastattelutilanteesta saadaan muodostumaan avoin ja luonteva. Esihaastattelussa konkretisoitui myös haastattelun kesto, joka oli tutkimushaastattelussa tarpeen rajata tunnista puoleentoista tuntiin.

Ryhmähaastattelutilanteet

Ryhmähaastattelut tulee järjestää tutkimusaiheen kannalta mahdollisimman neutraalissa ympäristössä. Haastattelutilan tulee olla rauhallinen paikka, jossa pystytään välttämään yllättävät häiriötekijät kuten puhelimen ääni, ylimääräiset henkilöt tai ovikellon soiminen. (Välimaa & Pötsönen 1996.) Tutkimuksen ryhmähaastattelut järjestettiin osallistujaperheiden toiveiden mukaisissa paikoissa. Osa haastatteluista toteutettiin ammatillisen oppilaitoksen ryhmätyötilassa ja osa haastatteluista tapahtui urheiluhallin kokoustilassa. Haastatteluympäristö oli rauhallinen ja neutraali. Tutkija oli järjestänyt istuimet ympyrämuotoon ennen haastattelua ja osallistujat saivat vapaasti valita is-

tuinpaikat tilaan tullessaan. Saman perheen jäsenet istuivat aina vierekkäin ja tutkija istui siten, että kaikkiin osallistujiin oli suora katsekontakti. Ryhmänjäsenillä oli myös katsekontakti toisiinsa. Kruegerin (1994) mukaan näillä tilajärjestelyillä voidaan motivoida, seurata ja tarvittaessa kontrolloidakin ryhmähaastattelun etenemistä.

Haastattelut käynnistyivät lyhyellä keskustelulla säästä ja muista arkipäiväisistä aiheista. Varsinaisena keskustelun aloituksena toimi tutkimuksen tarkoituksen kertaus sekä nauhoitusluvan pyyntö. Ensimmäiset haastattelut alkoivat nuorille kohdistetulla kysymyksellä, jossa heitä pyydettiin kuvaamaan perhettään. Kysymys toimi konkreettisenä ja helppona aloituksena, jolla saatiin käsitys haastateltavien perheistä ja aihe toimi myös mahdollisen jännityksen laukaisijana.

Toinen haastattelukerta oli noin viikon kuluttua ensimmäisestä haastattelusta. Se aloitettiin kertaamalla edelliskerran keskustelua muutamalla lauseella. Keskustelua jatkettiin jokaiselle ryhmälle tyypillisellä tavalla, pääteemoja noudattaen. Teemat tulivat käsiteltyä ryhmässä eri tavalla ja erilaisia asioita painottaen riippuen siitä, min-kälaiset asiat ryhmän keskustelussa kulloinkin nousivat esiin. Pääteemojen sisällä käsiteltävät asiat muuttuivat aina ryhmien mukaan ja aineiston analyysin edetessä sen ohjaamana. Ryhmät kokivat haastatteluteemat selkeiksi ja konkreettisesti perheiden kokemuksia kartoittaviksi.

Esihaastattelun perusteella osattiin arvioida haastattelun kestoa. Arvioitu kesto-aika oli tunnista puoleentoista tuntiin ja se ilmoitettiin myös perheille haastatteluajasta sovittaessa. Kruegerin (1994) mukaan nuoria haastateltaessa suositeltava haastattelu-aika on noin yksi tunti, sillä haastattelun pituus on suhteutettava haastateltavien ikään ja keskittymiskykyyn. Haastattelun aikana huomioitiin, milloin osallistujat osoittavat eleillään tai ilmeillään kyllästymistä, rauhattomuutta tai epä mukavuutta (Secker ym. 1995). Ryhmän ilmapiiriä ja jäsenten välisiä suhteita ja niissä mahdollisesti ilmenneviä jännitteitä tunnusteltiin haastattelun kuluessa.

Ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus on merkityksellinen tekijä ja sillä voi olla vaikutusta haastattelussa saatavan tiedon laatuun (Turunen ym. 1996). Tyypillistä oli varsinkin haastattelujen alussa, että saman perheen jäsenet puhuivat peräkkäin ja jatkoivat toistensa ajatusta. Vanhemmat tekivät kysymyksiä perheensä nuorille ja keskustelu sai niiden perusteella uusia muotoja. Haastattelun edetessä ja varsinkin toisella haastattelukerralla kummankin perheen jäsenet puhuivat toisilleen ja syntyi vastavuoroista keskustelua. Ilmapiirin vapautteen saattoi vaikuttaa se, että osa ryhmien jäsenistä oli ennestään jonkin verran tuttuja toisilleen. Osallistujat olivat myös hyvin yksimielisiä.

Haastattelijaa askarrutti aluksi, miten koululaiset jaksavat keskittyä haastatteluun ja kuinka he rohkenevat esittää näkemyksiään ryhmässä. Haastatteluun osallistuneille koululaisille kouluterveydenhuolto oli tutumpi ja läheisempi kuin vanhemmille ja siksi nuorten oli helppo keskustella aiheesta. Kahden perheen haastattelu-ryhmässä nuoret vertailivat kokemuksiaan ja siten rohkaistuivat keskustelemaan niistä ja pohtimaan kouluterveydenhuoltoon liittyviä odotuksiaan. Yhdessä haastattelu-ryhmässä oli havaittavissa nuorten kyllästymistä keskusteluun istunnon loppupuolella ja siksi haastattelua tiivistettiin. Haastattelun loputtua toinen perhe lähti pois, mutta toinen perhe jäi vielä juttelemaan haastatteluteemoista. Yleensä ryhmät keskittyivät hyvin keskusteluun ja keskustelivat vilkkaasti teemoista. Osallistujat siirtyivät spontaanisti aiheesta toiseen, tällöin Kruegerin (1994) mukaan ryhmän on annettava keskustella vapaasti, ettei tärkeää informaatiota jää saamatta.

Tutkijan rooli ryhmähaastattelussa

Krueger (1994) ja Sim (1998) kuvaavat tutkijan roolia merkittäväksi ryhmähaastattelussa. Tutkija ohjaa keskustelua ja aktivoi ryhmänjäseniä keskustelemaan keskenään. Tutkijan persoonallisuus ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat voimakkaasti ryhmän ilmapiiriin sekä jäsenten väliseen vuoropuheluun.

Tutkija ei saa olla liian aktiivinen, mutta ei myöskään liian passiivinen. Hänen tulee haastattelun aikana rohkaista muita passiivisempia ja hiljaisempia ryhmän jäseniä ilmaisemaan mielipiteitään. Artikkelin pohjana olevassa tutkimuksessa nuoret ja vanhemmat käyttivät puheenvuoroja tasavertaisesti. Tytöissä samoin kuin pojissa oli hiljaisia ja puheliaita. Osa koululaisista kertoi erittäin innostuneesti yhteistyöstä tai sen puutteesta kouluterveydenhoitajan kanssa. Ryhmissä ei ollut ketään erityisen dominoivaa, runsaasti puhuvaa jäsentä. Tutkimuksen tekijä (TM) osasi ilmeisesti olla riittävän aktiivinen, koska ryhmien ilmapiiri muodostui alun kankeuden jälkeen vapautuneeksi, jolloin jokaisella oli mahdollisuus tuoda ajatuksensa julki.

Ryhmähaastattelussa korostuu tutkijan taito tehdä kysymyksiä. Vastausten laatu on suoraan verrannollinen kysymysten laatuun. Pötsösen ja Välimaan (1998) mukaan kysymysten tulee olla huolellisesti valittuja ja muotoiltuja, jotta haastattelulla saataisiin mahdollisimman paljon tietoa. Tutkimuksen esihaastattelun yhteydessä huomattiin, miten vaikeata selkeiden kysymysten tekeminen oli. Kysymykset helposti johdattelivat osallistujien ajatuksia. Vaikka tämä tiedostettiin, vielä ensimmäisessä varsinaisessa ryhmähaastattelussa kysymykset jäivät liian laajoiksi ja perheiden oli vaikea esittää mielipiteitään ja ajatuksiaan niistä. Haastattelut perheet eivät osanneet ilmaista näkemystään suoraan esimerkiksi terveydenhoitajien perhekäsityksistä. Ryhmähaastattelujen edetessä ja varsinkin toisella haastattelukerralla kysymykset olivat selkeitä ja ne nousivat spontaanisti käydystä keskustelusta.

Keskustelu oli välillä niin innostunutta, että tutkijan oli vaikeata olla kommentoimatta ja osallistumatta ryhmän keskusteluun. Erityisesti kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja tiedonsaantia lisäävien toimintatapojen ideointi ja yleensä kouluterveydenhuollon kehittämiseen liittyvät näkemykset saivat haastattelijan aktivoitumaan liikaa. Haastattelijan oli muistutettava itseään useita kertoja, että hän on keskustelun ylläpitäjä eikä keskusteluun osal-

listuja. Välillä oli vaikeata pitää vilkasta keskustelua tutkittavassa aiheessa ja siksi ryhmänjäsenten ajatukset oli palautettava kysymyksellä tai jonkin ajatuksen kertomisella takaisin tutkimusteemaan.

Ryhmähaastattelun jälkeen

Artikkelissa esimerkkinä olevan tutkimuksen ryhmähaastattelut teki yksi henkilö. Jos haastattelutilanteessa on kaksi henkilöä, Kruegerin (1994) mukaan voi toinen heistä toimia haastattelun kirjaajana. Kirjaaja taltioi keskustelun ilmapiiriä, sen kulkua ja ryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Tutkimuksen haastatteluista pidettiin päiväkirjaa. Päiväkirjaan merkittiin havaintoja ryhmähaastattelun kulusta ja ryhmien ilmapiiristä, ryhmänjäsenten ilmeistä ja eleistä, ryhmänjäsenten rooleista ja nuorten asemasta ryhmässä. Tutkimuspäiväkirjaan kirjoitettiin myös nauhoituksen loputtua käytyä vapaata keskustelua, sillä siinä tuli esiin usein sellaisia asioita, joita varsinaisessa haastattelussa ei tullut ilmi. Päiväkirjan muistiinpanoja käytettiin hyväksi aineiston analyysivaiheessa, kun tarkasteltiin perheiden lausumien merkityksiä. Muistiinpanot palauttivat haastattelutilanteet mieleen sekä asioiden yhteydet toisiinsa.

Perheille lähetettiin haastattelujen jälkeen nauhojen ja haastattelijan muistiinpanojen perusteella tehty kirjallinen yhteenvedo keskustelusta. Perheiden oli mahdollista kommentoida käytyä keskustelua ja toisaalta myös tarkistaa, että keskustelussa esiin tulleet asiat oli ymmärretty oikein. Kommentointi oli vapaaehtoista ja puolet lähetetyistä yhteenvedoista palautui lisäkommenteilla varustettuna. Yhteenvedoaineistoa käytettiin lisäaineistona analyysia tehtäessä.

Pohdinta

Ryhmähaastattelun luotettavuus

Ryhmähaastattelun luotettavuutta pidetään yleisesti hyvänä, kun sitä käytetään siihen soveltuvissa tutkimusaiheissa (Krue-

ger 1994). Ryhmähaastattelua tehtäessä tutkijan on oltava tietoinen omista sitoumuksistaan ja omista näkemyksistään tutkittavasta aiheesta, jotta ne eivät vaikuttaisi ryhmän jäseniin ja saadun tiedon laatuun (Åstedt-Kurki & Hopia 1999). Tutkijan on oltava myös tietoinen valitsemansa menetelmän vahvuuksista ja heikkouksista ja sen sopivuudesta tutkittavaan aiheeseen, jotta sillä saataisiin luotettavaa tietoa (Krueger 1994, Pötsönen & Välimaa 1998).

Ryhmähaastattelun sisäinen validiteetti liittyy siihen, miten luotettavasti tietoja saadaan haastateltavilta (Pötsönen & Välimaa 1998). Ryhmän jäsenten kulttuurin tunteminen on myös tärkeätä, jotta tutkija voisi ymmärtää osallistujia (Carey 1994, Sim 1998). Tässä tutkimuksessa tutkijoiden oli helppo ymmärtää osallistujia, koska omat lapset olivat ala-asteella ja kouluterveydenhuollon palveluiden käyttäjiä. Myös haastattelijan kokemus kouluterveydenhoitajan työstä helpotti kulttuurin ymmärtämistä ja ryhmähaastattelujen ohjaamista.

Ryhmähaastattelun validiteettiä lisäsi se, että jokaisesta haastattelusta tehtiin lyhyt tiivistelmä, jotka lähetettiin perheille kommentoitavaksi sekä tulkintojen ja johtopäätösten tarkistamiseksi. Kruegerin (1994) ja Simin (1998) mukaan ryhmähaastattelun tulokset ovat aina valikoituneen joukon mielipiteitä ja yleistyksiä tehtäessä on oltava varovainen.

Ryhmähaastattelun eettiset kysymykset

Eettiset kysymykset eivät ole ainutlaatuisia ryhmähaastattelussa, mutta on olemassa erityisesti ryhmähaastattelulle tyypillisiä eettisiä ongelmia. Ryhmähaastattelumenetelmää käytettäessä osallistujille ei voida taata täydellistä luottamuksellisuutta, koska tutkija ei pysty kontrolloimaan, mitä osallistujat kertovat ryhmän ulkopuolella (Smith 1995). Ennen haastattelujen alkua esimerkkinä olevan tutkimuksen ryhmänjäseniä pyydettiin olemaan kertomatta ryhmän sisäisestä keskustelusta ulkopuolisille henkilöille.

Smithin (1995) mukaan tutkijan tulee kertoa, mitä ryhmähaastattelun ääninauhoil-

le ja muistiinpanoille tehdään haastattelun päätyttyä. Tämän tutkimuksen osallistujille kerrottiin, että nauhoja kuuntelee ja niitä kirjoittaa tekstiksi vain tutkija ja tutkimuksen valmistumisen jälkeen nauhat ja muistiinpanot tuhotaan.

Ryhmähaastattelussa jäsenet voivat reagoida keskustelun aikana hyvin voimakkaasti esiin tulleisiin asioihin tai tutkittava aihe voi olla voimakkaita tunteita herättävä (Smith 1995). Tutkijan täytyy seurata, missä mielentilassa jäsenet poistuvat ryhmäkokoontumisesta (Morgan 1997). Artikkelin pohjana olevassa tutkimuksessa keskustelun aiheet eivät käsitelleet herkkiä, tunteita herättäviä aiheita. Kukaan ryhmänjäsenistä ei herkistynyt tai järkyttynyt keskustelun aiheista. Haastattelija jäi ryhmätilanteiden jälkeen aina vapaamuotoiseen keskusteluun ryhmänjäsenen kanssa, osaksi siksi, että jäsenillä oli mahdollisuus purkaa ryhmässä muodostuneita tuntemuksiaan.

Johtopäätökset

Ryhmähaastattelu tulee valmistella, toteuttaa ja päättää huolellisesti. Ryhmähaastatteluun osallistuu useita jäseniä, joten erilaiset epävarmuustekijät ovat merkittäviä. Haastattelujen sopiminen sekä aikataulutaminen voi olla ongelmallista. Ryhmä voi muotoutua hyvin erilaiseksi tai se voi olla homogeeninen, mikä voi vaikuttaa tutkimusaineiston laatuun. Ryhmässä voi esiintyä erimielisyyttä, mikä voi heikentää ryhmän toimivuutta. Ryhmähaastattelun toteutusta voi rajoittaa myös vaikeus löytää haastateltavia ryhmiä kuten artikkelin tutkimuksessa aluksi oli tilanne. Ryhmäkoko on syytä kiinnittää huomiota, jotta keskustelusta syntyy vastavuoroista ja kaikki saavat tuoda näkemyksensä esiin.

Ryhmähaastattelutilanteet ovat intensiivisiä vuorovaikutustilanteita kaikille ryhmän jäsenille. Tutkijan rooli on merkityksellinen. Hänen tulee aktivoida ja motivoida osallistujat keskustelemaan tutkittavasta aiheesta. Tutkija ei kuitenkaan saa olla liian aktiivinen ja näkyvä. Tutkijan tulee antaa ryhmän keskustella tutkimusteemoista vapaasti.

Artikkelin pohjana olleessa tutkimuksessa oli keskustelua helpottavana tekijänä se, että haastateltavat perheet saivat tietää tutkimusteemat etukäteen.

Tutkimusryhmiltä saatu tieto oli ominaista sille, miten tutkimusteemat painottuivat ryhmässä. Tutkimuksen haastatteluryhmien jä-

senet keskustelivat tutkimusteemoista eritavalla ja eteneminen teemoissa oli kullekin ryhmälle tyyppillistä. Tutkimuksen monipuolinen aineisto, jonka perheet tuottivat, osoittaa, että ryhmähaastattelu on tehokas laadullisen aineiston keruumenetelmä perheiden keskuudessa.

LÄHTEET

- Carey M. 1994. The group effect in focus groups: planning, implementing, and interpreting focus group research. In: Morse J. (Ed.) *Critical issues in qualitative research methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, 225–241.
- Fontana A & Frey J. 1994. Interviewing: the art of science. In: Denzin N & Lincoln Y. (Eds.) *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks, 361–376.
- Kitzinger J. 1995. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 311, 299–302.
- Krueger R. 1994. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications, Newbury Park.
- McDaniel R & Bach C. 1994. Focus groups: a data-gathering strategy for nursing research. *Nursing Science Quarterly* 7 (1), 4–5.
- Morgan D.L. 1997. Focus groups as qualitative research. *Qualitative Research Methods series 16*. Sage Publications, Newbury Park.
- Nieswiadomy R.M. 1993. *Foundations of nursing research*. Appleton & Lange Norwalk, Connecticut.
- Nikkonen M. 1991. Hoitaminen ja sen muuttuminen psykiatristen potilaiden avohoitoon valmennuksessa Oulunsuun sairaalan asuntolavalmennusosastolla 1977–1988. *Hoitotiede* 3, 103–110.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Polit D & Hungler B. 1999. *Nursing research. Principles and methods*. Sixth edition. Lippincott Company, Philadelphia.
- Pyörälä E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31 (1), 4–14.
- Pötsönen R & Välimaa R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. *Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998*. Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy, Jyväskylä.
- Reed J. 1997. Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing* 26 (4), 765–771.
- Robinson N. 1999. The use of focus group methodology – with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing* 29 (4), 905–913.
- Secker J, Wimbush E, Watson J & Milburn K. 1995. Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Education Journal* 54, 74–87.
- Sim J. 1998. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 345–352.
- Smith M. 1995. Ethics in focus groups: a few concerns. *Qualitative Health Research* 5 (4), 478–486.
- Strid O. 1996. Kuudesluokkalaisten terveystarkastuksesta koulutarkastukseen. Tutkimus Lappeenrannan peruskoulujen kuudesluokkalaisten terveystarkastuksista keväällä 1996. *Stakes julkaisuja, Aiheita 28/1996*, Helsinki.
- Suua P. 1995. Psykiatrinen hoitoyhteisö oppimisyhteisönä. Tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Turunen H, Paukkunen L, Tossavainen K & Taskinen H. 1996. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. *Hoitotiede* 8, 194–202.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvolassa. *Lisensiaatintyö*. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Viljanen K. 1993. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö: käsitteanalyysi perhekeskeisyydestä. *Lisensiaatintutkimus*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Välimaa R & Pötsönen R. 1996. Kokemuksia nuorten ryhmähaastattelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 170–175.
- Åstedt-Kurki P & Hopia H. 1999. The family interview: exploring experiences of family health and well-being. In: Wegner G & Alexander R. *Readings in Family Nursing*. 2 painos. Lippincott, Philadelphia, 487–497.

Mäenpää Tiina, TtM, lehtori, Hämeen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

Åstedt-Kurki Päivi, THT, professori, Hoitotieteen laitos, 33014 Tampereen yliopisto

Paavilainen Eija, TtT, assistentti, Hoitotieteen laitos, 33014 Tampereen yliopisto

Kouluterveydenhuolto ja alakoulun oppilas

– terveydenhoitajien näkemyksiä yhteistyöstä

Tiina Mäenpää

TiM, Tohtoriopiskelija
Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos
tiina.maenpaa@uta.fi

Eija Paavilainen

TiT, Professori
Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Päivi Ästedt-Kurki

THT, Professori, Laitoksen johtaja
Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri /
Tutkimusyksikkö

■ Kouluterveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyö on keskeistä oppilaan terveyden edistämässä alakoulun kouluterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata alakoulun oppilaiden kanssa tehtävää yhteistyötä kouluterveydenhoitajien näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin kouluterveydenhoitajien (N=20) vapaamuotoisilla kirjoitelmilla kahdessa osassa; ensimmäisen kerran aineistoa kerättiin vuonna 2003 ja sitä täydennettiin vuonna 2005 saturaation saavuttamiseksi. Aineisto analysoitiin grounded teoria -menetelmän jatkuvalla vertailevalla analyysillä. Tutkimus on osa laajempaa hanketta, jossa kehitetään käytännönläheinen teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyöstä.

Analyysin tuloksena syntyneet yhteistyötä kuvaavat käsitteet ovat lapsen terveyden seuraaminen, lapsen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen epäileminen ja lapsen perheen huomioiminen. Yhteistyötä kuvaavat myös lapsen turvallisuuden tunteen tukeminen sekä lapsen kunnioittaminen. Tuloksia voidaan hyödyntää oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä, kouluterveydenhuollon palveluita ja terveydenhoitajakoulutuksen sisältöjä kehitettäessä.

Asiasanat: kouluterveydenhoitaja, oppilas, perhe, yhteistyö, grounded teoria

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin sekä koululaisen tasapainoisen kasvun ja kehityksen tukeminen. Sen ydintoimintoja ovat määrääjain toistuvat koululaisten terveystarkastukset sekä terveysneuvonta ja -kasvatus. Myös sairaanhoitovastaanotot ja kotikäynnit ovat osa toimintaa. Kouluterveydenhuollon toteutuksesta vastaavat yhteistyössä kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri. (Stakes 2002, Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004.)

Kouluterveydenhuollossa korostetaan terveydenhoitajan yhteistyön tärkeyttä oppilaan ja hänen vanhempiensa kanssa (Stakes 2002, Kouluter-

veydenhuollon laatusuositus 2004). Yhteistyön käsitteellinen määrittely hoitotieteellisessä kirjallisuudessa vaihtelee riippuen tarkastelukulmasta ja yhteistyösuhteen kontekstista (Henneman ym. 1995, Coyne 1996, Gallant ym. 2002). Yhteistyön synonyminä käytetään asiakkaan kumpuunutta ja hoitotyöhön osallistumista ja se nähdään osaksi perhekeskeistä hoitotyötä (Gallant ym. 2002, Lee 2007). Leen (2007) mukaan onnistuneen yhteistyön edellytyksenä on myönteinen asenne yhteistyön tekemiseen, lapsen ja perheen kunnioittamisen ja hyvät vuorovaikutustaidot. Yhteistyö parantaa lapsen, vanhempien ja hoitohenkilökunnan hyvinvointia

sekä edistää tyytyväisyyttä hoitoa ja terveyspalveluita kohtaan (MacKean ym. 2005, Lee 2007). Yhteistyön tavoitteena alakoulussa on kehittää lapsen ja perheen kykyä toimia aiempaa tehokkaammin oman terveytensä ja hyvinvointinsa hyväksi (Pelkonen & Hakulinen 2002).

Hoitotieteellistä tutkimusta alakoulun terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyöstä on vähän ja siksi ilmiön tutkiminen on tärkeää. Tässä artikkelissa kuvataan oppilaiden kanssa tehtävää yhteistyötä kouluterveydenhoitajien näkökulmasta. Tutkimus on osa laajempaa hanketta, jonka tarkoituksena on tuottaa teoria alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteis-

työstä lapsen terveyden edistämiseksi kouluterveydenhuollossa.

TUTKIMUKSEN TAUSTA

Alakoululaisen elämänvaihe

Alakouluikäinen elää keskilapsuuden vaihetta, jolloin oppiminen on keskeistä: keskilapsuuteen liittyy liikuntataitojen ja oman kehon hallinnan kehittyminen sekä tunnetilojen säätelyn oppiminen. Lapsen havainnot ovat pysyvämpiä ja vakiintuneempia kuin alle kouluikäisellä lapsella. Hän pystyy pohtimaan erilaisia vaihtoehtoja ratkaistessaan ongelmia, ja hänellä on syyn ja seurauksen tajua. Lapsella ei kuitenkaan ole kykyä heijastaa asioita tulevaisuuteen, mikä rajoittaa mahdollisuuksia tehdä todellisia tietoon perustuvia päätöksiä. Alakouluikäisen elämässä ystävyyssuhteilla ja perheen ulkopuolisilla toiminnoilla on suurempi merkitys kuin aikaisemmin. (Pulkkinen 2002, Broberg ym. 2005.)

Perheellä ja perheenjäsenten keskinäisillä suhteilla on suuri merkitys lapsen terveydelle ja hyvinvoinnille. Tämä merkitys voi olla positiivinen tai negatiivinen. (Strid 1999, Friedman ym. 2003, Tomlinson & Hall 2003, Anderson & Allen-Bryant 2005, Jakonen 2005.) Ydinperheen lisäksi oppilaan perhe voi muodostua muista perhetyypeistä. Yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden ja perheiden, joissa vanhemmat ovat samaa sukupuolta, määrä on lisääntynyt. (Friedman ym. 2003.) Lapsen terveyden edistäminen edellyttää perheen huomiointia ja mukaan ottamista kouluterveydenhuollon terveyden edistämisyöhön (Clouston ym. 2003, Tossavainen ym. 2004a, MacKean ym. 2005).

Alakoulun terveydenhoitaja lapsen terveyden edistäjänä

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on tarkastella kokonaisvaltaisesti lapsen fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, kulttuuriseen, yhteisölliseen ja henkiseen terveyteen liittyviä tekijöitä (Nelson 1997, Shuler 2000). Terveydenhoitaja on koululla oppilasta varten. Oppilas voi mennä terveyden-

hoitajan luokse keskustelemaan kaikenlaisista terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä huolistaan ja vaivoistaan. (Lightfoot & Bines 2000, Stakes 2002, Jakonen 2005.) Terveystarkastuksissa ja -keskusteluissa lapset kuvaavat terveyttään, hyvinvointiaan ja kouluselvitymistään. Keskusteluissa vahvistetaan lapsen itsetuntoa ja sosiaalisia voimavaroja. Niissä tuetaan myös koululaisen elämänhallintaa ja terveyttä tukevien valintojen tekemistä tiedollisia voimavaroja vahvistamalla. (Borup 2002, Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004, Tossavainen ym. 2004b, Borup & Holstein 2004.)

Kouluterveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyöhön kuuluu lapsen näkökulman arvostaminen, kuuntelua, oppilaan asioista kysyminen, ohjeiden antaminen kehitystasoa vastaavalla tavalla, opettaminen ja tiedottaminen. Vuorovaikutussuhteessa huumorilla on suuri merkitys. (O'Neill 2002, MacKean ym. 2005, Tveiten ym. 2005.) Oppilaan kanssa tehtävässä yhteistyössä korostuu luottamuksellisuus, joka syntyy lapsen ja perheen ainutlaatuisuuden kunnioittamisesta, ymmärtämisestä ja kiireettömyydestä (Oberle ja Tenove 2000, O'Neill 2002). Tärkeää on myös, että vanhempien näkemykset lapsensa hyvinvoinnista välittyvät kouluterveydenhuoltoon (Bickham ym. 1998, Sihvola 2000, Tossavainen ym. 2004a).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja käsitteellistää terveydenhoitajan näkökulmasta alakoulun terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyötä. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa tietoa yhteistyön ja alakoulun kouluterveydenhuollon palveluiden kehittämiseen. Tutkimuskysymyksenämme on, minkälaiseksi kouluterveydenhoitajat kuvaavat yhteistyön alakoulun oppilaan kanssa kouluterveydenhuollossa.

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tiedonantajat ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin vaihteittain vapaaehtoisilla kirjoitelmilla kahdelta-

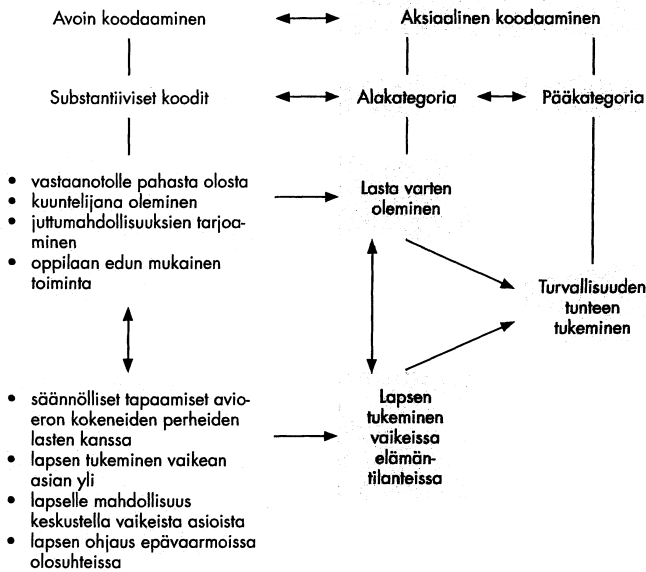
kymmeneltä etelä- ja keskisuomalaiselta alakoulun terveydenhoitajalta. Vuonna 2003 tiedonantajiksi pyydettiin erään ammattikorkeakoulun kouluterveydenhuollon erikoistumisopintoihin osallistuneita terveydenhoitajia. Opiskeluryhmästä valikoitui yksitoista vapaaehtoista alakoulun terveydenhoitajaa. Vuonna 2005 pyydettiin yhdeksää terveydenhoitajaa puhelinkeskustelulla tutkimukseen mukaan saturaation varmistamiseksi. He toimivat niissä alakouluissa, joista aikaisempien osatutkimusten aineistoa oli kerätty. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli työkokemus alakoulun kouluterveydenhuollossa. Se vaihteli vuodesta 27 vuoteen.

Hollowayn ym. (2002) mukaan kirjoitelmat ovat henkilökohtaisia kuvauksia, joiden avulla saadaan tietoa kirjoittajien kokemuksista tietystä aiheesta tietyssä aikana. Ensimmäisessä aineiston keruun vaiheessa alakoulun terveydenhoitajia pyydettiin kuvaamaan kirjoitelmissa yhteistyötä perheen kanssa. Aineiston analyysissa kävi ilmi, että kaikki terveydenhoitajat olivat tarkastelleet erikseen vanhempiin ja oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä. Analyysin perusteella toisessa vaiheessa kirjoitusohjeita tarkennettiin ja terveydenhoitajia pyydettiin tarkastelemaan oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä syvemmin.

Aineiston analyysi

Kirjoitelma-aineisto analysoitiin grounded teoria -menetelmällä hyödyntäen jatkuvaan vertailevaa menetelmää. Grounded teoria -menetelmän tarkoituksena on kehittää teoriaa seläisestä tutkimusalueesta, jossa tutkittava ilmiö ei ole selkeä, ja jota kuvaavia käsitteitä ja käsitteiden välisiä suhteita ei ole selkeästi määritelty tai tutkittavaa ilmiötä ei ole tutkittu tietystä näkökulmasta. (Strauss & Corbin 1994, 1998.) Aineiston keruu ja analyysi olivat samanaikaisia. Analyysin tukena käytettiin tutkijan päiväkirjaa, mikä auttoi säilyttämään ja kehittämään ajatuksia ja ideoita kategorioiden ominaisuuksien erottelun lisäksi sekä niiden yhdistämiseksi (Charmaz 2006).

Grounded teoria -menetelmän



Kuvio 1. Esimerkki osasta analysiprosessia.

analyysivaiheet muodostuvat avoimesta, aksiaalisesta ja selektiivisestä koodaamisesta (Strauss & Corbin 1994, 1998). Avoimen koodauksen vaiheessa aineisto luettiin tarkasti ja siitä kerättiin toiseen tiedostoon oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavia ilmauksia. Sen jälkeen samaa tai samankaltaista asiaa tai ilmiötä tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin substantiivisiksi koodeiksi. Aineistolta kysyttiin, mitä tässä tapahtuu ja mitä tämä tarkoittaa. Näin samansisältöisiä ominaisuuksia sisältävät koodit voitiin ryhmitellä samaan alakategoriaan. Yhteistyötä kuvailevia alakategorioita muodostettiin 12.

Aksiaalisen koodauksen vaiheessa alakategorioita verrattiin toisiinsa ja etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja kategorioiden ominaisuuksista. Samanlaisia ominaisuuksia sisältävistä alakategorioista muodostettiin pääkategorioita. Niistä muodostui viisi alakoulun terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyötä kuvaavaa käsitettä. Analysiprosessi on esitetty kuviossa 1, käyttäen

esimerkkinä osaa käsitteestä Turvallisuu den tunteen tukeminen.

Avoimen ja aksiaalisen koodauksen vaiheiden kautta muodostui tutkittavaa ilmiötä kuvaavat käsitteet. Käsite on tässä tutkimuksessa Rodgersin (2000) mukaan asiaa tai toimintaa koskeva ajatus tai ajatusrakenne, ei yksi sana. Koko analysiprosessin ajan säilytettiin yhteys kirjoitelma-aineistoon siihen jatkuvasti palaamalla ja vertaamalla syntyneitä kategorioita siihen.

TUTKIMUSTULOKSET

Oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaaviksi käsitteiksi muodostuivat lapsen terveyden seuraaminen, lapsen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen epäileminen, lapsen perheen huomioiminen, lapsen turvallisuuden tunteen tukeminen ja lapsen kunnioittaminen.

Lapsen terveyden seuraaminen

Käsite lapsen terveyden seuraaminen

muodostui seuraavista ominaisuuksista: terveystarkastukset hedelmällisenä yhteistyönä, terveyskasvatustunnit yhteistyön tiivistäjinä ja lapsen terveyden kartoittaminen terveystarkastuksilla. Säännölliset terveystarkastukset ja -keskustelut kouluterveydenhuollossa ovat terveydenhoitajien mukaan yleisin tapa tehdä yhteistyötä oppilaan kanssa. Ne ovat kaiken yhteistyön lähtökohhta, koska niissä tavataan kaikki oppilaat ja opitaan tuntemaan heidät ja lapsi tutustuu terveydenhoitajaan. Yhteistyö perustuu oppilaan ja kouluterveydenhoitajan vuoropuhelulle. Terveystarkastuksissa tarkentuu käsitys lapsen terveydentilasta ja elämäntilanteesta sekä koulumenestyksestä.

Jokaiseen kontaktiin oppilaan kanssa sisältyy henkilökohtaista, lapsen ikäkauteen tai tilanteeseen liittyvää neuvontaa. Terveellisiin elintapoihin, ystävyyssuhteisiin ja murrosiän kehitykseen liittyvät terveyskasvatustunnit luokissa ovat kouluterveydenhoitajien mielestä hyvä ja avartava yhteistyökanava lapsiin. Terveydenhoitajien mukaan luokkatilanteissa syntyy vuoropuhelua oppilaiden kanssa ja saa välitettyä tehokkaasti tietoa terveydestä. Tuntien aikana terveydenhoitaja seuraa oppilaita ja saa arvokasta tietoa luokan ilmapiiristä ja lapsista ryhmän jäseninä.

Lapselle ja vanhemmille tehdään lapsen terveyteen ja elintapoihin liittyviä kyselyitä eri luokka-asteilla. Kyselyiden avulla välittyy vanhempien näkemys lapsensa terveydestä kouluterveydenhuoltoon. Kyselyiden vastaukset toimivat terveystarkastusten ja -keskustelujen runkona sekä ohjauksen perustana.

Lapsen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen epäileminen

Käsite muodostui kahdesta ominaisuudesta: lapsiasiakkuuden ristiriitaisuudesta ja auttamismahdollisuuksien rajallisuudesta. Lapsiasiakkuus on kouluterveydenhuollossa ristiriitaisista. Lapsen ollessa ilman vanhempiaan terveydenhoitajan vastaanotolla häneen pystyy keskittymään täysipainoisesti ja häneen saa paremman yhteyden, mikä koettiin hyväksi. Toisaalta

terveydenhoitajat kokevat, että alakoulun kouluterveydenhuollossa toimitaan ikään kuin lapsi olisi aikuinen ja pystyisi hoitamaan asiansa yksin. Terveystenhoitajat kokivat arveluttavaksi sen, että vanhempien näkemykset eivät ole käytettävissä, kun lapsi tulee yksin vastaanotolle. Lapsen terveyden tarkastelu jää suppeaksi ja pinnalliseksi. Lapsen kyky hoitaa omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyviä asioita on kuitenkin puutteellinen. Lapsi ei ole täysivaltainen päättämään omista asioistaan. Lapset ovat lojaaleja vanhempiaan ja perhettänsä kohtaan eivätkä ilman vanhemman lupaa halua puhua esimerkiksi kotona olevista ongelmista.

"lapsiasiakkuus on kouluterveydenhuollon suuri ongelma, työ yksin lapsen kanssa antaa mahdollisuuden puoskarointiin." (7.11)

Kouluterveydenhoitajat kokivat auttamismahdollisuutensa rajalliseksi. Mahdollisuudet paneutua lasten ja heidän perheidensä asioihin ovat suppeat. Erityisesti lasten mielenterveyden tukemiseen jää aivan liian vähän aikaa. Kouluterveydenhoitajien mukaan heillä on liikaa oppilaita ja liian vähän koulupäiviä, jotta he voisivat edistää lapsen terveyttä kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti.

Lapsen perheen huomioiminen

Käsite muodostui perheen merkityksellisuuden huomioimisesta lapsen terveyden edistämisessä ja vanhempien asiantuntijuuden hyödyntämisestä. Terveystenhoitajien mukaan lapsi tulee kohdata osana perhettänsä. Lapsen terveyden edistäminen edellyttää hänen perheensä huomioon ottamista, sillä tukemalla lasta tuetaan myös hänen perhettänsä. Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tulisi olla sitä tiiviimpää, mitä nuorempi lapsi on.

Terveydenhoitajat korostivat vanhempien oikeutta olla mukana lapsensa terveyteen liittyvissä asioissa, ja siksi tiedottaminen vanhemmille on tärkeää. Kouluterveydenhuollossa tärkeän terveysneuvonnan kohdistaminen vain lapseen ei tuota tulosta, sillä lapsen elintavat ovat perheen elintapoja. Terveystenhoitajien mukaan ter-

veysneuvonnan tulee kohdistua nykyistä enemmän koko perheeseen:

"Lasta ei pystytä yksin auttamaan eikä tilannetta muuttamaan, jos lapsen läheiset siis vanhemmat eivät ole asiansa mukana" (11.13)

Usein lapsen hyvinvoinnin ja terveysongelmien alkuperä on perheessä ja sen kriiseissä. Siksi lapsen pulmatilanteiden ja häiriöiden selvittely tulisi aloittaa perhetasolta. Terveystenhoitaja hyödyntää vanhempien asiantuntijuutta lapsen terveydentilasta sekä perheen elintavoista ja tottumuksista, jos he ovat lapsen mukana vastaanotolla. Terveystenhoitajat tietävät niiden lasten perheiden tilanteesta melko paljon, joilla on terveysongelmia ja perheiden kanssa tehdään yhteistyötä runsaasti. Muuten vanhempien asiantuntijuus välittyy terveystenhoitajien mukaan heikosti kouluterveydenhuoltoon, tieto perheistä on vähäistä ja yhteistyö on asioiden tiedottamista.

Lapsen turvallisuuden tunteen tukeminen

Käsite muodostui kahdesta ominaisuudesta: lasta varten olemisesta ja lapsen tukemisesta vaikeissa elämäntilanteissa. Tieto siitä, että kouluterveydenhoitaja on koululla lapsia varten, tuo terveystenhoitajien mukaan turvallisuuden tunnetta lapsille. Terveystenhoitajat ovat kokeneet, että oppilaat hakevat heistä ammattilaista, aikuista kuuntelijaa. Lapselle on tärkeää, että koululla on paikka, jonne voi mennä juttelemaan, kun haluaa olla kahden aikuisen kanssa. Usein lapselle riittää, että terveystenhoitaja kuuntelee pahan olon purkausta. Terveystenhoitajat korostavat, että jokaisen lapsen yhteydenottoon on syynä, turhia käyntejä ei ole.

Terveydenhoitajat tarjoavat erityis-tukea sellaisille lapsille, jotka kertovat, että heillä on vaikea elämäntilanne: esimerkiksi vanhempien avioero, läheisen kuolema tai heidän perheensä jäsen on sairas:

"tarjoan lapselle mahdollisuuden keskustella vaikeista asioista, mutta jos lapsi ei halua, viestin, että aina voi tulla (juttelemaan vastaanotolle) ja tuke-

via aikuisia on ympärillä." (3.110)

Terveydenhoitaja tukee lasta vaikean ajan yli. Keskustelu perheen vaikeuksista lapsen kanssa helpottaa myös vanhempia. Terveystenhoitaja pyrkii tuomaan lapsen elämään turvaa ja toivoa helpottamalla lapsen huolta keskusteluilla.

Lapsen kunnioittaminen

Käsite muodostui seuraavista ominaisuuksista: tunteminen yhteistyön helpottajana, lapsen yksityisyyden kunnioittaminen ja lapsen mukaan ottaminen itseään koskevaan päätöksentekoon. Kouluterveydenhoitaja tutustuu oppilaaseen ja hänen perheeseensä kouluuntulotarkastuksessa ja samalla terveystenhoitaja tulee heille tutuksi. Lapsen laadukkaaseen terveyden edistämiseen vaikuttaa se, että kouluterveydenhoitaja on seurannut hänen terveyttään ja hyvinvointiaan säännöllisesti. Silloin kun kouluterveydenhoitaja, lapsi ja perhe ovat ennestään tuttuja toisilleen, terveyteen liittyvissä, vaikeissakin asioissa on helppo olla yhteydessä. Tunteminen vaikuttaa luottamuksen syntymiseen ja mahdollistaa yhteistyön.

Kouluterveydenhoitajien mukaan oma ammattitaito lapsen kohtaamisessa vaikuttaa siihen, kuinka luottamuksellisen ja lämpimän suhteen saa luotua lapseen. Oppilaan yksityisyyttä kunnioitetaan vaihtolovelvollisuutta korostamalla. Keskustelut lapsen kanssa ovat luottamuksellisia. Terveystenhoitaja sopii lapsen kanssa, mikäli on vanhempiin yhteydessä hänen hyvinvointiinsa liittyvissä asioissa. He myös ottavat oppilaan mukaan yhä enemmän suunnitteluun, päätöksentekoon ja seurantaan:

"minusta lapsen mukaan ottaminen omien ongelmatilanteidensa selvittämiseen on tärkeää. Kun on jotain erityistä seurattavaa, teemme oppilaan kanssa seurantasuunnitelman ja sovimme, kuinka tapaamme." (5.40)

Lasta arvostetaan kysymällä hänen mielipiteitään ja näkemyksiään. Lapsen kuunteleminen, yhdessä kyseleminen ja ratkaisujen etsiminen ovat terveystenhoitajien mielestä lapsen kunnioittamista.

POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan Glaserin ja Straussin (1967) mukaan sopivuuden, uskottavuuden, ymmärrettävyyden ja riittävän yleisyyden kriteereiden perusteella.

Teoreettisen rakenteen sopivuus edellyttää, että käsitteet ja niistä luotu teoria vastaavat aineistoa (Glaser ja Strauss 1967). Aineistoa ei ole pakotettu ennalta asetettuihin luokkiin, vaan käsitteet ovat syntyneet jatkuvan vertailevan analyysin tuloksena aineiston pohjalta. Ne kuvaavat yhteistyötä alakoululaisen kanssa kouluterveydenhoitajien näkökulmasta. Yhteistyötä kuvaavien käsitteiden sopivuutta vastaaviin tilanteisiin vahvistettiin sillä, että aineistoa kerättiin erilaisen työkokemuksen omaavilta kouluterveydenhoitajilta eri puolilta Etelä- ja Keski-Suomea. Aineiston keruun ja analyysin aikana pidettiin päiväkirjaa, mikä auttoi kategorioiden muodostamisessa ja niiden vertailussa.

Glaserin ja Straussin (1967) mukaan uskottavuus on tutkimusprosessin ja teoreettisten rakenteiden sopivuutta todellisuuteen. Uskottavuutta on myös se, että teoreettiset rakenteet lisäävät ymmärrystä ja ovat hyödyllisiä. Analyysin uskottavuuden vahvistamiseksi sen eri vaiheita kuvattiin yhden esimerkkikäsitteen muodostamisen avulla. Aineistosta nostettiin yksittäisten kouluterveydenhoitajien yhteistyökokemuksia kuvaavia esimerkkejä osoittamaan tutkimustulosten yhteys empiriseen aineistoon. Strauss ja Corbin (1998) suosittelevat keskustelua tuloksista tiedonantajien kanssa tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tässä tutkimuksessa sitä ei aikataulullisista syistä johtuen tehty.

Ymmärrettävyys liittyy muodostettuihin käsitteisiin ja käsitejärjestelmään, niiden selkeyteen ja loogisuuteen. Luodut käsitteet ovat konkreettisia ja selkeästi lapsen kanssa tehtävää yhteistyötä kuvaavia. Glaserin ja Straussin (1967) mukaan yleisyys merkitsee teorian riittävää abstraktiutta. Tutkimuksen yhteistyötä kuvaavat käsitteet

ovat selkeitä, mutta kuitenkin riittävän abstrakteja, jotta niitä voidaan ajatella esiintyvän myös muissa vastaavissa kouluterveydenhuollon yhteistyösuhteissa.

Grounded teoria -menetelmä sopi tähän tutkimukseen, koska tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita alakoulun terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyöstä ja koska ilmiötä on tutkittu vähän. Tutkimusaineistosta ja syntyneistä käsitteistä olisi mahdollisesti muodostunut nykyistä vielä monimuotoisempia ja syvällisempiä, jos vapaamuotoisten kirjoitelmien lisäksi olisi haastateltu terveydenhoitajia yksilöinä tai ryhmissä.

Tutkimusaineiston keruussa on keskeistä kiinnittää huomiota tiedonantajien oikeuksiin ja rehelleeseen ja kunnioittavaan kohteluun (Munhall 2001, Leino-Kilpi ja Välimäki 2003).

Nämä seikat huomioitiin tässä tutkimuksessa siten, että tiedonantajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Sitä varten heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite sekä tutkimusmenetelmän luonne. Tutkimuksen tiedonantajille korostettiin tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimus on raportoitu niin, että ketään terveydenhoitajista ei voida siitä tunnistaa. Tiedonantajien yksityisyyttä ja tunnistamattomuutta suojeltiin myös siten, että tutkimusaineistoa on luekuttanut ja sen on analysoinut vain yksi tutkijoista (TM). Tutkimusluvut pyydettiin ammattikorkeakoulun koulutusohjelmajohtajalta sekä niiden terveyskeskusten ylihoitajilta tai johtavilta hoitajilta, joissa tiedonantajat työskentelivät.

Tutkimustulosten tarkastelu ja kouluterveydenhoitajan työn kehittäminen

Terveyden seuraaminen on oppilaan kanssa tehtävän yhteistyön ydin. Terveydenhoitaja seuraa lapsen terveyttä terveystarkastuksissa, -keskusteluissa, -kyselyillä ja -kasvatustunneilla. Terveystarkastukset ja -keskustelut ovat yleisin tapa tehdä oppilaan kans-

sa yhteistyötä ja ne perustuvat keskinäiseen vuoropuheluun lapsen terveydestä. Terveyskasvatustunneilla terveydenhoitaja saa tehokkaasti tietoa oppilasryhmien hyvinvoinnista sekä oppilaiden ajatuksista terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista. Myös Lightfootin ja Binesin (2000) mukaan terveyskasvatustunnit ovat osa oppilaan kanssa tehtävää yhteistyötä ja koululaisten terveyskasvatusta. Tässä tutkimuksessa korostui kuitenkin oppilaan henkilökohtainen ohjaaminen ja kahdenkeskinen keskustelu terveysasioista. Tossavaisen ym. (2004a) tutkimuksessa tulee esiin myös yksilöllinen ohjaus yleisimpänä terveysneuvonnan muotona.

Terveydenhoitaja tapaa useimmiten oppilaan yksin vastaanotollaan. Oppilaaseen ja keskusteluun hänen kanssaan voi tällöin keskittyä täysipainoisesti. Monet kouluterveydenhoitajat epäilevät kuitenkin mahdollisuuttaan edistää lapsen terveyttä kokonaisvaltaisesti, kun lapsi on yksin vastaanotolla. Alakouluikäinen osaa kertoa omasta terveydestään ja omasta elämästään, mutta keskustelu perheen tilanteesta voi olla vaikeaa. Tämä on tullut esiin myös Sihvolan (2000) tutkimuksessa. Vanhempien näkemykset lapsen tilanteesta eivät välity kouluterveydenhoitajalle ja siksi lapsen terveyden edistäminen jää suppeaksi. Terveyden edistämisen kouluterveydenhuollossa on lapsen kasvun ja kehityksen seuranta, kuten myös Tossavainen ym. (2004b) esittää. Terveydenhoitajien mukaan mielenterveysasioihin ja muihin lapsen isompiin pulmiin syventymiseen on nykyisin riittämättömästi aikaa, vaikka Shulerin (2000) ja Claussonin ym. (2003) mukaan kouluterveydenhoitaja on antiopaikalla havaitsemaan ja kohtaamaan niitä.

Claussonin ym. (2003) mukaan perhetilanne ja perheeseen liittyvät asiat ovat tärkeitä oppilaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Kouluterveydenhoitajat kuitenkin tietävät lapsen perheistä vähän. Myös Strid (1999) on todennut tämän. Yhteistyö perheisiin on asioiden tiedottamista. Vanhempien asiantuntijuus lapsen terveydestä ja

elämäntilanteesta välittyvä heikosti kouluterveydenhuoltoon. Bickhamin ym. (1998) ja Clausonin ym. (2003) tutkimusten mukaan perheen asian-
tuntijuuden hyödyntäminen vaikuttaa kouluterveydenhuollon palveluiden laatuun ja tehokkuuteen sekä varmistaa sen, että toimintatavat ja sisältö vastaavat lapsen tarpeita. Koska perheellä on moniulotteinen merkitys lapsen elämässä, perheen osallistuminen lapsen terveyden edistämiseen tulisi korostua nykyistä enemmän ja siten lapsen ongelmien löytyminen aikaisessa vaiheessa mahdollistuisi.

Terveydenhoitajan olo koululla tuo lapsille turvallisuuden tunnetta. Lightfootin ja Binesin (2000) sekä Jakosen (2005) mukaan vanhemmilla, opettajalla ja terveydenhoitajalla on jaettu rooli oppilaiden huolien ja vai-
vojen kuuntelijana. Terveydenhoitaja

on luotettava aikuinen, jolle voi mennä juttelemaan, kun vanhemmille ei voi eikä opettajalle halua kertoa henkilökohtaisia asioita.

Terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyö perustuu luottamukselliseen suhteeseen. Luottamuksen syntymiseen vaikuttavat säännölliset vuorovai-
kutustilanteet, lapsen elämäntilanteen tunteminen sekä terveydenhoitajan ammattitaito. Terveydenhoitajan ja oppilaan yhteistyössä korostuu lapsen yksityisyyden kunnioittaminen. Yhdessä lapsen kanssa pohditaan ja etsitään ratkaisuja lapsen hyvinvointiin liittyviin ongelmiin. Lapsen kunnioittamista on hänen näkemystensä ja kokemustensa kuuntelu. Myös Leen (2007) mukaan yhteistyön edellytyksenä on lapsen kunnioittaminen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lapset otetaan enenevässä määrin

mukaan omaa hyvinvointiaan koskevaan päätöksentekoon. Aikaisempien tutkimusten (Borup 2002, O'Neill 2002) mukaan lapsilta kysytään harvoin mielipiteitä ja ehdotuksia terveytensä edistämiseen. Lapsen aktiivinen osallisuus oman terveytensä edistämisessä mahdollistaisi entistä parempien ja tehokkaampien lasten terveystal-
toiden kehittämisen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää oppilaan ja hänen perheensä kanssa tehtävää yhteistyötä ja kouluterveydenhuollon palveluita kehitettäessä. Tulosten avulla voidaan kehittää myös terveydenhoitajakoulutuksen oppisisältöjä. Aikaisempaa tutkimusta aiheesta on vähän, ja alakoulun oppilaiden ja perheiden kanssa tehtävän yhteistyön tutkimista tulee jatkaa esimerkiksi havainnoimalla yhteistyötilanteita. ■

School health care and the primary school pupil – cooperation from the school nurses' perspective

Tiina Mäenpää MNsc, Eija Paavilainen PhD, Päivi Ästedt-Kurki PhD

■ Cooperation between the school nurse and the pupil is a fundamental element for the pupil's health promotion at school health care. The purpose of this study is to describe the cooperation with the primary school-aged children from the school nurses' perspective. The data were collected by the primary school nurses' (N=20) written descriptions in two phases; the first data in 2003 and the second in 2005 for ensuring the saturation. The data were analysed by the method of continuous comparison based on grounded theory. The concepts, which arose in the analysis are important for the understanding the content of cooperation. The study is part a wider research project that aims at generating a substantive theory about the school nurse's cooperation with families.

The concepts describing this cooperation between school nurse and pupil are; charting the child's health, challenging the child's holistic health promotion and taking the child's family into account. Supporting the sense of security and respecting the child are also among the concepts which describe this cooperation. According to the findings of this study, the cooperation with the pupil, the content of school health services and the education of school nurses can be developed further.

Keywords: cooperation, family, grounded theory, pupil, school nurse

LÄHTEET

- Anderson D, Allen-Bryant K. 2005. Families and community/public health nursing. Teoksessa: Harmon Hanson S, Gedaly-Duff V, Rowe Kaakinen J. (toim.) Family health care nursing. Theory, practice & research. F.A.Davis, Philadelphia, 393-411.
- Bickham N, Pizarro J, Warner B, Rosenthal B, Weist M. 1998. Family involvement in expanded school mental health. *Journal of School Health* 68, 425-428.
- Borup I. 2002. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community* 10, 10-19.
- Borup I, Holstein B. 2004. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 343-350.
- Broberg A, Almqvist K, Tjus T. 2005. Kliininen lapsipsykologia. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Charmaz K. 2006. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. Sage Publications, London.
- Clauson E, Petersson K, Berg A. 2003. School nurses' views of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 392-398.
- Coyne I. 1996. Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 23(4), 733-740.
- Gollant M, Beaulieu M, Carnevale F. 2002. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 40(2), 149-157.
- Glaser B, Strauss A. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine Publishing, New York.
- Friedman M, Bowden V, Jones E. 2003. Family nursing. Research, theory and practice. Pearson Education LTD, Upper Saddle River, New Jersey.
- Henneman E, Lee J, Cohen J. 1995. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21, 103-109.
- Holloway I, Wheeler S. 2002. Qualitative research in nursing. Blackwell Publishing, Oxford.
- Jakonen S. 2005. Terveyttä joka päivä. Itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 121. Kopijyvä, Kuopio.
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 8. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Lee P. 2007. What does partnership in care mean for children's nurses? *Journal of Clinical Nursing* 16, 518-526.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.
- Lightfoot J, Bines W. 2000. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health Medicine* 22, 74-80.
- MacKean G, Thurston W, Scott C. 2005. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations* 8, 74-85.
- Munhall P. 2001. Ethical considerations in qualitative research. Teoksessa: Munhall P. Nursing research. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 537-598.
- Nelson K. 1997. The needs of children and the role of school nurses. *Journal of School Health* 67, 187-189.
- Oberle K, Tenove S. 2000. Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics* 7, 425-438.
- O'Neill K. 2002. Kids speak: Effective communication with the school-aged/adolescent patient. *Pediatric Emergency Care* 18, 137-140.
- Pelkonen M, Hakulinen T. 2002. Voimavaraja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14, 202-212.
- Pulkkinen L. 2002. Mukavaa yhdessä. Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Rodgers B. 2000. Philosophical foundations of concept development. Teoksessa: Rodgers B, Knaff K. Concept development in nursing. Foundations, techniques, and applications. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 7-37.
- Shuler P. 2000. Evaluating student services provided by school-based health centers: Applying the Shuler nurse practitioner practice model. *Journal of School Health* 70, 348-352.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 751. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.
- Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuololle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Strauss A, Corbin J. 1994. Grounded theory methodology. Teoksessa: Denzin N & Lincoln Y (toim.) The handbook of qualitative research. Sage Publication, Thousand Oaks, 273-285.
- Strauss A, Corbin J. 1998. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory. Sage Publication, Thousand Oaks.
- Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Stakes, Aiheita 16. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Tossavainen K, Turunen H, Jakonen S, Tupala M, Vertio H. 2004a. School nurses as health counsellors in Finnish ENHPS schools. *Health Education* 104, 33-44.
- Tossavainen K, Jakonen S, Vertio H. 2004b. Health promotional education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instructions in the Finnish ENHPS. *Children & Society* 18, 371-382.
- Tveiten S, Ellefsen B, Severinsson E. 2005. Conducting client supervision in community health care. *International Journal of Nursing Practice* 11, 68-76.
- Tomlinson P, Hall E. 2003. Expanding knowledge in family health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 93-95.