

TAMPEREEN YLIOPISTO
Sosiaalitutkimuksen laitos

Lapsiperheen sosiaalisen tuen kulttuurinen jäsentyminen

Jäsenkategoria-analyttinen tutkimus hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksesta

Sanna Juurakko
Pro gradu -tutkielma
Sosiologia
Joulukuu 2010

JUURAKKO, SANNA: Lapsiperheen sosiaalisen tuen kulttuurinen jäsentyminen. Jäsenkategoria-analyttinen tutkimus hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksesta.

Pro gradu -tutkielma, 82 s., 6 liites.

Sosiologia

Joulukuu 2010

Hyvinvointineuvola on uusi toimintamalli, jota ollaan vakiinnuttamassa tamperelaisiin äitiys- ja lastenneuvoloihin. Hyvinvointineuvolassa on tavoitteena kiinnittää äidin, sikiön ja lapsen määräaikaistarkastusten lisäksi entistä määrätietoisemmin huomiota koko perheen psykososiaaliseen hyvinvointiin. Toiminnan tavoitteena on tunnistaa perheen jo syntyneet ongelmat sekä ennen kaikkea ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä. Tähän pyritään huomioimalla kunkin perheen yksilöllinen tilanne ja tunnistamalla perheen voimavarat. Yhtenä lapsiperheen voimavarana pidetään sosiaalista tukea, ja tutkimuksessa tarkastellaan miten lasiperheen sosiaalisesta tuesta ja tarkemmin lapsiperheen saamasta käytännön avusta keskustellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Aineistona tutkimuksessa käytetään videoituja hyvinvointineuvolan vastaanottoja. Niistä tarkastellaan, miten asiakkaat ja terveydenhoitajat keskustelevalt lähisukulaisilta ja kaupungin tarjoamalta lapsiperheiden kotipalvelulta saatavasta käytännön tuesta.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on etnometodologia, jonka mukaan toiminnan ymmärrettävyys on tilanteisesti ja paikallisesti osallistujien yhdessä tuottama. Aineiston analysoinnissa käytetään etnometodologisesta perinteestä lähtöisin olevaa jäsenkategoria-analyysia. Sen avulla on mahdollista tarkastella käytänteitä, joilla terveydenhoitajat ja asiakkaat keskustelevalt lapsiperheen sosiaalisesta tuesta. Analyysin perusteella asiakkaat ja terveydenhoitajat orientoituivat lapsiperheen lähisukulaisiin ensisijaisena käytännön tuen lähteenä, kun taas lapsiperheiden kotipalvelua pidetään toissijaisena tuen lähteenä.

Hyvinvointineuvolan vastaanotolla käyty keskustelu lähisukulaisilta ja lapsiperheiden kotipalvelusta saatavasta käytännön tuesta koostuu sekä käytännöllisistä että moraalisisista aineksista. Hyvinvointineuvolan vastaanotolla käsitellään sitä, kuka perhettä auttaa ja missä tilanteessa. Toisaalta terveydenhoitajat ja asiakkaat käyvät implisiittistä neuvottelua siitä, miten vastuulliset vanhemmat toimivat ja millaista on normaali ja tavallinen perhe-elämä. Tämän moraalisen ulottuvuuden tiedostaminen on tärkeää keskusteltaessa hyvinvointineuvolan vastaanotolla asiakkaan sosiaalisista tukiverkoista.

Asiasanat: hyvinvointineuvola, jäsenkategoria-analyysi, institutionaalinen vuorovaikutus, sosiaalinen tuki, lapsiperhe

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen lähtökohdat	3
2.1.	Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta	3
2.1.1.	Äitiys- ja lastenneuvolan kehitysvaiheet.....	3
2.1.2.	Äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöt.....	5
2.1.3.	Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena – mikä on uutta?.....	7
2.2.	Suomalaiset lapsiperheet.....	10
2.2.1.	Lapsiperheet yhteiskunnallisen tuen ja ohjauksen kohteina	11
2.2.2.	Lapsiperheiden hyvinvointi ja sosiaalinen tuki.....	13
2.3.	Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan kohtaaminen.....	15
2.3.1.	Perheen voimavarojen vahvistaminen käytännön asiakastyössä	16
2.3.2.	Ammatillinen vuorovaikutustieto	18
3	Tutkimustehtävä	21
4	Tutkielman etnometodologinen viitekehys	23
4.1.	Jäsenkategoria-analyysi vuorovaikutusaineistojen tarkastelussa	25
4.2.	Vuorovaikutuksen tutkiminen institutionaalisessa kontekstissa	29
5	Tutkimuksen toteutus	32
5.1.	Aineisto ja analyysiprosessi	32
5.2.	Tutkimuksen eettiset kysymykset	33
6	Analyysi	35
6.1.	Lähisukulaiset lapsiperheen tuen lähteenä	35
6.1.1.	Lähisukulaisten tarjoaman tuen ensisijaisuus	43
6.1.2.	Asiakkaan vastaanotolla esiin nostama avun puute ja sen käsittely	45
6.2.	Lapsiperheiden kotipalvelu tuen lähteenä.....	54
6.2.1.	Lapsiperheiden kotipalvelun esittely osana hyvinvointineuvolan rutiineja	55
6.2.2.	Oletettu tuen puute motivoi puheen kotipalvelusta.....	60
6.2.3.	Lähisukulaisilta saatu tuki sulkee kotipalvelun tarpeen pois	62
6.2.4.	Kotipalvelu ja taustalla häilyvä ongelmaperheen kategoria	65
7	Päätelmät	68
7.1.	Tutkimuksen tulokset ja niiden käytännöllinen merkitys	68

7.2. Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimuksen aiheita	70
Lähteet	73
Liitteet	83

1 Johdanto

Äitiysneuvolan palveluita käyttää vuosittain noin 56 000 raskaana olevaa naista sekä heidän puolisoaan. Lastenneuvola puolestaan palvelee vuosittain noin 278 000 perhettä, joilla on alle kouluikäisiä lapsia. Suomalainen neuvola¹ edustaa universaalialia palvelua, joka tavoittaa lähes kaikki raskaana olevat naiset ja alle kouluikäisten lasten perheet. (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005, 21.) Neuvoloilla on siis lähtökohtaisesti erinomaiset mahdollisuudet tukea lapsiperheiden mielenterveyttä, tunnistaa ongelmia ajoissa sekä auttaa perhettä löytämään omat voimavaransa. Viime vuosina neuvolatyön kehittämisessä onkin kiinnitetty entistä enemmän huomiota neuvolan rooliin perheiden psykososiaalisena tukijana. (Kangaspunta, Kilkkku, Kaltiala-Heino & Punamäki 2005, 7.)

Tamperelaisissa äitiys- ja lastenneuvoloissa ollaan toteuttamassa rakenteellista uudistusta. Tässä hyvinvointineuvolaksi nimetyssä toimintamallissa asiakkaaksi mielletään raskaana olevan naisen tai lapsen sijaan koko perhe ja toiminnan tavoitteena on koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin tukeminen. Pyrkimyksenä on toteuttaa ennaltaehkäisevän terveystyön periaatteita ja auttaa perhettä löytämään omat voimavaransa, joiden avulla perhe kykenee itse selviytymään muun muassa lapsen syntymän aiheuttamasta elämänmuutoksesta tai muista perhettä kuormittavista tilanteista. Yhtenä perheen voimavarana pidetään sen saamaa sosiaalista tukea.

Sen lisäksi, että neuvola itsessään voi toimia lapsiperheiden sosiaalisen tuen lähteenä (Viljamaa 2003), on myös tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten perheen muista sosiaalisen tuen lähteistä keskustellaan neuvolan vastaanotolla. Näin voidaan ensinnäkin selvittää, kokeeko perhe saavansa tukea sitä tarvitessaan, ja näin mahdollisesti pohtia neuvolassa asiakkaan kanssa mistä tämä tukea voisi saada. Videoituja neuvolavastaanottoja tarkastelemalla tässä tutkimuksessa paneudutaan niihin vuorovaikutuksessa ilmi tuleviin käytänteisiin, joilla hyvinvointineuvolan vastaanotolla keskustellaan lapsiperheen lähisukulaisista ja kaupungin tarjoamasta lapsiperheiden kotipalvelusta sosiaalisen tuen ja etenkin käytännön avun lähteinä.

¹ Tässä tutkielmassa neuvolalla tarkoitetaan äitiys- ja lastenneuvoloita, ja näin muun muassa perheneuvola ja perhesuunnitteluneuvola jäävät käsitteen ulkopuolelle. Myöhemmin tutkielman empiirisessä osiossa puhuttaessa neuvolasta, tarkoitetaan sillä tutkimuksen kohteena olevaa hyvinvointineuvolaa.

Tässä tutkielmassa tarkastelukohteena ovat siis vuorovaikutuskäytänteet ja tavoitteena on näiden käytänteiden näkyväksi tekeminen. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi arvioidessa hyvinvointineuvolan toimintaa ja kehitettäessä sitä edelleen. Lisäksi tutkimustulosten on tavoitteena paljastaa millaisena lapsiperheiden käytännön tuki näyttäytyy hyvinvointineuvolan vastaanotolla eli miten lapsiperheen sosiaalinen tuki jäsentyy sosiaalisena ilmiönä.

Tutkielman toisessa luvussa hahmottelen tutkielmani lähtökohtia. Käyn läpi neuvolatoiminnan historiaa, sen kehitysvaiheita sekä esittelen viimeisimpiä kehityshankkeita. Tämän lisäksi tarjoan kuvan äitiys- ja lastenneuvoloiden työkäytännöistä. Esittelen lapsiperheiden ympärillä käytyä keskustelua niiden tukemisesta sekä kerron, miten lapsiperheen saaman sosiaalisen tuen ajatellaan edistävän sen hyvinvointia. Toisessa luvussa luon myös katsauksen siihen, miten terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta on tutkittu sekä esittelen tätä vuorovaikutustilannetta määrittelevän yhden toimintamallin eli voimavarakeskeisen työtteen. Kolmannessa pääluvussa hahmottelen tutkimustehtävän. Neljännessä luvussa esittelen tämän tutkielman etnometodologisen viitekehyksen sekä analyysimenetelmänä käyttämäni jäsenkategoria-analyysin sekä kerron vuorovaikutuksen tutkimisesta institutionaalisessa kontekstissa. Viidennessä luvussa kerron tutkimuksessa käytetystä aineistosta ja tutkimusprosessista. Kuudennessa luvussa esittelen tutkimuksen tulokset ja seitsemännessä luvussa teen yhteenvedon tuloksista sekä pohdin niiden merkitystä käytännön neuvolatyön kannalta.

2 Tutkimuksen lähtökohdat

2.1. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Tässä luvussa luon kokonaiskuvan suomalaisesta äitiys- ja lastenneuvolasta. Luon ensin katsauksen suomalaisen neuvolatoiminnan syntyvaiheisiin ja historiaan. Sen jälkeen käsittelen suomalaisen neuvolajärjestelmän toimintakäytänteitä ja nykytilaa. Lopuksi esittelen tamperelaisissa äitiys- ja lastenneuvoloissa toteutetun rakenteellisen uudistuksen eli hyvinvointineuvola-toimintamallin.

2.1.1. Äitiys- ja lastenneuvolan kehitysvaiheet

Äitiys- ja lastenneuvoloiden kehitys voidaan kytkeä osaksi hyvinvointivaltiota ja sen kasvua, mutta neuvolan ideologiset juuret voidaan paikantaa kauemmas (Kuronen 1993, 13). 1800-luvun alussa paikallisesti toimineissa rouvasväenyhdistyksissä sivistyneistön naiset jakoivat lastenhoito- ja kasvatusoppeja sekä tietoa puhtauden ja siisteyden merkityksestä. Tämän hyväntekeväisyystoiminnan kohteena olivat etenkin alempien luokkien naiset ja toiminnan tavoitteena oli kaikkein akuuteimman hädän lievittäminen. Toiminnalla oli myös laajempia päämääriä, kuten suomalaisuusideologian ja sen mukaisen moraalisen elämäntavan juurruttaminen alempiin yhteiskuntaluokkiin. (Korppi-Tommola 1990, 18; Nätkin 1997, 36–37.)

1800-luvun kääntyessä 1900-luvuksi paikallisten yhdistysten rinnalle tuli kansallisia järjestöjä, ja pääasiassa naistoimijoiden varassa kehittyneeseen toimintaan tuli mukaan myös miehiä (Kuronen 1993, 14). Ensimmäinen lastenneuvola perustettiin Helsinkiin vuonna 1904. Sen perusti Ranskasta vaikutteita saanut Maitopisarayhdistys, jonka neuvoloita perustettiin myös noin parille kymmenelle suurimmalle paikkakunnalle, myös Tampereelle. Maitopisarayhdistyksen neuvoloissa harjoitettiin avustustoimintaa sekä jaeltiin maitoa ja maitoseoksia, mutta vähitellen Maitopisarayhdistys alkoi keskittyä yhä enemmän lasten terveydenhoitoa koskevaan neuvontaan, joka piti sisällään lääkärintarkastukset, isorokkorokotukset sekä vitamiiniannostelut. (Ala-Laurila & Palkinen 2001, 3; Siivola 1985, 18.) Maitopisarayhdistyksen kaltaisten järjestöjen toimintaa viitoittivat siis konkreettinen toiminta lasten ja perheiden aseman kohentamiseksi, mutta myös lääketieteellinen asiantuntemus sekä äideille suunnattu valistustyö (Kuronen 1993, 15).

Yksi merkittävimmistä järjestöistä suomalaisen neuvolan kehityksen historiassa lienee vuonna 1920 perustettu Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Perustamisen taustalla vaikutti vahvasti

Mannerheimin sisar, Englannissa sairaanhoitajakoulutuksensa hankkinut Sophie Mannerheim. Liiton ohjelmassa hahmoteltiin toimia kansanterveyden parantamiseksi ja siinä käsiteltiin sekä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä että hoitotyötä. Ohjelmassa ongelmaksi mainittiin muun muassa korkea imeväiskuolleisuus, jota voitaisiin vähentää kehittämällä sairaanhoitaja- ja kättilölaitosta sekä perustamalla neuvonta-asemia, jossa äideille opetettaisiin oikeaa ja terveellistä lastenhoitoa. (Korppi-Tommola 1990; 20–24, 58–61.) Ensimmäinen neuvonta-asema perustettiin lastenlääkäri Arvo Ylppön johdolla Helsingin Lastenlinnaa vuonna 1922, josta sittemmin kehittyi varhaisen neuvolatoiminnan valtakunnallisesti vaikuttava keskus sen tarjotessa koulutusta sekä antaessa erilaisia toimintaa koskevia ohjeita ja suosituksia. Ulkomailta ja etenkin Saksasta saamiensa kokemusten perusteella Arvo Ylppö oli vakuuttunut koko lapsiväestön tavoittavan neuvolatyön merkityksestä imeväiskuolleisuuden vähentäjänä ja terveyden edistäjänä. (Siivola 1985, 28–29.) Ylppön perustaman neuvolan puitteet olivat aluksi vaatimattomat, ja se toimi Lastenlinnan halkokellarissa. Kuitenkin neuvolan kirjoilla olevien lasten imeväiskuolleisuus laski nopeasti, mikä oli omiaan motivoimaan Mannerheimin Lastensuojeluliiton paikallisosastoja perustamaan vastaavanlaisia neuvonta-asemia. Suurimpiin kaupunkeihin näitä perustettiin, mutta etenkin maaseudulla terveyssisaret kiersivät vastaanottotilojen puutteessa kotikäynneillä ja työskentelivät myös omissa kodeissaan. (Korppi-Tommola 1990, 63–64.)

Aluksi neuvolatoiminta keskittyi siis lapseen sekä imeväiskuolleisuuden vähentämiseen ja se kehittyi melko erillisenä äitiyshuollosta. Valtio oli kuitenkin velvoittanut kuntia palkkaamaan ammattitaitoisia kättilöitä 1920-luvulla. (Siivola 1985, 55.) Samoihin aikoihin myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto kiinnitti huomionsa äitiyshuoltoon ja alkoi kouluttaa kättilöitä ennaltaehkäisevän äitiyshuollon tehtäviin. Ensimmäiset Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton äitiysneuvolat avattiin Helsinkiin ja Viipuriin vuonna 1926. (Korppi-Tommola 1990, 65.) Yksi äitiyshuollon kehityksen merkkipaalu on vuonna 1937 hyväksytty äitiysavustuslaki. Nykyäänkin äideille jaettavan äitiyspakkauksen saaminen edellytti raskaana olevan naisen käyntiä terveystarkastuksessa. (Pulma 1987, 198–199.)

Äitiys- ja lastenneuvoloista tuli osa julkista terveydenhuoltojärjestelmää, kun vuonna 1944 säädettiin laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista, joka edellytti muun muassa neuvolaverkoston luomista koko maahan (Siivola 1985, 92). Aiemmin järjestöjen alaisuudessa toimineet neuvolat loivat pohjan kunnalliselle neuvolaverkostolle, sillä ne siirtyivät usein sellaisenaan kuntien hallintaan (Korppi-Tommola 1990, 148). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta vakiintui ja laajeni vähitellen 1950-luvun aikana siten, että se tavoitti jo lähes kaikki raskaana olevat

naiset ja pikkulapset (Siivola 1985; 101, 145–146). Järjestöjen ylläpitämät neuvolat olivat siis merkittäviä uranuurtajia kunnallisille äitiys- ja lastenneuvoloille. Ne onnistuivat vähentämään merkittävästi imeväiskuolleisuutta terveystarkastusten ja valistustyön ansiosta. (Korppi-Tommola 1990, 148.)

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki siirsi äitiys- ja lastenneuvolatoimimaan terveyskeskusten alaisuuteen niin kutsutun sektorimallin mukaisesti, jolloin ne toimivat yhtenä sektorina muun kunnallisen perusterveydenhuollon rinnalla (Ala-Laurila & Palkinen 2001, 4). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan ohjaus oli valtiojohtoista ja perustui kuntia velvoittaviin ohjeisiin sekä valtionapujärjestelmään, jonka tarkoituksena oli varmistaa ohjeiden toteuttaminen paikallistasolla (STM 2009b, 14–15). 1990-luku toi mukanaan muutamia merkittäviä muutoksia neuvoloiden toimintaedellytyksiin. Ensinnäkin valtion harjoittamasta normiohjauksesta luovuttiin, ja tämän ansiosta kunnilla oli entistä suurempi vastuu ja oikeus järjestää neuvolapalvelut haluamallaan tavalla. Toiseksi Suomea kohdannut lama kiristi kuntien ja valtion taloutta niin, että ennaltaehkäisevät terveyspalvelut ja siis myös äitiys- ja lastenneuvolat olivat säästötoimenpiteiden kohteena (Viljamaa 2003, 36). Tämän seurauksena laman jälkeen äitiys- ja lastenneuvoloissa ja muualla perusterveydenhuollossa kiireellistä puuttumista vaativa asiakastyö on vienyt huomattavan osan voimavaroista. (Kangaspunta ym. 2005, 8).

2.1.2. Äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöt

Jo vuonna 1944 voimaan astuneessa laissa äitiys- ja lastenneuvoloista määriteltiin neuvolan tehtäväksi myös kotikasvatuksen tukeminen (Siivola 1985, 148). Kuitenkin vasta neuvolatoiminnan vakiinnuttua osaksi julkista terveydenhuoltoa alettiin sen toimintaa kehittää sisällöllisesti laajamittaisemmin (Viljamaa 2003, 37). Tällöin raskaana olevien naisten ja lasten lääketieteellisen seurannan rinnalla ryhdyttiin kiinnittämään enemmän huomiota vanhemmuuteen, perhe-elämään sekä lasten kehityksen sosiaaliseen ja psyykkiseen puoleen (Kuronen 1993, 20). Neuvolatoiminnan ohjaamisesta vastaavan sosiaali- ja terveysministeriön (2009a) mukaan äitiysneuvolan tehtävänä on nykyisin ”edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen ja koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia”. Lastenneuvolan tehtäväksi määritellään puolestaan alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä perheiden välisten hyvinvointierojen kaventaminen (STM 2009a). Äitiys- ja lastenneuvolassa suurin osa asiakkaiden kanssa tehtävästä työstä tapahtuu asiakasvastaanotolla (Kuronen 1993, 31).

Neuvoloiden toiminta perustuu valtakunnallisiin suosituksiin (STM 2004, Viisainen 1999), joita kunnat puolestaan soveltavat omissa neuvolatoimintaa koskevissa ohjeissaan (esim. Äitiyshuollon käsikirja terveydenhoitajille 2007). Normaalisti etenevän raskauden aikana nainen käy noin 11–15 kertaa neuvolassa (STM 2009a). Näistä suurin osa on käyntejä, joilla asiakas tapaa terveydenhoitajan, ja lääkärin suorittamia terveystarkastuksia raskauden aikana on yleensä kolme. Suositusten mukaan raskaana olevan naisen ensikäynti neuvolaan tapahtuu kahdeksannen ja kahdennentoista raskausviikon aikana. Aluksi raskaudenaikaisia seurantakäyntejä ei ole niin tiheään, mutta raskauden loppua kohden neuvolassa suositellaan käytävän jo viikon välein. (Viisainen 1999, 16–17.) Synnytyksen jälkeen sekä äiti että lapsi jatkavat vielä muutaman käynnin ajan äitiysneuvolan asiakkaana, ja näin halutaan varmistaa äidin synnytyksestä toipumisen sujuminen (Kuronen 1993, 33).

Tämän jälkeen perhe siirtyy lastenneuvolan asiakkaaksi, jossa suositusten mukaisesti täytyisi järjestää vähintään 15 määräaikaistarkastusta ennen lapsen siirtymistä kouluterveydenhuollon piiriin. Näillä käynneillä perhe tapaa useimmiten terveydenhoitajan, ja lääkärin suorittamia terveystarkastuksia on viisi. Suositelluista 15 määräaikaistarkastuksesta huomattava osa eli yli puolet sijoittuu lapsen ensimmäiseen elinvuoteen. (STM 2009a)

Sen lisäksi että valtakunnalliset suositukset määrittävät niin äitiys- kuin lastenneuvoloiden määräaikaistarkastusten määrää ja ajankohtaa, ne antavat myös näiden käyntien sisältöä koskevia ohjeita (STM 2004, Viisainen 1999). Äitiysneuvolassa tulisi seurata sikiön ja raskaana olevan naisen terveyttä ja hyvinvointia erilaisilla toimenpiteillä ja kokeilla (Viisainen 1999 16–17). Tämän lisäksi äitiysneuvolassa tulisi työstää ajatusta lapsen syntymästä keskustelemalla tulevien vanhempien kanssa muun muassa lapsen syntymän herättämistä ajatuksista ja mahdollisista huolenaiheista (Äitiyshuollon käsikirja terveydenhoitajille 2007). Lastenneuvolassa seurataan lapsen fyysistä kehitystä ja lapsi saa myös rokotusohjelman mukaiset rokotteet. Lisäksi neuvolan tulisi suositusten mukaan tarjota vanhemmille tukea lapsen kasvatukseen liittyvissä asioissa. (STM 2004.)

Neuvoloissa on myös tutkittu asiakkaiden tarpeita ja odotuksia sekä tehty paikallista neuvolatoiminnan kehittämistyötä (STM 2004, 16). Suomalaisissa äitiys- ja lastenneuvoloita koskevissa tutkimuksissa pääpaino on ollut terveydenhoitajien työtä koskevissa tutkimuksissa ja tutkimuksissa, joissa on selvitetty asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin ja heidän toiveita toiminnan kehittämiseksi. Tutkimuksissa on osoitettu, että neuvoloissa asiakkaiden fyysisen

terveyden seuranta toteutuu hyvin. Sen sijaan tutkimuksissa on nostettu esiin puutteita asiakkaiden psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien havaitsemisessa ja käsittelyssä. (Kuronen 1993, 1–2.) Tampereella äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan yhdeksi tavoitteeksi on otettu asiakkaan eli koko perheen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen fyysisen terveyden edistämisen rinnalla. Seuraavaksi esittelen hyvinvointineuvola-toimintamallin, jota ollaan vakiinnuttamassa tamperelaisiin neuvoloihin.

2.1.3. Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena – mikä on uutta?

Tampereella ollaan vakiinnuttamassa neuvoloihin uutta toimintamallia. Hyvinvointineuvola on äitiys- ja lastenneuvola, jossa odottavien äitien ja lasten määräaikaistarkastusten lisäksi kiinnitetään huomiota koko perheen psykososiaaliseen hyvinvointiin. (Kangaspunta & Värri 2007, 2.) Tampereen lisäksi varhaisia hyvinvointineuvola-kokeiluja käynnistyi vuonna 2002 muun muassa Lempäälässä, Espoossa ja Päijät-Hämeessä (Rimpelä 2007, 2). Esittelen seuraavassa Hyvinvointineuvolan toimintaperiaatteita ja sen kehitysvaiheita Tampereella.

Hyvinvointineuvola-toimintamallia on kehitelty Tampereella entisen Stakesin tutkimusprofessori Matti Rimpelän ajatusten pohjalta kahdessa projektissa. Pirkanmaan mielenterveyshankkeen Peruspalvelutiimi-projektissa vuosina 2002–2004 Tampere oli yksi pilottikunnista. Projektissa kehitettiin moniammatillista toimintamallia alle kouluikäisten lasten ja heidän vanhempiansa hyvinvoinnin tukemiseksi siten, että ongelmien syntymistä pyrittiin ennaltaehkäisemään, jo syntyneet ongelmat tunnistettaisiin varhain ja perheelle järjestettäisiin tukea mahdollisimman nopeasti. Projektista saatiin myönteistä palautetta ja tavoitteeksi otettiin toimintamallin vakiinnuttaminen kiinteäksi osaksi sosiaali- ja terveystalvueluita. (Kangaspunta & Värri 2007, 2.)

Hyvinvointineuvolan kehittämistä jatkettiin vuosina 2005–2007 Hyvinvointia neuvolasta-projektissa, jonka rahoittajana oli Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvointia neuvolasta-projekti toteutti Sosiaali- ja terveysministeriön laajemman Perhe-hankkeen perhekeskustoiminnalle hahmottelemia periaatteita. Hyvinvointia neuvolasta-projektin tavoitteeksi asetettiin Hyvinvointineuvola-toimintamallin vähittäinen vakiinnuttaminen tamperelaisiin äitiys- ja lastenneuvoloihin vuoteen 2011 mennessä. Lisäksi projektin tavoitteena oli lapsen tervettä psyykkistä ja sosiaalista kehitystä uhkaavien ja tukevien tekijöiden tunnistaminen raskausaikana ja

pikkulapsivaiheessa sekä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien ennaltaehkäisy ja hoitaminen. (Kangasputa & Värrä 2007, 2–3.)

Toimintamallin laajenemisen ja vakiintumisen yhtenä edellytyksenä ovat riittävät resurssit, sillä toimintamalli vaatii koulutusta ja muun muassa terveydenhoitajien työn uudelleen organisointia. Panostamista perustason terveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisevään toimintaan pidetään kuitenkin kannattavana. (Kangasputa & Värrä 2007, 16.) Erityispalvelut kuten perheneuvolat ja lastenpsykiatriset yksiköt ovat kuormitettuja, kun niissä hoidetaan pitkälle edenneitä ja kriisiytyneitä tilanteita. Jonot hoitoon ovat pitkät, ja erityispalveluiden tarjonta ei tunnu vastaavan kysyntää. Erityispalveluiden lisääminen ei välttämättä ratkaise ongelmaa, vaan tehokkainta saattaisikin olla lapsiperheitä lähellä oleviin peruspalveluihin panostaminen. Näin lapsiperheille voitaisiin tarjota apua oikea-aikaisesti ja varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmat ovat vielä suhteellisen pieniä ja helposti ratkaistavissa. (Kangasputa ym. 2005, 11.)

Neuvolatyön vakiintunutta ydintä eli äidin ja lapsen terveyden edistämistä pyritään edelleen vahvistamaan (Rimpelä 2007, 2). Hyvinvointineuvolassa yhdistetään äitiys- ja lastenneuvolatoiminta siten, että perheillä ja lapsella on sama terveydenhoitaja raskausajasta aina koulun aloittamiseen saakka. Näin pyritään luomaan tuttuuteen ja luottamuksellisuuteen perustuva asiakassuhde, jonka myötä terveydenhoitaja kykenee paneutumaan kunkin asiakasperheen yksilölliseen tilanteeseen ja siten paremmin ennaltaehkäisemään mahdollisia ongelmia ja helpottamaan vaikeista asioistakin keskustelemista vanhempien kanssa. (Kangasputa & Värrä 2007, 2–3.)

Hyvinvointineuvola-toimintamallissa on siirrytty riskiperheajattelusta riskitilanteiden tunnistamisen ja niissä tukemisen ajatteluun. Perheen kohdatessa ongelmallisen tilanteen on tärkeätä, että apua ja tukea järjestyy nopeasti vielä, kun vanhemmilla on voimavaroja ongelmien selvittämiseen. Vanhempien ja terveydenhoitajien yhteistyön tukijoiksi on neuvoloihin esimerkiksi luotu perheen psykososiaalista tilannetta kartoittavat ja puheeksi ottamista helpottavat lomakkeet, joissa vanhemmilta kysytään lapseen ja perheen tilanteeseen liittyviä kysymyksiä esimerkiksi ristiriitojen ratkaisusta, päihteiden käytöstä, sosiaalisista verkostoista ja vanhempien mielialoista. Lomakkeita jaetaan raskausaikana ja lapsen synnyttyä kaikille neuvolan asiakkaille eikä ainoastaan perheille, joilla on ongelmia tai epäillään niitä olevan. Lomakkeiden yhtenä tarkoituksena on viestittää asiakkaille, että neuvolan vastaanotolla voi myös puhua perheestä ja vanhemmuudesta sekä niihin mahdollisesti liittyvistä ongelmista ja huolista. (Kangasputa & Värrä 2007.)

Hyvinvointineuvolassa vastuu asiakasperheestä ei ole yksin terveydenhoitajalla ja lääkäriellä vaan neuvolassa on työntekijöiden tukena moniammatillinen tiimi, joka koostuu terveydenhoitajien ja lääkärin lisäksi sosiaalityöntekijästä, psykologista, perhetyöntekijöistä sekä tarvittaessa muista ammattilaisista. Moniammatillisissa tiimeissä työntekijät voivat keskustella kohtaamistaan haasteellisista työtilanteista tai niissä voidaan ratkoa jonkin tietyn erityistä tukea tarvitsevan perheen ongelmia, ja perhe voi halutessaan osallistua moniammatillisen tiimin kokoukseen. Perheiden ongelmat, joita tiimeissä niiden alkuvaiheissa on käsitelty, ovat liittyneet muun muassa vanhempien mielenterveysongelmiin sekä vanhemmuuden ongelmiin. (Kangaspunta & Värrä 2007; 4–5, 11.)

Hyvinvointineuvolan moniammatilliseen tiimiin kuuluvilla perhetyöntekijöillä eli entisillä kodinhoitajilla katsotaan olevan erinomaiset mahdollisuudet tehdä ennaltaehkäisevää mielenterveys- ja lastensuojelutyötä työskennellessään asiakasperheiden kotona (Kangaspunta ym. 2005, 24). Matti Rimpelä (2007) hahmottelee hyvinvointineuvolassa perhetyöntekijöille entistä suurempaa roolia. Perinteisesti lääkärit ovat muodostaneet työparin terveydenhoitajan kanssa, mutta Rimpelä pohtii, voisivatko terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä muodostaa työparin. Tällöin perhetyöntekijän tehtäviksi lukeutuisi parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen, kotikäynnit ja vertaistuen järjestäminen. Näillä perhetyöntekijöillä tulisi olla vähintään sosionomin koulutus ja Rimpelän mukaan perhetyöntekijöiden tehtäväkenttä tulisi eriyttää omakseen erilleen kodinhoitajan tehtävistä.

Asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan osallistamista tavoittelevat uudet toimintamallit, eivät kuitenkaan välttämättä saavuta tavoitteitaan, mikäli uusia toimintamalleja käytetään tiedostamatta ja mekaanisesti. Uudenlaisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto vaatii toiminnan yksityiskohtaista tarkastelua ja kriittistä arviointia, jotta voidaan saada selville, missä ollaan onnistuttu ja missä on epäonnistuttu. (Sirviö 2006, 138.) Hyvinvointineuvolan kaltaisten rakenteellisten uudistusten tutkiminen on siis tärkeätä siksi, että voidaan saada konkreettista tietoa uudesta toimintamallista, ja miten sitä käytännössä sovelletaan asiakastyössä.

Hyvinvointineuvolan tavoitteeksi mainitaan koko perheen psykososiaalinen tukeminen ja ongelmien ennaltaehkäisy. Seuraavaksi siirryn käsittelemään hyvinvointineuvolan toiminnan keskiössä olevia lapsiperheitä.

2.2. Suomalaiset lapsiperheet

Tässä luvussa tarkoitukseni on liittää hyvinvointineuvolan tavoite koko perheen asiakkuudesta ja tukemisesta laajempaan perhettä koskevaan keskusteluun. Luon lyhyesti katsauksen siihen, millaisia suomalaiset lapsiperheet nykyään ovat. Tämän jälkeen esittelen sitä, miten lapsiperheet on nostettu keskustelussa yhteiskunnallisen tuen ja ohjauksen kohteiksi. Lopuksi käsittelen sitä, miten lapsiperheiden saaman sosiaalisen tuen on ajateltu edistävän niiden hyvinvointia.

Suomalaisten perheiden määrää ja koostumusta seuraava Tilastokeskus määrittelee lapsiperheeksi sekä avio- että avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa elävät henkilöt ja heidän yhteiset tai toisen puolison alle 18-vuotiaat lapset sekä yhden vanhemman perheet, joissa on alaikäisiä lapsia (Tilastokeskus 2010). Tilastokeskuksen tapa määritellä lapsiperhe on siis rakenteellinen ja näin mitattavissa oleva tapa määritellä lapsiperhe (Paajanen 2007, 9). Tilastokeskuksen selvityksen mukaan Suomessa oli vuoden 2009 lopussa 584 000 lapsiperhettä. Väestöstä 40 prosenttia kuului lapsiperheisiin. Lapsiperheiden yleisin perhemuoto on edelleen avioparin perhe, joita vuonna 2009 oli 61 prosenttia lapsiperheistä. Avoparien sekä äidin ja lapsen muodostamia lapsiperheitä oli molempia yhtä paljon, noin viidennes lapsiperheistä. Sen sijaan isä ja lapsia -perheitä on edelleen hyvin vähän, sillä tällaisten lapsiperheiden osuus kaikista lapsiperheistä on alle kolme prosenttia. (Tilastokeskus 2010.)

Suomalaisten perheiden rakenteissa on tapahtunut muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Avoliitot ja avioerot ovat lisääntyneet. Tämän lisäksi ihmiset avioituvat ja hankkivat ensimmäisen lapsen keskimääräistä iäkkäämpinä kuin vielä joitain vuosikymmeniä sitten. (Paajanen 2007, 10.) Voidaankin ajatella, että esimerkiksi lastenhankinta on nykyisin pikemminkin yksilöllinen valinta, eivätkä sosiaaliset normit vaikuta enää yhtä vahvasti perheen perustamiseen (Miettinen & Rotkirch 2008, 26).

Vaikka tilastojen valossa perhemuodot ovat muuttuneet, yksilön elämässä perheellä ja perhesuhteilla on edelleen keskeinen merkitys. Postmodernissa yhteiskunnassa perhe tarjoaa paikan läheisille ihmissuhteille ja paikan emotionaaliselle kasvulle. (Silva & Smart 1999, 5–6.) Kysyttäessä suomalaisilta mitä perhe heille tarkoittaa, vastauksiksi on saatu perheen merkitsevän muun muassa yhdessä olemista, vastuuta muista ihmisistä, pysyvyyttä, jatkuvuutta ja henkistä tukea (Paajanen 2007, 27).

2.2.1. Lapsiperheet yhteiskunnallisen tuen ja ohjauksen kohteina

Toisinaan perhe saatetaan määritellä yhteiskunnan luonnolliseksi perusyksiköksi ja sitä pidetään jollain tapaa alkuperäisenä ja perustavana. Perheen nimeäminen yhteiskunnan perusyhteisöksi määrittää myös yhteiskuntapolitiikkaa, ja perhe voidaan näin asettaa yhteiskuntapolitiikan lähtökohdaksi ja sen kohteeksi. (Yesilova 2009, 11.) Perinteisesti yhteiskuntapoliittisessa kontekstissa perheiden ja vanhemmuuden tukemisella on tarkoitettu perheen suoraa materiaalista tukemista esimerkiksi lapsilisän tai muiden tulonsiirtojen muodossa (Edwards & Gillies 2004, 628). Kuitenkin Suomessakin alettiin vähitellen 1950-luvulla nostaa perheenjäsenten väliset suhteet ja perhe-elämä yhteiskunnallisen tuen ja ohjauksen kohteiksi (Yesilova 2009, 11–12). Nykyisin perheen ja vanhemmuuden tukemisella tarkoitetaan ennen kaikkea vanhempien tukemista heidän kasvatustehtävässään, ja keskiössä on vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutussuhde ja sen tukeminen (Vuori, 2001 18). Tämä heijastelee muun muassa sitä, että perheitä ja perhe-elämää määritellään nykyisin erilaisin psykodynaamisoin käsittein ja mallein (Yesilova 2009, 11–12). Perhettä koskeva asiantuntemus on myös levinnyt laajemmalle, se on erikoistunut ja institutionalisoitunut. Tämän seurauksena perhettä koskeva asiantuntemus on normaalistunut siinä mielessä, etteivät perheet kohtaa perheammattilaisia ainoastaan ongelmatilanteissa, vaan perheet kohtaavat näitä ammattilaisia arjessaan. (Vuori 2001, 18.) Tutkimuksen kohteena olevassa hyvinvointineuvolassakin on tarkoituksena kiinnittää erityistä huomiota koko asiakasperheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, ja tätä työtä tekevät yhdessä terveydenhoitajien kanssa sosiaalityöntekijät, neuvolapsykologit ja perhetyöntekijät.

Neuvola on yksi niistä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista, jotka toimivat tukien vanhempien kasvatustehtävää ja osittain myös kontrolloiden sitä. Neuvolatoiminnankin tehtävä on siis kahtalainen. Toisaalta se on kaikille perheille suunnattu ennaltaehkäisevän terveystyön periaatteita noudattava terveydenhuollon peruspalvelu, mutta toisaalta neuvolan tehtävänä on myös tunnistaa erityistukea tarvitsevat perheet, jotka tarvitsevat tehostettua neuvontaa ja kenties ohjaamista erityispalveluiden piiriin. (Kuronen 1993; 5, 59.) Hyvinvointineuvolassakin tämä tehtävien kahtalaisuus on läsnä. Tavoitteena on tukea kaikkia perheitä, mutta myös tunnistaa erityistuen tarpeessa olevat perheet. (Kangaspunta & Värri 2007, esipuhe.)

Perhettä koskevassa julkisessa keskustelussa on myös havaittavissa huolta perinteisten sosiaalisten tukiverkostojen ja perhettä koskevien perinteisten arvojen murenemisesta, ja tämän

vanhemmuudelle aiheuttamista haasteista (Edwards & Gillies 2004, 630). Perheasantuntijuuden kasvussa ja laajenemisessa ei ole kyse ainoastaan yhteiskunnan perheille tarjoamasta tuesta tai avusta, vaan kyse on myös yhteiskunnallisten ongelmien ja epävakauden ennaltaehkäisemisestä, ja siitä miten perheiden hyvinvoinnin ajatellaan edistävän koko yhteiskunnan hyvinvointia (Vuori 2001, 46; Yesilova 2009, 12). Perheiden tukemiseen tähtäävien yhteiskuntapoliittisten toimien taustalla on esitetty olevan myös toisenlaisia motiiveja. Voidaan muun muassa ajatella, että sinänsä neutraali puhe vanhemmuuden ja perheiden tukemisesta, kantaa kuitenkin mukanaan moraalisesti latautuneen käsityksen siitä, miten hyvien vanhempien tulisi toimia. (Gillies 2005; 71, 77). Perheen ja vanhemmuuden tukeminen näyttäytyykin interventionistisesta näkökulmasta tarkasteluna toimintana, jonka tarkoituksena on vanhempien ja etenkin äitien toiminnan sääntely ja kontrollointi (Edwards & Gillies 2004, 631). Perheen kanssa työskentelevien ammattilaisten toiminnassa vanhemmuus saattaa määrittyä sen kautta, mitä se ei ole, jolloin tavallinen vanhemmuus näyttäytyy niin kutsutun ongelmavanhemmuuden käänköpuolena (Sirviö, 2003, 125). Lisäksi sukupuolineutraalilta näyttävä puhe perheiden puuttumista vaatimista ongelmista vanhemmuuteen liittyvinä ongelmina on herättänyt kritiikkiä, koska todellisuudessa usein kuitenkin perheiden kanssa ja heidän hyväkseen työskentelevien ammattilaisten ensisijainen asiakas ja autettava on äiti (Berg 2008, 65–67).

Neuvolan, kuten monien muiden julkisten instituutioiden ja organisaatioiden toiminnan keskiössä on perhe, vaikka käsitteellisesti perhe perinteisesti sijoitetaan yksityisen ja kodin piiriin. Näissä instituutioissa työskentelee ammattilaisia, joiden tehtävänä on ymmärtää ja tulkita perheitä ja lopulta auttaa asiakkaana olevaa perhettä. (Gubrium & Holstein 1993, 67.) Työskennellessään perheiden kanssa perheammattilaiset osallistuvat samalla myös perheen käsitteelliseen määrittelyyn. Perheen käsitteen merkityksellä on näin siis organisatoriset ehtonsa, ja siksi perhe käsitteenä sekä jonkin tietyn perheen tilanne mahdollisine ongelmineen määrittävät kontekstista riippuen eri tavoin. (Gubrium & Holstein 1990, 116–117.) Perhe itsessään ei siis ole ainoastaan yksilöllisten määrittelyprosessien tulosta, vaan se on riippuvainen myös sosiokulttuurisesta ympäristöstään, jossa annetaan tilaa tietynlaisille perheen määrittelyille ja rajoitetaan joitain määritelmiä (Forsberg 2003, 11). Tällaisesta näkökulmasta tarkasteltuna perhettä ei nähdä ainoastaan konkreettisena sosiaalisten suhteiden muodostamana yksikkönä, vaan se on myös sosiaalinen rakennelma, joka pitää sisällään käsityksen siitä, millainen perhe on ja millaista perhe-elämän tulisi olla. Valitsemalla tällaisen lähestymistavan perheen käsitteeseen on mahdollista tarkastella sitä, miten perheestä puhutaan erilaisissa tilanteissa, ja miten niissä tilanteisesti tuotetaan käsitystä siitä millainen perhe on. (Gubrium & Hostein 1990; 13, 74.)

Hannele Forsberg (1994) on tutkinut, miten sosiaalitoimistossa työskentelevät sosiaalityöntekijät tulkitsevat perhettä ja miten he käyttävät tätä tulkintaansa määrittäessään ihmisten keskinäisiä suhteita. Tutkimuksen tavoitteena on valottaa sitä, mitä perheiden tukeminen sosiaalityössä merkitsee käytännössä sosiaalitoimistossa. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat sosiaalityöntekijöiden työkäytännöt ja nimenomaisesti sellainen toiminta, joka tuottaa perhettä koskevia tulkintoja. Kaikilla asiakastapaamisilla perhe ei kuitenkaan noussut puheenaiheeksi tai puhe perheestä oli vähäistä. Forsbergin mukaan perheen nouseminen puheenaiheeksi edellytti ensinnäkin tietyn tuttuuden ja sitoutuneisuuden asteelle edennyttä asiakassuhdetta ja toiseksi sitä, että asiakkaan elämäntilanteessa oli meneillään jonkinlainen muutos- tai uhkatilanne. Sosiaalityöntekijät kohtelivat perhettä puheessaan asiakkaan tilanteesta riippuen joko ongelmien aiheuttajana tai resurssina ongelmien ratkaisussa. Tilanteissa, joissa asiakkaan kanssa keskusteltiin hänen perheestään, sitä käsiteltiin useimmiten psykososiaalisesta näkökulmasta, joka ei niinkään koostunut puhtaan psykologisista tai sosiaalityieteellisistä tulkinnoista. Sen sijaan psykososiaalinen näkökulma koostuu pikemminkin arkiajattelusta, käytännön kokemuksista ja moraalisisista tulkinnoista, jolloin korostui etenkin perheen merkitys psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Vaikka Forsbergin mukaan sosiaalityöntekijät tuottivat moninaisia perhetulkintoja, oli taustalta kuitenkin löydettävissä ydinperheideaalia lähellä oleva käsitys perheestä.

Tamperelaisissa äitiys- ja lastenneuvoloissa toteutettua hyvinvointineuvola-uudistusta voidaan pitää esimerkkinä yhteiskuntapoliittisesta uudistuksesta, jonka kohteena on perhe. Hyvinvointineuvolaa koskevissa teksteissä (ks Kangaspunta & Värri 2007) määritellään toimintamallin lisäksi sitä, miten perheitä tulisi tukea ja millaisten ongelmien syntymistä hyvinvointineuvolassa tulisi ennaltaehkäistä. Samalla hyvinvointineuvolan voidaan siis ajatella osallistuvan myös perheen määrittelyprosessiin ottaessaan kantaa muun muassa siihen, millainen hyvinvoiva perhe on. Seuraavaksi tarkastelen sosiaalisen tuen käsitettä, ja miten sen ajatellaan edistävän perheen hyvinvointia.

2.2.2. Lapsiperheiden hyvinvointi ja sosiaalinen tuki

Vaikka raskaus ja lapsen syntymä ovat monille perheille toivottuja ja näin sinänsä positiivisia asioita, ne asettavat kuitenkin henkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia haasteita raskaana olevalle naiselle, tämän perheelle ja lähipiirille (Eerola 1999, 23). Toimiva sosiaalinen tukiverkosto, ja siltä saatu tuki auttavat perhettä selviytymään näistä haasteista (Viljamaa 2003, 26). Sosiaalisen tuen ajatellaan

vähentävän tai jopa estävän stressiä aiheuttavien elämäntilanteiden negatiivisia vaikutuksia psyykkiselle tai fyysiselle terveydelle (Goldsmith 2004, 15).

Sosiaalinen tuki on eräänlainen yläkäsite, jota käytetään viittaamaan moniin toisistaan poikkeaviin sosiaalisiin ilmiöihin ja prosesseihin (Goldsmith 2004, 3). Määriteltäessä sosiaalisen tuen käsitettä, sen voidaan katsoa koostuvan eri ulottuvuuksista. Tässä tutkielmassa nojaudun Tuovi Hakulisen (1998) käyttämään määritelmään, jonka mukaan sosiaalinen tuki koostuu kolmesta elementistä. *Emotionaalinen tuki* pitää sisällään empatian, rakkauden ja välittämisen ja niiden osoittamisen ja jakamisen. *Käytännön apu* tarkoittaa suoranaista apua tarvittaessa kuten esimerkiksi palveluita, tavaraa tai rahaa. *Informatiivinen eli tiedollinen tuki* merkitsee neuvoja ja tietoa sekä avun saamista ongelmien ratkaisussa. (Hakulinen 1998, 23.) Marja-Leena Viljamaa (2003) lisää tähän joukkoon neljänneksi elementiksi *vertailutuen*, joka tarkoittaa itsearviointin ja -arvostuksen kannalta tärkeää tietotukea. (Viljamaa 2003, 25). Jotta yksilö tai perhe voivat saada sosiaalista tukea, on niillä oltava ympärillään sosiaalinen verkosto. Perheen sosiaalinen verkosto koostuu ihmisistä, joiden kanssa perhe on tekemisissä säännöllisesti tai hieman satunnaisemmin. Sosiaalinen tuki tarkoittaa tällöin perheen vuorovaikutusta sosiaalisen verkostonsa kanssa ja perheen tunnetta siitä, että sosiaaliselta verkostolta saa tarvittua tukea. (Pender, Murdaugh & Parsons 2002, 238.)

Sosiaalista tukea koskevissa tutkimuksissa sosiaalista tukea on lähestytty erityisesti yksilön sosiaalisen verkoston tai henkilökohtaisten vuorovaikutussuhteiden näkökulmasta (Mikkola 2000, 2). Sosiaalista tukea koskevat tutkimukset ovat käsitelleet muun muassa sosiaalisten suhteiden ominaisuuksia kuten ystävyys- ja sukulaissuhteiden määrää. Toisaalta on tutkittu sitä, miten ihmiset itse kokevat saavansa sosiaalista tukea tilanteissa, joissa sitä tarvitsevat, ja miten tyytyväisiä he ovat saamaansa sosiaaliseen tukeen. (Goldsmith 2004, 12.) Tutkimuksissa sosiaalisella tuella on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia yksilön ja perheen hyvinvoinnille (Pender ym. 2002, 252). Muun muassa ensisynnyttäjien keskuudessa tehdyssä väitöstutkimuksessa Kaija Eerola (1999) havaitsi, miten alkuraskauden aikana koettu sosiaalisen tuen niukkuus oli yhteydessä alkuraskauden häiriöihin sekä synnytyksen jälkeen ilmenevään sairastavuuteen (Eerola 1999, 111).

Vaikka perhettä usein pidetään keskeisimpänä sosiaalisen tuen lähteenä (Pender ym. 2002, 242), myös neuvoloilla on mahdollisuus toimia sosiaalisen tuen lähteenä (Viljamaa 2003, 25). Hakulisen (1998) tutkimuksessa kävi ilmi, että yksi perheiden hyvinvointia edistävä tekijä oli sen neuvolasta saama sosiaalinen tuki. Marjaana Pelkosen (1994) tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhemmat pitävät tärkeänä, että neuvolan terveydenhoitajat osaavat tarvittaessa ohjata asiakkaan eteenpäin toiselle

asiantuntijalle ja antavat tietoa perheen käytettävissä olevista muista yhteiskunnallisista palveluista sekä ovat valmiita keskustelemaan erilaisista vaihtoehtoista, mistä kyseinen perhe voisi saada apua. Vastauksissaan perheet toivat esiin, miten he pitivät tärkeänä, että neuvolassa terveydenhoitajat pyrkivät vahvistamaan perheiden sosiaalisia tukiverkkoja. Kuitenkin monet vastaajat olivat sitä mieltä, että sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen oli toteutunut neuvolassa melko huonosti. (Pelkonen 1994; 138, 161.)

Tässä tutkielmassa tutkitaan lapsiperheen sosiaalisesta tuesta ja sen yhdestä ulottuvuudesta eli käytännön avusta ja tuesta käytyä keskustelua hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Tarkoituksena on tehdä näkyväksi vuorovaikutuskäytänteitä eli tapoja, joilla lapsiperheen käytännön avusta keskustellaan. Näin ollen tässä tutkimuksessa ei ole pyrkimyksenä selvittää vaikkapa asiakkaan kokemusta saamastaan tuesta tai terveydenhoitajien näkemystä asiakkaan tuen tarpeesta. Sen sijaan vuorovaikutuskäytänteiden tarkastelun ohella tässä tutkimuksessa on mahdollista tuoda esiin, miten perheen käytännön apu jäsentyy sosiaalisena ilmiönä (vrt. Broadhurst 2008, 1.1). Näin on tarkoituksena tuoda esiin muun muassa sitä, miten neuvolavastaanoton vuorovaikutuksessa kohdellaan eri avun lähteitä, arvotetaanko niitä suhteessa toisiinsa, ja millainen merkitys niille annetaan.

2.3. Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan kohtaaminen

Ammattilaisen ja asiakkaan kohtaaminen on terveydenhuollon ydintapahtuma (Peräkylä, Eskola & Sorjonen. 2001, 10). Viimeisten vuosikymmenten aikana keskusteluanalyttisen tutkimuksen piirissä on tarkasteltu runsaasti lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta¹. Tutkimuksen aiheena on ollut muun muassa vastaanoton aloittaminen ja potilaan käynnin syyn selvittäminen (Ruusuvuori 2000), potilaan tekemät diagnoosiehdotukset (Raevaara 2000) sekä diagnoosin esittäminen ja vastaanottaminen (Maynard 1997, Peräkylä 1998). Yksi syy aiheeseen kohdistuvaan laajaan mielenkiintoon on ajatus, jonka mukaan tutkimalla lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, lääkärit voivat tulla tietoisemmiksi omasta toiminnastaan ja tätä kautta edistää potilaitten terveyttä sekä parantaa näin terveydenhuollon laatua (Pilnick, Hindmarsh & Gill 2009, 788).

¹ Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimisen lähtökohdista luvussa 4.2.

Keskusteluanalyttisen tutkimuksen piirissä on kuitenkin alettu tutkia myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaitten välistä vuorovaikutusta. Tarkastelukohteen laajentaminen lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhdetta laajemmalle alueelle terveydenhuollon asiakastyössä, merkitsee sitä, että on mahdollista huomioida juuri kyseisen terveydenhuollon instituution asiakkaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen erityispiirteet (Pilnick ym. 2009, 790). Tutkimukset ovat käsitelleet esimerkiksi ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamista homeopaatin vastaanotolla (Lindfors 2005), terveydenhoitajien antamia neuvoja vastasyntyneiden vanhemmille (Heritage & Sefi 1992), psykoterapiaa (Antaki & Barnes 2005), sikiötutkimuksia (Nishizaka 2007), fysioterapiaa (Parry 2009) sekä hiv- ja aids-neuvontaa (Peräkylä, 1995, Silverman 1997).

Asiakastyön vuorovaikutusta tutkimalla voidaan saada tietoa, joka kertoo, miten toiminta näissä asiakastapaamisissa jäsentyy. Tutkittaessa esimerkiksi ainoastaan asiakkaiden tyytyväisyyttä neuvolan palveluihin (ks. esim. Kaila 2001) tai kysyttäessä terveydenhoitajilta, miten he työssään pyrkivät tukemaan vanhempia ja antamaan perheelle tukea (ks. esim. Lammi-Taskula & Varsa 2001), ei tavoiteta sitä, millaisen prosessin kuluessa asiakkaan tyytyväisyys tai tyytymättömyys on syntynyt eikä saada tietää, miten terveydenhoitaja todellisuudessa asiakkaiden kanssa työskentelee (vrt. Pilnick 2002, 67). Käytännön asiakastyön vuorovaikutuksen tunteminen on tarpeellinen apu myös kehitettäessä uusia toimintamalleja tai annettaessa toimintaa ohjaavia suosituksia (Pilnick ym. 2009, 791). Myös tämän tutkielman tarkoituksena on kuvailla asiakastyön vuorovaikutustilanteita. Tutkielmassa tarkastellaan niitä tilanteita, joissa neuvolan vastaanotolla ammattilainen ja asiakas keskustelevat siitä, mistä ja millaisissa tilanteissa asiakasperheen on mahdollista saada apua sitä tarvitessaan.

2.3.1. Perheen voimavarojen vahvistaminen käytännön asiakastyössä

Hyvinvointineuvolassa on tavoitteena työskennellä asiakkaan kanssa voimavarakeskeisen työtteen periaatteita noudattaen (Kangaspunta & Värri 2007). Perheen kohdatessa ongelmallisen tilanteen voimavarakeskeisen työtteen avulla pyritään löytämään perheen omat vahvuudet ja voimavarat, jotta perhe kykenisi itse ratkomaan ongelmallisen tilanteen. (Feeley & Gottlieb 2000, 9–10.)

Puhuttaessa perheen voimavaroista viitataan tekijöihin, joiden avulla vanhemmat kykenevät hallitsemaan perhe-elämäänsä ja jotka edesauttavat vanhemman tehtävästä suoriutumista. Perinteisesti voimavarat on jaoteltu sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin. Sisäisiä voimavaroja ovat

muun muassa tieto, itsetunto, luottamus, motivaatio sekä hallinnan ja kompetenssin tunne. Ulkoiset voimavarat muodostuvat muilta ihmisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta. (Pelkonen 1994; 16, 35–36.) Kirsi Rajala ja Isto Ruoppila (1983) jaottelevat lapsiperheen voimavarat kolmeen ryhmään. Aineelliset voimavarat koostuvat perheen tuloista, omaisuudesta sekä fyysisestä elinympäristöstä. Sosiaaliset voimavarat pitävät sisällään parisuhteen, ystävät ja sukulaiset sekä yhteiskunnan tarjoamat palvelut. Yksilölliset voimavarat muodostuvat fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä sekä persoonallisuuden voimavaroista. Pelkonen (1994) esittää puolestaan, että perheen voimavarat muodostuvat viidestä osatekijästä, joita ovat itsetunto vanhempana, perheiden sosiaaliset tukiverkot, voimien riittävyyden sääntely perheessä, tietäminen perheen voimavarana sekä perheen käsitys tulevaisuudestaan.

Pelkkä voimavarojen olemassaolo ei kuitenkaan riitä, vaan voimavarat on osattavat tunnistaa ja niitä on myös osattava käyttää (Pelkonen 1994, 31). Voimavarakeskeisen työtteen tavoitteena onkin tunnistaa yhdessä asiakkaan kanssa perheen voimavarat ja resurssit, joita pyritään vahvistamaan työskenneltäessä perheen kanssa. Voimavarakeskeisen työtteen omaksuminen edellyttää kuitenkin uudenlaista suhtautumistapaa asiakassuhteeseen. Ihanteena on asiakassuhde, joka lähenee tasaveroista kumppanuutta ammattilaisen tukiessa perhettä löytämään itse vahvuutensa sen sijaan, että ammattilainen tarjoaisi valmiin ratkaisun perheen ongelmiin. (Feeley & Gottlieb 2000, 10–12). Voimavarakeskeisen työtteen edellyttämän toimivan asiakassuhteen edellytyksenä on asiakkaan näkemyksen ja huolenaiheiden huomioiminen. Lisäksi ammattilaisten odotetaan ottavan asiakkaan mukaan häntä koskevaan päätöksentekoon sekä luovan myönteisen ilmapiirin asiakastilanteessa. (Pelkonen 1994, 64–66.) Kaarina Sirviö (2006) esittää, että voimavarakeskeinen työote saattaa olla työntekijöille vaativampi kuin ongelmakeskeinen lähestymistapa (Sirviö, 2006, 33). Myös itse voimavarakeskeisyyden käsitettä voidaan pitää hieman ongelmallisena sen abstraktiuden ja monitulkintaisuuden vuoksi, eikä käsitteen käytännön merkityksestä aina välttämättä ole täyttä selvyyttä (Baggens 2002, 352).

Christina Baggens (2002) on tutkinut vuorovaikutusta lastensa kanssa vastaanotolle saapuneiden vanhempien ja hoitajien välillä ruotsalaisessa lasten perusterveydenhuollossa. Ruotsalaisen lasten perusterveydenhuollon yksi tavoitteista on vanhempien valtaistuminen¹ kasvattajina, jotta he kykenisivät itse ratkomaan lapsen kasvatukseen ja terveyteen liittyviä kysymyksiä. Tarkastelun

¹ Alkuperäistekstissä käytetään käsitettä *empowerment*, josta suomalaisessa kirjallisuudessa on käytetty myös termiä *täysivaltainen vanhemmuus* (Kuru 1999). Hoitotieteen piirissä *empowerment* -käsitteestä on puhuttu esimerkiksi *perheen voimavarojen vahvistamisena* (Pelkonen 1994).

kohteena tutkimuksessa ovat neuvontajaksot, jolloin hoitaja antaa vanhemmalle lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvän neuvon. Neuvontajaksojen valintaa tarkastelun kohteeksi Baggens perustelee sillä, että neuvon antaminen on perinteisesti kuulunut hyvin vahvasti lasten perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien toimintaan. Neuvon antaminen on Baggensin mukaan myös tilanne, jolloin hoitajilla olisi mahdollisuus toimia vanhempien valtaistumista edistävällä tavalla eli hoitajat voisivat neuvoa antaessaan pyrkiä vahvistamaan vanhempien omia voimavaroja ratkaista lapsen kasvatukseen tai terveyteen liittyviä kysymyksiä tai ongelmia. Kuitenkin useimmiten hoitaja ratkaisi keskustelun aiheena olevan asian antamalla neuvon, ja vain harvoin hoitajat rohkaisivat vanhempia itse löytämään ratkaisun tai koettivat etsiä ratkaisua yhdessä vanhemman kanssa. Hoitajat aloittivat siis useimmat neuvontajaksot, ja neuvot perustuivat usein hoitajien asemaan lasten hoidon asiantuntijoina sekä lasten perusterveydenhuollossa noudatettavaan lasten terveyden edistämisen ohjelmaan. Aineistossa oli loppujen lopuksi löydettävissä hyvin vähän toimintaa, jonka olisi voinut tulkita vanhempien valtaistumiseen tähtääväksi. Baggens pohtii, että syynä tähän on kenties lähtökohtainen ristiriita, joka vallitsee koko vanhempien valtaistumisen tavoitteen ja hoitajien professionaalisen asiantuntijan roolin sekä lasten terveyden edistämisen ohjelman kesken. Myös hyvinvointineuvola-toimintamallin yhdeksi tavoitteeksi nimetään vanhempien voimavarojen vahvistaminen neuvolassa (Kangaspunta ym. 2005). Kuitenkin käytännön asiakastyössä neuvoloissa terveydenhoitajat orientoituvat rooliinsa neuvon antajana, jolloin terveydenhoitaja asettaa itsensä asiantuntijan asemaan (Keskinen 2009, 55). Neuvot pyrkivät ohjaamaan toisen toimintaa ja ehdottavat tiettyä asiantilaa (Vehviläinen 2001 40). Tästä syystä niillä on myös moraalinen ulottuvuus, sillä ne pohjautuvat aina tietynlaiseen ajattelumaailmaan (Vidén 2007, 111). Näin siis voidaan ajatella, että myös suomalaisissa neuvoloissa on läsnä samantapainen jännite. Toisaalta pyritään tukemaan perheitä ja vahvistamaan niiden voimavaroja, mutta toisaalta perheille tarjotaan neuvoja, jotka ehdottavat eräällä tavalla valmista ratkaisua perheen kohtaamiin tilanteisiin.

2.3.2. Ammatillinen vuorovaikutustieto

Asiakastilanteen vuorovaikutus on herättänyt kiinnostusta akateemisen tutkimuksen lisäksi myös itse terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Nykyisin vuorovaikutusta käsittelevät mallit ja teorit kuuluvat monien ammattien tietopohjaan erilaisten suositusten ja ohjeiden muodossa (Peräkylä & Vehviläinen 2003, 729). Terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten odotetaan

esimerkiksi kommunikoivan avoimemmin asiakkaiden kanssa tai omaksuvan potilaskeskeisen toimintatavan (Collins, Britten, Ruusuvoori & Thompson 2007, 5). Tutkielman kontekstina olevassa hyvinvointineuvolassa tavoitteena puolestaan on muun muassa perheen psykososiaalinen tukeminen sekä sen voimavarojen vahvistaminen (Kangaspunta & Värri 2007, 2). Näiden tavoitteiden toteuttaminen käytännössä ei välttämättä ole yksikertaista, sillä terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät monenlaisten asiakkaiden kanssa, ja asiakaskunta saattaa muodostua erittäin heterogeenisestä joukosta. Ammattilaisten työhön kohdistuu myös muita paineita ja työhön saattaa vaikuttaa pula resursseista. Terveydenhuollon ammattilaisilta saattaa puuttua myös uusien toimintamallien toteuttamiseen tarvittavia taitoja, eivätkä he välttämättä saa riittävästi opastusta. Vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa on siis haastava, ja ammattilaisten on osattava muun muassa ylläpitää asiakastilanteessa jaettua ymmärrystä käsillä olevasta toiminnasta tasapainoilemalla asiakkaan tarpeiden ja ammatillisten tehtävien välillä. (Collins ym. 2007, 5; Pilnick ym. 2009, 791.) Lisäksi ammattilaisten työtä saattavat ohjata myös sellaiset tavoitteet, joita ei eksplisiittisesti tuoda julki instituution virallisina tavoitteina (Peräkylä & Vehviläinen 2003, 728).

Peräkylä ja Vehviläinen (2003) nimittävät ammattilaisten toimintaa ohjaavia malleja ja teorioita ammatilliseksi vuorovaikutustiedoksi (professional stocks of interactional knowledge). Tämä tieto on löydettävissä muun muassa alan kirjallisuudesta ja työntekijöille suunnatuista oppaista sekä heille annetuista toimintaa koskevista ohjeista. Se koostuu sekä normatiivisista että deskriptiivisistä elementeistä. (Peräkylä & Vehviläinen 2003.) Hyvinvointineuvolassa terveydenhoitajien työskentelyä asiakkaan kanssa ohjaavat muun muassa hyvinvointineuvolan toimintaa koskeviin teksteihin (esim. Kangaspunta & Värri 2007, Rimpelä 2007), neuvolatoiminnan valtakunnallisiin suosituksiin (esim. STM 2004) sekä terveydenhoitajien koulutukseen sisältyvät asiakassuhteen luonnetta ja terveydenhoitajien toimintaa koskevat ohjeet ja tavoitteet.

Tutkimalla terveydenhuollon asiakastyön vuorovaikutusta on mahdollista tarkastella toimintaa ohjaavien tavoitteiden ja suositusten kohtaamista käytännön asiakastyön kanssa (Pilnick ym. 2009, 791). Ammatillisen vuorovaikutustiedon tutkimisella ei kuitenkaan pyritä ainoastaan todistamaan vuorovaikutuskäytänteitä toimiviksi tai toimimattomiksi, vaan ammatillisen vuorovaikutustiedon tutkimisella voidaan ennemmin pyrkiä dialogiin ammatillisen vuorovaikutustiedon ja empiirisen tutkimuksen välillä. Tällöin empiirinen tutkimus voi muun muassa antaa yksityiskohtaisemman kuvan ammatillisen vuorovaikutustiedon kuvailemista käytännöistä tai tarjota uuden ulottuvuuden ammatillisen vuorovaikutustiedon kuvailemien käytäntöjen ymmärtämiseen. (Peräkylä & Vehviläinen 2003.) Tässä tutkielmassa on tavoitteena kuvailla vuorovaikutuskäytänteitä, joilla

vastaanotolla keskustellaan lapsiperheen käytännön avusta. Tämän lisäksi tavoitteena on tarjota näkökulma, jonka avulla voidaan ymmärtää sitä, miten lapsiperheen saama käytännön apu jäsentyy sosiaalisena ilmiönä, ja miten osallistujat orientoituvat toiminnassaan tähän kulttuuriseen järjestykseen, ja miten he toisaalta itse tuottavat sitä neuvolavastaanoton vuorovaikutuksessa.

3 Tutkimustehtävä

Tämä tutkielma on osa Tampereen yliopistossa meneillään olevaa tutkimusprojektia *Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli*. Projektissa on tarkoituksena selvittää, miten tamperelaisissa neuvoloissa käyttöön otettu uusi hyvinvointineurolamalli toimii käytännössä. Projektissa tarkastelun kohteena on muun muassa se, miten neuvolassa työskentelevät ammattilaiset toteuttavat ennaltaehkäisevän terveystyön periaatteita, miten he ovat motivoituneet uuden toimintamallin toteuttamiseen työssään, miten neuvolan ammattilaisten mielestä uutta toimintamallia tulisi kehittää jatkossa sekä miten asiakkaat suhtautuvat uuteen toimintamalliin. (Ruusuvuori ym. 2008, 2.)

Hyvinvointineuvolassa on tavoitteena kiinnittää entistä enemmän huomiota asiakkaana olevan perheen psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Lapsiperheen hyvinvointia edistää muun muassa sen saama sosiaalinen tuki, sillä sen nähdään auttavan perhettä selviytymään kuormittavista tilanteista, ja näin ollen toimiva sosiaalinen verkosto auttaa ennaltaehkäisemään ongelmien syntymistä. Neuvola itsessään voi toimia perheen sosiaalisen tuen lähteenä (Viljamaa 2003, 25). Katson kuitenkin, että myös hyvinvointineuvolan vastaanotolla käyty keskustelu asiakkaan saamasta ja tarvitsemasta sosiaalisesta tuesta on tärkeää, koska näin on mahdollista ensinnäkin selvittää asiakkaan kanssa, kokeeko asiakas saavansa tukea ja apua sitä tarvitessaan. Lisäksi hyvinvointineuvolan vastaanotolla on mahdollisuus koettaa löytää yhdessä asiakkaan kanssa ratkaisu tämän mahdollisesti kokemaan avun puutteeseen. Tutkielmassani lähestyn hyvinvointineuvolan vastaanotolla käytyä keskustelua perheen sosiaalisesta tuesta toimintana, jonka tarkoituksena on kartoittaa perheen voimavaroja ja auttaa perhettä selviämään lapsen syntymän aikaansaamasta uudesta elämäntilanteesta.

Tässä tutkielmassa tarkastelu rajataan perheen saamaan käytännön apuun ja siihen, miten perheen lähisukulaisia ja lapsiperheiden kotipalvelua käsitellään käytännön avun lähteinä. Tämä rajausta perustuu ensinnäkin siihen, että sosiaalisen tuen käsite on laaja ja tarkastelun rajaaminen sen yhteen osa-alueeseen eli käytännön tukeen rajaa tutkittavan ilmiön tutkielman laajuutta silmällä pitäen tarkoituksenmukaisemmaksi. Aiheen rajaaminen käytännön tukeen on jossain määrin kuitenkin keinotekoisia, sillä sosiaalisen tuen eri ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa ja perheen jostain tuen lähteestä saaman tuen eri ulottuvuuksia on vaikea yksiselitteisesti palauttaa sosiaalisen tuen eri osa-alueiksi.

Lisäksi tarkastelun rajaaminen lähisukulaisiin ja lapsiperheiden kotipalveluun perustuu aineistosta tekemiini alustaviin havaintoihin. Ensinnäkin lapsiperheen lähisukulaiset nousevat toistuvasti esiin puhuttaessa perheen käytännön avusta, ja toiseksi lapsiperheen lähisukulaisia ja kotipalvelua käsitellään myös samoissa toimintajaksoissa. Tämän lisäksi tutkimustehtävän määrittelyyn vaikutti se, että perhetyöntekijöiden rooliksi hyvinvointineuvolassa on määritelty ennaltaehkäisevän tuen tarjoaminen perheille.

Määrittelen tutkimustehtävän seuraavasti:

- *Millaisin käytäntein lapsiperheen sukulaisista ja kaupungin järjestämästä lapsiperheiden kotipalvelusta keskustellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla?*
- *Miten sukulaisiin ja lapsiperheiden kotipalveluun orientoidutaan sosiaalisen tuen lähteinä ja, miten nämä kaksi sosiaalisen tuen lähdettä suhteutuvat toisiinsa hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksessa?*

Tutkielman tavoitteena on siis ennen kaikkea tehdä näkyväksi hyvinvointineuvolan asiakastyön vuorovaikutuskäytänteitä kuvailemalla tilanteita, joissa puheenaiheena on käytännön apu. Käytännössä tämä tarkoittaa tilanteita, joissa keskustellaan siitä, mistä asiakas voisi tukea ja saada ja kuka voisi esimerkiksi hoitaa vauvaa, mikäli vanhemmillä on jotain menoja. Tämän lisäksi tutkimuksen tuloksia on mahdollista tarkastella suhteessa hyvinvointineuvolan julkilausuttuihin tavoitteisiin ja pohtia, miten käytäntö kohtaa nämä tavoitteet. Näin tutkielman tavoitteena on tarjota myös eväitä hyvinvointineuvolan toimintakäytäntöjen edelleen kehittämiseen.

Seuraavassa luvussa esittelen tutkielman etnometodologisen viitekehyksen sekä käyttämäni analyysimenetelmän eli jäsenkategoria-analyysin. Tämän jälkeen käsittelen sitä, miten vuorovaikutusta voidaan tutkia neuvolan kaltaisissa institutionaalisissa konteksteissa.

4 Tutkielman etnometodologinen viitekehys

Etnometodologiana nykyään tunnettu suuntaus kehittyi 1960–1970-luvuilla Yhdysvalloissa. Teorian kehittäjä Harold Garfinkel vastusti sosiologian positivistista ja funktionalistista valtavirtaa. (Suoninen 2001, 367.) Garfinkel kritisoi etenkin opettajansa Talcott Parsonsin toimintateorian ajatusta siitä, että yksilöt ovat passiivisia sosiologisten ja psykologisten piirteiden kantajia, joiden toiminta voidaan selittää sen normatiivisuudella tai rationaalisuudella. Sen sijaan Garfinkel korosti, että teorian on tarkasteltava itse toimintaa ja sen olosuhteita sellaisenaan. Garfinkel halusi nostaa huomion keskiöön toimijat ja heidän näkökulmansa. (Heritage 1996, 16–18.) Kehittäessään teoriaansa Garfinkel ammensi vaikutteita Alfred Schutzin fenomenologisesta ajattelusta, jonka mukaan ihmiset tulkitsevat maailmaa erilaisten tyyppikonstruktioiden kautta. Ihmiset uskovat jakavansa samat tyyppikonstruktiot, ja tämä mahdollistaa sosiaalisen elämän sujumisen. (Suoninen 2001, 368–369.)

Garfinkel kehitteli käsitteen *etnometodologia* yleisnimitykseksi ilmiöille, jotka liittyvät ihmisten arkitietoon ja yhteiskunnan jäsenten päättelyprosesseihin. Myöhemmin tätä Garfinkelin tunnetuksi tehnyttä käsitettä alettiin käyttää hänen kehittämästään teoriasta. Käsitteenä *etnometodologia*:

”...viittaa siis erityisen aihepiirin tutkimukseen: arkitiedon tutkimukseen sekä niiden menettelytapojen ja ajatuskulkujen tutkimukseen, joilla tavalliset ihmiset ymmärtävät elinolojaan, toimivat niissä ja vaikuttavat niihin.” (Heritage 1996, 18.)

Garfinkel näki siis, että teorian on tarkasteltava nimenomaisesti toimintaa ja sen rakentumista. Tämä oli Garfinkelin mukaan mahdollista, koska inhimillinen toiminta on itsessään järjestynyttä ja ymmärrettävää. Garfinkel halusinkin selvittää millainen tämä järjestys on, ja miten se toimii. (em., 47.)

Yksi Garfinkelin työn keskeisimmistä käsitteistä on *dokumentaarinen tulkintamenetelmä*, jota toimijat käyttävät tunnistaakseen käsillä olevan toiminnan järjestyksen. Garfinkel havainnollisti dokumentaarista tulkintamenetelmää opiskelijaneuvontakokeellaan. Siinä vapaaehtoisia opiskelijoita pyydettiin osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkittaisiin uudenlaista terapiamuotoa. Opiskelijat sijoitettiin vierekkäiseen huoneeseen terapeutina esiintyneen kokeen suorittajan kanssa ja opiskelijoita pyydettiin kertomaan radioyhteyden kautta ongelmastaan. Tämän jälkeen opiskelijoita pyydettiin esittämään ongelmaa koskevia kysymyksiä, jotka oli muotoiltu siten, että

kokeen suorittaja saattoi vastata niihin joko kyllä tai ei. Opiskelijoita kehoitettiin nauhoittamaan jokaisen saamansa vastauksen jälkeen vastauksen synnyttämä reaktio, niin ettei kokeen suorittaja kuule tätä. Opiskelijoille ei kuitenkaan kerrottu, että kokeen suorittajan antamat vastaukset olivat sattumanvaraisesti ennalta määrättyjä. Tämän seurauksena kokeen suorittajan antamat vastaukset saattoivat olla keskenään ristiriidassa, mutta tästä huolimatta opiskelijat pyrkivät näkemään vastaukset järkevinä ja johdonmukaisina ja koettivat tulkita vastaukset osana ymmärrettävää toimintaa. (Heritage 1996, 91–108.)

Tämä Garfinkelin opiskelijaneuvontakoe havainnollistaa siis sitä, miten toimijat ovat tottuneet siihen, että toiminta on järjestynyttä ja sillä on jokin mieli. Niin kutsutuilla rikkomiskokeillaan Garfinkel osoitti puolestaan, miten tällä järjestäytyneisyydellä on moraalinen ulottuvuutensa ja miten järjestyksen rikkomista pidetään sanktioitavana tekona. Garfinkel kehotti muun muassa opiskelijoitaan ryhtymään arkiseen keskusteluun tutun tai ystävän kanssa, mutta kommentoimaan jollain poikkeavalla tavalla keskustelukumppanin kertomaa. Näissä koetilanteissa koehenkilöt ärsyntyivät ja vaativat selitystä oudolle käytökselle. Kokeen kohteeksi joutuneet henkilöt näkivät kokeen suorittajien toiminnassa tietoisena ja valitun poikkeaman normaalista ja tulkitsivat kokeen suorittajien toiminnan sotivan yhteistyön henkeä vastaan. (Heritage 1996; 87, 104–108.)

Garfinkelin suorittamilla kokeilla voidaan havainnollistaa etnometodologisessa ajattelussa keskeisiä *refleksiivisyyden* ja *selitettävyyden* käsitteitä. Refleksiivisyyden käsitteellä tarkoitetaan sitä, miten ihmisten toiminta ei ole ainoastaan mekaanista sääntöjen noudattamista. Sen sijaan tulkitsemme sääntöjä joustavasti ja tilanteisesti, ja sääntöjen noudattaminen kietoutuu yhteen ympäristön tarkan havainnoinnin kanssa. Toiminnassamme pyrimme tekojen selitettävyyteen eli siihen miten toimintamme on selitettävissä muille ihmisille järjellisenä. Tekojen selitettävyys on läsnä kaikessa toiminnassamme, mutta selvimmin se tulee esiin juuri poiketessamme tavanomaisesta toiminnasta. Tällöin joudumme toiminnastamme selontekovelvollisiksi muille. (Suoninen 2001, 374–376.)

Garfinkelin kehittelemässä etnometodologisessa teoriassa kielellä ja puheella on keskeinen asema (Heritage 1996, 137). Puheen keskeisyys perustuu siihen havaintoon, että puhe läpäisee kaiken sosiaalisen toiminnan. Kielellä suoritetaan erilaisia tehtäviä ja muun muassa kysytään, tervehditään, kerrotaan huolia ja esitetään syytöksiä. Puheen avulla ylläpidetään myös yhteiskunnan instituutioita, joiden tehtäviä hoidetaan puheella. (Francis & Hester 2004, 8.) Puhe on siis käytännön toimintoja ja sillä jäsennetään ja hallitaan arkielämää (Heritage 1996, 142.). Etnometodologian näkökulmasta puhe on myös tilanteista toimintaa, joka muokataan käsillä olevaan tilanteeseen sopivaksi ja sillä

myös muokataan itse tilannetta. (Francis & Hester 2004; 8, 13.) Tässä tutkielmassa toiminnan kontekstina on neuvola, jossa sen tehtäviä hoitavat terveydenhoitajat. Merkittävä osa terveydenhoitajien työstä tehdään juuri puheella. Terveydenhoitajat selvittävät asiakkaan perhetaustaa, kysyvät asiakkaan mielialasta, kertovat ravintosuosituksista, ja antavat neuvoja lapsen hoitoon liittyen.

4.1. Jäsenkategoria-analyysi vuorovaikutusaineistojen tarkastelussa

Tutkielmassani käytän aineiston analysoinnissa jäsenkategoria-analyysia¹. Esittelen ensin jäsenkategoria-analyysin peruslähtökohdat ja analyttiset välineet. Tämän jälkeen hahmottelen sitä, miten jäsenkategoria-analyysia voi käyttää vuorovaikutusaineistojen tutkimisessa. Jäsenkategoria-analyysin kehittäjä on keskusteluanalytikkona kenties paremmin tunnettu Harvey Sacks, joka oli kiinnostunut siitä miten ihmiset onnistuvat tuottamaan yhteisesti jaetun ymmärryksen siitä, mitä tilanteessa tapahtuu ja mitä osallistujat ovat tekemässä (Hakulinen 1997, 13). Sacks pitikin ihmisten välistä vuorovaikutusta ensisijaisena: hän uskoi sosiaalisen järjestyksen olevan vuorovaikutuksen sivutuote. Sacksille vuorovaikutus itsessään oli tutkimusaihe, eikä ainoastaan keino kerätä tietoa ympäröivästä maailmasta. (Ruusuvuori 2001; 383, 389.)

Jäsenkategoria-analyysin peruslähtökohta on se että, huomattava osa arjen kanssakäymisestä on jäsentynyt erilaisiksi kategorioiksi (Järviluoma & Roivanen 1997, 17). Nämä jäsenkategoriat ovat ihmisiä kuvaavia ja luokittelevia ilmauksia (Hester & Eglin 1997a, 3). Kuullessamme jostain henkilöstä käytettävän jotain tiettyä kategoriaa, pystymme tämän kategorian perusteella omaan arkitietoomme nojautuen muodostamaan melko tarkan kuvan kyseisestä henkilöstä, vaikka emme henkilökohtaisesti tuntisikaan häntä (Francis & Hester 2004, 39).

Jäsenkategoriat ovat siis eräänlaisia arkitiedon varastoja. Niihin on varastoituna muun muassa kulttuurisia käsityksiä siitä, millaisia ihmiset ovat ja miten he toimivat. Näihin merkityksiin päästään käsiksi ja ne voidaan nostaa esiin viittaamalla kyseiseen kategoriaan. Jäsenkategoria-

¹ Menetelmän englanninkielisen nimen *membership categorization analysis* (MCA) täsmällinen suomennos on jäsenyyskategorisaatioanalyysi. Kuitenkin menetelmästä on omaksuttu suomen kieleen lyhyempi versio eli jäsenkategoria-analyysi. (Nikander 2010, 243.) Menetelmään liittyvien käsitteiden suomennokset eivät kuitenkaan ole täysin vakiintuneet, sillä muun muassa Järviluoma ja Roivainen (1997) käyttävät menetelmästä nimeä jäsenkategorisoinnin analyysi. Tässä tutkielmassa käytän menetelmästä nimeä jäsenkategoria-analyysi.

analyysin yhteydessä puhutaan nimenomaisesti ihmisten kategorioihin varastoimasta *arkitiedosta* eikä stereotyyppioista tai ennakkoluuloista. Tämä on tietoinen valinta, sillä ihmisille kategorioiden sisältämällä tiedolla on nimenomaisesti tiedon asema, riippumatta siitä onko tämä tieto tieteellisesti totta tai moraalisesti hyväksyttävää. (Schegloff 2007, 469.) Jäsenkategoria-analyysin kiinnostuksen kohteena on juuri tämä kategorioiden sisältämä arkitieto, ja miten ihmiset käyttävät ja tuottavat tätä arkitietoa. Jäsenkategoria-analyysi on metodi, joka pyrkii tekemään arkisen kielenkäytön näkyväksi sekä problematisoimaan ja käsitteellistämään tämän arkitiedon. (Hester & Eglin 1997a, 3.) Seuraavaksi keskityn esittelemään tarkemmin jäsenkategoria-analyysin työkaluja ja avaan näiden työkalujen käyttötapoja empiirisen aineiston analysoinnissa.

Jäsenkategoriat ovat siis ihmisiä kuvaavia ja luokittelevia ilmauksia (Hester & Eglin 1997a, 3). Esimerkiksi lääkäri, serkku, jalkapalloilija ja naapuri ovat kaikki jäsenkategorioita, ja kuten aiemmin on käynyt ilmi, liitämme näihin jokaiseen kategoriaan juuri kyseiselle kategorialle tyypillisiä toimintoja. Tämä kategorioiden sisällään pitämä tieto niihin liitetystä toiminnasta on osa kategorioita koskevaa arkitietoa (Schegloff 2007, 470). Sacks nimitti näitä kategoriasidonnaisiksi toiminnoiksi. Nämä ovat siis toimintoja, joita tiettyyn kategoriaan kuuluvat henkilöt odotuksenmukaisesti ja oikeutetusti voivat tehdä (Hester & Eglin 1997a, 5). Myöhemmin kategoriasidonnaisista toiminnoista on alettu käyttää myös kategoriapiirteen käsitettä (Järviluoma & Roivainen 1997, 17), joka pitää sisällään myös jäsenkategorioihin liitettäviä ominaisuuksia, oikeuksia, velvollisuuksia ja kompetensseja (Hester & Eglin 1997a, 5). Esimerkiksi äidit hoivaavat lapsiaan ja poliisi sakottaa ylinopeudesta.

Jäsenkategoriat muodostavat vakiopareja kuten esimerkiksi äiti-lapsi tai poliisi-rikollinen. Vakioparit esiintyvät yhdessä siten, että jos mainitaan toinen, niin toinenkin on ikään kuin automaattisesti läsnä, vaikka sitä ei suoranaisesti mainittaisikaan. Kuullessaan kategorian sulhanen kuulija odottaa oikeutetusti, että jossain on morsiankin. (Hester & Eglin 1997b; 39, 43.) Vakioparit eivät ainoastaan esiinny yhdessä, vaan ne pitävät sisällään myös oletuksen siitä, millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia pareilla on toisiinsa nähden (Lepper 2000, 17). Poliisilla on oikeus sakottaa ja äidillä on velvollisuus hoivata lastaan.

Jäsenkategoriat muodostavat laajempia kokonaisuuksia, joita kutsutaan jäsenjäsenkategorisointi-välinekategorisointi-välineiksi (Membership Categorization Device eli MCD). Ne pitävät sisällään kokoelman kategorioita, sekä säännöt näiden kategorioiden soveltamisesta (Ruusuvuori 2001, 394). Arkisessa kielenkäytössä jotkin kategoriat kuullaan kuuluviksi yhteen, kun taas jotkin kategoriat

eivät tunnu olevan samasta maailmasta (Hester & Eglin 1997a, 4). Kategoriat isä ja tytär ymmärretään selvästi yhteenkuuluviksi eli ne ovat vastinpari ja ne kuuluvatkin perheen välineeseen. Sen sijaan kategorioiden trumpetin soittaja ja koira välille voi äkkiseltään olla vaikea löytää yhteyttä ja sellaista välinettä, johon ne molemmat kuuluisivat. Jäsenkategorisointi-välineet on kuitenkin mahdollista jakaa kahteen eri luokkaan. Ensinnäkin jotkin jäsenkategorisointi-välineet kuten perhe tai ammatti ovat luonnollisia siten, että arkitietämykseemme perustuen meidän on helppoa luetella joukko näihin välineisiin kuuluvia kategorioita. Osa jäsenyyskategorisointi-välineistä on kuitenkin tilannesidonnoisia. Aiemmin mainitut trumpetin soittaja ja koira saattavat kuulua samaan välineeseen vaikkapa tilanteessa, jossa vuokranantaja etsii uutta vuokralaista eikä halua vuokralaisia, joilla on lemmikkejä tai jotka aiheuttavat melua. (Hester & Eglin 1997a; 4, 16–17.)

Saksin kehittämissä kategorioiden käyttöä koskevista säännöistä esittelen kaksi keskeisintä eli taloudellisuus- ja yhdenmukaisuus-säännöt. Taloudellisuus-säännöllä tarkoitetaan, että ymmärrettävään kuvaukseen jostain henkilöstä riittää yksi kategoria mistä tahansa jäsenyyskategorisointi-välineestä. Useampien kategorioiden käyttö on tietenkin mahdollista, mutta usein vuorovaikutustilanne ei sitä vaadi. (Hester & Eglin 1997a, 4.) Yhdenmukaisuus-säännön mukaan samassa tilanteessa kategorisoitavien ihmisten kuvaamiseen voidaan käyttää kategorioita samasta jäsenkategorisointi-välineestä. Jos siis joukko toisilleen vieraita ihmisiä tapaa toisensa ja joku esittelee itsensä juristiksi, on luontevaa että muutkin esittelevät itsensä mainiten ammattinsa. Yhdenmukaisuus-säännökään noudattaminen ei ole pakollista, ja joku voikin samassa tilanteessa käyttää kategorioita kansalaisuuden jäsenkategorisointi-välineestä ja esitellä itsensä suomalaisiksi. Poikkeaminen yhdenmukaisuus-säännöstä kuitenkin huomataan yleensä ja se herättää usein kysymyksen, miksi kyseinen puhuja halusi poiketa yhdenmukaisuus-säännöstä ja päätti esitellä itsensä juuri kyseiseen välineeseen kuuluvalla kategoriolla. (Schegloff 2007, 471).

Palataan vielä hieman jäsenkategorisointi-välineiden pariin. Jokainen jäsenkategorisointi-väline pitää sisällään yksilöllisen joukon jäsenkategorioita, ja jäsenkategorisointi-välineet eroavat toisistaan muun muassa siinä, miten laajoja ne ovat eli miten suuri joukko ihmisiä voidaan luokitella tietyn jäsenkategorisointi-välineen kategorioihin. Ainakin ikä ja sukupuoli ovat välineitä, joiden kategoriat kykenevät luokittelemaan kenen tahansa sattumanvaraisesti valitun ihmisen. Sen sijaan yliopisto-opiskelijan jäsenkategorisointi-väline on jo paljon suppeampi. Se pitää sisällään muun muassa fuksin ja jatko-opiskelijan jäsenkategoriat, mutta tämän jäsenkategorisointi-välineen kategorioilla ei voida luokitella kuin osa ihmisistä. Puhuttaessa siis kenestä tahansa henkilöstä

ollaan valintatilanteessa. Mitä jäsenkategorioita kulloinkin käytetään ja mitä jätetään käyttämättä. Jäsenkategorioiden valintaa koskevat taloudellisuus- ja yhdenmukaisuussäännöt ovat eräänlaisia kategorioiden relevanssia koskevia sääntöjä. (Schegloff 2007, 467–468.) Jäsenkategorian valintaan ei siis vaikuta niinkään jonkin kategorian ”oikeellisuus” tietyssä tilanteessa. Sen sijaan tietynlainen vuorovaikutustilanne tekee tietyt kategoriat relevanteiksi ja toiset kategoriat epärelevanteiksi. Tarkastelemalla vuorovaikutustilannetta yksityiskohtaisesti on mahdollista havaita, mihin jäsenkategorioihin osallistujat toiminnassaan orientoituvat eli mitä jäsenkategorioita he pitävät kyseisessä tilanteessa relevantteina. (Francis & Hester 2004, 39.)

Vaikka sekä jäsenkategoria-analyysi että keskustelunanalyysi ovat molemmat alkujaan Harvey Sacksin ajattelusta alkunsa saaneita menetelmiä, ovat ne kuitenkin kehittyneet toisistaan melko erillään. Jäsenkategoria-analyysi on myös jäänyt vähemmälle huomiolle keskustelunanalyysin rinnalla jälkimmäisen keskittyessä erityisesti vuorovaikutuksen rakenteiden tarkasteluun. Kuitenkin sen lisäksi, että jäsenkategoria-analyysin avulla on analysoitu tekstiaineistoja (esim. Nikunen 2005, Eglin & Hester 2003, Välimaa 2002), on sitä käytetty myös vuorovaikutusaineistojen analysoinnissa (esim. Hester & Hester 2010, Fogarty & Augoustinos 2008, Roca-Cuberes 2008, Tilbury 2007, Housley 2006). Stephen Hester ja Peter Eglin (1997a, 2) ehdottavatkin eräänlaista synteisiä, jossa keskustelunanalyysin ja jäsenkategoria-analyysin tiukan erottamisen sijaan pyrittäisiin näkemään, miten nämä kaksi menetelmää ovat itse asiassa melko yhteen kietoutuneita, ja voivat siten täydentää toinen toistaan. Hester ja Eglin tuovat esiin, miten vuorovaikutuksen osallistujien orientoituminen omiin jäsenkategorioihinsa kyseisessä kontekstissa vaikuttaa ainakin osittain vuorovaikutuksen jäsentymiseen sekä miten vastavuoroisesti vuorovaikutuksen jäsentymisen auttaa osallistujia sijoittamaan toiset osallistujat vuorovaikutuksen kannalta oikeisiin jäsenkategorioihin. (Hester & Eglin 1997a, 2)

Lähestyn tässä tutkielmassa jäsenkategoria-analyysia ja keskustelunanalyysia toisiaan täydentävinä menetelminä. Tarkoitukseni on tarkastella kategorioita ja niiden käyttöä toimintajaksoihin jäsentyneessä institutionaalisessa kontekstissa. Esittelen seuraavaksi keskustelunanalyysin peruslähtökohdat, joihin nojaudun aineiston analysoinnissa. John Heritage (1996, 236–237) tiivistää ne seuraavanlaisesti:

- 1) Vuorovaikutus on rakenteellisesti järjestäytyntä. Puhe ilmentää vakaita, järjestäytyneitä ja tunnistettavissa olevia rakenteita. Ne ovat muiden rakenteiden ja instituutioiden tapaan riippumattomia puhujien psykologisista ominaisuuksista tai muista henkilökohtaisista

piirteistä. Puhujat ovat omaksuneet nämä rakenteet ja osaavat käyttää tätä tietoa hyväkseen vuorovaikutuksessa. Tarkastelemalla vuorovaikutusta voidaan havaita puhujien orientaatio näitä rakenteita kohtaan.

- 2) Vuorovaikutukseen osallistujat huomioivat toiminnassaan kontekstin. Vuorovaikutuksessa aiemmin tapahtunut luo toiminnalle kontekstin, johon sopivaksi osallistujat muotoilevat oman toimintansa. Lisäksi meneillään oleva toiminta luo kontekstin tulevalle toiminnalle. Puhe on siis kaksinkertaisesti kontekstuaalista; se on sekä kontekstin muovaamaa että kontekstia uudistavaa.
- 3) Vuorovaikutuksen rakenteellinen järjestäytyneisyys ja kontekstuaalisuus läpäisevät vuorovaikutuksen niin, ettei yhtäkään vuorovaikutuksen yksityiskohtaa voi pitää sattumanvaraisena. Tämä merkitsee aineiston yksityiskohtaista empiiristä tarkastelua ja liian aikaisesta teorianmuodostuksesta pidättäytymistä.

Edellä kohdassa 1 mainituista rakenteista tässä tutkielmassa keskeisimmät ovat sekvenssijäsennys ja vuorottelujäsennys. Sekvenssijäsennys on yksi keskusteluanalyttikkojen löytämistä vuorovaikutuksen perusrakenteista, jolla tarkoitetaan sitä, miten peräkkäiset puhetoiminnat muodostavat toimintajaksoja (Raevaara 1997, 75). Toimintajaksot eli sekvenssit muodostuvat puhujien tuottamista vuoroista, joita puolestaan säädellään vuorottelujäsennyksen avulla. Vuorojen tarkastelu osoittaa, miten yksi puhuja puhuu kerrallaan ja vaikka taukoja ja päällekkäispuhunutta esiintyy, niitä pyritään kuitenkin välttämään sujuvin vuoronvaihdoin (Ruusuvuori 2001, 396).

Tässä tutkielmassa toiminnan institutionaalisenä kontekstina on hyvinvointineuvola. Esittelen seuraavaksi institutionaalisen vuorovaikutuksen lähtökohtia sekä sitä, miten institutionaalista vuorovaikutusta on mahdollista tutkia.

4.2. Vuorovaikutuksen tutkiminen institutionaalisisessa kontekstissa

Neuvola on yksi terveydenhuollon instituutioista, joka muiden instituutioiden tapaan toteuttaa sille määriteltyä tehtävää. Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimus tarkastelee tämän kaltaisia virallisia instituutioita. Kuitenkin myös keskustelua itseään on mahdollista pitää instituutiona, sillä keskustelu on normatiivisesti säädeltä ja instituutiona se on hyvin pysyvä ja lisäksi keskustelu itsessään toteuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia tehtäviä. Institutionaalisen vuorovaikutuksen

tutkimus merkitseekin oikeastaan vuorovaikutuksen tarkastelua kahdenlaisten instituutioiden leikkauspinnalla; miten keskusteluinstituution avulla ja sen kautta toteutetaan virallisten instituutioiden tehtäviä. (Peräkylä 1997, 177–180.)

Instituutioiden tehtävät sekä ajan mittaan muotoutunut käsitys siitä, miten näitä tehtäviä tulisi hoitaa, jäsentävät toimintaa institutionaalisessa vuorovaikutustilanteessa. Tämän lisäksi institutionaaliseen vuorovaikutukseen osallistujat suhteuttavat oman toimintansa erilaisiin rooleihin, jotka tyypillisimmillään muotoutuvat osallistujien ammattiaseman tai tehtävän kautta. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13.) Kuitenkaan vuorovaikutustilanteen institutionaalisuus tai osallistujien roolit eivät itsessään määritä sen kulkua. Sen sijaan institutionaalisuus vuorovaikutustilanteen kontekstina tulisikin nähdä pikemmin paikallisesti osallistujien tuottamana ja ylläpitämänä. (Drew & Heritage 1992, 21.) Toiminnan institutionaalisuus tulee siten ilmi siinä, miten osallistujat itse orientoituvat instituution tehtäviin tai rooleihinsa kyseisessä tilanteessa (Arminen 2005, 19). Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimuksella voidaan tehdä näkyväksi muun muassa niitä vuorovaikutuksen käytänteitä, joilla instituution tehtäviä hoidetaan (Vehviläinen 2001, 39).

Tarkasteltaessa institutionaalista vuorovaikutusta, siitä on mahdollista havaita tiettyjä institutionaaliselle vuorovaikutukselle ominaisia piirteitä. Ensinnäkin institutionaalisessa vuorovaikutuksessa vähintään yhden osallistujan toiminnassa on havaittavissa orientoitumista kyseessä olevan instituution päämääriin tai tehtäviin. Toiseksi osallistujien toimintaa institutionaalisessa vuorovaikutustilanteessa säätelevät erilaiset rajoitteet. Kolmanneksi institutionaalisessa vuorovaikutuksessa on havaittavissa kullekin institutionaalille kontekstille ominaisia tulkintakehyksiä. (Drew & Heritage 1992, 22–25.) John Heritage ja Sue Sefi ovat tutkineet englantilaisten terveydenhoitajien ensimmäisiä kotikäyntejä esikoisen saaneiden perheiden luo ja he havaitsivat, miten asiakkaat orientoituivat terveydenhoitajaan ennen kaikkea ”vauvaeksperttinä”, joka on asiantuntija pienen vauvan hoitoon liittyvissä asioissa (Heritage & Sefi 1992, 365). Tässä tutkielmassa toiminnan kontekstina on hyvinvointineuvola, joten esimerkiksi terveydenhoitajien toiminnasta on mahdollista havaita, miten he orientoituvat neuvolan institutionaalisiin tehtäviin kuten raskauden etenemisen seuraamiseen esittämällä asiakkaalle kysymyksiä tämän voinnista. Hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksen tarkastelu osoittaa myös, miten asiakkaat orientoituvat omaan *asiakkuuteensa* vastaamalla terveydenhoitajan esittämiin kysymyksiin, joita muussa kontekstissa saatettaisiin pitää tungettelevina. Lisäksi

asiakkaat eivät oleta terveydenhoitajien olevan selontekovelvollisia samoista asioista, eivätkä siis esitä samanlaisia kysymyksiä vastaavasti terveydenhoitajalle.

Tässä luvussa hahmottelin tutkielmani teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat. Lähestyn aineistoani siten, että katson hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksen olevan toimintaa, jossa sekä asiakkaat että terveydenhoitajat tuottavat yhdessä toiminnan ymmärrettävyyttä ja järjestystä. Yksi keino tuottaa käsillä olevan toiminnan järjestystä ja ymmärrettävyyttä on osallistujien vuorovaikutuksessa tekemä kategoriatyö, joka on mahdollista, koska kategorioiden kantama arkitieto on osallistujien yhteisesti jakama. Sen vuoksi, että kategorioiden käyttö on aina tilanteista, vuorovaikutuksessa on mahdollista käyttää eri kategorioita ja vieläpä sangen luovasti. Tämän osallistujien vuorovaikutuksessa jatkuvasti tekemän kategoriatyön avulla osallistujien on mahdollista nostaa esiin tiettyjä kategorioita ja samalla niiden kantamaa arkitietoa, välttää joidenkin kategorioiden käyttöä tai jopa vastustaa joitain kategorisointeja.

Kuvaamani osallistujien kategoriatyö tapahtuu osana sekä sekventiaalisesti toimintajaksoihin jäsentynyttä toimintaa että toimintana, jonka institutionaalisenä kontekstina on hyvinvointineuvola. Oletan, että nämä kaksi kontekstia antavat leimansa kategorioiden käytölle. (vrt. Housley 2006, 6–7.) Ensinnäkin kategorioiden käytön tarkastelu osana sekventiaalisesti jäsentynyttä toimintaa merkitsee sitä, että kategorioiden käytön kehittymistä vuorovaikutuksen kulussa on mahdollista tarkastella osallistujien sovittaessa puheensa sekä edeltävään toimintaan että ennakoidessaan omassa toiminnassaan muiden osallistujien seuraavia puheenvuoroja. Toiseksi aktiivisella kategoriatyöllä osallistujien on mahdollista orientoitua omiin institutionaalisiin rooleihinsa ja tehtäviinsä, tehdä ne näkyväksi toisille osallistujille ja myös hoitaa institutionaalisia tehtäviään vuorovaikutuksessa.

5 Tutkimuksen toteutus

5.1. Aineisto ja analyysiprosessi

Tutkielmassani käytän aineistona videoituja neuvolavastaanottoja. Aineisto on kerätty *Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli* -projektissa. Aineistoa on kerätty kuudesta tamperelaisesta neuvolasta. Yhdestä hyvinvointineurolamallia jo pidempään käyttäneestä, kolmesta mallin hiljattain käyttöön ottaneesta sekä kahdesta neuvolasta, jossa malli ei vielä ole käytössä. Aineiston ensimmäiset vastaanotot on videoitu syksyllä 2006 ja viimeiset kesäkuussa 2008. Videoituja vastaanottoja on yhteensä 143. Vastaanotoista noin puolet sijoittuu raskausaikaan ja puolet lapsen syntymän jälkeiseen aikaan aina lapsen ensimmäisen ikävuoden täyttymiseen saakka. (Ruusuvoori ym. 2008, 3 – 4.)

Projektissa kerätty aineisto on niin laaja, että tätä tutkielmaa varten sitä on syytä rajata. Otan kokonaisaineistosta tutkielmani aineistoksi ensinnäkin ne vastaanotot, jotka on kuvattu hyvinvointineurolamallin periaatteiden mukaisesti toimivissa neuvoloissa. Lisäksi rajaan aineistoa vielä tarkemmin siten, että otan mukaan ne hyvinvointineurolan vastaanotot, jossa asiakkaan perheessä on vasta yksi lapsi tai tätä ensimmäistä lasta vasta odotetaan. Osittain tämä raja on käytännöllinen, sillä projektin keräämästä aineistosta suurin osa on vastaanottoja, joilla asiakkaana on perhe esikoisensa kanssa tai tätä perheen ensimmäistä lasta odotetaan. Perustelen tätä rajausta myös toisaalta sillä, että yhtenä neuvolan tehtävänä pidetään asiakkaiden tukemista prosessin aikana, jota kutsutaan siirtymäksi vanhemmuuteen, jonka aikana tulevien vanhempien ajatellaan integroivan isyyden ja äitiyden osaksi persoonallisuuttaan ja pohtivan uuden perheenjäsenen mukanaan tuomia muutoksia (Karila 1991, 32; Nieminen & Nummenmaa 1985, 24). Näin voidaan siis ajatella, että etenkin ensimmäisen lapsen kohdalla tutkimuskysymyksiäni kannalta relevantit teemat, kuten se mistä perhe kokee saavansa tukea lapsen synnyttä ja kuka lapsen hoidossa voisii auttaa, puhuttavat hyvinvointineurolan vastaanotolla.

Seuraavaksi lähdinkin etsimään vastaanotoilta sellaisia toimintajaksoja, joissa puheenaiheena oli lähisukulaisen tarjoama tuki tai kaupungin kotipalvelu. Käytännössä tämä merkitsi sitä, että poimin aineistosta kohtia, joissa käytettiin kategorioita sukulaisen jäsenkategorisointi-välineestä tai puhuttiin kotipalvelusta tai perhetyöntekijästä tai käytettiin näihin kategorioihin mahdollisesti

liitettäviä kategoriasidonnaista toimintaa merkitseviä sanoja. Lisäksi poimin mukaan sellaisia toimintajaksoja, joissa puhuttiin suoranaisesti tukemisesta tai lastenhoitoavusta. Tällä tavoin aineistoa rajaamalla tutkielmassa käytettävä aineisto koostuu yhteensä 24 vastaanotosta. Valituilla vastaanotoilla työskentelee yhteensä kahdeksan eri terveydenhoitajaa, ja vastaanottojen kestot vaihtelevat aina hieman reilusta puolestatoista tunnista noin puoleen tuntiin. Näistä vastaanotoista 15 on raskaudenaikaisia käyntejä ja kahdeksalla vastaanotolla esikoinen on jo syntynyt. Yhdellä vastaanotolla tehdään sekä lapsen että perheen toista lasta odottavan äidin määrääaikaistarkastukset. Kymmenellä vastaanotolla ovat mukana molemmat vanhemmat ja 14 vastaanotolla on mukana ainoastaan nainen joko yksin tai lapsensa kanssa. Vastaanotoista viisi on raskaudenaikaisia niin kutsuttuja lomakekäyntejä, joilla on mukana molemmat vanhemmat. Näillä käynneillä keskustellaan asiakkaiden etukäteen täyttämien lomakkeiden pohjalta, ja puheenaiheena on erityisesti perheen psykososiaalinen hyvinvointi.

Näiden 24 vastaanoton kanssa jatkoin siis analyysiprosessia ja poimin sieltä toimintajaksoja, joissa käsiteltiin perheen saamaa käytännön tukea sekä lapsiperheiden kotipalvelun tarjoamia palveluita. Analysoidessani näitä toimintajaksoja käytin video-aineiston tukena litteraatioita. Etenin analyysiprosessissani siten, että pyrin ensin tutustumaan aineistooni mahdollisimman hyvin ja muodostamaan siitä itselleni mahdollisimman kattavan kokonaiskuvan. Pyrkimyksenäni oli oppia tuntemaan aineistoni katselemalla aineistoa useampaan kertaan litteraatioiden kanssa. Oman aineistonsa perinpohjaisella tuntemisella voidaan varmistaa, etteivät aineistosta tehdyt tulkinnat nojaa ainoastaan aineiston satunnaisuuksiin (Eskola & Suoranta 1998, 65.) Jo tässä vaiheessa kiinnitin alustavasti huomiota aineostossa käytettyihin kategorioihin ja niihin liitettyihin ominaisuuksiin ja toimintoihin. Tämän jälkeen etenin kuitenkin aineiston systemaattisempaan analyysiin, jossa perehdyin toimintajaksoihin yksityiskohtaisesti litteraatioiden avulla. Analysoituani yksittäisiä toimintajaksoja lähdin tämän jälkeen tarkastelemaan sitä, miten yksittäisissä toimintajaksoissa ja vastaanotoilla esiintyneet kategoriat suhteutuvat toisiinsa. Analyysiprosessin kuluessa tarkastelin myös sitä, millä tavoin samoja kategorioita käytettiin eri toimintajaksoissa ja miten kategorioiden käyttö jäsenyi ja kehittyi yksittäisissä toimintajaksoissa.

5.2. Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkielmassa käytettävä aineisto koostuu videoiduista terveydenhoitajan vastaanotoista, joilla käsitellään asiakkaiden yksityisyyden piiriin kuuluvia kysymyksiä kuten odottavan äidin tai lapsen terveyttä ja koko perheen psykososiaalista hyvinvointia. Tämän vuoksi tutkimukseen osallistuvien

yksityisyys on suojattava tutkimusta tehtäessä. Kerättäessä aineistoa tutkimusprojektin tarpeisiin sekä tutkimukseen osallistuneille asiakkaille että hyvinvointineuvolassa työskenteleville ammattilaisille annettiin tiedote tutkimuksesta, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston keräämisestä, sen säilyttämisestä ja ketkä aineistoa tulevat käsittelemään. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat ja hyvinvointineuvolan työntekijät ovat lisäksi allekirjoittaneet kirjalliset tutkimusluvut. (ks. Liitteet 2–5)

Tutkimusprojektin jäsenenä olen allekirjoittanut vaitiolositoumuksen, jossa sitoudun siihen, että en luovuta tai näytä aineistoa kenellekään ulkopuoliselle, käytän aineistoa ainoastaan tässä tutkielmassa ja palautan aineiston, siitä tehdyt kopiot ja litteraatiot tutkielman valmistuttua. Käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että säilytän aineiston niin, että se ei pääse ulkopuolisten käsiin. Lisäksi litteroitaessa aineistoa se on anonymisoitava. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tunnistamiseen johtavat tiedot kuten eris- ja paikannimet on muutettava. Anonymisoinnilla varmistetaan ettei, tutkimukseen osallistuneita voi tunnistaa tutkimustuloksia raportoitaessa.

6 Analyysi

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni tulokset. Käsittely jakaantuu kahteen osaan ja käsittelen ensin sitä, miten lapsiperheiden lähisukulaisista keskustellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla ja millaisena sosiaalisen tuen lähteenä lähisukulaiset näyttäytyvät. Analyysin toisessa osassa keskityn esittelemään millaista keskustelua kaupungin järjestämästä lapsiperheiden kotipalvelusta käydään hyvinvointineuvolan vastaanotolla sekä millaiseksi tuen tarjoajaksi kotipalvelu mielletään. Toisessa osassa käsittelen myös sitä, miten näitä kahta sosiaalisen tuen lähdettä käsitellään suhteessa toisiinsa, ja millaisena näiden kahden sosiaalisen tuen välinen suhde näyttäytyy.

Tässä analyysiluvussa tarkoitukseni on kiinnittää huomiota siihen, miten hyvinvointineuvolan vastaanotolla käyty keskustelu lapsiperheen sosiaalisesta tuesta ei ole ainoastaan keskustelua siitä, mistä ja millaista apua perhe saa. Tällaisessa keskustelussa tullaan myös samalla määritelleeksi sitä, miten perheen ulkopuolelta saama tuki jäsentyy sosiaalisesti. Kysymykset siitä keneltä ja millaisissa tilanteissa apua saadaan, ovat siis myös moraalisia kysymyksiä, jolloin vuorovaikutuksessa tuotetaan osallistujien kesken käsitystä normaalista tavasta olla perhe ja vanhempi (vrt. Broadhurst 2008, 4.1).

Havainnollistan tekemääni analyysia esittämällä aineistoesimerkkejä, jotta myös lukijan on mahdollista arvioida aineistosta tekemieni tulkintojen johdonmukaisuutta. Olen numeroinut tässä luvussa esitettävät aineistoesimerkit juoksevilla numeroinnilla. Muutamat näissä aineistoesimerkeissä esitettävät pidemmät yhtenäiset toimintajaksot olen jakanut esityksen selkeyden vuoksi kahtia ja merkinnyt ne numeroinnin lisäksi kirjaimin a ja b. Jokaisen aineistoesimerkin yhteydessä kerron, millaiseen toiminnan kontekstiin kyseinen esimerkki sijoittuu: keitä vastaanotolla on paikalla, millaiseen vaiheeseen vastaanottoa esimerkki sijoittuu ja mitä ennen esimerkin alkua vastaanotolla on ollut tekeillä. Puhujat on esitetyissä esimerkeissä eritelty jokaisen vuoron edessä olevalla kirjaimella seuraavasti: T = terveydenhoitaja, N = naisiasiakas ja M = miesiasiakas. Litteraatioissa käytetyt muut merkit löytyvät liitteestä 1.

6.1. Lähisukulaiset lapsiperheen tuen lähteenä

Tässä luvussa tarkoitukseni on esitellä, millaista keskustelua hyvinvointineuvolan vastaanotolla käydään lähisukulaisista lapsiperheiden käytännön tuen lähteenä ja, miten lähisukulaisten tarjoama käytännön tuki suhteutuu esimerkiksi ystävien tarjoamaan käytännön tukeen. Aineistoa

analysoidessani havaitsin, että asiakasperheen lähimmistä sukulaisista keskustellaan moninaisissa tilanteissa hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Jo ensikäynnin aikana vastaanotolla keskustellaan lähisukulaisista, ja tällöin etenkin terveydenhoitajat tiedustelevat aktiivisesti asiakasperheen lähisukulaisiin liittyvistä asioista, kuten suvussa esiintyvistä perinnöllisistä sairauksista, lähimpien sukulaisten asuinpaikasta sekä asiakasperheen suhteista lähimpiin sukulaisiinsa. Toisaalta aineistossani myös asiakkaat itse saattavat nostaa lähisukulaiset puheenaiheeksi muun muassa tilanteissa, joissa asiakas kertoo vierailuistaan sukulaisten luo tai huolta aiheuttavista ongelmistaan sukulaisten kanssa. Näin ollen hyvinvointineuvolan vastaanotolla asiakasperheen lähisukulaisista keskustellaan sekä asiakkaan että terveydenhoitajan aloitteesta. Tarkastellessani, millaisten teemojen yhteydessä lähisukulaisista keskustellaan nimenomaisesti käytännön tuen lähteinä, havaitsin, että useimmiten vastaanotolla keskusteltiin tällöin juuri perheen lastenhoitojärjestelyistä. Tällaisissa tilanteissa pohdittiin muun muassa sitä, ketä lasta mahdollisesti pyydetäisiin hoitamaan, mikäli vanhemmilla on omia menoja tai kuka perhettä voisi auttaa, jos jompikumpi vanhemmista sairastuisi. Koska terveydenhoitajat keräävät tietoa asiakkaidensa lähisukulaisista, voidaan tätä kerättyä informaatiota pitää eräänlaisena taustatietona asiakasperheestä (Kuronen 1993, 73–74). Tämä taustatieto auttaa hyvinvointineuvolassa työskenteleviä terveydenhoitajia toteuttamaan institutionaalista tehtäväänsä koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin tukijana.

Seuraavat kolme aineistoesimerkkiä havainnollistavat sitä, miten lapsiperheen lähisukulaisia kohdellaan käytännön tuen lähteinä hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Kahdessa ensimmäisessä samalta vastaanotolta olevassa aineistoesimerkissä aineistoesimerkissä havainnollistuu toimintajakso, jossa keskustellaan asiakkaana olevan perheen sosiaalisesta tukiverkosta ja siitä, onko perheellä tukiverkossaan henkilöitä, jotka voisivat auttaa vauvan hoidossa. Tässä esikoistaan odottava pariskunta on niin kutsutulla lomakekäynnillä, jolla käsitellään asiakkaan etukäteen täyttämiä lomakkeita. Tämän esimerkin alkaessa terveydenhoitaja keskustelee pariskunnan kanssa lomakkeessa ensimmäisenä olevasta sosiaalisen tuen osiosta. Ennen tämän esimerkin alkua puheenaiheena on ollut se, kenelle pariskunta kertoo huolensa ja millaisena tukena he ovat toinen toisilleen. Keskustelussa asiakkaat ovat tuoneet ilmi, että heillä on sosiaalista verkostoa ympärillään. Esimerkin alkaessa terveydenhoitaja jatkaa edelleen pariskunnan saamasta tuesta keskustelua.

Esimerkki 1

- 1 T: ja (.) teille (.) ilmiselvästi tulee tuota mieleen ihan
- 2 läheisiä jos (.) vauvan kanssa tulis tilanne että ulos .hh nyt
- 3 me tarvitaan (.) nyt me tarvitaan tämä .hh ↑yks ilta me tarvitaan

4 [että me päästään puistoon käveleen kahteen pekkaan ku
5 M: [hmm (h)
6 T: .hh vauva on (.)viiden kuukauden ikänen ja .hh tai (0.5) missä
7 vaiheessa tahansa niin (0.6) kuka sulla tulee mieleen?,
8 (0.5)
9 N: kyl mulla tulee (.) [varmaan
10 T: [mm?
11 M: hmm
12 N: montakin mutta tai sillai että .hh omat vanhemmat asuu sit tai
13 perhe ne asuu sie porvoossa et niille ei nyt ihan [yheks
14 illaks viitti fheittääf .mutta
15 M: [(h)
16 T: niin,
17 N: .hh mut sit [timon (.) [timon äiti ja ne kun asuu lähellä
18 M: [mm. [mm.
19 N: tai [sisarukset molemmat .hh [asuu lähellä että
20 M: [(niin)
21 T: [joo,
22 N: ja sit [on mullakin niit ystäviä asuu tässä jotka varmasti (.)
23 T: [hmm
24 N: joihin pystyis luottamaan niin kun .hh
25 T: joo.
26 (.)
27 T: joo,

Perustuen edellä käytyyn keskusteluun terveydenhoitaja tekee rivillä 1 alkavassa vuorossaan oletuksen pariskunnan sosiaalisesta tukiverkosta toteamalla, miten pariskunnalla *ilmiselvästi tulee läheisiä* ihmisiä mieleen. Terveydenhoitaja jatkaa omaa vuoroaan ja orientoituu puheessaan jo tulevaisuuteen ja lapsen syntymän jälkeiseen aikaan. Käyttämällä konditionaalia (*tulis*) terveydenhoitaja luo tulevaisuudessa mahdollisesti toteen käyvän tilanteen, jossa pariskunta haluaisi viettää aikaa kaksistaan ilman vauvaa. Terveydenhoitaja päättää vuoronsa rivillä 7 kysyen, tuleeko sellaista henkilöä mieleen, jota voisi pyytää hoitamaan vauvaa täksi ajaksi. Terveydenhoitaja on käyttänyt vuoronsa alussa läheisen kategoriaa, joten on mahdollista päätellä terveydenhoitajan hakevan rivin 7 kysymyksellään vastausta, josta käy ilmi, keitä pariskunta pitää läheisinä itselleen ja olisi näin potentiaalinen hoitaja vauvalle. Näin terveydenhoitaja ei määrittele kysymyksessään, olisiko tämän henkilön oltava esimerkiksi vanhempien sukulainen tai ystävä, vaan terveydenhoitaja hakee kysymyksellään ketä tahansa henkilöä, jonka vanhemmat kokevat itselleen läheiseksi.

Tämän rivin 7 kysymyksen terveydenhoitaja kohdistaa naiselle sekä sanallisesti (*kuka sulla tulee mieleen*), että myös katsomalla naista kysymystä esittäessään. Nainen myös valikoi itsensä vastaajaksi ja aloittaa vastauksensa rivillä 9 sanoen, miten hänelle tulee mieleen montakin henkilöä, joilta voisi pyytää apua. Tässä vaiheessa nainen ei vielä yksilöi tarkemmin, keitä nämä henkilöt

ovat, vaan puhuu heistä määrittelemättömänä ryhmänä *montakin*. Rivillä 12 nainen kuitenkin muuttaa vastauksensa suuntaa ja sulkee omat vanhempansa ja muun perheen mahdollisten auttajien ulkopuolelle. Hän kertoo oman perheensä asuvan toisaalla, joten he eivät ole ensisijainen avun lähde terveydenhoitajan kuvailemassa tilanteessa. Rivillä 17 nainen palaa jälleen vastaamaan terveydenhoitajan kysymykseen ja mainitsee miehen äidin sekä rivillä 19 miehen sisarukset henkilöiksi, joilta voisi pyytää apua terveydenhoitajan kuvailemassa tilanteessa. Nainen lisää tähän joukkoon vielä ystävänsä rivillä 22, jotka asuvat lähellä. Hän jatkaa vielä kertoen ystävistään (*jotka varmasti*), mutta muuttaa puheensa suuntaa kesken vuoron ja kertoo rivillä 24, että hänellä on ystäviä, *joihin pystyis luottamaan*.

Vastauksessaan nainen tarjoaa mahdollisia vauvanhoitajia lähipiiristään. Nämä henkilöt hän sijoittaa ystävän jäsenkategorisointi-välineeseen ja perheen välineeseen, mikäli se tässä mielletään ydinperhettä laajemmaksi kokonaisuudeksi käsittäen myös lähimmät sukulaiset. Vaikka sekä ystävät että perhe mainitaan hoitajina, perustuu näiden kahteen eri jäsenkategorisointi-välineeseen kuuluvien henkilöiden luokittelu vauvan hoitajan kategoriaan erilaisille ehdoille. Perheen kohdalla kyseessä näyttää olevan ensisijaisesti avun saatavilla olo tai tämän avun tarkoituksenmukaisuus tai käytännöllisyys tietyssä tilanteessa. Tämä kävi ilmi naisen puheessa hänen kertoessaan, miten yhtä iltaa varten hänen omia vanhempiaan ei välttämättä kannata pyytää, koska he asuvat kauempana. Sen sijaa miehen perhe asuu lähellä, joten heitä voi siis pyytää hoitoavuksi. Naisen kertoessa ystävistään, hän tuo esiin sen, että hekin asuvat lähellä. Kuitenkin pelkkä ystävien saatavilla olo eli mahdollisuus pyytää apua ei riitä, vaan ystäviin täytyy voida myös luottaa. Näin kyky luottaa ystäviin valikoituu ennakkoehdoksi, jonka täytyessä myös ystävä on potentiaalinen vauvan hoitaja. Perheen jäsenkategorisointi-välineeseen luokiteltavien henkilöiden kohdalla kysymystä luottamuksesta ei tarvitse erikseen käsitellä, vaan se on tähän jäsenkategorisointi-välineeseen luokiteltavien ihmisten suhteissa oletuksenmukaisesti läsnä.

Vastaanotto jatkuu edellisen esimerkin päätyttyä seuraavasti.

Esimerkki 1b

- 28 N: (et on semmonen) kyl niin kun on on sillai tu- tukiverkosto
29 silläkin osalla tosi (-)
30 T: kyllä.
31 (.)
32 T: .hh se on hyvä asia olla sillai niin kun tiedossa,
33 M: [niin o niin o.
34 N: [hmm.
35 T: että se (.) vaikkei sitä (.) se menee pitkä aika en[nen kun te

36 annatte hänet mihin-
 37 N: [hmm.
 38 M: hmm.
 39 T: kellekkään [antaa [sillain että se .hh tietosuus on hyvä?
 40 N: [niin [niin,
 41 M: [joo,
 42 T: =elikkä (.) ootte tyytyväisiä ymmärränkö oikeen tän?
 43 M: kyllä.

Nainen kertoo, että heillä on tukiverkostoa. Terveydenhoitaja ottaa tämän vastaan lyhyellä *kyllä*-vastauksella ja jatkaa rivillä 32 arvioiden pariskunnan tilannetta. Hän toteaa, miten tämä asia on hyvä olla tiedossa. Terveydenhoitaja jatkaa rivillä 35, jolloin käy ilmi, että terveydenhoitajan mukaan on hyvä olla tiedossa, keneltä pyytää apua vauvan hoidossa. Kuitenkin tätä tarvetta ei terveydenhoitajan mukaan vielä hetkeen tule olemaan, koska vanhemmat eivät halua antaa lastaan muiden hoidettavaksi. Näin terveydenhoitaja tekee oletuksen kyseisen perheen lastenhoitojärjestelyistä, joka myös samalla pitää sisällään normatiivisen odotuksen siitä, etteivät vanhemmat halua antaa lastaan muiden hoidettavaksi kovin varhaisessa vaiheessa. Rivillä 39 terveydenhoitaja toteaa vielä uudelleen, miten tietoisuus avun saatavilla olosta on hyvä asia ja tekee vielä rivillä 42 arvion perheen tilanteesta pukien sen kysymyksen muotoon, joka hakee vastaukseksi myöntävää vastausta. Tähän mies vastaakin esimerkin päättyessä myöntävästi *kyllä*.

Näissä kahdessa edellisessä samalta vastaanotolta olevissa aineistoesimerkissä arvioitiin siis perheen sosiaalisia verkostoja ja etsittiin sieltä potentiaalisia hoitajia vauvalle tämän synnyttyä. Tässä tapauksessa asiakas siis kertoi, että perheellä on läheisiä, joilta voi pyytää apua. Lisäksi asiakas myös yksilöi terveydenhoitajan esittämässä tilanteessa kyseeseen tulevat mahdolliset avun lähteet tarkemmin. Esimerkeissä havainnollistui myös, miten lähimpien sukulaisten ja ystävien tarjoama käytännön tuki rakentui erilaisille ehdoille eli ystävien kohdalla kyseessä oli ystävää kohtaan tunnettu luottamus ja lähimpien sukulaisten kohdalla ehtona oli avun saatavilla olo.

Tämän seuraavan aineistoesimerkin avulla valotan tarkemmin sitä, millainen merkitys lähisukulaisten tarjoamalle tuelle annetaan. Tässä vastaanotolla olevan esikoistaan odottavan naisen raskaus on edennyt noin puoleen väliin. Hän on juuri siirtynyt tämän kyseisen terveydenhoitajan asiakkaaksi ja tapaa siis terveydenhoitajan ensimmäistä kertaa. Osittain kenties tästä syystä vastaanotolla keskustellaan huomattavan paljon naisen elämäntilanteesta ja tämän sosiaalisesta tukiverkosta. Esimerkin alkaessa asiakas on juuri kertomassa, miten hänen isänsä on muuttamassa paikkakunnalle lähitulevaisuudessa.

Esimerkki 2

1 N: mitä mää nyt oon asunu muutaman vuoden niin se on sitte
2 ruvennu haikailemaan ja (.) tekee siellä työt loppuun ja
3 nytte .hhh muuttaa sitten niinku toivon mukaan silleen
4 et jouluks (0.9) tosissaan et asuis jo täällä,=[ja se on
5 T: [joo,
6 N: siis tosi helpottavaa siis sillai että .hh [tai siis
7 T: [no minkälaiset
8 suhteet muuten on niin on [niinku vanhempiin?
9 N: [siis,
10 N: siis tosi hyvät (.) et sillä se onki ihana et se isä
11 muuttaa et on [aina joku semmonen varma että voit varmasti
12 T: [joo,
13 N: mennä .hh [sinne ja sillain että
14 T: [nii just ja (.) vaari lapselle [sitte tavallaan
15 siinä,

Riveillä 1 ja 2 asiakas kertoo, että hänen oman muuttonsa seurauksena myös hänen isänsä on alkanut suunnitella muuttoa paikkakunnalle. Nainen kertoo riveillä 4 ja 6 kokevansa isän muuton lähemmäksi häntä helpottavana, ja näin asiakas implikoi kokevansa isän halun muuttaa lähemmäs tytärtään positiivisena asiana. Nainen on jatkamassa selontekoaan isänsä muuttoon liittyen, mutta rivillä 7 terveydenhoitaja keskeyttää naisen puheen ja kysyy millaiset välit naisella on omiin vanhempiinsa. Nainen kertoo rivillä 10 suhteiden olevan *tosi hyvät* ja jatkaa kertoen, että hänellä on sen jälkeen joku, jonka luo voi varmasti mennä. Aiemmin vastaanotolla on käynyt ilmi, että naisen muut perheenjäsenet asuvat toisaalla. Näin paikkakunnalle tulevaisuudessa muuttava isä on asiakkaan ainut hänen lähellään asuva lähisukulainen. Asiakkaan kertoessaan omasta isästään, hän virittää samalla esiin isän ja tyttären kategorioiden muodostaman vastinparin. Tämän vastinparin sisällään pitämän moraalisen ulottuvuuden mukaan isällä on velvollisuus huolehtia tyttärestään, ja tyttärellä on oikeus odottaa saavansa apua. Tämä odotus säilyy, vaikka tytär olisikin – kuten tässä tapauksessa – aikuinen. Tähän isän ja tyttären kategorioiden muodostaman vastinparin mukanaan kantamaan odotukseen myös asiakas itse orientoituu toiminnassaan, hänen käsitellessään isän tämän muuton jälkeen tarjoamaa tukea positiivisena ja jatkuvasti saatavilla olevana.

Edellisen aineistoesimerkin avulla pyrin havainnollistamaan, millainen merkitys lähisukulaisten tarjoamalle tuelle hyvinvointineuvolassa annetaan. Esimerkissä asiakas toi esiin, miten isänsä paikkakunnalle muuton jälkeen, tämän tarjoamaa apua on jatkuvasti saatavilla. Lisäksi isän tarjoama apu on jotain, jota vastaavaa apua naisella ei ole tällä hetkellä saatavilla. Näin lähisukulaisen tarjoama apu tuotetaan jollain tapaa erityiseksi.

Kuten aineistoesimerkissä 1a kävi ilmi, ystäviin orientoidutaan mahdollisina vauvan hoitajina, mikäli vanhemmat kykenevät luottamaan ystäviin. Seuraava aineistoesimerkki havainnollistaa hieman tarkemmin, miten ystäviin orientoidutaan vauvan hoitajina ja näin siis käytännön tuen lähteenä. Vastaanotolla asiakkaana oleva pariskunta odottaa esikoistaan. Ennen katkelman alkua vastaanotolla on puhuttu siitä, että mies ja nainen kokevat molemmat voivansa keskustella ystäviensä kanssa mieltään painavista asioista. Katkelman alkaessa terveydenhoitaja kysyy vauvanhoitoavusta.

Esimerkki 3

1 T: mites vauvanhoitoapua?
2 (1.2)
3 N: [no siton tullu,
4 T: [tuleeko ystäviltä,
5 (.)
6 M: [sit-
7 N: [ainaki tällä hetkellä kaikki ilmottautunu.
8 M: nii.
9 (0.3)
10 T: @vapaaehtoseksi@,
11 (.)
12 T: .nii
13 N: [katotaan sitte ku se o.]
14 M: [saa nähä ny että kuinka] käy heh [heh
15 N: [nii.

Mies tai nainen eivät kumpikaan heti vastaa terveydenhoitajan esittämään kysymykseen. Nainen aloittaa tauon jälkeen vastauksen, mutta samanaikaisesti myös terveydenhoitaja tarkentaa esittämäänsä kysymystä tiedustelleen saavatko he lastenhoitoapua ystäviltä. Rivin 3 vuorossa nainen kertoo, että lastenhoitoapua on jo tullut. Rivillä 6 ja 7 nainen ja mies ovat aloittamassa uuden vuoron samanaikaisesti, mutta mies väistää ja antaa naisen jatkaa vuoroaan: *ainaki tällä hetkellä kaikki ilmottautunu*. Tässä nainen viittaa *kaikilla* ystäviin eli siis kaikki pariskunnan ystävät ovat ilmoittautuneet vauvan hoitajiksi. Mies vahvistaa naisen puheen omassa vuorossaan rivillä 8 sanomalla lyhyesti *nii*. Rivillä 10 terveydenhoitaja täydentää naisen edellä kertomaa ja nimeää ystävien ilmoittautuneen *vapaaehtoiseksi*. Terveydenhoitajaa on tässä vaiheessa videokuvan ulkopuolella ja hänen kasvojaan ei näy, mutta terveydenhoitajan äänestä voi kuulla jonkinasteista huvittuneisuutta ja asian kohtelua hieman humoristisena. Riveillä 13 ja 14 nainen ja mies aloittavat jälleen vuoronsa samanaikaisesti. Molemmat tuovat omassa vuorossaan esiin, epäilevänsä hieman sitä, pitävätkö ystävät lupauksensa. Lähtökohtaisesti lupauksen antaminen velvoittaa sen pitämiseen, ja lupauksen rikkoja altistaa itsensä samalla myös selontekovelvolliseksi toiminnastaan.

Kuitenkaan tässä aineistoesimerkissä tämä lupauksen antamisen moraalinen ulottuvuus ei ole läsnä. Mistä se sitten johtuu? Aineistoesimerkissä käytetyn ystävän kategorian velvoittaviin ominaisuuksiin kuuluu ehkä pikemminkin emotionaalisen tuen tarjoaminen ystävälle kuin konkreettisen tuen tarjoaminen. Näin ollen vauvanhoitoavun tarjoaminen on jotain, mitä ystävät voivat halutessaan tehdä, mutta sitä ei kohdella heidän velvollisuutenaan.

Hyvinvointineuvolan vastaanotolla lähisukulaisia kohdellaan siis jollain tapaa itsestään selvinä tuen lähteinä ja tämän voi katsoa ilmentävän lähisukulaisen kategoriaan liitettyjä piirteitä. Ystäviä kohdellaan potentiaalisina käytännön tuen lähteinä, mutta edellytyksenä on vanhemman tuntema luottamus ystävää kohtaan sekä ystävän halu auttaa.

Havainnollistin edellä esittämieni aineistoesimerkkien avulla ensinnäkin sitä, millaista keskustelua hyvinvointineuvolan vastaanotolla käydään lapsiperheen lähisukulaisista käytännön avun lähteenä. Aineistoesimerkki 2 osoittaa, miten lähisukulaisten tarjoaman tuen saatavilla oloon suhtaudutaan lähtökohtaisesti positiivisena asiana. Esimerkit 1a ja 1b puolestaan osoittavat, miten lähisukulaisten tarjoaman avun saatavilla oloa käsitellään ennakkoehtona avun pyytämiselle, kun taas pohdittaessa mahdollisuutta pyytää apua ystäviltä, ennakkoehdoksi valikoituu vanhemman ystävää kohtaan tuntema luottamus. Aineistoesimerkissä 3 havainnollistin hieman lähemmin, miten ystäviä kohdellaan potentiaalisina tuen lähteinä. Sen lisäksi, että ystävien tarjoaman avun ennakkoehtona on vanhemman ystävää kohtaan tuntema luottamus, on ennakkoehtona myös ystävän vapaaehtoisuus eli halu auttaa.

Näin näiden kahden eri tuen lähteen tarjoaman avun merkitys luodaan hyvinvointineuvolassa toisistaan poikkeavaksi. Lähisukulaisen jäsenkategorisointi-välineeseen kuuluvissa kategorioissa käytännön avun tarjoaminen on jollain tapaa oletuksen omaisesti läsnä. Sen sijaan ystävän kategoriaan luokiteltavien henkilöiden ominaisuuksiin käytännön avun tarjoamista ei automaattisesti oleteta, vaan ystävän potentiaalisuutta käytännön avun tarjoajana arvioidaan muun muassa sen perusteella, voivatko vanhemmat luottaa ystävään. On siis mahdollista havaita, että lähisukulaiset käytännön avun lähteenä ovat jollain tapaa erityinen tuen lähde. Tämä erityisyys perustuu lähisukulaisuutta ilmaisevien jäsenkategorioiden kantamiin kategoriapiirteisiin, ja näihin kategorioihin liitettyihin oikeuksiin ja velvollisuuksiin. Seuraavaksi tarkastelen sitä, miten lähisukulaisten tarjoaman avun erityisyyden lisäksi tätä apua kohdellaan myös ensisijaisena käytännön apuna.

6.1.1. Lähisukulaisten tarjoaman tuen ensisijaisuus

Edellä havainnollistin, miten lähisukulaisten tarjoaman avun saatavilla oloa kohdellaan eräänlaisena ennakkoehtona sekä, miten lähisukulaisten tarjoama käytännön apu on erityistä suhteessa ystävien tarjoamaan apuun. Erityisyyden lisäksi lähisukulaisten tarjoamaa käytännön apua kohdellaan myös ensisijaisena. Mikäli siis lähisukulaisten tarjoamaa käytännön tukea on saatavilla, vanhempien oletetaan pyytävän lähisukulaisilta apua.

Havainnollistan tätä aineistoesimerkillä, jossa ensimmäistä lastaan odottava pariskunta keskustelelee terveydenhoitajan kanssa perheen tukiverkoista. Ennen tämän aineistoesimerkin alkua, puheenaiheena on ollut se, millaista apua pariskunta odottaa saavansa omilta vanhemmiltaan. Juuri ennen katkelman alkua terveydenhoitaja on yhteenvedon omaisesti todennut, että pariskunnalla on hyvät välit ystäviin ja myös molempien vanhempiin.

Esimerkki 4

1 T: mt .hh (.) ja kyllähän se silloin kun se pieni laps syntyy
2 niin (0.4) niin useimmilla on se (.) .hhh (0.3) usein on
3 vielä varmaan se ä (.) se äidin äiti jota pyydetään (0.3)
4 .hh vau[vaa hoitaan [tai,
5 M: [mm.
6 N: [°mm°
7 T: =tai sit miehen äiti että usein (0.3) tai joku (.) sisko
8 tai .hh että [eihän niitä semmosia tuttavია
9 N: [m
10 T: niin (.) monikaan sitte pientä vauvaa esmens pyydä hoitaan
11 vaikka et ne on usein tästä aika läheltä.
12 M: nii (0.5) kyllä.
13 T: kenelle sitä omaa lasta sitte ihan pienenä.=sit tietty
14 myöhemmin varmaan vähä [muuttuukin nii (0.4) nii jättää,
15 N: [mm
16

Katkelman alussa terveydenhoitaja aloittaa uuden puheenaiheen ja alkaa puhua siitä, ketä vauvaa tämän synnyttyä pyydetään hoitamaan. Vuorossaan terveydenhoitaja puhuu passiivissa ja puhuu yleistäen siitä, miten muut vanhemmat toimivat, ja viittaa näihin muihin vanhempiin rivillä 2 puhuessaan *useimmista*. Puheessaan terveydenhoitaja asemoi itsensä asiantuntijaksi, joka tietää miten perheissä toimitaan. Terveydenhoitajan toimintaa voidaan pitää neuvon antamisena, jonka terveydenhoitaja muotoilee informaation antamiseksi kertoen, miten asiat useimmissa perheissä ovat ja antaa samalla myös implisiittisesti suosituksen miten asiakkaat voisivat toimia samoin (ks. Heritage & Sefi 1992, 369). Tällä tavoin muotoillun neuvon antamista voidaan pitää vähemmän

delikaattina kuin asiakkaalle suoraan kohdistetun neuvon antamista, sillä asiakkaan ei välttämättä tarvitse vuorovaikutuksessa osoittaa, aikooko toimia neuvon ehdottamalla tavalla (Arminen 2005, 104–105).

Terveydenhoitaja nimeää rivillä 3 *äidin äidin* ensisijaiseksi lapsen hoitajaksi vanhempien jälkeen. Tämän jälkeen terveydenhoitaja nimeää vaihtoehtoiksi vielä *miehen äidin* sekä *siskon* lapsen hoitajina. Kaikki terveydenhoitajan yksilöimät mahdolliset vauvan hoitajat ovat naisia ja pariskunnan lähisukulaisia. Terveydenhoitajan käyttäessä äidin äidin kategoriata naisen äidistä, hän puhuu tästä isoäidistä suhteessa syntyvään vauvaan, sillä äidin äidin vastinpari on lapsenlapsi. Terveydenhoitajan puhuessa vastaavasti toisesta isoäidistä, hän ei puhu tästä suhteessa syntyvään vauvaan, vaan nostaa relevantiksi kategoriaksi sen, mitä tämä toinen isoäiti on suhteessa asiakkaana olevaan naiseen ja käyttää kategoriata miehen äiti. Molemmat kategoriat kuuluvat sukulaisen jäsenkategorisointi-välineeseen. Terveydenhoitaja implikoi äidin äidin olevan hierarkkisesti ylempänä kuin miehen äiti puhuttaessa siitä, kuka on ensisijainen pienen vauvan hoitaja.

Riveillä 8 ja 10 terveydenhoitaja tuo puheessaan esiin, miten monikaan ei pyydä tuttaviaan hoitamaan pientä vauvaa ja, miten hoitajat *on usein tästä aika läheltä*. Tässä tapauksessa terveydenhoitaja tarkoittaa *läheltä olemisella* nimenomaisesti lähisukulaisuutta, kuten terveydenhoitajien edeltävistä kategoriavalinnoista voi päätellä, eikä esimerkiksi sitä, että mahdolliset vauvan hoitajat asuisivat lähellä. Lisäksi terveydenhoitaja täsmentää vielä, miten *niitä semmosia tuttavii* pyydetään harvemmin hoitamaan pientä vauvaa. Ennen katkelman alkua sekä terveydenhoitaja että asiakkaat ovat käyttäneet ystävän kategoriata puhuessaan pariskunnan sosiaaliseen tukiverkkoon kuuluvista sellaisista henkilöistä, joita ei voi luokitella sukulaisen jäsenkategorisointi-välineeseen. Näin ollen yhdenmukaisuussäännön mukaan olisi ollut johdonmukaista, että terveydenhoitaja olisi käyttänyt edelleen tätä samaa ystävän kategoriata, mutta hän käyttääkin sen sijaan tuttavien kategoriata. Jättäessään toimimatta yhdenmukaisuussäännön mukaan, terveydenhoitaja kykenee legitimoimaan suosituksensa lähisukulaisten ensisijaisuudesta pienen vauvan hoitajina, sillä tuttavien kategorian kategoriasidonnaisena toimintana emme yleisesti pidä toisten vauvoista huolehtimista. Tällaisen kategoriatyön avulla terveydenhoitaja esittää siis lähisukulaiset ja etenkin lähisuvun naiset hyväksyttävänä ja yleisinä pienen vauvan hoitajina, joilla on lähisukulaisuutensa vuoksi velvollisuus auttaa vauvan hoidossa vanhempien apua pyytäessä (vrt. Broadhurst 2008, 6.7). Riveillä 13–14 terveydenhoitaja jatkaa vielä ja lisää *sit tietty myöhemmin varmaan vähä muuttuukin nii jättää*. Terveydenhoitaja jatkaa puhuen passiivissa tehden tilanteesta

yleisen ja toteaa, miten vauvan kasvaessa tämä voidaan jättää hoitoon myös tuttaville eli jonkun muun kuin lähisukulaisen hoidettavaksi.

Tässä katkelmassa terveydenhoitaja neuvoksi tulkittavassa toiminnassaan kertoo, miten pienen vauvan hoitoon liittyvät asiat perheissä yleensä hoidetaan. Vanhempien neuvomista on perinteisesti pidetty terveydenhoitajan yhtenä keskeisenä tehtävänä (Baggens 2002, 355). Neuvon antamisessa on kuitenkin aina läsnä moraalinen ulottuvuutensa, sillä neuvot perustuvat usein johonkin tiettyyn ajattelumaailmaan (Vidén 2007, 111). Tässäkin katkelmassa terveydenhoitaja normittaa tilannetta kertomalla asian yleisyydestä antaen vaikutelman siitä, että lähisukulaisia tulisi pitää pienen vauvan ensisijaisena hoitoapuna. Näin siis sen lisäksi, että lapsiperheen lähisukulaisia kohdellaan ensisijaisina käytännön tuen lähteinä, heiltä saatavan tuen ensisijaisuudella on myös moraalinen ulottuvuutensa. Tällöin lähisukulaisten tarjoaman avun saatavilla oloa kohdellaan jossain määrin vanhempia velvoittavana eli heidän oletetaan pyytävän apua lähisukulaisiltaan. Tällöin toisin toimiva vanhempi saattaa kokea joutuvansa selontekovelvolliseksi omasta toiminnastaan.

Tähän saakka olen esitellyt sitä, miten lähisukulaisista keskustellaan käytännön avun lähteenä ja miten heidän tarjoamaa apua kohdellen sekä erityisenä että ensisijaisena. Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan sitä, miten hyvinvointineuvolan vastaanotolla käsitellään asiakkaan esiin tuomaa lähisukulaisten tarjoaman käytännön avun puutetta.

6.1.2. Asiakkaan vastaanotolla esiin nostama avun puute ja sen käsittely

Aiemmissä esimerkeissä on käynyt ilmi, miten hyvinvointineuvolan vastaanotolla kohdellaan lähimpiä sukulaisia ja etenkin isovanhempia merkittävinä lapsiperheiden sosiaalisen tuen lähteinä. Tässä luvussa käsittelen sitä, miten hyvinvointineuvolan vastaanotolla käsitellään tämän avun puutetta. Esittelen aineistoesimerkkien avulla aineistosta löytämäni kolme tapaa, jolla asiakkaan esiin nostamaan avun puutetta kohdellaan. Nämä seuraavat aineistoesimerkit ovat jokainen eri vastaanotoilta, mutta yhteistä niille on se, että jokaisella näistä asiakkaan lähimmät sukulaiset asuvat toisaalla, ja asiakkaat nostavat itse esiin kokemansa avun puutteen. Aineistoesimerkissä 5 näytän, miten asiakkaan esiin nostamaa avun puutetta kohdellaan etsimällä tilanteesta positiivisia puolia. Esimerkissä 6 havainnollistan tapaa, jolla asiakkaan tuotua esiin avun puute, terveydenhoitaja kartoittaa asiakkaan muuta sosiaalista verkostoa. Aineistoesimerkissä 7a ja 7b puolestaan havainnollistan, miten asiakkaan sosiaalisesta verkostosta koetetaan löytää henkilöitä, jotka voisivat korvata asiakkaan esiin tuoman avun puutteen. Nämä kolme tapaa käsitellä asiakkaan esiin tuomaa avun puutetta limittyvät toisiinsa siten, että asiakkaan esiin tuomaa avun puutetta ei

käsitellä hyvinvointineuvolan vastaanotolla ainoastaan jollain näistä kolmesta tavasta, vaan nämä tavat käsitellä avun puutetta esiintyvät samoillakin vastaanotoilla.

Aineistoesimerkissä 5 vastaanotolla oleva esikoistaan odottava nainen on hetki sitten muuttanut paikkakunnalle ja tapaa kyseisen terveydenhoitajan ensimmäisen kerran. Vastaanotolla on keskusteltu raskauden sujumisesta, ja terveydenhoitaja on kysellyt asiakkaalta tämän elämäntilanteesta. Ennen esimerkin alkua on keskusteltu asiakkaan ja tämän miehen sukulaisista. Nainen on kertonut, että tämän omat vanhemmat asuvat kauempana, eikä heistä siis ole pikaista apua, jos perhe sitä tarvitsisi. Lisäksi nainen on kertonut, miten hänen oma äitinsä pitää lapsista, ja siksi on hänen mukaansa sääli, että vanhemmat asuvat kauempana.

Esimerkki 5

- 1 N: ja kyllä me jaakon kanssa aateltiin että on se hyvä puoli
2 ainaki että ei voi niinku yrittää sitte (0.3) .hh
3 isovanhemmat olla liikaa ha hah haa hästäämässä että ei
4 [tuu sitä tilannetta että yrittäs koko ajan olla
5 T: [mm.
6 N: neuvomassa ja (0.2) .hoitamassa meiän [kotia sitte et
7 T: [°näin on.°
8 N: saahaan olla sitte keskenäänkin perheenä ku?
9 (0.4)
10 T: kyllä.=ja se on aika kiva että te löydätte näitä hyviä
11 puolia [koska sitähan tarvi TÄNKIN ASIJAN kanssa
12 N: [nii kyllä mä aattelin että pitää aina]
13 T: aika moni joutuu kyl(h)lä kamppaile[maan sitte kun liian
14 lähellä on,
15 N: [nii (.) kyllä mä
16 tiiän sitte että on niinku [semmosia että tulee konflikteja
17 T: [mm.
18 N: siitä [että (0.4)loukkaannutaan puolin ja toisin (0.2) .hh
19 T: [°.joo,°
20 N: toisin semmosissa asioissa että,
21 T: joo.
22 (0.6)
23 N: °kumminki° (.) aina pitää (0.2) ettiä ne (0.3) hyvät puolet
24 ku jokaisessa kuitenkin on taas ne huonot puo[l(h)et.
25 T: [mm.

Aineistoesimerkin alussa nainen kuitenkin aloittaa oman vuoronsa kertomalla, miten hän on pohtinut miehensä kanssa, että tässä tilanteessa on myös positiivinen puoli. Naisen omien vanhempien toisaalla asuminen on tälle ilmeisesti merkityksellinen asia, koska asia on asiakkaan kertoman mukaan aiheuttanut keskustelua puolison kanssa. Asian merkityksellisyydestä asiakkaalle

itselleen antaa viitteitä myös se, että asiakas itse kertoo tästä käydyistä keskustelusta neuvolan vastaanotolla. Mainitsemaansa positiiviseen puoleen nainen viittaa riveillä 1–2 sanoen *on se hyvä puoli ainaki*. Nainen jatkaa vuoroaan ja tuo esiin riveillä 3–4 ja 6 sen, mitä hän asian hyvällä puolella tarkoittaa: isovanhemmat eivät voi olla liikaa neuvomassa ja hoitamassa pariskunnan kotia. Naisen aiemmin kertoman mukaan isovanhemmat asuvat kauempana, joten tässä fyysinen etäisyys isovanhempiin toimii esteenä sille, etteivät isovanhemmat voi puuttua liaksi perheen elämään.

Rivillä 8 nainen jatkaa vielä vuoroaan ja kertoo mitä äsken edellä kuvattu tilanne mahdollistaa: *saahaan olla sitte keskenäänkin perheenä*. Perheen kategoriolla nainen viittaa tässä itsensä, miehensä ja syntyvän lapsen muodostamaan ydinperheeseen. Ensisijaisena perheenä naisen puheessa on ydinperheen muodostama yksikkö. Puheessaan nainen orientoituu ydinperheenä elämiseen positiivisena ja tavoiteltavana asiana kertoessaan, miten he *saavat olla perheenä*. Puheessaan nainen kohtelee isovanhempien muodostamaa laajempaa perhepiiriä toissijaisena suhteessa ydinperheeseen.

Terveydenhoitaja ottaa vastaan naisen kertomaa päällekkäin naisen puhunnan kanssa ensin rivillä 5 lyhyellä minimiresponssilla *mm*, myöhemmin rivillä 7 sanomalla *näin on* ja lopuksi naisen puheen päätyttyä rivillä 10 lyhyellä vastauksella *kyllä*. Responseillaan terveydenhoitaja kohtelee äidin kertomusta relevanttina ja osoittaa samanmielisyyttä äidin näkökulman kanssa. Seuraavaksi terveydenhoitaja aloittaa uuden vuoron rivillä 10 lähestulkoon edellisen vuoron perään, jossa hän tuo esiin sen, miten pitää positiivisena, että pariskunta on yhdessä löytänyt mahdollisesti negatiivisesta asiasta eli isovanhempien kaukana asumisesta, myös hyviä puolia.

Terveydenhoitajan jatkaessa vuoroaan rivillä 11 nainen aloittaa rivillä 12 uuden vuoron terveydenhoitajan vuoron kanssa päällekkäin. Päällekkäispuhunta kestää melko pitkään ja päättyy naisen antaessa terveydenhoitajan jatkaa omaa vuoroaan: *aika moni joutuu kyllä kamppailemaan sitte kun liian lähellä on*. Puheessaan terveydenhoitaja viittaa muiden lapsiperheiden tilanteeseen ja asemoi itsensä tietämään, miten asiat useissa lapsiperheissä ovat esittäen asian varmana ja ehdottomana. Perheet joutuvat terveydenhoitajan mukaan *kamppailemaan* ja näin tämän kategoriavalinnan seurauksena perheiden tilanne näyttäytyy hankalana ja voimia kuluttavana. Lisäksi terveydenhoitaja implikoi, että isovanhemmat voivat asua liian lähellä perhettä ja hänen puheessa tämä asia ei näyttäydy välttämättä mitä toivottavimpana tilanteena.

Rivillä 15 nainen aloittaa oman vuoronsa terveydenhoitajan vuoron vielä jatkuessa. Nainen tuo esiin sen, miten tunnistaa terveydenhoitajan kuvaaman tilanteen, missä monet perheet ovat, aloittamalla ensin *nii* ja jatkamalla *kyllä mä tiiän*. Toiminnassaan nainen osoittaa, ettei ainoastaan terveydenhoitajalla ole tätä tietoa asiasta, vaan myös hän on tässä asiassa kompetentti ja tietää myös millainen tilanne monilla perheillä on (vrt. Heritage & Sefi 1992). Nainen jatkaa (rivit 16, 18 ja 20) vuoroaan ja kuvailee millaisen tilanteen tietää joillakin perheillä olevan: *tulee konflikteja siitä että loukkaannutaan puolin ja toisin semmosissa asioissa*. On siis mahdollista, että sukulaisten välille saattaa syntyä erimielisyyttä ja tämän seurauksena niin perhe kuin sukulaisetkin saattavat loukkaantua toisilleen. Naisen puheessa tilanne näyttäytyy jopa hieman dramaattisena hänen käyttäessään kategoriaa *konflikti*, joka kategoriavalintana on hyvin ääri-ilmaisu kuvattaessa sukulaisten kiristyneitä välejä.

Vaikka isovanhempiin ja muihin lähisukulaisiin sukulaisiin orientoidutaan neuvolassa tärkeänä sosiaalisen tuen lähteenä, näyttää siltä, että tällä tuella on kuitenkin rajansa. Kuten edellä olevasta aineistoesimerkistä saattaa havaita, sukulaisten liian tiiviinä pidettyä osallistumista ydinperheen elämään voidaan pitää myös negatiivisena ja sen saatetaan nähdä kaventavan vanhempien asemaa perheen ensisijaisina vastuunkantajina (vrt. Sirviö 2006, 97). Ongelmia saattaa seurata perheen isovanhempien puuttumisen myötä kaventuneesta yksityisyydestä kuin myös vaikkapa vanhempien ja isovanhempien erilaisista kasvatusperiaatteista (Kuronen 1993, 74).

Edellisessä aineistoesimerkissä jäi kuitenkin käsittelemättä asiakkaan esiin nostama avun puute. Sen sijaan sekä asiakas että terveydenhoitaja puhuivat siitä, miten tässä negatiiviseksi koetussa asiassa on kuitenkin myös hyvä puoli, ja miten pariskunta ei näin joudu kamppailemaan ongelman kanssa, joka on monille muille perheille tuttu, mikäli isovanhempien koetaan puuttuvan liiaksi perheen elämään. Tässä lienee kyse ongelman normalistamisesta, jossa mahdolliset ongelmat pyritään keskustelun aikana lieventämään tai jopa selittämään pois (Keskinen 2008, Kuronen 1993, 61).

Tässä seuraavassa aineistoesimerkissä havainnollistan toisen tavan, jolla asiakkaan esiin nostamaa avun puutetta hyvinvointineuvolassa kohdellaan. Asiakkaan tuotua esiin avun puutteen, terveydenhoitaja alkaa kartoittaa asiakkaan muuta sosiaalista verkostoa. Tässä esimerkissä asiakas on vastaanotolla noin kuuden viikon ikäisen esikoisensa kanssa. Esimerkki sijoittuu vastaanoton alkupuolelle ja tätä aiemmin terveydenhoitaja on kysellyt asiakkaan kuulumisia ja sitä, miten perheellä vauvan kanssa on sujunut.

Esimerkki 6

1 T: missäs se sun äitis asui?,=hän oli silloin viimeks
2 [käymässä,
3 N: [joo (.) se on porvoossa.
4 T: nii joo,
5 N: et kaikki sukulaiset on porvoossa et (.) ei oo silleen täällä
6 semmosta apuu,
7 (.)
8 T: joo?,
9 (0.8)
10 N: khm.
11 T: mut onks semmosia ystäviä jotka ois kotona tai (.) °tuttuja°,
12 N: on mulla yks ystävä joka on nyt äitiyslomalla ja sit se (0.8)
13 sit se meiän naapuri siit,
14 T: nii.
15 N: nii sen kans me käydään lenkillä?
16 (0.7)
17 T: joo,
18 (0.7)
19 T: anu[ko siinä asuu teiän (.) naapuris[sa siinä,
20 N: [jo, [joo.
21 (0.5)
22 T: .joo
23 (1.0)
24 T: no se onki ihan hyvä seura sitten.
25 N: nii,
26 T: se on ihan kiva ku on semmosta (.) semmosta ulkoiluseuraa että,
27 N: nii on.
28 (0.6)
29 T: ei tarvi itekseen lähtee kun samarytmisiä kuitenkin ne vauvat,
30 (.)
31 N: [nii just
32 T: [vauvojen elämä sitte kuitenkin on niin,
33 N: nii.
34 (0.6)
35 T: siellä ne unta posottaa sitte.
36 N: nii.

Katkelman alussa terveydenhoitaja aloittaa uuden puheenaiheen kysymällä missä naisen äiti asuu. Terveydenhoitaja kohtelee puheessaan naisen äitiä jollain tapaa entuudestaan tunnettuna asiana (*se sun äitis*). Terveydenhoitajan edellisen vuoron perään jatkuvassa uudessa vuorossa selvenee, miksi terveydenhoitaja kohtelee asiakkaan äitiä itselleen tuttuna asiana: äiti on ollut käymässä asiakkaan ja terveydenhoitajan viimeksi tavatessa. Kuitenkaan aineistosta ei varmasti käy ilmi, ovatko asiakkaan äiti ja terveydenhoitaja tavanneet, vai onko terveydenhoitaja tietoinen äidin vierailusta ainoastaan asiakkaan kertoman perusteella. Rivillä 3 nainen kertoo äitinsä asuvan toisella paikkakunnalla ja kertoo vielä rivillä 5 kaikkien sukulaisten asuvan toisella paikkakunnalla. Tämän

jälkeen nainen jatkaa vielä kertoen, että *ei oo silleen täällä semmosta apuu*. Koska naisen kertoman mukaan kaikki sukulaiset asuvat toisella paikkakunnalla, perheellä ei siis ole saatavilla sen kaltaista apua kuin lähisukulaisen kategoriaan luokiteltavalta henkilöltä perhe voisi oikeutetusti odottaa saavansa ja voisi sitä myös pyytää.

Tämän jälkeen rivillä 11 terveydenhoitaja kysyy *mut onks semmosia ystäviä jotka ois kotona tai tuttuja*. Tässä vuorossa terveydenhoitaja tiedustelee, onko asiakkaalla kuitenkin ystäviä tai tuttuja eli onko asiakkaalla muuta sosiaalista verkostoa. Sen sijaan terveydenhoitaja ei käsittele puheessaan asiakkaan edellä esiin tuomaa sukulaisilta saatavan avun puutetta. Tilanteen kontekstina toimiva neuvola tarjoaa mahdollisuuden tulkita terveydenhoitajan esiin nostaman kotona olevan ystävän kategorian tarkoittavan ystävää, joka on lapsen hoidon vuoksi kotona, eikä ole kotona esimerkiksi sairauden ja työttömyyden vuoksi. Tähän asiakaskin orientoituu ja kertoo rivillä 12, että yksi hänen ystävistään on nyt samaan aikaan äitiyslomalla. Asiakas mainitsee myös naapurinsa ja myöhemmin ilmenee, että myös tämän naapuri on äitiyslomalla. Nainen kertoo käyvänsä naapurin kanssa lenkillä, ja rivillä 19 terveydenhoitaja tarttuu tähän naisen esiin nostamaan naapuriin. Hän ilmeisesti tuntee tämän naapurin ja rivillä 20 asiakas vahvistaa, että kyseessä on henkilö, jota terveydenhoitaja tarkoitti. Rivillä 24 terveydenhoitaja muotoilee arvion asiakkaan naapurista lenkkiseurana ja toteaa *no se onki ihan hyvä seura sitten*. Tämän evaluaation asiakas ottaa vastaan lyhyellä minimiresponssilla *nii*, jonka jälkeen terveydenhoitaja jatkaa: *se on ihan kiva ku on semmosta ulkoiluseuraa*. Terveydenhoitaja siis tarkentaa edellisessä vuorossa käyttämäänsä seuran kategoriaa ja tarkentaa sen ulkoiluseuraksi. Seuraavassa vuorossaan rivillä 29 terveydenhoitaja jatkaa vielä asian käsittelyä ja toteaa, että ulkoiluseuran ansiosta naisen ei tarvitse käydä lenkillä yksin. Tässä vuorossa käy myös ilmi, että asiakkaan naapurillakin on vauva terveydenhoitajan puhuessa monikossa *vauvoista*. Tässä vuorossa terveydenhoitaja puhuu myös vauvojen samanlaisesta *rytmistä*. Rivin 35 vuorossa käy ilmi, että terveydenhoitaja tarkoittaa vauvojen samanlaisella rytmillä nimenomaisesti vauvojen samanlaista unirytmää hänen puhuessa, miten vauvan posottavat unta. Rivin 25 vuorostaan alkaen nainen ottaa omissa vuoroissaan vastaan terveydenhoitajan puhetta lyhyillä minimiresponseilla. Näin siis terveydenhoitajan positiivisena asiana kohteleman lenkkiseurana merkitys asiakkaalle itselleen jää epäselväksi.

Tässä aineistoesimerkissä terveydenhoitaja koetti kartoittaa asiakkaan sosiaalista verkostoa ja sitä, onko asiakkaalla avun puutteesta huolimatta kuitenkin saatavilla sosiaalista tukea. Kysyessään asiakkaalta, onko tällä ystäviä, jotka olisivat myös kotona, ja siis samassa elämäntilanteessa, terveydenhoitajan voitaneen tulkita koettavan selvittää, onko asiakkaalla kuitenkin saatavilla

vertaistukea. Tähän terveydenhoitajan kysymykseen asiakas tarjosi vastaukseksi sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvan ystävän sekä naapurin. Näin voidaan ajatella, että tässä tilanteessa terveydenhoitaja koetti työskennellä voimavarakeskeisen työtteen periaatteiden mukaisesti koettaessaan saada asiakkaan pohtimaan omaa sosiaalista verkostoaan ja etsimään muita tuen lähteitä.

Sen sijaa seuraavassa aineistoesimerkissä 7a ja 7b asiakkaan esiin tuomaa avun puutetta käsitellään siten, että terveydenhoitaja tiedustelee asiakkailtaan onko heidän sosiaalisessa verkostossaan henkilöitä, jotka voisivat nimenomaisesti korvata esiin tuodun avun puutteen. Myös tässä ilmenee, etteivät isovanhemmat asu samalla paikkakunnalla. Asiakkaana oleva pariskunta odottaa ensimmäistä lastaan. Kyseessä on lomakekäynti, ja katkelma sijoittuu vastaanoton alkupuolelle. Terveydenhoitaja on juuri alkanut silmäillä pariskunnan etukäteen täyttyviä lomakkeita, joissa ensimmäisenä käsitellään perheen sosiaalisia verkostoja ja perheen käsitystä saamastaan sosiaalisesta tuesta. Terveydenhoitaja on juuri todennut, miten pariskunta vastausten perusteella kokee saavansa sosiaalista tukea. Terveydenhoitaja on jatkamassa sosiaalisen tuen osion käsittelyä rivillä 1 naisen keskeyttäessä hänet rivillä 2.

Esimerkki 7a

1 T: .hhh ja täs [on nyt-
2 N: [se on tietysti isovanhempia ei asu (0.3)
3 asu täällä että sitten niinku (0.9) se nyt on
4 ehkä semmoneh. (.) ¤lastenhoidollinen puute. (0.2)
5 tavallaan¸. (0.2) ett[ei (.) mutta (0.4) ei ºsekään
6 M: [nii et se,
7 N: mikään ongelma varmaan ole, º
8 (0.3)
9 T: [joo:?,
10 N: [ei monella muullakaan asu.
11 (.)
12 N: hmh
13 (0.2)
14 T: ei monella muullakaan asu [joo niin totta se on,
15 N: [ºnii.º

Nainen kertoo, ettei isovanhempia asu paikkakunnalla ja mainitsee tämän olevan *lastenhoidollinen puute*. Isovanhemmilla nainen tarkoittaa tässä sekä omia että miehensä vanhempia. Nainen käsittelee puheessaan lapsen syntymän jälkeistä aikaa ja sitä, miten toisaalla asuvien isovanhempien vuoksi lapsen hoitoon liittyvät asiat eivät ole parhaalla mahdollisella tavalla. Asia on selvästi asiakkaalle tärkeä, sillä hän nostaa asian itse esiin. Lisäksi hän aloittaa vuoronsa kesken

terveydenhoitajan vuoron, joka keskeyttää oman vuoronsa ja antaa naisen jatkaa omaa vuoroaan. Useimmiten päällekkäispuhuntaa esiintyy niissä kohdissa, joissa ennakoidaan puhujan päättävän vuoronsa, ja uusi vuoro aloitetaan hieman ennen vuoron päättymistä tai useamman puhujan aloittaessa uuden vuoron samanaikaisesti (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, 706–708). Kuitenkin tässä terveydenhoitajan vuoro on selvästi vielä kesken. Nainen jatkaa riveillä 5 ja 7 todeten, ettei tilanne *varmaankaan* ole mikään ongelma esittäen asian näin kuitenkin epävarmana. Tämän jälkeen nainen toteaa rivillä 10, ettei monilla muillakaan asu tarkoittaen, ettei monilla muillakaan perheillä asu isovanhempia samalla paikkakunnalla. Näin nainen toimii huolenkerronnalle tyypillisin käytäntein toisaalta tuoden esiin jonkin asian ongelmallisena, mutta toisaalta kohdellen sitä puheessaan hallittavissa olevana tilanteena, joka ei liiaksi poikkea tavanomaisesta (Jefferson 1980, 153). Rivillä 14 terveydenhoitaja kiittää naisen puheen toistamalla naisen juuri edellä kertoman sekä toteamalla sen olevan totta. Näin terveydenhoitaja esiintyy asiantuntijana hänen asemoidessaan itsensä siten, että kykenee vahvistamaan asiakkaan juuri kertoman asian olevan totta. Tässä vaiheessa terveydenhoitaja ei kuitenkaan vielä tartu naisen aiemmin esiin tuomaan lastenhoidolliseen puutteeseen tai sen potentiaaliseen ongelmallisuuteen, vaan toteaa ainoastaan asian olevan totta.

Tämän jälkeen vastaanotto jatkuu terveydenhoitajan seuraavan aineistoesimerkin alussa esittämällä kysymyksellä. Tässä terveydenhoitaja tarttuu asiakkaan esiin tuomaan lastenhoidolliseen puutteeseen, vaikka asiakas on edellä kieltänyt asian olevan ongelma.

Esimerkki 7b

- 1 T: .hh (0.4) no jos te aattelette niin konkreettista asiaa
 2 että vauva on syntynyt kr[rhm-krrhmm ja [tuntus että (.)
 3 N: [mm.
 4 M: [.hhh
 5 T: .hh tarvisitte sitte (0.9) vähän hoitoapua niin tuleeks
 6 teille spontaanisti mieleen kenen puoleen te
 7 kääntysi[tte että onko [läheisiä,
 8 N: [joo: on,
 9 M: [joo on meill[ä,
 10 N: [asuu mun veli
 11 esimerkiks asuu (0.2) täällä ja (.) tuttuja asuu
 12 ja (0.7) sill[ain että (0.3) ei se nyt o ongelma.
 13 T: [joo.
 14 (0.3)
 15 T: [joo.
 16 M: [nii että eiköhän meillä (0.2) kykyä löydy sittehh.
 17 (0.3)
 18 N: [niih.
 19 T: [joo.

20 M: kääntyäh (1.4) semmosten (0.3) tahojen puoleen °sitte
 21 että ketkä pystyy auttaa [että jos (-)
 22 T: [että omassa semmosessa,
 23 (0.3)
 24 N: nii.
 25 T: joo. (.) kyllä (.) joo. (0.4) .h kyllä vaan.

Terveydenhoitaja kehottaa pariskuntaa ajattelemaan lapsen syntymän jälkeistä aikaa ja tilannetta, että vanhemmat tarvitsevat hoitajaa lapselle. Hän kysyy, tuleeko vanhemmille mieleen, kenen puoleen kääntyä eli kuka voisi paikata isovanhempien toisaalla asumisen aiheuttaman lastenhoidollisen puutteen. Rivillä 7 terveydenhoitaja tarkentaa vielä, että tarkoittaa tällaisella isovanhemmat korvaavalla henkilöllä *läheistä* ihmistä. Näin terveydenhoitaja ei määrittele kysymyksessään olisiko tämän henkilön oltava esimerkiksi vanhempien ystävä, vaan terveydenhoitaja hakee ketä tahansa henkilöä, jonka vanhemmat kokevat itselleen läheiseksi.

Viittaamalla lapsen syntymän jälkeiseen aikaan ja käyttämällä konditionaalia (*tuntus* ja *tarvisitte*) terveydenhoitaja luo mahdollisesti tulevaisuudessa toteen käyvän tilanteen, johon vanhempien on löydettävä ratkaisu. Terveydenhoitaja muotoilee siis hypoteettisen kysymyksen, jollainen on löydettävissä myös aiemmasta esimerkistä 1a. Nainen ja mies vastaavat molemmat epäroimättä myöntävästi terveydenhoitajan vuoron vielä jatkuessa. Nainen tarkentaa vielä rivillä 10, keitä tällaiset läheiset henkilöt ovat, joilta voi pyytää apua. Hän mainitsee veljensä sekä yksilöimättömän joukon tuttuja, joita paikkakunnalla asuu. Nainen lisää vielä, miten se ei ole ongelma, etteikö heillä olisi ihmisiä, joilta pyytää apua. Terveydenhoitaja ottaa naisen selonteon vastaan kahdella *joo*-vastauksella. Tähän saakka on käsitelty sitä, onko pariskunnalla lähipiirissään ihmisiä, joilta on mahdollista pyytää apua. Kuitenkin rivillä 16 mies aloittaa vuoron, jossa toteaa, että pariskunnalla on kyky tarpeen tullen pyytää apua. Näin lastenhoitoavusta puhuttaessa mies esittää relevantiksi näkökulmaksi pariskunnan kompetenssin etsiä ja pyytää apua, sen saatavilla olon sijaan.

Samalta vastaanotolta olevissa aineistoesimerkeissä 7a ja 7b asiakas toi esimerkin 6 ja 5 tavoin itse esiin koetun avun puutteen. Kuitenkin toisin kuin aineistoesimerkissä 6 ja 5, edellisessä esimerkissä terveydenhoitaja tarttui asiakkaan tuomaan aiheeseen ja käynnisti korvaavien tuen lähteiden etsinnän asiakkaan sosiaalisesta verkostosta esittämällä hypoteettisen kysymyksen. Tämän tuloksena asiakas mainitsi eri kategorioihin luokittelemiaan henkilöitä, joilta voisi tarpeen tullen saada apua. Näin esimerkissä 7a ja 7b asiakas ainakin omassa toiminnassaan antoi vaikutelman

siitä, että koetusta lastenhoitoavun puutteesta huolimatta, heillä on kuitenkin sosiaalisessa verkostossaan henkilöitä, jotka tarpeen tullen voisivat paikata esiin tuotua puutetta.

Olen tähän saakka tuonut esiin, millaisena käytännön tuen lähteenä lähisukulaisia kohdellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Lähisukulaisten tarjoamaa käytännön tukea kohdellaan ensisijaisena suhteessa muiden tuen lähteiden kuten esimerkiksi ystävien tarjoamaan apuun. Arvioitaessa mahdollisuutta pyytää apua lähisukulaisilta, avainasemassa on tuon avun saatavilla olo eli asuvatko sukulaiset niin lähellä, että heiltä on käytännöllistä ja tarkoituksenmukaista pyytää apua jossain tilanteessa. Sen sijaan pohdittaessa mahdollisuutta pyytää apua ystäviltä, nousee ennakkoehdoksi sekä vanhempien ystäviä kohtaan tuntema luottamus että ystävien halu auttaa. Edellä kävi ilmi, miten tällä vuorovaikutuksessa tuotetulla tuen lähteiden hierarkkisella järjestyksellä on myös normatiivinen ulottuvuus. Mikäli lähisukulaisten tarjoamaa apua on saatavilla, perheen myös oletetaan pyytävän apua heiltä. Havaitsin myös, miten asiakkaat saattavat tuoda aktiivisesti itse esiin lähisukulaisten tarjoaman avun puutteen. Erittelin edellä kolme löytämäni tapaa, jolla vastaanotolla käsitellään tätä esiin tuotua avun puutetta. Ensinnäkin asiakkaan esiin tuomasta avun puutteesta saatetaan etsiä hyviä puolia, jolloin voidaan katsoa, että kyseessä on pyrkimys normalistaa esiin tuotu ongelma. Toiseksi asiakkaan sosiaalista verkostoa saatetaan kartoittaa siten, että sieltä koetetaan löytää henkilöitä, joilta asiakas voisi saada tukea esiin tuodusta tuen puutteesta huolimatta. Kolmanneksi terveydenhoitaja voi koettaa löytää asiakkaan sosiaalisesta verkostosta henkilöitä, jotka voisivat korvata esiin tuodun avun puutteen ja tarjota tukea samankaltaisissa tilanteissa, kuin missä lähimpien sukulaisten odotetaan tarjoavan apua.

6.2. Lapsiperheiden kotipalvelu tuen lähteenä

Hyvinvointineuvolassa moniammatillisessa tiimissä työskentelee perhetyöntekijä (Kangaspunta & Värri 2007). Lastenneuvolaoppaassa (STM 2004) ehdotetaan perhetyöntekijän sisällyttämistä neuvolan henkilöstöön, jolloin perhetyöntekijä työskentelee tiiviissä yhteistyössä terveydenhoitajan kanssa. Tällöin perhetyöntekijän tehtävänä on ennen kaikkea tehdä ennaltaehkäisevää työtä ja tukea sekä edistää perheiden elämänhallintaa tilanteissa, joissa perhe tarvitsee tukea. Asiakkaiden olisi tarkoitus ohjautua perhetyön asiakkaaksi neuvolan kautta, jolloin asiakasperheiden ongelmat eivät vielä olisi yhtä syviä kuin lastensuojelun asiakasperheissä. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 39) Lastenneuvolaoppaassa (2004) erotetaan toisistaan lapsiperheiden kotipalvelu ja neuvolan perhetyö. Lapsiperheiden kotipalvelun tehtäväksi määritellään perheen kokonaisvaltainen tukeminen ja myös arjen askareissa ja lasten hoidossa auttaminen (Järvinen ym.

2007, 37). Hyvinvointineuvolassa ei tällaista jakoa tehdä, vaan Tampereen kaupungin perhetyön perhetyöntekijät ovat mukana myös hyvinvointineuvolassa, ja heidän tehtäviinsä kuuluu yhtäläillä perheen tukeminen vaikeissa elämäntilanteissa kuin kodin askareissa auttaminen. Tässä tutkielmassa käytän rinnakkain käsitteitä perhetyö ja lapsiperheiden kotipalvelu.

Tässä luvussa keskityn käsittelemään sitä, miten kaupungin tarjoamasta lapsiperheiden kotipalvelusta keskustellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Esittelen ensin käytäntöjä, joilla terveydenhoitajat esittelevät perhetyön tarjoamat palvelut asiakkaille. Kotipalvelun esittely on osa hyvinvointineuvolan kaikkiin asiakkaisiin kohdistuvia rutiineja, ja osoitan, miten terveydenhoitajat tuovat itsekin esiin tämän rutiiniomaisuuden asiakkaille. Tämän jälkeen käsittelen sitä, miten terveydenhoitajat voivat käyttää oletettua lähisukulaisilta saatavan avun puutetta motiivina nostaa perhetyön tarjoamat palvelut puheenaiheeksi. Kolmanneksi käsittelen tässä luvussa sitä, miten lähisukulaisilta saatavilla olevaa käytännön apua voidaan käyttää keinona sulkea perhetyön palveluiden tarve pois. Tämän jälkeen paneudun siihen, miten hyvinvointineuvolassa keskustellaan siitä, millaisen luokittelun kohteeksi perhetyön palveluita käyttävä perhe saattaa joutua.

6.2.1. Lapsiperheiden kotipalvelun esittely osana hyvinvointineuvolan rutiineja

Hyvinvointineuvolan vastaanotolla usein toistuva toiminto on kaupungin järjestämän lapsiperheiden kotipalvelun toiminnan esittely asiakkaalle. Terveydenhoitajat ottavat kotipalvelun ensimmäisen kerran puheeksi jo raskausaikana. Tällöin terveydenhoitajat antavat asiakkaille perhetyön palveluista kertovan esitteen ja perhetyön yhteystiedot. Esiteltäessä perhetyön palvelut terveydenhoitajat kertovat esimerkkien avulla ensinnäkin millaisessa tilanteessa perhetyön puoleen voisi kääntyä ja toiseksi mitä perhetyöntekijä asiakkaan kotona tekee eli millaisia palveluita perhetyö tarjoaa.

Havainnollistan käytänteitä, joilla terveydenhoitajat esittelevät perhetyön palvelut seuraavan esimerkin avulla, jossa asiakkaana on esikoistaan odottava nainen.

Esimerkki 8

- 1 T: siinä lastenhoito (.) .hhh osuudessa niin (0.3) .hh puhutaan
- 2 (0.1) tai estellään aina (0.2) kaupungin tämmönen perhetyöki?
- 3 (0.3)
- 4 T: mikä on (-) näille tota pienten lasten >↑perheille
- 5 ↑ensisijasesti< (0.4) .hh tarkotettu mikä tarkoittaa sitä että
- 6 .hh just ku vauva syntyy niin (.) se saattaa olla aika (.)
- 7 vauhdikastaki joskus unet jää vähä lyhyeks ja .hhh ja tämmösiä

8 jos tuntuu et on kovin väsynyt tai .hh on jotain semmosta (1.2)
9 mt menoja tai (.) tai >mihin vauvaa ei vois ottaakaan< niin
10 täältä voi pyytääh .hh et he tulee <↑auttaan> ja tekee >↑ihan
11 kodin askareita< hoitaa vauvaa .hh ja tekee tämmöstä ja tää on
12 semmonen apu .hh apu tota perheille.
13 (0.3)
14 N: joo,

Tämän aineistoesimerkin alkaessa terveydenhoitaja on antamassa asiakkaalle esitteitä, joissa yhdessä esitellään kaupungin perhetyö. Terveydenhoitaja antaa vaikutelman siitä, että perhetyön esittely on kaikkien asiakkaiden kanssa tehtävä rutiini hänen puhuessaan rivillä 2, miten perhetyö *esitellään aina*. Riviltä 4 alkaen terveydenhoitaja alkaa kertoa perhetyöstä tarkemmin. Terveydenhoitaja kertoo perhetyön olevan tarkoitettu *pienten lasten perheille*. Terveydenhoitaja jatkaa edelleen puhettaan passiivissa, mutta fokusoi puheensa uudelleen siten, että puhuu asiakkaalle tulevaisuudessa relevantista asiasta eli vauvan syntymän jälkeisestä ajasta. Näin kotipalvelun merkitys on mahdollista konkretisoida puhumalla siitä suhteessa asiakkaan elämäntilanteeseen. Riveillä 6 ja 7 terveydenhoitaja kuvailee, miten vauvan syntymän jälkeinen aika *saattaa olla aika vauhdikastaki ja joskus unet jää vähä lyhyeks*. Tällä terveydenhoitaja viittaa siihen, millaiselta tilanne saattaa asiakkaan kannalta tuntua, sillä pienen vauvan vanhemman kategoriaan liittämämme kulttuurisen tiedon mukaan vauvan hoitaminen vaatii jatkuvaa läsnäoloa ja hoivaamista, ja että vauvat myös saattavat nukkua epäsäännöllisesti ja valvottaa vanhempiaan. Terveydenhoitaja mainitsee rivillä 8 kovan väsymyksen lapsiperheiden kotipalvelun puoleen kääntymisen perusteena ja jatkaa vielä *tai on jotain semmosta menoja tai mihin vauvaa ei vois ottaakaan* lisäten vanhemman henkilökohtaiset menot syyksi käyttää lapsiperheiden kotipalvelua.

Seuraavaksi terveydenhoitaja siirtyy kuvailemaan rivillä 10 naiselle mitä kotipalvelu asiakkaan kotona tekee. Kotipalvelu tulee *auttaan ja tekee ihan kodin askareita hoitaa vauvaa ja tekee tämmöstä*. Perhetyöntekijä tulee siis terveydenhoitajan kertoman mukaan nimenomaisesti auttamaan ja ottaa väliaikaisesti hoitaakseen vanhemman vastuulle kuuluvia tehtäviä, joista terveydenhoitaja tässä mainitsee *kodin askareet ja vauvan hoitamisen*. Terveydenhoitaja päättää kotipalvelun esittelyn toteamalla *tää on semmonen apu tota perheille*. Tässä terveydenhoitaja tarkoittaa nimenomaisesti lapsiperheitä, koska on aiemmin kertonut miten kotipalvelu on suunnattu *ensisijaisesti pienten lasten perheille*. Terveydenhoitajan puhetta kuunnellut nainen vastaanottaa selonteon kotipalvelusta vastaan minimiresponssilla *joo*, kohdellen sitä näin neutraalisti informaationa.

Edellisen esimerkin tavoin myös seuraavassa katkelmassa terveydenhoitaja ottaa puheenaiheeksi lapsiperheiden kotipalvelun. Vastaanotolla on esikoistaan odottava pariskunta, jolta terveydenhoitaja on ennen tämän esimerkin alkua tiedustellut, miten pariskunta toimisi tilanteessa, jossa nainen lapsen syntymän jälkeen sairastuu vaikkapa rintatulehdukseen. Pariskunta on pohtinut muun muassa, että miehen olisi melko helppo olla pari päivää poissa töistä kotona naisen apuna tai he voisivat pyytää apua isoäideiltä. Tämän keskustelun jatkoksi terveydenhoitaja ottaa esiin perhetyön.

Esimerkki 9

- 1 T: ja (0.5) sillen vois olla yhteydessä m meidän perhetyöhön?
2 (0.4)
3 M: joo?
4 (0.5)
5 T: mä annan teilleki ↑nyt (0.3) ↓niinku kaikille ↑muilleki täs
6 vaihees oon antanu tän (.) esitteen meidän ↑perhetyöstä mt
7 .hh (0.5) palveluista.

Terveydenhoitaja ehdottaa ennen esimerkin alkua, että sen kaltaisissa tilanteissa, joissa äiti esimerkiksi on sairastunut, on mahdollista pyytää apua kotipalvelusta. Terveydenhoitaja nimittää rivillä 1 perhetyötä *meidän perhetyöksi*, jolloin terveydenhoitaja esiintyy edustamansa instituution eli neuvolan edustajana ja esittää perhetyön kuuluvan osaksi tähän instituutioon. Mies ottaa terveydenhoitajan esittämän vaihtoehdon lyhyesti vastaan rivillä 3.

Terveydenhoitaja aloittaa uuden vuoron rivillä 5 sanoen *mä annan teilleki nyt*, jonka jälkeen terveydenhoitaja pitää puheessaan lyhyen tauon ja jatkaa tämän jälkeen asemoiden puheensa uudelleen: *niinku kaikille muilleki täs vaihees oon antanu tän esitteen meidän perhetyöstä mt hh palveluista*. Terveydenhoitaja kertoo vuoronsa alussa antavansa esitteen asiakkaille ja tässä hän käyttää pronominia *teille* liittäen sen loppuun partikkelin *-kin*. Näin terveydenhoitaja siis implikoi, että hän on antanut yhteystiedot myös joillekin muille asiakkaille. Tässä vaiheessa on kuitenkin vielä epäselvää, keitä nämä muut asiakkaat ovat olleet, ja mikä on motivoinut terveydenhoitajan antamaan nämä yhteystiedot. Myös terveydenhoitaja itse orientoituu puheensa mahdolliseen monitulkintaisuuteen ja tarkentaa seuraavaksi, että hän on antanut perhetyön yhteystiedot *kaikille muilleki täs vaihees*. Nyt siis ilmenee, että kaikki terveydenhoitajan asiakkaat ovat saaneet nämä yhteystiedot. Tämä yhteystietojen antaminen on terveydenhoitajan puheessa myös suunnitelmallista, sillä hän kertoo, miten hän on antanut yhteystiedot *täs vaihees*, jolla terveydenhoitaja viitanee raskauden tiettyyn vaiheeseen. Näin terveydenhoitajan toiminta eli

perhetyön yhteystietojen antaminen näyttää neuvolan rutiineihin kuuluvalta toiminnalta, joka koskettaa kaikkia neuvolan asiakkaita, eikä vain tiettyä asiakasryhmää. Vuoronsa päätteeksi rivillä 7 terveydenhoitaja nostaa esiin uuden perhetyöhön viittaavan kategorian eli *palvelut*. Näin viritty samalla esiin myös asiakkaan kategoria ja perhetyön palveluita käyttävä perhe ei ole perhetyön kohde, vaan nimenomaisesti perhetyön asiakas, jonka tarpeita ja toiveita perhetyö täyttää.

Kuten edellä on käynyt ilmi, terveydenhoitajat käyttävät hyväkseen erilaisia esimerkki-tilanteita, joissa asiakas voisi kääntyä perhetyön puoleen. Seuraavassa aineistoesimerkissä terveydenhoitaja antaa myös esimerkin, millaisessa tilanteessa perhetyön palveluita voisi käyttää eli millainen tuen lähde perhetyö voisi olla. Tässä kuitenkin terveydenhoitaja kuitenkin sitoo puheensa vielä hieman tiukemmin kyseisen asiakasperheen tilanteeseen. Aineistoesimerkki on vastaanotolta, jossa paikalla ovat vanhemmat sekä heidän poikansa. Lapsi on yksi-vuotis-tarkastuksessaan. Nainen on raskaana ja odottaa perheen toista lasta, ja tällä samalla vastaanotolla hoidetaan myös äidin ja sikiön voinnin seuraamiseen liittyvät rutiinit. Tällä vastaanotolla terveydenhoitaja ja vanhemmat ovat keskustelleet siitä, miten ensimmäinen vuosi lapsen kanssa on sujunut. Puheenaiheena on ollut myös äidin jaksaminen sekä kuluneen vuoden aikana että tulevaisuudessa toisen lapsen synnyttä.

Esimerkki 10

- 1 T: mut että sekin se (.) lapsperheitten kotipalvelu,=mää nyt
2 taas (.) annan teille siitäki noi yhteystie[dot uudest
3 N: [joo:?
4 T: nin .hhhh ↑seki on sellane että tällasessa vaiheessa kun
5 (.) on (.) kaks pientä. (0.4) ni heiän kans pystyy tekeen
6 semmosia sopimuksia mitkä voi tehä niinku pitkälle
7 aikavälille et he niinku ↑säännöllisesti käy [siellä
8 N: [(tää)
9 N: nii:,
10 T: ni sillon tavallaan näitä äitejä jotka on tunnollisia
11 niitten kotihommien ja kaikkien kaa ni se jotenkin
12 helpottaa ku tietää että .hhh ja tottakai [isääkin ku
13 M: [°mm, °
14 T: tietää että mä oon nyt töissä ↑tänään he saa (.) varmasti apua.

Katkelman aluksi rivillä 1 terveydenhoitaja ottaa kotipalvelun esiin ja viittaa siihen jo entuudestaan tuttuna asiana. Terveydenhoitaja jatkaa samalla rivillä heti edellisen vuoronsa perään ja kertoo antavansa jälleen kotipalvelun yhteystiedot. Rivillä 4 alkavassa vuorossaan terveydenhoitaja siirtyy puhumaan tulevaisuudesta, jolloin perheen toinen lapsi on jo syntynyt. Terveydenhoitaja viittaa siihen kategoriavalinnalla *tällasessa vaiheessa*, ja tekee siitä jo ikään kuin toteutuneen tilanteen. Lisäksi terveydenhoitaja nimittää tilannetta vaiheeksi ja implikoi näin, että kyseessä on

nimenomaisesti ohi menevä tilanne, joka kestää ainoastaan tietyn ajan. Riveillä 4 ja 5 terveydenhoitaja nimeää tarkemmin, mitä hän kyseisellä vaiheella tarkoittaa: *kun on kaks pientä*. Terveydenhoitajan käyttämä kategoria pieni kuuluu elämänvaiheen jäsenkategorisointi-välineeseen, ja viittaa sillä perheen lapsiin. Pienen kategorian kategoriapiirteitä ovat muun muassa jatkuva hoivan ja huolenpidon tarve. Näin terveydenhoitajan kuvaamaa vaihe näyttäytyy potentiaalisesti perhettä kuormittavana tekijänä. Rivillä 5 terveydenhoitaja jatkaa ja kertoo, miten kotipalvelun kanssa voi tehdä sopimuksen pidemmälle ajalle, jolloin perhetyöntekijät käyvät kotona säännöllisesti. Terveydenhoitaja puhuu passiivissa eikä kohdenna puhettaan suoraan asiakkailleen, vaan kertoo, miten on mahdollista toimia. Lisäksi terveydenhoitaja kertoo rivillä 7, miten *he niinku säännöllisesti käy siellä*. *Heillä* terveydenhoitaja viittaa perhetyöntekijöihin ja pronomiinilla *siellä* puolestaan asiakkaan kotiin. Puhumalla aiheesta passiivissa ja viittaamalla asiakkaan kotiin pronomiinilla, voidaan tilanteesta, jossa ammattilainen tulee asiakkaan kotiin, luoda neutraalimpi. Mikäli terveydenhoitaja olisi esittänyt, että perhetyöntekijä tulee teidän kotiin, tilanne olisi asiakkaan kannalta saattanut vaikuttaa toisenlaiselta. Kodin kategoriaan liitetään ominaisuus, jonka mukaan ne joiden kodista on kyse, ovat oikeutettuja itse päättämään keitä kotiinsa haluavat kutsua (vrt. Kuronen 1999, 137).

Riviltä 10 alkaen terveydenhoitaja perustelee, miksi perhetyö ja sen kanssa tehty pitempiaikainen sopimus olisi vartenotettava vaihtoehto. Myös tämän vuoron terveydenhoitaja muotoilee passiivissa. Terveydenhoitaja puhuu *näistä äideistä jotka on tunnollisia niitten kotihommien ja kaikkien kaa*. Terveydenhoitaja nostaa esiin äidin kategoriaan liitetyt tehtävät ja viittaa kotihommiin sekä kaikkiin. Terveydenhoitaja käyttää puheessaan siis tunnollisen äidin kategoriaa, jotka pyrkivät toimimaan äidin kategorian odotusten mukaisesti. Esittelemällä tunnollisen äidin kategorian, terveydenhoitaja tulee samalla viitanneeksi siihen, miten on myös äitejä, jotka eivät ole tunnollisia. Aloittaessaan vuoronsa rivillä 10 terveydenhoitaja muotoilee sen aluksi siten, että tieto perhetyön tuomasta avusta auttaa äitejä, mutta rivillä 12 terveydenhoitaja asemoi puheensa uudelleen siten, että se on myös isälle hyvä asia. Rivillä 14 terveydenhoitaja muotoilee vuoronsa isän puheeksi: *ku tietää että mä oon nyt töissä tänään he saa varmasti apua*. Tästä terveydenhoitajan vuorosta muodostuu siis kuva perheestä, jossa äiti on kotona lasten kanssa isän käydessä kodin ulkopuolella ansiotyössä, ja nimenomaisesti äiti on perhetyön avun tarvitsija. Perhetyöstä olisi kuitenkin apua myös isälle, jonka töissä olleessaan ei tarvitse miettiä puolison ja lasten selviytymistä.

Tässä luvussa pyrin luomaan kuvan siitä, miten hyvinvointineuvolan vastaanotolla terveydenhoitajat esittelevät asiakkaille perhetyön palvelut. Tätä toimintaa tarkastelemalla on

mahdollista myös luoda kuva siitä, millainen tuen lähde kotipalvelu on. Terveystenhoitajat tarjoavat esimerkkejä tilanteista, joissa asiakas voisi kääntyä perhetyön puoleen. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa vanhempien sairastuminen, heidän henkilökohtaiset menot tai vanhemman uupumus. Nämä tilanteet ovat sinällään normaaleja ja tavallisia, sillä jokainen vanhempi voi sairastua, hänellä voi olla omia asioita hoidettavana tai vanhemmat voivat väsyä, jos vauva on itkuinen ja valvottaa öisin. Tarjoamalla kotipalvelua ratkaisuksi tavallisiin ja arkisiin vanhempien kohtaamiin tilanteisiin, myös kotipalvelusta itsestään voidaan antaa kuva tavallisena ja normaalina kaikille perheille suunnattuna palveluna. Tätä kotipalvelun tavallisuutta ja normaaliutta terveydenhoitajat tuovat esiin myös siinä, miten he kertovat, että kotipalvelun tarjoamat palvelut esitellään kaikille perheille. Näin kaikki perheet ovat kotipalvelun potentiaalisia asiakkaita, eivätkä ainoastaan erityistä tukea tarvitsevat perheet tai perheet, joilla on ongelmia. Tässä luvussa esittämäni aineistoesimerkit havainnollistavat myös sitä, miten lapsiperheiden kotipalvelu esitellään nimensä mukaisesti koko perheen palveluksi. Kuitenkin aineistoesimerkissä 10 kävi ilmi, että kotipalvelun tarjoamien palveluiden ajatellaan hyödyttävän ennen kaikkea äitiä, isän kotipalvelusta saaman hyödyn ollessa välillisempi (vrt. Berg 2008, 65).

Tässä luvussa toin siis esiin käytäntöjä, joilla asiakkaalle esitellään perhetyön tarjoamat palvelut. Tässä terveydenhoitajat käyttävät apuna erilaisia esimerkkejä, joilla kotipalvelun tarjoamat palvelut voidaan koettaa esittää siten, että asiakas voisi kokea ne itselleen merkityksellisiksi ja siten siis tarpeellisiksi. Seuraavassa luvussa käsitelen sitä, miten terveydenhoitajat voivat mennä tässä askeleen pidemmälle ja tarjota kotipalvelua ratkaisuksi perheen oletettuun tuen puutteeseen.

6.2.2. Oletettu tuen puute motivoi puheen kotipalvelusta

Olen tuonut aiemmin tässä analyysiluvussa esiin, miten hyvinvointineuvolassa kohdellaan lapsiperheen lähisukulaisia ensisijaisena käytännön tuen lähteenä. Seuraavan aineistoesimerkin avulla tarkoitukseni on havainnollistaa, miten kotipalvelua voidaan tarjota vaihtoehdoksi korvaamaan lähisukulaisten tarjoaman tuen puute. Oheisessa esimerkissä terveydenhoitaja käyttää hyväkseen tietoaan siitä, että pariskunnan sukulaiset asuvat toisaalla, ja motivoi puheen kotipalvelusta oletetulla tuen puutteella. Tällä vastaanotolla on pariskunta noin kuukauden ikäisen esikoisensa kanssa.

Esimerkki 11

- 1 T: sittehän tekin ootte muualta (.) muuttaneita,=eiks oo teiän
- 2 omat perheet on ny kauka[na et jos ny tulee semmonen väsy
- 3 N: [joo.

4 M: [joo.
 5 T: että perhetyöntekijää haluatte käyttää nii ilman muuta,
 6 M: joo?
 7 N: joo,
 8 T: .hh ootekste ne perhetyön (1.1) yhteystiedot saanu?
 9 N: joo kyl me saatiin silloin (0.9) mm kun ne oli ne tapaamiset
 10 [tuolla aulassa mikä se [oli,
 11 T: [joo, [joo, [joo.
 12 T: .joo joo se parisuhde vanhemuus [tunti niin siinä,
 13 N: [joo,
 14 T: joo.
 15 N: kyllä.
 16 T: että se on sitte semmonen (0.9) semmonen asia.
 17 (0.4)
 18 M: viimeinen vaihtoehto.
 19 T: .hh [nii eikä se oo viimeenkään vaihtoehto vaan sitte se et
 20 N: [heh heh heh
 21 T: jos rupee muotoutuun niin junivelkaa että kun joskus tulee
 22 semmonen ettei saa enää oikeen nuku[ttua.
 23 M: [joo.
 24 T: että menee sillain niin sitte,

Vastaanoton loppupuolelle sijoittuvan katkelman alkaessa terveydenhoitaja on juuri kirjoittanut neuvolakorttia ja aloittaa tämän jälkeen uuden puheenaiheen. Rivillä 1 terveydenhoitaja toteaa, miten pariskunta on muuttanut paikkakunnalle muualta. Tämän jälkeen terveydenhoitaja fokusoi puhettaan tarkemmin pariskunnan omiin lapsuudenperheisiin ja miten he ovat siis kaukana. Riveillä 2 ja 5 terveydenhoitaja jatkaa *et jos ny tulee semmonen väsy että perhetyöntekijää haluatte käyttää nii ilman muuta*. Terveydenhoitaja mainitsee väsymyksen syynä kääntyä perhetyöntekijän puoleen, mutta puhuu asiasta passiivissa eikä tarkenna kenen väsymyksestä on kyse; vanhempien yhteisestä väsymyksestä, vai isän tai äidin väsymisestä. Kuitenkin päätös perhetyöntekijän puoleen kääntymisestä on terveydenhoitajan puheessa vanhempien yhteinen. Lisäksi terveydenhoitaja asemoi vanhemmat nimenomaisesti perhetyöntekijän palveluiden *käyttäjäksi* eikä perhetyöntekijältä *apua tarvitseviksi*. Näin vanhemmat ovat ennemminkin valveutuneita asiakkaita, jotka väsymyksestä huolimatta osaavat toimia vastuullisten vanhempien tavoin. Terveydenhoitaja ikään kuin antaa luvan kääntyä perhetyön puoleen ja miten he voivat tehdä sen *ilman muuta*. Terveydenhoitaja nostaa perhetyön esiin vähittäisellä siirtymisellä tähän aiheeseen. Ensin terveydenhoitaja siis toteaa, miten vanhemmat ovat kotoisin muualta. Tämän jälkeen hän nostaa esiin, miten vanhempien lähimmät sukulaiset asuvat kaukana. Näin terveydenhoitaja ikään kuin sulkee ensin pois sukulaisilta saatavan avun, joka sitten toimii perusteena nostaa esiin lapsiperheiden kotipalvelu.

Terveydenhoitaja jatkaa puhettaan kotipalvelusta ja kysyy vanhemmilta rivillä 8, onko pariskunnalla kotipalvelun yhteystiedot. Riveillä 9 ja 10 nainen kertoo heidän saaneen yhteystiedot neuvolan tiloissa olleessa tapaamisessa ja terveydenhoitaja täydentää kyseessä olleen parisuhdetta ja vanhemmuutta käsitellyt tunti eli neuvolan järjestämä perhevalmennus. Kun terveydenhoitaja on varmistunut siitä, että pariskunnalla on perhetyön yhteystiedot, hän toteaa rivillä 16 perhetyön olevan *semmonen asia*. Tätä seuraa lyhyt tauko, ja mies jatkaa rivillä 18 nimeten perhetyön *viimeiseksi vaihtoehdoksi*. Mies ei kohtele terveydenhoitajan esiin nostamaa perhetyötä relevanttina vaihtoehtona, vaan nimenomaisesti viimeisenä vaihtoehtona, johon turvaudutaan vasta pakon edessä, kun muita vaihtoehtoja ei enää ole. Terveydenhoitaja ei kuitenkaan osoita rivillä 19 samanmielisyyttä miehen kanssa ja osoittaa puheellaan, miten ei pidä perhetyötä viimeisenä vaihtoehtona. Sen sijaan terveydenhoitaja muotoilee perhetyöntekijän puoleen kääntymisen syyksi univelan ja jatkaa näin siis samalla linjalla, kuin aiemmin rivillä 2 mainitessaan väsymyksen syyksi ottaa yhteyttä perhetyöntekijään. Myös tässä terveydenhoitaja puhuu aiheesta passiivissa, joten hänen puheestaan ei voi päätellä kenen univelasta tässä on kyse.

Edellisessä esimerkissä terveydenhoitaja perustelee perhetyöntekijän puoleen kääntymistä sillä, että vanhempien lähimmät sukulaiset asuvat kaukana, eikä heistä siksi ole välttämättä tukea perheen sitä tarvitessa. Tässä esimerkissä terveydenhoitaja siis käytti hyväkseen aiemmin saamaansa tietoa asiakasperheestä. Lisäksi terveydenhoitajan voidaan ajatella koettaneen ottaa kotipalvelun puheenaiheeksi tavalla, joka olisi asiakkaille itselleen relevantti, ja suhteutti puheensa asiakkaiden sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Näin siis terveydenhoitaja otti perhetyön esiin tarjoten sitä vaihtoehdoksi korvaamaan sukulaisilta saadun tuen. Tässä lapsiperheiden kotipalvelu eli perheen ulkopuolinen apu nostetaan relevantiksi tuen lähteeksi, kun ensisijainen tuen lähde eli lähisukulaiset, on suljettu pois (vrt. Broadhurst 2008, 6.9). Seuraavassa luvussa tarkastelen lähemmin, miten lähisukulaisilta saatavilla olevaa käytännön tukea voidaan käyttää perusteena epäillä kotipalvelun tarvetta.

6.2.3. Lähisukulaisilta saatu tuki sulkee kotipalvelun tarpeen pois

Olen aiemmin havainnollistanut, miten kotipalvelu esitellään asiakkaalle osana hyvinvointineuvolan rutiineja. Edellä kävi ilmi myös se, että terveydenhoitajat voivat käyttää hyväkseen tietoa asiakasperheen elämäntilanteesta nostaessaan kotipalvelun puheenaiheeksi ja motivoidessaan puheen kotipalvelusta. Näin siis kotipalvelu voidaan esittää siten, että se voisi paikata perheen

oletettua avun puutetta. Havaittiin kuitenkin myös, että perhetyön palveluiden tarvetta on mahdollista epäillä vedoten lähisukulaisten tarjoaman tuen saatavilla oloon. Näissä seuraavissa kahdessa esimerkissä vastaanotolla on ollut puheena lapsiperheiden kotipalvelu, ja se millaisissa tilanteissa näitä palveluita perhe voisi käyttää. Esimerkeissä kuitenkin suljetaan kotipalvelun tarve pois vetoamalla lähisukulaisten saatavilla oloon tuen ja avun lähteinä.

Esimerkki 12

- 1 T: mä annan varuiks (0.2) kuitenkin perhetyöstä (.) tämän esitteen,
2 M: janna [vaan,
3 T: [jos (.) jos tulee s joskus semmonen kohta esiin niin
4 heil on kuitenkin aika (.) mt (.) aika tota (1.7) helposti öhh
5 lapsperheisiin saatavissa (0.4) apua.
6 (0.9)
7 T: elikkä täs on toi ((perhetyöntekijä)) on hän johon (.) jollekka
8 sitte voi soittaa,
9 N: .joo
10 (2)
11 T: eli jos laps sairastuu tai (1.5) äiti sairastuu tai
12 M: [(--)]
13 T: [muuten oot] poikki (.) väsyny (0.4) ei tarvi itteensä ihan (0.3)
14 uuvuksiin (.) viedä,
15 (0.2)
16 T: .mt mut teil on täys luotto että apua tulee,
17 (0.5)
18 M: kyllä.
19 T: tarvittaessa (0.4) mt hyvä niin.

Oheisessa katkelmassa esikoistaan odottava pariskunta on lomakekäynnillä ja he ovat käsitelleet terveydenhoitajan kanssa perheen tukiverkkoja, ja mistä perhe saa tarvitessaan apua. Pariskunta on todennut, että heidän elämäntilanteensa on sellainen, että he eivät koe erityisesti tarvitsevansa apua muilta. Kuitenkin, jos sellainen tilanne tulisi, he voisivat kääntyä isovanhempien puoleen. Rivillä 1 terveydenhoitaja huomioikin edellä käydyn keskustelun ja kertoo antavansa esitteen *varuiks*, jos perhetyölle tulee sittenkin tarvetta. Terveysneuvoja kertoo riveillä 4 ja 5, miten perhetyöstä on saatavissa melko helposti perheisiin apua ja mainitsee riveillä 7 ja 8 perhetyöntekijän nimen, johon voi sitten ottaa yhteyttä. Kuten aineistoesimerkeissä 8 ja 10, myös tässä terveydenhoitaja kertoo, millaisissa tilanteissa perhetyöstä voisi olla apua. Hän mainitsee syiksi lapsen tai äidin sairastumisen tai sen, että äiti on *väsynyt* ja *poikki*. Terveysneuvoja lisää vielä rivillä 13 ja 14 *ei tarvi itteensä ihan uuvuksiin viedä*. Tässä perhetyön varsinaisina asiakkaina kohdellaan äitiä ja lasta. Rivillä 16 terveydenhoitaja toteaa *mut teil on täys luotto että apua tulee*. Mies vahvistaa tämän rivillä 18 ja terveydenhoitaja jatkaa vielä todeten pariskunnan saavan apua tarvittaessa ja

hyvä niin. Rivin 16 vuorossa terveydenhoitaja palaa aineistoesimerkkiä edeltävään keskusteluun, jossa on todettu, että pariskunta saa tarvitessaan apua sukulaisilta ja ei siksi tarvitse perhetyön apua.

Edellisessä aineistoesimerkissä terveydenhoitaja toi esiin, miten sukulaisilta saadun tuen ansiosta perhe ei tarvitse perhetyön apua. Esimerkissä 13 asiakas itse tuo esiin, miten apua on saatavissa sukulaisilta. Ennen tämän esimerkin alkua terveydenhoitaja on kertonut perhetyön asiakasmaksuista ja maininnut, että perhetyöstä tullaan keskustelemaan vielä myöhemminkin vauvan synnyttyä.

Esimerkki 13

1 N: meiän koko suku on niin innoissaan et[tä,
2 T: [hehe heh [heh
3 N: [kyllä varmasti
4 hoita[ja löytyy, heh
5 T: [joo
6 T: perhetyä jo tullu jo sitä kautta sitte [että,
7 N: [niih,

Nainen kertoo, miten hänen koko sukunsa on innoissaan vauvan syntymästä ja jatkaa riveillä 3 ja 4 miten vauvalle löytyy varmasti hoitaja, jos sellaista tarvitaan. Naisen voi päätellä tarkoittavan *meiän koko suvulla* omia sukulaisiaan, eikä hänen ja puolisonsa sukulaisten muodostamaa kokonaisuutta, koska aiemmin on käynyt ilmi, että asiakkaan mies on ulkomaalainen, eikä hänen omista sukulaisistaan ole saatavilla hoitoapua, johon nainen viittaa rivillä 4. Asiakas esittää sukunsa myös toimivaksi ja tunteeksi yksiköksi, jolla on tunteet suvun ollessa innoissaan (vrt. Gubrium & Holstein 1990, 70). Näin suvun tuntema innostus toimii takeena siitä, että vauvalle löytyy hoitoapua tämän synnyttyä. Terveydenhoitaja vastaanottaa naisen puheen ensin rivillä 2 naurahduksella ja rivillä 5 minimiresponssilla *joo*. Rivillä 6 terveydenhoitaja toteaa *perhetyä jo tullu jo sitä kautta sitte että*, johon nainen vastaa lyhyesti *nii*. Tässä katkelmassa asiakas tuo siis itse esiin, miten hoitoapua on saatavissa sukulaisilta, ja näin ollen perhetyön apua ei tarvita. Terveydenhoitaja jatkaa asiakkaan kanssa samanlinjaisesti ja toteaa, miten perhetyö on tullut jo sitä kautta.

Edellisten kolmen aineistoesimerkin avulla pyrin vahvistamaan sitä kuvaa, että eri tuen lähteet muodostavat hierarkkisen kokonaisuuden, jossa lähisukulaisten tarjoama käytännön tukea kohdellaan ensisijaisena, muiden käytännön tuen lähteiden ollessa toissijaisia tai jopa viimesijaisia kuten kotipalvelu aineistoesimerkissä 11. Vaikka kotipalvelun tarjoama apu pyritään esittämään asiakkaille mahdollisimman tavallisena ja normaalina, se ei kuitenkaan ole ainut edellytys sille, että asiakkaat kokisivat sen itselleen relevantiksi ja tarpeelliseksi palveluksi, ja lopulta päätyisivät

käyttämään näitä palveluita. Tämä antanee viitteitä siitä, että puhuttaessa lapsiperheiden käytännön tuesta, se ei ole ainoastaan perheiden itsensä ratkaisema käytännöllinen kysymys. Tämän lisäksi siihen vaikuttavat myös kulttuuriset käsitykset siitä, miten lapsiperheiden käytännön tuen hankinta jäsentyy eli miten eri tuen lähteet järjestyvät suhteessa toisiinsa, ja millaisten ehtojen toteutuessa jokin tietty tuen lähde nousee relevantiksi tuen lähteeksi.

6.2.4. Kotipalvelu ja taustalla häilyvä ongelmaperheen kategoria

Edellä kävi ilmi, miten kotipalvelua saatetaan kohdella epärelevanttina avun lähteenä, mikäli perheellä on saatavilla apua muista tuen lähteistä. Seuraavaksi käsittelemme sitä, millaisen kategorisoinnin kohteeksi kotipalvelun tarjoamia palveluita käyttävä perhe saattaa joutua, ja miten tätä käsitellään hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Puhuttaessa tällaisen kategorisoinnin mahdollisuutta hyvinvointineuvolan vastaanotolla, käsitellään myös sitä, miten hyvien vanhempien oletetaan toimivan ja kuuluuko hyvän vanhemman kategorian ominaisuuksiin ulkopuolisen avun pyytäminen perheeseen. Seuraavassa esimerkissä terveydenhoitaja ottaa itse puheeksi sen, millaisen kategorisoinnin kohteeksi perheet saattavat pelätä joutuvansa, mikäli he käyttävät perhetyöntekijän palveluita.

Esimerkki 14

- 1 T: ja sen ei- se ei ↑tarkota se (.) perhetyö sitä että sinne ottaa
2 yhteyttä vasta siinä vaiheessa ku teil on ongelma.
3 (.)
4 N: ni(h) [heh [heh heh heh heh heh
5 T: [vaan [sen tarkotus on että [(sitä alettas)
6 M: [(mm,) [mii,
7 N: [ennaltaehkästäs se. nii.
8 T: niin. ennaltaehkäsyä ettei pääsis (.) tuleen sitä ongelmaa
9 et se on niinku (0.5) monille on kauheen (.) suuri kynnys
10 ottaa yhteyttä semmoseen.=ne miettii heti et nyt meiät
11 luokitellaan ongelma[perheeks,
12 M: [niin nii,
13 N: nii [nii,
14 T: [se ei tarkota sitä.

Rivillä 1 terveydenhoitaja kertoo, miten tarkoituksena ei ole, että perhetyöhön otetaan yhteyttä vasta, kun tulee ongelmia. Rivillä 2 terveydenhoitaja kohdentaa puheensa juuri asiakkailleen ja sanoo *ku teil on ongelma*. Terveydenhoitaja ei avaa sen tarkemmin, mitä hän ongelmalla tarkoittaa.

Kuitenkin, koska terveydenhoitaja puhuu perhetyöstä, on mahdollista päätellä, että kyseessä ovat perheongelmat. Lisäksi tähän kategoriaan liitetty arkitietomme vihjaa, millaisia nämä mahdolliset ongelmat saattavat esimerkiksi olla: vanhemmat ovat väsyneet tai vauva on itkuinen. Rivillä 4 nainen ottaa terveydenhoitajan kertoman vastaan naurahtaen minimiresponssilla *nii* ja tätä seuraavalla naurulla. Terveydenhoitaja jatkaa naisen naurun kanssa päällekkäin rivillä 5 *vaan sen tarkoitus on että sitä alettas* alkaen kertomaan mikä perhetyön tarkoitus on.

Rivillä 6 mies ottaa vastaan terveydenhoitajan kertomaa kahdella lyhyellä *mm*-vastauksella. Ennen kuin terveydenhoitaja saa vuoronsa loppuun ja kerrottua mikä perhetyön tarkoitus on, ehättää nainen rivillä 7 nimeämään perhetyön tarkoitukseksi *ennaltaehkäisy*n. Rivillä 8 terveydenhoitaja jatkaa käyttäen naisen edellisessä vuorossa valitsemaa *ennaltaehkäisy*n kategoriaa ja jatkaa *ettei pääsis tuleen sitä ongelmaa*. Tässä terveydenhoitaja puhuu uudelleen aiemmin esiin nostetusta ongelmasta. Rivillä 9 terveydenhoitaja jatkaa vuoroaan ja tuo ilmi myös itse tiedostavansa, että kotipalvelun puoleen kääntyminen ei ole asiakkaille helppoa: *et se on niinku monille on kauheen suuri kynnyks ottaa yhteyttä semmoseen*. Terveydenhoitaja esiintyy vuorossaan tietäen, miten yleinen asia on. Kontekstista on mahdollista päätellä, että terveydenhoitaja viittaa puheellaan siihen, miten vanhemmilla on suuri kynnyks ottaa yhteyttä kotipalveluun.

Rivillä 10 terveydenhoitaja jatkaa heti edellisen vuoron perään ja mainitsee syyn minkä vuoksi, vanhemmilla on toisinaan suuri kynnyks pyytää apua. Terveydenhoitajan mukaan *ne miettii heti et nyt meiat luokitellaan ongelmaperheeks*. Terveydenhoitaja puhuu jälleen ikään kuin vanhempien suulla kertoen, mitä he ajattelevat. Puheessaan terveydenhoitaja orientoituu selkeästi ongelmaperheen kategoriaan, ja siihen miten perheellä saattaa olla riski jossain tilanteessa tulla luokitelluksi ongelmaperheeksi. Hän viittaa siihen, miten vanhemmat ovat tietoisia tällaisen kategorisoinnin mahdollisuudesta (vrt. Austin & Fitzgerald 2007, 36.2). Ongelmaperheen kategoriaan luokittelu näyttäytyy terveydenhoitajan puheessa ei-toivottuna tilanteena, koska vanhemmat saattavat terveydenhoitajan mukaan pelätä sitä niin paljon, etteivät sen vuoksi ota yhteyttä perhetyöntekijään, vaikka saattaisivatkin tarvita apua. Sekä mies että nainen vastaavat terveydenhoitajan puheeseen lyhyin *niin*-vastauksin riveillä 12 ja 13. Aineistokatkelman lopuksi terveydenhoitaja toteaa vielä, miten kotipalveluun yhteydenottaminen ei merkitse ongelmaperheeksi luokittelua.

Tässä esimerkissä asiakas nostaa perhetyön tehtäväksi ongelmien *ennaltaehkäisy*n, jota terveydenhoitaja kohtelee oikeana kategoriavalintana vahvistamalla sen omassa puheessaan ja

käyttäessään sitä myös itse. Tässä perhetyön merkitys muodostettiin nimenomaisesti ammatilliseksi perheille tarjotuksi palveluksi nimeämällä sen tarkoitukseksi ennaltaehkäisy, joka kategoriana yhdistetään asiakkaiden auttamiseen ja tukemiseen tähtäävien instituutioiden toimintaan. Edellisessä aineostoesimerkissä terveydenhoitaja nosti kuitenkin esiin, miten joillekin perheille tällaisten palveluiden käyttäminen ei ole helppoa, sillä on mahdollisuus, että tällaiset perheet saatetaan kategorisoida ongelmaperheiksi. Näin tehtäessä perhetyö näyttäytyy siis perheille suunnattuna asiantuntijapalveluna, jonka ei voida siten luonteensa vuoksi olettaa olevan korvattavissa lähisukulaisilla saatavalla käytännön avulla.

Aiemmissä aineistoesimerkeissä olen tuonut esiin, miten terveydenhoitajat esitellessään perhetyön palvelut koettavat erilaisten esimerkkien avulla antaa perhetyöstä mahdollisimman tavallisen ja ongelmattoman kuvan, jonka palveluita periaatteessa kuka tahansa perhe voisi käyttää. Kuitenkin lapsiperheen käytännön apu on monitahoinen ilmiö, jossa voidaan ajatella olevan sekä käytännöllinen että moraalinen ulottuvuus. Toisaalta asiakkaat ja terveydenhoitajat käsittelevät käytännön tukea käytännöllisenä kysymyksenä, jolloin pohditaan sitä, keneltä apua saadaan ja missä tilanteissa. Kuitenkin tässä keskustelussa tehdään osallistujien kesken jatkuvaa kategoriatyötä, jossa eri tuen lähteitä arvotetaan suhteessa toisiinsa. Tämä tuo keskusteluun lapsiperheen sosiaalisesta tuesta myös moraalisen ulottuvuuden, jolloin tullaan käsitelleeksi myös sitä, miten tavallisten ja normaalien perheiden ja vanhempien oletetaan toimivan.

7 Päätelmät

Tutkielmassa tarkasteltiin, millaisin käytäntein hyvinvointineuvolan vastaanotolla keskustellaan vauvaperheen sosiaalisesta tuesta, ja sitä miten eri sosiaalisen tuen lähteitä vuorovaikutuksessa kohdellaan. Tavoitteena oli siis kuvailla neuvolavastaanoton vuorovaikutuskäytänteitä sen suhteen, miten sosiaalista tukea ja etenkin sen yhtä ulottuvuutta eli käytännön tukea käsitellään hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Tutkimalla hyvinvointineuvolan kontekstissa toistuvia vuorovaikutuskäytänteitä, ne voidaan tehdä näkyväksi sekä nostaa keskustelun ja arvioinnin kohteiksi (vrt. Forsberg 1994, 134).

Tässä viimeisessä luvussa teen yhteenvedon tutkimukseni tuloksista sekä pohdin niiden merkitystä käytännön neuvolatyön kannalta. Lopuksi arvioin tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta sekä tuon esiin mahdollisia jatkotutkimuksen aiheita.

7.1. Tutkimuksen tulokset ja niiden käytännöllinen merkitys

Analyysin ensimmäisessä osassa keskityin tarkastelemaan sitä, millaisin käytäntein lapsiperheiden lähisukulaisten tarjoamasta käytännön tuesta keskustellaan. Vuorovaikutuskäytänteiden kuvaamisen lisäksi tavoitteenani oli selvittää, millainen merkitys lähisukulaisten tarjoamalle käytännön tuelle annetaan ja miten heidän tarjoama tuki suhteutuu muihin tuen lähteisiin. Havaitsin, että arvioitaessa mahdollisuutta pyytää käytännön apua lähisukulaisilta ennakkoehdoksi valikoitui tämän avun saatavilla olo. Sen sijaan ystävien kohdalla ennakkoehtona kohdeltiin sekä ystävää kohtaan tunnettua luottamusta että ystävän halua auttaa. Näin siis havaitsin, että lähimpien sukulaisten tarjoamaa käytännön tukea kohdellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla jollain tapaa erityisenä tukena siinä mielessä, ettei sille aseteta samankaltaisia ennakkoehtoja kuin esimerkiksi ystävien tarjoamalle käytännön tuelle. Tämän lisäksi havaitsin, että lähimpien sukulaisten tarjoamalla käytännön tuella on myös normatiivinen ulottuvuutensa siten, että mikäli lähisukulaisten tarjoamaa käytännön tukea on saatavilla, vanhempien oletetaan myös hankkivan apua heiltä.

Analyysin toisessa osassa keskityin siihen, miten lapsiperheiden kotipalvelusta keskustellaan lapsiperheen käytännön tuen lähteenä ja millainen merkitys sille annetaan. Perhetyön palveluiden esittely kuuluu osaksi neuvolan rutiineja ja tämän rutiinomaisuuden myös terveydenhoitajat itse toivat esiin asiakkaille. Esitellessään perhetyön palvelut terveydenhoitajat käyttivät hyväkseen erilaisia esimerkkejä, joiden avulla terveydenhoitajat kuvasivat ensinnäkin millaisissa tilanteissa

perhetyön palveluita voisi käyttää, ja toisaalta millaisia perhetyön palvelut ovat eli mitä perhetyöntekijät asiakkaan kotona voivat tehdä. Näiden esimerkkien avulla perhetyöstä pyrittiin antamaan mahdollisimman tavallinen kuva eli mikä tahansa perhe saattaisi olla sen asiakas. Havaittiin, että keskusteltaessa perhetyöstä myös lähimpien sukulaisten tarjoama tuki ja sen ensisijaisuus nousi esiin. Toisaalta lähisukulaisten tarjoaman tuen puutetta voitiin käyttää motiivina nostaa perhetyön puheenaiheeksi ja perustella näin sen mahdollista tarvetta. Toisaalta taas lähimpien sukulaisten tarjoamaa tukea voitiin käyttää keinona epäillä perhetyön palveluiden tarvetta tulevaisuudessa. Vaikka terveydenhoitajat pyrkivät antamaan perhetyöstä mahdollisimman normaalin kuvan esitellessään sen palvelut, otettiin esiin kuitenkin mahdollisuus, että perhetyön palveluita käyttävä perhe saatetaan kategorisoida esimerkiksi ongelmaperheeksi.

Hyvinvointineuvolan vastaanotolla lapsiperheen lähisukulaisia kohdellaan siis ensisijaisena käytännön tuen lähteenä. Sen sijaan kaupungin tarjoamaa lapsiperheiden kotipalvelua kohdeltiin toissijaisena tai jopa viimesijaisena käytännön tuen lähteenä. Myös Marjo Kuronen (1993) esittää tutkimuksessaan, että äitiys- ja lastenneuvolassa lähisukulaisia pidetään perheen ensisijaisena avun lähteenä hyvinvointivaltiollisten auttamisjärjestelmien ollessa toissijaisia tuen lähteitä. Tässä tutkielmassa aineiston analysoinnissa käytettiin jäsenkategoria-analyysia. Tutkimalla näin kategorioiden tilanteista käyttöä voidaan ensinnäkin paljastaa tämä erilainen tapa orientoitua näihin tuen lähteisiin, mutta toiseksi kategorioiden käytön yksityiskohtaisella tarkastelulla voidaan myös tarjota yksi tapa ymmärtää tämän vuorovaikutuksessa tuotetun järjestyksen perusta (vrt. Broadhurst 2008, 4.7). Hyvinvointineuvolan vastaanotolla käyty keskustelu lapsiperheen sosiaalisesta tuesta antaa viitteitä siitä, että käytännön avun hankkiminen perheen sitä tarvitessa ei ole ainoastaan käytännöllinen kysymys, vaan sillä on myös moraalinen ulottuvuutensa.

Tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia on, että keskusteltaessa perheen tarvitsemasta käytännön avusta hyvinvointineuvolan vastaanotolla käydään samalla implisiittistä neuvottelua siitä, mistä ja millaisessa tilanteessa perheen on hyväksyttävää ja oikeutettua pyytää apua. Vaikka siis esimerkiksi perhetyön kaltaisella yhteiskuntapoliittisella tukimuodolla pyrittäisiin tukemaan vanhempia ja perheitä, on kuitenkin syytä olla tietoinen niistä moraalisisista ja normatiivisista käsityksistä, jotka jäsentävät tapaa, jolla lapsiperheen lähisukulaisilta saatua käytännön tukea kohdellaan ensisijaisena suhteessa perheen ulkopuolelta tarjottuun apuun. Käytänteisiin, joilla lapsiperheen sosiaalisesta tuesta ja käytännön avusta keskustellaan hyvinvointineuvolan vastaanotolla, kietoutuu myös terveydenhoitajien ammatillinen valta määrittää perheen moraalista järjestystä. Sitä, millaista on perheen normaali ja hyväksyttävä toiminta.

Katson, että hyvinvointineuvolan tavoitteiden toteutumisen kannalta vastaanotolla käyty keskustelu asiakasperheen sosiaalisesta tuesta on tärkeää. Tällöin on mahdollista kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa, mistä tämä kokee saavansa apua sitä tarvitessaan. Lisäksi vastaanotolla on mahdollista käsitellä asiakkaan esiin nostamaa avun puutetta ja koettaa löytää siihen ratkaisu. Uskon, että avun kartoittaminen on tärkeää jo perheen ensimmäistä lasta odottaessa, sillä se auttaa vanhempia ennakoimaan tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevää avun tarvetta. Tietoisuus perheen mahdollisuudesta saada käytännön apua lähipiiriltään edesauttaa myös terveydenhoitajan työskentelyä hyvinvointineuvolan tavoitteiden mukaisesti, jolloin hän kykenee tarvittaessa pohtimaan yhdessä asiakasperheen kanssa senhetkiseen avun tarpeeseen sopivaa tuen lähdettä.

Tutkimukseni tuloksia voidaan käyttää hyväksi kehitettäessä tapoja, joilla asiakkaan sosiaalisesta verkostosta ja sen avun tarpeesta keskustellaan. Näissä tilanteissa voisikin pyrkiä toimimaan entistä asiakaslähtöisemmin ja lähestyä asiakkaan sosiaalista verkostoa ja avun tarvetta entistä enemmän asiakkaan itsensä näkökulmasta ja käyttää tässä lähtökohtana asiakkaan itsensä kokemusta avun tarpeesta ja mahdollisista avun lähteistä. Tällöin voitaisiin kenties välttää avun lähteiden arvottaminen ja keskittyä siihen, mikä hyvinvointineuvolan tavoitteiden suuntaisesti olisi tärkeintä eli perheen hyvinvoinnin tukemiseen sen saaman sosiaalisen tuen avulla riippumatta siitä, mistä perhe kokee tätä tukea saavansa.

7.2. Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimuksen aiheita

Tässä tutkielmassa aineistona oli hyvinvointineuvolan vastaanottoja, joilla asiakkaat joko odottivat ensimmäistä lastaan tai tämä ensimmäinen lapsi oli vielä vauva-ikäinen. Voikin ajatella, että mikäli aineistossa olisi ollut perheitä, joilla on useampia ja vanhempia lapsia, keskustelu perheen saamasta ja tarvitsemasta käytännön avusta olisi saattanut olla erilaista. Koska tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritty selvittämään millaista apua ja millaisissa tilanteissa perheet todellisuudessa saavat, katson, ettei perheen koolla, lasten iällä tai vanhempien kokeneisuudella vanhemman roolissa ole merkitystä tämän tutkimuksen tulosten kannalta. Sen sijaan tutkielmassa tarkasteltiin lapsiperheen käytännön avun sosiaalista jäsentymistä hyvinvointineuvolan vastaanoton vuorovaikutuksessa. Se millaisena ilmiönä lapsiperheen käytännön tuki näyttäytyy, on osallistujien yhdessä tekemän kategoriatyön tulosta, joka on mahdollista kulttuurin jäsenten yhteisesti jakaman kategorioihin varastoidun arkitiedon ansiota. Näin sekä ensimmäistä kertaa vanhemmaksi tuleva

että jo kokeneempi vanhempi ovat molemmat tietoisia muun muassa vanhemman, isän ja äidin kategorioiden kantamasta odotuksen mukaisesta toiminnasta, ja heidän voi olettaa orientoituvan näihin odotuksiin omassa toiminnassaan neuvolavastaanoton vuorovaikutuksessa.

Arvioitaessa tämän tutkimuksen tuloksia on syytä pohtia käytetyn aineiston kokoa ja sen edustavuutta suhteessa neuvolatoiminnan kokonaisuuteen. Aineisto koostui 24 vastaanotosta, jotka oli kuvattu hyvinvointineuvolan toimintaperiaatteiden mukaan toimivissa neuvoloissa. Katson, että käyttämäni aineiston etuna on se, että se koostuu kahdeksan eri terveydenhoitajan vastaanotolla ja neljässä eri neuvolassa kuvatuista vastaanotoista. Näin aineistossa on mukana erilaisia asiakkaita erilaisine elämäntilanteineen ja eri tavoin työskenteleviä terveydenhoitajia. Vaikka aineistoni on melko edustava leikkaus neuvolasta, on se kuitenkin viime kädessä melko pieni aineisto. Näin siis tämän tutkielman tuloksia ei voida suoraan yleistää koskemaan koko neuvolajärjestelmää siten, että keskustelu lapsiperheiden käytännön tuesta olisi jokaisessa neuvolassa tai neuvolavastaanotolla samanlaista.

Sen sijaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pikemminkin jonkin tietyn ilmiön kuvaaminen ja ymmärtäminen sekä teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostaminen tutkittavana olevasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 1998, 61). Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen merkittävyyttä on suoran yleistettävyyden sijaan mielekkäämpää pohtia sitä, miten tulokset suhteutuvat ympäröivään yhteiskuntaan (Alasuutari 1995, 156). Voidaan puhua myös tulosten siirrettävyydestä, jolloin arvioidaan tutkimuksen havaintojen siirrettävyyttä toiseen toimintaympäristöön (Eskola & Suoranta 1998, 65). Keskusteluanalyttisen tutkimuksen piirissä tulosten arvioinnissa käytetään myös mahdollisuuden käsitettä. Tällä tarkoitetaan sitä, miten tutkimuksen tuloksena löydetty käytännöt ovat mahdollisia myös muissa konteksteissa. (Peräkylä 2004, 297.) Arvioitaessa tällä tavoin tämän tutkimuksen tuloksia, voidaan esittää, että löytämäni tavat, joilla lapsiperheiden käytännön tuesta keskustellaan, ovat mahdollisia tapoja, joilla aihetta käsitellään muissakin neuvoloissa. Tässä tutkimuksessa toiminnan institutionaalisenä kontekstina oli neuvola. On kuitenkin mahdollista, että muissakin institutionaalisissa konteksteissa asiakkaan ja ammattilaisen välillä käydään samankaltaista keskustelua.

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin lapsiperheiden kotipalvelusta käytyä keskustelua hyvinvointineuvolan vastaanotolla. Koska hyvinvointineuvola on melko uusi äitiys- ja lastenneuvoloita koskeva uudistus, saattaisi olla hedelmällistä vertailla hyvinvointineuvolan ja perinteisen äitiys- ja lastenneuvolan työkäytänteitä. Näin voitaisiin saada selville, toimivatko

terveydenhoitajat eri tavoin työskennellessään hyvinvointineuvolassa, ja onko vastaanotolla käyty keskustelu lapsiperheen käytännön tuesta jollain tapaa erilaista kuin perinteisessä neuvolassa. Tällainen vertaileva tutkimusasetelma saattaisi tarjota eväitä hyvinvointineuvola-toimintamallin kehittämiseen eteenpäin.

Olisi myös mielenkiintoista tutkia entistä lähemmin kotipalvelusta käytyä keskustelua. Tässä tarkastelun kohteena olivat toimintajaksot, joissa esiteltiin lapsiperheiden kotipalvelun palvelut ja puhuttiin siitä, millaisissa tilanteissa niitä voisi käyttää. Näissä toimintajaksoissa suuntauduttiin tulevaisuuteen ja kotipalvelun mahdolliseen tarpeeseen. Sen sijaan tässä tutkielmassa ei tarkasteltu toimintajaksoja, joissa terveydenhoitaja olisi konkreettisesti ehdottanut asiakkaalle kotipalvelun käyttöä. Koska neuvolan ja perhetyön tiiviistä yhteistyöstä on kertynyt hyviä kokemuksia (STM 2004, 35), jatkossa saattaisikin olla hyödyllistä tutkia sitä, miten neuvolan asiakkaat ohjautuvat perhetyön asiakkaiksi. Tutkimalla neuvolavastaanoton vuorovaikutusta olisi mahdollista saada selville, miten terveydenhoitajat muotoilevat ehdotuksen kotipalvelun puoleen kääntymisestä, ja millaiseksi terveydenhoitajat kehystävät kotipalvelun apua vaativan tilanteen sekä millaisen prosessin kuluessa syntyy päätös pyytää tai olla pyytämättä kotipalvelun apua perheeseen.

Lähteet

- Ala-Laurila, Eija-Liisa & Palkinen, Riitta (2001) Katso lasta – näe tulevaisuuteen. Katsaus Tampereen lastenneuvolatyön historiaan ja nykytilanteeseen. Tampere: Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2001.
- Alasuutari, Pertti (1995) *Researching Culture. Qualitative Method and Cultural Studies*. London: Sage.
- Antaki, Charles & Barnes, Rebecca & Leudar, Ivan (2005) Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies* 7:6, 627–647.
- Arminen, Ilkka (2005) Institutional interaction. *Studies of Talk at Work. Directions in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Aldershot: Ashgate.
- Austin, Helena & Fitzgerald, Richard (2007) Resisting categorization: An ordinary mother. *Australian Review of Applied Linguistics* 30:3, 36.1–36.13.
- Baggens, Christina (2002) Nurses' work with empowerment during encounters with families in child healthcare. *Critical Public Health* 12:4, 351–363.
- Berg, Kristiina (2008) Äitiys kulttuurisina odotuksina. *Väestöntutkimuksen julkaisusarja D* 48/2008. Helsinki: Väestöliitto.
- Broadhurst, Karen (2008) Parental Help-Seeking and the Moral Order. Notes for Policy-Makers and Parenting Practitioners on 'the First Port of Call' and 'No One to Turn To' *Sociological Research Online* 12:6 <http://www.socresonline.org.uk/12/6/4.html>. Viitattu 15.10.2010.
- Collins, Sarah & Britten, Nicky & Ruusuvuori, Johanna & Thompson Andrew (2007) Understanding the process of patient participation. Teoksessa Sarah Collins, Nicky Britten, Johanna Ruusuvuori & Andrew Thompson (toim.) *Patient Participation on Health Care Consultations. Qualitative Perspectives*. McGraw-Hill: Open University Press, 3–21.

Drew, Paul & Heritage, John (1992) Analyzing talk at work. Teoksessa Paul Drew & John Heritage (toim.) Talk at work. Interaction in institutional settings. Studies in Interactional Sociolinguistics 8. Cambridge: Cambridge University Press, 3–65.

Eerola, Kaija (1999) Mielenterveyden häiriöt ensisynnyttäjillä. Prospektiivinen tutkimus häiriöiden esiintyvyydestä ja riskitekijöistä sekä sosiaalisesta tuesta. Turku: Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 154.

Edwards, Rosalind & Gillies, Val (2004) Support in Parenting: Values and Consensus concerning who to turn to. *Journal of Social Policy* 33:4, 627–647.

Eglin, Peter & Hester Stephen (2003) The Montreal Massacre. A Story of Membership Categorization Analysis. Ontario: Wilfrid Laurier University Press.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Feeley, Nancy & Gottlieb, Laurie N. (2000) Nursing Approaches for Working with Family Strengths and Resources. *Journal of Family Nursing* 6:1, 9–24.

Fogarty, Kathryn & Augoustinos, Martha (2008) Feckless fathers and monopolizing mothers: Motive identity and fundamental truths in the Australian Public Inquiry into Child Custody. *British Journal of Social Psychology* 47:3, 535–556.

Forsberg, Hannele (2003) Kriittistä näkökulmaa jäljittämässä. Teoksessa Forsberg, Hannele & Nätkin, Ritva (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä. Gaudeamus, Helsinki 7–15.

Forsberg, Hannele (1994) Yksi ja monta perhettä. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden perhetulkinnoista sosiaalitoimistotyössä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes: tutkimuksia 42.

Francis, David & Hester Stephen (2004) An Invitation to Ethnomethodology. Language, Society and Interaction. Lontoo: Sage.

Gillies, Val (2005) Meeting parents' needs? Discourses of 'support' and 'inclusion' in family policy. *Critical Social Policy* 25:1, 70–90.

Goldsmith, Daena J. (2004) *Communicating Social Support*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (1990) *What Is Family?* Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (1993) Family Discourse; Organizational Embeddedness and Local Enactment. *Journal of Family Issues* 14:1, 66–81.

Hakulinen, Auli (1997) Johdanto. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 13–17.

Hakulinen, Tuovi (1998) *The Family Dynamics of Childbearing and Childrearing Families, Related Family Demands and Support Received from Child Health Clinics*. Tampere: Tampere University Press, *Acta Universitatis Tamperensis* 585.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4006.pdf Viitattu 20.10.2010.

Heritage, John & Sefi, Sue (1992) Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between Health Visitors and first time mothers. Teoksessa Paul Drew & Heritage John (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. *Studies in interactional sociolinguistics* 8. Cambridge: Cambridge University Press, 359–417.

Heritage, John (1996) *Garfinkel ja etnometodologia*. Suomentaneet Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen & Soile Veijola. Helsinki: Gaudeamus. Englanninkielinen alkuteos 1984.

Hester, Stephen & Eglin, Peter (1997a) *Membership Categorization Analysis: An Introduction*. Teoksessa Stephen Hester & Peter Eglin (toim.) *Culture in action*. *Studies in Membership Categorization Analysis*. *Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* No. 4. Washington D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis & University Press of America, 1–23.

Hester, Stephen & Eglin, Peter (1997b) The Reflexive Constitution of Category, Predicate and Context in Two Settings. Teoksessa Stephen Hester & Peter Eglin (toim.) Culture in action. Studies in Membership Categorization Analysis. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis No. 4. Washington D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis & University Press of America, 25–48.

Hester, Sally & Hester Stephen (2010) Conversational actions and category relations: An analysis of children's argument. Discourse Studies 12:1, 33–48.

Housley, William, (2006) Membership Categorization Analysis, Sequences and Meeting Talk. Working Paper 84. Cardiff: Cardiff University.

Jefferson, Gail (1980) On "Trouble-Premonitory" Response to Inquiry. Sociological Inquiry 50:3/4, 153–185.

Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. Sosiologia 34:1, 15–25.

Järvinen, Ritva & Lankinen, Aila & Taajamo, Terhi & Veistilä, Minna & Virolainen, Arja (2007) Perheen parhaaksi. Perhetyön arkea. Helsinki: Edita.

Kaila, Päivi (2001) Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.

Kangaspunta, Riitta & Kilkku, Nina & Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Punamäki, Raija-Leena (2005) Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola -projektin loppuraportti 2002–2004. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Kangaspunta, Riitta & Värrä, Merja (2007), Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007, Tampere: Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelujen julkaisuja 11/2007.

Karila, Irma (1991) Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi. Kognitiivinen malli. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 83.

Karila, Kirsti (2006) Kasvatuskumppanuus vuorovaikutussuhteena. Teoksessa Kirsti Karila, Maarit Alasuutari, Maritta Hännikäinen, Anna Raija Nummenmaa & Helena Rasku-Puttonen (toim.) Kasvatusvuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 91–108.

Keskinen, Katri (2008) Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Korppi-Tommola, Aura (1990) Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

Kuronen, Marjo (1999) The Social Organization of Motherhood. Advice Giving in Maternity and Child Health Care in Scotland and Finland.

Kuronen, Marjo (1993) Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes tutkimuksia 35.

Kuru, Tiina (1999) Täysivaltaiseen vanhemmuuteen. Perheiden tuentarve ja yhteistyö asiantuntijoiden kanssa pienen keskosien ensimmäisen vuoden aikana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Research Reports 70.

Lammi-Taskula, Johanna & Varsa, Hannele (2001) Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Helsinki: Stakes, Aiheita-monistesarja 7/2001.

Lepper, Georgia (2000) Categories in Text and Talk. A Practical Introduction to Categorization Analysis. Lontoo: Sage.

Lindfors, Pirjo (2005) Homeopaatin vastaanotolla. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja päätöksenteosta. Tampere: Tampere University Press.

Maynard, Douglas (1997) The news delivery sequence: bad news and good news in conversational interaction. *Research on Language and Social Interaction* 30:2, 93–130.

Miettinen, Anneli & Rotkirch Anna (2008) Milloin on lapsen aika? Lapsenhankinnan toiveet ja esteet. *Perhebarometri 2008*. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 34/2008, Väestöliitto.

Mikkola, Leena (2000) Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Puheviestinnän lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11265/lmikkola.pdf?sequence=1> Viitattu 6.10.2010.

Nieminen, Pirkko & Nummenmaa, Anna Raija (1985) Lapsen syntymisen psykologia. Raskaus ja synnytys sekä varhainen vuorovaikutus perheen näkökulmasta. Helsinki: WSOY.

Nikander, Pirjo (2010) Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset järjestykset. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 242–268.

Nikunen, Minna (2005) Surman jälkeen itsemurha. Kulttuuriset luokitukset rikosuutisissa. Tampere: Tampere University Press.

Nishizaka, Aug (2007) Hand Touching Hand: Referential Practice at a Japanese Midwife House. *Human Studies* 30:3, 199–217.

Noordegraaf, Martine & van Nijnatten, Carolus & Elbers, Ed (2008) Assessing suitability for adoptive parenthood: hypothetical questions as part of ongoing conversation. *Discourse Studies* 10:5, 655–672.

Nätkin, Ritva (1997) Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Helsinki: Gaudeamus.

Paajanen, Pirjo (2007) Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. *Perhebarometri 2007*. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 30/2007, Väestöliitto.

Parry, Ruth (2009) Practitioners' accounts for treatment actions and recommendations in physiotherapy: when do they occur, how are structured, what do they do? *Sociology of Health & Illness* 31:6, 835 – 853.

Pelkonen, Marjaana (1994) Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 18, Hoitotieteen laitos.

Pender, Nola J. & Murdaugh, Carolyn L. & Parsons, Mary Ann (2002) *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.

Peräkylä, Anssi (2004) Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage, 283–304.

Peräkylä, Anssi (1998) Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly* 61:4, 301–320.

Peräkylä, Anssi (1997) Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 177–203.

Peräkylä, Anssi (1995) *Aids Counselling. Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari & Sorjonen, Marja-Leena (2001) Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 7–26.

Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Sanna (2003) Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society* 14:6, 727 – 750.

Pilnick, Alison (2002) “There are no rights and wrongs in these situations”: identifying interactional difficulties in genetic counseling. *Sociology of Health & Illness* 24:1, 66–88.

Pilnick, Alison & Hindmarsh, John & Gill, Virginia Teas (2009) Beyond ‘doctor and patient’: developments in the study of healthcare interactions. *Sociology of Health & Illness* 31:6, 787–802.

Pulma, Panu (1987) Kerjuuluvasta perhekuntoutukseen. Lapsuuden yhteiskunnallistuminen ja lastensuojelun kehitys Suomessa. Teoksessa Panu Pulma ja Oiva Turpeinen *Suomen lastensuojelun historia*. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto, 7–268.

Rajala, Kirsi & Ruoppila, Isto (1983) Nuori lapsiperhe, esikoisen odotusajalta tämän ensimmäisen ikävuoden lopulle. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto.

Raevaara, Liisa (2000) Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskustelunanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalisista tehtävistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Raevaata, Liisa (1997) Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 75–92.

Raevaara, Liisa & Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 11–38.

Rimpelä, Matti (2007) Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena: Ideasta toteutukseen. Stakes. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/84D6E4FF-7522-4B5C-B5FA-2A74E7FC8087/0/Hyvinvointineuvolalapsiperheidentukena_final.pdf Viitattu 21.10.2010.

Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino, 383–405.

Ruusuvuori, Johanna (2000) Control in medical interaction. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. Tampere: Acta Electronica Universitatis Tamperensis 16.

Ruusuvuori, Johanna & Lindfors, Pirjo & Homanen, Riikka & Haverinen, Sanni & Lehtonen, Heidi & Nurminen, Katri (2008) Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineuvolamalli. Tampere: Tampereen kaupunki, Tietotuotanto ja laadunarviointi, Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 7/2008.

Roca-Cuberes, Carles (2008) Membership categorization and professional insanity ascription. *Discourse Studies* 10:4, 543–570.

Sacks, Harvey & Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language* 50:4, 696–735.

Schegloff, Emanuel A. (2007) A tutorial on membership categorization. *Journal of Pragmatics* 39:3, 462–482.

Seppänen, Eeva-Leena (1997) Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa Liisa Tainio (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 18–31.

Siivola, Ulla (1985) *Terveyssisar kansanterveystyössä*. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisuja. Helsinki: WSOY.

Silva, Elizabeth & Smart, Carol (1999) The “New” Practices and Politics of Family Life. Teoksessa Elizabeth Silva & Carol Smart (toim.) *The New Family?* London: Sage Publications, 1–12.

Silverman, David (1997) *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. Lontoo: Sage.

Sirviö, Kaarina (2006) *Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 132, Hoitotieteen laitos.

STM 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a) *Terveyspalvelut. Neuvolat*. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/neuvolat
Viitattu 1.11.2010.

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

STM 2004. *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille (2004)* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf Viitattu 20.10.2010.

Suoninen, Eero (2001) Harold Garfinkel. Etnometodologia ja sosiaaliset järkeilytavat. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Tampere: Vastapaino, 365–382.

Tilastokeskus (2010) Perheet 2009. Väestö 2010. Helsinki: Väestöliitto. http://www.stat.fi/til/perh/2009/perh_2009_2010-05-28_fi.pdf Viitattu 12.10.2010.

Tilbury, Farida (2007) 'We are Family': The Use of Family Tropes in Refugee/Advocate Talk. *Social Identities* 13:5, 627–649.

Vehviläinen, Sanna (2001) Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja — vertaileva näkökulma. Teoksessa Johanna Ruusuvoori, Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 39–61.

Vidén, Sari (2007) Ammattilaisten neuvot vanhemmille. Teoksessa Jaana Vuori & Ritva Nätkin (toim.) Perhetyön tieto. Tampere: Vastapaino, 106–127.

Viisainen, Kirsi (toim.) (1999) Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Helsinki: Stakes, Oppaita http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/Muut/op34_1999.pdf Viitattu 30.10.2010.

Viljamaa, Marja-Leena (2003) Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 212.

Vuori, Jaana (2001) Äidit, isät ja ammattilaiset. Sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Välimaa, Outi (2002) MCD-analyysi konstruktionistisessa käytössä: identiteettikategoriat jenginuoren tarinan resursseina. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto

Yesilova, Katja (2009) Ydinperheen politiikka. Helsinki: Gaudeamus.

Äitiyshuollon käsikirja terveydenhoitajille (2007) Tampere: Tampereen kaupunki.

Liitteet

Liite 1. Litterointimerkit (Seppänen 1997, 22—23)

1. Sävelkulku

.	laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
↑	seuraava sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
↓	seuraava sana lausuttu ympäristöä matalammalta

2. Päällekkäisyydet ja tauot

[päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
(.)	mikrotauko: 0.2 sekuntia tai vähemmän
(0.5)	mikrotaukoa pitempi tauko; pituus ilmoitettu sekunnin kymmenesosina
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta

3. Puhenoisuus ja äänen voimakkuus

><	(sisäänpäin osoittavat nuolet) nopeutettu jakso
<>	(ulospäin osoittavat nuolet) hidastettu jakso
e:i	(kaksoispisteet) äänteen venytys
°°	ympäristöä vaimeampaa puhetta
AHA	(kapiteelit) äänen voimistaminen

4. Hengitys

.hhh	sisäänhengitys; yksi h-kirjain vastaa 0.1 sekuntia
hhh	ulohengitys
.joo	(piste sanan edessä) sana lausuttu sisäänhengittäen

5. Nauru

he he	naurua
s(h)ana	suluissa oleva h sanan sisällä kuvaa ulohengitystä, useimmiten kyse nauraen lausutusta sanasta
£ £	hymyillen sanottu sana tai jakso

6. Muuta

# #	nariseva ääni
@ @	äänen laadun muutos
si-	(tavuviiva) sana jää kesken
s'tä	(rivinylinen pilkku) vokaalin kato
kiva	(lihavointi) voimakkaasti äännetty klusiili
(tai)	sulkeiden sisällä epäselvästi kuultu jakso tai puhuja
(-)	sana, josta ei ole saatu selvää
(--)	pitempi jakso, josta ei ole saatu selvää
(())	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta

Liite 2. Hyvinvointineuvolan työntekijöille jaettu tutkimustiedote

Hyvä neuvolatyön ammattilainen

Pyydämme Teitä osallistumaan Tampereen kaupungin hyvinvointineuvolahankkeeseen liittyvään tutkimukseen. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa työmuotoja ja vuorovaikutuskäytänteitä sekä perinteisessä neuvolassa että uudessa hyvinvointineuvola -toimintamallissa. Olemme kiinnostuneita myös työntekijöiden viihtyvyydestä ja heidän omista näkemyksistään suhteessa näihin eri toimintaympäristöihin. Tampereen kaupungin tutkimuslupatoimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tutkimuksessa pyydämme lupaanne seuraaviin tutkimusosuuksiin (tarpeeton yliviivataan):

- a) asiakastapaamisen nauhoittaminen
- b) tiimityökokouksen nauhoittaminen
- c) haastatteluun tai kyselyyn osallistuminen
- d) vuorovaikutuksen havainnointi neuvolan yleisissä tiloissa

Tutkijat eivät ole itse läsnä vastaanotoilla tai tiimikokouksissa. Perheiltä pyydetään erillinen suostumus.

Tutkimuksen aineistoa (videonauhoituksia, kyselyitä, haastatteluja ja havainnointia) käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
2. Aineisto muutetaan tekstiksi siten, etteivät nimeäni ja toimipaikkaani koskevat tiedot käy ilmi.
3. Tutkimusta raportoitaessa kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan.
4. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa
5. Aineistoa säilytetään tieteellistä tutkimusta varten Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksessa 25 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen
6. Erillisellä luvallani (ks. suostumuslomake) aineistoa voidaan käyttää terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksessa sekä yliopistollisessa opetuksessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Siitä on oikeus kieltäytyä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhoetaan.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

YTT Johanna Ruusuvoori*, dosentti, yliassistentti p. 03-3551 6571, e-mail: johanna.ruusuvoori@uta.fi

YTT Pirjo Lindfors**, tutkija, p. 03-3551 8051, e-mail: pirjo.lindfors@uta.fi

YTM Riikka Homanen***, tutkija, p. 03-3551 6067, e-mail: riikka.homanen@uta.fi

toimipaikat: Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos*, Terveystieteen laitos**, Naistutkimuksen laitos***, 33014 Tampereen yliopisto

Liite 3. Hyvinvointineuvolan työntekijöiden allekirjoittama suostumus tutkimukseen osallistumisesta

NEUVOLAVASTAANOTON VUOROVAIKUTUSTA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa neuvolan vuorovaikutusta ja toimintakäytänteitä selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Olen saanut tiedon, että aineistoa (videonauhoituksia, haastatteluja, kyselyjä ja havainnointia) käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
2. Aineisto muutetaan tekstiksi siten, etteivät nimeäni ja toimipaikkaani koskevat tiedot käy ilmi.
3. Tutkimusta raportoitaessa kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan.
4. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa
5. Aineistoa säilytetään tieteellistä tutkimusta varten Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksessa 25 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen
6. Erillisellä luvallani (ks. alla) aineistoa voidaan käyttää terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksessa sekä yliopistollisessa opetuksessa.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhotaan.

Tampereella _____.____.2008

Tampereella _____.____.2008

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimen selvennys

nimen selvennys

toimipaikka

Suostun siihen, että videoaineistoa voidaan hyödyntää terveysalan ammattilaisten koulutuksessa ja yliopistollisessa opetuksessa:

allekirjoitus

Liite 4. Hyvinvointineuvolan asiakkaille jaettu tutkimustiedote

Hyvät vanhemmat

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään perheenjäsenten ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tampereen kaupungin tutkimuslupatoimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon. Kerättyä tutkimusaineistoa käytetään tieteellisessä tutkimuksessa, jonka avulla pyritään mm. parantamaan vastaanottovuorovaikutuksen laatua potilasystävälliseen suuntaan.

Olette saapuneet äitiys- tai lastenneuvolan vastaanotolle/perheevalmennukseen. Vastaanoton videoinnin sekä vastaanoton jälkeen tehtävän lyhyen kyselyn avulla tutkimme, miten vuorovaikutus hoitavan terveydenhoitajan/lääkärin kanssa sujuu ja miten tyytyväinen olette vuorovaikutuksen sujumiseen. Havainnoimalla neuvolakäytäntöjä (kuten perhevalmennusta) keräämme tietoa neuvolatoiminnan käytännöistä yleisemmällä tasolla.

Tutkimuksessa pyydämme lupaanne seuraaviin tutkimusosuuksiin (tarpeeton yliviivataan):

- a) asiakastapaamisen nauhoittaminen
- b) haastatteluun tai kyselyyn osallistuminen
- c) vuorovaikutuksen havainnointi neuvolan yleisissä tiloissa (esim. perhevalmennus)

Tutkijat eivät ole itse läsnä vastaanotoilla tai tiimikokouksissa.

Aineistoa (videonauhoituksia ja kyselylomakkeita) käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
2. Aineisto muutetaan tekstiksi siten, etteivät nimeäni ja toimipaikkaani koskevat tiedot käy ilmi.
3. Tutkimusta raportoitaessa kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan.
4. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa
5. Aineistoa säilytetään tieteellistä tutkimusta varten Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksessa 25 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen
6. Erillisellä luvallani (ks. suostumuslomake) aineistoa voidaan käyttää terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksessa sekä yliopistollisessa opetuksessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta millään tavalla tarvitsemiinne neuvolapalveluihin.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

YTT Johanna Ruusuvuori*, dosentti, yliassistentti p. 03-3551 6571, e-mail: johanna.ruusuvuori@uta.fi

YTT Pirjo Lindfors**, tutkija, p. 03-3551 8051, e-mail: pirjo.lindfors@uta.fi

YTM Riikka Homanen***, tutkija, p. 03-35516067, e-mail: riikka.homanen@uta.fi

toimipaikat: Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos*, Terveystieteen laitos**, Naistutkimuksen laitos***, 33014 Tampereen yliopisto

Liite 5. Hyvinvointineuvolan asiakkaiden allekirjoittama suostumus tutkimukseen osallistumisesta

NEUVOLAVASTAANOTON VUOROVAIKUTUSTA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa neuvolan vuorovaikutusta ja toimintakäytänteitä selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Olen saanut tiedon, että aineistoa (videonauhoituksia, kyselylomakkeita, haastatteluja ja havainnointia) käsitellään seuraavasti:

1. Aineiston salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
2. Aineisto muutetaan tekstiksi siten, etteivät nimeäni, lapseni nimeä, asuin- ja työpaikkaani ja ammattiani koskevat tiedot käy ilmi.
3. Tutkimusta raportoitaessa kaikki tunnistamisen mahdollistavat tiedot muutetaan.
4. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa
5. Aineistoa säilytetään tieteellistä tutkimusta varten Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksessa 25 vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen.
6. Erillisellä luvallani aineistoa voidaan käyttää terveydenhoitoalan ammattilaisten koulutuksessa sekä yliopistollisessa opetuksessa.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja pyytää, että mahdollisesti jo nauhoitettu aineisto tuhotaan.

Tampereella _____.____.2008

Tampereella _____.____.2008

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

vanhemman allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimen selvennys

osoite

Suostun siihen, että videoaineistoa voidaan hyödyntää terveydenhoitoalan ammattilaisten koulutuksessa ja yliopistollisessa opetuksessa:

vanhemman allekirjoitus