

Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos

*”Ootko yhtään ottanu nyt?”*

Alkoholinkäytöstä keskusteleminen  
äitiysneuvolan ensikäynnillä

Pro gradu – tutkielma  
Sanna Tuominen  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Syyskuu 2010

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

TUOMINEN, SANNA: Alkoholinkäytöstä keskusteleminen äitiysneuvolan ensikäynnillä.

Pro gradu – tutkielma, 100 s., 4 liitesivua

Ohjaaja: Professori (ma) Pirjo Lindfors

Kansanterveystiede

Syyskuu 2010

---

Suomalaisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt 1960-luvun lopulta lähtien huomattavasti. Kyseessä on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Alkoholien ja muiden päihteiden käyttö myös raskausaikana on yleistynyt huolestuttavasti. Päihteistä eniten käytetään raskausaikana alkoholia. Raskaana olevista naisista arviolta kuusi prosenttia on alkoholin suurkuluttajia. Alkoholi onkin tärkein yksittäinen kehitysvammaisuuden aiheuttaja Suomessa. Äitiysneuvoloilla on keskeinen rooli raskaudenaikaisen alkoholinkäytön tunnistamisessa ja ehkäisemisessä. Tähän tehtävään vaaditaan erityisesti kykyä tuloksekkaaseen vuorovaikutukseen äitien kanssa.

Tässä pro gradu – tutkielmassa kuvataan, miten tamperelaisissa äitiysneuvoloissa keskustellaan alkoholinkäytöstä odottavien äitien kanssa. Tutkimusaineisto koostuu kymmenestä videoidusta ja litteroidusta äitiysneuvolan ensikäynnistä. Vastaanotoista tarkastellaan ensikäyntien kokonaisrakennetta, AUDIT –testiin perustuvan päihdekäyttöä kartoittavan kyselylomakkeen käyttötapoja sekä äitien ja terveydenhoitajien välistä vuorovaikutusta alkoholinkäytöstä keskusteltaessa. Tutkimuksen analyysimenetelmänä on käytetty laadullista keskusteluanalyysia.

Tutkimuksen perusteella äitiysneuvolan ensikäyntien kokonaisrakenne muodostuu yhdeksästä eri toimintavaiheesta ja vastaanotot etenevät varsin joustavasti vaiheesta toiseen. Vanhempien etukäteen täyttämää päihdelomaketta käytettiin systemaattisesti päihdekeskustelujen avaamiseksi. Lomakkeen täyttämässä oli ongelmia kolmella äidillä, sillä lomakkeen täyttöohje oli epäselvä. Yksikään tutkituista äideistä ei kertonut omaavansa ongelmaa alkoholinkäytön suhteen. Päihdelomake vaikutti antavan terveydenhoitajille keinon kysyä suoraan alkoholinkäytöstä. Kysymykset olivat kuitenkin usein johdattelevia, kyllä/ei – vastausta hakevia. Yhdeltä äidiltä ei kysytty lainkaan raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Äitien vastaukset olivat pääosin niukkoja eivätkä he itse kysyneet aiheesta mitään. Alkoholinkäyttöä koskevaa neuvontaa annettiin kymmenestä äidille seitsemälle. Neuvominen vaikutti rutiininomaiselta terveydenhoitajan perustehtävältä, eikä neuvominen useinkaan kytkeytynyt äidin kommentteihin ja yksilölliseen tilanteeseen. Jatkossa tulee entisestään kehittää terveydenhoitajien vuorovaikutustaitoja asiakaslähtöisempään suuntaan, etenkin aroista aiheista keskustelemisen, kysymisen ja neuvomisen suhteen. Myös neuvoloissa käytettävään päihdelomakkeeseen tulee lisätä selvempi ohjeistus.

Asiasanat: alkoholinkäyttö, äitiysneuvola, vuorovaikutus, keskusteluanalyysi

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE  
Tampere School of Public Health

TUOMINEN, SANNA: Discussions of alcohol drinking during the first appointment at maternity clinic.

Master's Thesis, 100 pages, 4 pages of appendices

Supervisor: Professor (acting) Pirjo Lindfors

Public Health

September 2010

---

Alcohol consumption in Finland has increased remarkably since the end of 1960's. It is now a significant national health problem. Alcohol and other drug use during pregnancy has also become more and more common. Alcohol is the most commonly used intoxicant during pregnancy. Five percent of pregnant women are heavy users of alcohol. Alcohol is the main single cause for retardation in newborns. Maternity clinics have a key role in the identification and prevention of prenatal alcohol consumption. To accomplish this, the maternity clinic nurses must possess an ability to form a successful interaction with the expectant mothers.

This master's thesis examines how alcohol consumption is discussed with pregnant women at the Finnish maternity clinics. The research data consists of ten initial maternity clinic appointments that are videotaped and transcribed. The study examines the general structure of these first appointments, the way maternity clinic nurses use the AUDIT test based intoxicant use questionnaire and the interaction between expectant mothers and nurses during the alcohol discussions. The analysis method in this study is qualitative conversational analysis.

According to the results the general structure of the initial maternity clinic appointments consists of nine different phases. The flow of the appointments seems to be relatively flexible from one phase to another. The intoxicant use questionnaire was used systematically to open the conversations about mothers' intoxicant use. Three mothers had had problems with filling out the questionnaire beforehand due to unclear instructions. None of the mothers told that they had problems with alcohol or other intoxicants. The intoxicant use questionnaire seemed to give the nurses an effective tool to ask about mothers' alcohol consumption. However, the questions were often leading and aiming for yes or no answers. There was one mother who was not asked about prenatal alcohol consumption during her initial appointment. In general, the mothers gave short answers and didn't ask anything about the topic themselves. The prenatal alcohol consumption consultation was given to seven mothers out of ten. Over all the consultation seemed to be a routine part of nurses' responsibilities and was often irrelevant to mothers' comments or individual life situations. In the future it is necessary to develop nurses' interaction skills toward a more customer-oriented direction, especially when sensitive topics such as prenatal alcohol consumption are discussed. In addition, the instructions to fill out the intoxicant questionnaire used in maternal clinics should be improved.

Keywords: alcohol drinking, maternal clinic, interaction, conversational analysis

# SISÄLTÖ:

<b>1. JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTIA .....</b>	<b>4</b>
2.1 ALKOHOLIN KULUTUS SUOMESSA .....	4
2.1.1 Naisten alkoholinkäyttö.....	6
2.1.2 Liialliseen alkoholinkäyttöön johtavia riskitekijöitä.....	6
2.2 RASKAUS JA ALKOHOLI.....	7
2.2.1 Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot.....	8
2.3 SUOMALAINEN NEUVOLAJÄRJESTELMÄ JA ODOTTAVIEN ÄITIEN ALKOHOLIONGELMIEN TUNNISTAMINEN .....	9
2.3.1 Suomalainen neuvolajärjestelmä .....	9
2.3.2 Alkoholiongelmiin tunnistaminen äitiysneuvolassa.....	11
2.3.3 Alkoholiongelmiin tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä.....	16
2.3.4 Alkoholiongelmaisen odottavan äidin psykososiaalinen tukeminen ja hoitoon ohjaaminen .....	17
<b>3. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>19</b>
<b>4. VUOROVAIKUTUKSEN ANALYSOINNIN VIITEKEHYS JA MENETELMÄT .....</b>	<b>20</b>
4.1. Keskustelunanalyysin lähtökohtia .....	20
4.1.1 Vuorottelujäsennys.....	22
4.1.2 Sekvenssijäsennys ja vierusparit.....	24
4.1.3 Preferenssijäsennys.....	27
4.1.4 Korjausjäsennys.....	28
4.2. AMMATTILAISEN JA ASIAKKAAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS ELI INSTITUTIONAALINEN Keskustelu ja sen tutkiminen .....	30
4.2.1 Vastaanoton kokonaisrakenne .....	33
4.2.2 Elämäntapakeskustelut ja arat puheenaiheet.....	34
4.2.3 Äidin ja terveydenhoitajan välinen vuorovaikutus .....	35
<b>5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....</b>	<b>41</b>
5.1 AINEISTON HANKINTA .....	41
5.2 AINEISTON KUVAUS .....	42
5.3 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSIN ETENEMINEN .....	42
5.4 EETTISIÄ NÄKÖKULMIA .....	44
<b>6. TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>45</b>
6.1 ÄITIYSNEUVOLAVASTAANOTON KOKONAISRAKENNE.....	45
6.2 ÄITIYSNEUVOLOISSA KÄYDYT Keskustelut päihdeidenkäytöstä .....	56
6.2.1 Neuvoloiden käyttämä kyselylomake päihdeidenkäytöstä.....	56
6.2.2 Päihdekeskustelujen avaaminen ja eteneminen .....	60
6.2.3 Päihdekeskustelujen kestot.....	62
6.3 ÄITIEN KANSSA KÄYDYT Keskustelut alkoholinkäytöstä .....	63
6.3.1 Hoitajien kysymykset ja äitien vastaukset alkoholinkäyttöön liittyen .....	63
6.3.2 Terveydenhoitajien antamat neuvot alkoholinkäytöstä.....	70
6.4 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO .....	77
<b>7. POHDINTA.....</b>	<b>80</b>
7.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	80
7.2 Tutkimustulosten tulkinta ja johtopäätökset.....	84
7.3 Tulosten merkitys käytännössä ja jatkotutkimusaiheita .....	92
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>94</b>
<b>LIIITTEET .....</b>	<b>101</b>

# 1. Johdanto

Suomalaisten alkoholinkäyttö on 1960-luvun lopulla tapahtuneen alkoholipolitiikan liberalisoitumisen myötä kasvanut merkittävästi: miehillä kaksinkertaiseksi ja naisilla seitsenkertaiseksi (Nuorvala & Metso 2005, 76; Paaso ym. 2009, 13). Alkoholinkäytön lisääntyessä myös alkoholista johtuvat terveyshaitat ja yhteiskunnalliset kustannukset ovat kasvaneet. Alkoholi on esimerkiksi sekä työikäisten miesten että naisten yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus 2009). Päihdeongelmien ja etenkin alkoholi-ongelmien raju kasvu viime vuosina on nostanut esiin huolen siitä, onko päihdeaineiden käyttö lisääntynyt myös odottavien äitien keskuudessa (Savonlahti ym. 2003, 327). Ahon (1999, 109) mukaan huoli on todellinen, sillä päihteitä käytetään yhä useammin myös raskausaikana. Yleisin käytetty päihde Suomessa on edelleen alkoholi ja tämä koskee myös raskausaikaa. Siksi tässä tutkimuksessa perehdytään vain alkoholinkäyttöön raskausaikana. Rajaus on tehty myös tutkimuksellisista syistä: olisi liian suuri tehtävä käsitellä perusteellisesti kaikkien päihteiden käyttöä.

Suomalaisista naisista alkoholin liikkakäyttäjiiä on viisi prosenttia. Naisista eniten alkoholia käyttää 30–49-vuotiaiden ikäryhmä. Huolestuttava tosiasia on, että tähän joukkoon lukeutuu suuri määrä pikkulasten äitejä. (Mäkelä ym. 2010, 52) Yksi tämän ongelman seuraus on pienten lasten huostaanottojen määrän kasvu maassamme. Yleisin huostaanoton syy on nimenomaan äidin päihdeongelma. (Kalland & Sinkkonen 2001, 513–527) Raskaana olevista naisista arviolta kuusi prosenttia on alkoholin suurkuluttajia (Paaso ym. 2009, 17). Lisäksi ovat ne, jotka käyttävät raskausaikana alkoholia vähemmän kuin suurkulutukseksi luettavan 16 annosta viikossa, mutta kuitenkin niin paljon, että se vaarantaa sikiön terveyden ja normaalin kehityksen. Tutkimusten mukaan runsaalla (yli 10 alkoholiannosta viikossa) ja toistuvalla humalahakuisella alkoholinkäytöllä on selkeä yhteys sikiövaurioihin. Joka vuosi tuhannet lapset joutuvat alkoholin altistuksen alaiseksi ennen syntymäänsä ja heistä noin 520–600 lasta saavat FASD-diagnoosin (Fetal Alcohol Spectrum Disorders). (STM 2009b, 18–19; Autti-Rämö 2004)

Sikiökautinen alkoholi-altistus on tärkein yksittäinen syntymää edeltävä kehitysvammaisuuden syy maassamme (Paaso ym. 2009, 13). Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön seurauksena ovat myös merkittävät taloudelliset menot yhteiskunnalle. Alkoholi-altistuksesta kärsivistä lapsista syntyneet lisäkustannukset nousevat ensimmäisten kymmenen elinvuoden aikana jopa noin 1,2 miljoonaan euroon (Autti-Rämö 2001, 1100). Suurin ongelma on nähtävä kuitenkin lapsen näkökulmasta: raskaudenaikaisen alkoholin, kuten myös muiden päihteiden käytöllä, voi olla elinikäisiä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia.

Raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä tulisi ehkäistä siis monestakin painavasta syystä. Päihteitä, kuten alkoholia käyttävä odottava äiti pitää asian kuitenkin useimmiten sisällään, häveten ongelmaansa ja peläten tunnustamisen seurauksia. Aina äidit eivät välttämättä edes tiedosta alkoholinkäytöstä aiheutuvia ongelmia sikiön kannalta. Niinpä raskaudenaikainen alkoholinkäyttö tulisi tunnistaa ilman äidin oma-aloitteista kertomista ja saada äiti hänelle sopivaan hoitoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskautta sikiövaurioiden minimoimiseksi. Keskeisessä roolissa alkoholia käyttävien odottavien äitien tunnistamisessa ovat suomalaiset äitiysneuvolat, jotka tavoittavat lähes kaikki lasta odottavat äidit (Kangaspunta 2003, 2900).

Alkoholi-ongelmien tunnistaminen äitiysneuvolassa on hyvin haastava tehtävä johtuen muun muassa lyhyistä tapaamisajoista, aiheen arkuudesta, ongelman salaamisesta ja usein jopa tehtävään vaadittavan koulutuksen puutteesta (Heimo 2002, 30, 68–69). Tutkimuksen mukaan vain 46 prosenttia neuvoloista ylipäänsä kysyy odottavalta äidiltä hänen alkoholinkäytöstään. Luku on hälyttävän pieni, sillä asiaa tulisi kysyä kaikilta äitiysneuvolan palveluita käyttäviltä asiakkailta, sekä tulevilta äideiltä että isiltä. Tähän epäkohtaan toivotaan muutosta muun muassa vuoden 2009 heinäkuun alussa voimaan astuneella valtioneuvoston antamalla asetuksella (380/2009). Asetuksen avulla lasten, nuorten ja perheiden ehkäiseviä terveystalvuuksia pyritään kehittämään entistä määrätietoistemmin. Asetuksen myötä aiemmin kunnille annetut suositukset muuttuivat kuntia sitoviksi velvoitteiksi. Nyt siis lakikin velvoittaa neuvoloissa työskenteleviä selvittämään lasta odottavan perheen päihteidenkäytön tilanteen. (STM 2009a, 3–11, 18–20)

Tämä pro gradu -tutkielma on tehty osana *Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde ja tiimityö hyvinvointineurolamalliin siirryttäessä* -projektia. Projekti toteutetaan Tampereen yliopiston sosiaalitutkimuksen laitoksen ja terveystieteen laitoksen yhteistyönä. Tutkimusprojekti on alkanut vuonna 2006 ja se jatkuu edelleen. Tutkimukseni analyysissa sovellan laadullista tutkimusmenetelmän, keskusteluanalyysin, periaatteita. Pyrin kuvamaan äitiysneuvolan terveydenhoitajan ja odottavan äidin välistä vuorovaikutustilannetta mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja rakentamaan kokonaiskuvaa päihdeistä ja etenkin alkoholista käyttävän keskustelun etenemisestä ja sisällöstä. Tavoitteena on tätä kautta lisätä tietoa ja ymmärrystä siitä, miten päihde- ja alkoholiasiaa olisi hyvä lähestyä äitiysneuvoloissa toimivan ja luotettavan vuorovaikutussuhteen säilyttämiseksi sekä mitä puolia terveydenhoitajien työtavoissa olisi vielä kehitettävä.

Tutkielman alussa esittelen tutkimukseni kannalta olennaisimpia lähtökohtia: suomalaisten alkoholinkäyttöä, raskaana olevien alkoholinkäyttöä sekä odottavien äitien alkoholiongelmien tunnistamista tamperelaisissa äitiysneuvoloissa. Lisäksi kuvailen lyhyesti suomalaista neuvolajärjestelmää. Kolmannessa luvussa käyn läpi tarkemmin tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet. Neljännessä luvussa käsittelen keskusteluanalyysin lähtökohtia, sekvenssijäsennystä ja vieruspareja sekä institutionaalista keskustelua. Viidennessä luvussa esittelen tutkimuksen toteutusta, ja kuudennessa luvussa tutkimustuloksia. Seitsemännessä luvussa pohdin ja tulkitsen tutkimustuloksia sekä esittelen jatkotutkimusaiheita.

## **2. Tutkimuksen lähtökohtia**

Tässä luvussa käsitellään tämän tutkimuksen kannalta tärkeitä lähtökohtia. Ensimmäinen alaluku käsittelee alkoholin kulutusta Suomessa ja muun muassa käytön määrän muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana. Sen lisäksi perehdytään tarkemmin naisten alkoholinkäyttöön ja alkoholiongelmaan johtaviin riskitekijöihin. Toisessa alaluvussa käsitellään raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä ja siitä aiheutuvia sikiövaurioita. Kolmas alaluku kuvailee suomalaista neuvolajärjestelmää sekä odottavien alkoholiongelmaisten äitien tunnistamista neuvolassa. Koska AUDIT -testi on yksi suositelluimmista menetelmistä alkoholiongelmien tunnistamisessa, olen esitellyt kyseistä testiä erikseen omassa alaluvussaan. Tämän lisäksi olen pohtinut, minkälaisia esteitä alkoholiongelmien tunnistamiseksi neuvolatyössä kohdataan ja minkälaista psykososiaalista tukea lasta odottava alkoholiongelmainen äiti tarvitsee.

Koska tutkimuksen pääpaino on äitiysneuvoloissa käydyillä alkoholikeskusteluilla, on tutkimusmetodiksi valittu laadullinen keskusteluanalyysi. Vastaavanlaisia tutkimuksia raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä koskevista keskusteluista suomalaisissa äitiysneuvoloissa ei ole aiemmin tehty.

### **2.1 Alkoholin kulutus Suomessa**

Alkoholin kulutuksen määrä Suomessa on 1960-luvun lopulta lähtien kasvanut merkittävästi: miesten alkoholin kulutus on kaksinkertaistunut (Nuorvala & Metso 2005, 76) ja naisten seitsenkertaistunut (Paaso ym. 2009, 13). Alkoholi on maamme käytetyin päihde ja sitä käyttää yhdeksän kymmenestä (Nuorvala & Metso 2005, 88). Suurin osa käyttää sitä kohtuullisesti tai hyvin vähän (Mustalampi 2001, 48). Alkoholi on silti yhä näkyvämpi osa perheiden arkea ja juhlimista, ja se on läsnä jopa urheilutapahtumissa (Autti-Rämö 2004, 47).

Alkoholin kulutus lähti maassamme nousuun jo 1960-luvulla alkoholipolitiikan liberalisoitumisen myötä (Paaso ym. 2009, 13). Viimeaikaiset muutokset, kuten vuoden 2004 maaliskuussa tapahtunut alkoholin hinnan alennus ja saman vuoden toukokuussa voimaan tullut Viron Euroopan unionin jäsenyys, lisäsivät alkoholin



kulutusta (Nuorvala & Metso 2005, 77; Österberg 2004, 7). Alkoholin kulutuksen vähentämiseksi ja sitä myöten myös alkoholihaittojen vähentämiseksi nostettiin alkoholijuomien hintoja veronkorotusten avulla kaiken kaikkiaan kolme kertaa vuosina 2008 ja 2009 (Stakes 2009). Nimellishinnat nousivat vuonna 2008 keskimäärin 6,1 prosentilla ja vuonna 2009 ennakkotietojen mukaan 6,2 prosentilla (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, Stakes 2009).

Vuonna 2009 alkoholijuomien kokonaiskulutus sataprosenttisena alkoholina oli Suomessa 10,2 litraa asukasta kohti eli 1,5 % vähemmän kuin edellisellä vuonna. Lasku johtuu tilastoidun kulutuksen eli kotimaan myynnin vähenemisestä. Vuonna 2000 vastaava kulutus oli 8,6 litraa. Vuonna 2009 kulutettu määrä tarkoittaa 54 puolen litran Koskenkorvapulloa tai 705 keskiolutpulloa (0,33 l) jokaista asukasta kohti vuoden aikana. (Stakes 2008, 2009) Alkoholin tilastoimaton kulutus on jatkanut tasaista kasvuaan ja sitä myöten todellinen alkoholin kulutuksen määrä on pysynyt lähes entisellä tasolla. Tilastoimaton kulutus sisältää matkailijoiden tuoman alkoholin, laillisen ja laittoman kotivalmistuksen, suomalaisten ulkomailla kuluttaman alkoholin sekä salakuljetuksen ja korvike-alkoholit. (Wahlfors ym. 2009, 1)

Alkoholista johtuvien haittojen on todettu lisääntyvän kutakuinkin samassa suhteessa alkoholin kulutuksen kasvun kanssa (Nuorvala & Metso 2005, 77). Alkoholi on esimerkiksi sekä työikäisten miesten että naisten yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus 2009). Alkoholi voi aiheuttaa voimakasta riippuvuutta ja erityisen yleistä alkoholiriippuvuus on miehillä, työttömällä ja eronneilla (Österberg 2004, 22). Suomessa on arvioitu olevan jopa puoli miljoonaa alkoholin suurkuluttajaa (Anttila & Niemelä 2005, 3619). Miehillä suurkulutuksen raja on yli 24 alkoholiannosta viikossa ja naisilla 16 alkoholiannosta viikossa (THL 3.12.2008).

Vaikka alkoholin kulutus on jatkuvasti kasvanut, on suomalaisten suhtautuminen juomiseen ja humalahakuisuuteen viime vuosina silti tiukentunut. Terveystieteiden tutkimuskeskus ry:n julkaisema Suomalaisten alkoholiasenteet - selvityksen mukaan alkoholin nykyisestä kulutustasosta ollaan huolissaan ja alkoholin aiheuttamia riskejä pelätään. Nykyistä kulutustasoa pitää ongelmana naisista 78 prosenttia ja miehistä 60 prosenttia. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ry. 2008)

### **2.1.1 Naisten alkoholinkäyttö**

Suomalaisten naisten tapa käyttää alkoholia muistuttaa nykyisin yhä enemmän miesten tapaa. Naiset juovat useammin ja entistä enemmän kerralla. Kun 1960-luvun lopulla naisista 40 prosenttia oli raittiita, niin nykyisin naisista 90 prosenttia käyttää päihteistä ainakin alkoholia. (Alaja & Tuomiranta 2004, 3647) Naisista eniten alkoholia käyttävä ikäryhmä on 30–49-vuotiaat naiset. He käyttävät alkoholia nyt suurin piirtein saman verran kuin kaikki miehet käyttivät keskimäärin vuonna 1968. Huomionarvoista on, että kyseiseen ikäryhmään mahtuu paljon pienten lasten äitejä. (Mäkelä ym. 2010, 52)

Alkoholin liikkakäyttäjää on suomalaisista naisista viisi prosenttia: riskikäyttäjää on kolme prosenttia, haitallisesti käyttäjiä 0,1 prosenttia ja alkoholiriippuvaisia lähes kaksi prosenttia (Aalto & Seppä 2009, 15). Humalahakuisuus on lisääntynyt erityisesti nuorten naisten keskuudessa (Metso ym. 2002, 21). Alkoholin, kuten muidenkin päihteiden käyttö voi alkaa jo varhaisessa teini-iässä, jolloin nuori ei ole psyykkisesti eikä sosiaalisesti kypsä hallitsemaan käyttöönsä (Alaja & Tuomiranta 2004, 3647). Nuorimmat alkoholinkäyttäjät ovat vain kymmenvuotiaita tyttöjä (Hiltunen ym. 2005, 86). Alkoholinkäyttö on siis muuttunut yhä arkisemmaksi, mutta vielä toistaiseksi naisten päivittäinen alkoholinkäyttö on harvinaista (Autti-Rämö 2004, 49).

### **2.1.2 Liialliseen alkoholinkäyttöön johtavia riskitekijöitä**

Alkoholin liiallisen käytön haitoista puhutaan maassamme paljon ja aiheesta on saatavilla runsaasti tietoa. Myös apua ongelmiin on saatavilla niille, jotka ovat sitä halukkaita ja kykeneviä vastaanottamaan. Alkoholiongelman taustalla on kuitenkin usein hyvin monenlaisten riskitekijöiden aiheuttamia ongelmia, joiden ratkaiseminen on avainasemassa alkoholiongelman selvittämiseksi. Riskitekijät on tässä yhteydessä jaettu karkeasti ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin, mutta on syytä muistaa, että ne ovat tiukasti toisiinsa kietoutuneita.

Ulkoisia riskitekijöitä alkoholin liialliseen kulutukseen ovat muun muassa heikko työmotivaatio, työttömyys sekä sen myötä toimeettomuus ja vaikea taloudellinen tilanne. Tyypillistä on myös niukka peruskoulutus, ammatillisen koulutuksen

puuttuminen ja olematon työhistoria. Alkoholiongelmaan voivat johtaa kodittomuus, väkivaltaisuus, ihmissuhdeongelmat, hyväksikäyttö, puolison päihdeongelma, fyysiset kivut, terveysongelmat ja alkoholin helppo saatavuus. Päihdeongelmaisille on ominaista myös epäsäännöllinen tai rajaton elämä sekä rikollisuus. Monien lapsuudesta löytyy päihteidenkäyttöä, lastensuojelun asiakkuutta, mielenterveysongelmia ja perheen hajoamisia. (Aho 1999, 113) Yleistä on lisäksi heikko sosiaalinen tukiverkosto ja yksinäisyys (Savonlahti ym. 2003, 327).

Alkoholin ongelmakäyttöön johtavat psyykkiset riskitekijät ovat niin ikään moniulotteisia. Jokaisen ihmisen kyky hallita vaikeuksia ja elämää vaihtelevat, ja toiset ovat luonteeltaan alttiimpia hakemaan lievennystä ongelmiin nimenomaan alkoholista. Monissa tapauksissa alkoholiongelmaan johtavat erilaiset mielenterveydelliset syyt, kuten masennus, ahdistus, yleinen negatiivinen näkemys itsestään tai elämästään sekä suru johtuen tärkeän henkilön menetyksestä. Päihdeongelmaisilla esiintyy myös itsemurhia ja niiden yrityksiä. (Nuorvala & Metso 2005, 90) Päihteillä voidaan hakea myös lisää energiaa ja tukea jaksamiseen vielä silloinkin kun käyttö on muuttunut pakonomaiseksi (Auvinen 2001, 121–122).

## **2.2 Raskaus ja alkoholi**

Raskaana olevien naisten alkoholin ja muiden päihteiden käyttö on lisääntynyt ja ongelmakäyttäjiä on Suomessa yhä enemmän (Veijalainen 2008, 10). Päihteidenkäyttöä tapahtuu erityisesti suunnittelemattomien raskauksien alkuvaiheessa. Näin on erityisesti humalahakuisten nuorten ja muiden hedelmällisessä iässä olevien naisten kohdalla. (Autti-Rämö 2001, 1099) Arviolta kuusi prosenttia raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia (Paaso ym. 2009, 17) eli noin 3600 odottavaa äitiä. Suurkuluttajien lisäksi on odottavia äitejä, joiden alkoholinkäyttö ei ylitä suurkulutuksen rajaa mutta joka silti vaarantaa syntymättömän lapsen terveyden. Tarkkaa alkoholille altistuneiden sikiöiden määrää on kuitenkin vaikea arvioida (Koponen 2005, 7). Alkoholinkäyttöä pyritään yleensä vähättelemään, joten avoimesti myönnetty kulutus tulisi arvion mukaan kertoa kolmella, toteaa Halmesmäki (1999, 6). Alkoholia käyttävien raskaana olevien naisten lisäksi on niitä, jotka käyttävät myös muita päihteitä, joko alkoholin rinnalla

tai ilman. Vuosittain syntyvistä noin 60 000 sikiöstä useat tuhannet ovatkin vaarassa vaurioitua äidin käyttämien päihteiden vuoksi (Pajulo 2001b).

Raskausaikana yli kohtuumäärän alkoholia käyttävä nainen on mitä todennäköisimmin käyttänyt alkoholia runsaasti jo ennen raskautta. Mitä pitempään ongelmakäyttöä on jatkunut, sitä todennäköisemmin alkoholista on tultu riippuvaiseksi jo ennen ensimmäistä raskautta (Alaja & Tuomiranta 2004, 3647). On vaikea kuvitella, että kukaan ryhtyisi alkoholin ongelmakäyttäjäksi vasta tultuaan raskaaksi. Kohtuullisena alkoholimääränä raskausaikana pidettiin aiemmin yhtä tai kahta viikoittaista alkoholiannosta (Halmesmäki 1999, 6). Uusimpien suositusten mukaan alkoholia ei tule käyttää raskauden aikana lainkaan, eikä edes raskautta suunniteltaessa (Paaso ym. 2009, 30–31). Jälkimmäinen vaatimus asettaa käytännössä monelle liian suuria vaatimuksia, sillä raskauden alkaminen voi kestää jopa vuosia. Kohtuukäytön rajan ylittävät naiset pystyvät yleensä hallitsemaan alkoholinkäyttöään sen verran, että raskauden motivoimina, asiallisen informaation turvin ja vahvan psykososiaalisen tuen avulla he onnistuvat katkaisemaan alkoholinkäytön. Tutkimusten mukaan suurin osa naisista vähentääkin alkoholin kulutusta tai lopettaa sen kokonaan epäillessään olevansa raskaana tai saatuaan positiivisen raskaustestituloksen. (Halmesmäki 1999, 6, 36)

### **2.2.1 Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot**

Alkoholi on voimakas nautintoaine, ja sen käytöllä raskausaikana on hyvin merkittäviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia sikiön kannalta. Syntynyt lapsi saattaa kärsiä myös vakavista somaattisista sairauksista. (Savonlahti ym. 2003, 331) Jatkuva ja runsas (yli 10 alkoholiannosta viikossa) sekä toistuva humalahakuinen alkoholinkäyttö on selvästi yhteydessä sikiövaurioihin. Maassamme arvioidaan syntyvän vuosittain noin 520 FASD-lastaa (Fetal Alcohol Spectrum Disorders). (STM 2009b, 18–19) Vaikka myös muiden päihteidenkäyttö raskausaikana on lisääntynyt, on alkoholi edelleen suurin syy syntymää edeltäviin kehitysvammoihin Suomessa (Halmesmäki 1999, 5).

Alkoholi aiheuttaa sikiön epämuodostumia muun muassa kromosomimuutosten kautta. Niitä voi syntyä alkoholialtistuksen myötä jo toisesta raskausviikosta lähtien,

jolloin raskautta ei vielä ole tiedostettu. Epämuodostumat voivat koskea esimerkiksi sydäntä, luustoa ja raajoja. Lisäksi niitä voi esiintyä munuaisissa, virtsa- ja sukupuolielimissä ja kasvoissa. (Halmesmäki 1999, 12; Autti-Rämö 2001, 1099; Hiltunen ym. 2005, 75) Alkoholi lamaa sikiön keskushermoston solujen rakenteiden erilaistumista sekä solujen koon ja lukumäärän kasvua. Keskushermostovaurioiden myötä lapsi voi kärsiä muun muassa henkisestä jälkeenjääneisyydestä, persoonallisuuden ja tunne-elämän häiriöistä, neuropsykologisista häiriöistä sekä liikkumisen ja puheen kehityksen viivästyistä. (Halmesmäki 1999, 13, 21; Savonlahti ym. 2003, 331) Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa poikkeavuuksia myös sikiön sydänäänikäyrässä. Lisäksi alkoholi-altistuksen on osoitettu heikentävän napanuoran verenvirtausta ja pahimmillaan virtaus voi kääntyä takaisin sikiöön. Tämä johtaa sikiön ravinnon saannin heikkenemiseen ja ennen pitkää hapenpuutteeseen. Pitkään jatkuessaan hapenpuute voi johtaa vaihteleva-asteiseen aivovaurioon ja jopa sikiön kuolemaan. (Halmesmäki & Autti-Rämö 1994, 1025; Halmesmäki 1999, 15) Vaikka monet ulkonäköön liittyvät ja elimelliset vammat voivat lieventyä iän myötä, ovat neuropsykologiset, emotionaaliset ja sosiaalisen elämän ongelmat pysyviä (Koponen 2005, 10).

## **2.3 Suomalainen neuvolajärjestelmä ja odottavien äitien alkoholiongelmien tunnistaminen**

### **2.3.1 Suomalainen neuvolajärjestelmä**

Neurolat tavoittavat Suomessa lähes kaikki lasta odottavat tai lasta kasvattavat perheet ja ovat siten näköalapaikalla perheiden arkeen (Kangaspunta 2003, 2900). Neuvola onkin instituutio, jonka käytön harvat vanhemmat kyseenalaistavat. Äitiysneuvolassa käyminen koetaan luonnolliseksi osaksi raskausaikaa. (Kuronen 1994, 44) Suomen noin 813 äitiysneuvolassa asioi vuosittain lähes 60 000 äitiä mahdollisen puolisonsa kanssa ja lastenneuvoloissa noin 600 000 vanhempaa. Odottavista äideistä vain 0,2 – 0,3 prosenttia eli 120 - 180 äitiä (tutkijan tekemä laskelma) jää äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle. Nämä äidit ovat joko syrjäytyneitä tai niin hyväosaisia, että voivat käyttää yksityisiä terveyspalveluita

raskauden aikana. (Paaso ym. 2009, 29, 44) Osa heistä on myös loppuraskauden aikana Suomeen muuttaneita (Hemminki & Gissler 2007, 57).

Äitiyshuollon kansalliset hoitosuositukset on luotu Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän toimesta vuonna 1999. Viimeisimmät uudistukset tulivat valtioneuvoston asetuksen 380/2009 myötä voimaan heinäkuussa 2009. Hoitosuosituksen mukaan ”*äitiyshuollon ydintehtävänä on turvata odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten paras mahdollinen terveys*”. Äitiyshuollon laajempina tavoitteina on tulevien vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä auttaa vanhempia suhtautumaan myönteisesti perhe-elämään ja perheen aseman tukemiseen yhteiskunnassa. (Stakes 1999, 9; STM 2009a, 21)

Neuvolatyötä kehitetään jatkuvasti vastaamaan yhä paremmin uusiin haasteisiin ja perheiden tarpeisiin. Etenkin perheiden psykososiaalista hyvinvointia pyritään huomioimaan entistä paremmin fyysisen terveyden ohella. Yksi kehityssuunta tähän pääsemiseksi on hyvinvointineuvola-toimintamalli. Toimintamallia alettiin kehittää vuonna 2002–2004 muun muassa Stakesin tutkimusprofessorin Matti Rimpelän ajatusten pohjalta Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi-projektissa. Hyvinvointineuvola on tavallinen äitiys- ja lastenneuvola, jossa määräraikaistarkastusten lisäksi kiinnitetään huomiota asiakasperheen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, pyrkimyksenä ennaltaehkäistä mahdollisia ongelmatilanteita. Hyvinvointineuvola ei siis ole vain äitejä ja lapsia varten, vaan myös isiä varten. Tavoitteena on, että kaikki Tampereen äitiys- ja lastenneurolat tulevat siirtymään hyvinvointineuvola – toimintamalliin vuoden 2011 loppuun mennessä. (Kangaspunta & Värri 2007, 2, 10)

Hyvinvointineuvola-toimintamallin kantavana ajatuksena on, että lapsella ja hänen perheellään on sama neuvolan terveydenhoitaja raskausajasta koulun aloittamiseen asti. Perinteisessä neuvolamallissa terveydenhoitaja vaihtuu juuri silloin, kun perhe eniten tarvitsisi tukea ja ohjausta, eli lapsen syntymän jälkeen. (Rimpelä 2007, 18–19) Hyvinvointineuvolassa yhdistyvät tiimityön muodossa sekä terveydenhoito, sosiaalityö että mielenterveystyö yhdessä vertaistuen kanssa tukien koko perheen hyvinvointia raskauden alusta alkaen (Rimpelä 2008, 16). Tämä mahdollistaa sen, että ongelmatilanteissa perheen tueksi ei entiseen tapaan koota usein vaihtuvia

asiantuntijoita, vaan neuvolassa on pysyvä moniammatillinen tiimi, jota tiimin jäsenten on mahdollisuus konsultoida, ja jota asiakasperheiden on pulmatilanteissaan mahdollisuus tavata. Myös kotikäynnit nähdään tärkeänä työvälineenä, ja tavoitteena onkin, että synnytyksen jälkeisen kotikäynnin lisäksi toteutettaisiin myös raskaudenaikaisia kotikäyntejä. (Kangaspunta & Värri 2007, 3)

### **2.3.2 Alkoholiongelmien tunnistaminen äitiysneuvolassa**

Suomalainen neuvolajärjestelmä ja lastensuojelutyö ovat tärkeimpiä tahoja päihdeongelmaisten äitien tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa (Pajulo & Tamminen 2002, 3011). Neuvoloiden keskeisenä tehtävänä on keskustella kaikkien perheiden kanssa raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä, alkoholin vaikutuksista sikiöön ja vastasyntyneeseen sekä tukea perhettä päihteettömyyteen. Koska useimmat äidit, mukaan lukien alkoholia käyttävät äidit, haluavat saada terveen lapsen, on äitiysneuvola oikea paikka ottaa alkoholin ja muiden päihteiden käyttö puheeksi. (Paaso ym. 2009, 41–42) Alkoholin käytöstä tiedusteleminen voi neuvolatyöntekijälle olla kuitenkin epämiellyttävää aiheen arkaluonteisuuden vuoksi. Toisaalta alkoholikeskustelun avaamista saatetaan jännittää turhaan, sillä alkoholiasenteita koskevan tutkimuksen mukaan jopa 86 prosenttia suomalaisista hyväksyy alkoholinkäytöstä kysymisen ja neuvonnan terveydenhuollossa. Naisista jopa yhdeksän kymmenestä kokee asian tärkeänä ja miehistäkin useampi kuin neljä viidestä. (Laari ym. 2008)

Myös laki tukee perheen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämistä ja sitä myöten mahdollisten päihdeongelmien selvittämistä. Vuoden 2009 heinäkuun alussa astui voimaan valtioneuvoston antama asetus (380/2009), jonka avulla lasten, nuorten ja perheiden ehkäiseviä terveyspalveluja pyritään kehittämään entistä määrätietoisemmin. Tavoitteena on taata riittävät yhtenäiset ja alueellisesti tasarvoiset palvelut, vahvistaa terveyden edistämistä sekä tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä. Erityisesti terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisältöä ja määrää em. palveluissa pyritään säätämään. Keskeistä asetuksen tuomassa muutoksessa on, että sen myötä aiemmin kunnille annetut suositukset muuttuivat kuntia sitoviksi velvoitteiksi. (STM 2009a, 3–11)

Uuden asetuksen mukaan lasta odottaville perheille on järjestettävä yksi laaja terveystarkastus raskauden aikana. Asetuksella halutaan varmistaa, että molempien vanhempien hyvinvointia ja elämäntilannetta arvioidaan aikaisempaa järjestelmällisemmin ja perusteellisemmin. Tarkastus suositellaan tehtävän viimeistään raskauden puolivälissä, jolloin lapsen syntymään on vielä aikaa ja tarkastuksessa mahdollisesti esiin tuleviin ongelmiin voidaan puuttua ja perheelle järjestää tarvittavaa tukea. Tarkastuksen tavoitteena on myös vanhempien keskinäisen vuorovaikutuksen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Käytännössä tarkastus viedään läpi terveydenhoitajan tai kättilön ja lääkärin yhteistyönä ja tarvittaessa mukana on myös muita ammattihenkilöitä. Tarkastus sisältää keskustelua vauvan syntymästä, muuttuvan perhetilanteen herättämistä odotuksista ja mahdollisista peloista sekä perheen sosiaalisista suhteista ja voimavaroista. Tarkastuksessa voidaan hyödyntää valtakunnallisesti suositeltuja strukturoituja kyselylomakkeita muun muassa perheen elinolojen, vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden selvittämisessä. Esimerkiksi AUDIT -lomaketta voidaan käyttää mahdollisten päihdeongelmien kartoittamiseksi. (STM 2009a, 18–40) Vanhempien päihteidenkäyttö onkin syytä selvittää perusteellisesti, sillä mahdollisten ongelmien ilmetessä voidaan vielä pyrkiä tervehdyttämään vanhempien elintapoja ennen vauvan syntymää. Tämä vähentäisi myös pienten lasten huostaanottoja, jotka pääosin johtuvat äidin päihteidenkäytöstä (Ensi- ja turvakotien liitto ry.). Isienkään alkoholinkäytön ongelmia ei saa unohtaa, sillä ne vaikuttavat laajalti koko perheen hyvinvointiin. Isien elintapoja tulee kysyä suoraan miehiltä itseltään ja tarjota heille ohjausta ja neuvontaa sekä vastaanotoilla että internetin kautta (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009, 154).

Raskausaika on erityisen motivoiva ajankohta sitoutua raittiiseen elämäntapaan ja siksi neuvolat ovat avainasemassa tarvittavan tuen antamisessa. Monilla raskausaikana päihteitä käyttävillä äideillä ja heidän puolisoillaan on kuitenkin myös muita ongelmia, jotka vaikeuttavat tilannetta entisestään. Yleisimpiä ongelmia ovat mielenterveysongelmat, joiden tunnistaminen ja hoito vaativat myös psykologista osaamista. Perheen kokonaistilanteen arviointi onkin haastavaa ja siksi se vaatii neuvolatyöntekijöiltä hyvin monipuolista osaamista ja monien tahojen yhteistyötä. (Paaso ym. 2009, 17, 29–30)



Heimon (2002, 121) tutkimustulosten mukaan erityistuen tarpeessa olevien perheiden tunnistamisessa yksi keskeinen tekijä on oikean työskentelykulttuurin luominen. Työskentelykulttuurin tulisi olla luottamuksellinen, avoin ja positiivisia vuorovaikutussuhteita mahdollistava. Jo ensitapaamisella tulisi pystyä saavuttamaan asiakkaan luottamus ja avaamaan keskustelua alkoholista ja muista päihdeistä luontevasti (Halmesmäki 1999, 7). ”*Yhteyden saaminen päihdeäitiin sekä mahdollisesti hänen päihdeongelmaiseen puolisoon vaatii sekä erityistä hienotunteisuutta että avointa määrätietoisuutta*”, toteaa Mäkelä (2001, 4071). Erityisäitiyspoliklinikan työntekijöitä tutkinut Leppo (2008, 37) totesi työntekijöiden pitävän toiminnan lähtökohtana myös sitä, että päihdeongelmaiset äidit kohdataan ymmärtäväisesti, loukkaamatta ja ilman moralisointia.

Tutkimusten perusteella terveydenhuoltohenkilöstö tunnistaa Suomessa vain noin joka neljännen vastaanotolle tulevasta alkoholin suurkuluttajasta (Halmesmäki 1999, 6). Etenkin runsaasti alkoholia raskausaikana käyttävät naiset olisi tärkeää tunnistaa jo heti raskauden alussa, ja järjestää heille välittömästi asiantunteva katkaisuhoitomahdollisuus (Autti-Rämö 1993, 3160). Suoranaisen alkoholismin tunnistaminen on käytännössä mahdollista, sillä alkoholistit tulevat vastaanotolle yleensä päihtyneenä. Alkoholisteja ongelmallisempi ja lukumäärältään suurempi potilasryhmä on kuitenkin edellä mainitut alkoholin suurkuluttajat sekä heitä vähemmän alkoholia käyttävät. Heidän ennusteensa on parempi mutta he eivät useinkaan tiedosta juomisensa vaarantavan sikiön terveyttä. (Halmesmäki 1999, 9–17) Heidän tunnistaminen äitiysneuvolan vastaanotolla on myös alkoholisteihin verrattuna vaikeampaa, sillä he pystyvät vielä salaamaan alkoholiongelmansa.

### ***2.3.2.1 AUDIT -lomake alkoholiongelmien tunnistamisen apuvälineenä***

Keskeinen tekijä päihdeäidin tunnistamisessa on perhettä koskevan tiedon kerääminen ja tehokkaiden tiedonkeruumenetelmien valinta (Heimo 2002, 121). Kaikkein tunnetuin, eniten tutkimustukea saanut ja eniten käytetyin riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista mittaavista testeistä on AUDIT eli Alcohol Use Disorders Identification Test (Liite 1) (Päihdelinkki a). Testin avulla pyritään erottelemaan vähän juovat niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. Käytännössä halutaan löytää ne, joiden juominen on vasta alkamassa aiheuttaa pulmia ja näin ehkäistä ongelmien paheneminen. Tavoitteena ei ole tunnistaa siis vain

alkoholiriippuvaisia tai alkoholisteja. AUDIT -testitulosten perusteella ei kuitenkaan voida yksin päätellä, että testattava on suurkuluttaja tai alkoholisti. Riskirajan ylittävän testipistemäärän (8 pistettä) tulisi silti herättää huomaamaan, että omalle juomiselle on syytä tehdä jotain ja tarvittaessa etsiä perusteellisempaan tilannearvioon, tutkimuksiin tai hoitoon. On arvioitu, että testiin vastataan yleensä hyvin rehellisesti ja että siihen suhtaudutaan myönteisesti. (Päihdelinkki b)

Valtioneuvoston antama asetus muun muassa AUDIT -lomakkeen käytöstä äitiys- ja lastenneuvoloissa astui voimaan 1.7.2009 (STM 2009a, 3). Aikaisemmat, Sosiaali- ja terveysministeriön antamat suositukset AUDIT -lomakkeen käytöstä äitiysneuvoloissa olivat vuodelta 1999 ja lastenneuvoloissa vuodelta 2004. Uudelle asetukselle olikin selkeä tarve muun muassa sen valossa, että esimerkiksi vuonna 2004 vain joka viides neuvoloissa toimivista terveydenhoitajista käytti testiä työssään säännöllisesti ja lähes joka kolmas tarvittaessa. Joka viides hoitaja ei käyttänyt kyselyä koskaan ja yli kymmenesosa ei tuntenut AUDIT -lomaketta lainkaan. (Paaso ym. 2009, 30–31)

AUDIT -lomakkeen käyttö vaatii neuvolan terveydenhoitajalta oman työn organisointia. Lomakkeen purkamiseksi on hyvä sopia tunnista puoleentoista tuntiin pitkä tapaamisaika. Ajan sopiminen voi vaatia sovittelua, jotta molemmat vanhemmat pääsevät tapaamiseen. (Tampereen kaupungin Hyvinvointipalvelut 2007, 7–8) Keskustelu tulisi käydä molempien vanhempien kanssa jo ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä (Paaso ym. 2009, 30–31). Käytännössä tulevat isät eivät aina saavu äidin mukana ensikäynnille mutta heidän kanssaan tulisi keskustella päihdeasioista sopivassa kohtaa myöhemmin. Kartoittamalla puolison alkoholinkäytön määrää voidaan tunnistaa mahdolliset ongelmat myös odottavan äidin alkoholinkäytössä. Samalla voidaan tähdentää, että puoliso voi omalla toiminnallaan vaikuttaa siihen, ettei äitikään käytä alkoholia raskausaikana tai imettäessä. Erityisen tärkeää alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on silloin, kun AUDIT -pistemäärä on kahdeksan tai enemmän. Huomion arvoinen seikka on, että pelkkä alkoholinkäytön puheeksi ottaminen neuvolakäyntien yhteydessä voi vähentää alkoholinkäyttöä. Keskustelussa on hyvä tuoda esille myös alkoholinkäyttö lasten ja koko perheen elämäntilanteen näkökulmasta. Sellaisissa tapauksissa, jolloin äiti ei

palauta hänelle annettua lomaketta, voi tämä viitata päihteidenkäyttöön tai johonkin muuhun ongelmaan. (Emt., 30–31, 41–42)

AUDIT sisältää kymmenen kysymystä, joihin vastaaminen vie noin pari minuuttia. Kysymykset pisteytetään nollassa neljään kysymyssarjan maksimipistemäärän ollessa 40. Suurkulutuksen rajana käytetään useimmiten  $\geq 8$  pistettä. Viimeaikaisten tutkimusten perusteella on todettu, että liikkakäytön seulonnassa naisilla raja-arvon tulisi kuitenkin olla  $\geq 6$  pistettä. Testin ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillistä käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Loput kysymykset selvittävät riippuvuusoireita ja tyypillisiä alkoholista johtuvia haittoja. Pisterajalla kahdeksan AUDIT tunnistaa keskimäärin noin 80 prosenttia alkoholia liiallisesti käyttävistä työikäiseen väestöön kuuluvista, ja se on selvästi parempi tunnistusmenetelmä kuin yksikään laboratoriotestit. Testin avulla voidaan tunnistaa erittäin hyvin alkoholiriippuvuuden ohella myös muut alkoholin liikkakäytön muodot. (Aalto & Seppä 2009, 16–17)

Äitiysneuvolassa tehtävän AUDIT -kyselyn tuloksia on tulkittava eri tavoin kuin normaalisti. Jos raskaana oleva juo alkoholia esimerkiksi 2-3 kertaa viikossa ja 3-4 annosta kerralla, eivät AUDITin pisterajat vielä ylity, mutta määrät ovat raskauden kannalta selvä riski. Sen takia testitulokset eivät sovellu varsinaisesti raskaudenaikaisen riskikäytön seulontaan, vaan ne toimivat lähinnä keskustelun apuna. Neuvonnan indikaationa tulee siis pitää sitä, että äiti ylipäätään juo alkoholia raskauden aikana. (STM 2007, 68)

Päihdeongelmaisten äitien kohtaamisen menetelmät neuvoloissa ovat vielä varsin tuoreita. Kaikki neuvolat eivät edes käytä AUDIT -testiä ja kattava koulutus liittyen testin puheeksi ottamiseen puuttuu. On syytä huomioda, että AUDIT -testi mittaa vain alkoholinkäyttöä mutta neuvoloissa käytävissä keskusteluissa pitäisi ottaa esille myös huumeiden ja lääkkeiden käyttö. (Veijalainen 2008, 17) Tampereen neuvoloissa tämä toteutuu siten, että AUDIT -lomakkeen pohjalta on kehitelty monipuolisempi päihdelomake, jossa molemmilta vanhemmilta kysytään alkoholinkäytön lisäksi myös tupakan, huumeiden ja lääkkeiden käytöstä (Liite 2). Lomakkeen tavoitteena on pysäyttää vanhemmat pohtimaan sen hetkistä elämäntilannettaan ja keskustelemaan vanhemmuuteen liittyvistä kysymyksistä kumppaninsa kanssa. Kun lomake annetaan

kaikille, vältetään asiakkaan leimaaminen mahdolliseksi ”ongelmaperheeksi”. (Tampereen kaupungin Hyvinvointipalvelut 2007, 7)

### **2.3.3 Alkoholiongelmien tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä**

Alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä voi hoitotilanteessa ilmetä karkeasti jaotellen joko hoitoa tarjoavan organisaation puolelta ja/tai päihdeäidin ja hänen perheensä puolelta. Ensiksi mainitun osalta tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä ovat puutteelliset henkilöstövoimavarat, kuten neuvolakäynteihin varatut liian lyhyet ajat ja terveydenhoitajien vaillinaiset ammattitaidot (Heimo 2002, 30). Heimon (2002, 132) tutkimus selvitti, että terveydenhoitajat kokivat puutteita taidoissaan tunnistaa muun muassa vanhempien päihdeongelmia, perheväkivaltaa ja parisuhdeongelmia. He kokivat itseltään puuttuvan myös työnohjauksen, vaikka työ erityistukea tarvitsevien perheiden kanssa olisi sitä edellyttänyt. Myös omat vuorovaikutustaidot koettiin riittämättömiksi ja arkaluontoisten asioiden puheeksi ottaminen koettiin hankalaksi. Asiakkaan loukkaantumista saatettiin myös pelätä kysyttäessä perheen ongelmista. Niin ikään myös neuvolan asiakkaat voivat itse arastella vaikeiden asioiden esille ottamista ja he voivat olla helpottuneita, jos ammattilainen aloittaa keskustelun. (Emt., 68–69, 94, 112)

Perhettä koskevien ongelmien tunnistamisen ja selvittämisen esteenä voi olla myös tietojen saamisen hankaluus. Tämä voi johtua ammattihenkilöstön, kuten sosiaalityötä ja mielenterveystyötä tekevien vaitiolovelvollisuudesta sekä tiedonkulun ongelmista ja kommunikaatiovaikeuksista. (Heimo 2002, 95) Päihdeongelmien tunnistamista heikentää myös hoitoonohjausketjun katkonaisuus, ja tämän seurauksena päihdeäidit putoavat liian usein sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palvelujen ulkopuolelle. Usein tilanteeseen puututaan vasta huostaanottovaiheessa, jolloin ajankohta on myöhäinen sekä lapsen että äidin kannalta. (Savonlahti ym. 2003, 334–335) Näihin ongelmiin haetaan ratkaisua muun muassa aiemmin esitellyn hyvinvointineuvola-toimintamallin avulla, jossa yhdistyvät sekä terveydenhoito, sosiaalityö että mielenterveystyö (Rimpelä 2008, 16).

Päihdeäidistä ja hänen perheestään johtuvat päihdeongelmien tunnistamisen esteet ovat niin ikään moniulotteiset. Etenkin nuorten päihdeäitien kohdalla päihdeongelman tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska päihteidenkäytön vaikutukset eivät välttämättä näy ulkonäössä tai fyysisessä terveydessä monenkaan vuoden käytön jälkeen (Hiltunen ym. 2005, 61). Osa perheistä kokee, ettei perheen sisäisten asioiden käsittely kuulu neuvolaan tai perheet eivät edes tiedosta ongelmiaan tai eivät tiedä, että neuvolassa voi keskustella koko perhettä koskevista kysymyksistä. Lisäksi osa vanhemmista salaa, kieltää, vähättelee ja häpeää ongelmiaan. (Heimo 2002, 68, 113) Usein pelätään myös lapsen menettämisestä, jos päihdeongelma tulee ilmi (Hiltunen ym. 2005, 74). Avun ulottaminen kaikille sitä tarvitseville on vaikeaa, sillä ympäristön tuomitseva asenne päihdeäitejä kohtaan vähentää entisestään päihdeäitien halua hakeutua avun piiriin (Pajulo 2001b, 1987). Keskeinen perheestä johtuva ongelma on myös perheen heikko motivaatio ja sitoutumattomuus ongelmien ratkaisuun (Heimo 2002, 95).

#### **2.3.4 Alkoholiongelmaisen odottavan äidin psykososiaalinen tukeminen ja hoitoon ohjaaminen**

Alkoholiongelmainen raskaana oleva äiti tarvitsee paljon psykososiaalista tukea raittiuteen pääsemiseksi tai alkoholinkäytön vähentämiseksi. Äiti tarvitsee tuekseen luotettavan työntekijän, joka on valmis motivoimaan, rohkaisemaan ja auttamaan elämänmuutoksessa. Alkoholinkäytön taustalla on yleensä monia eri elämänalueen ongelmia, siksi tarvittava elämänmuutos on monen kohdalla suuri. Mitä aiemmin alkoholiongelmasta päästään äidin kanssa keskustelemaan, sitä varhaisemmassa raskauden vaiheessa voidaan äiti ohjata hänelle sopivaan hoitoon. Sitä myöten päästään aloittamaan vanhemmuuden tukeminen jo ennen vauvan syntymää ja luomaan mahdollisimman hyvät edellytykset varhaiselle vuorovaikutukselle sekä äidin ja vauvan välisen kiintymyssuhteen syntymiselle (Paaso ym. 2009, 33). Veijalainen (2008, 18) huomauttaa, että päihteiden haitoista kerrotaan usein heti ensimmäisellä neuvolakäynnillä, jolla selvitetään monia muitakin taustekijöitä. Onkin tärkeää, ettei päihteidenkäytöstä puhumista jätetä vain tuohon yhteen kertaan vaan aiheeseen palataan raskauden edetessä ja asiakassuhteen syventyessä. Usein asiakkaan on vaikea kertoa päihteidenkäytöstä heti ensitapaamisella, koska ennestään

ehkä tuntemattomaan työntekijään on vaikea luottaa. Äiti saattaa puntaroida mielessään, mitä hyötyä tai haittaa kertomisesta hänelle koituu.

Paaso ym. (2009, 41–42) toteavat, että hoitoon ohjaaminen tulee tehdä äitiysneuvoiloissa silloin, jos äiti saa AUDIT -testistä vähintään kahdeksan pistettä tai kertoo käyttävänsä alkoholia muutamia kertoja viikossa tai joka viikonloppu jonkin verran. Hoitopaikkana voi olla joko äitiyspoliklinikka tai päihdetyöhön erikoistunut erityisäitiyspoliklinikka (Emt., 30–31; Leppo 2008, 36). Vaihtoehtoisesti äiti voi myös tavata A-klinikan työntekijän äitiysneuvolassa, jossa käyntiä tulee jatkaa hoitopaikkaan siirtymisestä huolimatta. Äitiä voidaan kannustaa siirtymään hoitopaikan seurantaan kertomalla hänelle alkoholin ja elämäntapojen vaikutuksista raskauden kulkuun ja sikiön hyvinvointiin. (Paaso ym. 2009, 30–31, 41–42) Tärkeää on painottaa äidille myös liiallisen alkoholinkäytön haittoja jo syntyneen lapsen sekä koko perheen hyvinvoinnin näkökulmasta.

Päihdeäideille on Suomessa tarjolla apua mutta osa äideistä jää näiden palveluiden ulkopuolelle, sillä hoitoon ohjaaminen vaatii työntekijältä ymmärtämystä ja kärsivällisyyttä. Hoitoonohjausta ja itse hoitoa tulisikin tehostaa, jotta pystyttäisiin ehkäisemään sekä sikiövaurioita että sosiaalisen ja terveydellisen huono-osaisuuden kasautumista. (Paaso ym. 2009, 17, 40–41)

### **3. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tämän pro gradu – tutkielman tavoitteena on kuvata ja analysoida äitiysneuvolan terveydenhoitajan ja odottavan äidin välistä vuorovaikutustilannetta päihteidenkäytöstä ja etenkin alkoholinkäytöstä käytävän keskustelun aikana. Selkeyden vuoksi olen jakanut päihdekeskustelut ja alkoholikeskustelut kahdeksi omaksi osiokseen, koska suurin kiinnostukseni kohdistuu alkoholinkäyttöä koskeviin keskusteluihin. Käytännössä ne ovat kuitenkin osa muista päihteistä käytävää keskustelua enkä sen vuoksi ole halunnut jättää muista päihteistä keskustelua kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle. Näkökulmat päihde- ja alkoholikeskusteluihin ovat tässä tutkimuksessa kuitenkin erilaiset: päihdekeskustelujen osalta olen tarkastellut sitä, millä eri tavoin terveydenhoitajat avaavat keskustelut ja miten keskustelut etenevät. Tässä yhteydessä olen myös kuvannut keskusteluiden apuna käytettävää vanhempien päihteidenkäyttöä kartoittavaa kyselylomaketta sekä sen hyödyntämistä keskusteluissa. Alkoholikeskusteluista olen puolestaan analysoinut terveydenhoitajien tapaa kysyä ja neuvoa raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä sekä äitien vastauksia terveydenhoitajien kysymyksiin. Tavoitteena on, että näillä keinoin pystyn lisäämään tietoa ja ymmärrystä siitä, miten päihde- ja alkoholiaasiaa olisi hyvä lähestyä äitiysneuvoloissa toimivan ja luotettavan vuorovaikutussuhteen säilyttämiseksi sekä mitä puolia terveydenhoitajien työtavoissa olisi vielä kehitettävänä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Millainen on äitiysneuvolan ensikäynnin kokonaisrakenne?
- 2) Miten keskustelu odottavan äidin päihteidenkäytöstä avataan ja miten vanhempien päihteidenkäyttöä kartoittavaa kyselylomaketta käytetään?
- 3) Miten terveydenhoitajat kysyvät alkoholinkäytöstä ja millaista neuvontaa he antavat alkoholinkäyttöön liittyen?

## 4. Vuorovaikutuksen analysoinnin viitekehys ja menetelmät

Syvennyn tässä tutkimuksessa tarkastelemaan äitiysneuvolan vastaanotoilla käytyjä alkoholikeskusteluja; sitä miten terveydenhoitaja (myöh. hoitaja) ja äiti keskustelevat ja arvioivat yhdessä äidin ja mahdollisesti muiden perheenjäsenten aiempaa ja nykyistä alkoholinkäyttöä äidin tultua raskaaksi. Aihe on arkaluonteinen, ja jotta keskustelu olisi avointa ja rehellistä, on äidin ja/tai isän sekä hoitajan välinen vuorovaikutus toimittava hyvin (Kuronen 1994, 49). Tutkimukseni fokuksessa on äidin ja terveydenhoitajan välisen keskustelun ja vuorovaikutuksen eteneminen todellisessa vastaanottotilanteessa ja analysoin sitä keskustelunanalyttisen lähestymistavan periaatteita soveltaen (Ruusu vuori 2001, 396–399). Ensiksi esittelen keskustelunanalyysin lähtökohtia ja keskeisiä analyttisiä välineitä. Lopuksi pohdin ammattilaisen ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta eli institutionaalista keskustelua.

### 4.1. Keskustelunanalyysin lähtökohtia

Keskustelunanalyysin metodit ja näkemykset perustuvat etnometodologian perustajan Harold Garfinkelin oppilaan Harvey Sacksin vuosina 1964–1972 pitämiin luentosarjoihin. Olennaista Sacksin tekemissä havainnoissa on, että keskustelu ei ole kaaos eikä puhujien välinen ymmärrys perustu sattumaan. (Hakulinen 1997, 13) Heritage (1996, 236) on tiivistänyt keskustelunanalyysin lähtökohdat seuraavasti: ”1) vuorovaikutus on rakenteellisesti jäsentynyt; 2) osallistuessaan vuorovaikutukseen asianomaiset ottavat huomioon kontekstin; 3) nämä kaksi piirrettä läpäisevät vuorovaikutuksen yksityiskohtia myöten niin että mitään yksityiskohtaa ei voida *a priori* sivuuttaa järjestyttömänä, sattumanvaraisena tai irrelevanttina”. Tutkimussuuntaukselle on keskeistä myös Garfinkelin etnometodologiasta siirtynyt havainto, että sanoman lopullinen merkitys syntyy vastaanottajan päättelyprosessista, ilmauksen ja kontekstin yhteisvaikutuksesta. Puhuja voi sanoa yhtä mutta tarkoittaakin toista, ja tämä tekee kielen joustavaksi. Keskustelunanalyysissa tutkitaan toiminnan merkitystä ja niitä kategorisointeja ja kategorioita, joita ihmiset puheessaan luovat. Tutkitaan siis esimerkiksi sitä, miten keskustelijat kysyvät, käskyvät tai ehdottavat, jonka lisäksi voidaan analysoida sitä, miten ihmiset luovat puheellaan identiteettiään esimerkiksi opiskelijana, äitinä tai terveydenhoidon ammattilaisena. (Hakulinen 1997, 14)



Keskusteluun osallistujat tekevät jatkuvasti tulkintoja meneillään olevasta keskustelusta voidakseen toimia tilanteeseen sopivalla tavalla. He myös muokkaavat tilannetta tiettyyn suuntaan omilla puheenvuoroillaan. (Ruusu vuori 2001, 399) Heritage (2004, 223; tutkijan tekemä vapaa käänös) on tiivistänyt tämän periaatteen kolmeen kohtaan: 1) Rakentaessaan keskustelua osallistujat liittävä t itsensä ja sanomansa edeltävään puheeseen, yleensä juuri edelliseen puheenvuoroon. Siten keskustelu on kontekstin muokkaamaa. 2) Meneillään olevalla toiminnalla (esim. esittäessään kutsun) puhuja luo odotuksen, että puheen vastaanottaja ottaa seuraavan puheenvuoron ja suhteuttaa sen puhujan vuoroon (esim. hyväksymällä tai hylkäämällä kutsun). Näin tämä puhuja luo kontekstia vuorostaan seuraavan henkilön puheelle. 3) Seuraavissa puheenvuoroissa osallistujat osoittavat, millä tavoin he ymmärsivät edellisen puheenvuoron sisällön ja merkityksen. Nämä tulkinnat joko vahvistetaan tai korjataan puolestaan seuraavissa puheenvuoroissa. (ks. myös Ruusu vuori 2001, 399)

Tiivistetysti voidaankin sanoa, että keskusteluanalyysi haluaa selvittää, mitä kaikkea puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi, oli se sitten ymmärryksen hakemista tai vastaanotetun tiedon osoittamista uudeksi, tutuksi tai arkaluontoiseksi. Analyysin avulla haetaan selvyyttä siis siihen, miten ihmiset tulevat kielen keinoin toimeen keskenään, miten puheella luodaan tilanteita ja miten ollaan yhteistyössä. (Hakulinen 1997, 15)

Arkiajattelussa sana *keskustelu* mielletään lähinnä jostakin tietystä aiheesta keskustelemiseen. Keskusteluanalyysi sen sijaan näkee keskustelun yhteistoimintana ja syventyy tutkimaan tämän mekanismia. Yhteistoiminnallisuus tarkoittaa sitä, että keskustelun merkitykset syntyvät yhteistyönä, neuvotteluna. Keskustelu on ainakin kolmella tapaa jäsentynyttä. Jäsentymistavat ovat vuorottelujäsennys, sekvenssijäsennys ja korjausjäsen nys. Toisin sanoen keskustelu rakentuu vuorottelunormien avulla jaksoiksi eli sekvensseiksi, joihin puhujat ovat orientoituneet. Keskustelussa on lisäksi sisäänrakennettu korjauksen mahdollisuus. Nämä jäsennykset vaikuttavat samanaikaisesti ja ovat kaiken vuorovaikutuksen olemassaolon edellytyksiä. Niistä myös muodostuu se tausta, jota vasten keskustelijat tulkitsevat toisiaan. Niiden lisäksi keskustelijat ymmärtävät ja tulkitsevat puheen sisältöä sekä yksittäisten lauseiden rakennetta. (Hakulinen 1997, 15–16)

Keskusteluanalyysissa pyritään tavoittamaan osallistujien omia jäsennyksiä meneillään olevasta tilanteesta: tutkitaan niitä kontekstin piirteitä, joita osallistujat itse pitävät asiaankuuluvina tai tärkeinä keskustellessaan keskenään. Jotta kaikki analyysissa tarvittavat yksityiskohdat saataisiin taltioitua, käytetään usein tutkimusaineistona (video)nauhoituksia aidoista institutionaalisista tilanteista. Tutkittaville tilanteille on ominaista se, että ne tapahtuisivat ilman mitään tutkimustakin. (Raevaara 2001, 27) Keskusteluanalyysi korostaa kielenkäytön formaalista puolta: se, mitä sanotaan ei ole irrotettavissa siitä, miten se sanotaan. Siksi keskusteluanalyysiin oleellisena osana kuuluva litterointi on sellaista kuin se on: ylös kirjataan niin keskustelun vuorottaisuus sekä siinä esiintyvät ”ei-kieliset” ainekset, kuten tauot, naurut, yskähtämiset. (Hakulinen 1997, 17)

Esittelen seuraavaksi keskusteluanalyysin ja siten myös tutkimukseni kannalta keskeisiä analyttisiä välineitä: vuorottelujäsennys, sekvenssijäsennys ja vuorotteluparit, preferenssijäsennys ja korjausjäsennys.

#### **4.1.1 Vuorottelujäsennys**

Saksin ym. (1974) mukaan vuorottelu eli vuorotellen toimiminen on yksi keskeinen sosiaalisen järjestyneisyyden muoto (Hakulinen 1997, 32). Esimerkiksi neuvolavastaanoton aikana keskustellaan ja vaihdetaan ajatuksia vuorotellen, luodaan yhdessä keskustelun suunta ja tapa edetä. Vuorottelujäsennys auttaa säätelemään keskustelua siten, että kerrallaan puhuu vain yksi henkilö ja tämän johdosta keskustelu on järjestynyttä ja toimivaa (Raevaara 2001, 15). Vuorottelujäsennys on samalla sekä kontekstista riippumaton että kontekstiin reagoiva: siihen vaikuttavat esimerkiksi osallistujien lukumäärä ja muut kontekstiseikat mutta itse vuorottelun periaatetta ne eivät muuta (Hakulinen 1997, 33).

Keskeisiin vuorottelujäsennyksen periaatteisiin kuuluu se, että keskustelussa vuorottelu on sujuvaa. Keskeyttäminen puolestaan on jotakin odottamatonta ja siksi se on maininnan arvoinen seikka, esimerkiksi ”*Voi, me puhutaan joskus kaikki yhtä aikaa*”. Se, että todettaisiin puhuttavan aina vuorotellen, ei olisi niinkään kiinnostava seikka, koska vuorotellen puhuminen on keskeinen vuorovaikutuksen etenemistä jäsentävä normatiivinen periaate. Jos vuorottelu ei kuitenkaan tapahdu sujuvasti,

tekevät puhujat helposti päätelmiä toistensa asenteista tai luonteesta: esimerkiksi toisen puheen keskeyttäjä voidaan mieltää dominoivaksi tai kärsimättömäksi. Keskustelun sujumattomuuden voidaan tulkita johtuvan myös alkukankeudesta tai kireästä tunnelmasta. (Hakulinen 1997, 34)

Toinen keskustelunanalyysin huomion kohteena oleva vuorottelujäsennyksen ominaisuus on puheenvuorojen rakenne, joka on myös yksi kielitieteen kiinnostuksen kohteista. Näkökulma puheenvuoroon on keskustelunanalyysissä kuitenkin erilainen: puheenvuoroa tarkastellaan reaaliajassa, vuorotteluprosessin osana. Kun kielitiede on perinteisesti keskittynyt tutkimaan muun muassa sitä, puhuuko joku kieliopillisesti oikein, niin keskustelunanalyysi pyrkii selvittämään esimerkiksi sitä, mistä syystä henkilö A kertoo mielipiteensä juuri tietyssä kohtaa vuorokeskustelua. (Hakulinen 1997, 34–35)

Keskustelun puheenvuorot voivat olla keskenään hyvinkin erimuotoisia. Vuoro voi muodostua yhdestä tai useammasta rakenneyksiköstä. Toisin sanoen yksittäinen vuoro voi olla vaikkapa vain yksi lause tai toteamus: ”*Joo*.”. Toisinaan vuorossa tai sen sijainnissa on jotain, mikä ennakoii sitä, minkä pituinen tai muotoinen sen on oltava. Esimerkiksi vastaus on yleensä kysymystä lyhyempi, samoin tervehdys tai kommentti. Puheenvuorojen alku ja loppu ovat erityisen tärkeitä. Etenkin vuoron alussa on yleensä vihjeitä siitä, onko alkamassa eri vuoro vai jatkuuko edellinen vielä ja kuinka pitkään. (Hakulinen 1997, 40–43)

Kahdenkeskisessä keskustelussa vuoron siirtyminen toiselta henkilöltä toiselle tapahtuu yleensä varsin saumattomasti, mutta miten käy useamman hengen ryhmässä? Omassa tutkimusaineistossani suurin osa keskusteluista tapahtui äidin ja hoitajan välillä, kahdestaan. Kahdella vastaanotolla oli mukana myös isä, ja seuraavassa on esimerkit vuoron vaihtumisesta näissä tilanteissa:

#### Esimerkki 1.

1	H	.hhh sitten tuota hh. (3.1) mennään tohon (1.3) audit
2		lomakkeeseen minkä te ootte täyttäne tuosta (0.3)
3		alkoholi (0.6) alkoholi ja tupakoinnin ja (.) huumeitten
4		(.) .hh käytöstä.
5		(1.6)
6	H	elikkä tuota niin niin (.) .hh .mt poltaks sää vielä,

7                   (.)  
8    H → sää poltat ton yks viiva viis,=  
9    Ä       =en mää enää polta.

Terveydenhoitaja kohdistaa kysymyksen äidille katsekontaktin avulla; todetessaan ”*sää poltat ton yks viiva viis*” hoitaja vilkaisee äitiin, jolloin vastausvuoro siirtyy selkeästi äidille.

Toisessa esimerkissä hoitaja kohdistaa seuraavan puheenvuoron äidille mainitsemalla äidin nimen. Myös hoitajan katse kohdistuu äitiin:

Esimerkki 2.

1    H → .hh mitäs tuota niin *maija* sää opiskelet,  
2                   (0.5)  
3    Ä       .th mää opiskelen luonto ja ympäristöalaa.

Vuoron vaihtuminen useamman hengen ryhmässä voi tapahtua siis esimerkiksi katsekontaktin avulla tai osoittamalla kysymyksen tai kommentin suoraan jollekin ryhmän jäsenistä, tässä tapauksessa äidille. Koska kyseessä on neuvolan vastaanotto, ei keskustelu etene täysin vapaasti. Kyseessä on institutionaalinen keskustelu, jossa terveydenhoitaja johtaa keskustelua kysymällä vanhemmilta kysymyksiä ja siirtymällä uusiin keskustelunaiheisiin saatuaan edellisen aiheen asiat selvitettyä.

#### 4.1.2 Sekvenssijäsennys ja vierusparit

Keskustelunanalyysin lähtökohta on, että ihmisten välinen vuorovaikutus on rakenteellisesti jäsentynyttä eikä mikään keskustelun yksityiskohta ole sattumanvarainen tai merkityksetön (Heritage 1996, 241). Vuorovaikutuksen rakenteellisuudella viitataan ensinnäkin edellisessä luvussa kuvailemaani keskustelun puheenvuorojen sisäiseen rakenteeseen. Toisekseen rakenteellisuudella tarkoitetaan keskustelun *sekventiaalista rakennetta* eli sitä, miten peräkkäiset puhetoiminnat liittyvät toisiinsa ja millaisia toisiinsa kytkeytyvien toimintojen muodostamia jaksoja niistä muodostuu. (Raevaara 1997, 75)

Sekventiaalisuus on keskustelua kantava ja rakentava ominaisuus, sillä jokainen puheenvuoro ennakoi omalla tavallaan sitä, millaista jatkoa sille odotetaan. Myös

jokainen puheenvuoro on muotoiltu sopimaan edelliseen vuoroon, täyttämään sen synnyttämät odotukset. Tämä mahdollistaa keskustelun osanottajien toimintojen koordinoimisen ja keskinäisen ymmärryksen. (Raevaara 1997, 75, 91) Puheenvuorot voivat kuitenkin erota toisistaan siinä, vaativatko ne jatkokseen hyvin tietyyntyyppisen vuoron (esimerkiksi kyllä/ei-vastauksen) vai rajaako vuoro vain väljästi seuraavalle vuorolle sopivat ominaisuudet (esim. mielipiteen ilmaisu). Sellaisia kahden vuoron kokonaisuuksia, joiden välinen kytkös on erityisen vahva eli seuraava vuoro tulee olla tietyyntyyppinen, nimitetään *vieruspareiksi*. Vieruspareja voivat olla esimerkiksi tervehdykset, kysymys ja vastaus tai kutsu ja sen vastaanotto tai torjunta. (Heritage 1996, 240; Goodwin & Heritage 1990, 228) Schegloffin ja Sacksin (1973, 295–296) kuvauksen mukaan vieruspareja ovat:

- a) kahden puheenvuoron jaksot, jossa nämä puheenvuorot ovat
- b) vierekkäisiä
- c) eri puhujien esittämiä
- d) järjestyneet etujäseneksi ja jälkijäseneksi siten, että
- e) tietyyntyyppinen etujäsen vaatii tietyyntyyppisen jälkijäsenen (tai yhden tietyyntyyppisten jälkijäsenten joukosta).

#### **4.1.2.1 Kysymys- ja vastaus – vierusparit**

Tarkastelen tässä tutkimuksessa erityisesti kysymys- ja vieruspareja, esimerkiksi alkoholinkäytöstä kysymistä ja kysymykseen vastaamista. Kysymyksiksi tulkitsen sellaiset vuorot, jotka äiti, isä tai molemmat ovat tulkinneet kysymyksiksi. Alla esimerkki tilanteesta, jossa hoitaja (H) tiedustelee äidin (Ä) ja isän (I) tapaa juoda alkoholia:

#### **Esimerkki 3.**

- 1 H → Onks teillä niinku (0.2) yhteiset juhlat aina sitte niinku
- 2 tavallaan,
- 3 Ä ymh hm hm [hm ((Ä ja I katsovat toisiaan))
- 4 H [Vai?,
- 5 (2.2)
- 6 Ä → Aika paljon tulee siitä että molemmat tykkää esimerkiks
- 7 käydä syömässä (0.2) ja samalla juoda.

Esimerkissä hoitaja aloittaa rivillä 1 kysymyksen, esittää siis vierusparin etujäsenen, käyttämällä kysymysmuotoa ”*Onks teillä*”, joka hakee tietynlaista vastausta. Kiinnostavaa on, että hoitaja ei osoita vuoroa toiselle vanhemmista suoraan, vaan

puhuttelee heitä yhdessä, joka näyttää aiheuttavan hienovaraista vanhempien välistä neuvonpitoa siitä, kumpi vastaa heidän molempien ”puolesta” – edustaa molempien näkökulmaa (rivi 3 ja rivin 5 tauko). Rivillä 6 äiti sitten esittää vastauksen kysymykseen, eli vierusparin jälkijäsenen. Samalla äiti valitsee itsensä vastaajaksi ja esittää vastauksessaan kuvauksen pariskunnan yhteisistä mieltymyksistä.

Toisessa esimerkissä hoitaja tekee toteamuksen äidin tai hänen puolisonsa alkoholinkäytön huolestuttavuudesta:

#### Esimerkki 4.

1 H → et oo huolissas niinkun (.) omasta etkäh (.) miehes[i  
2 Ä [en,  
3 H alkoholinkäytöstä [et ihan (.) ihan käyttö normaalia jo  
4 Ä [en.  
5 H nyt raskausaikana tosiaan varmaan [sitte iha,  
6 Ä [joo.

Tämä esimerkki osoittaa, että kysymys- ja vastaus –vierusparin etujäsenen ei välttämättä tarvitse olla kieliopillisesti kysymys, kuten edellisessä esimerkissä missä hoitaja käytti kysymyssanaa ”Onks”. Vuoro voidaan tulkita vastausta hakevaksi kysymykseksi muiden piirteiden perusteella. Rivillä 1 hoitaja tekee eräänlaisen toteamuksen alkoholinkäytön normaaliudesta, ja äiti tulkitsee sen vahvistusta hakevaksi kysymykseksi.

Toisaalta kysymyssana etujäsenenä ei välttämättä tarkoita, että kyseessä olisi vastausta vaativa kysymys. Toisin sanoen kielioppi ei määrittele, millainen etujäsen on kysymyssana (Schegloff 1984, 35). Tämän voi havainnollistaa seuraavasti:

#### Esimerkki 5.

1 A Why don't you come and see me sometimes.  
2 B I would like to.

Esimerkissä henkilö A ei suinkaan kysy, miksei henkilö B tule häntä katsomaan vaan ehdottaa, että B tulisi joskus käymään. B tulkitsee etujäsenen oikein eli kommentoi tulevansa mielellään käymään. (Emt., 35)

### 4.1.3 Preferenssijäsennys

Edellä käsiteltiin vieruspareja, joiden etujäsenen jälkeen esitettävä jälkijäsenen valikoitui etujäsenen sopivaksi. Usein jälkijäsenen voi olla kahdenlainen, esimerkiksi kutsuun tai pyyntöön voidaan vastata hyväksyvästi tai kieltävästi. Jälkijäsenen valikoitumista kahdesta vaihtoehdosta ohjaa *preferenssijäsennys*. Vierusparin jälkijäsenvaihtoehdot voivat olla preferoituja tai preferoimattomia: esimerkiksi kutsun hyväksyminen on preferoitu jälkijäsenen kun taas kutsuun kieltävästi vastaaminen on preferoimaton jälkijäsenen. Preferoidulle jälkijäsenelle on tyypillistä sen viivyttämätön esittäminen, preferoimattomalle puolestaan viivytytely, erimielisyyttä lieventävä esittäminen. (Tainio 1997, 93–94) Alla olevassa esimerkissä hoitaja ja äiti keskustelevat ruokavaliota koskevasta tutkimuksesta:

#### Esimerkki 6.

1 H → ok sää halukas alkaa (0.3) semmoseen tutkimukseen missäh  
2 (.) tutkitaa ruokavaliota jahh (.) jah (.) se tarkoittaa  
3 sitä että (0.9) mitää näytteitä ei oteta mutta neljä  
4 semmosta (.) .hhh (.) aan- (.) aa nelos (.) m (0.3)  
5 pientä pumaskaa tulee sulle täytettäväksi aina raskauden  
6 tietyssä vaiheessa,  
7 → (0.4)  
8 H sit sää voit sinne oman tuntemuksesi mukaan pistää et siel  
9 kysytään montako leipää syöt päivä- vähän samanlainen ku  
10 tuo minkä sää täytit.  
11 (0.4)  
12 Ä jo[o.  
13 H [mutta useampi sivu.  
14 (1.4)  
15 H niin niin, (0.3) voit alo- alkaa siinä jos haluat mutta (.)  
16 jos et niin (.) ei tarvii.  
17 (0.8)  
18 Ä → tota (1.6) emmä tiä muistanko mää täyttää totakin ni se  
19 on jo s[itte ehkä siinä mielessä parempi. ettei,  
20 H [nii,  
21 ni[i, nii.  
22 Ä [kr-krh.

Hoitaja pyytää rivillä 1 äitiä osallistumaan ruokavaliota koskevaan tutkimukseen. Äiti ei kuitenkaan ole halukas ja perustelee vastauksensa epäilyllä, muistaisiko hän kuitenkaan täyttää kysymyslomakkeita (rivit 18–19). Äidin kielteinen vastaus hoitajan pyyntöön on tässä tapauksessa preferoimaton jälkijäsenen. Preferoimattoman vuoron piirteet näkyvät jaksossa siten, että hoitajan esittämää pyyntöä seuraa tauko rivillä 7, jonka jälkeen hoitaja jatkaa pyynnön esittämistä aina riville 15 asti. Sen sijaan jos äiti olisi suostunut pyyntöön, ja antanut siis preferoidun vastauksen, olisi

rivillä 7 olevan tauon aikana ollut ensimmäinen paikka suostua esitettyyn pyyntöön. Äidin esittämässä preferoimattomassa jälkijäsenessä on löydettävissä myös selittämisen piirteitä. Garfinkel on todennut, että arkielämän järjestystä pyritään ylläpitämään selittelyn avulla: kun jotain poikkeuksellista (esimerkiksi esitetään preferoimaton jälkijäsen) tapahtuu, merkitään poikkeuksellisuus selittelemällä (Heritage 1996, 266–269). Esimerkin äidin tuleekin selittää preferoimatonta jälkijäsentä, sillä selittämättä jättäminen voisi aiheuttaa hoitajassa hämmennystä ja tuoda ongelmia vuorovaikutukseen (Tainio 1997, 100).

Erving Goffman kirjoittaa ”On face work” artikkelissaan vuonna 1955 mielenkiintoisesta oivalluksesta, jonka mukaan ihmiset liittävät tunteita vuorovaikutuskumppaneidensa kasvoihin. Toisen menettäessä kasvonsa eli sosiaalisen arvonsa muiden silmissä, saatamme itsekin nolostua hänen puolestaan. Yksinkertaisimmillaan kasvojen menetys voi tapahtua paljastamalla muille keskustelun osapuolille vahingossa liian henkilökohtaista tietoa itsestään. Siksi vuorovaikutuksen osapuolet suojelevat sekä omia että toistensa kasvoja välttääkseen ikäviä ja vaivaannuttavia tilanteita. Samalla suojelemaan myös sitä sosiaalista tilannetta, jossa itse ollaan. Suojelukeinoina toimivat tahdikkuus esitettävissä puheenvuoroissa sekä oman käyttäytymisen seuraaminen ja suuntaaminen. (Peräkylä 2001, 353–354)

#### **4.1.4 Korjausjäsenitys**

Korjausjäsenitys on keskusteluanalyysissä käytetty termi, jolla tarkoitetaan eri tapoja käsitellä puhumisessa, puheen kuulemisessa ja sen ymmärtämisessä ilmeneviä ongelmia. Keskusteluanalyysi keskittyy tutkimaan erityisesti sitä, miten keskustelijat itse käsittelevät jotakin ongelmalliseksi kokemaansa puheen kohtaa. (Sorjonen 1997, 111–112) Korjaukset ovatkin välttämättömiä keskustelun eri osapuolten välisen ymmärryksen säilyttämiseksi (Schegloff 1992, 1295 – 1345).

Korjausprosessilla on alku ja loppu, joten voidaan puhua rajallisesta korjausjaksosta (Sorjonen 1997, 112). Korjauskäytänteisiin sisältyy Schegloffin ym. (1977, 361–382) mukaan suosituimmuusjäsenitys: ihanteellisin tilanne on silloin, kun korjausjakson aloittaa ja lopettaa ongelman tuottaja eli se, jonka puheessa ongelma sijaitsee. Aloittaja ja lopettaja voivat olla kuitenkin myös eri henkilöitä, ja korjausjakso



voidaan aloittaa monilla eri keinoilla. Nämä keinot keskeyttävät puheen joko puhujan tai kuulijan toimesta. Korjausjakson jälkeen keskustelijat voivat palata takaisin puheen päälinjalle. (Sorjonen 1997, 113)

Ensimmäinen mahdollinen paikka aloittaa korjausjakso on jo siinä puheenvuorossa, missä ongelma esiintyy. Korjauskeinoja ovat muun muassa sanan jättäminen kesken, epäröintiäänteet (*öö, ää* tms.) ja tietyt partikkelit (*eiku, tai siis*). Nämä toimivat merkkeinä kuulijalle, että korjausjakso on alkanut. (Schegloff ym. 1977, 361–382) Seuraavassa esimerkissä hoitaja kertoo äidille kaupungin terveystietojärjestelmästä, minne hän aikoo tallentaa äidistä tietoja:

#### Esimerkki 7.

1 H .hhh laitetaas näitä tietoja tänne koneelle=mä en tie onks  
2 tää tuttu tää kaupungin hh. terveystietojärjestelmä,  
3 (1.2)  
4 H → .thh (.) täällähän on (0.6) mun (.) e- ää mulla on  
5 oikeudet (.) nähdä täältä sun (.) lääkärikäynnit...

Rivillä 5 hoitaja katkaisee puheensa epäröinneillä *e-* ja *ää* ja tekee itsekorjauksen huomattuaan sanoneensa väärin ohjelman käyttöoikeuksistaan puhuessaan.

Toinen mahdollisuus korjausjakson aloittamiselle on heti loppuun saatetun rakenneyksikön eli puheenvuoron jälkeen. Silloin vallitsee niin sanottu vuorojen välinen siirtymätila (engl. transition relevance place, TRP), jossa vuoro voi vaihtua puhujalta toiselle. Korjausjakson voi aloittaa juuri äsken puhunut ja korjata jotakin äsken sanomaansa. Silloin korjausjakso alkaa usein sanalla *tai*, joka kertoo että edelliseen on tulossa jokin muutos. (Sorjonen 1997, 121) Seuraavassa esimerkissä hoitaja ja äiti keskustelevat raskausoireista ja äidin kokemasta pahoinvoinnista:

#### Esimerkki 8.

1 H .hhh ja se [pahoinvointiki onneksi (.) kohta sitten (.)  
2 Ä [krhh.  
3 H → menee ohi ku tää alkuraskaus on (.) tai ainaki  
4 toivottavasti menee ohi.

Hoitaja korjaa samassa puheenvuorossa tekemäänsä väittämää raskauspahoituksen pikaisesta ohi menemisestä lieventämällä asiaa toteamalla, että ”*tai ainaki toivottavasti menee ohi*”.

Myös vastaanottaja voi aloittaa korjausjakson. Sen hän voi tehdä esimerkiksi heti ongelmavuorossa seuraavassa jaksossa, jolloin vastaanottaja nostaa esille jotakin ongelmalliseksi koettua kumppanin puheenvuorossa. Korjausaloitteena voi toimia yksinkertaisesti kysymyssana *mitä* tai pelkästään sen lyhenne *tä*. Tällöin korjausaloitteen tekijä pyytää toistamaan tai selittämään paremmin edellisen puheenvuoron ja varsinainen ongelman selvittäminen jää ongelman tuottajalle. Korjausjakso voi aloittaa myös välisekvenssin, jossa ongelmaa käsitellään kunnes se on saatu ratkaistua. Korjausaloitteeseen tulleen vastauksen jälkeen on luonnollista palata takaisin keskeytyneelle puheen päälinjalle. Korjausaloitteen muoto voi myös kertoa, miten ja mihin kuulija paikantaa ongelman. Yksi keino on käyttää kysymyssanaa, kuten *mikä*. Myös finiittiverbin toistoa voidaan käyttää korjausaloitteen tekemiseksi. (Sorjonen 1997, 124–129) Henkilö voi esimerkiksi kertoa tulevansa käymään illalla, jolloin vastaanottaja toistaa finiittiverbin: *Tuletko?*

## **4.2. Ammatilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus eli institutionaalinen keskustelu ja sen tutkiminen**

Kahden tai useamman ihmisen välinen keskustelu vaatii toteutuakseen tietynlaista järjestystä, vuorottelua. Kun astutaan tilanteeseen, jossa on vastakkain ammattilainen (esimerkiksi terveydenhoitaja) ja asiakas (esimerkiksi äiti), on kyseessä *institutionaalinen keskustelu*. Institutionaalisen vuorovaikutusprosessin tarkalla kuvaamisella voidaan osoittaa, mitä keskustelussa tapahtuu, miten vuoropuhelu etenee ja millaiset seikat voivat vaikuttaa ongelmien syntymiseen (Raevaara 2001, 11, 14).

Institutionaalinen keskustelu rakentuu arkielämässä jo lapsena opitun keskustelun varaan: arkikeskustelun myötä opitaan sujuvan keskustelun säännöt kuten vuorotellen puhuminen ja toisen keskeyttämisen välttäminen. Institutionaalisisessa keskustelussa arjen myötä opitut käytännöt muokkaantuvat tai niitä muokataan palvelemaan instituution tehtäviä. Yksi esimerkki institutionaalisuuden palvelukseen

muokkautumisesta on vuorottelujäsennys: arkipuheessa ei ole ennalta päätetty, kuka puhuu milloinkin ja kuinka kauan. Tietyissä institutionaalisissa keskusteluissa vuorottelulle on omat sääntönsä, esimerkiksi oikeussali-istunnoissa. (Raevaara 2001, 16) Myös neuvolavastaanoton aikana terveydenhoitajalla on tietynlainen rooli, jossa hän ammattilaisena johdattelee keskustelua, kyselee kysymyksiä ja antaa neuvoja. Äidin ja isän roolina puolestaan on toimia kysymyksiin vastaajina ja informaation vastaanottajina. Toki he saavat esittää myös omia kysymyksiään mutta lähinnä itseensä ja raskauteen liittyen, ei terveydenhoitajan henkilökohtaiseen elämään liittyen. Yksi institutionaalisen keskustelun keskeisistä piirteistä onkin se, että osapuolet suorittavat institutionaalisia tehtäviään puhumalla (Peräkylä 1997, 202). Esimerkiksi terveydenhoitaja rakentaa keskustelun institutionaalisuutta käyttämällä *me*-sanaa puhuessaan (Raevaara 2001, 18–19). Alla olevassa esimerkissä hoitaja on antamassa äidille ja isälle informaatiota raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä:

#### Esimerkki 9.

1 H .hh (.) nii sen takia oikee semmosta turvallista määrää on  
 2 hankala sanoa.  
 3 (0.3)  
 4 Ä mm,  
 5 (0.6)  
 6 H et mikä se on.  
 7 (0.8)  
 8 H → .hh meillä on siitä asiasta kirjanenki (0.4) mää annan sen  
 9 teille vaikka (.) vaikka nyt ei (.) silleen (0.5) täällähähä  
 10 (0.5) tämmönen (0.9) valju tämä kuvaesite.

Esimerkissä hoitaja käyttää *meillä*-sanaa kuvaamaan sitä, että kyseinen kirjanen on jotakin, mitä he eli neuvolatyöntekijät jakavat neuvoloissa (rivi 8). Kirjanen on siis yleisinformaatiota ja se on tarkoitettu kaikille odottaville perheille jaettaviksi.

Tilanteen institutionaalisuutta kuvastaa myös tapa mennä varsin nopeasti asiaan (Raevaara 2001, 19), jota varten hoitaja ja äiti ja/tai isä ovat saapuneet paikalle. Institutionaalinen keskustelu on siis tehtäväorientoitunutta. Alla olevassa esimerkissä äiti on juuri saapunut terveydenhoitajan työhuoneeseen:

#### Esimerkki 10.

1 H Ole hyvä ja istu.  
 2 Ä Joo, kiitos.  
 3 (3.0) ((H ja Ä istuutuvat pöydän ääreen))

4 H → Saitko postia neuvolasta?  
 5 Ä Sain kyllä kii[tos.  
 6 H [hmmm.]  
 7 Ä On nyt täytettynä he he  
 8 H =No niin, (.) pääsä päästään täs-siitä sitten alottamaan.  
 9 Ä =Joo.

Esimerkissä hoitaja tarjoaa äidille istumapaikkaa työpöytänsä äärestä ja heti seuraavaksi tiedustelee äidille lähettämistään lomakkeista (rivi 4). Vaihtoehtoisesti hoitaja olisi voinut mainita äidille esimerkiksi ulkona vallitsevasta säätilasta ja keskustelu olisi voinut jatkua jonkin aikaa seurustelunomaisena ja kevyenä.

Drew ja Heritage (1992, 22; Raevaaran 2001, 17 suomenkielinen käännös) ovat kiteyttäneet institutionaalisilla keskusteluilla olevan ainakin kolme tyypillistä piirrettä: 1) keskustelulla on tietty päämäärä, 2) osallistumista keskusteluun säätelevät erilaiset rajoitteet ja 3) keskustelussa käytetään instituutioille tyypillisiä tulkintakehyksiä. Piirteet voivat tulla esille vuorovaikutuksen yksityiskohdissa, esimerkiksi sanavalinnoissa. Edellä kuvatussa esimerkissä nro 2 hoitaja viittasi lauseellaan ”*No niin, (.) pääsä päästään täs-siitä sitten alottamaan.*” vastaanottotilanteeseen, joka alkoi tiettyjä toimintoja suorittamalla, kuten äidin esitietojen läpikäynnillä.

Institutionaalisuus ei rakennu pelkästään ulkoisista asioista, kuten rakennuksista, koulutuksesta tai lainsäädännöstä, vaan myös siitä, miten ihmiset vuorovaikutuksessa toimivat. Vuorovaikutuksessa olijat vaikuttavat aktiivisesti esimerkiksi keskustelun kulkuun ja siksi keskustelun luonne on muuttuva ja muokattavissa oleva. Toisin sanoen arkikeskustelussa voi syntyä jaksoja, joissa puhutaan institutionaalisesti ja vastaavasti institutionaalisissa tilanteissa voi esiintyä arkisia jaksoja. (Raevaara 2001, 19, 24: ks. esim. Drew & Sorjonen 1996)

Institutionaalista vuorovaikutusta jäsentävät tietyt institutionaaliset tehtävät sekä teoriassa (esimerkiksi äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien koulutuksessa) että käytännössä muodostuneet käsitykset siitä, miten näitä tehtäviä tulee suorittaa (Raevaara 2001, 13). Neuvolavastaanotolla tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhoitaja soveltaa omaa koulutustaan ja työkokemustaan vastaanottojen läpiviennissä niin, että

sekä hän että asiakkaat saavat tarvittavaa ja oikeanlaista informaatiota raskauteen liittyen.

#### **4.2.1 Vastaanoton kokonaisrakenne**

Monissa institutionaalisissa ympäristöissä, kuten neuvolavastaanotolla, keskustelulla on vakiintunut kokonaisrakenne. Aloituksen ja lopetuksen väliin mahtuu joitakin keskustelusta toiseen samanlaisina toistuvia piirteitä. (Peräkylä 1997, 197) Muun muassa Byrne ja Long (1984) ovat kuvanneet lääkärin vastaanoton kokonaisrakennetta seuraavasti:

- 1) Avaus
- 2) Vaivan kertominen
- 3) Tutkimus (fyysinen ja/tai sanallinen)
- 4) Diagnoosista keskusteleminen
- 5) Hoito-ohjeiden tai neuvojen antaminen
- 6) Lopetus

Samalla tavalla neuvolavastaanotosta voidaan tutkimukseni perusteella muodostaa kokonaisrakenne, joka toistuu tapaamisesta toiseen varsin samanlaisessa järjestyksessä (ks. yksityiskohtaisempi kuvaus ja analyysi luvussa 6):

- 1) Avaus: kuulumisten vaihto mm. raskauden kulun ja äidin voinnin osalta
- 2) Sanallinen tutkimus
- 3) Informaation jakaminen suullisessa ja kirjallisessa muodossa
- 4) Fyysinen tutkimus
- 5) Raskauden seurannasta sopiminen: seuraavat neuvola-, lääkäri- ja ultraäänitutkimusajat
- 6) Lopetus

Kuten Byrne ja Long (1984) korostavat lääkärin vastaanottojen kokonaisrakenteen joustavuutta, samalla tavoin neuvolavastaanototkin voivat edetä yksilöllisesti, tilanteen mukaan. Vastaanoton aloituksen ja lopetuksen välillä on mahdollista keskustella vaihtelevassa järjestyksessä kaikesta raskauteen liittyvästä. Samoin esimerkiksi seuraavia vastaanottoaikoja voidaan sopia vaikka heti alkutervehdysten jälkeen tai äidin fyysiset tutkimukset voidaan suorittaa heti vastaanoton alussa. Eri

vaiheisiin on myös mahdollista palata myöhemmin, jos asiakkaalle tai hoitajalle tulee myöhemmin vastaanoton aikana mieleen kertoa tai kysyä jotakin raskauden kannalta olennaista. Käytännössä neuvolavastaanotolle saapuvalla äidillä ja/tai isällä onkin usein mielessä monia kysymyksiä, joita hän esittää omassa tahdissaan ja joihin hoitaja pyrkii reagoimaan saman tien. Jokaisella hoitajalla on oma totutunlainen tapansa viedä vastaanottoa eteenpäin, ja juuri työstä ja koulutuksesta saamansa kokemuksensa turvin hän osaa vastaanoton aikana käydä läpi kaikki tarvittavat asiat ja toimenpiteet vaihtelevassa järjestyksessä.

#### **4.2.2 Elämäntapakeskustelut ja arat puheenaiheet**

Odottavan äidin ja tulevan isän alkoholinkäyttö voi puheenaiheena olla hyvinkin arka. Alkoholinkäyttö tai käyttämättä jättäminen on jokaisen henkilökohtainen valinta ja osa hänen elämäntapojaan. Kohtuun määrän ylittävä raskaudenaikainen alkoholinkäyttö on kuitenkin sikiölle erittäin haitallista ja siksi aihe on tärkeää ottaa puheeksi jo ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä (Paaso ym. 2009, 30–31). Myös isän alkoholinkäytöstä on syytä keskustella, sillä mahdollinen ongelmakäyttö vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa olen perehtynyt vain äidin kanssa käytäviin alkoholikeskusteluihin tutkimusaiheen rajaamiseksi.

Tutkimusaineistossani elämäntapakeskustelut olivat varsin keskeisessä asemassa. Raskaudenaikainen ravinto, liikunta ja yleinen hyvinvointi näyttelevät sekä äidin että sikiön terveyden kannalta tärkeää roolia. Terveystieteiden tutkimuskeskukset ovat myös vuonna 1999 annettujen neuvolatyön suositusten mukaisesti velvoitettuja käymään tietyt elämäntapoihin liittyvät asiat läpi jokaisen odottavan äidin kanssa.

Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia suomalaisissa neuvoloissa käydyistä alkoholikeskusteluista ei tätä tutkimusta ennen ole tehty. Lääkärin vastaanotolla käytyjä elämäntapakeskusteluita on puolestaan tutkittu, lähinnä Pohjoismaissa ja Yhdysvalloissa. Peräkylän ym. (2001, 161) 1990-luvulla tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin lääkärin vastaanotoilla käytyjä keskusteluita ruokavalioon, alkoholinkäyttöön, liikuntaan ja tupakointiin liittyen. Tarkastelu keskittyi pääosin siihen, miten elämäntapoihin liittyvä keskustelu sijoittui vastaanotolla, kuinka lääkäri

ja potilas päätyivät käsittelemään elämäntapoja joko ongelmallisina tai ongelmattomina, ja millaisia elämäntapaneuvoja lääkärit potilailleen antoivat.

Peräkylä ym. (2001, 181–182) päätyivät tutkimuksensa perusteella siihen, että lääkäri mieluummin kysyy kuin neuvoo, ja jättää potilaan itsensä arvioitavaksi, onko hänen elämäntavoissaan jotakin muutettavaa. Useimmiten potilaat esittivät elämäntapansa ongelmattomina ja lääkärit pyysivät enintään joitakin tarkennuksia vastauksiin. Elämäntapoja päädyttiin käsittelemään ongelmallisina todennäköisemmin silloin, kun elämäntavat otettiin keskustelussa esille heti terveysongelman toteamisen jälkeen. Myös potilas itse saattoi esitellä elämäntapansa ongelmallisena, terveysongelmiin johtavina, jolloin lääkärikin tarttui asiaan. Peräkylän ym. esittävät analyysinsä perusteella, että lääkäreillä on eräitä vuorovaikutukseen liittyviä rajoitteita potilaiden elämäntavoista keskusteltaessa. Lääkärit näyttivät ajattelevan, että potilaan itsearvioinnin koskemattomuutta tulee kunnioittaa. Siten lääkärit näyttivät antavan potilaalle vain sellaisia neuvoja, jotka olivat linjassa potilaan oman mielipiteen kanssa ja yleensä vain silloin, kun potilas itse kuvasi elämäntavoissaan jotain ongelmallista.

Markku Haakana on puolestaan tutkinut naurua vuorovaikutuskeinona lääkärin vastaanotoilla. Haakanan (2001, 147) mukaan naurun aihe voi olla myös kiusallinen asia, ei pelkästään hauska. Naurulla potilas saattaa pehmentää tilanteen hankaluutta ja pyrkiä naurullaan saamaan lääkärinkin nauramaan. Siten kiusallisen aiheen käsittely voisi luonnistua helpommin (Sacks 1992, 207–208). Haakanan (2001, 153, 158) tutkimuksessa potilaiden nauruista suuri osa oli sellaisia, joilla käsiteltiin kiusallisia ja arkaluonteisia asioita. Lääkärit puolestaan saattoivat käyttää naurua kiusallisten asioiden ”pois pyyhkimiseen”.

#### **4.2.3 Äidin ja terveydenhoitajan välinen vuorovaikutus**

Marjo Kurosen (1994, 49) tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä osoittaa, miten tärkeässä roolissa terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen tuttavallinen ja epävirallinen suhde neuvolavastaanotoilla on. Kurosen tutkimuksesta on jo toistakymmentä vuotta aikaa mutta tilanne on tästä tuskin muuttunut. Kurosen mukaan hoitajien tavoitteena on saada vanhemmat tuntemaan neuvola paikaksi, joka on tarpeellinen ja jonne on miellyttävä mennä. Tähän pyritään läheisen ja

luottamuksellisen asiakassuhteen luomisella, opettelemalla tuntemaan perhe mahdollisimman hyvin mutta samaan aikaan puuttumatta liikaa perheen yksityisyyteen. Kurosen tutkimus osoitti hoitajien kokevan, että heidän oli oltava varovaisia esille ottamisissaan puheenaiheissa, jotta luottamuksellinen asiakassuhde ei vaarantuisi. Tärkeimpänä tekijänä luottamuksellisen suhteen luojana pidettiin hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhdetta, eikä esimerkiksi asiakkaan luottamusta hoitajan asiantuntijuuteen. (Emt., 49–50, 77)

Kurosen (1994, 61–63) tutkimus toi esille myös ”ongelmien normalistamisen”. Lapsi, raskaana oleva äiti tai asiakasperhe haluttiin nähdä mahdollisimman pitkälle normaaleina. Ongelmista keskustelua vältettiin tai jos niistä keskusteltiin, niin ongelmat haluttiin tavalla tai toisella selittää normaaleiksi ja yleisiksi. Ongelmien normalistamista tapahtui sekä hoitajan että asiakkaan taholta. Esimerkiksi Kurosen tutkimissa äitiysneuvoissa raskausajan mahdollisia ongelmia normalistettiin toteamalla, ettei niistä ollut vaaraa sikiön hyvinvoinnille. P.M. Strong (1979) on todennut normalistamisen liittyvän myös lastenlääkärikäynteihin Skotlannissa ja USA:ssa. Strongin mukaan normalisuus kytkeytyy äitiyteen eikä äidin hyvyttä tahdota horjuttaa esimerkiksi kritisoidulla äidin toimintaa.

#### ***4.2.3.1 Neuvonnan ammattilaislähtöinen ja asiakaslähtöinen näkökulma***

Tärkeä osa äitiysneuvolan terveydenhoitajan työtehtäviä on toiminnan ohjaaminen ja neuvojen antaminen tuleville vanhemmille. Tyypillinen ammattilaisen tapa pohjustaa neuvoja on, että hän kysyy ensin neuvon vastaanottajan näkemystä, tietoa tai aikomuksia, ja vastauksen saatuaan hän sitoo neuvonsa tavalla tai toisella samaansa vastaukseen. Ammattilainen pohjaa neuvonsa tietoon, jota yleensä pidetään autoritatiivisena eli tietyllä tapaa paikkansa pitävämpänä tai virallisempänä suhteessa asiakkaan tietoon. Silloinkin, kun on kyse selkeästi autoritatiivisesta alasta kuten lääketieteestä, on vuorovaikutuksessa kuitenkin huomioitava asiakkaan omat näkemykset ja arviot hänen omasta tilanteestaan. Kyseessä on siis asiakaslähtöisyyden vaatimus: asiakkaan näkemyksiä ja kokemuksia on kohdeltava merkittävinä ja joissakin tilanteissa jopa ensisijaisina. Neuvoja pohjustamalla hoitaja pyrkiikin tavallaan ratkomaan tai lieventämään sitä ristiriitaa mikä syntyy, kun pyritään olemaan sekä asiakaslähtöisiä että antamaan autoritatiiviseksi luokiteltavaa tietoa. (Vehviläinen 2001a, 39–40)



Alla olevassa esimerkissä hoitaja ja äiti keskustelevat alkoholinkäytöstä raskausaikana:

#### Esimerkki 11.

1 H te ootte testiin, testiin vastannu (0.4) alkoholinkäytöstä  
2 ja aika vähäsillä pisteillä ootte (0.3) ootte tota menny.  
3 → Sä varmaan tiedät myös sen että raskauden aikana ei  
4 → suositella (0.3) alkoholia. ootko yhtään ottanu nyt?  
5 Ä en, en ole yhtään tai mulle se on niin sillai ihan selviö  
6 että sitten ei ollenkaan. enkä mä, mä en viinejä juokaan,  
7 niin ei tee sillai mieli minkään ruoan kanssa juoda  
8 mitään. niin ei oo tullu, aina kun mä on juonu, niin mä  
9 oon juonu kyllä ihan sii- niin ku ihan siinä tarkotuksessa  
10 että  
11 H et sitten otetaan vähän niin ku - juhliitaan.

Hoitaja toteaa ensin, että äiti oletettavasti tietää, ettei raskausaikana suositella alkoholia (rivi 3). Tämä vuoron kautta hoitaja viestittää äidille, että hän ymmärtää asian olevan myös äidin tiedossa. Vasta sitten, kun hän on huomionnut äidin tietotason, lähtee hoitaja kysymään äidin alkoholinkäytöstä raskausaikana esittämällä kyllä/ei-vastausta hakevan kysymyksen (rivi 4). Äiti olisi voinut vastata hyvin lyhyesti ja selkeästi kyllä tai ei, mutta ryhtyy selittämään omaa alkoholinkäyttöään ja mieltymyksiään, ja vahvistaa hoitajan oletuksen siitä, että on tietoinen raskauden aikaisista alkoholinkäyttösuosituksista. Seuraavaksi hoitaja toteaa, että lähestyvillä joulupäivällisillä saattaa olla tarjolla alkoholia ja halutessaan äiti voi juoda yhden alkoholiannoksen, jottei raskaus paljastuisi muille vielä näin alkuvaiheessa. Äiti vastaa siihen, että heillä ei ole alkoholia edes tarjolla, johon hoitaja toteaa:

#### Esimerkki 12.

1 H joo, no okei. se on ihan hyvä. mut tiedä se että, että yksi  
2 annos tai alle sen, niin voi käyttää. satunnaisesti. siitä  
3 ei ole haittaa lapselle. (0.3) mutta että yhtään sen  
4 päälle ei, koska sitten me ei sitä rajaa tiedetä missä se  
5 tulee se kriittinen raja vastaan. .hhh et se mitä on  
6 tapahtunut ennen siinä ennen kun sä tiesit olevasi  
7 raskaana, niin sillä ei ole yleensä mitään merkitystä, et  
8 jos on siinä ollu juhliä tai muita niin (-)no  
9 Ä no en mä oo sillonkaan. mä on ihan tarkotuksellaan, en oo  
10 juonu. eikä oo mitenkään tarvettakaan siihen.

Esimerkissä hoitaja on selvästi orientoitunut antamaan alkoholinkäyttöön liittyviä ohjeita, osana hänen institutionaalista tehtäväänsä ja rutiininomaisesti osana alkoholinkäyttökeskusteluja. Hoitajan tapa neuvoa ei ota huomioon äidin edeltäviä

kuvauksia ja kommentteja alkoholikäytöstä pidättäytymisestä, vaan neuvonta näyttäytyy ennemminkin osana yleisempää äitiysneuvolan toimintakäytäntöä ja ammattilaislähtöistä neuvomistapaa.

Hoitajat ovat neuvontatilanteessa siis varsin ristiriitaisessa tilanteessa: toisaalta äidin käyttäytymistä tulisi ohjata tai neuvoa oikeaan suuntaan mutta silti kuunnella ja ymmärtää hänen omia mielipiteitään ja kokemuksiaan. Ei ole myöskään samantekevää, antaako hoitaja äidille ohjausta vai neuvontaa. Vuorovaikutuksen tutkimuksessa *ohjaamisen* käsitteellä tarkoitetaan tilannetta, jossa ammattilainen ja asiakas ovat tasavertaisia ja jakavat asiantuntijuutensa, ja jolloin ammattilainen auttaa ohjattavaa itse ratkomaan ongelmiaan (Leppo 2008, 44; Vehviläinen 2001b). *Neuvonnan* käsitteellä viitataan puolestaan normatiivisempaan ja hierarkkisempaan tilanteeseen, jossa ammattilais-asiantuntija kertoo potilaalle tai asiakkaalle, miten tämän tulisi toimia esimerkiksi jonkin terveysongelman suhteen. (Leppo 2008,44; Pyörälä 2000) Siten neuvominen on direktiivistä toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan toisen toimintaan tai ajatuksiin suosittelemalla tai tarjoamalla tietynlaisia toimintatapoja (Vehviläinen 2001a, 40).

Neuvonnan tavoitteena on aina neuvonnan hyväksyminen. Neuvonnassa on kuitenkin aina torjunnan mahdollisuus. Neuvon antaminen sisältää vihjeen, että neuvon vastaanottajalta puuttuu sama tieto, taito tai vaihtoehtoinen näkökulma, joka neuvon antajalla on. Siksi neuvominen asettaa neuvomisen osapuolet epätasa-arvoiseen asemaan, etenkin jos neuvominen tapahtuu pyytämättä. Neuvolatapaaminen onkin yksi esimerkki tilanteesta, jossa neuvonta tapahtuu usein pyytämättä ja ennalta määrättyinä tehtävänä, ja jota varten hoitaja on saapunut paikalle. (Vehviläinen 2001a, 40) Neuvonnan torjuminen voi tapahtua myös siksi, että vastaanottaja tulkitsee neuvon oman toimintansa kritisoinniksi ja sen takia suhtautuu neuvoon negatiivisesti. Tämän lisäksi potilas voi kokea oman ongelmanratkaisukykynsä puutteelliseksi. Neuvontatilanne onkin vuorovaikutuksellisesti hankala ja emotionaalisesti latautunut. (Leppo 2008, 34: mm. Pyörälä 2000, Vehviläinen 2001b)

Neuvonnan vastaanottaja voi kokea neuvonnan uhkaavan myös hänen moraalista asemaansa. Esimerkiksi neuvot lasten terveysongelmiin liittyen voivat uhata vanhemman ja etenkin äidin identiteettiä ja moraalista arvoa hyvänä äitinä. (Strong

1979, Heritage ja Sefi 1992) Moraalinen arvo on erityisen voimakkaasti uhattuna raskaudenaikaisen päihdeongelman ammatillisessa käsittelyssä, ja yhtenä työn keskeisistä haasteista onkin pidetty kykyä kohdata äiti moralisoimatta häntä (ks. esim. Halmesmäki 1999). Tilanne voikin muodostua hankalaksi: toisaalta neuvontatilannetta kuormittaa työntekijän huoli sikiön terveydestä (vrt. Sorsa ym. 2004) ja toisaalta asiakkaan pelko lapsen huostaanotosta, jos hän ammattilaisen silmissä menettää kompetenssin toimia hyvänä äitinä (Leppo 2008, 34).

Heritage ja Sefi (1992, 379) ovat kehittäneet askelittaisen neuvomisen mallin, jonka avulla neuvoa vaativa ongelma paikannetaan ja muotoillaan yhdessä äidin kanssa. Siten hoitaja ei anna äidille mielikuvaa, että hän automaattisesti olettaisi äidillä olevan jonkin ongelman, johon hänen pitäisi ammattilaisena puuttua. Lisäksi hoitaja saa kysymysten avulla lisätietoa äidin tietämyksestä, toimintatavoista ja aiemmista ongelman ratkaisuyrityksistä. (Vehviläinen 2001a, 43) Alla oleva kaavio ilmentää terveydenhoitajan (T) omasta aloitteesta äidille (Ä) annetun neuvonnan kulkua (Vehviläisen 2001a, 42 suomenkielinen käännös):

T: 1-> jaksoa aloittava kysymys

Ä: 2-> ongelmaa ilmentävä vastaus

T: 3-> ongelmaan kohdentava kysymys

Ä: 4-> ongelman yksityiskohtia tai sen ratkaisuyrityksiä käsittelevä vastaus

T: 5-> neuvo

Heritage ja Sefi (1992, 381–389) toteavat, että kaavion vaiheiden 3 ja 4 läpikäyminen mahdollistavat sen, että hoitajan antama neuvo on sopiva ja tarpeellinen. Askelittainen siirtymä auttaa myös huomioimaan asiakkaan näkemykset siten, että hoitajan tarjoama ”virallisesti oikea” tieto tarjoillaan mahdollisimman yksilöllisesti räätälöitynä ja yhteisymmärrystä etsivänä. (Vehviläinen 2001a, 58)

Vehviläinen (2001a, 44) huomauttaa, että toisinaan on paikallaan antaa neuvoja ikään kuin informaation muodossa, kysymättä vastaanottajan tietoa tai näkemystä. Tällöin neuvo muotoillaan yleiseksi tiedoksi välttäen vihjaamista, että se olisi juuri kyseiselle vastaanottajalle relevanttia hänen tietämättömyytensä tai osaamattomuutensa takia. Tällä tavoin hoitaja voi vastaanoton aikana antaa äidille ja/tai isälle raskauden kannalta tärkeää tietoa aikaa säästämällä ja vastaanottajien tietotaitoa kyseenalaistamatta.

Kyseessä voi olla esimerkiksi jokin neuvolan toimintaohjeissa määritelty seikka, kuten raskauden aikana suositeltava lautasmalli nautittavan aterian kokoonpanosta, josta hoitajat tyypillisesti kertovat äitiysneuvolan ensikäynnin aikana. Aiheesta keskustelu tapahtui tämän tutkimuksen ensikäynneillä pääosin esitteiden kautta, joka omalla tavallaan viestitti saman ohjeistuksen koskevan kaikkia.

Tutkimusaineistoni perusteella tutkimuksessa mukana olleista äideistä kahta lukuun ottamatta kaikki (n=8) olivat ensiodottajia. Tällainen tilanne antaa hieman erilaiset lähtökohdat neuvonnalle, jos verrataan esimerkiksi lastenneuvolan terveydenhoitajan tilannetta. Koska kyseessä on raskauden ja vastasyntyneen lapsen hoitamisen kannalta mahdollisesti hyvinkin kokemattomat henkilöt, on neuvonnalle todennäköisesti suurempi tarve ja hyväksytyksi tuleminen mahdollisuus. Jos taas ajatellaan tilannetta, missä lapsenhoidossa jo enemmänkin kokemusta saanut äiti on neuvonnan vastaanottajana, voi helpommin syntyä ongelmallisia tilanteita, jossa vanhemmat saattavat kokea terveydenhoitajan ikään kuin kyseenalaistavan heidän tietonsa ja taitonsa. Nykyisin äidit ja isät saavat halutessaan monenlaista tietoa muun muassa Internetistä, ja tämä tieto saattaa kilpailla terveydenhoitajan antaman neuvonnan kanssa. Eri asia kuitenkin on, kuinka paikkansa pitävää Internetistä saatu tieto on.

## 5. Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa kuvaan tämän tutkimuksen toteutusta eli tutkimusaineiston valintaa ja hankintaa, kuvailen tutkimusaineistoa, kerron miten käsittelin aineistoa ja miten aineiston analyysi eteni. Lopuksi selvitän tutkimuksen eettisiä näkökulmia.

### 5.1 Aineiston hankinta

Tämä pro gradu -tutkielma on tehty osana *Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde ja tiimityö hyvinvointineurolamalliin siirryttäessä* -projektia. Projekti toteutetaan Tampereen yliopiston sosiaalitutkimuksen laitoksen ja terveystieteen laitoksen yhteistyönä. Tutkimusprojekti on alkanut vuonna 2006 ja se jatkuu edelleen. Projektin aineisto koostuu muun muassa sekä perinteistä toimintamallia että uutta hyvinvointineurolamallia noudattavissa äitiysneuvoloissa kuvattua videoaineistosta. Videointia on tapahtunut sekä odottavien äitien äitiysneuvolakäynneillä (143 kpl) että hyvinvointineuvoloiden ammattilaisten keskinäisissä kokouksissa. Lisäksi on haastateltu hyvinvointineuvoloiden tiimien jäseniä ja raskaana olevia äitejä. (Lisätietoja: Ruusuvuori ym. 2008) Omassa tutkimuksessani on käsitelty vain äitiysneuvoloiden ensineurolakäyntejä.

Käytännössä projektin tutkimusaineiston videointi tapahtui niin, että tutkijat pyysivät yhteistyöneuvoloilta luvan tulla kuvaamaan vastaanottoja sovittuina päivinä. Luvan saatuaan tutkijat kävivät asentamassa videokamerat etukäteen valmiiksi terveydenhoitajien huoneisiin. Tutkijat poistuivat huoneesta kameran asennuksen ja nauhoituksen käynnistämisen jälkeen. Asiakkaan tai asiakasperheen saavuttua hoitajan vastaanotolle häneltä tai heiltä kysyttiin lupaa vastaanoton videointiin ko. tutkimusta varten. Suurin osa asiakkaista tai asiakasperheistä suostui videointiin. Ennen neuvolasta poistumista asiakkaita pyydettiin täyttämään kysely vastaanoton vuorovaikutuksen sujumisesta. Tutkimukseen osallistuminen oli sekä asiakkaille että hoitajille vapaaehtoista ja heiltä pyydettiin kirjallinen lupa videointien käyttämisestä tutkimustarkoitukseen.

## 5.2 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineistoni koostuu kymmenestä videoidusta ensitapaamisesta tamperelaisissa äitiysneuvoloissa. Videot sain tutkimusprojektissa mukana olevalta pro gradu -ohjaajaltani Pirjo Lindforsilta. Lyhin video oli pituudeltaan 31 minuuttia, pisin 1 h 38 minuuttia. Tarkempana tutkimuksen kohteena olivat keskustelut, joissa käsiteltiin äidin päihteidenkäyttöä etukäteen täytetyn kysymyslomakkeen avulla. Päihdekeskustelut olivat pituudeltaan alle minuutista lähes kuuteen minuuttiin ja kaiken kaikkiaan niitä oli n. 22,5 minuuttia. Kokonaan videoituja vastaanottoja oli yhteensä noin 615 minuuttia. Pääosin videoiden äänenlaatu oli hyvä mutta paikoitellen oli kohtia, jolloin puheesta ei saanut selvää.

Videoiduissa tapaamisissa oli yhteensä neljä eri terveydenhoitajaa ja heistä on tässä yhteydessä käytetty monessa kohtaa lyhennettä ”hoitaja”. Tyypillistä kaikille vastaanotoille oli, että hoitaja puhui enemmän kuin äiti tai isä. Puhetapa oli neuvovaa, kannustavaa ja äidin raskauteen myönteisesti suhtautuvaa. Vastaanotoista kahdeksassa oli läsnä pelkästään äiti, kahdessa sekä äiti että isä. Tutkimusaineiston kymmenestä äidistä kahdeksan oli ensisynnyttäjiä.

## 5.3 Aineiston käsittely ja analyysin eteneminen

Tärkeä osa keskustelunanalyyttistä tutkimusotetta on tutkimusvideoiden litterointi. Litteraatioiden avulla päästään tarkastelemaan järjestelmällisemmin videoiden tapahtumia: mitä sanotaan, miten sanotaan, ketä katsotaan, minkälaista on kehonkieli jne. Litterointi tarkoittaakin videoilla käydyn keskustelun auki kirjoittamista puhekielellä ja puheenvuoro puheenvuorolta. Litteraatioon merkitään puheen sisällön lisäksi mahdollisimman tarkkaan muun muassa puheen päällekkäisyydet, tauot ja intonaatiot eli äänen korkeuden vaihtelut. Tutkimusaineistoni yhtä videota lukuun ottamatta kaikki videot oli litteroitu valmiiksi ja tuon yhden puuttuvan litteroinnin suoritin itse. Itse tekemässäni litteraatioissa merkitsin puheen erityispiirteistä vain taukojen pituudet, naurahdukset ja puheen päällekkäisyydet, sillä se riitti palvelemaan omaa tutkimustani. Litteroinneista kolme oli pelkästään päihteidenkäyttö -lomakkeen käsittelytilanteesta.

Aloitin tutkimusanalyysin keväällä 2009 katsomalla läpi tutkimusaineistoni videoidut neuvolavastaanotot sekä lukemalla niiden litteraatiot. Perehdyin myös tutkimusprojektista kirjoitettuun materiaaliin (Ruusuvuori ym. 2008) tutustuakseni paremmin Tampereen kaupungin hyvinvointineurolamalliin. Varsin pian lähdin tekemään harjoitustehtävän ominaisuudessa myös omaa litteraatiotani. Litteroinnin tekeminen vaati perehtymistä litteroinnissa käytettäviin merkkeihin ja tähän sain tukea ohjaajaltani Pirjo Lindforsilta sekä tutustumalla jo tehtyihin litteraatioihin. Koska aiempaa kokemusta minulla ei ollut litteraation tekemisestä, oli tehtävä sekä aikaa vievä että opettavainen.

Tutkimusvideoihin ja litteraatioihin tutustumisen jälkeen lähdin kirjoittamaan ylös huomioitani vastaanotoista. Tutkimuskysymykseni olivat alkuvaiheessa suuntaa-antavia ja tarkentuivat analyysin aikana. Tutkimukseni empiirisenä lähtökohtana oli kuvata mahdollisimman tarkkaan äitiysneuvolan ensikäynnin kokonaisrakenne sekä tarkastella, millaisia seikkoja nousisi esille hoitajien ja odottavien äitien välisissä alkoholinkäyttöä koskevissa keskusteluissa. Ensikäyntien kokonaisrakenteesta tarkastelin erityisesti sitä, mitä asioita vastaanotoilla käsiteltiin (löytyisikö käsitellyistä aiheista yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia?) ja missä järjestyksessä. Rakensin kokonaisrakenteen selkiyttämiseksi luokittelun vastaanotoilla käydyistä puheenaiheista kirjaamalla jokaisesta vastaanotosta niissä esiintyvät puheenaiheet niiden esiintymisjärjestyksessä. Vähitellen kaikista vastaanottojen puheenaiheista muodostui yhtenäinen luokittelu, jonka avulla pääsin rakentamaan äitiysneuvolan vastaanoton kokonaisrakenteen.

Alkoholikeskusteluista puolestaan tutkin muun muassa keskusteluiden kestoa, hoitajien tekemiä kysymyksiä alkoholinkäytöstä, hoitajien tapoja esittää kysymyksiä ja äitien antamia vastauksia. Myöhemmin tarkastelin myös sitä, miten ja millaisia ohjeita hoitajat antoivat äideille raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Tein näistä aihepiireistä, kuten neuvojen antamisesta, aineistokokoelmia, jotka mahdollistivat säännönmukaisuuksien ja eroavuuksien systemaattisen analysoinnin. Analyysiä kirjoittaessani poimin litteroiduista keskusteluista mukaan sellaisia katkelmia, jotka selventäisivät lukijalle mahdollisimman hyvin analyysissa käsiteltävää aihetta.

## 5.4 Eettisiä näkökulmia

Tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisille on annettava esimerkiksi mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen vai ei. Eettisistä tutkimusperiaatteista keskeisiä ovat muun muassa nämä: 1) toisen tekstiä ei plagioida, 2) tutkija ei saa plagioida itseään, omia tutkimuksiaan, 3) tuloksia ei pidä yleistää kritiikittömästi, sepittää tai kaunistella, 4) raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, 5) toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä ja 6) tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei tule käyttää väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27)

Myös lainsäädäntö ohjaa tutkimusta. Eettisten säädösten rinnalla on otettava huomioon esimerkiksi henkilösuoja laki. Tutkimuksesta ei saa tulla ilmi ainakaan tutkittavan nimi, syntymäaika, osoite, ikä, ammattinimeke tai asuinpaikka. Tutkimukseen osallistujilta tulee saada tietoon perustuva suostumus, mielellään kirjallisena. (Kylmä & Juvakka 2007, 139–140) Tutkimukseen on saatava suostumus myös viranomaisilta. Tutkimusprojekti, jonka osa tämä pro gradu – tutkielma on, sai luvan tutkielman tekemiseen Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta (SOTE: 3827/403/2006). Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta äideiltä, isiltä ja terveydenhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus vastaanottojen videointeihin ja videoaineiston käyttämiseen tutkimustarkoitukseen. Osallistujille annettiin sekä suullista että kirjallista informaatiota tutkimuksesta ja kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Tutkittavilla oli myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Heille kerrottiin myös, että päätös osallistua tai olla osallistumatta tutkimukseen ei vaikuttaisi millään tavoin neuvolapalveluiden myöhempään käyttöön. Lisäksi tutkittaville luvattiin, ettei heidän henkilöllisyytensä tulisi millään lailla ilmi tutkimustuloksista raportoitaessa. Tämän lupauksen olen myös itse pitänyt tutkimuksen aikana. Esimerkiksi sekä muiden että itseni tekemistä litteraatioista on kaikki henkilön tunnistamiseen mahdolliset tiedot muutettu, kuten edellä Kylmä & Juvakka (2007) ovat määritelleet. Tutkimukseni jokaisessa vaiheessa olen pyrkinyt noudattamaan myös muita hyvän etiikan mukaisia tutkimusperiaatteita.



## 6. Tutkimustulokset

Tässä luvussa käyn läpi keskeisimpiä tutkimustuloksia ja vastaan tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Ensimmäinen alaluku esittelee tutkimusaineiston perusteella muodostunutta käsitystä äitiysneuvolan kokonaisrakenteesta. Toinen alaluku kuvailee äitien ja terveydenhoitajien välistä keskustelua päihteistä, neuvoloiden käyttämää päihteidenkäyttölomaketta sekä sitä, millä tavoin hoitajat avasivat päihdekeskustelut ja miten keskustelut etenivät. Kolmas alaluku syventyy vastaanotoilla käytyihin keskusteluihin alkoholista ja erityisesti siihen, mitä ja miten hoitajat alkoholinkäytöstä kysyivät ja miten äidit vastasivat. Luku esittelee myös hoitajien antamaa alkoholineuvontaa.

### 6.1 Äitiysneuvolavastaanoton kokonaisrakenne

Tutkimusaineiston (N=10) äitiysneuvolavastaanoille oli tyypillistä, että käsiteltävien aiheiden järjestys hieman vaihteli riippuen äidin kanssa käydyn keskustelun etenemisestä. Aineiston analyysin perusteella voidaan kuitenkin todeta, että jokainen vastaanotto sisälsi seuraavat vaiheet:

- 1) *Aloitus*
- 2) *Esitietojen tallentaminen koneelle*
- 3) *Sanallinen tutkimus esitietojen tallentamisen lomassa*
- 4) *Päihteidenkäyttö -lomakkeen käsittely*
- 5) *Ravinto- ja elintottumukset*
- 6) *Informaation jakaminen*
- 7) *Fyysinen tutkimus*
- 8) *Jatkotapaamisista sopiminen*
- 9) *Lopetus*

Seuraavaksi käsittelen tarkemmin neuvolavastaanoton rakennetta ja erityisesti äitien kanssa käytyä alkoholikeskustelua, jota tukemassa oli päihteidenkäyttöä koskeva kyselylomake (myöh. päihdelomake).

### 1) Aloitus

Neuvolavastaanotto alkoi tyypillisesti alkutervehdyksillä ja kuulumisten vaihdolla. Hoitaja kysyi usein myös, monesko raskaus on kyseessä ja millaisia raskausoireita äidillä on ollut. Lisäksi hoitaja antoi informaatiota normaaleista ja epänormaaleista raskausoireista sekä mahdolliseen keskenmenoon liittyvistä oireista. Yhdessä tapauksessa hoitaja kysyi myös, oliko raskaus suunniteltu vai yllätys. Hoitaja muotoili kysymyksensä näin: ”*Mites tota ni (1.0) onko tää teille nyt sellanen niinkun (0.2) suunniteltu (0.4) onnellinen (.) asia vai tota ni yllätys vai (0.6) miltä pohjalta?*” Näinkin henkilökohtainen kysymys lienee perusteltua siksi, että hoitaja halusi mahdollisesti kartoittaa vanhempien asenteita ja tunteita sekä raskautta että syntyvää lasta kohtaan. Suunniteltu raskaus antaa lapsen odotukselle aivan erilaisen perustan kuin suunnittelematon raskaus, joka ei välttämättä sovi lainkaan äidin ja isän elämäntilanteeseen. Kysymys antoi vanhemmille myös mahdollisuuden keskustella muun muassa raskauden lähtökohdista, omista tuntemuksista, toiveista ja peloista.

Seuraava katkelma on esimerkki tyypillisestä vastaanoton aloituksesta:

#### Esimerkki 13.

- 1 H → olkaapa hyvä,  
2 (0.8)  
3 Ä .hh kiito[s.  
4 H → [punaset tuolit on teiän (0.7) teiän tuolit siinä  
5 vierekkäi ja (0.3) vedä s- (.) vedä sitä tuol[ia vähä (0.3)  
6 Ä [krhm.  
7 H → vetäkää vähä (.) tänneemmäksi niitä nii ei tarvi olla ton  
8 koneen takana ku,  
9 (0.6)  
10 H ku se on nii hassusti tuossa.  
11 (2.7)  
12 H .hhh nonnih.  
13 (1.6)  
14 H → saanko mää sinutella teitä,  
15 Ä joo.  
16 (.)  
17 H no hy[vä hhäh heh heh  
18 Ä [tottakkai,  
19 (.)  
20 H .hh tuntus hassulta (0.5) [teititelläkkään. he hhe.

21 Ä [hm hehheh  
 22 (.)  
 23 H → .hhhh (.) onks tää ensimmäinen vauva teille?  
 24 (.)  
 25 Ä joo,  
 26 (0.4)  
 27 H ihanaa,  
 28 (0.3)  
 29 Ä mmhmh.  
 30 (0.6)  
 31 H minkälaine vointi sulla o ollu?

Vastaanoton alussa hoitaja kutsuu äidin ja isän sisälle huoneeseensa ja neuvoo heille parhaimmat istumapaikat (rivit 1, 4, 7). Sen jälkeen hoitaja kysyy rivillä 14, saako hän sinutella pariskuntaa: tämä voidaan nähdä yhtenä keinona ryhtyä rakentamaan tuttavallista ja luottamuksellista hoitosuhdetta. Rivillä 23 hoitaja tekee ensimmäisen vastaanoton etenemiseen ja tehtävään liittyvän kysymyksen ”*onks tää ensimmäinen vauva teille*”. Hoitaja suhtautuu hyvin positiivisesti äidin odotukseen toteamalla ensimmäisen vauvan odotuksen olevan ihana asia. Seuraavaksi hoitaja tiedustelee äidin vointia, joka on yksi rutiininomaisista vastaanoton aloituksessa esiintyvistä kysymyksistä.

## 2) Lomakkeisiin täytettyjen esitietojen tallentaminen tietokoneelle

Vastaanoton alkupuolella hoitajat tyypillisesti kysyivät tai mainitsivat jotakin postissa etukäteen lähetetyistä lomakkeista, jos asiakas ei niitä oma-aloitteisesti hoitajalle antanut. Lomakkeita oli kolme: äitiysneuvolan esitiedot, odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset (molemmille omat kappaleet) ja päihteidenkäyttöä kartoittava kyselylomake (molemmille omat kappaleet). Hoitajat saattoivat mainita lomakkeet esimerkiksi seuraavalla tavalla: ”*Saitko postia neuvolasta?*” tai ”*Hh ookoo ehdinkö mä lähettään sulle mitää (.) täytettäväksi.*”. Tämän tyypillisillä kysymyksillä hoitajat pääsivät luontevasti aloittamaan esitietojen tallentamisen koneelle kaupungin terveystietojärjestelmään asiakkaan annettua heille lomakkeet. Samalla hoitajat täyttivät myös äitiyskorttia, jonka äidit tai vanhemmat saivat aina mukaansa vastaanotolta.

Tärkeimpiä toimintoja esitietojen tallennusvaiheessa oli selvittää muun muassa äidin pituus, paino, äidin käyttämät lääkkeet, kuukautiskierto, vauvan laskettu aika, mahdolliset hormoni- ja lapsettomuushoidot, aiemmat raskaudet ja keskenmenot sekä

äidin, isän ja heidän lähisukulaistensa sairaudet ja allergiat. Taustatietoihin tallennettiin myöhemmin myös vastaanotolla otettujen seulontanäytteiden tulokset.

Seuraavassa on kaksi esimerkkiä esitetietojen tallentamisvaiheeseen siirtymisestä:

#### Esimerkki 14.

1 H .hh ookoo ehdinkö mä lähettään sulle mitää ( [ ] ) (.)  
2 Ä [ehdit, joo.  
3 H täytettäväksi.  
4 (7.2) ((Ä hakee paperit))  
5 Ä nooni  
6 (3.0) ((Ä istuutuu, selaa papereita))  
7 Ä hmmm.  
8 (1.2)  
9 H siinä.  
10 Ä tämä,  
11 (0.3)  
12 H joo.  
13 (4.7) ((H ottaa paperit))  
14 H → ookoo elikä lähetään kattoon ihan tästä näitä=mä täyttelen  
15 täyttelen samaan aikaan vähän moneen paikkaan (.) paikkaan  
16 → noita tota (.) tietoja ylös mutta käydään ihan rauhassa  
17 läpi näitä asioita

Hoitaja eksplikoi riveillä 14 ja 16 äidille omaa toimintaansa eli esitetietojen tallentamista koneelle sanoilla ”lähetään kattoon” ja ”ihan rauhassa”. Näillä sanavalinnoilla hoitaja luo tunnetta yhteisestä toiminnasta, jota tehdään ilman kiirettä. Samalla hoitaja selittää äidille, että hän joutuu täyttämään tietoja useampaan paikkaan yhtä aikaa, viitaten äitiyskorttiin ja tietokoneella olevaan terveystietojärjestelmään: ”mä täyttelen täyttelen samaan aikaan vähän moneen paikkaan...”.

#### Esimerkki 15.

1 H hehehee .hhh onko (.) teille (.)n te saitte postia ja  
2 siel oli [esitetolomakkeet ja (.) kaikki nää tämmöset ni  
3 Ä [joo.  
4 H → mä otan ne tänne ni .hh (.) aletaan täyttään tota  
5 äitiyskorttia ja sitten tekemään näitä (1.3) .mt näitä  
6 juttuja eteenpäin.  
7 (7.8) ((H selaa papereita, mutisee jotain))  
8 H → .hhh (0.5) ääh (.) mää (.) meen tässä järjestyksessä mitä  
9 täälä koneella on nää jutut että (.) älkää ny välittäkö  
10 → ku mää katon tätä konettaki oikes[taan.  
11 Ä [mmhhh [heh  
12 H [(välil) ku aina  
13 vähän täsä (.) tekee ni tällasta liikettä ku (0.3) ei tää  
14 kone ny o tässä ihan suoraa mun (.) .hh nenän edessä,  
15 (.)  
16 H ja mä sitten mä vielä samalla sulle äitiyskortin,

17 (0.3)  
18 Ä jaha,

Hoitaja pyytää etukäteen lähettämänsä esitietolomakkeet itselleen (rivi 4) ja selittää ääneen, miten aikoo niiden kanssa edetä (rivit 8-9). Hän myös kertoo, että joutuu katsomaan tietokonetta varsin paljon tallentaessaan tietoja koneelle (rivi 10). Koska tietokone on niin voimakkaasti vastaanotolla läsnä ja hoitaja joutuu olemaan kääntyneenä koneeseen päin pystyäkseen tallentamaan keskustelun aikana tarvittavia tietoja, ei hoitaja pysty keskittymään täysin kasvokkaiseen vuorovaikutukseen asiakkaittensa kanssa. Koneelle päin kääntyneenä häneltä saattaa jäädä huomaamatta esimerkiksi asiakkaittensa kehonkielen viestejä, kuten katseita ja eleitä. Erityisesti tilanteessa, jossa on läsnä sekä isä että äiti, voisi hoitaja mahdollisesti pystyä poimimaan vanhempien välisestä kanssakäymisestä huomionarvoista informaatiota ja tekemään lisäkysymyksiä kiinnostusta herättävistä seikoista. Lisäksi koneelle kirjoittaminen tekee keskustelusta hieman töksähtelevän hoitajan joutuessa keskeyttämään keskustelun silloin tällöin ehtiäkseen tallentamaan tietoja koneelle. Myös hoitajan keskittyminen voi häiriintyä koneella työskentelyn takia ja mahdollisesti hyvinkin tärkeä keskustelu saattaa jäädä kesken. Asiakaskin voi omalta osaltaan kokea, että hoitajalla on koneelle kirjoittaessaan ja äitiyskorttia täyttäessään liian kiire ehtiäkseen syvällisempään keskusteluun. Aineiston perusteella vaikuttaakin siltä, että tekijät, joihin hoitajan on vaikea vaikuttaa, kuten äitiysneuvolan kirjaamiskäytännöt ja sähköinen potilaskertomus, muokkaavat omalta osaltaan vastaanoton vuorovaikutuksen kulkua.

### **3) Sanallinen tutkimus**

Sanallista tutkimusta tapahtui esitietojen tallentamisen lomassa. Hoitajat johdattelivat keskustelua eri aiheisiin sopivaksi näkemällään tavalla. Tämän vuoksi keskustelunaiheet poikkesivat välillä lomakekysymyksistä mutta toisaalta hoitajat saivat tämän avulla tärkeää lisätietoa tulevista vanhemmista. Lisäksi keskustelu antoi hoitajalle ja äidille ja/tai isälle mahdollisuuden tutustua toisiinsa paremmin ja luoda perustaa tuttavalliselle hoitosuhteelle. Keskustelun aiheita olivat esimerkiksi tulevien vanhempien pari- ja perhesuhteet, harrastukset, asumisolot, terveystottumukset sekä vanhempien kokemat tuntemukset ja ajatukset raskaudesta. Usein hoitajat pyysivät kertomaan myös vanhempien tukiverkostosta, mahdollisesti sen takia, että hoitajat

saivat mielikuvan vauvanhoidossa tarvittavan avun saannin mahdollisuuksista. Hoitajat korostivat myös useaan otteeseen, että pulmatilanteissa voisi aina soittaa neuvolaan.

Seuraavassa kaksi katkelmaa sanallisesta tutkimuksesta:

#### Esimerkki 16.

1 H Mites tuota niin, (4.0) niin onks sulla sisaruksia tai  
2 teillä kummallakaan et [onko heillä jo lapsia.  
3 Ä [On.  
4 Ä Joo, mul on kaks siskoo ja yks veli.  
5 H Hmmm?  
6 Ä Ja mä, mä oon siis kaikista nuorin ni, (.) vanhimmal  
7 siskol on kaks lasta ja sit mun veljellä on kaks lasta,  
8 H→ Nii-i, elikkä ei oo (.) ensimmäinen lapsenlapsi,  
9 Ä =Ei [oo mun vanhemmille mut Matin vanhemmille [on.  
10 H [Heh heh. [Ai,  
13 Ä Hänel on veli mutta (.) pari kolme vuotta nuor[empi mut ei  
14 H [No niin,  
15 Ä oo vielä lapsia niin,  
16 H→ =No, jokos he tietää [ne vanhemmat,  
17 Ä→ [No ei me vielä olla alettu kertoa  
18 [ku  
19 H→ [No niin. Näkee et kaikki menee hyvin,  
20 Ä =Nii, me aateltiin et esimerkiks sen ultrauksen jälkeen  
21 → [tai sitten että. [Sitte (.) pamautetaan.  
22 H [Joo, [Hmmm,

Hoitaja tekee keskustelun pohjalta päätelmän, että vauva ei tule olemaan ensimmäinen lapsenlapsi isovanhemmille (rivi 8). Hoitaja myös kysyy, onko vauvasta jo kerrottu isovanhemmille (rivi 16). Sekin, onko äidin ja isän sisaruksilla lapsia, antaa hoitajalle tietoa vanhempien perheestä ja mahdollisuudesta saada esimerkiksi vauvanhoitoneuvoja ja -tarvikkeita lähipiiristä. Hoitaja täydentää äidin lausetta: ”*No ei me vielä olla alettu kertoa ku,*” (rivi 17) toteamalla: ”*No niin. Näkee et kaikki menee hyvin.*” (rivi 19). Tällä tavoin hoitaja rakentaa yhteistä ymmärrystä raskauden alun jännittävydestä ja riskialttiista vaiheesta. Äiti hyväksyy hoitajan kommentin toteamalla, että he kertovat isovanhemmille vasta esimerkiksi ensimmäisen ultraäänitutkimuksen jälkeen, joka yleensä tehdään ensimmäisen raskauskolmanneksen lopulla. Äidin kommentti ”*Sitte pamautetaan.*” (rivi 21) viittaa siihen, että vauvauutinen tulee muille mahdollisesti yllätyksenä.

### Esimerkki 17.

1 H → .hhh mitäs matti hh. käykkö tuota niin hh. (0.8) .mt mitä sä  
2 ajattelet rauhallisesta kotielämästä vai ja- (.) jaksako  
3 tuota ni vai tekeekö mieli sitte bilettään tai käyks sä  
4 kavereitten kans [välillä,  
5 I → [no ei kyllä oo siellä mitään intoo käydä.  
6 (0.4)  
7 H ei[  
8 Ä [.HH  
9 (1.4)  
10 H että enemmän kotiin päin,  
11 (.)  
12 I m[m.  
13 H → [tietysti (.) kannattaa niitä omiak[i ystäviä pitää  
14 I [krh.  
15 H eihän [sitä  
16 I → [no tottaka[i mutta=  
17 H [nii, [mm.  
18 Ä =m[h.  
19 (0.5)  
20 Ä .HHH  
21 H → onks [teillä harrastuksia [tai teettekö te jotai,  
22 Ä [krh. [krhh.  
23 (1.1)  
24 Ä .hh mul ei o tällä hetkellä [mitää[n.  
25 H [joo,  
26 I [käyn astangajoogassa.  
27 (0.3)  
28 H aa. (.) no nii.  
29 (0.8)  
30 H se onki hyvä.

Hoitaja tiedusteleee tulevalta isältä hänen suhtautumistaan kavereiden kanssa hauskanpitoon ja juhlimiseen. Hän aloittaa kysymällä: ”*hhh mitäs matti hh. käykkö tuota niin hh. (0.8)*” (rivi 1) ikään kuin hoitaja haluaisi suoraan kysyä, käykö isä paljon juhlimassa mutta jatkaakin kysymällä isän ajatuksia rauhallisista koti-illoista. Niitähän vauvan hoitaminen yleensä pitää paljon sisällään. Vasta lauseen lopussa hoitaja kysyy, tekeekö isän mieli ”*bilettään*”. Isän vastaus antaa ymmärtää, että hän on jo selvästi perhekeskeisesti orientoitunut eikä ole kiinnostunut juhlimisesta (rivi 5). Hoitaja kannustaa rivillä 14 isää pitämään yhteyttä myös ystäviinsä, johon isä vastaa myöntävästi mutta on selvästi hieman eri mieltä jatkamalla lausetta ”*mutta*” sanalla. Isän lause jää kuitenkin kesken hoitajan kysyessä vanhempien harrastuksista (rivi 22). Tällä kysymyksellä hoitaja saa lisätietoa vanhempien ajanviettotavoista ja kiinnostuksen kohteista sekä myös siitä, miten vauvan synnyttyä vanhemmat voisivat ylläpitää omaa jaksamistaan.

#### 4) Päihdelomakkeiden käsittely

Sanallisen tutkimuksen edetessä siirryttiin käymään läpi etukäteen vanhemmille lähetettyjä päihdelomakkeita. Sekä äitiä että isää pyydetään täyttämään oma lomakkeensa ennen ensimmäistä neuvolatapaamista. Lomakkeita läpikäydessä hoitajat nostivat keskusteluun sellaisia puheenaiheita, joista heidän mielestään tuli keskustella tarkemmin, kuten puolison alkoholinkäyttö, alkoholittomien juomien valitseminen ja alkoholin vaikutukset sikiöön. Tarkastelen päihdelomakkeiden käsittelyä yksityiskohtaisemmin aineistoanalyysin myöhemmässä vaiheessa, luvussa 6.2.

#### 5) Informaation antaminen

Keskeinen osa neuvolavastaanottoja oli informaation antaminen eli neuvominen. Informaatiota annettiin sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa. Hoitajat pyrkivät tiedustelevaan aktiivisesti vastaanoton aikana, oliko vanhemmilla kysyttävää. He rohkaisivat myös ottamaan tarvittaessa yhteyttä neuvolaan.

Yksi tärkeä keskustelunaihe oli perheen ja erityisesti äidin ravintotottumukset ja elintavat. Ruokavaliosuositukset ja äidin terveystottumukset käsiteltiin kaikilla vastaanotoilla. Yhdessä tapauksessa hoitaja päätti lähettää äidin ravitsemusterapeutin vastaanotolle riittävien ravintoaineiden saamisen turvaamiseksi, koska äiti oli pitkään ollut kasvissyöjä. Viidellä vastaanotolla esille nousi myös äidin lääkkeiden ja/tai luontaistuotteiden käyttö. Äidin hammashoitohistoriasta keskusteltiin yhtä vastaanottoa lukuun ottamatta kaikilla kerroilla ja harrastuksista keskusteltiin kuudella vastaanotolla. Kirjallista materiaalia jaettiin videonauhoitusten perusteella seitsemällä vastaanotolla niin ravinnosta, hammashuollosta, liikunnasta, päihteistä, raskauden etenemisestä kuin vauvan hoidosta ja kehittämisestä.

#### Esimerkki 18.

```
1 H .hh (.) no sitten on tota (.) kh-krhmm. (1.4) ni saat=nyt
2 on muutakin luettavaa=otetaas tuolta noin yks, (1.2)
3 ((H etsii laatikosta esitettä)) yksi esite vielä.
4 (0.8)
5 H kaikki (.) mh.
6 (4.6) ((H palaa paikalleen))
7 H → on tämmöne stakesin hh. (.) odottava ja (.) ja m- (.)
8 vauvahoidon (0.4) hyvä (0.4) oppikirja oikestaan=tässä on
9 ihan (.) ihan kivasti kerrottuna (.) .h asioista,=sitten
10 → on tämmönen (.) tämmönen tota vähä kaupallisempi (0.5)
```



11 äidille ja isälle tääl on omat osuutensa niin (.) .hh niin  
 12 (.) raskaudesta ja (.) sit on mainoksia (0.4) mainoksia  
 13 sitte välissä.=.hh (liber) on tämmönen odotusaika (0.3)  
 14 .hh kirjanen (0.3) jossa on (1.0) jossa on kerrottu vähän  
 15 minkä olonen ja mil- minkälaisia tuntemuksia (.) .thh  
 16 (0.4) raskauden milläkin viikolla sitten, (.)  
 17 Ä joo.  
 18 H sitte siinä vatsassa on.  
 19 (0.7)  
 20 H → .hh mannerheimin lastensuojeluliiton tämmönen (0.3) .hh  
 21 odottajan (.) opas (0.3) vanhemmuudesta on paljon siinä  
 22 tekstiä. (.)  
 23 H .hh[h ja tosta liikunnasta, (.) .th ryhtiasioista (.)  
 24 Ä [joo,  
 25 H → lantionpohjan lihaksistosta (0.3) er[gonomiasta (0.2)  
 26 Ä [mm  
 27 H työssä kannattaa nyt sitä miettiä (.) .hh sä oot asiakas-  
 28 neuvoja niin n[n(.) on istumatyötä teet,  
 29 Ä [istumatyötä heheheh (.) .hhh  
 30 onneks [ei ihan toimistos et (.) sillai et päivän mittaan  
 31 H [nii,  
 32 Ä tulee et (.) vähän liikutt[ua ja tapaamisia siellä täällä  
 33 ja  
 34 H [joo.  
 35 (0.3)  
 36 H aiva[n,  
 37 Ä [et semmost vähän liikkuvaa

Hoitaja on ennen esimerkissä käytävää keskustelua antanut äidille kirjallista informaatiota raskaudenaikaisesta hammashuollosta. Seuraavaksi hän antaa vauvanhoitoon, raskauden etenemiseen ja vanhemmuuteen liittyvää materiaalia. Ergonomia-asian hoitaja nostaa erityisesti esille, sillä äiti tekee istumatyötä, jolloin ergonomiasta on huolehdittava erityisen hyvin (alk. rivi 25).

## 6) Fyysiset tutkimukset

Ennen vastaanoton päättymistä hoitajat suorittivat äideiltä painon, hemoglobiinin ja verenpaineen mittaukset sekä selvittivät sokerin ja valkuaisen määrät virtsanäytteestä. Kahdelta äidiltä, joilla raskaus oli yli 10 raskausviikkoa, kuunneltiin vauvan sydänäänet äidin vatsan päältä. Äideiltä otettiin myös verinäyte, joka lähetettiin eteenpäin tarkastettavaksi veriryhmän, kupan, hepatiitti B:n sekä HIV:n osalta.

Seuraavassa katkelmassa hoitaja valmistelee mittausten ottoa ja aloittaa verenpaineen mittauksella:

### Esimerkki 19.

1 H elikkä nyt sitten niin (2.2) laitetaas tonne vielä=katotaan  
2 näitäh.  
3 (3.4) ((H kirjoittaa))  
4 H .h (.) näytteitä tähän alkuun ja nyt mää vois in ih[an  
5 Ä [mm.  
6 H mitata sulta verenpaineen [ku sää oot istumas sopivasti  
7 Ä [joo  
8 H siinä (.)  
9 (.)  
10 H (verenpaine).hh (0.3) paikoillaan niin,  
11 (2.3)  
12 Ä→ otetaanko joku (.) tänään joku pissanäyte,  
13 (0.2)  
14 H .hh (.) joo.  
15 Ä no hyvä ku mul on hirvee pissahät(h) [ä hähehe h' (.)  
16 H→ [joo. (.) pääset (.)  
17 H si[t suorinta tän jälkee.  
18 Ä [.hh (.) joo, h[yvä  
19 H [joo  
20 (0.4)  
21 Ä .mhhh  
22 (19.0) ((verenpaineen mittaus))

Hoitajan valmistellessa verenpaineen mittauksia äiti kysyy virtsanäytteen ottamisesta, sillä hänellä on kova vessahätä (rivi 12). Hoitaja ilmoittaa ymmärtäväisesti, että äiti pääsee antamaan näytteen heti verenpaineen mittauksen jälkeen (rivi 16).

### 7) Jatkosta sopiminen

Ennen vastaanoton päättymistä hoitajat antoivat asiakkaille seuraavat ultraäänitutkimus- ja neuvolalääkäriajat. Neuvolalääkärin tapaamisesta osa hoitajista muistutti, että ennen lääkäriin vastaanottoa äidin tulee käydä antamassa virtsanäyte, mitata paino ja tavata hoitaja.

Seuraavassa hoitaja varaa äidille neuvolalääkärin vastaanottoaikaa:

### Esimerkki 20.

1 H ja sitte me laitetaan sulle lääkäriin aika,  
2 (1.1)  
3 H→ ja tää kerta oliki sitten tässä.  
4 (3.4)  
5 H→ lääkäri on meillä (0.3) kahestatoista kahteen aina  
6 torstaisi.  
7 (0.3)  
8 Ä joo.  
9 (.)  
10 H→ lahtisen liisa on meiän (.) neuvolalääkäri,

11 (0.4)  
 12 H → .hh ja mää ajattelin että yksi ja kaksi ja kolme ja neljä  
 13 (1.0) vois olla vasta tuolla kahesky'es kahes helmikuuta  
 14 ni siinä on neljä viikkoo ja neljän viikon välit on aika  
 15 hyvät,  
 16 (0.5)  
 17 Ä joo.

Hoitaja viestittää äidille tapaamisen olevan lopuillaan ja enää on jäljellä lääkäriaajan varaaminen (rivi 3). Hän informoi äitiä myös siitä, milloin lääkäri on neuvolassa tavattavissa, minkä niminen henkilö on kyseessä ja kuinka usein neuvolassa normaalisti käydään (alk. rivi 5).

## 8) Lopetus

Vastaanoton lopussa hoitajat tyypillisesti kannustivat ottamaan yhteyttä, jos vanhemmilla tulee jotain kysyttävää. Tämän jälkeen vaihdettiin lopputervehdykset.

### Esimerkki 21.

1 H → palataan näihi asioihi sitte aina tarpeen mukaan ja muuten  
 2 mutta, (0.6) muttah, (0.7) nyt on (0.6) akuutein asia tuo  
 3 su olos että sen saa hyväks ni sitte alkaa elämä maistumaa.  
 4 (0.6)  
 5 Ä jo[o kyllä.  
 6 H [paljo paremmi.  
 7 (0.6)  
 8 Ä mä lähen syömään (.) ehhe[heh (.) .hhh hyvä (.) kiito[s.  
 9 H [lähe syömää, (.) mm. [ei  
 10 → mitään=[palataan.  
 11 Ä [näemme huomen'a.  
 12 (.)  
 13 H tuu huomen'a.  
 14 (.)  
 15 Ä joo. (.) no [ni.  
 16 H [joo.  
 17 (.)  
 18 Ä he[ippa.  
 19 H [hei hei.

Hoitaja pyytää esimerkin alussa äitiä ottamaan tarpeen mukaan häneen yhteyttä (rivi 1). Hän korostaa myös, että tärkeintä on nyt saada äidin pahoinvointi laantumaan, jotta äiti pääsee nauttimaan raskaudesta ja ”alkaa elämä maistumaa”. Ennen vastaanoton päättymistä ja lopputervehdyksiä äiti ja hoitaja varmistavat vielä yhteisymmärryksen siitä, milloin tapaavat seuraavan kerran (rivit 10–16).

## **6.2 Äitiysneuvoissa käydyt keskustelut päihteidenkäytöstä**

Päihdekeskustelun pohjana terveydenhoitajat käyttivät yhtä vastaanottoa lukuun ottamatta vanhemmilta täytettyinä saamiaan päihdelomakkeita, joiden tietoja hoitaja tallensi tietokoneelle keskustelun lomassa. Yksi poikkeus johtui siitä, että äiti oli unohtanut lomakkeet kotiin, joten hoitaja eteni keskustelussa pääosin sen mukaan, mitä tietoja hänen tarvitsi täyttää tietokoneohjelmaan. Päihdekeskustelujen eteneminen oli joustavaa ja keskustelujen pituudet vaihtelivat yhdestä kuuteen minuuttiin.

### **6.2.1 Neuvoloiden käyttämä kyselylomake päihteidenkäytöstä**

Tampereen neuvoloiden käyttämä vanhempien päihteidenkäyttöä kartoittava kyselylomake pohjautuu laajalti käytössä olevaan AUDIT –lomakkeeseen. Lomake toimitetaan tuleville vanhemmille yleensä postitse, kummallekin vanhemmalle oma kappaleensa. Lomake on kaksipuoleinen, jonka ensimmäisellä puolella kysytään alkoholinkäytöstä ja toisella puolella tupakan, huumeiden että lääkkeiden käytöstä. Kysymyksiä on alkoholinkäytöstä 10 kpl, tupakan poltosta 2 kpl, lääkkeiden käytöstä 2 kpl ja huumeiden käytöstä 10 kpl. Alkoholi-osiossa selvitetään käytön määrää ja tiheyttä sekä käytön vaikutuksia työelämään ja yleisvointiin. Muiden päihteiden kohdalla pyydetään vastaamaan käyttääkö tai onko joskus käyttänyt jotain tiettyä päihdeainetta (esimerkiksi amfetamiinia) ja milloin käytön on aloittanut tai lopettanut.

AUDIT -nimi muodostuu englanninkielisistä sanoista Alcohol Use Disorder Identification Test. Tampereen kaupunki on päättänyt, että neuvoloiden jakamassa lomakkeessa kysytään alkoholin lisäksi myös muiden päihteiden käytöstä. Tämä onkin tärkeää, koska kaikilla päihteillä on haitallisia vaikutuksia sikiön terveyden ja kehittymisen kannalta. Äitien on tarkoitus täyttää lomake raskautta edeltävältä ajalta mutta lomakkeessa ei ole tästä selkeää ohjetta. Lomakkeessa pyydetään vain ympyröimään se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa äidin tilannetta. Tämä ohje on harhaanjohtava, sillä äidit ovat jo raskaana lomakkeen saadessaan. Niinpä lomakkeen täyttäjä voi luulla, että lomake tulee täyttää raskauden ajalta. Lomakkeiden täyttämässä ilmenikin hankaluuksia kolmen äidin kohdalla. Näissä tapauksissa äidit olivat jättäneet joitakin kysymyskohtia tyhjiksi ja hoitajat pyysivät vastaanoton aikana vastaamaan puuttuviin kohtiin. Kaikkein epäselvimpiä kysymyksiä vaikutti

olevan lomakkeen kolme ensimmäistä kysymystä: 1) Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia, 2) Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia ja 3) Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? Viidessä muussa kysymyksessä on mainittu ohje ”viime vuoden aikana”, joten ohjeistus on selkeämpi. Loput kaksi kysymystä koskevat sitä, onko vastaaja tai joku muu loukkaantunut vastaajan alkoholinkäytön seurauksena ja onko vastaajan alkoholinkäytöstä oltu huolissaan tai ehdotettu juomisen vähentämistä. Myös näihin kysymyksiin on nähdäkseni helpompi vastata ilman tarkkaa käsitystä, halutaanko vastaukset raskauden ajalta vai raskautta edeltävältä ajalta.

Seuraavassa on katkelmat kaikista kolmesta päihdekeskustelusta, joissa äiti ei ollut osannut täyttää kaikkia kyselylomakkeen kohtia etukäteen:

#### Esimerkki 22.

1 H no sitte katotaas täältä nää teidän (.) audit asiat eli[kä  
2 Ä [mm  
3 H→ oliko (3.4) .mt mitäs näistä tuli näistä [pisteistä (ook sä  
4 laskenu)  
5 Ä [niin mää en sit-  
6 (.) mää en tienny että mitä tähän pitää nyt tähän ku en  
7 tietenkään en o. ((Ä näyttää jotain paperilta))  
8 (.)  
9 H→ ää (.) tän voi ajatella niinku ennen rask[autta,  
10 Ä [.hh aah. (.) okei.  
11 (0.4)  
12 Ä .h[h  
13 H→ [tos (0.2) pistäks sää vielä sen (.) ( ) ( )=otas tosta  
14 toi kynä,  
15 (0.9)  
16 Ä hhää ääh.  
17 (1.8)  
18 H→ joo tästä ei tosiaan muuten oo sillain kyllä hyötyä jos sen  
19 aattelee ny ra[skauden aikana koska tilannehan on aika selvä  
20 Ä [hh' ni(h)i(h)i(h). (.) .hnii

Hoitajan kysyessä äidiltä rivillä 3, onko hän laskenut itse kyselyn AUDIT -pisteet, äiti kertoo, ettei ollut osannut vastata johonkin lomakkeen kysymyksistä. Hoitaja tulkitsee äidin kommentin niin, ettei äiti ollut tiennyt, vastataanko kysymykseen raskautta edeltävältä ajalta vai raskauden ajalta. Riveillä 9 ja 13 hoitaja neuvoo äitiä ja pyytää vielä täyttämään tyhjän kohdan. Lopuksi hoitaja toteaa, ettei kysymyksestä olisi edes hyötyä, jos sen täyttäisi raskauden ajalta, ”koska tilannehan on aika selvä” (rivit 18–

19). Toteamukseen sisältyy oletus, ettei raskausaikana käytetä alkoholia, jolloin kohdassa olisi luku nolla alkoholin käyttömäärää ilmentämässä.

### Esimerkki 23.

1 H No, niin. Määpä nään tästä teidän Audit -kaavakkeesta että  
2 saan laittaa tupakointiin ei ja passiivista tupakointiakaan  
3 ei varmaan oo (.) sitten sen myötä  
4 Ä no, ei mitenkään säännöllistä.  
5 H hmmmm. huumeitten käytöt ei  
6 Ä ei.  
7 H → ja alkoholi normaalitilanteessa, laitetaans ny jotakin  
8 sitten,  
9 Ä =nii mää en tienny olikos toi tilanne nyt vai  
10 H normaali.  
11 Ä niin, ja nyt mää en oo juonu sitten mitään sen  
12 raskaus[testin  
13 H [nii,  
14 Ä jälkeen kun ei siis kerta kaikkiaan tee ees mieli, (2.0)  
15 mutta  
16 ((H kirjoittaa koneelle)) (5.0)

Hoitaja tekee ensin toteamuksen äidin tupakoinnista ja huumeiden käytöstä, ja siirtyy sitten alkoholiaiheeseen. Hoitajan lause rivillä 7 ”*ja alkoholi normaalitilanteessa, laitetaans ny jotakin sitten*” viittaa siihen, että äiti on jättänyt jonkin kohdan tyhjäksi. Äiti myöntääkin asian rivillä 9, jolloin hoitaja toistaa kysymyksen tarkoittavan ”*normaalitilannetta*” eli aikaa ennen raskautta.

### Esimerkki 24a.

1 H Tääl on sitte (.) Ooks sää ajatellu tän niinku nyt raskauden  
2 ajalta siis tän ku sä oot täyttäny.  
3 Ä → No joo itse asiassa mä oon joitain kohtia jääny täyttämättä  
4 ku mä rupesin miettiin että mitä väliä sillä nyt on koska  
5 mulla on nollatoleranssi tällä hetkellä.  
6 H =Mm.  
7 Ä Mutta voin mäkin (.) Siel oli ne jotkut kysymykset joihin mä  
8 en sit enää alkanu (1.6) en[ää miettiä ees että  
9 H [Joo.  
10 Ä paljoko oli (0.2) ku se tuntu jo semmoselta että no se meni.  
(1.0)  
11 Ä → Se oli ja meni.  
12 (1.2)  
13 Ä Ni mulle ei oo siellä kaikissa mitään vastausta  
14 H =Kaks kol nel neljä viis kuus seittämän (mut) kaheksan täs  
15 ois niinku nyt tavallaan (0.4) pisteitä jos (2.0) näistä  
16 mihin sä oot vastannu niin laskis,  
17 (5.0) ((H katselee papereita))  
18 H Joo-o,  
19 H → Mutta tota tää ei nyt oo ollu sulle mikään ongelma sitte ku  
20 (ton) raskaustiedon sait niin alkoholin käyt[tö jäi  
21 Ä → [Mmm.

22 H siihen ja (1.2) ja tota ni mites sitte sul on tällä hetkellä  
 23 (1.4) tällä hetkellä nin (3.2) Onks sulla vielä (0.4) vielä  
 24 viittä savuketta vai [onko (.) onko sulla (nyt sitten toi)  
 25 Ä [Ei mul sit mä en polta ollenkaan.

Hoitaja vilkaisee esimerkin alussa äidin täyttämää lomaketta ja aloittaa toteamalla ”*Tääl on sitte ---*” mutta ottaakin eri lähestymistavan ja kysyy äidiltä, onko hän täyttänyt kysymykset raskauden ajalta. Vaikuttaa siltä, että hoitaja ryhtyy kommentoimaan jotakin tiettyä seikkaa mutta vaihtaakin puheenaiheen lomakkeen täyttötapaan. Lomakkeen tyhjiksi jätettyjen kohtien perusteella hoitaja näyttää tekevän tulkinnan siitä, ettei äiti ole ollut varma, miten lomake tulisi niiltä kohdin täyttää ja kysyy siis äidiltä tästä. Riviltä 3 alkaen äiti perustelee vastaamatta jättämisen sillä, ettei hänen mielestään kohtien täyttäminen ollut tarpeellista koska hän ei käytä alkoholia raskausaikana. Osan kysymyksistä hän oli jättänyt täyttämättä, koska hänen mielestään raskautta edeltävällä alkoholinkäytöllä ei ollut enää mitään merkitystä. Äiti viittaakin rivillä 11 raskautta edeltävään aikaan: ”*Se oli ja meni*”. Äiti ei siis ymmärrä raskautta edeltävän alkoholinkäytön merkitystä. Asia on tärkeä muun muassa siksi, että synnytyksen jälkeinen alkoholinkäyttö voi palautua raskautta edeltävälle tasolle. Äidin vuorojen jälkeen avautui selkeä paikka neuvonnalle: hoitaja olisi voinut korjata äidin väärinkäsitystä lomakkeen käyttötarkoituksesta ja nostaa keskusteluun myös alkoholinkäyttötapojen merkityksen ennen raskautta.

Seuraavaksi hoitaja laskee ääneen äidin AUDIT -pisteet niiden lomakekysymysten osalta, jotka äiti on täyttänyt. Tämän jälkeen hoitaja tekee äidin aiempaan kuvaukseen perustuvan yhteenvedonomaisten vuoron (rivit 19–20), ettei alkoholin pois jättäminen raskauden alettua ollut äidille ongelmallista. Hoitajan esittämän tarkistuspyynnön äiti vahvistaa lyhyellä ynähdyksellä (rivi 21), vaikka tässä kohtaa äidillä olisi mahdollisuus keskustella alkoholinkäytöstään enemmän. Keskustelu siirtyy hetkeksi äidin tupakointiin, jonka jälkeen hoitaja palaa lomakkeen tyhjiin kohtiin:

#### Esimerkki 24b.

1 H → Pistä ny vielä noihin kahteen ekaan joku ympyrä (ku tota),  
 2 Ä Joo,  
 3 (1.6)  
 4 Ä → Eli siis silloin aikasemmin.  
 5 (1.4)  
 6 H Joo ennen raskautta [on tarkotus nimenomaan et toi  
 7 Ä [Ni.

8 H (ajatellaan).  
9 (1.6)  
10 Ä krh krh krh  
11 (24.5) ((Ä täyttää lomaketta, ojentaa sen lopuksi H:lle))

Hoitaja pyytää äitiä rivillä 1 vastaamaan lomakkeen kahteen ensimmäiseen kysymykseen. Äiti varmistaa vielä, tuleeko vastaukset antaa raskautta edeltävältä ajalta vai raskausajalta (rivi 4). Äidin kysymys ilmentää sitä, ettei hän ollut täysin varma oikeasta vastaustavasta alun perinkään ja tämä epävarmuus on voinut olla osasyynä kysymysten vastaamatta jättämiseen. Huomattavaa on, että hoitaja ei kerro vielääkään äidille sitä, miksi lomakkeessa kysytään raskautta edeltävästä alkoholinkäytöstä. Hoitaja laskee lopuksi äidin kokonaispisteet ja pyrkii selvittämään syitä molempien vanhempien korkeille pisteille. Äidin arviota oman käytön määrän muuttumisesta synnytyksen tai mahdollisen imetyksen jälkeen hoitaja ei kuitenkaan kysynyt. Isältä hän oli aiemmin tätä seikkaa kysynyt, ja äidiltäkin kysyminen olisi ollut perusteltua, sillä äidin raskautta edeltävät pisteet (11) viittasivat alkoholin suurkulutukseen.

### **6.2.2 Päihdekeskustelujen avaaminen ja eteneminen**

Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat käyttivät päihdelomaketta keinona avata päihdekeskustelu kaikissa tapaamisissa yhtä lukuun ottamatta. Tässä tapauksessa äiti oli unohtanut ottaa lomakkeet mukaansa vastaanotolle ja hoitaja vaikutti täyttävän äidin taustatietoja koneelle tietokoneohjelman vaatimassa järjestyksessä. Päihdekeskusteluun hoitaja siirtyi ilman erillistä aiheeseen johdattelua. Kahdessa tapauksessa kymmenestä keskustelu siirtyi pian aloituksen jälkeen toiseen aiheeseen hoitajan kysyessä esimerkiksi: ”no, sitten (0.3) tota (0.3) oli näistä päihteistä (0.3) kyselyä. ja Matti on kans vastannut, näihin. (0.8) Minkäslainen se teidän historia on yhdessä? Montako vuotta?”. Kysymyksestä seuraa varsin pitkä keskustelu, jossa äiti kuvailee muun muassa seurusteluajan pituutta, päätöstä yrittää perheenisäystä ja positiivisen raskaustestin tuomia tunteita. Keskustelun jälkeen hoitaja palaa päihdeaiheeseen.

Hoitajat käyttivät päihdelomaketta siis hyvin systemaattisesti päihdekeskustelujen avauksen tukena. Lomakkeen käyttö arkaluontoisten asioiden, kuten alkoholin ja



muiden päihteiden käytön puheeksi ottamisen helpottamiseksi, onkin perusteltua. Etukäteen kotiin lähetetty lomake auttaa vanhempia suuntautumaan siihen, että neuvolan ensikäynnillä keskustellaan myös päihteidenkäytöstä. Lisäksi yhtenäinen käytäntö, lomakkeen lähettäminen kaikille perheille, tekee siitä osan neuvolan niin sanottua rutiinia, eikä ketään ”leimata” epäilyttäväksi kysymällä päihteidenkäytöstä juuri heiltä. Eräs hoitaja avasi keskustelun seuraavasti: *”hhh sitten tuota hh. (3.1) mennään tohon (1.3) audit lomakkeeseen minkä te ootte täyttäne tuosta (0.3) alkoholi (0.6) alkoholi ja tupakoinnin ja (.) huumeitten (.) .hh käytöstä.”*

Päihdekeskustelun avaamiseksi hoitajat käyttivät kahta eri tapaa: 1) arviot alkoholinkäytön määrästä AUDIT –pisteiden perusteella (6 kpl) ja 2) hoitajan kysymykset tupakoinnista (4 kpl). Seuraavassa esimerkissä hoitaja esittää pariskunnalle vahvistettavaksi yleisluontoisen päätelmän heidän alkoholinkäytöstään lomakkeen tietojen perusteella:

#### Esimerkki 25.

1 H no sitten oli kysely alkoholien ja (0.6) muidenki päihteiden  
2 (0.4) .hh käytöstä  
3 (3.9)  
4 H vähäsiä määriä (.) otatte,  
5 (0.4)  
6 Ä jo[o,  
7 H [kerrallaan (2.9) alkoholia,

Tässä tapauksessa hoitaja lukee äidin merkintöjä päihdelomakkeesta esittäessään arvionsa. Samalla hän hakee vahvistusta äidiltä katsahtamalla äitiin, joka nyökkäilee, hymyilee ja vastaa ”joo”.

Tupakointia kommentoimalla hoitaja avasi päihdekeskustelun esimerkiksi näin:

#### Esimerkki 26.

1 H No, niin. Määpä nään tästä teidän Audit-kaavakkeesta että  
2 saan laittaa tupakointiin ei ja passiivista tupakointiakaan  
3 ei varmaan oo (.) sitten sen myötä  
4 Ä no, ei mitenkään säännöllistä.

Esimerkissä hoitaja käy läpi vanhempien täyttämiä päihdelomakkeita. Kysytyään tupakoinnista hoitaja kysyy huumeiden käytöstä, eli käy läpi ensin lomakkeen toisen puolen tietojen tarkistamisen ja siirtyy sitten alkoholinkäyttöön.

Lomakkeen käsittelyn aikana hoitajat muun muassa kannustivat käyttämään alkoholittomia vaihtoehtoja, antoivat tietoa alkoholinkäytön kohturajoista ja liikkäytön vaaroista sikiölle sekä tiedustelivat oliko alkoholin pois jättäminen ollut äidille helppoa. Kolmen äidin kohdalla hoitajat auttoivat täyttämään puuttuvat vastaukset lomakkeesta.

### **6.2.3 Päihdekeskustelujen kestot**

Äitien päihdeidenkäyttöä koskevat keskustelut olivat pituudeltaan noin minuutista kuuteen minuuttiin. Yhteensä päihdekeskusteluja oli tutkimusaineistossa noin 22,5 minuuttia. Lyhin keskustelu oli pituudeltaan 41 sekuntia, pisin 5 min 50 sekuntia. Kaikkein pisimmässä keskustelussa oli äidin lisäksi myös tuleva isä mukana. Keskimäärin lomakkeita käsiteltiin noin 2,5 minuuttia, jota lyhyempiä oli seitsemän keskustelua kaikista kymmenestä.

Keskimääräistä lyhyemmissä keskusteluissa (n=7) hoitajat tuntuivat pääsääntöisesti tulkitsevan muun muassa pienien AUDIT -pisteiden perusteella, että alkoholista ei ollut äidille ongelmaa. Yhdellä vastaanotolla äiti oli unohtanut päihdelomakkeensa kotiin, joten aihetta käsiteltiin lyhyesti vain minuutin ajan. Keskimääräistä pidemmissä keskusteluissa (n=3) yhdellä vastaanotolla oli alkoholisti-isän tytär, toisella tutkimusaineiston korkeimmat AUDIT -pisteet saaneet vanhemmat ja kolmannella vastaanotolla pariskunta, joilla oli pienet pisteet ja varsin terveellisiltä vaikuttavat elämäntavat. Alkoholisti-isän tyttären kohdalla keskustelu oli 3 minuuttia, joka koostui muun muassa neuvojen antamisesta ja isän alkoholismin vaikutuksista naisen lapsuudessa.

Tutkimusaineiston korkeimmat AUDIT -pisteet saaneiden vanhempien kohdalla lähes kuuden minuutin mittainen keskustelu keskittyi lähinnä tulevan isän alkoholinkäyttöön ja asenteisiin. Hoitaja joutui varmistamaan isältä, oliko hän ollut tosissaan täyttäessään päihdelomaketta, koska pisteet olivat niin korkeat (14 pistettä).

Isän suhtautuminen omaan juomiseensa ja siitä käytävään keskusteluun vaikutti huvittuneelta ja hän myönsikin ottavansa ”kunnolla” lähes joka viikonloppu. Äiti puolestaan pyrki vähättelemään ongelmaa toteamalla: ”*Muttet välttämättä kyllä kunnolla joka viikonloppu*”. Äidin alkoholinkäytön suhteen keskustelu koski pääosin vain hänen päihdelomakkeensa täyttämisiongelmia.

Kolmannella vastaanotolla, joka ylitti keskimääräisen keskustelun pituuden, antoi hoitaja useampiakin neuvoja alkoholinkäytön suhteen. Pariskunta sai aiheesta myös kirjallista materiaalia. Päihdekeskustelun aikana keskusteltiin jonkin aikaa myös parisuhteesta ja tulevien vanhempien häistä, joten koko aikaa ei käytetty pelkästään päihdekeskusteluun.

### **6.3 Äitien kanssa käydyt keskustelut alkoholinkäytöstä**

Tutkimusaineiston kymmenestä äidistä yksikään ei kertonut, että hänellä olisi ongelmaa alkoholin suhteen. Heistä vain yksi myönsi, että voisi saunan jälkeen juoda janoon olutta: ”*toisaalta jos (.) y saunaolutta tekee janoon mieli ni (0.8) en mä nää sitä niinku (0.4) hassuna etteikö sitä sitte (0.7) ottais.*”. Muut äidit kertoivat, että alkoholi oli jätetty kokonaan pois tai että alkoholi ei nyt edes maistunut. Yhden äidin kohdalta asiasta ei ole tarkempaa tietoa, sillä hoitaja ei tiedustellut raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä lainkaan. Toisessa tapauksessa äiti vastasi puolestaan hyvin lyhyesti ”*Joo*” hoitajan toteamukseen ”*Eli oot täysin ilman*”. Edellä mainittu, korkeat pisteet saanut pariskunta sai hoitajalta huomautuksen ja pyynnön miettiä alkoholinkäytön määrää. Molempien pisteet ylittivät suurkulutuksen rajan, 8 pistettä.

#### **6.3.1 Hoitajien kysymykset ja äitien vastaukset alkoholinkäyttöön liittyen**

Kymmenestä vastaanotosta kuudessa hoitaja kysyi äidiltä suoraan hänen raskaudenaikaisestaan alkoholinkäytöstään. Lopuissa neljässä tapauksessa äiti ehti itse mainita, ettei käytä raskausaikana alkoholia (2 kpl) tai hoitaja jätti kysymättä asiasta (1 kpl) tai kommentoi, että raskausaikana alkoholi tulisi jättää pois, johon äiti vastasi näin tehneensäkin (1 kpl). Alla on nähtävissä kysymykset, joilla hoitajat

tiedustelivat alkoholinkäytöstä (litterointimerkkejä karsittu lukemisen helpottamiseksi):

- 1) *"Minkälaista alkoholin käyttö on nyt ku sää oot raskaana, käytäks sää ollenkaa."*
- 2) *"Mites sä ajattelet nyt raskausaikana alkoholista,"*
- 3) *"Raskauden aikana ootko käyttäny=no et varmaan o käyttäny alkoholiakaan ku et hehheh on nii huono olo ja toki sitä tietysti pitää välttääkki raskauden aikana että se ei o suositeltavaa."*
- 4) *"... eli ihan tällasta normaalia kohtuukäyttöä ja mites nyt raskausaikana ni onks ollu iha helppo sitte, ((äidin vastaus välissä))... eli oot täysin ilman,"*
- 5) *"Sä varmaan tiedät myös sen että raskauden aikana ei suositella alkoholia. Ootko yhtään ottanu nyt?"*
- 6) *"Mutta tota tää ei nyt oo ollu sulle mikään ongelma sitte ku ton raskaustiedon sait niin alkoholin käyttö jäi siihen..."*

Seuraavaksi esittelen ja analysoin esimerkkien avulla tarkemmin hoitajien tapoja kysyä alkoholinkäytöstä ja äitien tapoja vastata. Ensimmäinen esimerkki on vastaanotolta, jossa oli läsnä sekä isä että äiti. Päihdekeskustelu alkoi keskustelulla vanhempien tupakoinnin lopettamisesta. Tämän jälkeen hoitaja kysyy huumeiden ja lääkkeiden käytöstä, kunnes toteaa lomaketietojen perusteella alkoholiasioidenkin näyttävän olevan kunnossa. Seuraavaksi hoitaja tiedustelee aiheesta poiketen asiakkaan parisuhteesta, jolloin keskustelu siirtyy hetkeksi pois päihteistä. Ja vasta tämän keskustelun jälkeen keskustelussa päästään alla olevan esimerkin mukaiseen tilanteeseen:

#### Esimerkki 27.

- 1 H → .hh no niin mää laitan tänne nää hh. (.) mää pistin että
- 2 passiivinen tupakointi ei.
- 3 (0.3)
- 4 H että te ite (.) ette te varmaa semmosessa (1.0) paikassa oo
- 5 missä hirveesti (0.6) poltetaan sisällä.
- 6 (0.8)
- 7 Ä e[n,
- 8 H [mm.
- 9 (0.8)
- 10 Ä .HH
- 11 H → .mt .hhh (0.5) eää (1.6) minkälaista (0.6) alkoholin käyttö
- 12 on nyt (.) ku sää oot raskaana,
- 13 (.)
- 14 H → *käytäks sää ollenkaa.*
- 15 (.)
- 16 Ä en mää o käyttäny.

17 (1.5)  
 18 H → .hh (.) mut ennen raskautta noin kaks viiva neljä kertaa  
 19 kuukaudessa (0.4) yks viiva kaks (.) kolme tai neljä,  
 20 (.)  
 21 Ä jo[o,  
 22 H [eli nyt oli jo aika (0.4) aika tota niin (2.7) kuitenkin  
 23 (.) ihan (1.8) tommoset normaalimäärät,  
 24 (.)  
 25 H ja sä olit saanu viis pistettä tossa auditissa eli ihan  
 26 (0.2) normaalit pisteet.  
 27 (5.9)  
 28 H → ja varmaan (0.6) tuntuuko että o ihan helppo ollakki ilman  
 29 alkoholia ny [raskauden aikana että ei oo, oo t(h)ehn(h)  
 30 Ä [joo, (.) ei mul oo [y m(h)iel(h)i .hh  
 31 H [ei te- ei o tehny mieli  
 32 hhih h[ihhihhi .hh  
 33 Ä [mmhhhh  
 34 H se o iha hyvä.

Esimerkin alussa rivillä 1-2 hoitaja toteaa, etteivät isä ja äiti altistu passiiviselle tupakoinnille. Seuraavaksi hoitaja kysyy äidin alkoholinkäytöstä (rivi 11). Kysymyksen alku on muotoiltu avoimeksi ”*minkälaista alkoholin käyttö on nyt ku sää oot raskaana,*” ja sellaisenaan kysymys tarjoaisi äidille paikan kuvata alkoholinkäyttöään omin sanoin. Ennen äidin vastausta, hoitaja kuitenkin jatkaa kysymystään: ”*käytäks sää ollenkaa.*” (rivi 14). Kysymys on suljettu ja hakee ensisijaisesti kyllä/ei vastausta, ja se sisältää selkeän vihjeen toivotusta vastauksesta. Äiti vastaa kieltävästi ja lyhyesti, jonka jälkeen hoitaja laskee AUDIT -pisteet raskautta edeltävältä ajalta ja esittää oman arvionsa viittaamalla lomakkeeseen, että alkoholinkäyttö on ollut normaalia (rivit 18–26). Rivillä 28 hoitaja esittää äidin vahvistettavaksi yleisen ja ainakin toivottavan näkemyksen raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä toteamalla, että äidin on varmaan ollut raskauden aikana helppo olla ilman alkoholia eikä ole tehnyt sitä mieli juodakaan, minkä äiti vahvistaa. Lopuksi hoitaja toteaa tilanteen olevan hyvä ja tämä viestittää äidille hänen toimineen aivan oikein.

Seuraavassa esimerkissä hoitaja on aiemmin antanut äidille tietoa ravitsemuksesta ja siirryttyään käymään läpi päihdelomaketta hoitaja on todennut äidin ja isän käyttävän alkoholia vain vähäisiä määriä:

Esimerkki 28.

1 H → oks (0.6) onko tarvinnut puuttua toisen alkoholin käyttöön,

2 Ä [no  
3 eipä ole ollut [tarvetta.  
4 H [mm.  
5 (1.7)  
6 Ä onneks ollaan samoilla linjoilla.  
7 H joo,  
8 (0.5)  
9 H → .hh mites sä ajattelet nyt raskaus(.)aikana alkoholista,  
10 (1.7)  
11 Ä → h. (0.7) no (.) jotenki (.) ei se tuntuu et ei sitä tarvi  
12 sillain ajatella ku ei se nyt itelle o mikään (0.9) semmonen  
13 kynnysky[symys että (0.5) saako ottaa vai ei ja, (.) .hh mut  
14 H [mhm?  
15 Ä → toisaalta jos (.) y saunaolutta tekee janoon mieli ni (0.8)  
16 en mä nää sitä niinku (0.4) hassuna etteik[ö sitä sitte  
17 (0.7) [ottais.  
18 H [mm, [joo.  
19 .hhh kyllä se yks annos on oikeestaan (.) sallittu  
20 sat[unnais(.)käytös[sä raskaas- (.) raskauden aikana  
21 Ä [nii. [nii.  
22 H että .hh mut siihen pitää jäädä sitte [koska sitten  
23 Ä [aiva,  
24 H niitä (.) vaikutuksia siitä eteenpäin ei tiedetä et missä ne  
25 rajat tule[e vastaan.  
26 Ä [mm. nii.  
27 (1.4)  
28 H .hh mut et se voi olla että nyt ihan alkuun (.)  
29 alkuvaiheessakin ni se ei (0.5) makutottumukset pikkusen  
30 vo[i muuttua ja  
31 Ä [joo, ihan totta et ei [sillai niinku (.) ei tee mieli  
32 H [.hh ei (niinku)  
33 Ä nimeno[maan ni.  
34 H [mm.

Esimerkin alussa hoitaja tiedustelee äidiltä, onko puolison alkoholinkäyttöön tarvinnut puuttua. Hoitajan kysymys voi viitata siihen, että miehen päihdelomakkeen vastauksissa on jotain runsaaseen alkoholinkäyttöön viittaavaa, vaikka tämä jää eksplikoimatta. Rivillä 9 hoitaja kysyy äidin ajatuksia alkoholinkäytöstä nyt raskausaikana ”*mitäs sä ajattelet nyt raskausaikana alkoholista*”. Kysymys on avoin ja avaa äidille paikan kuvata vapaasti omaa suhtautumistaan. Äidin riviltä 11 alkava vastaus ”*h. (0.7) no (.) jotenki (.) ei se tuntuu et ei sitä tarvi sillain ajatella ku ei se nyt itelle o mikään (0.9) semmonen kynnyskysymys että (0.5) saako ottaa vai ei ja, (.) .hh...*” on tulkittavissa niin, ettei äidillä ole alkoholin kanssa ongelmaa: hänen ei tarvitse ajatella alkoholia eikä se ole kynnyskysymyksenä määrittämässä hänen tekemisiään. Äiti jatkaa kuvaustaan rivillä 15: ”*...mut toisaalta jos (.) y saunaolutta tekee janoon mieli ni (0.8) en mä nää sitä niinku (0.4) hassuna etteikö sitä sitte (0.7) ottais.*” Kuvaus voidaan tulkita niin, että vaikka äidillä ei normaalisti ole tarvetta alkoholinkäyttöön, ei hänen mielestään oluen nauttimisessa silloin tällöin ole mitään

”*hassua*”. Tässä äiti kytkee alkoholinkäytön suomalaiseen saunakulttuuriin, tekee sitä kautta oluen juomisesta normaalia ja asiaan kuuluvaa, vaikka onkin raskaana. Tämä tapaus on tutkimusaineiston ainoa, jossa äiti ei suoraan kiellä alkoholinkäyttöä tai ilmoita esimerkiksi omaavansa nollatoleranssin.

Seuraavaksi kuvaan vastaanottotilannetta, jossa on läsnä kovasta raskauspahoinvoinnista kärsivä yhden lapsen äiti. Äiti on unohtanut kaikki hänelle lähetetyt lomakkeet kotiinsa mutta päihdekeskustelu käydään silti läpi. Lomakkeiden unohtus vaikuttaa keskustelun etenemiseen kuitenkin siten, että hoitaja joutuu kysymään kaiken suoraan äidiltä, sillä hän ei näe vastauksia lomakkeelle kirjoitettuna. Siksi hoitaja on erityisen paljon keskittynyt tietokoneelle kirjoittamiseen hänen esittäessään samanaikaisesti kysymyksiä äidille. Aiemmin ko. vastaanotolla on keskusteltu äidin tupakoinnin lopettamisesta ja hoitaja on lyhyesti kysynyt, onko äiti käyttänyt huumeita. Tämän jälkeen hoitaja siirtyy tiedustelemaan alkoholinkäytöstä:

#### Esimerkki 29.

1 H → .thh ja sitte alkoholinkäyttö (.) normaalitilanteessa,  
 2 (0.4)  
 3 H montako (0.7) oo annosta menee viikossa (0.6) niinku siis  
 4 (.) ennen raskautta.  
 5 Ä =noo (.) mm (0.6) no viikossa ei se ollu viikottaistakaan  
 6 mutta .hh (0.4) mitähän mää ny' si' sanoisi.  
 7 (1.0)  
 8 H tai kuukaudes[sa.  
 9 Ä [.hh (.) no jos mää sanon ny (.) kuukaudessa  
 10 ni mä sanon sit vaikka (0.8) kymmene,  
 11 (0.3)  
 12 H mm  
 13 (0.8)  
 14 Ä onks annos niinku yks niinku dri[nkki,  
 15 H [joo,  
 16 Ä jo[o,  
 17 H [tai ( ) olutta.  
 18 (.)  
 19 Ä joo. (.) kymmene sit.  
 20 (4.1)  
 21 H → raskauden aikana ootko käyttäny=no et varmaan o käyttäny  
 22 alk[oholiakaan ku et hehheh he .hhh on nii h' .hhh  
 23 Ä → [ee.  
 24 H huono olo ja toki sitä tietysti pitää välttääk[ki raskauden  
 25 aikana että se ei o suositeltavaa.  
 26 Ä [.hh (.) et  
 27 joo et (.) en mää mun mielest se on nollatoler[anssi siis  
 28 H [mm.  
 29 Ä etten mää m[itään viinilas[illisiaka käsitä.  
 30 [mm. [mm.  
 31 H joo. (0.7) kyllä.

32 (0.4)  
 33 Ä että (0.5) en,  
 34 (0.9)  
 35 H hyvä sitten nii.

Hoitaja aloittaa keskustelun tiedustelemalla äidin alkoholinkäytön määrää ennen raskautta. Äidille on epäselvää, mitä yksi annos tarkoittaa. Sitten hoitaja kysyy raskaudenaikaisesta käytöstä ja muovaa kysymyksen kyllä/ei -vastausta hakevaksi suljetuksi kysymykseksi. Heti kysymyksen jälkeen hoitaja kuitenkin täydentää vuoroaan toteamalla samaan hengenvetoon, ettei äiti varmaankaan ole käyttänyt koska on niin pahoinvoiva (rivit 21–24). Hoitaja jatkaa edelleen vuoroaan esittämällä yleisen suosituksen alkoholinkäytön välttämisestä. Tässä hoitajan olisi ollut hyvä kysyä pelkästään, minkä verran äiti on käyttänyt alkoholia raskausaikana ja antanut äidin vastata ilman johdattelua. Toisaalta tällä tavoin hoitaja viestittää ymmärtävänsä äidin kurjan tilanteen ja pehmentää kysymystä mainitsemalla äidin pahoinvoinnin. Äiti äännähtää rivillä 23 ”ee” ja se voidaan tulkita vastauksen aloitukseksi hoitajan kysymykseen. Vastauksessaan äiti kommentoi kannattavansa nollatoleranssia, ja kritisoi niitä jotka käyttävät alkoholia, edes viinilasillisen verran. Hoitaja esittää olevansa hyvin tyytyväinen äidin vastaukseen (rivit 31 ja 35) ja toteaa lopuksi kirjaavansa AUDIT -pisteet koneelle, kunhan saa äidin lomakkeet seuraavalla vastaanottokerralla.

Viimeinen esimerkki alkoholikeskustelusta on vastaanotolta, jossa on aiemmin käyty läpi muun muassa äidin terveystietoja, jonka jälkeen siirrytään keskustelemaan alkoholinkäytöstä:

#### Esimerkki 30.

1 H sitä on nyt sitte ihan (0.3) luomu (.) menetelmin alkanu  
 2 tää raskaus [että ei o niinku mitään hormoni (0.7) hoitoja  
 3 Ä [joo.  
 4 H tai tällasia,  
 5 (1.5)  
 6 H joo (.) sit katotaas näitä teiän terveys (1.8)  
 7 terveystottumuksia ni (1.2) varmaan audit pisteet täältä  
 8 (eli nyt ni) sulla on pieniä pisteitä=aattelitko niinku  
 9 ennen ras[kautta eikö vaa,  
 10 Ä [joo.  
 11 (.)  
 12 H joo,  
 13 (2.7)  
 14 H → eli ihan tällasta normaalia (.) kohtuukäyttöä ja mites nyt  
 15 [raskausaikana ni onks ollu iha helppo sitte,



16 Ä [mm.  
 17 (.)  
 18 Ä joo, (0.4) [ei mitää (.) ongelmaa [sinänsä.  
 19 H [eli ei o. [aivan.  
 20 (0.8)  
 21 H → eli oot täysin ilman?,  
 22 (.)  
 23 Ä joo.  
 24 (4.0)  
 25 H ja sitten, (0.7) sää et (.) tupakoih,  
 26 Ä en,

Hoitaja toteaa aluksi äidin saaneen pienet AUDIT -pisteet ja varmistaa vielä, että äiti on täyttänyt lomakkeen raskautta edeltävältä ajalta. Tämä onkin hyvä tehdä, sillä lomakkeen täyttötavasta oli tutkittavien äitien joukossa epäselvyyttä, kuten edellä on mainittu. Olisi ollut siis mahdollista, että äiti olisi luullut, että lomake tulee täyttää raskausajalta ja alkoholia nauttineena AUDIT -pisteet eivät olisi olleet täysin nolla raskausaikana. Hoitaja toteaa, että raskautta edeltävä käyttö on ollut kohtuullista ja jatkaa samassa vuorossa kysymällä ”*mites nyt raskausaikana ni onks ollu ihan helppo sitte*” (rivi 14). Kysymys alkaa avoimella ja kuvausta esiin kutsuvalla tavalla, mutta kysymyksen lopetus muuttaa sitä suljetumpaan suuntaan ja tuo esille oletuksen alkoholinkäytön lopettamisesta raskauden alettua. Äidin vastauksessaan käyttämät sanavalinnat ”ei oo mitään ongelmaa *sinänsä*” on hieman vaikeaselkoinen ja vihjaa, että taustalla voisi olla jonkinlainen epävarmuus tai ongelma. Toisaalta kyse voi olla vain sattumasta ja huonosta sanavalinnasta. Hoitaja tarkentaakin tilannetta tekemällä oman tulkintansa rivillä 21 ”*eli oot täysin ilman?*”, jonka äiti vahvistaa vastaamalla ”*joo*” (rivi 23). Seuraavaksi keskustelu siirtyy tupakointiin.

Viiden muun vastaanoton joukossa olivat kaikki ne kolme äitiä, jotka eivät olleet osanneet vastata kaikkiin päihdelomakkeen alkoholinkäyttöä koskeviin kysymyksiin. Näissä tapauksissa hoitajat antoivat äideille lisätietoja ja pyysivät täyttämään puuttuvat kohdat. Kaksi äitiä totesi, ettei ole juonut positiivisen raskaustestin jälkeen lainkaan alkoholia, koska omaa nollatoleranssin eikä tee mielikään. Kolmas kommentoi, että: ”*niin mä en sit- (.) mä en tienny että mitä tähän pitää nyt tähän ku en tietenkään en o.*” eli äiti ilmoitti, ettei ole raskaana ollessaan juonut alkoholia. Neljännessä tapauksessa hoitaja totesi äidin AUDIT -pisteiden olevan pienet, joten ”*saattaa nyt sitten jättää kokonaan ton alkoholin pois.*” Tähän hoitaja vielä lisäsi kuin painottaen äskeistä toteamustaan, ettei alkoholia nyt raskausaikana suositellakaan.

Äiti totesikin jättäneensä alkoholin pois. Viidennessä tapauksessa hoitaja viittasi päihdelomakkeen pieniin AUDIT -pisteisiin ja totesi: ”*mutta ei näit- näitten* ((kädessä äidin paperit)) *kanssa nyt sillain ongelmia he he (-) tulla et pysytään ihan ihan hyvissä hyvissä jutuissa.*” Kommentti sanottiin osaksi nauraen ja äiti vastasi myös naurahtuen, että ”*hyvä*”. Hoitaja ei kuitenkaan kysynyt varsinaisesta raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä vaan keskustelu sisälsi vain keskustelun AUDIT -pisteistä, joiden perusteella hoitaja tuntui päättelevän, ettei alkoholista ole ongelmaa raskaudenkaan aikana.

### **6.3.2 Terveydenhoitajien antamat neuvot alkoholinkäytöstä**

Alkoholinkäyttöön liittyvä neuvonta tapahtui pääsääntöisesti sen jälkeen, kun hoitaja oli äidin kanssa keskustellut raskaudenaikaisesta tai raskautta edeltävästä alkoholinkäytöstä tai tehnyt jonkinlaisen toteamuksen päihdelomakkeista lasketuista AUDIT -pisteistä. Alkoholinkäytöstä ei neuvottu yhdenkään vastaanoton aikana varsinaisen päihdekeskustelun ulkopuolella. Tässä tutkimuksessa alkoholineuvonnaksi on katsottu ne ohjeet, joita noudattamalla äidin ja/tai sikiön terveys ei vaarannu raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä johtuen. Myös tietynlaiset varoitukset ja tutkimustietoon perustuvat viittaukset on huomioitu, sillä nekin voivat toimia neuvontana antamalla tietoa esimerkiksi alkoholin vaikutuksista sikiöön.

Tutkimuksessa mukana olleista neljästä hoitajasta kaksi oli aktiivisempia alkoholineuvonnan suhteen kuin muut. Toinen heistä oli hoitajana kahdella vastaanotolla, joista yhdellä kerralla antoi neljä neuvoa ja toisella kaksi neuvoa. Toinen aktiivisemmista hoitajista oli mukana kolmella vastaanotolla, joista yhdellä kerralla antoi neljä neuvoa, toisella kaksi ja kolmannella yhden neuvon. Kolmas hoitaja antoi molemmilla vastaanotoillaan yhden neuvon kun taas neljäs hoitaja ei antanut ainuttakaan neuvoa kolmella vastaanotollaan.

Yhdelläkään vastaanotolla äidit tai isät eivät kysyneet oma-aloitteisesti neuvoja alkoholinkäytön suhteen. Yksi äiti tosin kysyi, mitä yksi alkoholiannos tarkoittaa. Kirjallista materiaalia nimenomaan raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä annettiin vain yhden vastaanoton aikana. Moni äideistä sai Stakesin ”Meille tulee vauva” – vihkosen, jossa on raskauden etenemisen ja vauvanhoidon lisäksi kerrottu muun

muassa alkoholin aiheuttamista vaaroista. Edellä mainittu, erillistä alkoholi-  
 materiaalia jakanut hoitaja oli levittänyt kaikki vanhemmille annettavat esitteet  
 valmiiksi työpöydälleen. Asiakkaiden oli tästä mahdollista tulkita, että materiaalia  
 jaetaan kaikille huolimatta siitä, mitä esimerkiksi päihdelomakkeista vastaanoton  
 aikana selviää. Tämä voidaan tulkita ns. kasvoja suojelevaksi käytännöksi: esitteiden  
 antamisella ei leimata ketään päihteiden ongelmakäyttäjäksi. Tässä tapauksessa  
 hoitaja suhtautui materiaalin ulkonäköön hieman vähätellen:

### Esimerkki 31.

1 H .hh meillä on siitä asiasta kirjanenki (0.4) määhän sen  
 2 teille vaikka (.) vaikka nyt ei (.) silleen (0.5) täällähäh  
 3 (0.5) tämmönen (0.9) valju tämä kuvaesite.  
 4 Ä mh[h  
 5 H [hhehe .hhh mutta siellä on (.) siellä on tästä ihan sit  
 6 samasta asiasta,

Hoitaja tuntuu vähättelevän kirjaseen ulkonäön lisäksi myös pariskunnan tarvetta sille:  
*”määhän sen teille vaikka nyt ei silleen ---”* viitaten ehkä pariskunnan pieniin  
 AUDIT -pisteisiin ja siihen, ettei parilla tunnu olevan ongelmaa alkoholin suhteen.

Kahdella vastaanotolla hoitaja otti esille alkoholittomat juomavaihtoehdot ja kolmella  
 vastaanotolla hoitajat painottivat, että turvallista rajaa raskaudenaikaiselle  
 alkoholinkäytön määrälle ei tiedetä. Lisäksi näistä yhdellä vastaanotolla hoitaja kertoi  
 esimerkin alkoholin vaikutuksista sikiöön. Seuraavassa esimerkissä hoitaja kysyy  
 ensiksi äidin kokemuksia alkoholin pois jättämisestä:

### Esimerkki 32.

1 H ja varmaan (0.6) tuntuuko että o ihan helppo ollakki ilman  
 2 alkoholia ny [raskauden aikana että ei oo,  
 3 Ä [joo, (.) ei mul oo oo t(h)ehn(h) [y m(h)iel(h) i  
 4 .hh  
 5 H [ei te- ei o tehny mieli hhih h[ihhihhi .hh  
 6 Ä [mmhhhh  
 7 H se o iha hyvä.  
 8 (.)  
 9 H → ja (.) sitte jos tulee semmosia tilanteita että on jossakin  
 10 missä on (0.4) kavereita ni (.) o- onhan niitä  
 11 alkoholittomia juomia jotka on tosi hy- (0.8) [tosin niinku  
 12 hyviä.  
 13 Ä [mm.  
 14 (0.7)  
 15 H → puoli pullo viiniä (0.6) nii vauva on lähes tajuttomassa

16 tilassa on niinku semmonen (0.4) .hh semmonen kuitenkin hyvä  
17 pitää mielessä koska (0.9) koska sun maksa polttaa sun  
18 alkoholin mutta vauvan maksa ei polta että siellä kiertää  
19 siellä vauvan elimissä se alkoholi ja sitten vasta (.) .hh  
20 sun elimistö polttaa sen.  
21 (.)  
22 H → .hh (.) nii sen takia oikee semmosta turvallista määrää on  
23 hankala sanoa.  
24 (0.3)  
25 Ä mm,  
26 (0.6)  
27 H et mikä se on.

Hoitaja kertoo ensiksi alkoholittomista juomavaihtoehdoista (rivit 9-12). Hän kuvailee tilanteen, jossa tulevat vanhemmat ovat viettämässä aikaa kavereiden kanssa ja tilanteessa nautitaan alkoholipitoisia juomia. Alkoholinkäyttö nähdään toisin sanoen sosiaalisena tapahtumana. Esimerkki alkoholittomista juomista kytkeytyy hyvin tyypilliseen tilanteeseen, jossa kyseinen pariskunta on todennäköisesti nauttinut alkoholia ennen raskautta. Tämän jälkeen hoitaja kertoo rivillä 15 ääriesimerkin sikiön reagoimisesta alkoholiin, kuin painottaakseen alkoholista pidättäytymisen tärkeyttä: ”*puoli pullo viiniä (0.6) nii vauva on lähes tajuttomassa tilassa*”. Hoitajan sanavalinnat rakentavat varsin konkreettisen ja tunteisiin vetoavan mielikuvan alkoholin vaikutuksista sikiöön. Hoitaja myös perustelee varoituksen kertomalla vauvan maksan kykenemättömyydestä polttaa alkoholia. Lopuksi hoitaja toteaa, ettei turvallista määrää alkoholin nauttimiselle raskausaikana osata sanoa (rivi 22). Tämän jälkeen hoitaja siirtyy esittelemään kirjallista materiaalia alkoholin vaikutuksista. Tällä vastaanotolla hoitaja antoi neuvoja ja informaatiota perheelle selvästi osana neuvolan institutionaalista tehtävää: perheelle tulee kertoa alkoholikäytön vaaroista. Hoitajalta jäi huomioimatta vanhempien kommentit ja välittämät viestit omasta alkoholikäytöstään eikä hoitaja säädellyt neuvonnan tyyliä tilanteeseen sopivaksi. Vanhemmat olivat ilmoittaneet, ettei juhliminen enää kiinnostanut ja raskautta edeltävä alkoholinkäyttö oli ollut vähäistä. Hoitajan antaman neuvonnan aikana ainoastaan äiti kommentoi jotakin ja sekin oli pelkkää ynähtelyä. Hoitajan puhetapa oli varsin nopeaa ja vaikutti siltä, ettei neuvonnan aikana muut olisi ääneen päässeetkään kovin helposti.

Kolmella vastaanotolla hoitajat totesivat, että yhden annoksen voi raskausaikana ottaa satunnaisesti. Heistä yksi hoitaja totesi myös, että raskautta edeltävällä alkoholikäytöllä ei yleensä ole merkitystä. Sama hoitaja kysyi lisäksi äidiltä, oliko

hänen tai tulevan isän suvussa alkoholisteja. Seuraavassa katkelmassa hoitaja aloittaa neuvomalla äitiä siitä, miten hänen kannattaisi toimia esimerkiksi joulupäivällisillä, joissa on tarjolla alkoholia:

### Esimerkki 33.

- 1 H joo. Nyt tietysti kun tulee sitten näitä tämmösiä  
2 joulupäivällisiä ja muita ja jos et halua siinä vaiheessa  
3 vielä sit kaikille kertoa ja siellä on esimerkiksi olutta ja  
4 viiniä sitten tarjolla .hhhh  
5 Ä → meillä ei oo (-)  
6 H → joo, no okei.se on ihan hyvä. mut tiedä se että, että yksi  
7 annos tai alle sen, niin voi käyttää. satunnaisesti.siitä ei  
8 ole haittaa lapselle. (0.3) mutta että yhtään sen päälle ei,  
9 koska sitten me ei sitä rajaa tiedetä missä se tulee se  
10 kriittinen raja vastaan. .hhh et se mitä on tapahtunut ennen  
11 siinä ennen kun sä tiesit olevasi raskaana, niin sillä ei  
12 ole yleensä mitään merkitystä, et jos on siinä ollu juhlia  
13 tai muita niin (-)no  
14 Ä no en mää oo sillonkaan. mä on ihan tarkotuksellaan, en oo  
15 juonu. eikä oo mitenkään tarvettakaan siihen.  
16 H → onks teijän suvuissa, kummallakaan puolella alkoholisteja?  
17 Ä no, mulla on isä. isä (-)  
18 H sä oot, ootkos nähny sitten sen sen tuomia [(0.3) murheita?  
19 Ä [kyllä. sai tuota  
aivoinfarktintossa puoltoista vuotta sitten. se oli ihan  
suora niin ku jatkumo sieltä.

Hoitaja aloittaa vuoronsa esittämällä oletuksen, että tulevilla joulupäivällisillä tai vastaavissa perhejuhlissa on tarjolla alkoholia. Rivillä 5 äiti kuitenkin kiistää hoitajan tekemän oletuksen. Tämän jälkeen hoitaja alleviivaa sitä, että sallittu alkoholin määrä raskausaikana on yksi annos tai sen alle, ja vain satunnaisesti käytettynä. Hoitaja perustelee ohjettaan kertomalla, että ei ole olemassa tarkkaa tietoa siitä, mikä on kriittinen raja (rivit 6-10). Hän ei kuitenkaan selitä äidille, mitä ”satunnaisesti” tarkoittaa mutta sellaisenaankin määritelmä antoi tärkeää tietoa. Seuraavaksi hoitaja kertoo äidille, että äidin mahdollisella alkoholinkäytöllä ennen positiivista raskaustestiä ei ole merkitystä ja tätä kautta rauhoittaa äidin mieltä sen varalta, että äiti olisi juonut alkoholia enemmänkin esimerkiksi juhlissa. Äiti toteaa kuitenkin selkeästi, ettei hän ole tarkoituksella juonut ennen raskautta. Ilmaisutapa viestittää, ettei hänellä ole ollut eikä ole nytkään tarvetta juoda alkoholia. Äidin tapa kertoa asiansa johtaa siihen, että hoitaja kysyy rivillä 16, löytyykö äidin tai isän suvusta alkoholisteja ja keskustelussa tulee ilmi äidin isän alkoholismi. Tämän jälkeen hoitaja ja äiti keskustelevat muun muassa siitä, millä tavoin äidin isän alkoholismi on vaikuttanut perheeseen ja äidin omaan asenteeseen alkoholin suhteen. Hoitaja nostaa

kolmella eri kysymyksellä tai toteamuksella esille sen, miten perheenjäsenen alkoholismi on tuonut mukanaan murheita. Äiti vastaa jokaiseen kysymykseen myöntäen alkoholismin olleen ikävä asia perheelle. Hoitajan tavasta painottaa asiaa useaan otteeseen heijastuu se, miten vakava asia alkoholiongelma lapsiperheessä hänen mielestään on. Tässä tapauksessa hoitajan useat kysymykset vaikuttavat kuitenkin hieman painostavilta, sillä äiti on selvästi jo ensimmäisen vastauksensa perusteella samaa mieltä hoitajan kanssa.

Kolmella vastaanotolla hoitajat totesivat, ettei alkoholia suositella raskauden aikana tai että sitä suositellaan välttämään:

#### Esimerkki 34.

1 H (-) (-) samantien kaikki muukkin. Mutta eipä tänne nyt (1.2)  
2 kauheesti oo pisteitä tullu teille kummal[lekaan. ja teistä  
3 ei kumpikaan tupakoi  
4 Ä [joo, e(h)iii he he  
5 he  
6 H [eikä mitään. mitään. onks nää ollu sitten lähinnä jossain  
8 Ä [ei.  
9 H juhlassa ja semmosissa? [ja tota jossa alkoholia on ja.  
10 Ä [joo.  
11 H → Sulla on näin pienet pistemäärät, [niin saattaa nyt sitten  
12 Ä [mmm.  
13 H jättää kokonaan ton [alkoholin pois.  
14 Ä [nhhh.  
15 H → Tähän nyt tietysti raskausaikana ni [ei suositella (-)  
16 siellä he he he  
17 Ä → [joo, on jätetty  
18 kokonaan pois he he he  
19 H (--))ihan hyvässä (0.7) mallissa, noin.

Hoitaja toteaa ensin äidin ja isän saaneet pienet AUDIT -pisteet ja että kumpikaan ei tupakoi. Hän tiedustelee, millaisissa tilanteissa alkoholia on tullut nautittua ja tarjoaa vahvistettavaksi omaa tulkintaansa siitä, että pienet pisteet liittyvät juhlimiseen, joka on kulttuurissamme hyväksytty tapa käyttää alkoholia. Riveillä 11–16 hoitajan antama neuvo alkoholin jättämisestä kokonaan pois ja itsestään selvä perustelu, ettei sen käyttöä raskausaikana suositellakaan, vaikuttavat rutiininomaisilta työhön kuuluvilta tehtäviltä. Huolimatta äidin pienistä AUDIT -pisteistä hoitaja antaa neuvonsa, ja vaikuttaa tyytyväiseltä äidin todetessa rivillä 17: ”joo, on jätetty kokonaan pois he he he”.

Yhdessä tapaamisessa hoitaja totesi, että raskauden aikana makutottumukset voivat muuttua eikä alkoholia teekään mieli. Hoitaja on aiemmin tiedustellut äidiltä, miten hän suhtautuu alkoholiin nyt raskaana ollessaan. Kyseessä on aiemmin puheena ollut äiti, joka myöntää että hän voisi esimerkiksi saunoessa ottaa olutta:

### Esimerkki 35.

1 H → .hhh kyllä se yks annos on oikestaan (.) sallittu  
2 sat[unnais(.) käytös[sä raskaas- (.) raskauden aikana että  
3 Ä [nii. [nii.  
4 H .hh mut siihen pitää jäädä sitte [( ) koska sitten  
5 Ä [aiva,  
6 H niitä (.) vaikutuksia siitä eteenpäin ei tiedetä et missä ne  
7 rajat tule[e vastaan.  
8 Ä [mm. nii.  
9 (1.4)  
10 H → .hh mut et se voi olla että nyt ihan alkuun (.)  
11 alkuvaiheessakin ni se ei (0.5) makutottumukset pikkusen  
12 vo[i muuttua ja  
13 Ä [joo, ihan totta et ei [sillai niinku (.) ei tee mieli  
14 H [hh ei (niinku) ( ) ( )  
15 Ä nimenomaan ni.  
16 H [mm.

Hoitajan neuvo (rivit 1-7) alkoholinkäytön määrästä tulee sen jälkeen kun äiti on kertonut, ettei pidä ”hassuna” juoda saunoilutta. Tässä hoitajan neuvolle on ilmeinen paikka: hänen tehtävänä on antaa ohjeita siitä, mitkä ovat raskaudenaikaisen alkoholinkäytön rajat ja ohjeet. Äidin kuvauksen jälkeen hoitaja ikään kuin antaa luvan äidin toiminnalle toteamalla, että yksi satunnainen annos on sallittu, jonka jälkeen jatkaa antamalla selkeän neuvon, että raja menee yhdessä annoksessa. Kun painottaakseen neuvoaan, hoitaja kertoo, ettei edes tiedetä, mikä on turvallinen raja alkoholin nauttimiselle. Määritelmiä ”satunnainen” tai ”yksi annos” hoitaja ei kuitenkaan avaa äidille tarkemmin. Tässä kohtaa hoitaja olisi voinut myös kysyä, kuinka usein äiti voisi kuvitella ottavansa mainitseman saunoiluen. Hoitajan tapa neuvoa on varsin napakka mutta hän pehmentää vaikutelmaa toteamalla alkaen riviltä 10, että makutottumukset voivat raskaana ollessa muuttua. Hoitajan toteamus makutottumusten muuttumisesta on eräänlainen yleistys, josta äiti olisi voinut olla myös eri mieltä. Tässä tapauksessa äiti on asiasta samaa mieltä ja alkoholikeskustelu päättyy yhteisymmärrykseen. Tässä oli mielestäni parhaiten hyödynnetty neuvonnan tarvetta koska äidin suhtautuminen alkoholinkäyttöön raskauden aikana oli tutkittavista äideistä kaikkein myönteisin. Huomionarvoinen seikka on, että tämän hoitajan neuvot kytkeytyivät asiakaslähtöisellä tavalla äidin antamiin kommentteihin.





raskautta kohtuullista sekä tiedusteli, oliko puolison alkoholinkäytössä mitään ongelmaa tai oliko alkoholin pois jättäminen ollut helppoa raskauden alettua.

## **6.4 Tutkimustulosten yhteenveto**

Tutkimusaineiston äitiysneuvolan ensikäyntien (N=10) kokonaisrakenne muodostui yhdeksästä vaiheesta, joiden järjestys saattoi hieman vaihdella keskustelun etenemisen mukaan. Tiivistetysti voidaan kuvata, että vastaanotto alkoi tervehdyksillä ja kuulumisten vaihdolla, ja päättyi lopputervehdyksiin. Näiden välille sijoittui vanhempien esitietojen läpikäynti ja tietojen täyttäminen tietokoneelle, sanallinen tutkimus, päihdelomakkeen läpikäynti, keskustelu ravinto- ja elintapatottumuksista sekä kirjallisen materiaalin jakaminen, fyysinen tutkimus ja seuraavien vastaanottoaikojen sopiminen.

Päihdekeskustelun avaamiseksi hoitajat käyttivät yhtä vastaanottoa lukuun ottamatta vanhemmille etukäteen lähetettyä päihdelomaketta. Lomakkeessa tiedustellaan alkoholinkäytön lisäksi huumeiden ja lääkkeiden käytöstä sekä tupakoinnista. Hoitaja saattoi esimerkiksi mainita jotain lomakkeista, jolloin asiakas tai asiakkaat ottivat ne esille. Joissakin tapauksissa asiakas ehti ojentaa ne hoitajalle oma-aloitteisesti. Useimmissa tapauksissa hoitajat mainitsivat jotain äidin tai molempien vanhempien saamien AUDIT –pisteiden määrästä. Yleisesti ottaen pisteet olivat pieniä, kohtuukäyttöä indikoivia. Päihdekeskustelut olivat varsin lyhyitä, keskimäärin 2,5 minuutin mittaisia. Keskustelut etenivät ammattilaisjohtoisesti ja lähes poikkeuksetta vanhemmat kuuntelivat hoitajan antamaa informaatiota kysymättä aiheesta mitään ylimääräistä, vastaten vain hoitajien esittämiin kysymyksiin. Vain yhdellä vastaanotolla hoitaja jakoi erillistä materiaalia päihteiden vaikutuksista sikiöön. Kolmella äidillä oli ollut vaikeuksia täyttää lomake täydellisesti etukäteen, sillä he eivät olleet tienneet koskivatko kysymykset raskautta edeltävää aikaa vai raskausaikaa.

Tutkimusaineiston äideistä yksikään ei kertonut omaavansa ongelmaa alkoholin tai muiden päihteiden suhteen. Yksi äiti myönsi, että hän voisi nauttia olutta saunajuomana raskaudenkin aikana. Yhden pariskunnan AUDIT –pisteet olivat huolestuttavan suuret, tulevalla äidillä 11 pistettä ja isällä 14 pistettä. Huomioitava

seikka on, että tämän vastaanoton hoitaja kysyi isän arviota, tulisiko hänen alkoholinkäyttönsä jotenkin muuttumaan vauvan synnyttyä. Hoitaja ei kuitenkaan tiedustellut asiaa lainkaan äidiltä, vaikka hänenkin raskautta edeltävät AUDIT – pisteet ylittivät suurkulutuksen rajan.

Yleisesti ottaen hoitajat kysyivät äideiltä hyvin suoraan, olivatko he käyttäneet raskauden aikana alkoholia. Kotiin etukäteen lähetetty päihdelomake auttoi selvästi aran aiheen puheeksi ottamista ja alkoholikysymysten esittämistä. Neljä äitiä vastasi raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä koskeviin kysymyksiin useammalla lauseella, viisi äitiä puolestaan hyvin lyhyesti. Yhdeltä äidiltä ei ensikäynnin aikana kysytty lainkaan raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Vain yksi hoitaja käytti avointa kysymystapaa ja hänkin vain yhden ensikäynnin aikana. Avoin kysymys ”*mites sä ajattelet nyt raskausaikana alkoholista?*” tarjosi äidille paikan kuvata vapaasti alkoholinkäyttöään ja suhtautumistaan alkoholiin. Muiden kolmen hoitajan tavat kysyä olivat johdattelevia ja kysymykset olivat suljettuja kyllä/ei – vastauksia hakevia, esim. ”--- ja mites nyt raskausaikana ni onks ollu iha helppo sitte?” tai ”*käytäks sää ollenkaa.*” Tämän vuoksi vastaukset jäivät helposti lyhyiksi. Osa äideistä kertoi omaavansa nollatoleranssin tai ettei alkoholia tehnyt edes mieli raskauden aikana. Tällä tavoin he tuntuivat viestittävän, ettei alkoholi ollut heille ongelma.

Lienee selvää, että äidit arvaavat millaisen vastauksen hoitajat toivovat kuulevansa kysyessään raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Jos jollakin äideistä olisi ollut alkoholin suhteen ongelma, olisi hänen ollut todennäköisesti helpompi kertoa ongelmastaan täysin johdattelemattoman kysymyksen jälkeen. Yhdessä tapauksessa hoitaja ei edes kysynyt alkoholinkäytöstä raskauden aikana, totesi vain äidin saaneen pienet AUDIT –pisteet raskautta edeltävältä ajalta. Tässä tapauksessa hoitaja toimi vastoin terveydenhoitajille annettuja suosituksia, joiden mukaan kaikkien äitien kanssa on keskusteltava raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä.

Hoitajat antoivat tyypillisesti neuvoja alkoholinkäytöstä sen jälkeen, kun aiheesta oli jo hieman keskusteltu. Hoitajat ikään kuin kartoittivat ensin äitien mielipiteitä asiasta ja tulkitsivat päihdelomakkeisiin täytettyjä tietoja. Hoitajat eivät kuitenkaan yhdessäkään tapauksessa kysyneet, mitä äiti tai molemmat vanhemmat tiesivät

ennestään alkoholin vaaroista. Tämä olisi ollut yksinkertainen tapa kartoittaa, miten paljon neuvontaa vanhemmat tarvitsevat sekä tunnustella vanhempien asennetta aihetta kohtaan. Neuvominen vaikuttikin ajoittain rutiininomaiselta ja etukäteen mietityltä. Neuvonta tapahtui yleisellä tasolla ja äidit saivat pitkälti samat neuvot. Neuvoja annettiin muun muassa alkoholin kohtuurajoista, alkoholin vaikutuksista sikiöön sekä kehoitettiin nauttimaan alkoholittomia virvokkeita sosiaalisissa tilanteissa. Huomionarvoinen seikka on, että edellä mainitulle suuret AUDIT –pisteet saaneelle pariskunnalle hoitaja ei antanut ensikäynnin aikana minkäänlaista neuvontaa, vaikka juuri heille sitä olisi kannattanut antaa. Sama hoitaja jätti alkoholinkäyttöä koskevan neuvonnan antamatta myös kahdella muulla ensikäynnillä. Neljästä tutkimukseen osallistuneesta hoitajasta kaksi oli erityisen aktiivisia neuvonnassa.

Hoitajien tavat neuvoa olivat asiallisia ja joissakin tapauksissa mielikuvia luovia (esim. puolikkaan viinipullon vaikutukset). Yhden hoitajan äänensävy ja tapa neuvoa muuttui sitä tiukemmaksi, mitä rennompia asenne äidillä oli alkoholinkäytön suhteen tai millainen perhetausta äidillä oli (esim. saunaoluen nauttiminen, alkoholisti-isän tytär). Usein hoitajat totesivat keskustelun alussa äidin ja/tai isän saaneen pienet AUDIT -pisteet. Tällä tavoin he loivat heti keskustelun alussa hyväksyvän ilmapiirin ja antoivat asiakkaan/asiakkaiden ymmärtää, että keskustelun lähtökohdat olivat myönteiset. Ainoa poikkeus oli vastaanotto, jossa oli hyvin korkeat pisteet saaneet vanhemmat. Hoitaja meni suoraan asiaan ja totesi isän saaneen ”punaisella olevat pisteet”. Hän olisi kuitenkin voinut aloittaa keskustelun äidin alkoholinkäytöllä mutta valitsi kuitenkin isän, jonka alkoholinkäyttö oli huomattavan runsasta. On mahdollista, että perehtymällä isän alkoholinkäyttöön hoitaja pyrki selvittämään runsaan käytön taustalla olevia syitä, jotka vaikuttivat mahdollisesti myös äidin alkoholinkäyttöön.

Yleisesti ottaen äidit ja/tai isät vaikuttivat asennoituvan hyvin neutraalisti alkoholineuvontaan. He eivät esittäneet lisäkysymyksiä eivätkä juuri kommentoineet esimerkiksi hoitajien antamia esimerkkejä alkoholin vaikutuksista sikiöön. Vaikutti siltä, että asiakkaat kuuntelivat sen mitä hoitajilla oli sanottavana, ehkä siksi että se tuntui kuuluvan hoitajien tehtäviin. Ja onhan niin, että vastaanoton institutionaaliseen luonteeseen kuuluu asiakkaiden rooli informaation vastaanottajina.

## 7. Pohdinta

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia seikkoja ja tulkiten tutkimustuloksia sekä teen niistä johtopäätelmiä. Lopuksi pohdin tulosten merkitystä käytännössä sekä sitä, millaisia jatkotutkimusaiheita tutkimustulokset tarjoavat.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta pitää arvioida jokaisen tutkimuksen kohdalla erikseen eli selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 127) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tulee sisältää koko tutkimusprosessin luotettavuuden tarkastelun. Keskeisin luotettavuuden kriteeri sekä tutkimusväline on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 1998, 211–212) Usein käytettyjä termejä tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa ovat reliabelius ja validius. Nämä ovat erityisen keskeisiä termejä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jonka parissa termit ovat syntyneet. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kyseisiä termejä pyritään usein välttämään. (Hirsjärvi ym. 2007, 227) Laadullinen tutkimus ei nimittäin koskaan voi olla samalla tapaa objektiivista kuin määrällinen tutkimus, jossa tutkimustulokset perustuvat eri mittareilla saatuun numerolliseen tietoon, ei tutkijan omiin tulkintoihin. Esimerkiksi tapaustutkimuksen tekijä voi olla sitä mieltä, että kaikki ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia ja omalla tavallaan oikeita. (Emt., 227) Joku toinen tutkija voi nähdä esimerkiksi samassa vuorovaikutustilanteessa jotain ihan muuta, saada erilaiset tutkimustulokset ja olla silti oikeassa. Keskeistä onkin se, miten tutkija perustelee oman tulkintansa ja selvittää lukijalle polun, jota seuraamalla tutkija on tuloksiinsa päätenyt.

Kuten sanottu, kaikkien tutkimusten luotettavuutta tulee jollakin tavoin arvioida. Luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen kaikkien eri vaiheiden toteuttamisesta. Esimerkiksi olosuhteet, jossa tutkimusaineisto on tuotettu, tulisi kertoa selkeästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 227) Tässä tutkimuksessa olen kuvaillut muun muassa sitä, miten äitiysneuvolan vastaanottojen videonauhoitukset ovat tapahtuneet, ketä vastaanotoilla on ollut läsnä, kuinka kauan tutkimuksen kohteena olleet päihdekeskustelut ovat kestäneet ja kuinka hyvälaatuisia

nauhoitukset ovat olleet. Tutkijan aikaan saamien tulosten tulkinnassa pätee sama tarkkuuden vaatimus: lukijalle on kerrottava, mihin seikkoihin tulkinnat perustuvat (Emt., 228). Tähän olen pyrkinyt lisäämällä Tutkimustulokset -lukuun katkelmia litteroiduista vuorokeskusteluista, jotta lukija saa itse lukea tulkinnan perustana olleet keskustelut. Näin lukija saa tehdä omat tulkintansa ja verrata niitä tutkijan tekemiin.

Huomionarvoinen seikka tutkimusaineiston tuottamisen kannalta oli mielestäni se, että terveydenhoitajat eivät tienneet, mitä seikkoja videoista tultaisiin tutkimaan. Sen vuoksi en usko, että he olisivat pystyneet muuttamaan omaa käyttäytymistään niin paljoa, että vuorovaikutustilanne olisi poikennut normaalista ensikäynnistä mitenkään merkittävästi. Toki voidaan pohtia, saiko videokameran läsnäolo hoitajat noudattamaan tarkemmin neuvolasuosituksia ja vaikuttiko vastaanoton videointi jollain tapaa asiakkaan käyttäytymiseen? Kameran läsnäolon vaikutuksia tiedusteltiin tutkimusprojektin aikana hoitajilta ja muilta neuvoloiden piirissä työskenteleviltä, ja heidän mielestään kameran läsnäolo unohtui nopeasti asiakasvastaanottojen aikana (ks. Ruusuvoori ym. 2008). Voidaankin olettaa, että hoitajat pyrkivät viemään vastaanoton läpi mahdollisimman normaalisti, sillä mitä luultavimmin hoitajat toivoivat, että heidän tapaamansa äidit ja isät saivat mahdollisimman luonnollisen kokemuksen omasta äitiysneuvolan ensikäynnistään. Myös hoitajien oli oletettavasti tärkeää keskittyä kokonaisvaltaisesti työtehtäviensä huolelliseen suorittamiseen, jotta kaikki vastaanoton osa-alueet tuli varmasti käytyä läpi. Mitä asiakkaiden reagointiin tulee, niin ainakin tutkimusaineiston keräysvaiheessa he suhtautuivat myönteisesti vastaanottojen videointeihin (ks. Emt, 2008).

Siitä huolimatta, että validius ja reliabelius nähdään sopivan huonosti laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, niitä käytetään silti. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan täsmällisyyttä tai pätevyyttä. Tutkimus on silloin validi, kun tutkimuksessa mitataan sitä mitä on tarkoitus mitata. Termi viittaa myös siihen, kutsuuko tutkija tutkimaansa ilmiötä sen oikealla nimellä. (Peräkylä 2004, 289) Validissa tutkimuksessa tulkinnat, johtopäätökset ja aineiston välinen suhde ovat päteviä. Tutkimuskohde tulee myös kuvata juuri sellaisena kuin se on. (Eskola & Suoranta 1998, 214) Tässä tutkimuksessa validiutta on tavoiteltu muun muassa varmistamalla läpi tutkimuksen teon, että tutkimuskysymykset vastaavat

tutkimusaineistosta esille nostettuja ilmiöitä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset elävät eri tavoin kuin määrällisessä tutkimuksessa, ja tutkimuskysymysten lopullinen muoto selviää vasta sen myötä, mihin aineisto pystyy vastaamaan. Toki tutkijalla on tutkimusta aloittaessaan ennakkokäsitys siitä, millaisia kysymyksiä hän aineistolle esittää ja minkä tyyppisiä vastauksia hän mahdollisesti tulee saamaan. Samoin Peräkylän (2004, 289) mainitsemaa vaatimusta kutsua tutkittua ilmiötä sen oikealla nimellä olen pyrkinyt mahdollisimman hyvin toteuttamaan. Pelkästään tutkimuksen otsikko on vaihtunut prosessin edetessä ja saanut lopullisen muotonsa aineiston läpikäynnin myötä.

Tutkimuksen reliabiliteetilla viitataan tutkimuksen toistettavuuteen ja samoihin tuloksiin pääymiseen huolimatta siitä, kuka tutkimuksen tekee ja minkälaisissa olosuhteissa. Keskeisimmät reliabiliteetin kriteerit ovat 1) tallennetun tutkimusaineiston valinta, 2) nauhoitusten tekninen laatu ja 3) litteraatioiden tarkkuus. Tutkimusaineistoa on kerättävä riittävästi, jotta tutkija pääsee käsiksi kaikkiin tutkittavan ilmiön yksityiskohtiin. Laadullisten tutkimusten aineistot ovat yleensä suhteellisen pieniä, sillä tutkimusmenetelmä on luonteeltaan työläs. (Peräkylä 2004, 288, 295) Suuri aineisto veisi tutkijalta todella paljon aikaa, joten hänen on löydettävä raja, jolloin aineiston määrän lisääminen ei tarjoa enää uutta informaatiota eli aineisto on kylläntynyt. Tässä tutkimuksessa sopivaksi aineiston määräksi koettiin 10 videoitua vastaanottokäyntiä. Videot oli kuvattu neljän eri terveydenhoitajan vastaanotolta, joten aineisto mahdollistaa useamman eri hoitajan toimintatavan analysoinnin.

Toinen kriteeri, tutkimuksessa käytettyjen nauhoitusten tekninen laatu, tulee olla niin hyvää, ettei tutkimuksen kannalta olennaista tietoa jää huomaamatta (Peräkylä 2004, 288). Joitakin epäselviä kohtia tämän tutkimusaineiston nauhoituksissa oli johtuen muun muassa päällekkäin puhumisesta tai puheäänien hiljaisuudesta, mutta asiayhteydestä päätellen kohdat eivät sisältäneet tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa. Videoaineiston käyttäminen tutkimusaineistona mahdollisti sen, että pystyin tutkimaan aineistoa yhä uudelleen (Emt., 285). Se toi analyysin tekoon varmuutta ja vähensi virheiden riskiä. Tutkimusaineistoa voi näyttää myös muille tutkijoille, jotka työskentelevät saman aineiston parissa ja joilla on lupa nähdä aineistoa. Toiset voivat kuulla ja nähdä samassa vuorovaikutustilanteessa eri asioita kuin tutkija itse, ja

muiden näkemykset antavat lisärikkautta ja uusia näkökulmia tutkimusaineiston tulkintaan. Itse pääsin tätä mahdollisuutta hyödyntämään, sillä sain työskennellä osana isompaa tutkimusryhmää. Tutkimusryhmän jäsenet käyttivät omissa pro gradu – tutkielmissaan samaa aineistoa, vain eri näkökulmista käsin.

Kolmas kriteeri, litteraatioiden tarkkuus, toteutui tässä tutkimuksessa mielestäni hyvin. Kävin videoita läpi useamman kerran seuraten samanaikaisesti paperille tulostettua litteraatiota, enkä löytänyt kuin muutamia tutkimukseni kannalta epäolennaisia sanoja, jotka litteraation tekijä oli kuulemani perusteella tulkinnut väärin. Jos liitin tällaisen pätkän katkelmaksi tähän tutkielmaan, korjasin katkelmasta ensin havaitsemani virheet. Itse kirjoittamani litteraatio kävi välillä ohjaajallani tarkistettavana, joten sain neuvoja ja opastusta jo tutkimusprosessin aikana.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on syytä pohtia myös sitä, miten yleistettäviä tutkimustulokset ovat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pystytään tutkimaan hyvinkin suurta tutkimusjoukkoa, ja tällä pyritään muun muassa siihen, että tulokset voidaan yleistää koskemaan esimerkiksi kokonaista väestöä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimusjoukko on kuitenkin paljon pienempi jo käytännön syistä johtuen. Tutkimustulokset ovat lisäksi aina tietyn tutkijan tai tutkijoiden näkemyksiä ja tulkintoja aiheesta, toki niissäkin on täytynyt tavoitella totuudenmukaisuutta ja puolueettomuutta. Jokainen kvalitatiivisen tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on omalla tavallaan ainutlaatuinen eikä tuloksia voida samalla tapaa yleistää koskemaan suurta joukkoa, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tämä tosiasia koskee myös tätä tutkimusta: tutkimalla kymmentä äitiysneuvolan ensitapaamista ei tutkimustuloksia voida yleistää koskemaan kaikkia ensikäyntejä yhdessä kaupungissa saatikka koko maassa. Jokainen vuorovaikutustilannehan on omanlaisensa, riippuen läsnä olevista henkilöistä ja olosuhteista. Tulokset kuvastavatkin juuri niitä tiettyä kymmentä vuorovaikutustilannetta, jotka ovat sattuneet valikoitumaan tutkimusjoukkoon. Toki niiden voidaan nähdä ilmentävän myös yleisiä toimintatapoja, olihan tutkittavien joukossa useampi hoitaja. Tuloksia voidaan myös verrata aiempiin vastaavanlaisiin tutkimuksiin. Tämän tutkimuksen kohdalla on tilanne, ettei täysin vastaavaa aihetta ole aiemmin maassamme tutkittu. Toki erilaisia vuorovaikutustilanteita on tutkittu paljon, myös äitiysneuvoloiden osalta (esim. Kuronen 1994). Lisäksi neuvomisen problematiikkaa ja asiakas/ammattilähtöistä

toimintatapaa on käsitelty useissa eri tutkimuksissa (esim. Peräkylä ym. 2001), joten tältä osin löytyy joitakin vertailukohteita tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

## **7.2 Tutkimustulosten tulkinta ja johtopäätökset**

Päihdeongelmat ja erityisesti alkoholiongelmat ovat merkittävä yhteiskunnallinen ja kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Myös raskaudenaikaisesta päihteiden ja etenkin alkoholin käytöstä on tullut vakava ongelma, jota on käsitelty julkisuudessa useaan otteeseen muun muassa pakkohoidon näkökulmasta. Toinen tärkeä keskustelunaihe on ollut alkoholinkäytön tunnistaminen ja ehkäiseminen äitiysneuvoiloissa. Tähän tehtävään haetaan nyt apua muun muassa valtioneuvoston 1.7.2009 antamalla asetuksella, jonka yksi keskeinen tehtävä on pyrkiä säätelemään erityisesti terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisältöä ja määrää. Toiveena on, että asetuksessa määrätty perheille tehtävä laaja terveystarkastus antaa kaivattua lisäpontta ja systemaattisuutta alkoholinkäytöstä keskustelemiseen ja sitä myöten ongelmien tunnistamiseen äitiysneuvoiloissa. Mielestäni laajalle terveystarkastukselle onkin selkeä tarve, sillä vaikka jo vuoden 1999 suosituksissa on kehoitettu äitiysneuvoloitten työntekijöitä keskustelemaan päihteistä heti ensikäynnillä, on tällöin paljon muitakin käsiteltäviä aiheita. Niinpä vaarana on, että päihdekeskustelu jää monessa tapauksessa ajan puutteen vuoksi liian pintapuoliseksi tai kokonaan tekemättä.

Valtioneuvoston asetuksessa mainitaan tavoite perheille tehtävän laajan terveystarkastuksen suorittamisesta viimeistään raskauden puolivälissä. Näkisin kuitenkin tärkeänä, että kyseinen tarkastus ja perusteellinen päihdekeskustelu käytäisiin mahdollisuuksien mukaan heti ensimmäisellä tai viimeistään toisella äitiysneuvolatapaamisella eli yleensä raskausviikoilla 8–14. Jos alkoholineuvonnalla ja mahdollisella päihdehoidolla päästään toivottuun tulokseen, eli käytön lopettamiseen tai ainakin vähentämiseen, sitä nopeammin päästään parantamaan sikiön vointia ja kasvua kohdussa. Mutta vaikka terveystarkastukset jäisivätkin raskauden puoleen väliin ja niillä olisi toivottu vaikutus, niin toki vielä silloinkin lopetettu tai vähennetty alkoholinkäyttö on sikiön voinnin kannalta tärkeää. On syytä kuitenkin huomioida, että pelkät asetukset ja tavoitteet alkoholinkäytöstä keskustelemiseen ja neuvomiseen eivät yksinään riitä, vaan aran aiheen käsittelyyn



vaaditaan neuvoloiden työntekijöille annettavaa lisäkoulutusta. Koulutus tulisi kohdistua erityisesti vuorovaikutustaitoihin ja arkojen keskustelunaiheiden läpikäymiseen.

Ihanteellisinta olisi, että raskaudenaikaista päihteidenkäyttöä ei pääsisi lainkaan tapahtumaan tai että sitä saataisiin vähennettyä merkittävästi. Tähän tarvittaisiin paljon ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, kuten valistusta alkoholin vaikutuksista sikiöön ja raskauden kulkuun niille, jotka eivät vielä ole raskaana ja jotka eivät tiedosta alkoholin vaaroja. Valistuksen muoto ja toteutustapa onkin kokonaan oma tutkimusaiheensa, mutta itse näkisin tehokkaana keinona esimerkiksi pysäyttävät ja kenties jopa shokeeraavat materiaalit alkoholin vaurioittamista lapsista. Näinhän esimerkiksi tupakoinnin vaaroista on kerrottu vuosien ajan kouluissa: oppilaille on näytetty hätkähdyttäviä kuvia muun muassa tupakoinnista johtuvan keuhkosityövän runtelemista potilaista. Miksei siis näytettäisi kuvia sikiöaikaisen alkoholinkäytön vioittamista lapsista? Toki materiaali olisi rajua mutta se varmasti huomattaisiin.

Erityisiä riskiryhmiä, jotka todennäköisemmin käyttävät alkoholia raskaaksi tultuaan, vaikuttavat tämän tutkimuksen valossa olevan nuoret humalahakuiset naiset sekä vakavan päihderiippuvuuden omaavat naiset. Nuorten kohdalla elämä voi olla jatkuvaa ”biletystä”, johon kuuluu huolimattomuus tai välinpitämättömyys ehkäisyvälineitä kohtaan. Nuoret eivät välttämättä edes tiedosta olevansa raskaana tai sitten he eivät ymmärrä kuinka pian raskauden alettua alkoholi voi aiheuttaa sikiövaurioita. Itse olen kuullut joidenkin uskovan, ettei alkoholin nauttimisesta ole vaaraa sikiölle ennen 6. raskausviikkoa. Totuus on, että 6. raskausviikkoon mennessä muodostuu jo sikiön alkukantainen sydän ja raajojen aiheet. Siihen mennessä alkaa myös sikiön keskushermoston kehitys.

Toinen mainitsemani erityinen riskiryhmä, päihderiippuvuudesta kärsivät naiset, elävät yleensä omassa päihteiden kontrolloimassa maailmassaan. Heidän raskaudet ovat usein vahinkoja, ja ne saatetaan huomata raskauden edettyä jo varsin pitkälle. Vaikka he tiedostaisivatkin alkoholinkäytön vaarat sikiön kannalta, voi omasta päihdeongelmasta aiheutua suurta häpeää ja sitä myöten salailua. Tässä näkyikin mielestäni yhteiskunnassamme vallitseva vinoutunut asenne: yksi riippuvuus nähdään häpeällisenä, toinen ei. Jos esimerkiksi nikotiiniriippuvuutta verrataan

alkoholiriippuvuuteen, nähdään jälkimmäinen huomattavasti häpeällisempänä. Alkoholiriippuvuudessa on kuitenkin kyse sairaudesta, pakonomaisesta juomisesta. Vaaditaan siis muutoksia yleiseen asennoitumiseen, ennen kuin alkoholiongelmista uskalletaan vapaammin kertoa tai kysyä.

Todennäköisintä siis on, että useimmat äidit vaikenevat raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstään – etenkin jos heiltä ei sitä kysytä. Aiheesta kysyminen ja neuvominen tuleekin saada systemaattiseksi: kaikkien äitiysneuvoloiden työntekijöiden on pystyttävä keskustelemaan asiasta. Edelleenkin löytyy äitiysneuvolan työntekijöitä, jotka eivät ensikäynnillä edes kysy äidin saatikka puolison alkoholinkäytöstä. Tästä itselläni on jopa omakohtaisia kokemuksia. Myös tämän tutkimuksen terveydenhoitajista yksi jätti ensikäynnin aikana kysymättä, käyttikö äiti raskausaikana alkoholia.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on helppo päätellä, että päihdelomakkeen käyttö auttaa hoitajia avaamaan päihdekeskustelu. Lomakkeen avulla hoitajat pääsevät sellaiselle intiimialueelle, jolle voisi olla vaikea päästä sujuvasti ilman lomaketta. Tuloksista nousi esille kuitenkin merkittävä epäkohta: päihdelomakkeesta puuttui selkeä, äitejä koskeva neuvo vastata kysymyksiin raskautta edeltävältä ajalta. Tutkimusaineiston äideistä lähes kolmannes oli ollut epävarma oikeasta täyttötavasta. Selkeät ohjeet helpottaisivat ja nopeuttaisivat lomakkeen täyttämistä etukäteen sekä lomakkeen läpikäyntiä vastaanoton aikana. Päihdelomakkeiden käytön yleistyminen on tärkeä edistys, mutta on syytä muistaa, että niiden hyödyntäminen nojautuu luottamukseen asiakkaiden rehellisyydestä. On aivan eri asia täyttää lomakkeen kysymykset kotioloissa epärehellisesti kuin valehdella kasvokkain tapahtuvassa vuorovaikutustilanteessa.

Valtioneuvoston uudessa asetuksessa painotetaan alkoholinkäytön määrän selvittämistä sekä äidiltä että isältä. Puolison eli yleensä tulevan isän alkoholinkäytöllä voi olla merkittävä vaikutus äidin alkoholinkäyttöön, siksi keskusteluissa on huomioitava koko perheen tilanne. Näkisin tärkeänä selvittää myös, miten tulevien vanhempien lapsuusperheissä on käytetty alkoholia ja miten he arvioivat oman käyttönsä muuttuvan lapsen synnyttyä. Erityinen ongelma suomalaisessa päihdekulttuurissa on juhlapyhien, kuten vapun, juhannuksen ja joulun

muuttuminen alkoholin kostuttamaksi juhlinnaksi. Aikuisilla saattaa olla hauskaa mutta neuvontapuhelimit linjat tukkeutuvat hätäntyneiden lasten soitoista. Vanhemmat tulisikin saada jo raskausaikana ymmärtämään, miten paljon humaltunut vanhempi pelottaa ja ahdistaa lasta. Tämän tiedon avulla voisi vanhemmat saada konkreettisen syyn vähentää alkoholinkäyttöään jo ennen lapsen syntymää, sillä tavoitteenahan ei ole vain raskausajan kestävä tauko liiallisessa alkoholinkäytössä. Erityisen tärkeää olisi saada tämä viesti isille, joille puolison raskausaika ei ole mikään este alkoholinkäytölle. Heidän runsas alkoholinkäyttönsä voi tuoda ongelmia kuitenkin heti lapsen synnyttyä äidin kaivatessa apua lapsenhoidossa.

Toisille aroista aiheista keskusteleminen on vaikeampaa kuin toisille. Kaikkien äitiysneuvoloiden työntekijöiden tulisi kuitenkin pystyä viemään päihdekeskustelut pintaa syvemmälle, ei ainakaan jättää keskustelua pintapuoliseksi toteamukseksi päihdelomakkeesta saatujen AUDIT -pisteiden määrästä. AUDIT -pisteistä puhuttaessa olisi hoitajien hyvä avata pisteiden merkitystä vanhemmille: esimerkiksi kuinka monta alkoholiannosta viikossa tuottaa viisi pistettä jne. Tärkeää olisi myös selventää, miten suurta määrää kohtuujuominen vastaa ja miten pienikin määrä usein juotuna voi aiheuttaa ongelmia sikiölle. Tuloksia voisi purkaa vielä tarkemmin, kysyä esimerkiksi millaisissa tilanteissa äiti käytti alkoholia ennen raskautta. Se, onko ollut tapana juoda itsensä humalaan kotona vai ystävien kanssa juhliessa, kertoo mielestäni eri syistä käyttää alkoholia. Voisi ajatella, että ystävien kanssa juhliessa humaltuminen on viattomampaa kuin yksin kotisohvalla ”ryyppääminen”.

Tutkimusaineiston hoitajilla oli monenlaisia tapoja kysyä alkoholinkäytöstä. Yhtä hoitajaa lukuun ottamatta heille oli yhteistä tapa kysyä suljetulla kysymyksellä melko johdattelevasti, vihjaten ehkä huomaamattaankin mitä he toivoivat kuulevansa, esim.: *”Minkälaista alkoholin käyttö on nyt ku sää oot raskaana, käytäks sää ollenkaa?”*. Parhaiten hoitajien kysymyksistä toimi neutraali kysymys: *”mites sä ajattelet nyt raskausaikana alkoholista?”*, jolloin äidiltä vaadittiin monisanaisempi vastaus kuin kyllä tai ei. Tämä olikin ainoa tapaus, jossa hoitaja jätti kysymyksen avoimeksi. Yhdessä keskustelussa hoitaja kysyi myös äidin isän alkoholismien vaikutuksista naisen lapsuusaikana. Hoitajalla tuntui olevan jonkinlainen ennakkokäsitys siitä, että äiti olisi jotenkin traumatisoitunut isänsä alkoholiongelmasta. Äiti ei kuitenkaan myöntänyt asiaa, antoi vain ymmärtää että hänellä on täysin neutraali suhtautuminen

alkoholiin. Toisinaan taas hoitajat tuntuivat jotenkin välttävän äidin suoraa kohtaamista alkoholinkäytöstä kysyessään. Hoitajat saattoivat kääntyä aiheesta kysyessään tietokoneelle päin, vaihtoivat yhtäkkiä keskustelun suuntaa esimerkiksi parisuhteeseen tai pitivät ylimääräisiä taukoja kysyessään alkoholista.

Yksi tutkimusaineiston hoitajista keskittyi päihdekeskustelussa enemmän tulevan isän kuin äidin alkoholinkäyttöön. AUDIT -kyselystä 14 pistettä saaneella isällä alkoholinkäyttö vaikuttikin olevan erityisen runsasta eikä mies sitä salaillut. Hän suhtautui juomiseensa varsin kevyesti ja myönsi ottavansa ”kunnolla” lähes joka viikonloppu. Päihdekeskustelun aikana isän alkoholinkäytöstä tuli ikään kuin koko perheen yhteinen asia, jota äiti pyrki vähättelemään toteamalla: ”*Muttet välttämättä kyllä kunnolla joka viikonloppu*”. Äiti pyrki myös normalisoimaan heidän alkoholinkäyttönsä määrää toteamalla, että alkoholin määrä muodostuu ravintolassa ruoan kanssa nautituista annoksista. Tällä äiti vaikutti haluavan viestittää, että heidän tapansa käyttää alkoholia on sivistynyt. Toista puhui kuitenkin isän myöntämä tapa juoda humalakuisesti viikonloppuisin. Keskustelun siirryttyä äidin päihdelomakkeen tietoihin hoitaja olisi voinut todeta 11 AUDIT -pisteen perusteella, että ”*punasilla mennään*”, kuten miehen kohdalla. Sen sijaan hoitaja laskee äidin pisteet ja koittaa saada äitiä keskustelemaan raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä pitämällä viiden sekunnin tauon puheenvuorossaan. Äidin oltua kuitenkin täysin hiljaa hän antaa vielä toisen mahdollisuuden keskustella asiasta toteamalla: ”*Mutta tota tää ei nyt oo ollu sulle mikään ongelma sitte ku (ton) raskaustiedon sait niin alkoholin käyttö jäi siihen ---*”. Äidin vastattua hyvin lyhyesti hoitajan kysymykseen tai hoitajan toteamukseen hoitaja siirtyy kysymään äidin tupakoinnista, kuin päästäkseen pois epämiellyttävästä tilanteesta, joka ei tunnu johtavan mihinkään.

Merkille pantavaa äskeisessä esimerkissä on hoitajan tapa kritisoida tulevan isän alkoholinkäyttöä mutta jättää moittimatta äidin runsasta alkoholinkäyttöä ennen raskautta. On mahdollista, että hoitaja ei halunnut kritisoida äidin tekemisiä, sillä se olisi voinut uhata äidin moraalia ja kykyä olla hyvä vanhempi (Strong 1979, Heritage ja Sefi 1992). Lisäksi äidin kritisoiminen olisi voinut heikentää hoitajan ja äidin välistä vuorovaikutusta, joka puolestaan olisi voinut vaarantaa avoimen ja rehellisen asiakassuhteen syntymistä (Kuronen 1994, 49). Onhan totta, että neuvon saaneelle henkilölle voi muodostua käsitys, että neuvojan mielestä häneltä puuttuu sama tieto,

taito tai vaihtoehtoinen näkökulma, joka neuvon antajalla on (Vehviläinen 2001a, 40). Neuvon saaja voi tulkita, että hänen toimiaan kritisoidaan ja tästä voi seurata neuvon torjuminen (Leppo 2008, 34: mm. Pyörälä 2000, Vehviläinen 2001b).

Neuvontatilanne on toisin sanoen vuorovaikutuksellisesti hankala ja emotionaalisesti latautunut (Leppo 2008, 34: mm. Pyörälä 2000, Vehviläinen 2001b). Neuvonnan tyyli, laatu ja määrä vaikuttavat siihen, miten neuvonta otetaan vastaan. Tehtävä vaatii hoitajalta ammattitaitoa nähdä kuka tarvitsee enemmän tietoa ja kuka vähemmän. Liika neuvominen voi tuoda särön vuorovaikutussuhteeseen heti ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä. Vanhemmat saattavat ärsyntyä ja kokea, ettei heidän päihdelomakkeissa tai keskustelun aikana antamiinsa tietoihin luoteta. Tutkimusaineistossa olikin useita tapauksia, joissa neuvominen vaikutti rutiininomaiselta ja etukäteen mietityltä. Neuvominen on toki hoitajien institutionaalinen tehtävä, joka on osa kaikkia äitiysneuvolan vastaanottoja. Useimmiten neuvoja annettiin kuitenkin tavalla, joka ei vastannut äidin antamia vastauksia ja kommentteja. Esimerkiksi alkoholisti-isän tytärtä hoitaja neuvoi varsin monisanaisesti, vaikka äiti yritti kertoa, ettei asia ole hänelle ongelma eikä häntä kiinnosta ottaa sitä yhtäkään alkoholiannosta. Vaikutti siltä, että hoitaja halusi saada sanottua ohjeensa, jonka oli tottunut antamaan. Toinen esimerkki on vastaanotolta, jossa oli paikalla sekä isä että äiti. Molemmat olivat saaneet pienet AUDIT -pisteet (5 pistettä äidillä, miehelläkin normaalirajoissa), mutta hoitaja antoi varsin kovan esimerkin puolikkaan viinipullon vaikutuksesta sikiöön. Pariskunta ei ollut lainkaan kiinnostunut keskustelemaan aiheesta eivätkä he juuri kommentoineet asiaa. Heidän kohdalla hoitaja olisi mielestäni voinut käyttää lievempääkin esimerkkiä, sillä äiti ei todellakaan vaikuttanut sellaiselta, joka raskaana ollessaan joisi puolikkaan viinipullon kerralla. Myös muiden äitien kohdalla alkoholineuvonnan vastaanotto oli varsin innotonta, johtuen ehkä siitä että asia oli heille tuttua tai he eivät kokeneet neuvontaa omalla kohdallaan relevantiksi.

Neuvontatilanteessa vaikuttaa olevan oleellista siis se, että neuvojen antamista ei vältellä mutta niitä ei tuputa liikaa, varsinkaan vääränlaisia. Keskeistä olisi räätälöidä neuvot mahdollisimman yksilölliseksi, jolloin annetut ohjeet vastaisivat paremmin asiakkaan tarpeita ja elämäntilannetta. Tällä tavoin neuvonta olisi myös tehokkaampaa ja vastaanotto suopeampaa. Luvussa 4.2.3.1 esiteltiin Heritagen ja

Sefin (1992, 381–389) luoma malli askelittaisesta siirtymästä, joka huomioi paremmin asiakkaan omat näkemykset:

T: 1-> jaksoa aloittava kysymys

Ä: 2-> ongelmaa ilmentävä vastaus

T: 3-> ongelmaan kohdentava kysymys

Ä: 4-> ongelman yksityiskohtia tai sen ratkaisuyrityksiä käsittelevä vastaus

T: 5-> neuvo

Askelittaisen siirtymän mallin mukaisesti hoitaja voisi äitiysneuvolan ensikäynnillä tiedustella alkoholineuvonnan alussa äidiltä tai molemmilta vanhemmilta esimerkiksi sitä, mitä he ennestään tietävät alkoholin vaaroista sikiön kannalta. Vastauksen jälkeen hoitaja voisi kohdentaa ongelmaan kysymällä esimerkiksi, tietääkö äiti missä menee kohtuuraja, toisin sanoen kuinka paljon alkoholia voi raskaudenaikana turvallisesti nauttia. Lopuksi hoitaja voisi antaa äidin vastausten myötä mahdollisimman yksilöllisen neuvon, esimerkiksi alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista jo pienenkin mutta toistuvasti tapahtuvan kohtuurajan ylittävän juomisen johdosta.

Edellä käymäni pohdinnan perusteella voidaan päätellä, ettei asiakkaita tule kohdella pelkästään tiedon ja neuvonnan vastaanottajina. Myös Vehviläinen (2001a) on todennut tämän saman: asiakaslähtöisesti toimiva hoitaja kohtelee asiakkaan näkemyksiä ja kokemuksia merkittävinä ja joskus jopa ensisijaisina. Tämä tukee edellä esittämäni ajatusta vanhempien tietotason selvittämisestä ennen varsinaisten neuvojen antamista. Toki neuvolavastaanotto on luonteeltaan tilanne, jossa annetaan autoritatiivista tietoa, sillä neuvonta on yksi neuvolan perustehtävistä. Neuvoja pohjustamalla hoitaja pystyisi kuitenkin ratkomaan tai lieventämään sitä ristiriitaa, mikä syntyy kun pyritään olemaan sekä asiakaslähtöisiä että antamaan autoritatiivista, esimerkiksi lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvaa tietoa. (Emt., 39–40)

Huolimatta neuvonnan keskeisestä roolista äitiysneuvolassa tutkimuksessa mukana olleista neljästä hoitajasta yksi jätti antamatta alkoholineuvontaa kaikilla kolmella vastaanotollaan. Erityinen neuvonnan paikka olisi ollut suurkulutuksen rajat ylittäneen pariskunnan kohdalla. Hoitaja keskittyi kuitenkin vain päihdelomakkeiden läpikäyntiin ja selvittämään syitä runsaaseen alkoholinkäyttöön. Hän ei maininnut

edes kohtuukäytön rajoista, totesi vain isän ”menevän punaisella” ja äidinkin pisteiden olevan suuria. Olisiko taustalla vaikuttanut halu välttää epämukavuusalueelle siirtymistä? Mielestäni pariskunnalle olisi kannattanut kertoa erityisesti alkoholin vaikutuksista sikiöön ja kannustaa käyttämään alkoholittomia juomavaihtoehtoja esimerkiksi ystävien kanssa juhliessa. Myös siitä mahdollisuudesta, että alkoholinkäytön määrä voi palautua raskautta edeltävälle tasolle synnytyksen jälkeen, olisi ollut hyvä keskustella. Kyseinen äiti ei ollut päihdelomaketta täyttäessään nähnyt tarpeelliseksi miettiä raskautta edeltävää alkoholinkäyttöään, joten voi olla, ettei hän ollut pohtinut sitäkään minkälaiset juomistavat hänellä olisi raskauden jälkeen. Tässä yhteydessä hoitaja olisi voinut mainita tutkimustuloksiin tukeutuen, minkälaisia tunteita vanhempien runsas alkoholinkäyttö herättää lapsessa.

Kolikon toinen käänköpuoli on se, missä menee äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastuun raja mahdollisen alkoholiongelman selvittämiseksi? Suurin osa hoitajista varmasti tekee parhaansa mutta resurssit ovat rajalliset ja salailun taakse voi olla mahdotonta nähdä. Mielestäni kaikkien äitiysneuvolan työntekijöiden tulisi kuitenkin suoraan kysyä, minkä verran äiti käyttää alkoholia raskaana ollessaan. Lisäksi äideille ja isille tulee kertoa raskaudenaikaisesta kohtuumäärästä (enintään yksi annos viikossa), selittää annoksen koko (esim. yksi olut/siideri) ja antaa perustietoa alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista. Tutkimusaineistossa esille tullut esimerkki puolikkaan viinipullon vaikutuksista sikiöön oli kyllä ajatuksia herättävä mutta toisaalta aika kaukana tavallisen odottavan äidin tavasta nauttia alkoholia. Enemmän hyötyä saataisiin mielestäni aikaan sillä, että kerrottaisiin miten sikiö reagoi jo varsin vähäisenkin alkoholimäärän säännölliseen nauttimiseen. Tämä todennäköisesti vastaa useimpien alkoholia raskausaikana käyttävien tapaa.

Kirjallista materiaalia nimenomaan alkoholin vaikutuksista raskauden aikana antoi vain yksi hoitaja yhden vastaanoton aikana. Toki moni äiti sai Stakesin vihkosen, jossa on mainittu päihteen vaaroista. Oma esite alkoholin vaaroista nousisi kuitenkin paremmin esille kaiken muun vanhemmille jaettavan materiaalin joukosta. Yleisesti ottaen hoitajat eivät kysyneet, halusivatko äidit infolehtisiä vaan antoivat ne joka tapauksessa. Vaikuttikin siltä, että hoitajien tehtävä on jakaa materiaalia ja asiakkaat ottivat ne vastaan kuuliaisesti. Kahta lukuun ottamatta kaikki

tutkimusaineiston äidit olivat ensisynnyttäjiä, joten tämä on voinut myös vaikuttaa informaation jakamisen automaattisuuteen.

### **7.3 Tulosten merkitys käytännössä ja jatkotutkimusaiheita**

Tässä tutkimuksessa olen tutkinut äitiysneuvoloiden ensikäyntien aikana käytyjä keskusteluja raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä äidin ja terveydenhoitajan välillä. Aihe on varsin arkaluontoinen, joten rehellinen ja avoin keskustelu vaatii luottamuksellisen asiakassuhteen. Koska kyseessä on ensikäynti, ei molemminpuolinen luottamus ole käytännössä vielä ehtinyt edes muodostumaan. Siksi on erityisen tärkeää, että hoitajien tavat avata päihdekeskustelut ja tavat kysyä alkoholinkäytöstä ovat oikealla tavalla muotoiltuja. Tähän vaikuttaa muun muassa hoitajien vuorovaikutustaidot ja aiheen asiantuntemus. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voitiin todeta, että yhtä lukuun ottamatta kaikki hoitajat muotoilivat alkoholinkäyttöä koskevat kysymyksensä johdatteleviksi ja suljetuiksi, kyllä/ei – vastausta hakeviksi. Jotta syvällisempään keskusteluun päästäisiin, tulisi vastaajalle antaa mahdollisuus vastata mahdollisimman vapaasti ja monisanaisesti. Niinpä avoimeksi muotoillut kysymykset toimisivat tällaisissa tilanteissa parhaiten. Tämän tutkimuksen perusteella äitiysneuvoloiden terveydenhoitajilla olisi kysymysten muotoilun suhteen kuitenkin vielä paljon parannettavaa. Raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä kysyminen tulee saada myös systemaattiseksi: kaikilta äideiltä tulee jo ensikäynnin aikana kysyä asiasta.

Toinen tutkimuksen käytännön merkitys näyttäytyy raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä koskevassa neuvonnassa. Neljästä hoitajasta yksi jätti neuvonnan kokonaan väliin kolmen ensikäynnin aikana. Alkoholinkäytön riskeistä raskauden kulun ja sikiön kehityksen kannalta on erityisen tärkeää saada informaatiota nimenomaan ensikäynnin aikana. Mitä aikaisemmin äiti saa tietää alkoholin vaaroista ja vähentää tai jopa lopettaa alkoholin liikakäytön, sitä parempi. Tämän tutkimuksen perusteella voidaankin todeta, että ensikäynneillä annettava alkoholineuvonta tulee saada systemaattiseksi, jokaista odottavaa äitiä koskevaksi. Myös neuvonnan määrä ja tyyli oli varsin vaihtelevaa tutkittujen ensikäyntien välillä. Joku hoitajista antoi monta neuvoa yhden vastaanoton aikana, joku vain yhden jos sitäkään. Tämä vaikutti johtuvan hoitajan omista käytännöistä ja totumuksista, ei asiakkaiden tarpeiden



vaihtelusta. Kuten jo aiemmin totesin, neuvontaa osattiin harvoin kytkeä äidin antamiin kommentteihin ja elämäntilanteeseen. Neuvot annettiin rutiininomaisesti, kuin oppikirjasta lukien. Neuvojen sopeuttaminen yksilön tilanteeseen sopiviksi kuuluu mielestäni hoitajien vuorovaikutustaitoihin, joita tulisi kehittää entistä paremmiksi.

Kolmas tutkimuksen käytännön merkitys koskee Tampereen neuvoloissa käytetyn päihdelomakkeen kehittämistä. Tutkimuksessa mukana olleista kymmenestä äidistä kolme oli kokenut lomakkeen täyttöohjeet niin vaillinaisiksi, ettei ollut pystynyt vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Ongelma koski sitä, tuliko kysymyksiin vastata raskautta edeltävältä ajalta vai raskausajalta. Tämän vuoksi lomakkeeseen tulisi lisätä selkeä teksti, jossa neuvottaisiin vastaamaan raskautta edeltävältä ajalta. Tämä helpottaisi ja nopeuttaisi lomakkeeseen vastaamista etukäteen sekä lomakkeen käsittelyä vastaanoton aikana.

Jatkotutkimukset voisivat koskea muun muassa seuraavia aiheita:

- 1) Miten valtioneuvoston uusi asetus 380/2009 vaikuttaa äitiysneuvoloissa tehtävän laajan terveystutkimuksen kautta äitien päihteidenkäyttöön ja asenteisiin?
- 2) Kuinka hyvin kyseenomaista asetusta noudatetaan käytännössä ja miten päihteistä käytävä keskustelu muuttaa luonnettaan?
- 3) Neuvola-asiakkaiden kokemukset päihdekeskusteluista: miten äitien ja/tai isien mielestä aiheesta tulisi keskustella, millaisia neuvoja he kaipaavat, mitkä seikat he ovat kokeneet hyviksi tai huonoiksi omien kokemustensa perusteella?
- 4) Raskaudenaikaisen päihteidenkäytön riskeistä valistaminen: mikä olisi tehokas toteutustapa?

## Lähteet

- Aalto, Mauri & Seppä, Kaija (2009):** Alkoholien liikakäyttö. Teoksessa THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Helsinki: Yliopistopaino. 11–21.
- Aho, Päivi (1999):** Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Porvoo: WSOY.
- Alaja, Riitta & Tuomiranta, Helena (2004):** Hoitoonohjaus raskausajan päihdeongelmissa. Suomen Lääkärilehti 39/2004: 3647–3650.
- Anttila, Petra & Niemelä, Onni (2005):** Miten lääkäri tunnistaa alkoholin suurkuluttajan? Suomen Lääkärilehti 37/2005: 3619–3623.
- Autti-Rämö, Ilona (1993):** Raskauden aikaisen alkoholi-altistuksen vaikutus sikiön ennusteeseen. Suomen Lääkärilehti 32/1993: 3160.
- Autti-Rämö, Ilona (2001):** Päihteet ja raskaus – syylliset ja syytön. Suomen Lääkärilehti 10/2001: 1099–1100.
- Autti-Rämö, Ilona (2004):** Alkoholinkäyttö fertiili-ikäisillä naisilla lisääntyy – miten käy vielä syntymättömän sukupolven? Teoksessa Kirsimarja Raitasalo (päätoim.): *Tommi 2004 Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja*. 43–52.
- Auvinen, Anja (2001):** Näkökulmia naisten päihdeongelmiin ja niistä kuntoutumiseen. Teoksessa Maarit Andersson (toim.): Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Nykypaino Oy. 121–122.
- Byrne, Patrick & Long, B. E. L. (1984):** Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: HMSO.
- Drew, Paul & Heritage, John (1992):** Analyzing talk at work. Teoksessa Paul Drew ja John Heritage (toim.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press. 3–65.
- Drew, Paul & Sorjonen, Marja-Leena (1996):** Institutional dialogue. Teoksessa Teun van Dijk (toim.): Discourse: a multidisciplinary introduction. Lontoo: Sage. 92–118.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998):** Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Goffman, Erving (1955):** On face work. *Psychiatry* 18: 213–231.
- Goodwin, Charles & Heritage, John (1990):** Conversation analysis. *Annual Review of Anthropology* 19: 283–307.

- Haakana, Markku (2001):** Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä ja Kari Eskola (toim.): Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino. 135–159.
- Hakulinen, Auli (1997):** Johdanto. Teoksessa Liisa Tainio (toim.): Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino. 13–17.
- Halmesmäki, Erja (1999):** Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Halmesmäki, Erja & Autti-Rämö, Iina (1994):** Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja syntyvän lapsen ennuste. Suomen Lääkärilehti 10/1994: 1025.
- Heimo, Eija (2002):** Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Painosalama Oy.
- Hemminki, Elina & Gissler, Mika (2007):** Äitiysneuvolat – naistenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi? Teoksessa Matti Heikkilä ja Tuukka Lahti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 55–65.
- Heritage, John (1996):** Harold Garfinkel ja etnometodologia. Suomentanut Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen ja Soile Veijola. Helsinki: Gaudeamus. Englanninkielinen alkuteos 1984.
- Heritage, John (2004):** Conversation analysis and institutional talk. Teoksessa David Silverman (toim.): Qualitative research. Theory, method and practice. London: Sage. 222–245.
- 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 ja John Heritage (toim.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press. 359–417.
- Hiltunen, Tarja & Kujala, Virpi & Mattila, Kati-Pupita (2005):** Näkyvä Piilo. Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007):** Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kalland, M. & Sinkkonen, J. (2001):** Finnish children in foster care: evaluating the breakdown of long-term placements. Child Welfare 2001;5:513–527.
- Kangaspunta, Riitta (2003):** Neuvola voisi olla tärkeä perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin tukija. Suomen Lääkärilehti 25–26/2003: 2900–2901.
- Koponen, Anne (2005):** Katkennein siivin elämään. Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset. Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu. Helsinki: Kirjapaino Kelli Oy.

- Kuronen, Marjo (1994):** Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakes, Tutkimuksia 35. Helsinki.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru (2007):** Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leppo, Anna (2008):** Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. Sosiaalitieteellinen aikakauslehti 45/2008: 33–47.
- Metso, L. & Mustonen, H. & Mäkelä, P. & Tuovinen, E. L. (2002):** Suomalaisten juomatavat vuonna 2000. Stakes 3/2002.
- Mustalampi, Saini (2001):** Alkoholitilanteen kehityksestä. Teoksessa Kaija Ulmanen (toim.): Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. 3. uudistettu painos. Kirjapaino West Point Oy. 48–59.
- Mäkelä, Pia & Mustonen Heli & Huhtanen Petri (2010):** Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen ja Christoffer Tigerstedt (toim.): Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. 39–54.
- Mäkelä, Rauno (2001):** Päihdeperheiden hoito. Suomen Lääkärilehti 40/2001: 4069–4073.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena (2005):** Päihdepalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä ja Milla Roos (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Gummerus. 76–91.
- Pajulo, Marjaterstu (2001a):** Early motherhood at risk: mothers with substance dependency. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D.
- Pajulo, Marjukka (2001b):** Äitiys on suuri mahdollisuus – jos hoito tulee ajoissa. Suomen Lääkärilehti 18/2001:1987.
- Pajulo, Marjukka & Tamminen, Tuula (2002):** Äidin päihdeongelma, vauva ja varhainen vuorovaikutus. Suomen Lääkärilehti 30–32/2002: 3009–3012.
- Peräkylä, Anssi (1997):** Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Johanna Ruusuvoori, Markku Haakana ja Liisa Raevaara (toim.): Institutionaalinen vuorovaikutus. Pieksämäki: RT-Print. 177–203.
- Peräkylä, Anssi (2001):** Erving Goffman. Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen ja Oili-Helena Ylijoki (toim.): Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Jyväskylä: Gummerus. 347–364.
- 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 & Sorjonen, Marja-Leena & Tammi, Tuukka & Raevaara, Liisa & Haakana Markku (2001):** Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen, Anssi Peräkylä ja Kari Eskola (toim.): Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino. 161–182.

**Pyörälä, Eeva (2000):** Interaction in Dietary Counselling of Diabetic Children and Adolescents. Kansanterveystieteen julkaisuja, M 173. Helsinki: Helsinki University Press.

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

**Raevaara, Liisa (2001):** Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Johanna Ruusuvoori, Markku Haakana ja Liisa Raevaara (toim.): Institutionaalinen vuorovaikutus. Pieksämäki: RT-Print. 11–38.

**Ruusuvuori, Johanna (2001):** Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen ja Oili-Helena Ylijoki (toim.): Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Jyväskylä: Gummerus. 383–405.

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

**Sacks, Harvey (1992):** Lectures on conversation. Vol. 1 & 2. Toimittanut Gail Jefferson. Oxford: Blackwell.

**Sacks, Harvey & Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail (1974):** A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50:4. 700–704.

**Savonlahti, Elina & Pajulo, Marjukka & Piha, Jorma (2003):** Päihdeäidit, vauvat ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Pirkko Niemelä, Pirkko Siltala ja Tuula Tamminen (toim.): Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WSOY.

**Schegloff, Emanuel A. (1984):** On some questions and ambiguities in conversation. Teoksessa Maxwell Atkinson & John Heritage (toim.): Structures of social action. *Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail & Sacks, Harvey (1977):** The preference of self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53: 361–382.

**Schegloff, Emanuel A. & Sacks, Harvey (1973):** Opening up closings. *Semiotica* 8 (4).

- Sorjonen, Marja-Leena (1997):** Korjausjäsenitys. Teoksessa Liisa Tainio (toim.): Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino. 111–137.
- Sorsa, Minna & Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi (2004):** Huumausaineita käyttävän äidin päihdehoito ja siihen osallistuminen. Katsausartikkeli. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004: 41: 240–252.
- Stakes (1999):** Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (1999). Kirsi Viisainen (toim.). Stakes Oppaita 34. Jyväskylä: Gummerus.
- STM (2007):** Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM (2009a):** Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki.
- SMT (2009b):** Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Helsinki.
- Strong, P.M. (1979):** The ceremonial order of the clinic. Parents, doctors and medical bureaucracies. Routledge & Kegan Paul. London, Boston and Henley.
- Tainio, Liisa (1997):** Preferenssijäsenitys. Teoksessa Liisa Tainio (toim.): Keskustelunanalyysin perusteet. Vastapaino. Tampere: Tammer-Paino Oy. 93–110.
- Tampereen kaupungin Hyvinvointipalvelut (2007):** Hyvinvointineuvola – toimintamalli Tampereella 2007. Tampereen kaupunki, Hyvinvointipalvelut, julkaisuja 11/2007.
- Terveyden edistämisen keskus ry. (2008):** tiedote, XV Valtakunnalliset Päihdepäivät, 16.9.2008.
- Vehviläinen, Sanna (2001a):** Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma. Teoksessa Johanna Ruusuvaara, Markku Haakana ja Liisa Raevaara (toim.): Institutionaalinen vuorovaikutus. Pieksämäki: RT-Print. 39–61.
- Vehviläinen, Sanna (2001b):** Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudeamus.
- Veijalainen, Eeva-Kaarina (2008):** Kotona tehtävä työ Tosi-projektissa. Teoksessa Kirsi Huhtala (toim.): Päihdeongelmaisten vauvaperheiden auttaminen kotona. Mallin ja osaamisen kehittäminen Tosi-projektissa. Ensi- ja turvakotien liiton raportti 8. Helsinki: Multiprint.
- Österberg, Esa (2004):** Alkoholiolojen muutosten seuranta vuonna 2004: mitä, miten ja miksi? Teoksessa Hannu Alho, Jukka Lindeman, Kirsimarja Raitasalo, Risto Roine (toim.): *Tommi 2004 Alkoholi- ja huume-tutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huume-tutkijain seura ry. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 7–17.

## Internet-sivustot:

### Ensi- ja turvakotien liitto ry:

<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/> Luettu 26.8.2010.

**Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Pelkonen, Marjaana (2009):** Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen ja Salme Ahlström (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopiston kirjapaino. 152–161.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e6f5676-9ccf-4490-8496-45c7b3acce5f>

Luettu 26.8.2010.

**Kangaspunta, Riitta & Värri, Merja (2007):** Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007. Tampere: Tampereen kaupunki, Hyvinvointipalvelujen kehittämissyksikkö, Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 11/2007.

<http://www.tampere.fi/tiedostot/5t8WtOegp/Hyvinvointineuvola-toimintamalli.pdf>

Luettu 31.7.2010.

**Laari, Liisa & Opari, Päivi & Varamäki, Ritva (2008):** Suomalaisten alkoholiasenteet. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2008.

[http://www.tekry.fi/timage.php?i=100468&f=3&name=Suomalaisten\\_alkoholiasenteet\\_2008.pdf](http://www.tekry.fi/timage.php?i=100468&f=3&name=Suomalaisten_alkoholiasenteet_2008.pdf) Luettu 10.2.2009.

**Paaso, Kari & Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Kotovirta, Elina (2009):** Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Työryhmän raportti. Helsinki 2009.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf)

Luettu 26.8.2010.

**Päihdelinkki a:** Kartoitus AUDIT -testillä. Julkaistu 12.2.2008.

<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>

Luettu 5.8.2010.

**Päihdelinkki b:** [http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit\\_lisatieto.htm](http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit_lisatieto.htm)

Luettu 1.8.2010.

**Päihdetilastollinen vuosikirja 2009.** Alkoholi ja huumeet. THL.

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>

Luettu 26.8.2010.

**Rimpelä, Matti (2007):** Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena:

Ideasta toteutukseen. Stakes/KHS/Terveystiedon edistämisen vertaistietohanke.

[http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/84D6E4FF-7522-4B5C-B5FA-2A74E7FC8087/0/Hyvinvointineuvolalapsiperheidentukena\\_final.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/84D6E4FF-7522-4B5C-B5FA-2A74E7FC8087/0/Hyvinvointineuvolalapsiperheidentukena_final.pdf)

Luettu 3.8.2010.

**Rimpelä, Matti (2008):** Mitä tarkoittaa "hyvinvointineuvola" äitiys- ja lastenneuvolan tulevaisuuden toimintalinjana? Hyvinvointineuvola 2008 seminaari, Stakesin Tampereen alueyksikkö, Tampere 10.4.2008.

<http://info.stakes.fi/kouluterveys/HVneuvola100408/Rimpela2.pdf> Luettu 3.8.2010.

**Stakes (2008):** Taskumatti 2008. Tilastotietoa alkoholista ja huumeista.  
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/taskumatti2008.pdf>  
Luettu 10.2.2009.

**Stakes (2009):** Alkoholijuomien kulutus 2009. Jääskeläinen Marke & Virtanen Sirpa, THL. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr10\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr10_10.pdf) Luettu 3.7.2010.

**Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 3.12.2008:**  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus\\_ja\\_kohtuukaytto](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus_ja_kohtuukaytto) Luettu 2.3.2009.

**Tilastokeskus (2009):** Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt\\_2008\\_2009-12-18\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html) Luettu 26.8.2010.

**Wahlfors, Lennart & Österberg, Esa & Jääskeläinen, Marke (2009):** Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 24.2.2009.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Paihde/Kulutusennakko\\_2008\\_Helmikuu09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Paihde/Kulutusennakko_2008_Helmikuu09.pdf) Luettu 2.3.2009.



# Liitteet

## Liite 1. AUDIT –testi (<http://pre20090115.stm.fi/ad1078824606503/passthru.pdf>)

### **Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi**

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholi-juomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keski-olutta tai tilkan viiniä.

- 0  en koskaan → siirry kysymykseen 9  
1  noin kerran kuukaudessa tai harvemmin  
2  2–4 kertaa kuukaudessa  
3  2–3 kertaa viikossa  
4  4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0  1–2 annosta  
1  3–4 annosta  
2  5–6 annosta  
3  7–9 annosta  
4  10 tai enemmän

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

- 0  en koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?

- 0  en koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0  en koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

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

- 0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2  kerran kuukaudessa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

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

- 0  ei  
2  on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana  
4  kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

10. Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi tai lopettaisit sen?

- 0  ei  
2  on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana  
4  kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

YHTEISPISTEET: \_\_\_\_\_ PÄIVÄYS: \_\_\_\_\_

#### **YKSI ALKOHOLIANNOS ON:**

**PULLO (33cl) KESKIOLUTTA  
LASI (12cl) MIETOA VIINIÄ  
RAVINTOLA-ANNOS (4cl) VÄKEVIÄ**

#### **ESIMERKKEJÄ:**

**TUOPPI KESKIOLUTTA (0,5l) 1,5 annosta  
PULLO VIINIÄ 6 annosta  
PULLO VÄKEVIÄ (0,5l) 13 annosta**

## Liite 2. Tampereen äitiysneuvoloissa käytetty kyselylomake päihteidenkäytöstä



**TAMPERE**  
Hyvinvointipalvelut  
Keskusneuvolat

**KYSELY TULEVILLE VANHEMMILLE**

1 (2)

Nimi (äiti / isä) \_\_\_\_\_

### **KYSELY ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ**

*Kysymykset perustuvat Maailman terveysjärjestön kehittämään AUDIT-testiin*

#### **Yksi alkoholiannos =**

pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä,  
lasi (12 cl) mietoa viiniä,  
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä tai  
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

#### **Annosten laskuvain:**

iso tuoppi (0,5 l) keskiolutta tai mietoa siideriä = 1,5 annosta  
iso tuoppi (0,5 l) A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta  
pullo (0,75 l) viiniä (12 %) = 6 annosta  
pullo (0,5 l) väkeviä = 13 annosta

**Ympyröi kustakin kysymyksestä se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa tilannettasi.**

**Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?** Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.  
0 en koskaan  
1 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin  
2 2-4 kertaa kuukaudessa  
3 2-3 kertaa viikossa  
4 4 kertaa viikossa tai useammin

**Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**  
0 1-2 annosta  
1 3-4 annosta  
2 5-6 annosta  
3 7-9 annosta  
4 10 annosta tai enemmän

**Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**  
0 en koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 kerran kuukaudessa  
3 kerran viikossa  
4 lähes päivittäin

**Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?**  
0 ei koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 joka kuukausi  
3 joka viikko  
4 lähes päivittäin

**Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?**  
0 ei koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 kerran kuukaudessa  
3 kerran viikossa  
4 päivittäin

**Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholla päästäksesi paremmin liikkeelle?**  
0 en koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 kerran kuukaudessa  
3 kerran viikossa  
4 lähes päivittäin

**Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**  
0 en koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 kerran kuukaudessa  
3 kerran viikossa  
4 päivittäin tai lähes päivittäin

**Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?**  
0 ei koskaan  
1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
2 kerran kuukaudessa  
3 kerran viikossa  
4 lähes päivittäin

**Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?**  
0 ei  
2 on, muttei viimeisen vuoden aikana  
4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

**Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi?**  
0 ei  
2 on, muttei viimeisen vuoden aikana  
4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

\*\*\*\*\*

**Viikossa juon \_\_\_\_\_ annosta. Testissä sain \_\_\_\_\_ pistettä.**

**Tarkistamisen varaa?**

Olen menossa: A Vihreällä = 0-7 pistettä  
A Keltaisella = 8-13 pistettä  
A Punaisella = yli 14 pistettä

**Käännä!**

Jos sait edellisen sivun kysymyksistä 8 pistettä tai enemmän tai jos viikkokulutuksesi on yli 16 annosta (nainen) tai yli 24 annosta (mies), on sinun syytä pysähtyä tarkkailemaan alkoholinkäyttöäsi. Neuvottele tarvittaessa hoitajan tai lääkärin kanssa.

### KYSELY LÄÄKKEIDEN JA HUUMEIDEN KÄYTÖSTÄ

Vastaamisohje: Ympyröi parhaiten omaa tilannettasi kuvaava vaihtoehto!

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| 1. Poltatko hashista?   | a) Kyllä | b) En |
| 2. Oletko aiemmin polttanut hashista?   | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 3. Käytätkö rauhoittavia-, mieliala- tai unilääkkeitä?                                    | a) Kyllä | b) En |
| 4. Oletko aiemmin käyttänyt rauhoittavia-, mieliala- tai unilääkkeitä?                    | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 5. Käytätkö amfetamiinia tai ekstaasia?   | a) Kyllä | b) En |
| 6. Oletko aiemmin käyttänyt amfetamiinia tai ekstaasia?                                   | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 7. Käytätkö heroiniinia?  | a) Kyllä | b) En |
| 8. Oletko aiemmin käyttänyt heroiniinia?  | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 9. Käytätkö kokaiinia?  | a) Kyllä | b) En |
| 10. Oletko aiemmin käyttänyt kokaiinia?   | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 11. Käytätkö muita huumeita (morfiinia, LSD:tä tms)?                                      | a) Kyllä | b) En |
| 12. Oletko aiemmin käyttänyt muita huumeita (morfiinia, LSD:tä tms)?                      | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit? _____   |          |       |
| 13. Tupakoitko?   | a) Kyllä | b) En |
| 14. Oletko aiemmin tupakoinut?  | a) Kyllä | b) En |
| Jos kyllä, milloin aloitit/lopetit ja montako savuketta poltat/poltit päivässä? _____ kpl |          |       |

### Liite 3. Litteroinnissa käytetyt merkit

- [ ] päällekkäispuhunnan alkamis- ja päättymiskohta
- = kaksi puhunnosta liittyä toisiinsa tauotta
- (0.0) hiljaisuus mitattuna sekunteina ja sekunnin kymmenyksinä
- (.) 0.2 sekuntia lyhyempi hiljaisuus
- ( ) sulkeissa epäselvästi kuultu jakso tai sana, josta ei ole kuultu
- . laskeva intonaatio
- , tasainen intonaatio
- ? nouseva intonaatio
- lii- sana jää kesken (yhdysviiva sanan lopussa)
- .hh sisäänhengitys
- hh uloshengitys
- (h) uloshengitys, useimmiten nauru, sanan keskellä