Sääski Tarja, Virkkunen Maija

KOULUTERVEYDENHOITAJA LAPSIPERHEIDEN VOIMAVAROJEN VAHVISTAJANA

- vanhempien mielipiteitä viidesluokkalaisen lapsensa terveystapaamisesta

Opinnäytetyö
KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2005

Kajaanin ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ
TIIVISTELMÄ

Ala	Koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t)
Sääski Tarja, Virkkunen Maija

Työn nimi
KOULUTERVEYDENHOITAJA LAPSIPERHEIDEN VOIMAVAROJEN VAHVISTAJANA
- vanhempien mielipiteitä viidesluokkalaisen lapsensa terveystapaamisesta

Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Ohjaaja(t)
Mielenterveystyö, terveydenhoitotyö	Sirkka-Liisa Niskanen, Aira Mustonen
Aika	**Sivumäärä**
Syksy 2005	48 + 5 (liitteet)

Tiivistelmä
Kouluterveydenhuolto rakentaa yhteistyötä kodin ja vanhempien kanssa jo esikoulusta lähtien. Sen tavoitteena on luoda mahdollisimman luottamuksellinen suhde vanhempiin. Kajaanissa kouluterveydenhoitajat ovat 1990-luvun puolivälistä lähtien tarjonneet vanhemmille mahdollisuutta osallistua kolmas- ja viidesluokkalaisten lastensa terveystapaamiseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa kajaanilaisten viidesluokkalaisten vanhempien mielipiteitä siitä, mitä voimavaroja kouluterveydenhoitaja heidän mielestään vahvistaa lapsen terveystapaamisen aikana. Lisäksi selvitimme, millaisista asioista viidesluokkalaisten lasten vanhemmat haluavat keskustella kouluterveydenhoitajan kanssa lisää terveystapaamisessa. Tavoitteenamme oli kerätä tietoa vanhempien mielipiteistä Kajaanin kouluterveydenhuollon työn kehittämiseksi.

Keräsimme työmme kvantititatiivisen aineiston väitöskirjan pohjalta luodulla mittarilla. Tutkimuksemme perusjoukkona olivat Kajaanin viidesluokkalaisten lasten vanhemmat. Terveydenhoitajat jakoivat 125 kyselylomaketta terveystapaamisessa mukana olleille vanhemmille. Vastausaktiivisuus oli 57,6%. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 11.5 -ohjelmalla. Mittarimme avoimen kysymyksen vastaukset käsittelimme induktiivisella sisällön analyysillä.

Tulosten mukaan vanhemmat olivat tyytyväisiä terveystapaamiseen. Terveydenhoitajat olivat luoneet erittäin hyvän yhteistyösuhteen vanhempiin, jotka olivat saaneet runsaasti tietoa terveydenhoitajalta terveystapaamisen aikana. Myös vanhempien myönteistä käsitystä tulevaisuudesta tuettiin hyvin. Hieman heikommin terveystapaamisessa toteutuivat perheen sosiaalisten tukiverkkojen ja vanhempien voimien säätelyn vahvistaminen. Vähiten terveydenhoitajat olivat vahvistaneet koko perheen terveydenhuoltoa, johon tulisi kiinnittää huomiota. Suurin osa vanhemmista piti terveystapaamisessa käytyä keskustelua kattavana eikä lisäkeskustelun tarvetta jäänyt. Jatkotutkimusaiheena voisi haastattelemalla vanhempia selvittää tarkemmin esimerkiksi sitä, mitä tietoja tai millaista sosiaalista tukea vanhemmat ovat saaneet terveydenhoitajalta terveystapaamisessa.

Luottamuksellisuus

Hakusanat	voimavarat, voimavarojen vahvistaminen, kouluterveydenhuolto
Säilytyspaikka	Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

Kajaanin ammattikorkeakoulu

ABSTRACT OF THE FINAL YEAR PAPER

Faculty	Degree programme
Health and Sports	Nursing

Author(s)
Sääski Tarja and Virkkunen Maija

Title
Enhansing the Use of Family Resources in School Health Care
- parents 'opinions about their 5th-graders 'counselling session

Alternative professional studies	Instructor(s)
Mental health care, Public health nursing	Sirkka-Liisa Niskanen, Aira Mustonen
Date	Total number of pages
Autumn 2005	48 + 5 (appendices)

Abstract
School health care co-operates with children's home and parents already at preschool. Its purpose is to create a confidential relationship with parents. School nurses in Kajaani have offered the 3rd- and 5th-graders 'parents a possibility to join in their child's counselling session since the mid 1990's. The purpose of this thesis was to study the opinions of 5th-graders 'parents in Kajaani on what family resources the public health nurse enhances in their child's session. It was also studied what kind of things parents would want to discuss more with the public health nurse during the session. The aim was to collect data about parents 'opinions in order to develop school health care in Kajaani.

The quantitative data was collected with a questionnaire created from the basis of a doctoral dissertation. The population of the thesis was the parents of 5th-graders in Kajaani. Public health nurses handed out 125 questionnaires to parents who participated in their children's session. The answering percentage was 57.6. The data was analysed with the SPSS 11.5 for Windows statistical programme. The data from the open question in the instrument was analysed with inductive contents analysis.

According to the results, the parents were satisfied with the session. Public health nurses had created a very good co-operationship with parents, who had got plenty of information from them during the session. Parents 'positive view on the future was also supported well. However, public health nurses did not support a family's social support network and parents 'ability to adjust their strenghts that well. They should pay more attention to the health care of the whole family, because it had been enhanced most poorly. Most parents thought that everything that they wanted to discuss during the session was discussed and there was no need for further discussion. The theme for further investigations could be to interview parents and study more precisely, for example, what kind of information or social support parents have got from the school health nurse during sessions.

Confidentiality status

Keywords	resourses, enhancing the resourses, school health care
Deposited at	Library of Kajaani Polytechnic

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

1 JOHDANTO 1

2 LAPSEN KEHITYS 7-12 –VUODEN IÄSSÄ 3

3 LAPSIPERHEIDEN VOIMAVARAT JA NIIDEN VAHVISTAMINEN 6
3.1 Voimavara ja tukeminen käsitteinä 6
3.2 Perheiden voimavarat 7
3.3 Voimavarojen vahvistaminen hoitotyössä 8

4 KOULUTERVEYDENHUOLTO PERHEIDEN TUKENA 12
4.1 Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja yhteistyö 12
4.2 Kouluterveydenhuollon toiminta 13
4.3 Kouluterveydenhuollon yhteistyö vanhempien kanssa 14
4.4 Ehkäisevä mielenterveystyö kouluterveydenhuollossa 16
4.5 Yhteenvetoa keskeistä käsitteistä 18

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT 20

6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT 21
6.1 Tutkimusmenetelmä ja mittarin laadinta 21
6.2 Kohdejoukon valinta ja aineiston keruu 23
6.3 Aineiston analysointi 25

7 TULOKSET 26
7.1 Taustatiedot 26
7.2 Yhteistyösuhteen vahvistaminen 27
7.3 Itsetunnon vahvistaminen 28
7.4 Tietojen lisääminen 29

7.5 Sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen ... 30
7.6 Myönteisten tulevaisuuskäsitysten vahvistaminen ... 31
7.7 Voimien riitävyyden säätelyn vahvistaminen ... 32
7.8 Koko perheen terveydenhoidon tukeminen ... 32
7.9 Vanhempien toiveet lisäkeskusteluaiheeksi ... 33

8 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET ... 35

9 POHDINTA ... 39
9.1 Tutkimuksen luotettavuus ... 39
9.2 Tutkimuksen eettisyyys ... 41
9.3 Työn tekemisen pohdinta ... 42
9.4 Jatkotutkimusaiheet ... 43

LÄHTEET

LIITTEET (5)

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

TAULUKKO 1 Voimavaroja vahvistavia hoitotyön keinoja tärkeinä ja ei-tärkeinä pitäneiden perheiden osuudet (%) sekä perheiden käsitykset keinojen tärkeydestä
TAULUKKO 2 Mittarin kysymykset ja väittämät sekä niiden muuttujat
TAULUKKO 3 Kyselyyn vastaaminen (n, %)

KUVIO 1 Perheiden voimavarojen vahvistaminen
KUVIO 2 Vastaajien ikäjakauma
KUVIO 3 Viidesluokkalaisen lapsen järjestysluku perheessään
KUVIO 4 Tunnelma ja ilmapiiri terveystapaamisessa
KUVIO 5 Terveydenhoitajan avoimuus ja keskustelun lähtökohta
KUVIO 6 Vanhempien huomiointi ja luottamuksen vahvistaminen omiin kykyihin
KUVIO 7 Myönteisen palautteen antaminen vanhemmille
KUVIO 8 Vanhempien tietojen lisääminen
KUVIO 9 Virallisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen
KUVIO 10 Perheiden välisten sosiaalisen tuen verkkojen vahvistaminen
KUVIO 11 Tuntemus lapsiperheiden oloista ja keskustelu vaikeista asioista
KUVIO 12 Keskusteleminen perheen elämintilanteesta ja –tavasta
KUVIO 13 Koko perheen terveydenhoidon tukeminen
KUVIO 14 Yhteistyösuhteen ja itsetunnon vahvistaminen
KUVIO 15 Tietojen lisääminen ja sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen
KUVIO 16 Myönteisten tulevaisuuskäsitysten ja voimen säätelyn vahvistaminen sekä koko perheen terveydenhoidon tukeminen

1 JOHDANTO

Lapsiperheiden tukemiseen ja voimavarojen vahvistamiseen terveydenhuollossa on kiinnitetty kasvavaa huomiota kuluneen vuosikymmenen aikana (Pelkonen 1998, 6; STM 2004c, 16). Terveys 2015-kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena on kehittää yhteistyötä valtion, kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa perheiden tukemiseksi (STM 2001, 23). Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007 (STM 2004a, 17) sekä uudessa lastenneuvolaoppaassa (STM 2004c, 23) ehdotetaan perhe- ja voimavaralähtöistä työotetta perheiden tukemiseksi.

Yksi kouluterveydenhuollon tarjoama tuen muoto vanhemmille on heidän mukanaolonsa lapsen terveystapaamisessa ja laaja-alaisessa terveystarkastuksessa, joihin heitä tulee kutsua (STAKES 2002, 23). Kajaanin kouluterveydenhuollossa on tarjottu 1990-luvun puolivälistä lähtien kolmas- ja viidesluokkalaisten lasten vanhemmille mahdollisuutta osallistua terveystapaamiseen. Käytäntöön ovat liittyneet vanhempien, lapsen ja opettajan arvio lapsen terveydentilasta. Saatuja tietoja terveydenhoitaja käyttää pohjana keskustellessaan lapsen ja vanhempien kanssa terveystapaamisessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa kajaanilaisten viidesluokkalaisten lasten vanhempien mielipiteitä siitä, mitä voimavaroja kouluterveydenhoitaja heidän mielestään vahvistaa lapsen terveystapaamisen aikana. Lisäksi selvitämme, millaisista asioista viidesluokkalaisten lasten vanhemmat haluavat keskustella kouluterveydenhoitajan kanssa lisää terveystapaamisessa. Tavoitteenamme on kerätä tietoa vanhempien mielipiteistä Kajaanin kouluterveydenhuollon työn kehittämiseksi.

Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kouluterveydenhuollon käytäntöjä ja laatua Kajaanissa, sekä arvioitaessa sitä, millaista konkreettista hyötyä lasten vanhemmat ovat kokeneet mukanaolosta terveystapaamisessa. Rajasimme aiheen koskemaan viidesluokkalaisia, koska latenssivaiheessa lähestyttäessä puberteetti-ikää lapsen ja hänen vanhempiensa tuen tarve

on laajaa (Hynninen 2001, 66, 49; Strid 1996, 36, 41). Terveystapaamisessa kartoitetaankin lapsen terveydentila perusteellisesti (STAKES 2002, 23).

Tulevaisuudessa työskentelemme terveydenhoitajan ja mielenterveystyöhön suuntautuneen sairaanhoitajan ammateissa. Terveydenhoitajan työssä korostuvat perhekeskeisyys sekä voimavarojen vahvistaminen (STM 2004c, 22-23). Hänellä on mahdollisuus olla perheen elämässä positiivisen voiman lähde, jos työskentelyperiaatteiden taustalla ovat voimavaroja vahvistavat periaatteet (Pelkonen 1998, 7). Mielenterveys on voimavara (Friis, Eirola, Mannonen 2004, 32) ja siihen liittyvien ongelmien havaitsemiseen kouluterveydenhuollossa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota (STM 2004b, 27). Kouluterveydenhoitaja on avainasemassa psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyssä tunnistamalla jo varhain psykososiaalista oirehdintaa (Terho, Ala-Laurila, Laakso, Krogius & Pietikäinen 2000, 34; STAKES 2002, 52).

2 LAPSEN KEHITYS 7-12 –VUODEN IÄSSÄ

Suomessa koulu aloitetaan sinä vuonna, kun lapsi täyttää 7 vuotta, joten viidesluokkalaiset ovat 11–12 -vuotiaita. Dunderfeltin (1992, 76–77) kirjassa 7-12 -vuotiaiden kehitysvaihetta kutsutaan latenssivaiheeksi. Tämä vaihe on lapsen kokonaiskehityksen kannalta tärkeä, vaikka lapsen psykoseksuaalinen kehitys onkin selvästi uinuva. Esikouluiässä alkanut samaistuminen lähinnä omaa sukupuolta olevaan vanhempaan jatkuu 10–12 vuoden iässä arkipäiväisten ja vapaa-ajan toimintojen kautta. Jo tässä iässä vanhemmissa kulttuureissa opittiin aikuisilta käden- ja työtaitoja. Tämä ikä on tärkeä kasvulle ja kehitykselle, sillä silloin muodostuvat työnteon, ahkeruuden ja osaamisen perusvoimat. Työskennellessään lapsi kokee yhteistyön ja onnistumisen iloa. Aikuisen läheisyys on tärkeää lapsen kehitykselle. Hän haluaa katsella aikuisten työskentelyä ja osallistua siihen. Lapset myös samaistuvat voimakkaasti tehtäväänsä ja oppivat asioita tekemisen kautta. Sen vuoksi on hyvä, jos he tuntevat osaavansa tehdä ”oikeita ” asioita. Tällä tavoin he saavat kokemuksen siitä, että heitä tarvitaan ja heihin luotetaan.

Latenssivaihe edeltää puberteettia. Eriksonin (1982, 247–248) mukaan lapsi on tässä vaiheessa jo psykologisesti alkeellinen vanhempi. Hänen täytyy kuitenkin kasvaa työntekijäksi ja mahdolliseksi huoltajaksi ennen kuin hänestä voi biologisesti tulla vanhempi. Lapsi oppii nyt saavuttamaan tunnustusta tuottavalla toiminnalla. Hän on oppinut hallitsemaan liikkumisen ja elämän kuviot. Hän huomaa sen tosiasian, ettei ole mahdollista jäädä vanhempien hoiviin ja siten hän on valmis omistautumaan tiettyjen taitojen ja tehtävien oppimiseen. Hän kehittää uutteruuden sopeutuakseen välinemaailmaan ympärillään.

Työn loppuunsaattaminen tuottaa latenssi-ikäiselle mielihyvää. Vaarana tässä kehitysvaiheessa on riittämättömyyden ja alemmuuden tunne. Lapsi voi menettää toivonsa hallita välineitä ja taitoja tai saada asema niitä käyttävien tovereiden joukossa. Jos näin tapahtuu, lapsi voi taantua aiempaan kehitysvaiheeseen ja joutua epätoivoon kyvyistään ja fyysisestä rakenteestaan. Tällöin

kodin ja koulun tuki on erittäin tärkeää lapsen kehitykselle. Monen kehitys katkeaa, jos kotielämä ei ole valmistanut häntä kouluelämään. (emt., 248.)

Piaget ħ ja Inhelderin (1977, 91–125) teorian mukaan koulunkäynnin aloittava lapsi on siirtymässä ajattelun kehityksessään esioperationaaliselta kaudelta konkreettisten operaatioiden kaudelle (7-11 vuotta). Lapsi hallitsee tällöin monia loogista päättelyä vaativia toimintoja erityisesti, kun ajattelun kohteet ovat esillä. Rajoittavana tekijänä on, että tämänikäinen lapsi ei pysty irtautumaan läsnä olevasta konkreettisesta tilanteesta, vaikka ajattelu onkin kehittynyt. Lapsi ymmärtää kuitenkin käsittelemiensä operaatioiden käänteisyyden (esimerkiksi lisääminen ja vähentäminen) sekä pystyy luokittelemaan esineitä usean tunnusmerkin avulla ja asettamaan niitä järjestykseen jonkin ominaisuuden määrän perusteella.

Ajattelun edellytysten lisäksi koulunkäynti vaatii monia sosiaalisia taitoja, joita tarvitaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja koululuokassa työskenneltäessä. Lisäksi lapsi tulkitsee niiden avulla toisen osapuolen tunteita ja luonnehtia häntä. Kouluiässä vanhempien, opettajien ja lapselle tärkeiden tovereiden yksittäisetkin luonnehdinnat vaikuttavat siihen, miten hän kuvaa itseään. Tämä johtuu siitä, että minäkäsitys muodostuu tärkeiden henkilöiden häntä kuvaavista ilmaisuista. Kuitenkaan lapsi ei vielä tuolloin pysty arvioimaan itsestään esitettyjen kuvausten osuvuutta eikä kykene liittämään esittäjien näkökulmia omiin käsityksiinsä itsestään. Yksilöiden väliset erot kehityksen eri alueilla ovat koulunkäynnin aloittamisiässä suuret. Kehitys ei etene tasaisesti, vaan samalla lapsella voi olla suuriakin eroja esimerkiksi kielellisen ja motorisen kehityksensä välillä. Heillä kaikilla on takanaan hyvin erilainen kokemus- ja oppimishistoria. (Lyytinen, Korkiakangas & Lyytinen 2000, 159–160.)

Aidarova (1991, 32–33) määrittelee 7-11 ikävuoteen sijoittuvaksi nuoremman kouluiän. Tässä iässä etusijalle tulee mielenkiinto esineisiin ja siihen, mitä niistä voi oppia. Tähän kehitysvaiheeseen kuuluu halu oppia ja toive saada tietää kaikesta mahdollisimman paljon. Kiinnostus ihmisiin säilyy myös, mutta se näyttää olevan toisella sijalla. Tänä ajanjaksona lapset arvioivat vanhempiaan ja muita ihmisiä erityisesti sen mukaan, mitä he tietävät, osaavat ja mitä he voivat lapsille opettaa. Koulun alkuvaiheessa on tärkeää oppia opiskelemaan ja tekemään työtä koulun sääntöjen mukaisesti. Erityisesti kulttuurin kannalta keskeisten perustaitojen, kuten lukemisen, kirjoittamisen, matematiikan alkeiden sekä tiettyjen taitojen (esimerkiksi WC:ssä käynti ja kengän nauhojen sitominen itsenäisesti) oppiminen on tärkeä tavoite. (Lyytinen ym. 2000, 160–161.)

Koulun ohella harrastukset kuuluvat lapsuuteen ja nuoruuteen olennaisena elämänalueena. Koulun ulkopuolella aikaa käytetään tietojen ja taitojen oppimiseen. Harrastukset perustuvat pääsääntöisesti lapsen ja nuoren omaehtoisuuteen. Tämän lisäksi mallien tarjonnassa ja toimintojen ohjaamisessa vanhemmat, sisarukset ja ikätoverit ovat merkityksellisiä. Harrastuksissa lapsi ja nuori saavat mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja kanssakäymiseen. Tästä syystä harrastusten on katsottu tukevan sosiaalisten taitojen muodostumista ja eettis-moraalisten ajattelu- ja toimintaperiaatteiden omaksumista. Lisäksi taideharrastusten on katsottu edistävän esteettisten arviointien ja kannanottojen kehittymistä. Ainakin osaksi harrastukset ovat myös sellaista elämänaluetta, jolle aikuisten säätely ei täysimittaisesti ulotu. (emt., 165–166.) Latenssi-ikäisen lapsen käyttäytymistä leimaa varovaisuus, pidättäytyväisyys ja asiallisuus. Hänelle on yleensä kehittynyt valmius ottaa aikuisen ohjausta ja neuvoja vastaan. Lapselle auktoriteetit ovat tässä vaiheessa sekä toivottuja, että pelkoa herättäviä. Sukupuolisuuteen liittyvät asiat tulevat yhä kiinnostavammiksi lähestyttäessä murrosikää ja lapsi lujittaa omaa identiteettiään aikuisten tuella. (Sinkkonen & Pihlaja 2000, 31–32.)

Koulutuntien jälkeen harrastusten ja toiminnan tehtävä on periaatteessa samankaltainen: hallita muita ”esineitä” – oppia pelaamaan hyvin jalkapalloa, hyppäämään korkeutta, juoksemaan nopeasti ja tulla ystävien joukossa parhaaksi uimariksi, pyöräilijäksi tai jopa valokuvaajaksi. Tämän vuoksi opetuksella on tänä ajanjaksona keskeisin merkitys lapsen älylliselle kehitykselle. Lapsen älylliset ja kognitiiviset mahdollisuudet uusien taitojen omaksumisprosessissa kehittyvät voimakkaasti. Tällöin vanhempien huolet koskevat lähinnä sitä miten he auttavat lapsiaan oppimaan uutta toimintaa eli opiskelua. Ikäkauden loppupuolella lapsi valmistautuu murrosikään ratkaisemalla myös varsin vaikeita tehtäviä. Hän luo suhteet ikätovereihin sekä ympäröiviin ihmisiin koulussa ja kotona. Lisäksi hän muodostaa itsestään käsityksen ja ymmärtää, mihin pystyy ja mihin ei. (Aidarova 1991, 32–33.)

Kouluikäisen fyysinen kasvu on usein tasaista. Lapsen pituus lisääntyy noin 5 cm ja paino noin 2,5 kg vuodessa. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 72.) Keskimääräinen pituus 11 vuoden iässä on 144,5 cm ja paino 35,5 kg. Pojat ovat usein pidempiä kuin tytöt 11 ikävuoteen asti ja tytöt heitä pitempiä 12- ja 13-vuotiaina. Murrosiän muutokset näkyvät tytöillä noin 10-12 vuoden iässä, jolloin pituuskasvu vauhdittuu ja rintarauhasten kehittyminen alkaa. Pojilla ensimmäinen merkki murrosiän alkamisesta on kivesten ja kivespussien suureneminen 9,5–13,5-vuotiaana. (Terho ym. 2000, 104, 106, 163.)

3 LAPSIPERHEIDEN VOIMAVARAT JA NIIDEN VAHVISTAMINEN

3.1 Voimavara ja tukeminen käsitteinä

Suomenkielessä voimavara-sanaan viitataan usein termillä resurssit. Englanninkielen termillä resources tarkoitetaan varastoa, lähdettä, varallisuutta, varoja, rikkauksia, mahdollisuuksia, voimavaroja, apu- ja hätäkeinoa, turvaa, virkistyksen lähdettä, virkistyskeinoa, neuvokkuutta, kekseliäisyyttä ja harrastusta. (Hurme, Pesonen & Syväoja 2003, 890.) Itkonen (2000, 320) määrittelee resurssit voimavaroiksi, toimintamahdollisuuksiksi ja keinoiksi. Pelkosen (1994, 36) mukaan voimavarat ymmärretään voimana, kykyinä ja toimintamahdollisuuksina, joita vanhemmat tarvitsevat selvitäkseen vanhemmuuden asettamista vaatimuksista elämässään. Vanhemmalla on tällöin jäljellä potentiaalisia keinoja ja toimintamahdollisuuksia elämässään ja hänellä on jotakin varalla, mistä hän saa voimaa. Hän voi luottaa selviytymiskykyynsä tulevaisuudessa, vaikka voimavarat eivät olisikaan aina joka hetki käytössä. Purola (2000, 19) lainaa Bäckmanin ja Söderqvistin määritelmää voimavaroista, jonka mukaan voimavarat ovat välineitä, joiden avulla yksilö voi kontrolloida ja ohjata elinolojaan tietoisesti.

Pelkosen (1994, 31–33) mukaan Antonovskyn terveysteoria määrittelee koherenssin ja vastustusvoimavarat tärkeiksi ihmisen terveyden säilymisen kannalta. Koherenssin tunne merkitsee sitä, että yksilö kokee tilanteensa ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä. Se mahdollistaa voimavarojen käytön. Terveys voidaan käsitteellistää jatkumona, jonka päät edustavat sen äärilaitoja, terveyttä (health ease) ja sairautta (disease). Voimavarojen puute ja vähäisyys altistavat stressitekijöille ja sairauksille Voimavaroja ovat esimerkiksi tieto, älykkyys, sosiaalinen tuki ja pysyvä arvojärjestelmä. Niiden avulla ihminen vastustaa stressin luomaa jännitystä. Terveys voidaan Pietilän (1998, 115, 118) mukaan käsittää voimavarana, joka on tärkeää huomioida yksilön elämänhallintaa arvioitaessa. Voimavarat voivat olla aineellisia, tiedollisia, taidollisia tai sosiaalisiin suhteisiin perustuvia. Ne ovat niin yksilössä, ryhmässä, kuin yhteiskunnassa.

Pelkosen (1994, 33) mukaan Erickson jaottelee itsehoitoteoriassaan voimavarat sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin, joita yksilö käyttää toimiessaan. Sisäisiin voimavaroiin kuuluvat yksilön vahvuudet ja sopeutumiskyky. Ulkoiset voimavarat ovat puolestaan sosiaalisen tuen järjestelmiä, terveyspalvelujärjestelmä ja niitä näkemyksiä ja odotuksia, joita ihmisellä kyseisille järjestelmille on. Pelkonen (1998, 6-8) jakaa voimavarat persoonallisiin, sosiaalisiin ja aineellisiin voimavaroihin. Persoonallisiin voimavaroihin kuuluvat keskeisenä erilaiset taidot ja kyvyt, kuten esimerkiksi vanhempien taidot hoitaa lasta ja ratkaista perheen ongelmatilanteita. Sosiaalinen voimavaralähde on puolestaan muilta ihmisiltä saatu tuki. Aineelliset voimavarat liittyvät perusturvaan, ammattiin ja asemaan.

Suomen kielen perussanakirjan (1995, 342) mukaan tukeminen on kannustamista, innostamista, vahvistamista ja toisen tukena olemista. Oremin (1991, 9-13) itsehoitoteorian mukaan tukeminen on ponnistusten ja yritysten kannattamista ja niiden ylläpitämistä.

3.2 Perheiden voimavarat

Pelkonen (1994, 87, 111) on tutkinut lastenneuvolassa terveydenhoitajien voimavaroja vahvistavaa toimintaa. Vanhemmille tehty kyselytutkimuksen lopullinen aineisto käsitti 1533 perhettä. Tulosten perusteella löydettiin viisi perheiden voimavaraa: itsetunto vanhempana, sosiaalinen tuki, voimien riittävyyden säätely, tietäminen ja tulevaisuutta koskevat myönteiset käsitykset. Näistä vahvimpina perheet pitävät itsetuntoa vanhempana, tulevaisuutta koskevia myönteisiä käsityksiä ja tietämistä.

Itsetunto vanhempana tarkoittaa toiminnallista itsetuntoa, jota voidaan tarkastella merkittävyyden ja hyväksyttävyyden sekä pätevyyden ja hallinnan tunteena. Merkittävyydellä tarkoitetaan, että yksilö kokee tärkeiden ihmisten rakastavan häntä ja hyväksyvän hänet. Kyvykkyys liittyy vanhempien tyytyväisyyteen omiin kykyihinsä vanhempana sekä toimimiseen omien periaatteiden mukaisesti. Hallinnan tunteeseen kuuluu käsitys siitä, miten vanhemmat voivat vaikuttaa perheensä elämään ja tehdä sitä koskevia päätöksiä. Vanhempien itsetuntoon liittyy kiinteästi se, miten äiti tai isä kokee itsensä vanhempana ja kasvattajana, miten hän hyväksyy itsensä ja miten tarpeelliseksi kokee itsensä. Hyvällä itsetunnolla katsotaan olevan yhteys siihen, miten yksilö huolehtii terveydestään. Sitä voidaan pitää edellytyksenä hyvälle psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan yksilön omakohtaista tunnetta siitä, että hän on rakastettu, kunnioitettu, tarpeellinen, hyväksytty ja kuuluu johonkin. Se on tietoisuutta siitä, että on ole-

massa ihmisiä, joilta voi saada emotionaalista, tiedollista, käytännöllistä ja arvioivaa tukea. Tätä tarjoavat usein henkilön sosiaaliseen tukiverkkoon kuuluvat ihmiset. Sosiaaliseen tukiverkkoon lukeutuvat ne ihmiset, jotka ovat osa yksilön elämänpiiriä. (emt., 38-40.)

Voimien riittävyyden säätely on vanhempien kykyä tasapainottaa energian saannin ja sen kulutuksen välistä tasapainoa ja heidän yleistä kokemustaan arkipäivästä ja perheen elämänvaiheesta. Tulevaisuutta koskevat myönteiset käsitykset ovat yhteydessä vanhempien käsityksiin tulevaisuuden näkymistä ja voimavarojen riittävyydestä. Ne sisältävät myös kyvyn tunnistaa omia voimavaroja antavia tekijöitä elämässään sekä uskon omiin kehitysmahdollisuuksiin vanhempana. (emt., 39, 45, 48, 111). Tietäminen vanhempien voimavarana voidaan ymmärtää tiedoksi lapsen kasvusta ja kehityksestä, vanhemmuudesta ja perheen huolenpidosta. Tämän tiedon tulisi muuttua ymmärtäväksi ja toiminnalliseksi huolenpidoksi. Siihen kuuluvat myös sisäinen tietoisuus, kuten esimerkiksi omien tunteiden ymmärtäminen. (emt., 39, 45, 47-48, 111.)

3.3 Voimavarojen vahvistaminen hoitotyössä

Perhe tarvitsee voimavaroja vahvistavia hoitotyön keinoja silloin, kun heidän omat voimavaransa eivät riitä suhteessa niihin vaatimuksiin, joita tilanne asettaa vanhempana toimimiselle, itsestä huolehtimiselle ja perheen arkielämälle. Voimavarojen vahvistamisen ydin on hoitotyön tekijän ja asiakkaan yhteistyösuhteessa. Se vaatii onnistuakseen mahdollistavaa ja edellytyksiä luovaa toimintatapaa, jolloin terveydenhoitaja on rinnalla kulkeva huolenpidon kumppani. Edellytyksenä perheen voimavarojen vahvistamiselle on vallan jakaminen ja antaminen siten, että terveydenhoitaja luopuu auktoriteettiasemastaan. Terveydenhuollon ammattilainen asettaa tällöin taitonsa ja tietonsa asiakkaan käyttöön, jolloin voidaan käynnistää aito työskentely. (Pelkonen 1994, 53, 62.)

Voimavarojen vahvistamisella tarkoitetaan perheen kanssa tapahtuvaa sen ulkoisten ja sisäisten voimavarojen tunnistamista. Tähän liittyy voimavarojen riittävyyden arviointi suhteessa perheen elämäntilanteen vaatimuksiin sekä niiden saaminen perheen käyttöön. Lisäksi voimavarojen vahvistamiseen voi sisältyä niiden käytön säännöstelyä ja jonkin heikosti käytetyn tai kehittyneen voimavaran edelleen kehittämistä. Yhdessä tunnistettuja voimavaroja tuetaan ja niiden käyttöä perheissä vahvistetaan. On tärkeää tunnistaa perheen omat kyvyt ratkaista ongelmansa sekä saada käyttöönsä voimavaroja. Terveydenhoitaja vahvistaa niitä ominaisuuksia, jotka lisäävät perheen hallinnan tunnetta omasta elämästään. Itsensä voimavaraiseksi tuntevalla perheellä

on riittävä itsemääräämisen ja hallinnan tunne, sekä tunne yhteydestä muihin ihmisiin. (emt., 54, 62; Pelkonen 1998, 6-8.)

Hoitotyön keinoilla tarkoitetaan kaikkia niitä hoitotyön toimintoja, joita tietoisesti käytetään asiakkaiden hoitamisessa. Voimavaroja vahvistavat hoitotyön keinot auttavat perhettä tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään voimavarojaan. Suurin osa keinoista ilmaisee sitä tavoitetta, joka sillä pyritään saavuttamaan. Käytännön työssä terveydenhoitajat voivat vahvistaa vanhempien useita voimavaroja samanaikaisesti, esimerkiksi tietojen antamisella voi olla merkitystä itsetunnon vahvistumiselle. (Pelkonen 1994, 53, 56, 62; 1998 6-8.)

Pelkosen (emt., 61, 65-66, 68, 127) mukaan perheiden voimavaroja vahvistavat keinot voidaan jaotella aiemmin esiteltyjen voimavarojen mukaan. Tärkeimpinä niistä perheet pitävät yhteistyösuhteen (99%) ja itsetunnon (97%) vahvistamista. Yhteistyösuhteen vahvistamisella tarkoitetaan keinoja, joilla otetaan huomioon asiakkaan näkemykset ja huolenaiheet, sekä annetaan aikaa. Lisäksi näiden keinojen tarkoitus on tukea asiakkaan osallistumista päätöksentekoon sekä luoda myönteinen ilmapiiri. Hyvässä yhteistyösuhteessa vallitsee sellainen ilmapiiri, että tarvittaessa on mahdollista keskustella erilaisista tunteista ja siihen myös rohkaistaan. Itsetuntoa vahvistavat hoitotyön keinot edistävät vanhempien merkittävyyden ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta sekä tukevat tunnetta pätevyydestä ja vaikutusmahdollisuuksista omaan elämään. Terveydenhoitajan on tärkeää antaa positiivista arviointia ja palautetta sekä todeta myönteisiä asioita vanhempana olemisesta. Tämä auttaa vanhempaa tunnistamaan vahvoja puoliaan ja minäkuvan positiivisia ominaisuuksia. Itsetunnon vahvistamisen edellytyksenä on terveydenhoitajan hyvä itsetunto ja kyky luoda yhteistyösuhde, jossa välittyy empatia, huolenpito sekä tunteiden huomioon ottaminen, hyväksyminen ja kunnioitus.

Perheet pitävät tärkeänä myös tietojen lisäämistä (96 %) sekä virallisten sosiaalisten tukiverkkojen (95 %) ja perheiden välisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamista (88 %). Tietojen lisäämisellä tarkoitetaan perheen tarvitsemien tietojen antamista siten, että vanhempien tieto muuttuu ymmärtäväksi tai toiminnalliseksi tiedoksi. Tiedon vahvistamisella pyritään myös oppimisen mahdollistamiseen ja tiedon lähteille ohjaamiseen. Tarkoituksena on lisätä perheenjäsenten sisäistä tietoisuutta ja antaa tietoa siten, että perhe rohkaistuu tekemään itsenäisiä valintoja ja päätöksiä. Parhaiten terveydenhoitajat ohjaavat aktiivisia ja tiedonhaluisia vanhempia, mutta perheiden ongelmatilanteissa tiedon antaminen jää usein irralliseksi perheen tarpeisiin nähden. Sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamisen tarkoituksena on edistää olemassa olevien tukiverkkojen tuntemista ja käyttämistä. Tähän liittyy uusien tuen lähteiden tunnistaminen ja luominen sekä

tukiverkon muutoksiin valmentaminen. Terveydenhoitajalla tulee olla riittävä tieto vanhemman tuen riittävyydestä ja paikkakunnan virallisen tukiverkon tuntemus. Terveydenhoitajan rooli tukiverkon muutoksiin valmentamisessa on myös tärkeä. (emt., 69, 72, 73, 127.)

Vanhemmat pitävät myönteisen tulevaisuuskäsitysten vahvistamista ja voimien riittävyyden säätelyä erittäin tärkeänä. Voimien riittävyyden säätelyllä tarkoitetaan elämäntilanteen avointa tutkiskelua yhdessä vanhempien kanssa, sekä tulevaisuuden ennakointia ja tavoitteiden asettamista. Myönteinen tulevaisuuskäsitys muodostuu toivosta. Terveydenhoitajalla tulisi olla herkkyyttä ymmärtää toisen tilannetta ja kohtaloa. Voimien riittävyyden säätelyn avulla voidaan varmistaa perheen riittävä energian saanti ja auttaa arvioimaan energian kulutusta. Vanhempien kanssa on tärkeää keskustella riittävästä unesta ja levosta. Lisäksi on syytä selvittää perheen virkistäytymismahdollisuuksia ja lisäavun saamisen mahdollisuutta. Vanhemmista yli kaksi kolmasosaa pitää tärkeänä koko perheen terveydenhuollon tukemista. Siihen sisältyy yleinen käytettävissä olo terveyttä ja sairautta koskevissa kysymyksissä, kiinnostuneisuus ja valmius keskustella henkilökohtaiseen terveydenhoitoon liittyvistä kysymyksistä koko perheen ja erityisesti vanhemman kanssa sekä ohjaaminen tarvittaessa muille asiantuntijoille. (emt., 70, 74, 80.) Seuraavassa taulukossa 1 on koottu voimavaroja vahvistavia hoitotyön keinoja tärkeinä ja ei-tärkeinä pitäneiden perheiden osuudet Pelkosen (emt., 127) mukaan.

TAULUKKO 1. Voimavaroja vahvistavia hoitotyön keinoja tärkeinä ja ei-tärkeinä pitäneiden perheiden osuudet (%) sekä perheiden käsitykset keinojen tärkeydestä (yhdistettyjen muuttujien keskiarvot a) (ka) ja keskihajonnat (sd)

Keino	Voimavaraa vahvistavan keinon tärkeys				
	Tärkeä (1-2,49) %	Ei tärkeä (2,5-4) %	Yhteensä n	ka	sd
Yhteistyösuhteen vahvistaminen	99	1	1522	1,35	0,3
Virallisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen	95	5	1514	1,51	0,5
Itsetunnon vahvistaminen	97	3	1507	1,51	0,5
Tietojen lisääminen	96	4	1504	1,54	0,5
Perheiden välisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen	88	12	1503	1,77	0,6
Myönteisten tulevaisuuskäsitysten vahvistaminen	87	13	1494	1,83	0,6
Voimien riittävyyden säätelyn vahvistaminen	86	14	1501	1,84	0,6
Koko perheen terveydenhuollon tukeminen	71	29	1507	2,12	0,8

a) yhdistetyn muuttujan pienin mahdollinen arvo on 1, joka kuvaa voimavaraa vahvistavan keinon arvostamista, ja suurin arvo 4, joka kuvaa voimavaraa vahvistavan keinon vähäistä merkitystä perheille.
Pelkonen 1994, 127.

Huonoksi koettu terveys ja taloudelliset huolet ovat tärkeimpiä voimavarojen riittämättömyyteen vaikuttavia tekijöitä. Voidaan myös sanoa, että neuvolan antama tuki on osittain väärin kohdistettua ja riittämätöntä, koska kaksi riittämättömintä voimavaraa, voimien riittävyyden säätely ja sosiaaliset tukiverkot, olivat huonoimmin toteutuneet. Terveydenhoitajat olivat vah-

vistaneet entuudestaan voimavaransa hyväksi kokeneiden perheiden voimavaroja paremmin, kuin niiden perheiden, jotka kokivat ne huonoksi. Tämä voi viestiä siitä, että terveydenhoitajilla on puutteita kyvyssä määritellä asiakkaan tarpeita. (emt., 195.) Voimavaranäkökulmassa korostetaan perheen itsemääräämistä sekä sen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia elämänkulussaan. Perheen omien voimavarojen vahvistaminen on perhehoitotyötä parhaimmillaan ja työmenetelmästä on tehty myös teoreettinen malli perhehoitotyöhön. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 203.)

4 KOULUTERVEYDENHUOLTO PERHEIDEN TUKENA

4.1 Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja yhteistyö

Kunnan tehtävänä on kansanterveyslain (66/1972) mukaan ylläpitää kouluterveydenhuoltoa ja kansanterveysasetuksen (802/1992) perusteella sen on järjestettävä oppilaalle myös tietyt tarpeelliset erikoistutkimukset. Oppilaalla on oikeus saada maksutta opetukseen osallistumisen edellyttämä tarvittava oppilashuolto, johon sisältyy kouluterveydenhuolto ja kasvatuksen tukeminen (perusopetuslaki 628/1998). Toiminnan tavoitteena on kouluyhteisön ja hyvinvoinnin ja oppilaan terveyden edistäminen sekä terveen kasvun tukeminen yhteistyössä vanhempien, opettajien, oppilaiden, oppilashuollon ja muun henkilöstön kanssa. Kouluterveydenhuolto osallistuu koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu koulun työolojen ja koulutyön terveellisyyden sekä turvallisuuden valvonta ja edistäminen. Kouluterveydenhuolto seuraa, arvioi ja edistää oppilaan hyvinvointia ja terveyttä. Se osallistuu myös oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen yhdessä oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa. (STAKES 2002, 28.)

Lasten terveyden edistäminen perustuu keskimääräiseen kasvun ja kehityksen tuntemiseen. Useiden sairauksien ja toimintahäiriöiden syntymistä voidaan ennaltaehkäistä jo lapsuudessa, jolloin toiminnan merkitys on suuri. Kouluterveydenhuollon tulee huolehtia siitä, että vanhemmat ovat tietoisia lasten eroista kasvussa ja kypsymisessä. Yhtä tärkeää on myös lisätä vanhempien tietoutta lasten varhaistuneesta fyysisestä aikuistumisesta. Kouluterveydenhuolto jatkaa äitiys- ja lastenneuvolassa aloitettua terveyden- ja hyvinvoinnin seurantaa. Sen toimilla luodaan perustaa aikuisiän terveydelle. (emt., 12-13, 36.) Niillä tavoitetaan toistuvasti peruskoulujen lapset ja nuoret. Mikään toinen terveydenhuollon osa-alue ei enää tavoita kaikkia nuoria sen jälkeen, kun he siirtyvät pois kouluterveydenhuollon piiristä. (Terho ym. 2000, 34.)

4.2 Kouluterveydenhuollon toiminta

Kouluterveydenhuollon toiminnan runko muodostuu koko ikäluokkaa koskevista terveystarkastuksista ja seulontatutkimuksista, jotka mahdollistavat oppilaiden ja perheiden tapaamisen. Terveystarkastusten ja seulontatutkimusten avulla pystytään arviomaan monipuolisesti oppilaan fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa. Tällöin voidaan myös löytää mahdollisia sairauksia sekä terveyttä uhkaavia tekijöitä. Tavoitteena on havaita riskiryhmät, kuten sairaat ja vammaiset lapset, vieraista kulttuureista tulevat oppilaat ja häiritsevästi käyttäytyvät lapset. Riskiryhmän muodostavat myös oppilaat, joiden perhe ei riittävästi pysty tukemaan lasta ja lapset, joilla on oppimisvaikeuksia. Kouluterveydenhoitajan on tunnettava teoria lapsen kasvusta ja kehityksestä sekä kouluikäisten terveydenhuollon menetelmistä. Lisäksi tarvitaan valmiuksia tehdä yhteistyötä paitsi oppilaiden, myös lääkäreiden, opettajien, oppilashuollon ja vanhempien kanssa. (STAKES 2002, 36-37.)

Terveystarkastukset toimivat perustana laadittaessa oppilaan henkilökohtaista hyvinvointi- ja terveyssuunnitelmaa. Tarkastukset ovat paitsi terveyskasvatustilanteita, myös ehkäisevän mielenterveystyön välineitä. Laaja-alaisella terveystarkastuksella tarkoitetaan valtakunnallisten terveystarkastusohjelmien mukaista, tietyssä ikävaiheessa tehtävää hyvinvoinnin ja terveyden arviointia. Se toteutetaan kouluun tullessa 1.-2. luokalla, murrosiän kynnyksellä 5.-6. luokalla sekä jatkokoulutukseen ja työelämään valmistautuessa 8. luokalla. Laaja-alaisessa terveystarkastuksessa tehdään koululaiselle kouluterveydenhuollon suunnitelma ja otetaan kantaa jatkotutkimuksen, -hoidon sekä tuen tarpeeseen. Terveystarkastus on monivaiheinen ja useimmiten se sisältää useita tapaamisia. Tapaamiset toteuttavat lääkäri ja terveydenhoitaja yhteistyössä. Laaja-alaiseen terveystarkastukseen kutsutaan myös vanhemmat, jolloin he tutustuvat terveydenhoitajaan ja lääkäriin. Vanhemmat ja oppilas saavat myös mahdollisuuden kertoa tunteistaan ja tietoa lapsen selviytymisestä kouluyhteisössä. (emt., 36-38.)

Parhaat tulokset saavutetaan, kun laaja-alaisessa terveystarkastuksessa käytetään perheen tilanteen huomioivaa toimintamallia. Hoitohenkilökunnan tulee sen mukaisesti kysyä aktiivisesti mahdollisia huolia sekä arvioida yhdessä perheen kanssa koululaisen oppimista ja kouluselviytymistä. Myös toverisuhteet ja suhde opettajaan on tällöin arvioinnin kohteena. Opettaja antaa kuvauksen oppilaan oppimisesta ja tarvittaessa sen voi antaa myös oppilashuolto. Kouluterveydenhoitaja ottaa asioita esille kysymällä keskeisesti perheeseen sekä terveyteen liittyviä asioita

kaikilta oppilailta ja heidän vanhemmiltaan. Näihin asioihin kuuluvat perheenjäsenten vakavat sairaudet, läheisten kuolema sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat. Myös perhetilanteen muutokset, kuten vanhemman uusi liitto ja avio- tai avoero ovat tärkeitä keskusteltavia asioita. Edellä mainituista muutoksista kysytään suoraan vanhemmilta. Terveydenhoitajan on hyvä olla läsnä tilanteessa, jos näitä asioita käsitellään lääkärintarkastuksen aikana. Tukena voidaan myös käyttää valmista kyselylomaketta. Keskustelun terveystarkastuksessa tulee olla oppilasta ja vanhempia kunnioittavaa ja tasavertaista. Sairauksien löytämiseksi lääkärin tekemä somaattinen arvio on tärkeä ja sen kautta lapsi tuntee tulevansa huomioon otetuksi. (emt., 37-38.)

Oppilas käy laaja-alaisten terveystarkastusten välivuosina terveystapaamisissa. Terveystapaamiset ovat kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman mukaisia kaikki oppilaat kattavia määräaikaisia tapaamisia, joissa terveydenhoitaja voi rauhassa tutustua oppilaaseen. Niissä voidaan käyttää apuna erilaisia standardoituja kyselylomakkeita, kuten esimerkiksi mielialaseulaa tai alkoholikyselyä. Terveystapaaminen antaa oppilaalle mahdollisuuden kertoa omasta elämästään ja tuoda esille henkilökohtaisia asioitaan sekä huoliaan. Tapaamisen aikana käytävän terveyskeskustelun sisältö on suunniteltu siten, että se huomioi oppilaan kehitysvaiheen. (emt., 39.) Terveystapaamisella tarkoitamme tässä opinnäytetyössä sitä 5.luokkalaisten oppilaiden laaja-alaisen terveystarkastuksen osaa, jonka terveydenhoitaja toteuttaa.

Laaja-alaisten terveystarkastusten lisäksi seulontatutkimukset mahdollistavat oppilaiden tapaamisen. Seulontatutkimukset ovat koko ikäluokkaan kohdistuvia määräaikaisia tutkimuksia, joiden avulla etsitään ongelmaa, terveydellistä riskitekijää tai piilevää sairautta. Tutkittava riski voi liittyä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen tai oppilaan elämäntapoihin. Seulontatutkimus voidaan tehdä osana laaja-alaista terveystarkastusta tai terveystapaamista, sekä erillisenä tutkimuksena. Se voidaan toteuttaa erilaisten mittausten (pituus ja paino), laboratoriokokeiden (kolesterolitutkimus), kliinisten tutkimusten (niskan ja selän tutkimus) tai standardoidun kyselyn avulla (mielialaseula). (emt., 39.)

4.3 Kouluterveydenhuollon yhteistyö vanhempien kanssa

Kouluterveydenhuolto rakentaa yhteistyötä kodin ja vanhempien kanssa jo esikoulusta lähtien. Sen tulee huolehtia yhdessä koulun kanssa siitä, että oppilaat ja vanhemmat saavat riittävästi tietoa oppilaan terveydestä ja siinä havaituista ongelmista. Tavoitteena on luoda mahdollisim-

man luottamuksellinen suhde, jotta vanhemmat ottavat yhteyttä tarvittaessa terveydenhoitajaan ja kokevat yhteydenotot ja osallistumisen tarkastuksiin myönteisinä. Sekä vanhemmat että oppilaat tarvitsevat tietoa tehtävistä tarkastuksista ja seulontasuunnitelmasta. Kirjallisen informoinnin lisäksi vanhempia tulee kutsua mukaan laaja-alaisiin terveystarkastuksiin sekä terveystapaamisiin ja tarvittaessa muulloinkin. Huoltajille ilmoitetaan kaikista koululaisen terveystarkastuksista. Yhteinen keskustelu heidän ja koululaisen kanssa on olennainen osa laajaa terveystarkastusta. Tällöin vanhemmat saavat esittää näkemyksensä lapsensa terveydentilasta ja hyvinvoinnista sekä ilmaista toiveita kouluterveydenhuollon ja koulun toiminnalle. Lähtökohtana on, että kaikki lasta koskeva toiminta kouluterveydenhuollossa on vanhempien tietämää ja hyväksymää. Lapselle tehtyjen tutkimusten ja mittausten (paino, pituus, näkö, kuulo) tulokset lähetetään vanhemmille kirjallisena. Heille kerrotaan myös tietosuoja- ja salassapitovelvollisuudesta. Muutoinkin kouluterveydenhuollon toiminnasta tulee tiedottaa koteihin usein ja riittävästi. Oppilaan ja vanhempien tulee lisäksi tietää, että kouluterveydenhoitajan tai –lääkärin luo voi tulla kotihuolien, oppimisongelmien ja koulukiusaamisen takia. (STAKES 2002, 23, 27, 28; STM 2004b, 26.)

Stridin (1996, 1, 31-33) 581 kuudesluokkalaista oppilasta ja 400 vanhempaa käsittävään tutkimukseen vastanneista vanhemmista 53 % piti kouluterveydenhuoltoa erittäin tärkeänä ja 47 % tärkeänä. 81 % vanhemmista oli tyytyväisiä kouluterveydenhuoltoon. Vanhemmat toivoivat kouluterveydenhuollon yhteydenottoja ja ilmaisivat halua ja valmiutta tulla mukaan terveystapaamisiin. Vanhemman läsnäolo terveystapaamisissa on välttämätön lapsen kokonaistilanteen arvioimiseksi. 69 % kuudesluokkalaisista oppilaista oli aikuinen mukanaan terveystapaamisessa. Varjorannan ja Pietilän (1999, 32, 43) mukaan vanhempien osallistuminen koulutulokkaiden tarkastuksiin oli aktiivisempaa kuin myöhemmillä luokka-asteilla.

Hynnisen (2001, 57, 65) kolmasluokkalaisia oppilaita ja heidän vanhempiaan koskeneen tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollon terveystapaamisissa saatu emotionaalinen ja tiedollinen tuki oli vanhempien mielestä riittävää. Perheen sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen arvioitiin kuitenkin puutteelliseksi, sillä alle kymmenesosa vanhemmista koki sen olleen riittävää. Vuoren (1997, 80) mukaan perheet odottivat kouluterveydenhuollon tukevan heidän ainutlaatuista terveyttään ja huomioivan heidät yksilöllisesti.

4.4 Ehkäisevä mielenterveystyö kouluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhuollon toiminnassa korostuu ennaltaehkäisyn merkitys. Erityistä huomiota kiinnitetään mielenterveysongelmien, kuten masentuneisuuden ja syömishäiriöiden varhaiseen havaitsemiseen ja hoitoon ohjaukseen sekä ongelmiin, jotka voivat johtaa koulun keskeyttämiseen. Oppilaan syrjäytymistä ennakoiviin oppimisvaikeuksiin, kuten poissaoloihin ja käytöshäiriöihin tulee kouluterveydenhuollon puuttua välittömästi yhdessä koulun ja kodin kanssa. (STM 2004b, 27; Terho ym. 2000, 33-34).

Mielenterveys on voimavara, jota ei voida erottaa lasten ja perheiden muusta hyvinvoinnista. Se on myös erottamaton osa lasten ja nuorten tervettä kehitystä. Mielenterveyden edistäminen on yksi hoitotyön ulottuvuuksista ja kuuluu terveyden edistämiseen. Siinä kiinnitetään huomiota omien voimavarojen vahvistamiseen. Preventiivisessä perhehoitotyössä korostuu ehkäisevä työote, varhainen tuki sekä perheiden voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen. Elämänhallinnan kokemus vaikuttaa terveyden ylläpitämiseen ja saavuttamiseen. Perheiden elämänhallintavalmiuksien tukeminen ja itsehoidon ohjaaminen voivat parantaa heidän perhe-elämäänsä tulevaisuudessa. Perheiden kokema elämänhallinnantunne rakentuu tuelle, jota tarjotaan erilaisten toimintamallien ja työmenetelmien avulla. Mielenterveystyön painopiste on tänä päivänä monijäsenisissä ja verkostoituneissa työryhmissä. Peruspalveluiden vastuu kunnissa on kasvanut. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 34-37.)

Lasten mielenterveysongelmia ovat esimerkiksi univaikeudet, syömisongelmat sekä kuivaksi ja siistiksi oppimisen ongelmat. Lisäksi lapsila esiintyy sopeutumis-, tarkkaavaisuus-, käytös- ja mielialahäiriöitä, lapsuusiän psykooseja sekä päihteiden käyttöä. Lasten psyykkisen kehityksen ja häiriöiden tutkiminen on ongelmallinen alue, sillä lapsi muuttuu ja kehittyy koko ajan. Lisäksi lapsi on sidoksissa perheeseensä ja lähiympäristöönsä. (emt.., 95-147; Taipale 1998, 167-183, 269-305.)

Paunosen (1985, 124-128) tutkimuksen mukaan psyykkisesti oirehtivat lapset ovat ydinperheestä, joissa toimintamalli oli kapea-alainen, ulkomaailmasta eristäytynyt ja rajoiltaan hajanainen. Perheen keskinäinen vuorovaikutus oli niukkaa ja lapsen häiriökäyttäytyminen vahvistui. Hoitohenkilökunnan tukeen perhe reagoi jäykästi. Hoitotyön kirjaamisten pohjalta saatu kuva hoitotyöstä oli toimenpidekeskeinen eikä vastannut hoitotyön teoreettista toimintamallia. Tutkimuksen tarkasteluajanjaksona kokonaishoito ja hoitotyöt kehittyi myönteisesti. Jo 1970-luvulta lähtien hoitomenetelmät ovat monipuolistuneet ja hoitoajat lyhentyneet. Kuitenkin hoitotyön kir-

jaaminen oli edelleen puutteellista. Parhaiten oli kirjattu ongelmien määrittely ja hoidon toteutus, kun taas puutteellisinta oli hoidon suunnittelun, tavoitteiden asettelun ja arvioinnin kirjaaminen.

Lasten riski sairastua masennukseen kasvaa perheissä, joissa vanhempi on masentunut. Varsinkin murrosikä on heille riskialtista aikaa. Lapset kuitenkin harvoin sairastuvat minkään yksittäisen vastoinkäymisen tai sairauden vuoksi, vaan heidän oirehtimisensa on pitkäaikaisen tilanteen tulos tai monen tekijän yhteissumma. Kaikki eivät sairastu, vaan heillä voi olla ympärillään suojaavia tekijöitä. Niistä tärkein näyttää olevan lapsen ja vanhemman välinen tunneside. Sairastumista voi ehkäistä myös se, että lapsi osaa ottaa vanhemman sairauden erillisenä itsestään ja vanhemmastaan. (Inkinen 2001, 19–25.)

Lapsen oirehdinta on aina yksilöllistä. Joillakin oireet näkyvät heti, toisilla myöhemmin. Joskus oireet voivat olla negatiivisia (esim. kouluvaikeudet, eristyneisyys), toisinaan ne tulkitaan positiivisiksi (esim. ahkeruus, toisten tunteiden herkkä vaistoaminen). Perheissä, joissa vanhempi sairastaa psyykkistä sairautta, vastuun ottaminen on hämärtynyt. Toinenkin vanhempi voi olla niin väsynyt, että perheen asioista vastuun joutuu ottamaan perheen lapsi tai vaikkapa naapuri. Jos vastuusta aiheutuva stressi ei käy lapselle ylivoimaiseksi, voi vastuunotto toimia positiivisesti itsetuntoa ja pärjäämisen tunnetta vahvistaen. (emt., 25-28.)

Masennus näkyy ihmisen psyykkisellä ja fyysisellä ja sosiaalisella tasolla. Se voidaan tulkita persoonallisuuden piirteeksi, sillä se kehittyy usein pikkuhiljaa. Tämän vuoksi sitä on vaikea diagnosoida. Ihmisen suhtautuminen asioihin riippuu tilanteen tulkinnasta. Masentunut vanhempi ei jaksa tehdä kotitöitä ja näin lapsi alkaa ottaa niitä tehtäväkseen, koska haluaa ilahduttaa vanhempaansa. Koska vanhempi ei tästä piristy, lapsi yrittää uutterammin ja pettyy, kun yritykset eivät tuota tulosta Vanhemmat eristäytyvät ympäristöstään, vaikka läheisten tuki olisi erittäin tärkeää. Muita perheitä tavatessaan lapsi ja vanhemmat saisivat tilaisuuden nähdä toisenlaistakin perhe-elämää, vanhemmilla olisi mahdollisuus puhua vaikeuksistaan ja lapset oppisivat sosiaalisia taitoja. (emt., 36-51.)

Joissakin perheissä voi olla myös väkivaltaisuutta, joskus erittäin raakanakin. Tällöin vanhemman tavassa järkeillä asioita voi tapahtua muutoksia, jotka hän siirtää lapseen. Siitä johtuen lasten tunteet vanhempia kohtaan voivat muodostua ristiriitaiseksi. He ovat lojaaleja vanhemmilleen sekä ihailevat näitä ja siksi he kokevat vanhemman poikkeavan käytöksen johtuvan hänestä itsestään. Toisaalta vanhempi on oma vanhempi, jota rakastetaan, mutta toisaalta vihataan hä-

nen tekemisiään. Epävakaasta lapsuuden kodista irrottautuminen voi tuntua helpottavalta, vaikka vastuuntunto vanhemman voinnista painaa yhä. (emt., 66-70.)

Inkisen (emt., 117-134) mukaan lapsi, jonka kanssa vanhemman sairaudesta oli puhuttu kotona, keskusteli luontevasti vanhempansa sairaudesta ahdistumatta. Näin ollen lapselle tulisi kertoa vanhemman sairaudesta siten, että hän sen ymmärtää. Hän ei kuitenkaan ole osallisena vanhemman hoidossa. Kertomisella ei saa vahvistaa perheen liittoutumia, eikä lapselle saa kertoa mitään vanhemmilta salaa. Tarkoitus on vastata lapsen kysymyksiin esimerkiksi siitä, miksi vanhempi on väsynyt ja mitä nyt tapahtuu. Vanhemmat voivat pelätä puhumista sairaudestaan, sillä he voivat hävetä sitä tai he voivat tuntea, etteivät tiedä, mitä ja miten he siitä puhuvat. Vanhemman itsemurhayrityksestä on usein vaikeaa keskustella. Lapsi pelkää, että puhumalla siitä hän saa vanhemman tekemään itsemurhan tai pahoittamaan mielensä ja vanhempi ajattelee, että puhuminen aiheuttaa lapselle huolia. Vanhempien ja ammattiauttajien välillä voi puhumattomuus johtua huostaanoton pelosta. Tällaisissa tilanteissa terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan hienotunteisuutta ja vanhemmuuden kunnioittamista. Vanhempia hoidettaessa koko perheen huomiotta jättäminen voisi olla jopa hoitovirhe.

4.5 Yhteenvetoa keskeistä käsitteistä

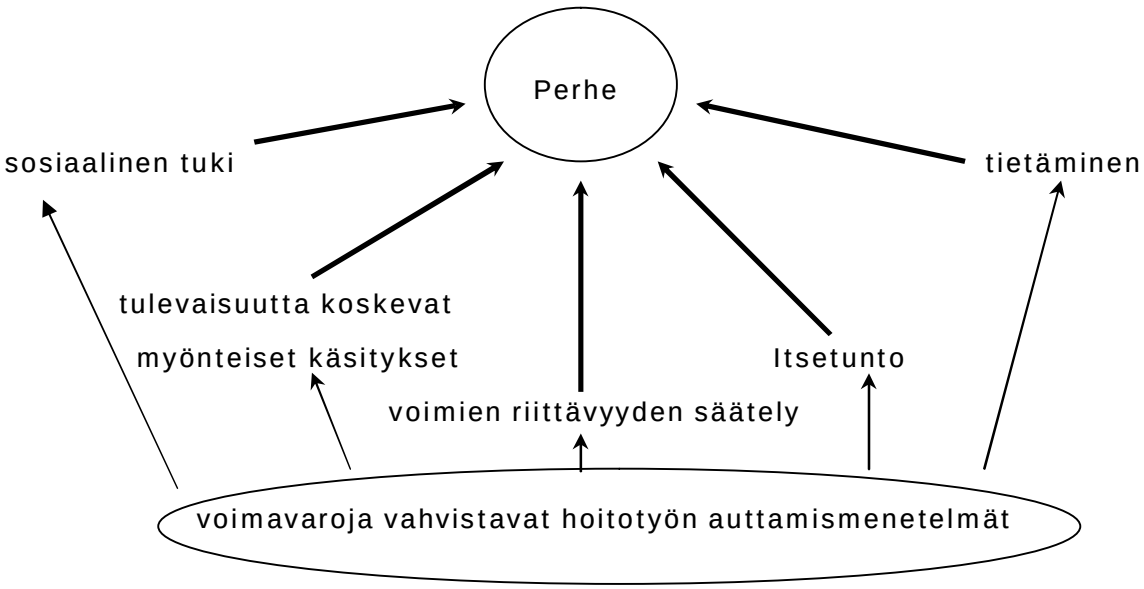
Latenssi-ikäinen lapsi on yleensä hyvin innokas oppimaan uutta ja vastaanottamaan tietoa. Tämä antaa otollisen pohjan työskentelylle heidän kanssaan terveystapaamisessa. Erityisen tärkeää siinä on, millaisen yhteistyösuhteen terveydenhoitaja luo perheeseen. Se luo pohjan työskentelylle, voimavarojen tunnistamiselle ja perheen tilanteen avoimelle tutkiskelulle. Tämän onnistuessa terveydenhoitajasta tulee huolenpidon kumppani, joka antaa omat tietonsa ja taitonsa perheen käyttöön. Voimavaroja vahvistamalla terveydenhoitaja voi lisätä perheen itsemääräämisen ja hallinnan tunnetta. Voimavarat ovat perheiden voimia, kykyjä ja toimintamahdollisuuksia, joita he tarvitsevat selvitäkseen erilaisten tilanteiden asettamista vaatimuksista. Perheiden voimavaroja ovat itsetunto, sosiaalinen tuki, voimien riittävyyden säätely, tietäminen ja tulevaisuutta koskevat myönteiset käsitykset.

Terveydenhoitaja voi vahvistaa usean eri hoitotyön auttamismenetelmän avulla perheiden voimavaroja. Tällöin terveydenhoitaja yhdessä perheen kanssa tunnistaa sen ulkoisia ja sisäisiä voimavaroja. Perheen sisäisiin voimavaroihin kuuluvat sen vahvuudet ja sopeutumiskyky. Ulkoiset voimavarat ovat puolestaan sen viralliset ja sisäiset sosiaaliset tukiverkot,

terveyspalvelujärjestelmä ja perheen odotukset tälle järjestelmälle. Terveydenhoitajan tulisi vahvistaa terveystapaamisessa niitä perheiden voimavaroja, jotka lisäävät sen hallinnan tunnnetta elämästään.

Terveystapaamisessa kanssa on tärkeää antaa perheelle aikaa ja ottaa heidän näkemyksensä sekä huolenaiheensa huomioon. Positiivinen palaute vanhemmille vaikuttaa vanhempien itsetunnon vahvistumiseen. Perheet tarvitsevat myös tietoa lapsensa kasvusta ja kehityksestä. Tärkeää on myös yhdessä heidän kanssaan tunnistaa perheen sosiaalisia tukiverkkoja ja edistää niiden tuntemista sekä käyttöä. Terveydenhoitaja vahvistaa perheiden energiansaannin ja –kulutuksen välistä tasapainoa esimerkiksi keskustelemalla unen ja levon riittävyydestä, sekä perheen virkistäytymismahdollisuuksista. Terveystapaamisessa on myös olennaista huomioida koko perheen terveys voidakseen saada kuvan siitä, miten yksilöt sen sisällä voivat.

Kuviossa 1 on halutaan selkeyttää sitä, mihin voimavarojen vahvistamisella pyritään. Siinä on kuvattuna viisi perheiden voimavaraa, joiden käyttöä ja tuntemusta voimavaralähtöisellä työskentelyllä halutaan edistää.



KUVIO 1 Perheiden voimavarojen vahvistaminen

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa kajaanilaisten viidesluokkalaisten vanhempien mielipiteitä siitä, mitä voimavaroja kouluterveydenhoitaja heidän mielestään vahvistaa lapsen terveystapaamisen aikana. Lisäksi selvitämme, millaisista asioista viidesluokkalaisten lasten vanhemmat haluavat keskustella kouluterveydenhoitajan kanssa lisää terveystapaamisessa. Tavoitteenamme on kerätä tietoa vanhempien mielipiteistä Kajaanin kouluterveydenhuollon työn kehittämiseksi.

Opinnäytetyöllämme etsimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä perheiden voimavaroja kouluterveydenhoitajat vahvistavat viidesluokkalaisen lapsen terveystapaamisen aikana vanhempien mielestä?

2. Millaisista asioista viidesluokkalaisten lasten vanhemmat haluavat keskustella lisää kouluterveydenhoitajan kanssa terveystapaamisessa?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Tutkimusmenetelmä ja mittarin laadinta

Tutkimuksessamme käytämme kvantitatiivista tutkimusotetta, koska haluamme kartoittaa vanhempien mielipiteitä. Kvantitatiivinen eli positivistinen paradigma saa juurensa luonnontieteistä. Se pohjautuu realistiseen ontologiaan, joka korostaa syy-seuraussuhdetta. Tämän taustalla on filosofian suuntaus, looginen positivismi, joka muodostaa käsityksensä todellisuudesta aistihavaintojen ja loogisen päättelyn avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja jo olemassaolevat teoriat tutkittavasta ilmiöstä. Keskeistä on myös aineiston keruun suunnitelmallisuus. Aineisto kerätään tarkkaan määritellystä perusjoukosta otetulta otokselta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130-131, 174.)

Tutkimuksemme on luonteeltaan kartoittava survey-tutkimus. Sillä tarkoitetaan tutkimusta, jolla kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Sille tyypillinen piirre on, että tietystä ihmisjoukosta poimitaan otos, yksilöitä. Tämän jälkeen kerätään aineisto jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa. Tähän tavallisesti käytetään kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Saatujen tulosten avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (emt., 125.)

Tutkimustamme varten laadimme itse Pelkosen (1994, 131-150) tutkimusta apuna käyttäen mittarin, jonka esitestasimme ennen varsinaista tutkimusta (liite 3). Esitestaamalla lomakkeen saimme varmistettua tutkimuksen relabiliuden eli mittaustulosten toistettavuuden, sekä validiuden eli sen, että laatimamme kyselylomake mittaa juuri sitä, mitä pitääkin (Hirsjärvi ym. 2004, 189, 216). Lisäksi saimme tietoa siitä, ovatko kysymyksemme vanhempien mielestä ymmärrettäviä ja ohjeet selkeitä ja yksiselitteisiä. Esitestaukseen riittää 5-10 henkilöä (Heikkilä 2004, 61; Krause & Kiikkala 1997, 113). Esitestausta varten terveydenhoitajat jakoivat

suljetuissa kirjekuorissa viisi kyselylomaketta teveystapaamisessa mukana olleille vanhemmille. Näistä lomakkeista palautui neljä. Esitestaukseen osallistuneet arvioivat mittarimme selkeyttä ja ymmärrettävyyttä vastaamalla avoimiin kysymyksiin erilliselle lomakkeelle. Lisäksi heillä oli mahdollisuus kertoa mielipiteensä siitä, miten kehittäisimme mittariamme ja oliko siihen vastaaminen vaikeaa. Vanhemmat lähettivät vastauksensa tutkijoille postitse ja saadun palautteen perusteella teimme muutamia muutoksia mittarimme kysymyksiin

Käytimme kyselyssämme standartoituja kysymyksiä. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselta otoksen jäseneltä kysytään kaikki kysymykset täsmälleen samassa muodossa (Hirsjärvi ym. 2004, 182). Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Niitä käytetään, kun tutkijalla on tiedossaan ne vastausten ulottuvuudet, jotka ovat mahdollisia kysymykseen. Niiden käyttö on perusteltua, kun tarkoituksena on jakaa aineisto tiettyihin ryhmiin. (Krause & Kiikkala 1997, 113.) Tarkoituksenamme oli ryhmitellä aineistoa, joten mittarimme kysymykset olivat yhtä avointa kysymystä lukuunottamatta strukturoituja. Vastausulottuvuutena käytimme viisiasteista Likert- asteikkoa. Se on tavallisimmin 5 - 7 -portainen, jolloin vaihtoehdot muodostavat laskevan tai nousevan skaalan (Hirsjärvi ym. 2004, 189).

Mittarimme kysymykset 1-5 koskivat vastaajan taustatietoja. Väittämät 6-26 on ryhmitelty Pelkosen (1994, 131-139) määrittelemien kahdeksan perheiden voimavaroja vahvistavan hoitotyön keinon mukaan ja niillä haluamme saada vastauksia ensimmäiseen tutkimusongelmaamme. Väittämät 6-9 mittaavat terveystapaamisessa luotua toimivaa yhteistyösuhdetta ja väittämät 10-13 liittyvät vanhempien itsetunnon vahvistamiseen. Väittämät 14-16 koskevat vanhempien kokemaa tietojen lisäämistä terveystapaamisen aikana ja 17-18 virallisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamista. Perheiden välisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamisesta keräsimme tietoa väittämillä 19-20. Myönteisien tulevaisuuskäsitysten vahvistamista kartoittivat väittämät 21-22 ja voimien riittävyyden säätelyä väittämät 23-24. Koko perheen terveydenhuollon tukemista vanhemmat arvioivat väittämillä 25 ja 26. Avoimella kysymyksellä 27 halusimme selvittää millaisista asioista vanhemmat haluavat keskustella lisää terveydenhoitajan kanssa terveystapaamisessa. Valitsimme yhden avoimen kysymyksen mittariimme, koska sen avulla voidaan saada vastaajien henkilökohtaisia ja heille keskeisiä mielipiteitä (Hirsjärvi ym. 2004, 190). Taulukossa 2 on koottuna mittarimme kysymysten ja väittämien muuttujat.

TAULUKKO 2.

Mittarin kysymykset ja väittämät sekä niiden muuttujat

Mittarin kysymykset/ väittämät	Muuttuja/ perheiden voimavaroja vahvistava hoitotyön auttamismenetelmä
1-5	Taustatiedot
6-9	Toimiva yhteistyösuhde
10-13	Itsetunnon vahvistaminen
14-16	Tietojen lisääminen
17-18	Virallisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen
19-20	Perheiden välisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen
21-22	Myönteisien tulevaisuuskäsitysten vahvistamisen tukeminen
23-24	Voimien riittävyyden säätely
25-26	Koko perheen terveydenhuollon tukeminen
27	Avoin kysymys

6.2 Kohdejoukon valinta ja aineiston keruu

Opinnäytetyössämme perusjoukon muodostavat Kajaanin kaupungin alueella asuvat viidesluokkalaisten lasten vanhemmat. Kajaanissa viidesluokkalaisia oli tutkimuksemme ajankohtana 450 ja he olivat jakaantuneet 23 luokkaan, joista osassa heitä on vain muutama (Pennanen 15.12.2004, sähköposti, liite 5). Viidesluokkalaiset olivat Lohtajan koulun, Normaalikoulun, Keskuskoulun, sekä Lehtikankaan, Nakertajan, Kirkkoahon, Teppanan, Soidinsuon ja Kätönlahden koulujen oppilaita. Koska jokaisella oppilaalla on ainakin yksi vanhempi, perusjoukkomme koko on siis 450. Tutkimuksemme otokseen kuului 125 vanhempaa, jotka olivat mukana viidesluokkalaisen lapsensa terveystapaamisessa. Halusimme tietoa juuri näiltä vanhemmilta, koska tutkimusogelmanamme oli kartoittaa viidesluokkalaisten vanhempien mielipiteitä siitä, mitä voimavaroja terveydenhoitaja vanhempien mielestä vahvistaa terveystapaamisen aikana. Lisäksi haluasimme selvittää, millaisista asioista vanhemmat haluavat keskustella terveydenhoitajan kanssa enemmän terveystapaamisen aikana.

Suurimmalla osalla lapsista oli yksi vanhempi mukaanaan ja vanhempien mukanaolo vaihteli luokittain noin 20%:sta 95%:iin. Tarkkoja tietoja osallistuneiden vanhempien lukumäärästä ei ole tiedossa. Terveydenhoitajat kertoivat, että vanhemmat, jotka eivät tulleet tapaamiseen, olivat joko yhteydessä puhelimitse terveydenhoitajiin ennen terveystapaamista tai olivat laittaneet terveisiään lapsen mukanaan tulevaan lomakkeeseen. Terveydenhoitajat arvioivat myös, että yksi syy vanhempien poisjäännille oli se, että ne vanhemmat, jotka olivat olleet mukana lapsensa terveystapaamisessa jo kolmannella luokalla, eivät nähneet tarpeelliseksi tulla mukaan. (Kajaanin

terveydenhoitajat 23.9.2005.) Veimme viidelle kouluterveydenhoitajalle jaettavaksi terveystapaamisen yhteydessä yhteensä 125 kyselylomaketta, 25 kappaletta kullekin. Otoksen koon valitsimme tutkimuksemme tavoitteiden, perusjoukon homogeenisuuden, tarkasteltavien tekijöiden sekä sen mukaan, miten tarkkoja perusjoukkoa vastaavia tunnuslukuja haluamme saada (Hirsjärvi ym. 2004, 169).

Käytimme opinnäytetyössämme ryväsotantaa, koska tutkimukseemme osallistuvat vanhemmat valikoituivat satunnaisesti terveydenhoitajien työohjelman mukaisesti (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 112). Kouluterveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeita vanhemmille siinä järjestyksessä, kun he tekivät tarkastuksia. Osan kyselylomakkeista terveydenhoitajat jakoivat lasten mukana koteihin, joiden vanhemmat olivat olleet aikaisemmin keväällä mukana terveystapaamisessa. Tämä siitä syystä, että terveydenhoitajat olivat jo tehneet runsaasti tarkastuksia viidesluokkalaisille oppilaille ennenkuin kyselylomakkeemme tuli heille jaettavaksi. Terveydenhoitajat eivät tienneet sitä jakaessaan kyselylomakkeemme sisältöä.

Toisen vanhemman mielipiteet voivat olla väliintuleva muuttuja ja näin heikentää tutkimuksen validiteettia (Krause & Kiikkala 1997, 69, 101). Tämän vuoksi vain toinen vanhemmista täytti kyselylomakkeemme itsenäisesti. Jos molemmat vanhemmat osallistuivat lapsensa terveystapaamiseen, vanhemmat saivat itse päättää, kumpi heistä täytti kyselylomakkeen. Vanhemmat täyttivät kyselyn vain kerran, vaikka he olisivatkin olleet mukana useamassa terveystapaamisessa. Vastausaikaa vanhemmilla oli seitsemän päivää siitä, kun he olivat saaneet kyselylomakkeen terveydenhoitajalta tai lapsensa mukana koulusta. Määrittämällä vastausajan pituuden kohtuullisen lyhyeksi halusimme varmistaa, että vastatessaan kyselyyn vanhemmat muistaisivat hyvin terveystapaamisen tapahtumat. Kyselylomakkeen mukana oli postitusvalmis kirjekuori, jolla vanhemmat lähettivät vastauksensa suoraan tutkijoille. Terveydenhoitajat olivat jakaneet kaikki kyselylomakkeet toukokuun 2005 puoliväliin mennessä. Kyselylomakkeita palautui toukokuun 2005 loppuun mennessä 72 kappaletta. Tutkimuksemme vastausprosentti oli 57,6. Taulukossa 3 esitetään yhteenveto kyselyyn osallistuneista.

TAULUKKO 3.

Kyselyyn vastaaminen (n, %)

Kyselyyn osallistuneet	n	%
Perusjoukko	450	
Otos	125	28
Lomakkeita palautettiin	72	57,6
Kato	53	42,4
Lopullinen aineisto	72	57,6

6.3 Aineiston analysointi

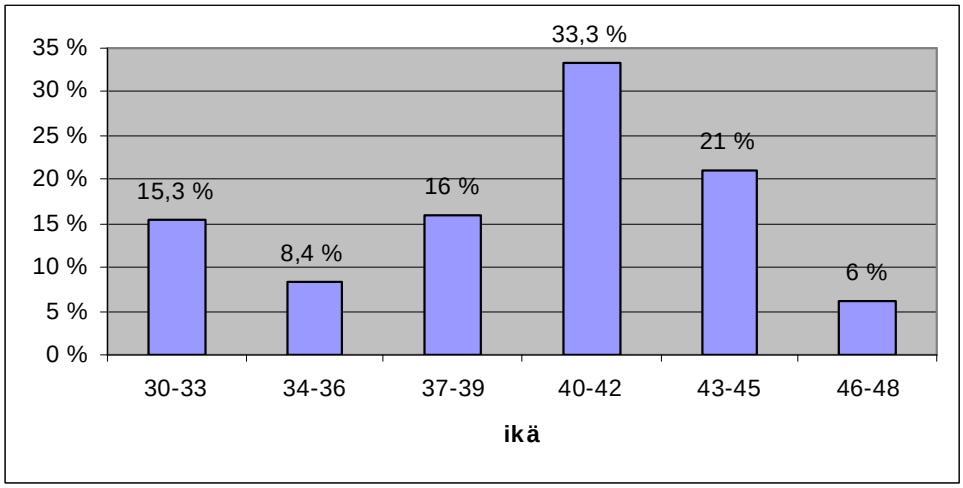
Aineiston keräämisen jälkeen numeroimme saadut kyselylomakkeet. Mittarimme sisältämät taustatietokysymykset sekä Likert-asteikolliset väittämät analysoimme SPSS for Windows 11.5-tilastoanalyysiohjelmalla. Sen avulla laskimme erilaisia tunnuslukuja, kuten prosentteja. Ohjelmalla voimme kuvailla aineistosta saamiamme muuttujia taulukoiden ja kuvioiden avulla. Lisäksi se antaa mahdollisuuden monenlaisten riippuvuuslukujen käyttöön kvantitatiivista aineistoa analysoidessa. Teimme tuloksista frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Frekvenssijakaumat ilmoittavat vastaajien lukumäärän aineistosta ja ne kuvataan lukumäärinä ja prosenttilukuina. (Heikkilä 2004, 146-149, 203.)

Mittarimme avoimen kysymyksen vastaukset analysoimme induktiivisella sisällön analyysillä. Sen avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti ja tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan tiivistetty kuvaus yleisessä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1998, 4.) Sisältölähtöinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään siten, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai erovaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ne ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-114.)

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

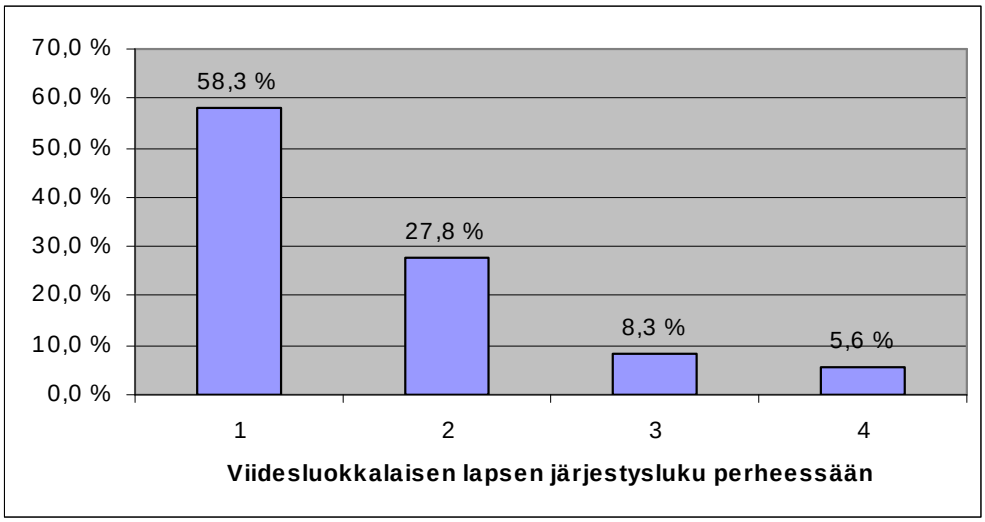
Tutkimukseemme osallistuneista vanhemmista (n = 72) miehiä oli 6,9% (n=5) ja naisia 93,1% (n=67). Vastaajista (n=71) nuorimmat olivat 30-vuotiaita ja vanhimmat 48-vuotiaita. Vastanneista suurin osa oli 40-42-vuotiaita (n=24) ja tyyppiarvo (moodi) oli 40 vuotta (n =14). Vähiten heidän joukossaan oli 46-48-vuotiaita (n=4). Vanhempien ikien keskiarvo oli 39,4. Seuraavassa kuviossa esitetään vastaajien ikäjakauma.



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma (n = 71)

Kysymyslomakkeemme kysymyksessä 3, joka koskee koulutusta, emme olleet huomioineet korkeakoulututkintoa. Kolme vastaajista (n=71) oli kirjannut kysymyslomakkeeseen korkeakoulututkinnon itse erillisenä kohtana. Korkeakoulututkinto oli näin vastaajista 4,2%:lla. Opistotason tutkinnon oli suorittanut 36,6%, ylioppilastutkinnon 16,9% ja ammattitutkinnon 33,8% vanhemmista. Peruskoulu, kansakoulu tai keskikoulu oli koulutuksena 8,5%:lla vastaajista. Vanhemmista 55,5%:lla oli perheessään yksi tai kaksi lasta. 40,3%:lla oli perheessään kolme tai neljä lasta. Vanhemmista 4,2%:lla oli lapsia viisi tai enemmän. 58,3%:lle vastaajista viidesluokkalainen

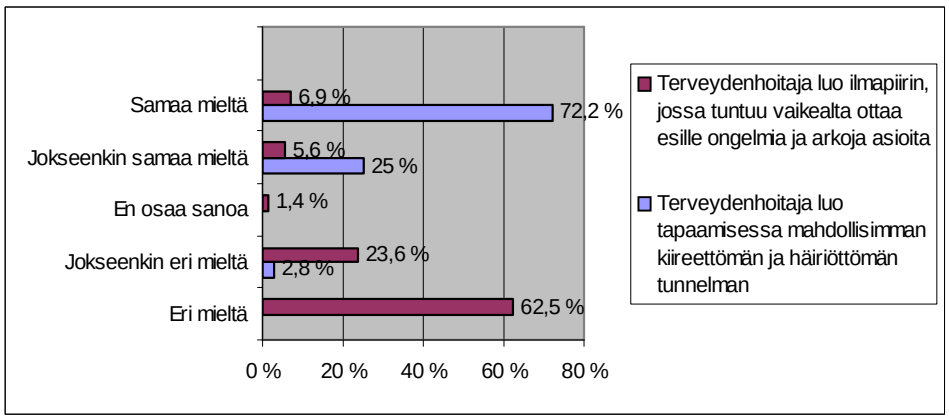
oli ensimmäinen lapsi. Viidesluokkalainen oli toinen lapsi 27,8%:lla, kolmas 8,3%:lla ja neljäs 5,6%:lla perheistä. Kuviossa 3 kuvataan, monesko lapsi viidesluokkalainen on vastaajien perheessä.



KUVIO 3. Viidesluokkalaisen lapsen järjestysluku perheessään (n = 72)

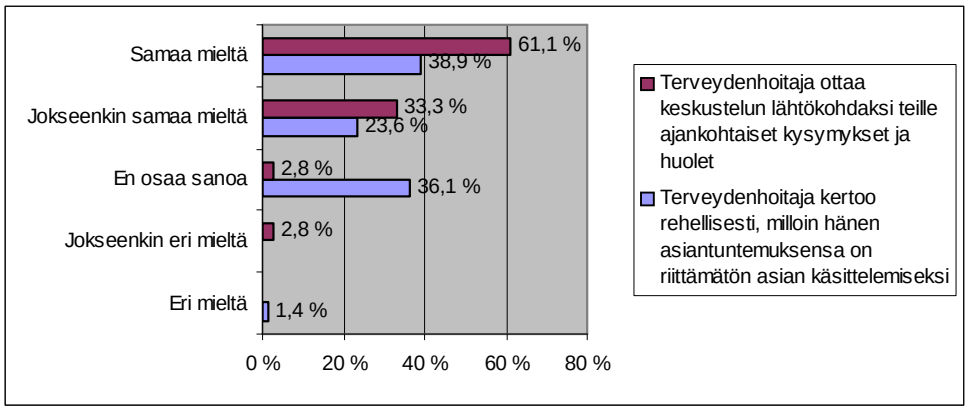
7.2 Yhteistyösuhteen vahvistaminen

Vanhemmista 72,2% oli samaa mieltä ja neljäsosa jokseenkin samaa mieltä siitä, että terveydenhoitaja luo tapaamisessa mahdollisimman kiireettömän ja häiriöttömän tunnelman. Jokseenkin eri mieltä oli 2,8%. Vaihtoehtoihin eri mieltä ja en osaa sanoa ei tullut yhtään vastausta. 6,9% vanhemmista koki, että terveydenhoitaja luo ilmapiirin, jossa tuntuu vaikealta ottaa esille ongelmia ja arkoja asioita. Jokseenkin samaa mieltä oli 5,6% ja jokseenkin eri mieltä 23,6% vastaajista. Eri mieltä väittämän kanssa oli 62,5% ja kantaansa ei osannut sanoa 1,4% vastanneista. Seuraavassa kuviossa 4 esitetään yhteenvetona väittämien 6 ja 7 vastaukset.



KUVIO 4. Tunnelma ja ilmapiiri terveystapaamisessa (n = 72)

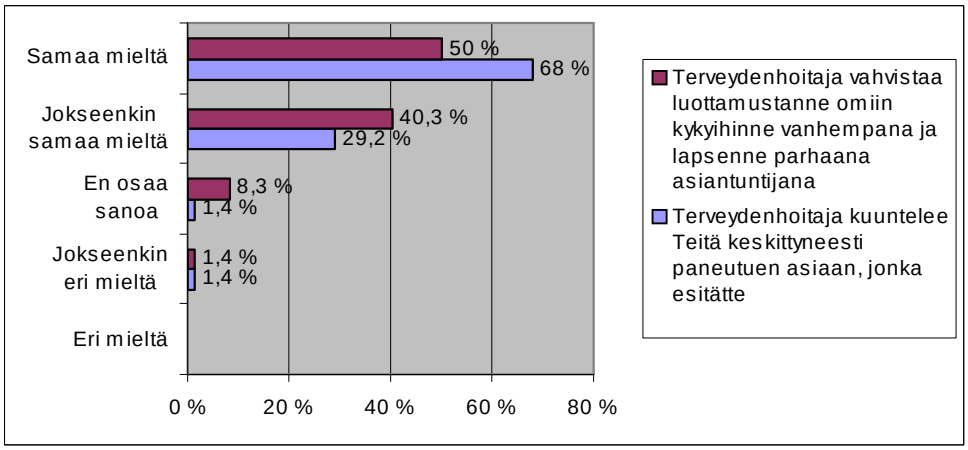
Vastaajista 38,9% arvioi, että terveydenhoitaja kertoi rehellisesti, milloin hänen asiantuntemuksensa on riittämätön. Jokseenkin samaa mieltä oli 23,6% ja eri mieltä oli 1,4% nhemmista. Mielipidettään ei osannut sanoa 36,1%. Vastaajista 61,1% totesi, että terveydenhoitaja otti terveystapaamisessa kestustelun lähtökohdaksi heille ajankohtaiset kysymykset ja huolet. 33,3% vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. 2,8% vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa kantaansa väitteeseen. Kuviossa 5 on yhteenveto väittämien 8 ja 9 vastauksista.



KUVIO 5. Terveydenhoitajan avoimuus ja keskustelun lähtökohta (n = 72)

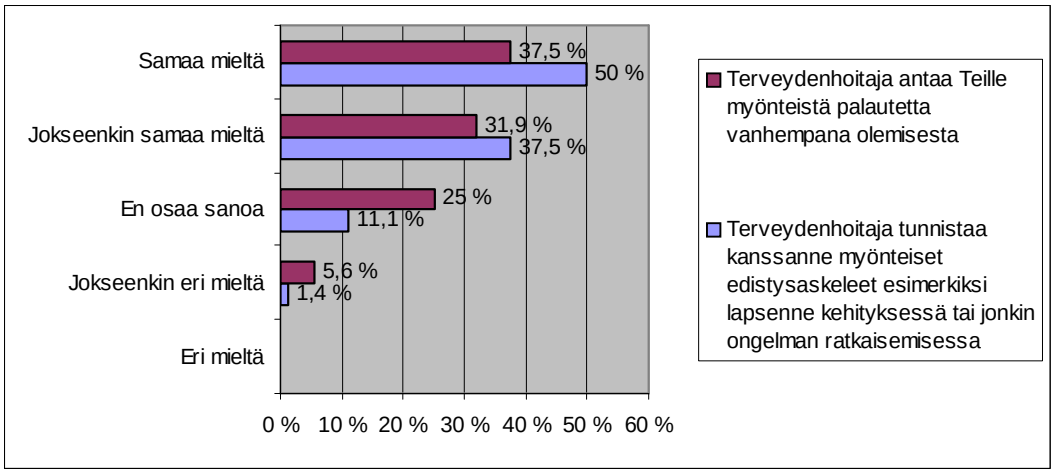
7.3 Itsetunnon vahvistaminen

Vanhemmista 68% ilmoitti, että heitä kuunneltiin keskittyneesti ja heidän esittämäänsä asiaan paneuduttiin. Jokseenkin samaa mieltä oli 29,2%. ”Jokseenkin eri mieltä” tai ”en osaa sanoa vastasi 1,4%. Puolet vanhemmista kertoi terveydenhoitajan vahvistavan luottamusta vanhempien kykyihin vanhempana ja lapsensa parhaana asiantuntijana. Jokseenkin samaa mieltä oli 40,3% ja “en osaa sanoa” vastasi 8,3%. Jokseenkin eri mieltä oli 1,4% vastanneista. Seuraavassa kuviossa 6 kuvataan väittämien 10 ja 11 vastaukset.



KUVIO 6. Vanhempien huomiointi ja luottamuksen vahvistaminen omiin kykyihin (n = 72)

Terveydenhoitajan kertoi tunnistavan terveystapaamisessa myönteiset edistysaskeleet lapsen kehityksessä tai jonkin ongelman ratkaisemisessa 50% vastaajista. 37,5% vanhemmista oli jokseenkin samaa mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli 1,4% vastaajista. 11,1% vanhemmista ei osannut sanoa mielipidettään väittämään. Väittämässä 13 kysyttiin vastaajien mielipidettä siitä, antaako terveydenhoitaja heille myönteistä palautetta vanhempana olosta. 37,5% vastaajista oli väitteen kanssa samaa mieltä ja 31,9% jokseenkin samaa mieltä. 25% vanhemmista ei osannut sanoa mielipidettään ja 5,6% oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. Kuvioon 7 on koottu väittämien 12 ja 13 vastaukset.



KUVIO 7. Myönteisen palautteen antaminen vanhemmille (n = 72)

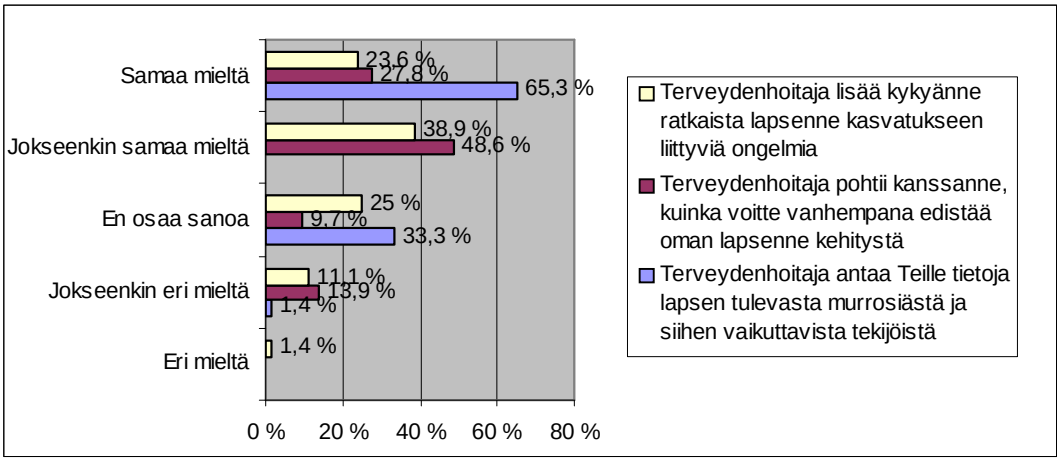
7.4 Tietojen lisääminen

Vastaajista 65,3% oli sitä mieltä, että terveydenhoitaja antoi heille tietoja lapsen tulevasta murrosiästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Jokseenkin samaa mieltä ei ollut yhtään vanhempaa. Jokseenkin eri mieltä väittämästä oli 1,4% vastaajista. Eri mieltä ei ollut yhtään vastaajaa ja 33,3% ei osannut sanoa mielipidettään väittämästä.

27,8% vanhemmista ilmoitti terveydenhoitajan pohtivan vanhempien kanssa sitä, kuinka he voivat vanhempana edistää oman lapsensa kehitystä. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 48,6% ja jokseenkin eri mieltä 13,9%. Kantaansa väittämään ei osannut sanoa 9,7% vastaajista. Myös tästä väittämästä ei ollut yhtään vastaajaa eri mieltä.

Tietojen lisäämistä koski myös väittämä siitä, lisääkö terveydenhoitaja vanhempien kykyä ratkaista lapsensa kasvatukseen liittyviä ongelmia. 23,6% vastaajista ilmoitti olevansa samaa mieltä ja 38,9% jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Jokseenkin eri mieltä oli 11,1% ja eri mieltä

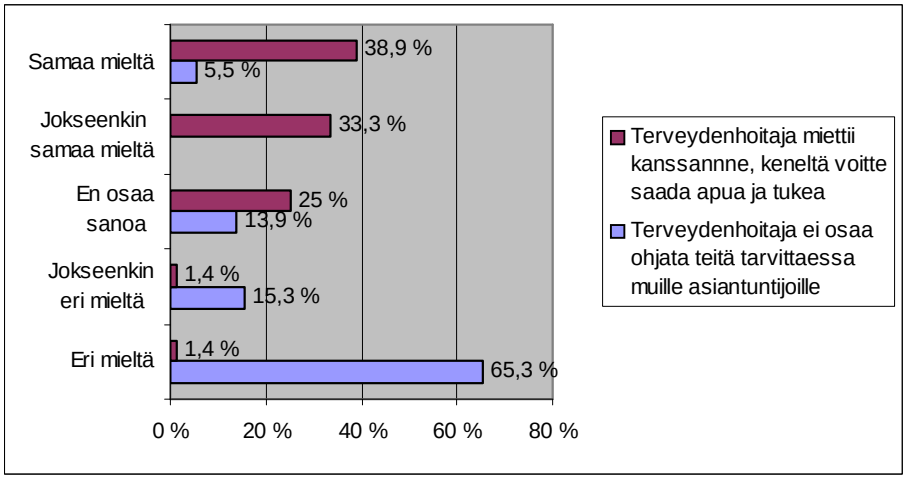
1,4% vastaajista. 25% ei osannut sanoa mielipidettään. Kuviossa 8 on yhteenveto väittämien 14, 15 ja 16 vastauksista.



KUVIO 8. Vanhempien tietojen lisääminen (n = 72)

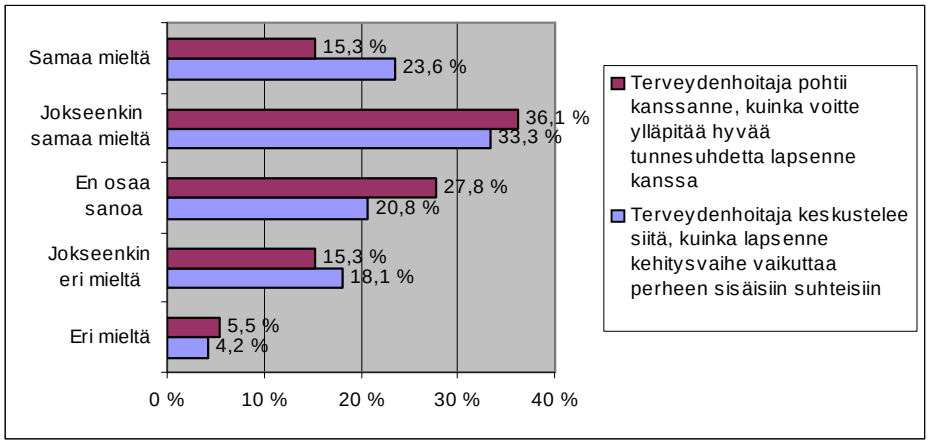
7.5 Sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen

Väittämät 17 ja 18 koskivat virallisten sosiaalisten tukiverkkojen ja väittämät 19 ja 20 perheiden välisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamista. Vanhemmista 5,5% oli sitä mieltä, että terveydenhoitaja ei osaa ohjata heitä tarvittaessa muille asiantuntijoille. "En osaa sanoa" -vastauksia kertyi väittämään 13,9% ja jokseenkin eri mieltä väittämästä oli 15,3% vanhemmista. Eri mieltä oli 65,3% vastaajista. Heistä 38,9% oli samaa mieltä siitä, että terveydenhoitaja oli miettinyt vanhemman kanssa sitä keneltä hän voi saada apua ja tukea. Väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä oli 33,3% vastaajista ja neljäsosa vanhemmista ei osannut sanoa mielipidettään. Jokseenkin eri mieltä ja eri mieltä olevia vastaajia oli 1,4%. Kuviossa 9 on yhteenveto väittämien 17 ja 18 vastauksista.



KUVIO 9. Virallisten sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen (n = 72)

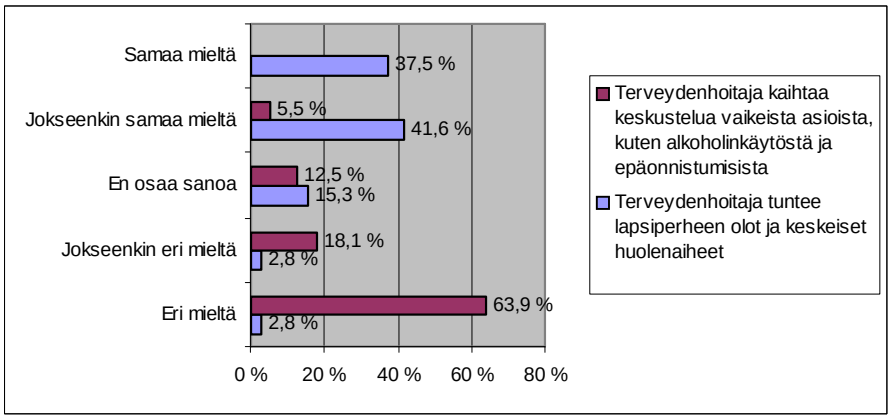
23,6% vanhemmista oli sitä mieltä, että terveydenhoitaja keskustelee lapsen kehitysvaiheen vaikutuksesta perheen suhteisiin. Vastaajista 33,3% oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä ja kantaansa ei osannut ilmaista 20,8% vastaajista. Jokseenkin eri mieltä ilmoitti olevansa 18,1% ja eri mieltä 4,2% vastaajista. 15,3% vastanneista koki, että terveydenhoitaja pohti heidän kanssaan sitä, miten he voivat ylläpitää hyvää tunnesuhdetta lapsen kanssa. Eri mieltä oli 5,5% vastaajista. "Jokseenkin eri mieltä" –vastasi 15,3%, "jokseenkin samaa mieltä" 36,1% ja "en osaa sanoa" 27,8% vanhemmista. Kuvio 10 esittää yhteenvedon väittämien 19 ja 20 vastauksista.



KUVIO 10. Perheiden välisten sosiaalisen tuen verkkojen vahvistaminen (n = 72)

7.6 Myönteisten tulevaisuuskäsitysten vahvistaminen

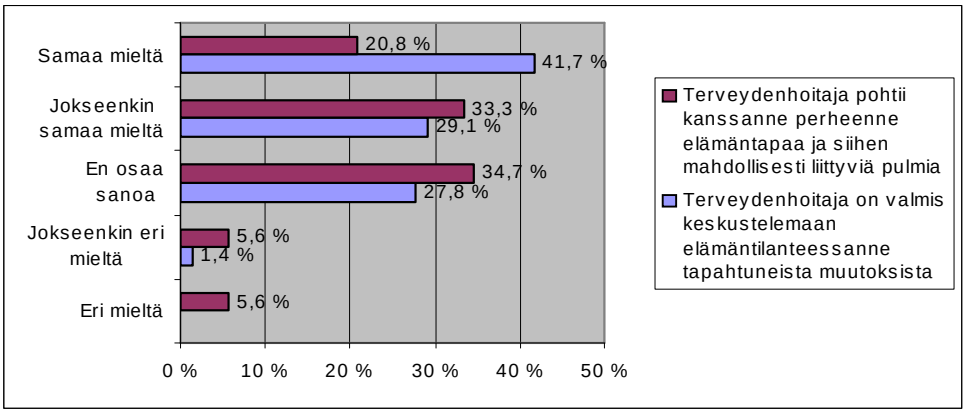
37,5% vanhemmista koki, että terveydenhoitaja tunsi lapsiperheen olot ja huolenaiheet. 41,6% oli jokseenkin samaa mieltä. 15,3% vanhemmista ei osannut antaa vastaustaan. Jokseenkin eri mieltä ja eri mieltä oli 2,8%. Terveydenhoitaja ei kaihtanut keskustelua vaikeista asioista 63,9%:n mielestä. Vanhemmista 18,1% oli jokseenkin eri mieltä ja 13% ei osannut sanoa kantaansa. 6% oli jokseenkin samaa mieltä. Kuvioon 11 on koottu väittämien 21 ja 22 vastaukset.



KUVIO 11. Tuntemus lapsiperheiden oloista ja keskustelu vaikeista asioista (n = 72)

7.7 Voimien riitävyyden säätelyn vahvistaminen

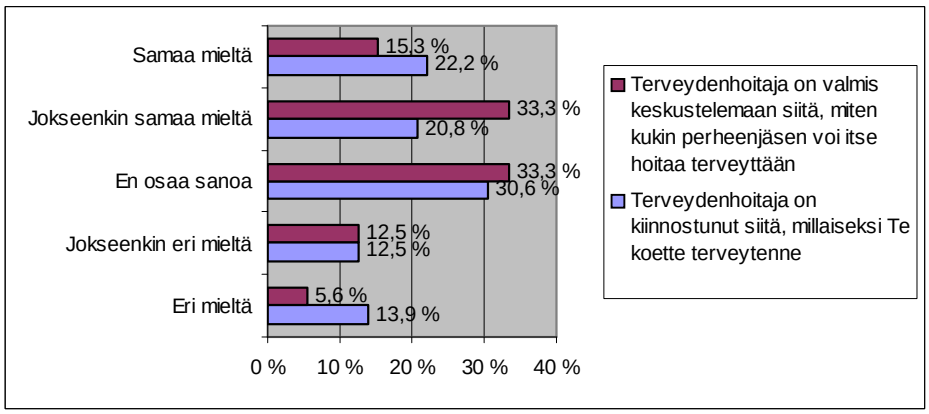
Vastaajista 41,7% mielestä terveydenhoitaja oli valmis keskustelemaan perheen elämäntilanteissa tapahtuneista muutoksista. 29,1% kertoi olevansa jokseenkin samaa mieltä. 27,8% ei osannut sanoa mielipidettään. Jokseenkin eri mieltä oli 1,4% vanhemmista. Terveydenhoitaja pohti terveystapaamisessa 20,8% mielestä perheen elämäntapaa ja siihen liittyviä pulmia. 34,7% vanhemmista ei sanonut mielipidettään ja 33,3% oli jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä sekä eri mieltä oli 5,6% vastaajista. Kuvioon 12 on koottu väittämien 23 ja 24 vastaukset.



KUVIO 12. Keskusteleminen perheen elämäntilanteesta ja –tavasta (n = 72)

7.8 Koko perheen terveydenhoidon tukeminen

Vanhemmista 22,2% ilmoitti, että terveydenhoitaja oli kiinnostunut siitä, millaiseksi he terveytensä kokivat. Jokseenkin samaa mieltä oli 20,8% vanhemmista. Mielipidettään ei osannut sanoa 30,6%. Jokseenkin eri mieltä oli 12,5% ja eri mieltä 13,9% vanhemmista. 15,3%:n mielestä terveydenhoitaja oli valmis keskustelemaan siitä, miten kukin perheenjäsen voi hoitaa terveyttään. "Jokseenkin samaa mieltä" sekä "en osaa sanoa" vastasi 33,3%. Jokseenkin eri mieltä oli 12,5% ja eri mieltä 5,6% . Kuviossa 13 on koottu väittämien 25 ja 26 vastaukset.



KUVIO 13. Koko perheen terveydenhoidon tukeminen (n = 72)

7.9 Vanhempien toiveet lisäkeskusteluaiheeksi

Avoimeen kysymykseen siitä, mitä asioita millaisista asioista vastaajat olisivat halunneet keskustella lapsensa terveystapaamisessa, vastasi 51 ja jätti vastaamatta 21 vanhempaa. Vastanneista suurin osa, n = 32, ilmoitti, että kaikista heidän haluamistaan asioista keskusteltiin, eikä lisäkeskustelutarvetta jäänyt tapaamisen jälkeen.

"Kaikesta mistä halusin keskustella terveystapaamisessa myös keskusteltiin, mitään lisättävää ei ollut."
"Kaikesta keskusteltiin – elikkä en osaa spesifioida mistä olisi pitänyt 'keskustella."
"Tapaamisessa keskusteltiin kaikista ajankohtaisista asioista. Tapaamisesta jäi miellyttävä, positiivinen mieli. TÄYDEN 10 tapaaminen!"
"Sain keskustella minulle tarpeellisista asioista, ei jäänyt puutteita, terveydenhoitaja oli oikein mukava ja rauhallinen ihminen."

Terveellisistä elämäntavoista olisi halunnut keskustella enemmän kahdeksan vastaajaa. Heistä kolme vastaaja olisi halunnut terveydenhoitajan puhuvan enemmän liikunnan tärkeydestä, neljä ravitsemuksesta ja päihteistä yksi vanhempi. Lisäksi lapsensa terveyskäyttäytymisen yleensä olisi halunnut lisäkeskustelun aiheeksi kaksi vastaajaa. Yksi vanhempi toivoi terveydenhoitajan suorittavan enemmän konkreettisia mittauksia.

"Terveellinen ja säännöllinen ruoan syöminen, riittävän yöunen merkitys koulunkäyntiin, ulkoilun tärkeys... Näistä asioista keskusteltiinkin, lisäksi muutakin... Kaikki asiallisia ja ajankohtaisia asioita."
"Tupakka, alkoholi, huumeet => vaarat."
"Olisin halunnut, että terveystarkastuksessa olisi tutkittu kuulo, otettu verikoe ja mitattu verenpaine."

Kuusi vastaajaa olisi halunnut keskustella lisää sosiaalisista suhteista. Heistä yksi mainitsi lasten väliset sosiaaliset suhteet ja yksi kiusaamisen lisäkeskustelun aiheeksi. Kaksi vastaajaa näki tarpeelliseksi lisäkeskustelun perheen sisäisistä sosiaalisista suhteista ja kaksi kasvatuksellisista vaikeuksista.

"Luokan ilmapiiristä, lasten välisistä suhteista."
"Koulukiusaamisesta, oikein kunnolla, eikä niin, että asiaa vähätellään. Kiusaaminen olisi saatava täysin loppumaan!"
"Murrosiän vaikutus koko perheeseen/sisarusten väleihin."
"Olisi voinut kysyä: 'miten teidän (äidin ja lapsen) välinen suhde jaksaa?'"

"...vanhemman mahdollisuudet auttaa lasta tulevissa muutoksissa esim. murrosikä, vinkkejä nykyisiin tilanteisiin, esim...rajat... "

Viisi vanhempaa mainitsi toiveekseen, että terveydenhoitajan kanssa olisi keskusteltu enemmän murrosiästä yleensä ja siihen liittyvistä asioista. Lisäksi vanhemmat kommentoivat myös terveystapaamiseen käytettyä aikaa. Kolme vanhempaa tunsi, että terveydenhoitajalla oli heille riittävästi aikaa ja kolme vastaajaa koki, että terveystapaamiseen varattu aika oli liian lyhyt.

"Enemmän murrosiästä ja siihen liittyvistä asioista. Terveydenhoitaja olisi voinut kertoa lapselle enemmän murrosiän tuomista muutoksista ja tuntemuksista sen sijaan että antoi kirjan luettavaksi (vaikka sekin oli hyvä). "
"...Kiireetön, miellyttävä tilanne! "
"Yleensä enemmän kaikesta. Tunti on vähän liian lyhyt aika. Voisi olla vaikka vanhemman kans ½ tuntia kahden kesken jutustelua... "

Kolme vanhempaa lisäsivät antamiinsa vastauksiin, että jos ongelmia perheessä olisi, niistä olisi helppo keskustella terveydenhoitajan kanssa. Yksi vanhempi toivoi, että terveydenhoitaja toisi enemmän esille omaa asiantuntijuuttaan.

"...Meidän perheessä ei ole ongelmia, mutta uskoisin, että terv.hoitaja pystyy ottamaan nekin asiat esille, jos aihetta ilmenee. "
"...Kenties terveydenhoitajan tulisi viestiä vanhemmille mitkä ovat hänen as.tuntijuuden puitteissa olevia asioita TAI minkälaisissa asioissa hän voi auttaa. "

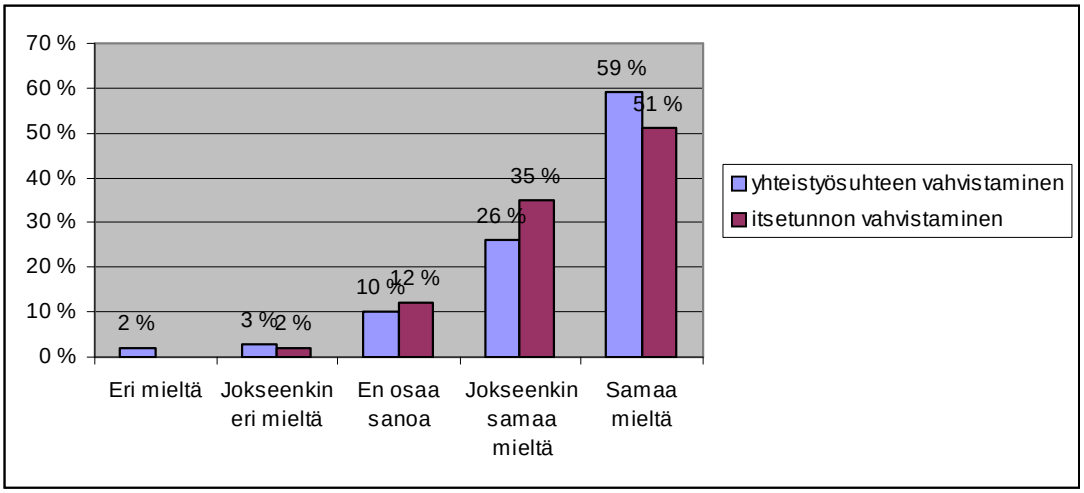
Avoimeen kysymykseen vastanneista suurin osa ilmoitti, että kaikki asiat, joista he halusivatkin keskustella, tulivat käydyksi läpi. Niistä vanhemmista, jotka mainitsivat lisäkeskusteluaiheita, suurin osa olisi halunnut keskustella terveellisistä elämäntavoista (liite 4). Lisäksi vastaajat olisivat halunneet keskustella lisää sosiaalisista suhteista, kuten lasten välisistä sosiaalisista suhteista, kiusaamisesta sekä perheen sisäisistä sosiaalisista suhteista ja kasvatuksellisista vaikeuksista. Lapsensa terveyskäyttäytymisestä yleisesti sekä liikunnan tärkeydestä, ravitsemuksesta ja päihteistä toivottiin myös keskustelua enemmän. Osa vanhemmista mainitsi toiveekseen, että terveydenhoitajan kanssa olisi keskusteltu enemmän murrosiästä yleensä ja siihen liittyvistä asioista. Esille nousi myös toive, että terveydenhoitaja toisi esille enemmän omaa asiantuntijuuttaan.

8 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Mittarimme väittämillä halusimme saada tietoa voimavarojen vahvistamisesta terveystapaamisessa. Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä varten laskimme yhteen kunkin voimavaran vahvistamista kuvanneiden väittämien frekvenssiosuudet. Jotta tulosten vertailu mahdollistuisi, laskimme voimavaroittain kullekin Likert-asteikon kategorialle prosenttiosuudet. Väittämät 7, 17 ja 22 olivat mittarissamme kielteisiä. Käsittelimme kyseisten väittämien tulokset käänteisinä. Tällöin kaikkien väittämien suunta oli positiivinen ja saadut tulokset vertailukelpoisia. Teimme saaduista prosenttiosuuksista pylväs- ja palkkidiagrammeja, joita analysoimme tässä luvussa.

59% yhteistyösuhteen vahvistamista koskeneiden väittämien vastauksista oli "samaa mieltä", 26% "jokseenkin samaa mieltä", 10% "en osaa sanoa" ja 3% "jokseenkin eri mieltä" ja 2% "eri mieltä." Näiden tulosten perusteella voidaan sanoa, että terveydenhoitajat ovat vahvistaneet hyvin yhteistyösuhdetta vanhempien kanssa. Tämä on ilmennyt vanhempien mielestä kiireettömänä tunnelmana terveystapaamisessa, jonka ilmapiiri on ollut suotuisa ongelmien esille tuomiselle. Vanhempien kokemus on myös, että keskustelun lähtökohdaksi otettiin heille ajankohtaiset kysymykset ja huolet.

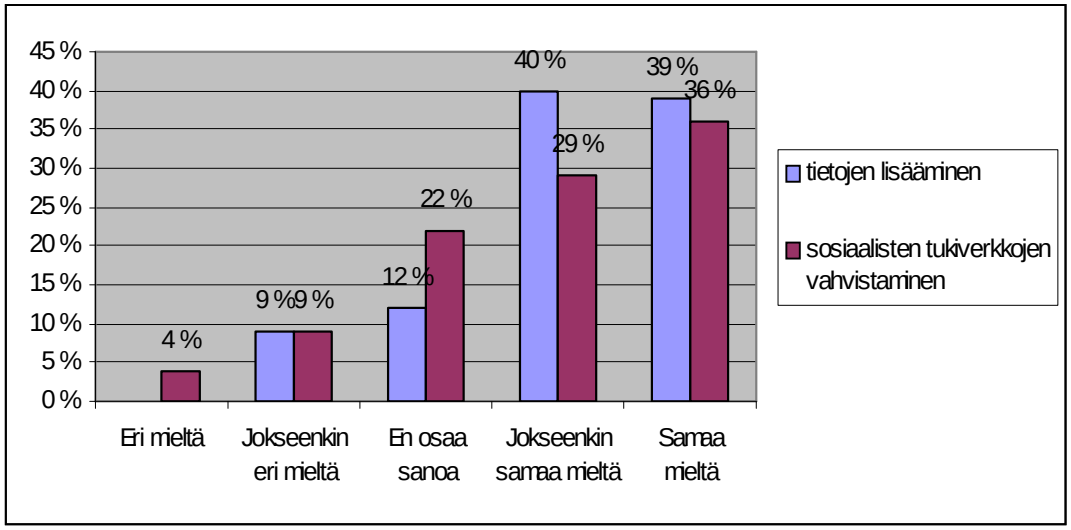
Itsetunnon vahvistamista koskeneiden kysymysten vastaukset sijoittuivat Likert-asteikolle seuraavasti: 51% "samaa mieltä", 35% "jokseenkin samaa mieltä"; 12% "en osaa sanoa" ja 2% "jokseenkin eri mieltä." Tulosten mukaan voidaan sanoa, että terveydenhoitajat ovat vahvistaneet vanhempien itsetuntoa runsaasti. Tästä kertoo osaltaan myös "eri mieltä" -vastauksien puuttuminen. Seuraavasta kuviosta 14 on myös havaittavissa, että yhteistyösuhteen vahvistamista koskeneiden väittämien suhteellisissa osuuksissa on hieman enemmän hajontaa kuin itsetunnon vahvistamista havainnollistavissa vastaavissa luvuissa. Kuviossa esitetään sekä yhteistyösuhteen että itsetunnon vahvistamista koskeneista väitteistä saadut vastaukset.



KUVIO 14. Yhteistyösuhteen ja itsetunnon vahvistaminen (n = 72)

Vanhemmista 39% oli samaa mieltä tietojen lisäämistä koskevista väittämistä. Jokseenkin samaa mieltä oli 40% ja jokseenkin eri mieltä oli 9% vastaajista. "En osaa sanoa" vastasi 12% vanhemmista. Tämän perusteella voidaan päätellä, että vanhempien mielestä terveydenhoitaja on lisännyt heidän tietojaan terveystapaamisen aikana melko hyvin. Tämä on nähtävissä myös kuviossa 15.

Terveydenhoitaja vahvisti perheen sosiaalisia tukiverkkoja 36 %:n mielestä. 29 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, 9 % jokseenkin eri mieltä ja 4 % eri mieltä sosiaalisia tukiverkkoja koskevista väittämistä. "En osaa sanoa" vastasi 22 % vanhemmista. Kuvioita 14 ja 15 vertaamalla on nähtävissä, että vanhemmat ovat kokeneet sosiaalisten tukiverkkojen vahvistamisen toteutununeen huonommin kuin yhteistyösuhteen ja itsetunnon vahvistamisen.

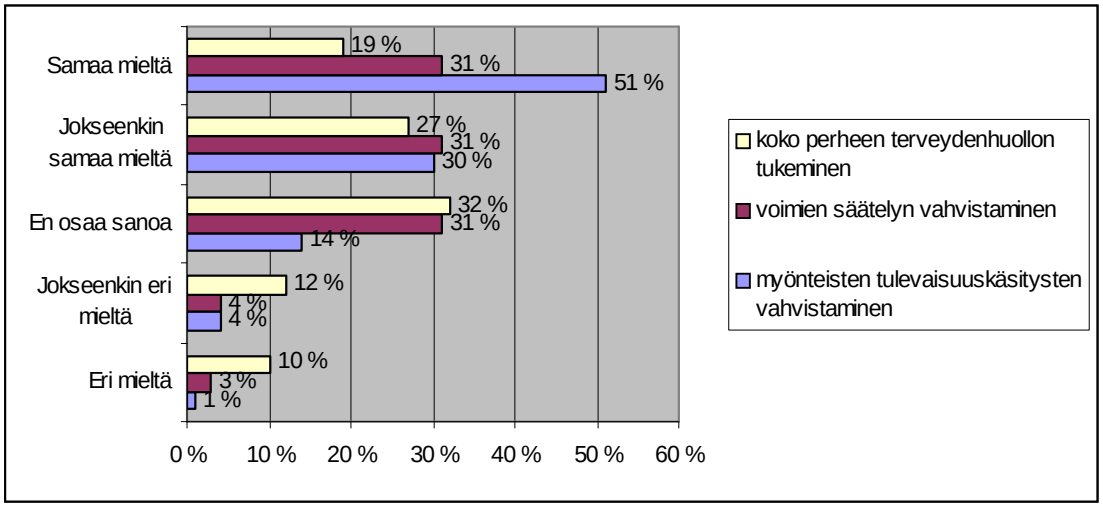


KUVIO 15. Tietojen lisääminen ja sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen (n = 72)

Myönteisien tulevaisuuskäsitysten vahvistamista koskevien väittämien vastaukset jakautuivat siten, että 51% oli samaa mieltä, 30% jokseenkin samaa mieltä, 14% ei osannut sanoa mielipidettään, 4% oli jokseenkin eri mieltä ja 1% oli eri mieltä. Näiden perusteella on pääteltävissä, että terveydenhoitaja vahvistaa hyvin vanhempien myönteistä tulevaisuuskuvaa terveystapaamisen aikana.

Vanhempien mielipiteet voimien säätelyn vahvistamisesta jakautuivat tasaisesti ”samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”en osaa sanoa” -vaihtoehtoihin. Jokaiseen näistä vaihtoehdoista oli kertynyt 31 % vastauksista. Jokseenkin eri mieltä oli 4 % sekä eri mieltä oli 3 %.

19% vanhemmista oli koko perheen terveydenhoitoa koskevista väitteistä samaa mieltä, 27% oli jokseenkin samaa mieltä, 32% ei osannut sanoa mielipidettään, jokseenkin eri mieltä oli 13% ja eri mieltä oli 10%. Kuvioita 14, 15 ja 16 vertailemalla on siis pääteltävissä, että myönteisen tulevaisuuskäsitysten, voimien säätelyn vahvistamisen sekä koko perheen terveydenhoidon tukeminen ovat toteutuneet heikoimmin terveystapaamisen aikana.



KUVIO 16 Myönteisten tulevaisuuskäsitysten ja voimien säätelyn vahvistaminen sekä koko perheen terveydenhoidon tukeminen (n = 72)

Saamistamme tuloksista on todettavissa, että vanhemmat ovat olleet erittäin tyytyväisiä terveystapaamiseen ja kouluterveydenhoitajan toimintaan, minkä myös Strid (1996 31-32) on todennut. Terveydenhoitajat ovat käyttäneet kaikkia perheiden voimavaroja vahvistavat hoitotyön keinoja. Terveystapaamisessa he ovat onnistuneet luomaan hyvä yhteistyösuhteen vanhempien kanssa. Pelkosen (1994, 142) mukaan voimavaroja vahvistavista hoitotyön keinoista lastenneuvolassa parhaiten toteutuu yhteistyösuhteen vahvistaminen ja sen arvioi hyväksi hänen tutkimuksessaan 77 % vanhemmista. Myös kyselyymme osallistuneiden vanhempien

mielestä se on toteutunut terveystapaamisessa parhaiten, sillä yhteistyösuhdetta koskeneet väittämät keräsivät eniten ”samaa mieltä” -vastauksia. Vanhempien kokemus oli aineistomme perusteella, että terveydenhoitaja vahvisti heidän itsetuntoaan terveystapaamisessa ja myös Pelkosen (emt., 142) tutkimuksessa vanhemmat arvioivat tämän toteutuneen toiseksi parhaiten.

Avoimeen kysymykseen vastanneista suurin osa oli sitä mieltä, ettei heillä jäänyt lisäkeskustelun tarvetta terveydenhoitajan kanssa terveystapaamisen jälkeen. Tämäkin viestittää osaltaan sitä, että vanhemmat ovat olleet tyytyväisiä terveystapaamiseen ja terveydenhoitajat ovat osanneet vastata heidän tarpeisiinsa. Keskustelua ja tietoa toivottiin enemmän erityisesti terveellisistä elämäntavoista ja sosiaalisista suhteista.

Vanhemmat ovat saaneet tulostemme perusteella tarpeeksi tietoa terveydenhoitajalta ja heidän myönteinen käsityksensä tulevaisuudesta vahvistui terveystapaamisen aikana. Hieman heikommin terveystapaamisessa toteutuivat sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen ja voimien säätelyn vahvistaminen. Myös Hynnisen (2001, 57) mukaan vanhemmat saavat kouluterveydenhoitajalta tiedollista tukea, mutta eivät tarpeeksi sosiaalista tukea. Pelkosen (1994, 142) mukaan terveydenhoitajat olivat vahvistaneet tietojen lisäämistä hyvin, mutta perheen sosiaalisia tukiverkkoja vähemmän. Lisäksi vanhemmat kokivat koko perheen terveydenhoidon toteutuneen huonommin, kuin itsetunnon vahvistamisen ja tietojen lisäämisen. Heikoiten aineistomme perusteella toteutui koko perheen terveydenhuollon tukeminen.

Vanhempien mielestä terveystapaamisissa on vahvistettu erittäin hyvin yhteistyösuhdetta heidän ja terveydenhoitajan välillä. Lisäksi heidän itsetuntoaan vahvistettiin tapaamisessa hyvin. Myös tietoa on annettu vanhempien mielestä terveystapaamisessa riittävästi ja myönteinen käsitys tulevaisuudesta vahvistui tapaamisen aikana. Sosiaalisten tukiverkkojen vahvistaminen ja vanhempien voimien säätely oli jäänyt vanhempien mielestä vähälle. He toivat myös esille puutteen koko perheen terveydenhuollon tukemisessa terveystapaamisessa ja huomion kiinnittäminen myös tähän olisikin tärkeää. Muiden perheenjäsenten vointi vaikuttaa myös lapsen hyvinvointiin, joten siksi koko perheen terveyden huomioiminen on oleellista (Löthman-Kilpeläinen 2001, 22-23; Pelkonen 1994, 78-80; STAKES 2002, 22).

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella yhtäältä mittarin ja mittaamisen ja toisaalta tulosten luotettavuuden näkökulmista. Mittarin luotettavuutta arvioidessa tarkastellaan reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että mittarilla saadut vastaukset eivät ole sattumanvaraisia. Sitä arvioidaan mittarin pysyvyytenä eli miten herkkä mittari on ulkopuolisille tekijöile, vastaavuutena eli mittaustulosten samanlaisuuden asteena sekä mittarin sisäisenä johdonmukaisuutena, eli mittarin osioiden kykynä mitata samaa asiaa. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mittari mittaa juuri sitä, mitä pitääkin. Sen lajeja ovat sisältö-, käsite- ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetti selvittää sitä, miten käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan eli muuttamaan mitattavaan muotoon. Käsitevaliditeetin avulla voidaan ilmaista se, missä laajuudessa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä. Kriteerivaliditeetti kuvaa sitä, miten hyvin mittari kuvaa nykytilannetta tai ennustaa tulevaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206- 209.)

Käytimme kyselylomakkeemme pohjana Pelkosen (1994, 145-152) luoman mittarin väittämiä. Jo operationalisoitujen käsitteiden ja jo olemassaolevan mittarin väittämien käytöllä lisäsimme kyselylomakkeemme realibiliutta. Käyttämällä kokeneen tutkijan luomia väittämiä pyrimme lisäämään mittarin johdonmukaisuuttta ja validiutta. Näin varmistuimme myös siitä, että mittarimme väitteiden sisältö on kyetty operationalisoimaan hyvin ja että ne mittaavat juuri sitä, mitä pitää. Pelkonen (emt., 103-106) arvioi mittarinsa luotettavuuden hyväksi useiden erilaisten sitä kuvaavien kerrointen ja korrelaation perusteella. Kyseisen mittarin väittämistä jouduimme tekemään valintaa ja muokkamaan niiden sanamuotoja ottaen huomioon sen, että opinnäytetyömme otos koostui viidesluokkalaisten lasten vanhemmista. Tämän seikan huomioimme myös päättäessämme sitä, miten monella väittämällä mittaamme kunkin voimavaroja vahvistavan hoitotyön keinon käyttöä terveystapaamisessa. Suoritimme

mittarillemme esitestauksen, johon vastasi neljä terveystapamisessa mukana ollutta vanhempaa. Saadun palautteen pohjalta muokkasimme mittarimme väittämiä ymmärrettävämmiksi ja selkeämmiksi.

Terveydenhoitajat eivät nähneet kyselylomakettamme missään tutkimuksen vaiheessa, joten he eivät vaikuttaneet vanhempien mielipiteisiin ja vastauksiin. Näin pyrimme lisäämään tulostemme luotettavuutta. Joidenkin vanhempien käynnistä lapsensa terveystapaamisessa oli voinut kulua jo jonkin aikaa. Otoksen saamiseksi terveydenhoitajat jakoivat osan kyselylomakkeista lasten mukana niihin koteihin, joista ainakin toinen vanhemmista oli ollut mukana terveystapaamisessa aikaisemmin keväällä. Tämä on voinut vaikuttaa osaan annetuista vastauksista. Lisäksi emme tiedä, miten monessa terveystapaamisessa molemmat vanhemmat ovat olleet mukana ja onko toisella vanhemmalla ollut vaikutusta annettuihin vastauksiin. Saatekirjeessä ohjeistimme, että vain toinen vanhemmista vastaa kysymyslomakkeeseen, vaikka molemmat vanhemmat olisivatkin olleet mukana terveystapaamisessa (liite 3). Mietimme myös tuloksia analysoidessa, ovatko kyselyymme vastanneet terveystapaamiseen tyytyväiset vanhemmat. Tätä pohdimme sen vuoksi, koska saaadut vastaukset olivat hyvin myönteisiä.

Postikyselyssä vastauksia saadaan parhaimmillaan 30-40% ja vastausaktiivisuutta voidaan nostaa 70-80%:in muistuttamalla vastaamatta jättäneitä (Hirsjärvi ym. 2004, 185). Saamamme vastausaktiivisuus 57,6% on tällä perusteella hyvä ottaen huomioon sen, että emme karhunneet kyselylomakkeitamme. Tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa on myös syytä pohtia, onko mittariimme vastattu huolella ja rehellisesti. Kaikki saamamme vastaukset palautuivat määräajassa. Lisäksi kyselylomakkeen palauttaneet vanhemmat olivat vastanneet 100%:sti antamiimme Likert-asteikollisiin väittämiin, mikä lisäsi tulosten luotettavuutta. Likert-asteikollisen mittarin tulisi sisältää negatiivisia kysymyksiä, sillä niiden avulla voidaan välttää annettavien vastausten suuntautuneisuutta (Burns & Grove 2005, 404). Tämän vuoksi muotoilimme kolme mittarimme väittämää negatiivisiksi. Vanhemmat olivat selvästi lukeneet kysymyslomakkeen hyvin, sillä kyseisiin väittämiin annetut vastaukset olivat samassa linjassa muiden annettujen vastausten kanssa. Emme saaneet kysymyslomaketta, jossa annetut vastaukset olisivat olleet keskenään ristiriitaiset tai erityisen poikkeavat. Joihinkin mittarimme Likert-asteikollisiin väittämiin vanhemmat olivat vastanneet runsaasti "en osaa sanoa" ja nämä vastaukset yleistyivät mittarimme viimeisiä väittämiä kohden. Syynä tähän voi olla, että osa vanhemmista koki kyselylomakkeen liian pitkäksi tai sen väittämät vaikeiksi. On mahdollista, että he eivät jaksaneet miettiä vastauksiaan vaan turvautuivat "helpoimpaan" vastausvaihtoehtoon.

Mittarimme taustatietoihin kuuluneeseen koulutuskysymykseen emme olleet laittaneet korkeakoulututkintoa vastausvaihtoehdoksi. Tämä on voinut vaikuttaa saatuihin vastauksiin, sillä osa korkeakoulututkinnon suorittaneista on luultavasti ilmoittanut jonkin toisen tutkinnon koulutuksekseen. Kysymys ei siis mitannut tarkasti vastaajiemme koulutustaustaa. Siihen saaduilla vastauksilla ei kuitenkaan ole vaikutusta saamiemme tulosten perusteella tehtyihin johtopäätöksiin, sillä emme tehneet esimerkiksi ristiintaulukointeja, joissa olisimme käyttäneet taustatietoja.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota kirjallisen aineiston kattavuuteen, monipuolisuuteen ja aineiston laatuun (Krause & Kiikkala 1997, 130-131). Käytimme opinnäytetyössämme lähteitä runsaasti, koska halusimme teoreettisesta viitekehyksestämme monipuolisen ja kattavan. Pyrimme löytämään primaarilähteitä aina, kun se oli mahdollista ja olemaan kriittisiä niiden valinnassa ja käytössä. Vanhoja lähteitä käytimme vain silloin, kun se oli perusteltua ja uudempaa tietoa asiasta ei ollut julkaistu. Runsaalla lähteiden käytöllä pyrimme myös löytämään mittarillemme laajan teoriapohjan.

9.2 Tutkimuksen eettisyyys

Tutkijoina olemme vastuussa tutkimuksen aikana tekemistämme eettisistä ratkaisuista. Tutkijan tekemät eettiset ratkaisut alkavat jo aiheenvalinnasta ja tutkimuksen etiikkaa onkin arvioitava koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusaiheemme ei lähtökohdiltaan ohjannut meitä tekemään opinnäytetyötä, joka olisi vahingoittanut tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 26; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27-29).

Opinnäytetyössämme toteutimme eettisyyttä hakemalla tutkimusluvan Kajaanin kaupungin johtavalta hoitajalta Ritva Grönforsilta (liite 2). Tutkimusta tehdessämme emme tavanneet siihen osallistuneita vanhempia, joten heidän intimiteettinsä säilyi koko prosessin ajan. Tutkittavat saivat kyselylomakkeen suljetuissa kirjekuorissa. Terveydenhoitaja ei avannut näitä kuoria, joten hän ei tiennyt kyselylomakkeen sisältöä. Eettisyyden kannalta tutkittaville on tärkeää tiedottaa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, nimettömyydestä, luottamuksellisuudesta, salassapidosta sekä siitä, mihin saatuja tietoja tullaan käyttämään (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Tutkimuksen saatekirjeessä kerroimme näistä asioista vanhemmille (liite 3). Ohjasimme myös terveydenhoitajia kertomaan ja korostamaan näitä asioita vanhemmille, jotka saivat näin tarvittavat tiedot tutkimuksesta.

Terveydenhoitaja ei käsitellyt vanhemmilta tulleita kyselyjä, vaan tutkimukseen osallistuneet palauttivat lomakkeet postitse suoraan tutkijoille. Nämä nimettömät lomakkeet säilytettiin tutkijoilla koko tutkimusprosessin ajan, minkä jälkeen ne hävitettiin asianmukaisesti, eikä niistä jäänyt dokumentteja tutkimusraportin tuloksia lukuunottomatta. Edellä mainituilla tavoilla takasimme tutkimukseen osallistuvien anonymiteetiin.

Yleisenä periaatteena tutkimuksen tulosten julkaisemiselle on tulosten avoin ja rehellinen raportointi (emt., 31). Meidän on ollut helppo olla opinnäytetyötä tehdessämme objektiivisiä, koska emme ole kotoisin Kajaanista emmekä tunne yhtään kajaanilaista viidesluokkalaisen vanhempaa. Emme myöskään olleet tavanneet Kajaanin kouluterveydenhoitajia aiemmin. Meillä ei tämän vuoksi ollut ennakkokäsitystä heidän työskentelytavoistaan lapsiperheiden kanssa. Meillä ei ollut hypoteesia saatujen tulosten suhteen, joten sekään ei vaikuttanut työskentelyymme opinnäytetyöprosessin aikana.

9.3 Työn tekemisen pohdinta

Miettiessämme sopivaa tutkimusaihetta opinnäytetyöhömme, halusimme valita aiheen, joka liittyy perhehoitotyöhön. Lisäksi meillä molemmilla on kiinnostusta koulumaailmaa kohtaan, joten kouluterveydenhuoltoon liittyvä aihe tuntui luonnolliselta. Olemme iloisia siitä, että opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja toivomme siitä olevan konkreettista hyötyä. On ollut motivoivaa tehdä tutkimusta, jonka aloite on tullut käytännön kentältä. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin heti opinnäytetyömme alusta alkaen, minkä koimme tärkeäksi. Myös kouluterveydenhoitajat antoivat aikaansa meille ja työllemme kiitettävästi, mistä heille suuri kiitos. Yhteistyökumppanimme ovat olleet muutoinkin opinnäytetyömme onnistumiselle korvaamattomia, sillä he ovat antaneet meille tärkeitä tietoja. Lisäksi olemme saaneet koko opinnäytetyöprosessin ajan erittäin hyvää ohjausta ja tukea ohjaavalta opettajaltamme. Ohjaukset loivat uutta uskoa työmme onnistumiselle ja selkiyttivät aina työmme eteenpäin viemistä.

Aiheen rajaus oli mielestämme haastellista työssämme. Lisäksi pohdimme sitä, miten liitämme mielenterveystyön näkökulman mukaan terveydenhuoltoon liittyvään tutkimukseemme. Mielestämme onnistuimme kuitenkin hyvin yhdistämään kaksi näkökulmaa. Määrällisen tutkimusprosessin vaiheet tulivat meille tutuiksi opinnäytetyötä tehdessämme. Aluksi SPSS-tilasto-ohjelman käyttö tuotti meille hankaluuksia ja jouduimmekin runsaasti käyttämään ohjekirjoja ja aikaa niihin tutustumiseen. Taulukoiden teko saamastamme tutkimusaineistoista ei

ollut ongelmatonta ja koimme sen myös raskaana vaiheena tutkimuksemme teossa. Laadulliseen tutkimusmenetelmään saimme tuntumaa analysoidessamme tutkimuksemme avointa kysymystä. Se toi vaihtelua määrällisen aineiston käsittelyyn.

Kirjallisuutta aiheeseemme löytyi kiitettävästi ja työtämme on ollut helppo työstää siltäosin. Voimavara –käsite ja voimavaroja vahvistavat hoitotyön keinot ovat tulleet tutuiksi ja saamaamme teoriatietoa olemme pystyneet hyödyntämään käytännön harjoittelujen yhteydessä. Toivommekin, että niitä vahvistava malli perhehoitotyössä olisi tulevaisuudessa osa jokaisen hoitotyöntekijän työtä. Mielestämme voimavara –käsite tulisi olla jokaiselle alallamme työtä tekevälle selkeä, sillä se luo pohjan asiakastyöskentelylle. Olemme jo vähäisen harjoittelukokemuksen aikana huomanneet, että ne todella ovat yksilöissä ja perheissä. Niiden vahvistamisella edistämme merkittävästi asiakkaidemme terveyttä. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme myös runsaasti tietoa latenssi-ikäisen lapsen kehitysvaiheesta ja hänen ohjaamisestaan. Lukemamme lähdeaineisto tukee myös ammatillista kasvuamme. Saimme paljon tietoa kouluikäisen lapsen ja hänen vanhempiensa kohtaamisesta sekä heidän voimavarojensa tukemisesta. Opinnäytetyön prosessi opetti paljon tutkimuksista ja niiden tekemisestä. Pystymme lukemaan "uusin silmin" erilaisia tutkimuksia. Ne eivät tunnu enää etäisiltä, vaan niitä ymmärtää helpommin ja niiden luotettavuutta pystyy nyt arvioimaan paremmin. Lisäksi kynnys tehdä tulevaisuudessa tutkimusta on nyt matalammalla.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössämme olemme kartoittaneet terveystapaamisessa vahvistettuja voimavaroja. Jatkotutkimusaiheena voisi kvalitatiivisesti haastattelemalla vanhempia selvittää tarkemmin esimerkiksi sitä, mitä tietoja tai millaista sosiaalista tukea vanhemmat ovat saaneet terveydenhoitajalta. Tähän työhömme liittyen voisi myös tehdä seurantatutkimuksen siitä, ovatko terveydenhoitajien painopistealueet voimavarojen vahvistamisessa muuttuneet. Opinnäytetyömme on tehty vanhempien näkökulmasta ja oppilaan näkemys terveystapaamisesta ja voimavarojen vahvistamisesta siinä puuttuu. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten oppilaat kokevat heidän voimavarojensa vahvistamisen terveystapaamisessa. Vanhempien mukanaolon vaikutusta terveystapaamisessa voisi myös tutkia, esimerkiksi onko oppilaiden helpompaa vai vaikeampaa ottaa arkoja asioita esille terveystapaamisessa, kun vanhempi tai vanhemmat ovat mukana.

LÄHTEET

Aidarova, L. 1991. Opetus ja lapsen kehitys. Painettu Neuvostoliitossa: Kustannusliike Progress.

Burns, N. & Grove S. 2005. The Practice of Nursing Research. Conduct, Crtique and Utilitization. Printed in the United States of America.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva:WSOY.

Dunderfelt, T. 1992 Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset..

Erikson, E. H. 1982. Lapsuus ja yhteiskunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Friis, L., Eirola, R.. & Mannonen, M. 2004 Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa: WSOY.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hurme, R., Pesonen, M. & Syväoja O. 2003. Englanti-suomi-suursanakirja. Juva: WS Bookwell Oy.

Hynninen, M. 2001. Kouluterveydenhoitajat vanhemmuuden voimavarojen vahvistajina. Kysely vanhemmille kolmasluokkalaisen lapsen terveystarkastuksesta. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.

Inkinen, M. (toim.) 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tampere: Tammer-Paino Oy

Itkonen, T. 2000. Uusi kieliopas. Sulkava: Finnreklama Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972 Viitattu 12.1.2005.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki

Kansanterveysasetus 802/1992. Viitattu 12.1.2005.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920802?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveysasetus

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka T. (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Krause, K., Kiikkala I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-11.

Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen H. 2000. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WS Bookwell Oy

Löthman-Kilpeläinen, L. 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Orem, D. 1991. Nursing. Concept of Practice. St Loise: Mosby Year Book. Painettu USA:ssa.

Paunonen, M. 1985. Lasten mielenterveystyö ja hoitotyön prosessi. Helsinki: Kaupunkien talon painatuskeskus.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

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

Pelkonen, M. 1998. Terveydenhoitajat asiakkaittensa voimavarojen tukijoina. Terveydenhoitaja 38 (3), 6-8.

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

Perusopetuslaki 628/1998. Viitattu 19.10.2005.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perusopetuslaki

Piaget, J. & Inhelder, B. 1977. Lapsen psykologia. Jyväskylä: K. J. Gummerus Osakeyhtiön kirjapaino.

Pietilä, A-M. 1998. Nuoren terveys ja elämäntilanne terveyden edistämisen näkökulmasta. Lähtökohtien pohdintaa ja empiirisiä esimerkkejä. Teoksessa Parviainen, T. & Pelkonen M. (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Stakes. Raportteja 217. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 115-133.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. (toim.) 2000. Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Juva: WS Bookwell Oy.

STAKES. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskoululle ja kunnille. Oppaita 51. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oy.

STM 2004a. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 20. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM 2004b. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM 2004c. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oyj.

Strid, O. 1996. Kuudesluokkalainen: Terveystarkastuksesta koulutarkastukseen. Stakes. Aiheita 28/1996.

Suomen kielen perussanakirja. 1995. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Taipale, V. 1998. Lasten mielenterveystyö. Porvoo: WSOY

Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius H. & Pitkänen, M (toim.) 2000. Kouluterveydenhuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Varjoranta, P. & Pietilä A-M. 1999. Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. Aiheita 4/1999. Stakes.

Vuori, A. 1997. Koulunkäyntinsä aloittavan lapsen perheen terveys ja tuen odotukset kouluterveydenhuollolle. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Pennanen, A. Viidesluokkalaisten lukumäärä Kajaanissa. Email sth2sbmaijav@kajak.fi 15.12.2004. Tulostettu 21.10.2005.

Terveydenhoitajien puhelinhaastattelut (5 kpl) 23.9.2005.

LIITE 1 (1/2)

Kajaanin ammattikorkeakoulu

TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT

Päiväys
30.09.2004

TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

Toimeksiantaja	Kajaanin perusturva/koulu- ja opiskelijaterv.huolto
Osoite ja puhelinnumero	Opinnäte 30 Vital, PL 142 87101 Kajaani 08-6165615
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	Aira Mustonen

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projektikuvaus yms)	Opinnäytetyö: 5-luokkalaisten vanhempien kokemuksia mukanaolosta terveydenhoitajan tarkastuksessa
Aikataulu	opinnäytetyösuunnitelma 30.11.04 valmis opinnäytetyö 30.11.05
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	100 €
Lopputuotoksen muoto	Opinnäytetyö

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	Maija Virkkunen, (Lumpmantie 25, 91700 Vaala) 040-8316773 Sudenpolku 11 B 17 87300 Kajaani Tarja Sääski, Kaikukatu 8 D 31, 87700 Kajaani 050-3654327
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	Sirkka-Liisa Niskanen
Työstä tehdään	☒ opinnäytetyö ☐ muu, mikä

Tarja Sääski
Maija Virkkunen
Tekijöiden allekirjoitukset

Aira Mustonen
Toimeksiantajan allekirjoitus

Kajaani 30.9.2004

HYVINVOINTI
Sairaanhoitajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620

LIITE 1 (2/2)

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Torvuptapaamisten/tarkastusten laadun kehittämistyön apuvälineeksi	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	Ammatillisuuden kehittyminen, oman asiantuntijuuden lisääminen.	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	Opinnäytetyö	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit	Tarpeen mukaan erikseen sopien.	
Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja		
2. Opiskelijat		
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit	70 h	
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut	Arvio postimerkit, kirjekuoret, monistus-kulut } 100€	Vastuu
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus	Opinnäytetyö on julkinen. Toimeksiantajalle toimitetaan yksi kappale työn kehittämisen välineeksi. Yksi kappale työtä toimitetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastoon yleiseen käyttöön ja lainaukseen.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

HYVINVOINTI
Sairaanhoitajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620

LIITE 2

Kajaanin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Ketunpolku 4
87100 Kajaani

ANOMUS

Kajaanin kaupunki / perusturva
Johtava hoitaja Ritva Grönfors

14.12.2004

ANOMUS AINEISTON KERÄÄMISEKSI OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Opiskelemme Kajaanin Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Vaihtoehtoiset ammattiopintomme koskevat terveydenhoitotyötä ja mielenterveystyötä. Teemme opinnäytetyötä 5.-luokkalaisten vanhempien mielipiteistä mukanaolostaan lastensa terveystapaamisessa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Kajaanin kaupungin 5.-luokkalaisten vanhempien mielipiteitä mukanaolostaan lapsensa terveystapaamisessa. Tutkimuksemme on kvantitatiivinen ja keräämme aineiston itse laatimallamme kyselylomakkeella. Jaamme Kajaanissa toimiville viidelle kouluterveydenhoitajalle yhteensä 125 kyselylomaketta, kullekin 25 kappaletta. Kouluterveydenhoitaja jakaa suljetuissa kirjekuorissa olevat kyselylomakkeet terveystapaamisen yhteydessä. Aineisto kerätään helmi-huhtikuun 2005 aikana. Vanhemmat vastaavat kyselyyn kotona ja lomakkeiden palautus tapahtuu suoraan tutkijoille. Opinnäytetytön tekijöinä noudatamme voimassaolevia arkisto-, salassapito- ja tietosuojasäännöksiä. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2005. Valmis opinnäytetyö on nähtävillä Kajaanin Ammattikorkeakoulun kirjastossa ja toimeksiantaja saa yhden kappaleen siitä apuvälineeksi terveydenhoitajan työn kehittämiseen.

Pyydämme lupaa kerätä aineiston opinnäytetyöhömme terveydenhoitajien avustuksella.

Opinnäytetyön ohjaaja:

Sirkka-Liisa Niskanen

Opiskelijat:

Tarja Sääski
Kaikukatu 8 D 31
87700 Kajaani

Maija Virkkunen
Sudenpolku 11 B 17
87300 Kajaani

PÄÄTÖS

Hyväksytty/~~Hylätty~~ 8/106
Hyväksytty seuraavin muutoksin

15/12 2004

Luvan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Päätös lähet. 16.12.04 opiskelijat
Koulu- ja opisk. th Tiina Mustonen

Kajaanissa 15.3.2005

HYVÄ VANHEMPI!

Olemme Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opiskelijoita. Toinen meistä valmistuu ensi jouluna sairaanhoitajaksi suuntautumisvaihtoehtonaan mielenterveystyö ja toinen meistä valmistuu keväällä 2006 terveydenhoitajaksi. Parhaillaan teemme loppuvaiheen opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena kartoittaa kajaanilaisten viidesluokkalaisten vanhempien mielipiteitä siitä, mitä perheiden voimavaroja terveydenhoitaja heidän mielestään vahvistaa terveystapaamisen aikana. Lisäksi haluamme selvittää, mitä voimavaroja vanhemmat toivovat terveydenhoitajan vahvistavan enemmän terveystapaamisen aikana. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Kajaanin koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. Työmme ohjaajina toimivat yliopettaja Sirkka-Liisa Niskanen ja toimeksiantajan edustaja.

Teemme kyselyn 125:lle viidesluokkalaisen vanhemmalle. Tutkimustulostemme luotettavuuden kannalta on erittäin tärkeää, että vastaatte kyselyyn **itsenäisesti** mahdollisimman pian terveystapaamisen jälkeen, viimeistään **viikon kuluttua** siitä, kun olette saaneet lomakkeen terveydenhoitajalta tai lapsenne mukana koulusta. Tässä kirjeessä on mukana palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Vastauksenne palautuu suoraan allekirjoittaneelle. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista.

Käsittelemme saamamme vastaukset ehdottaman luottamuksellisesti. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä, joten tutkimuksen missään vaiheessa ei käy ilmi, kuka kyselyyn on vastannut. Opinnäytetyömme valmistuu marraskuussa 2005. Sen tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhoitajien työn kehittämiseen. **Vastauksenne on siis tärkeä**!

Ennen vastaamista **lukekaa huolellisesti** vastausohjeet ja annetut kysymykset!

Kiitos jo etukäteen arvokkaasta avustanne!

Terveisin,

Tarja Sääski
puh. 050 365 4327

Maija Virkkunen
puh. 040 831 6773

KYSELYLOMAKE VANHEMMALLE KOSKIEN LAPSEN TERVEYSTAPAAMISESSA MUKANAOLOA

Arvoisa vanhempi, tutkimuksemme luotettavuudelle on tärkeää, että luette ja vastaatte **kaikkiin** kysymyksiin **itsenäisesti** ja mahdollisimman **huolellisesti**.

VASTAAJAN TIEDOT

Ympyröikää oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero tai kirjoittakaa vastaus sille varatulle viivalle.

1. Sukupuoli
   1 Mies
   2 Nainen

2. Ikä _____ vuotta

3. Koulutus
   1 Kansakoulu ja/tai keskikoulu tai peruskoulu
   2 Ammattitutkinto
   3 Ylioppilastutkinto
   4 Opistotason tutkinto
   5 Ei tutkintoa

4. Lasten lukumäärä perheessänne

   1 1-2
   2 3-4
   3 5 tai enemmän

5. Viidesluokkalainen lapsenne on järjestyksessä perheenne _____:s lapsi.

Seuraavaksi esitämme väittämiä liittyen mukanaoloonne lapsenne terveystapaamisessa. Ilmoittakaa vastaus ympyröimällä sopivin vaihtoehto: 1 =eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = samaa mieltä.

	Eri mieltä	Jokseen-kin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseeen-kin samaa mieltä	Samaa mieltä
6. Terveydenhoitaja luo tapaamisessa mahdollisimman kii-reettömän ja häiriöt-tömän tunnelman	1	2	3	4	5
7. Terveydenhoitaja luo ilmapiirin, jossa tuntuu vaikealta ottaa esille on-gelmia ja arkoja asioita	1	2	3	4	5

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
8. Terveydenhoitaja kertoo rehellisesti, milloin hänen asiantunemuksensa on riittämätöntä asian käsittelemiseksi	1	2	3	4	5
9. Terveydenhoitaja ottaa keskustelun lähtökohdaksi Teille ajankohtaiset kysymykset ja huolet	1	2	3	4	5
10. Terveydenhoitaja kuuntelee Teitä keskittyneesti paneutuen asiaan, jonka esitätte	1	2	3	4	5
11. Terveydenhoitaja vahvistaa luottamustanne omiin kykyihinne vanhempana ja lapsenne parhaana asiantuntijana	1	2	3	4	5
12. Terveydenhoitaja tunnistaa kanssanne myönteiset edistysaskeleet esimerkiksi lapsenne kehityksessä tai jonkin ongelman ratkaisemisessa	1	2	3	4	5
13. Terveydenhoitaja antaa Teille myönteistä palautetta vanhempana olemisesta	1	2	3	4	5
14. Terveydenhoitaja antaa Teille tietoja lapsen tulevasta murrosiästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä	1	2	3	4	5
15. Terveydenhoitaja pohtii kanssanne, kuinka voitte vanhempana edistää oman lapsenne kehitystä	1	2	3	4	5

	Eri mieltä	Jokseen-kin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseen-kin samaa mieltä	Samaa mieltä
16. Terveydenhoitaja lisää kykyänne ratkaista lapsenne kasvatukseen liittyviä ongelmia	1	2	3	4	5
17. Terveydenhoitaja ei osaa ohjata Teitä tarvittaessa muille asiantuntijoille	1	2	3	4	5
18. Terveydenhoitaja miettii kanssanne, keneltä Te voitte saada apua ja tukea	1	2	3	4	5
19. Terveydenhoitaja keskustelee siitä, kuinka lapsenne kehitysvaihe vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin	1	2	3	4	5
20. Terveydenhoitaja pohtii kanssanne, kuinka voitte ylläpitää hyvää tunnesuhdetta lapsenne kanssa	1	2	3	4	5
21. Terveydenhoitaja tuntee lapsiperheen olot ja keskeiset huolenaiheet	1	2	3	4	5
22. Terveydenhoitaja kaihtaa keskustelua vaikeista asioista, kuten alkoholinkäytöstä ja epäonnistumisista	1	2	3	4	5
23. Terveydenhoitaja on valmis keskustelemaan elämäntilanteessanne tapahtuneista muutoksista	1	2	3	4	5
24. Terveydenhoitaja pohtii kanssanne perheenne elämäntapaa ja siihen mahdollisesti liittyviä pulmia	1	2	3	4	5

	Eri mieltä	Jokseen-kin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseen-kin samaa mieltä	Samaa mieltä
25. Terveydenhoitaja on kiinnostunut siitä, millaiseksi Te koette terveytenne	1	2	3	4	5
26. Terveydenhoitaja on valmis keskustele-maan siitä, miten ku-kin perheenjäsen voi itse hoitaa terveyttään	1	2	3	4	5

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

Lopuksi pyydämme vastaamaan seuraavaan avoimeen kysymykseen omin sanoin.

27. Millaisista asioista olisitte halunneet keskustella lapsenne terveystapaamisessa?

_____

_____

_____

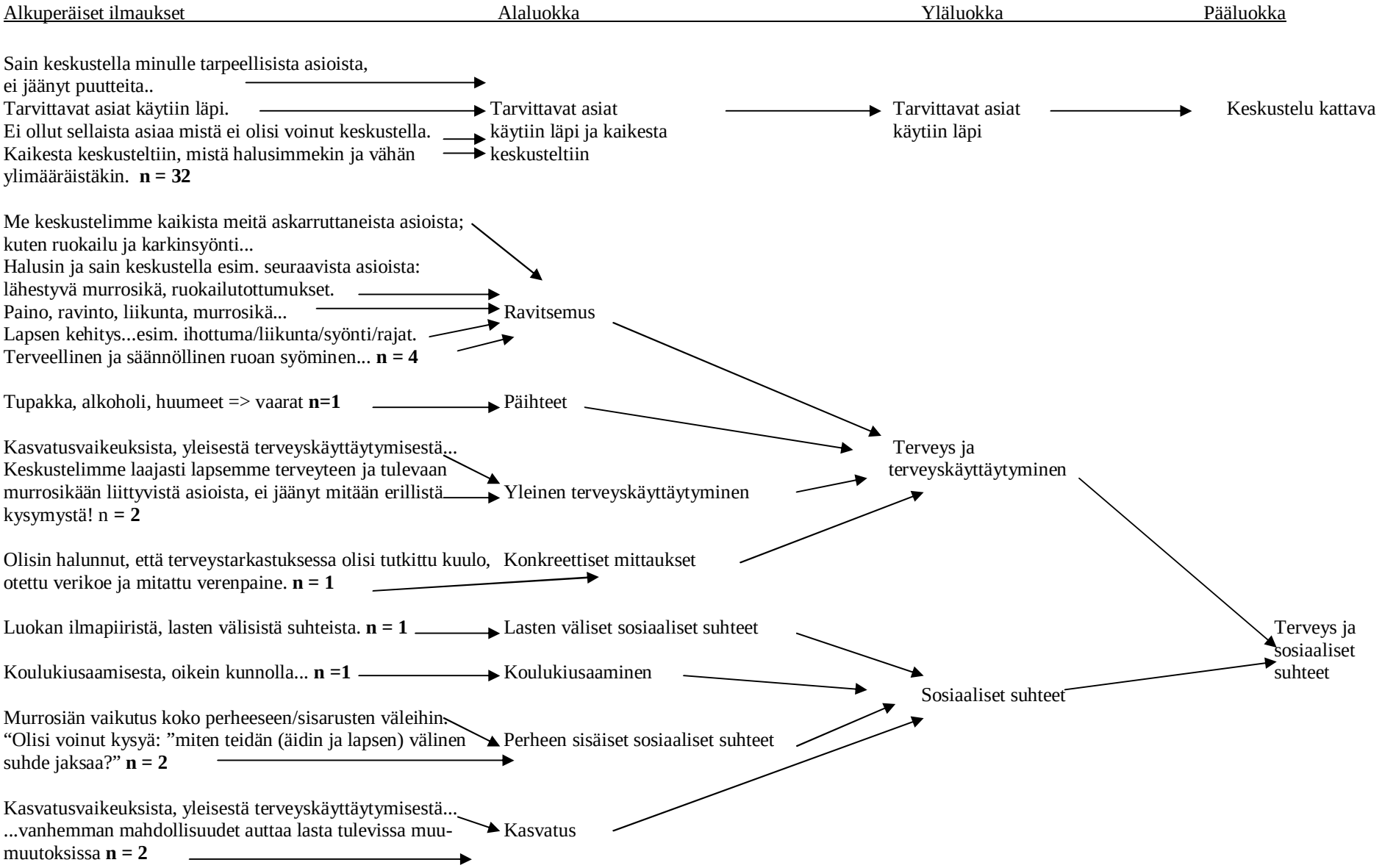
_____

_____

_____

Kiitos osallistumisestanne!

Esimerkki induktiivisesta sisällön analyysistä kysymykseseen 27



Virkkunen Maija

From: Pennanen Auli [auli.pennanen@kainuu.fi] **Sent:** Wed 12/15/2004 10:47 AM
To: Virkkunen Maija
Cc:
Subject: 5 luokat
Attachments:

Hei
Sinulle piti kuulema ilm. Kajaanin 5 luokkalaisten määrä
Luokkia 23 -osassa tosin vain muutama 5 luokkalainen.Yhteensä heitä on 450 kpl
T.Auli Pennanen Vital

##

This message has been scanned by F-Secure Anti-Virus for Microsoft Exchange.
For more information, connect to http://www.F-Secure.com/