

**Jonna Haikara**

**PÄIHDEONGELMASTA KÄRSIVIEN ÄITIEN  
KOKEMUKSIA RASKAUDEN AIKAISESTA TUESTA  
NEUVOLASSA**

**Opinnäytetyö  
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö  
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja  
Lokakuu 2010**

## KIITOKSET

Huomattavan uurastuksen, ainutkertaisen oppimiskokemuksen myötä ja sen valmistuttua on kiitoksen aika. Erityiskiitoksen tahdon antaa Ensi – ja turvakotien liiton suunnittelijalle, yhteiskuntatieteen maisteri Marianne Kuorelahdelle panostuksesta työtäni kohtaan. Olet avustanut minua niin viitekehysten, kuin lähteidenkin ajankohtaisuudessa ja painottanut asioiden tärkeyttä sekä saanut paljon käytännön vinkkejä ja kannustanut sudenkuopista ylöspäin. Kiitos myös Ensi – ja turvakotien liiton kehittämispäällikkö yhteiskuntatieteen maisteri Maarit Anderssonille työni mahdollistamiseksi Pidä – kiinni yksikköihin. Kiitos kuuluu myös pikku – serkulleni, lääkäri Marika Leppäselle tärkeistä, ajankohtaisten lähteiden saamisesta. Kiitos ohjaavalle opettajalle Soili Vuollolle, joka olet uskonut työni valmistumiseen ja antanut kannustusta sen tekemiseen, olen saanut paljon hyviä näkökantoja sekä ideoita. Lähteiden löytämisestä kiitos kirjaston informaatikko Marjo Ylikarjulle. Kiitos myös ystävät ja koulukaverit.

Kiitos rakkaille vanhemmilleni Kirsille ja Jormalle. Työtä tehdessäni on vahvistunut suuri kiitollisuuden tunne, kun olette yhdessä tarjonneet minulle ja muille sisaruksilleni arkisen kasvua ja kehitystä tukevan sikiö ajan sekä lapsuuden. Kiitos siitä kasvatuksesta, jossa olen saanut olla hoivattu ja rakastettu, saanut rajoja, joita vastaan aikoinaan kapinoin. Kiitos siitä, että raskaankin työpäivän jälkeen jaksoitte katsoa, kun toistamiseen pyysin ihastelemaan erilaisia oppimiani taitoja. Kasvatuksen ja eteenpäin vievän kannustuksen hedelmä on tuottanut nyt tulosta ja on ilo valmistua terveydenhoitajaksi, sekä äitinä viedä sukupolvelta toiselle sitä mitä olen teiltä elämäni aikana saanut. Kaunis kiitos myös veljelleni Jorille, siskoilleni Hannalle ja Minnalle sekä lastenhoito avusta, että kannustuksesta työtäni kohtaan.

Kiitos myös isovanhemmilleni esimerkillisyydestänne ja elämän pienistä sekä suurista hetkistä joita sain kanssanne kokea. Työni aikana siirryitte lepoon iäiseen ja olette varmasti meitä kaikkia rakkaita siellä ajan saatossa vastassa.

Erityiskiitos aviomiehelleni Antille, joka olet hoitanut taloutta ja perhettämme niinä iltoina, kun työni on vienyt minut tutkimuksen saloihin. Olet mahdollistanut työni valmistumisen huomaavaisuudellasi. Kiitos rakas 4 – vuotias kullannuppumme Meea, että olet olemassa,

sillä kasvusi ja kehityksen pyörteistä olen saanut uutta virtaa työstää työni kunnialla loppuun. Kiitos myös Frida koira, joka olet ulkoilusi myötä saanut myös minun ajatukseni tuulettumaan.

KOKKOLASSA 20.10.2010

Jonna Haikara



## TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

<b>Yksikkö</b> Sosiaali – ja terveysalan yksikkö, Kokkola	<b>Aika</b> Lokakuu 2010	<b>Tekijä</b> Jonna Haikara
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja		
<b>Työn nimi</b> <b>PÄIHDEONGELMASTA KÄRSIVIEN ÄITIEN KOKEMUKSIA RASKAUDEN AIKAISESTA TUESTA NEUVOLASSA</b>		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Soili Vuollo	<b>Sivumäärä</b> 105 + 5	
<b>Työn tarkastaja</b> KtL Yliopettaja Maija Maunula		
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa kaikissa Pidä – kiinni hoitojärjestelmän (ensikodit ja avopalveluyksiköt) yksiköissä olevien äitien tarvitsemää ja heidän saamaansa tukea raskausaikana neuvolasta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää miten neuvolatyötä voitaisiin kehittää raskaudenaikana päihdeongelmista kärsivien äitien auttamiseksi. Tavoitteena oli kerätä tietoa päihteitä käyttävien äitien neuvolapalvelu kokemuksista ja lisätä neuvolatyöntekijöiden valmiuksia kohdata päihdeongelmaisia äitejä sekä parantaa näin ollen äitiysneuvolapalveluja.</p> <p>Tutkimukseni oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusaineiston keräsin avointen kyselylomakkeiden avulla, jotka lähetin Ensi – ja turvakotien liiton ylläpitämiin Pidä – kiinni yksiköiden ensikoteihin sekä avopalveluyksiköihin. Kysely toteutettiin päihteitä käyttäville odottaville sekä jo synnyttäneille äideille. Määräaikaan mennessä lomakkeita palautettiin 8 kappaletta ja karhuamisen jälkeen sain 13 palautunutta vastausta. Tutkimuksen aineiston analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Puolet vastaajista oli kertonut päihdeongelmastaan ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä. Ensimmäisellä tapaamisella päihteistä keskustellessa terveydenhoitajien toivottiin olevan avoimia, ammatillisia ja rauhallisia. Rohkeus kysyä suoraan sekä ajan antaminen koettiin miellyttäväksi vastaanottotilanteissa. Äidit odottivat myös, että heitä kuunneltiin, rauhoiteltiin sekä motivoitiin päihteettömyyteen tai siinä pysymiseen. Yksi tärkeä osa oli vastaanotolla olevan äidin tarkkaileminen, sekä äidin hyväksyminen sellaisena kuin hän on.</p> <p>Suurin osa äideistä oli kokenut saavansa välittömästi keskustelu apua, kertoessaan raskausajan päihteiden käytön ongelmasta. Pääsääntöisesti heidät oli ohjattu Pidä – kiinni yksikköihin, mutta myös HAL- poliklinikalle sekä annettu tiiviimmin kontakteja ja muun muassa SOS- puhelin numero. Äitiysneuvolakäynnit herättivät pääsääntöisesti positiivisia ja myönteisiä tunteita äideissä. Henkilökunnan ammattitaito, positiivisuus ja ymmärtäväinen työote olivat vakuuttavaa. Myönteisiä ajatuksia ja mielikuvia lisäsi terveydenhoitajan kannustus sekä motivointi päihteettömyyteen. Negatiivisia ja kielteisiä ajatuksia herätti enimmäkseen omat pelon tunteet sekä vauvan hyvinvointi, koska syyllisyys painoi päihteidenkäytön myötä.</p> <p>Voidaan päätellä, että AUDIT – kyselyn lisäksi neuvolassa tarvitaan tiivistä ja monipuolista interventtiota, että saadaan äidit ylipäättensä kertomaan päihdeongelmastaan. Tutkimukseni vahvistaa myös tiedon, että terveydenhoitajan tulisi olla rohkea, aktiivinen ja kysyä päihteiden käytöstä suoraan, eikä vetäytyä passiiviseksi osapuoleksi. Uudeksi asiaksi nousi yllätysseulojen tekeminen äitiysneuvola käynneillä.</p>		
<b>Asiasanat</b> Päihteet, raskausaika, raskaana oleva, äitiys, neuvolan terveydenhoitaja		

**ABSTRACT**

<b>CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Department of Health Care and Social Services, Kokkola</b>	<b>Date</b> October 2010	<b>Author</b> Jonna Haikara
<b>Degree programme</b> Degree Programme in Nursing, Public Health Nurse		
<b>Name of thesis</b> SUBSTANCE ABUSER MOTHERS' EXPERIENCES OF SUPPORT FROM MATERNITY HEALTH SERVICES DURING PREGNANCY		
<b>Instructor</b> Lecturer Soili Vuollo	<b>Pages</b> 105 + 5	
<b>Inspector</b> Principal Lecturer, Lic. Ed. Maija Maunula		
<p>My thesis was the survey all Hold tight management system (the mother and baby homes and outpatient service units) units and the support that the mothers needed and received from maternity health services during pregnancy. Another purpose was to find out how the services could be developed to help pregnant mothers with substance abuse problems. The aim was to gather information about substance abuser mother's experiences of maternity health services and increase the capacity of clinic workers to mothers with face substance abuse problems and to improve maternity health services.</p> <p>This study was a qualitative research. The research material was gathered in the open questionnaires, I sent the questionnaires to Hold tight maintained by mother and baby home association. The Survey was conducted among substance abusing pregnant women and mothers of small children. By deadline I got eight returned questionnaires and later I received thirteen more. The empirical data were analyzed using inductive content analysis.</p> <p>Half of the respondents had told about their substance abuse problems in the first maternity clinic visits. During the first meeting to discuss substance abuse, nurses were expected to be transparent, professional and calm. Courage to ask directly and giving them time were considered pleasant in reception situations. Mothers also were expecting that they were listened to, calmed down, and were motivated to be without intoxicating substances. One important part was the observing of the mother at the reception approving her as she was.</p> <p>Most of the mothers had experienced to receive immediate assistance in the conversations, telling gestational substance abuse problem. As a rule, they were referred to Hold tight units but also to the Drugs and Alcohol Clinic and they were given closer contacts and also the SOS – phone number. Maternity clinic visits attracted mainly positive emotions. Professionalism of staff, positive and understanding approach to work were impressive. Positive thoughts and images of the nurse added incentive and motivation without substance abuse. Negative thoughts were attracted mostly by their own feeling on fear and the baby's welfare because they had feelings of guilt trough the use of substances.</p> <p>It can be concluded, that in addition to the AUDIT – questionnaires also intensive and versatile interventions are needed at the clinics that mothers can tell about their substance abuse problems. My research also confirms the information that the nurse should be brave and ask about alcohol and drugs use directly and not to withdraw to the the passive party. The new topic was conducting surprise screenings during maternity clinic visits.</p>		
<b>Key words</b> Intoxicating substance, pregnancy, pregnant, maternity, clinic public health nurse		

## KIITOKSET

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 PÄIHTEET JA RASKAUS</b> .....	<b>6</b>
2.1. Päihteiden vaikutus äitiin .....	7
2.2. Päihteiden vaikutus sikiöön .....	11
2.3. Alkoholi ja raskaus.....	13
2.4. Huumeet ja raskaus.....	18
2.5. Lääkkeet ja raskaus .....	22
2.6. Tupakointi ja raskaus .....	24
<b>3 PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVÄN RASKAUSAIKA</b> .....	<b>30</b>
3.1. Äidin tukeminen .....	30
3.2. Hoitosuhteen luominen päihteitä käyttävän äidin kanssa .....	34
3.3. Päihteitä käyttävän raskausaika ja sen psykologiset vaiheet .....	38
3.4. Päihteitä käyttävän äitiysneuvolaseuranta .....	41
3.5. Erityistuentarpeessa olevan perheen kokonaisvaltainen huomioiminen .....	48
3.6. Perheen ja verkoston vaikutus päihteistä kärsivän selviytymiseen .....	49
3.7. Äidin vuorovaikutussuhteen tukeminen vauvaan raskauden aikana .....	52
3.8. Terveystieteiden työntekijöiden tukeminen äitiysneuvolassa .....	57
3.8.1. Varhainen kohtaaminen.....	61
3.8.2. Raskaana olevien vastentahtoinen hoito.....	67
<b>4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT</b> .....	<b>72</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	<b>76</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>77</b>
6.1. Opinnäytetyön aikataulu .....	77
6.2. Tutkimusmenetelmä.....	78
6.3. Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston hankinta .....	78
6.4. Tutkimustulosten analysointi .....	79
6.5. Eettiset näkökohdat.....	80
6.6. Opinnäytetyön luotettavuus .....	82
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	<b>84</b>
7.1. Päihteiden käytöstä kertominen äitiysneuvolassa .....	84

<b>7.2. Neuvolan työntekijän suhtautuminen päihdeongelman tullessa ilmi.....</b>	<b>84</b>
<b>7.3. Puheeksi ottamisen keinot .....</b>	<b>85</b>
<b>7.5. Neuvolan tarjoama apu.....</b>	<b>87</b>
<b>7.6. Äitien toivoma apu .....</b>	<b>88</b>
<b>7.7. Neuvolassa heränneet äitien tunteet .....</b>	<b>89</b>
<b>7.7.1. Myönteiset tunteet .....</b>	<b>89</b>
<b>7.7.2. Kielteiset tunteet .....</b>	<b>90</b>
<b>7.8. Yhteenveto.....</b>	<b>91</b>
<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET .....</b>	<b>92</b>
<b>9 POHDINTA .....</b>	<b>96</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>100</b>
<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni käsittelee päihteitä käyttävien äitien saamaa ja tarvitsemaa tukea neuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2004) julkaisussa Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille ehdotetaan lasten hyvinvoinnin, vanhemmuuden ja perheiden edistämiseksi sekä perhe- että voimavaralähtöistä työtettä. Neuvolatoiminnan tukirangan muodostavat määräaikaiseurannat, erilliset seulonnat ja niihin liittyvät perheiden tukeminen ja neuvonta. Toimintavalmiuksien kehittäminen lapsen ja perheen erityistilanteita varten on hyvin tarpeen. (STM 2004.) Suomessa raskaana olevista arviolta 6 % on alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden ongelmakäyttäjiä, minkä mukaan vuosittain lapsia syntyy noin 3 600 päihteitä käyttäville äideille. (Tammela & Nuutila 2008.)

Euroopassa alkoholia juodaan asukasta kohtia maailman kolkista eniten. Tämä johtaa oletetusti terveyshaittojen, kuten sairauksien ja onnettomuuksien lisääntymiseen. (European Commission 2010.) Ensimmäisiä havaintoja raskaana olevien päihteiden käytön aiheuttamista sikiövaurioista on tehty 1700-luvulla Englannissa. Alkoholin osuttaa sikiövaurioihin tutkittiin myös 1900-luvulla, mutta vasta 1968 Ranskassa tehtiin ensimmäinen tieteellinen julkaisu alkoholin aiheuttamasta fetaalialkoholisyndroomasta (FAS). Kansainväliseen tietoon tämä tuli 1970-luvulla, jolloin kyseiset tutkimustulokset vahvistettiin kahdessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa. (Juttula 2004; Veistilä 2008, 14.) Alkoholin käytön aiheuttamiin sikiövaurioihin Suomessa havahduttiin ensimmäisen kerran 1980-luvun vaihteessa, ensimmäinen lääketieteellinen artikkeli julkaistiin Duodecimissä vuonna 1979 alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista. 1990-luvun puolivälistä alkaen hoitojärjestelmän kehittäminen todettiin yhteiskuntapoliittisesti tärkeäksi tehtäväksi päihdeongelmista kärsivien raskaana olevien äitien kohdalla. (Leppo 2008, 33, 35; Pistokoski & Ryyppö 2007, 3.) Ensimmäiset kunnalliset lait äitiys- ja lastenneuvoloista maassamme säädettiin vuonna 1944. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävä on lakien lisäksi ohjata neuvolatoimintaa terveystieteellisillä linjauksilla ja ohjelmilla. (STM 2009.)

Honkasen (2008) mukaan Suomessa lapsiperheistä 10-30 % on tarvetta normaalia suurempaan tukeen. Suurin osa näistä on normaaleista elämäntilanteista johtuvia, kuten



lapsen syntyminen, mutta entistä enemmän ongelmat ovat lähtöisin parisuhteesta, työttömyydestä, päihde- ja mielenterveysongelmista, jotka luokitellaan riskitekijöiksi. Päihteiden ja mielenterveysongelmien yhteenkuuluvuus on todettavaa, ja usein on hankalaa todentaa, kumpi perheessä on ensisijainen ongelma. (Honkanen 2008.) Äitiys- ja lastenneuvolat huolehtivat erityistuen antamisesta yhdessä muun sosiaali- ja terveyshuollon kanssa, kun perheessä tai sen ympäristössä huomataan tekijöitä, jotka voivat uhata lapsen tervettä kehitystä. Erityistuen toteutus suunnitellaan yksilöllisen tarpeen mukaan, ja siihen kuuluvat työntekijän kotikäynnit sekä aktiivinen yhteydenpito. (Erkkilä, Kolehmainen & Pellikka 2007, 2.) Varhaisen puuttumisen mallia on tähän asti käytetty hyvin lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, mikä on tärkeää juuri päihteitä käyttävien kanssa työskennellessä, mutta jatkossa on varmasti hyvä laajentaa tätä työmenetelmää terveydenhuollossa myös muiden asiakasryhmien kanssa tehtävään työhön (STM 2008).

Hoidettaessa päihdeongelmasta kärsiviä äitejä työntekijän on uskottava, että perheitä voidaan auttaa hyvässä asiakassuhteessa, kuntoutusta tukevassa ja asiakasta kunnioittavassa ilmapiirissä. Ensi- ja turvakotienliiton Pidä kiinni -projektissa korostetaan, että päihdeongelmaisten äitien auttaminen on mahdollista, mikäli hoitotyön ammattilaiset ovat aidosti sitoutuneita ja kiinnostuneita auttamaan heitä. Ensi- ja turvakotien liitto on ajanut yksinäisten äitien ja näiden lapsien asioita jo vuodesta 1945. Liitto on lastensuojelujärjestöistä yksi Suomen suurimmista, ja sen tärkein tavoite on lapsen edun turvaaminen kaikissa tilanteissa. (Andersson, Hyytinen & Kuorelahti 2008, 13; Veijalainen & Heino ym. 2008, 7.)

Opinnäytetyöni tavoitteena on kerätä tietoa päihdeongelmista kärsivien äitien neuvolapalvelukokemuksista ja lisätä neuvolatyöntekijöiden valmiuksia kohdata päihdeongelmaisia äitejä sekä parantaa näin ollen äitiysneuvolapalveluja. Tarkoituksena on kartoittaa kaikissa Pidä kiinni- hoitojärjestelmän (ensikodit ja avopalveluyksiköt) yksiköissä olevien äitien tarvitsemaa ja heidän saamaansa tukea raskausaikana neuvolasta. Lisäksi tarkoitukseni on selvittää, miten neuvolatyötä voitaisiin kehittää raskaudenaikana päihdeongelmasta kärsivien auttamiseksi. Tulosten pohjalta on mahdollisuus saada uusia näkökulmia äitiysneuvolatyöhön.

## Tutkimustehtävät

1. Miten päihdeongelmista kärsivää raskaana olevaa äitiä olisi hyvä lähestyä ja kohdella neuvolassa?
2. Minkälaista tukea tai tietoa päihdeongelmista kärsivä äiti tarvitsee?
3. Minkälaista tukea päihdeongelmista kärsivä äiti on neuvolasta saanut?

Keskeinen käsite työssäni on päihteitä käyttävät äidit, jolla tarkoitan raskaana olevaa tai pienten lasten äitejä, jotka juovat yli kymmenen alkoholiannosta viikossa, käyttävät huumeita päihtymistarkoituksessa tai joilla on lääkkeiden väärinkäyttöä. Tässä opinnäytetyössä myös tupakointi luokitellaan päihteiden käytöksi. (Armanto & Koistinen 2007, 60; Juttula 2004). Valmistun terveydenhoitajaksi, ja päihteitä käyttävät äidit ovat tänä päivänä iso haaste terveydenhuollossa, joten aiheeni on erittäin ajankohtainen ja puhutteleva. Tänä päivänä erityisesti, kun lapset syntyvät ikäluokille, jotka ovat tottuneet käyttämään päihteitä aikaisempaa runsaammin (Veijalainen ym. 2008, 7).

Suomessa neuvolapalvelut tarjotaan maksuttomina lähipalveluina koko väestölle. Vuosittain äitiysneuvoloissa käy vajaa 60 000 äitiä puolisoineen. Vain 0,2-0,3 % äideistä jättää käyttämättä äitiysneuvolan palvelut. Äitiys- ja lastenneuvoloiden menestyksellisyydellä Suomessa on suora yhteys äiti- ja imeväiskuolevaisuuden suhteen maailman alhaisimpien maiden joukkoon. (STM 2009.)

Neuvolaoppaassa korostetaan neuvolapalveluiden oikeudenmukaisuutta ja tasa- arvoa, minkä myötä pystytään kohdentamaan neuvolapalveluja perheiden tarpeiden mukaan. Osa perheistä tarvitsee intensiivistä tukea, kuin taas toiset perheistä selviävät hyvin neuvolasta saatujen peruspalvelujen ja varmistuksen avulla. Terveydenhoitajat ovat avainasemassa katkaisemassa sukupolvikierteitä sekä ehkäisemässä syrjäytymistä ja kaventamassa terveyseroja. Sosiaali- ja terveydenhuolto (KASTE 2008-2011) esittää kehittämisohjelmansa myötä tavoitteeksi varhaista tunnistamista sekä niihin puuttumista toimintatapaa tukien lasten, nuorten sekä lapsiperheiden kanssa työskennellessä. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 277-278.)

Huolestuttavaa on edelleen, että raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä pidetään enemmän sosiaalisena ongelmana, joka ei kuuluisi terveydenhuollon hoidettavaksi. Yleensäkin ottaen

alkoholin suurkuluttajien raskauteen käytetään paljon vähemmän voimavaroja kuin esimerkiksi raskauden ajan insuliinidiabeteksen hoitoon, vaikka alkoholinsuurkuluttajia raskauden aikana arvioidaan olevan noin 1-3 %, mikä on huomattavasti suurempi luku verrattuna insuliinidiabeetikoihin, mitä pidetään merkittävänä riskitekijänä raskaudelle. (Palo & Peura 2009, 18.)

Koen opinnäytetyöni aiheen erittäin tärkeäksi, koska varhainen kohtaaminen on tulevaa työtäni, sillä äidit eivät välttämättä ole minkään muun palvelujärjestelmän asiakkaita kuin neuvolan. Työni mielenkiintoa itselläni lisää, kun koulutuksessamme emme mielestämme ole riittävästi perehtynyt aiheeseen. Lopullisen opinnäytetyöni pohjaa pystyn ja tulenkin varmasti hyödyntämään jatkossa terveydenhoitajan työssäni sekä saan rohkeutta toteuttaa omaa ammattiani erityisesti juuri raskaana olevien päihteiden käyttäjien kanssa. Innostusta lisää, kun päihteitä käyttäviltä äideiltä ei ole löytämieni tutkimusten perusteella juuri tätä asiaa aikaisemmin Suomessa tutkittu.

Työssäni käsittelen alkuun päihteiden vaikutuksia äitiin ja sikiöön sekä eri päihteistä ja raskauden kulusta. Toisena isona kappaleena on aiheena päihteitä käyttävän raskausaika ja sen seuranta. Lisäksi halusin ottaa mukaan perheen ja verkoston tuen merkityksen, koska se on iso osa äidin päihdekuntoutuksen tukemisessa. Tärkeänä kappaleena mukana on terveydenhoitajan työnvälineet sekä varhaisen vuorovaikutussuhteen luominen raskauden alusta alkaen äidin ja vauvan välille. Varhaisen vuorovaikutussuhteen luominen ja vauvan mielessä pitämisen muistuttaminen ovat ydintyötä päihteitä käyttävien äitien kanssa työskennellessä. Varhainen kohtaaminen on oma tärkeä osio työssäni, koska se on yksi työni kulmakivistä. Vaikka työni ydin rakentuu muutoksen tukemiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa päihteitä käyttävien äitien kanssa, päätin kuitenkin yhtenä osiona ottaa mukaan päihteitä käyttävien äitien vastentahtoisen hoidon, koska aihe on erittäin ajankohtainen. Toki tässä vaiheessa, kun vapaaehtoiseenkaan hoitoon eivät kaikki halukkaat pääse, vastentahtoisen hoidon perusta ei ole ajankohtainen. Tulevana terveydenhoitajana ajattelen kuitenkin, että on hyvä olla ajan hermoilla ja etukäteen tietoinen meneillään olevasta vastentahtoisen hoidon tilanteesta.

Kuten sanotaan, lapsuudesta on helppo ponnistaa elämään. Hyvältä lapsuudelta ei voida edellyttää vanhempien täydellistä osaamista. Pikemminkin edellytys on, että vanhemmat pystyvät ja suostuvat näkemään oman epätäydellisyytensä ja pyrkivät silti tekemään kaiken

lapsen parhaaksi hänen kasvuaan tukien sekä iloitsemaan hänestä lapsena. (Hiltunen, Kujala & Mattila 2005, 11.)

## 2 PÄIHTEET JA RASKAUS

Naisen käyttäessä päihteitä raskauden aikana hän rikkoo yhteiskunnassa vallitsevaa tabua. Samaan aikaan hän tulee ympäristön ja yhteiskunnan silmissä tuomitukseksi sekä myös tulevassa äidin roolissaan. Tuomitseminen perustetaan ajatukseen, että nainen ei pysty myöskään raskauden jälkeen luopumaan päihteiden käytöstään. Naisilla ongelmalliseen päihteidenkäyttöön liittyy erityispiirteitä, jotka johtuvat yhteiskunnan normeista ja naisen kulttuurisesta roolista. Päihteidenkäyttöön liittyy enemmän eristäytymistä, syyllistymistä, häpeän tunteita sekä salailua, jotka johtuvat ympäristön reaktioiden pelosta. Äidit ovat hyvin tietoisia ympäristön asenteesta. Usein hämäävästi nainen saattaa näyttää selviytyvän ulkoisesti riippuvuudesta huolimattaan hyvin. (Palo & Peura 2009, 14, 16.)

Päihteiksi määritellään aineet, jotka vaikuttavat keskushermostoon aiheuttamalla käyttäjälleen korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Päihteet on yleisnimitys kemiallisista aineista, jotka aiheuttavat päihtymyksen tunteen päästyään elimistöön. Päihteitä käytetään nautinto- ja huumaustarkoituksessa. Miellyttävien psyykkisten vaikutusten myötä päihteiden käyttäjä haluaa käyttää niitä toistuvasti. (Palo & Peura 2009, 6; Kekki & Kokkonen 2006, 8.)

Suomessa alkoholin ja päihteiden käyttö on lisääntynyt runsaasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Asukasta kohden alkoholin käyttö on nelinkertaistunut verrattuna 1960-luvun alkuvuosiin. Viime vuosina kulutus on entisestään kasvanut. Tänä päivänä alkoholia käytetään noin 10 prosenttia enemmän vuoteen 2004 verrattuna, mikä johtunee alkoholijuomien veroalennuksesta ja tuonnin vapautumisesta EU-maista. Eniten alkoholia käytetään tänä päivänä kotiympäristössä, ja käytön kehitys näkyy muun muassa poliisien kotihälytysten määrässä. Vuonna 2000 kotihälytyksiä tuli runsas 55 000, kun vuonna 2008 niitä tuli poliisille jo reilut 86 000. (Aalto ym. 2009, 14, 22; Lindfors 2010, 6.) Huolestuttavaa on, että tänä päivänä maassamme juodaan paljon alkoholia ja merkittävä osa siitä ryhmästä ovat pikkulasten vanhemmat. Alkoholiohjelman yksi kolmesta päätavoitteesta on alkoholin aiheuttamien haittojen vähentäminen lapsille ja perheille. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 167-168.)

Huumausaineiden käyttö puolestaan yleistyi Suomessa 1990-luvun loppupuolella, mutta käytön tasaantumista on ollut todettavissa viime vuosina. Vuonna 2006 suoritetussa väestökyselyssä 15-69-vuotiaista 13 % oli joskus kokeillut kannabista, vuonna 2008 vastaava prosentti oli 3. Arviolta noin 400 000 suomalaista on siis joskus elämässään kokeillut kannabista. (Aalto ym. 2009, 14, 22; Lindfors 2010, 6.)

Vaikka päihteitä käytäviä äitejä pidetään täysin erilaisina ja poikkeavina muihin äiteihin verrattuna, ovat heidän odotuksensa ja toiveensa omaa äitiyttä kohtaan ihan samanlaisia kuin muillakin äideillä. Tutkimukset osoittavat lisäksi, että oman äidin ja ystäväpiirin suhtautuminen raskauteen vaikuttaa raskaana olevan naisen tuntemuksiin merkittävästi. Useimmiten heillä on hyvin ihanteellinen kuva siitä minkälaisia äitejä he tulisivat olemaan. Näitä ihanteellisia mielikuvia, toiveita ja ajatuksia päihteitä käyttävät äidit eivät pääse toteuttamaan ilman runsasta ulkopuolista apua ja tukea. (Juttula 2004; Palo & Peura 2009, 16.)

Päihdeongelmista kärsivien äitien kanssa työskennellessä tulee ottaa huomioon, että päihteet altistavat äidin erilaisille taudeille, mielenterveyshäiriöille sekä väkivallan uhan kohteeksi (Sorsa, Paavilainen & Åsted-Kurki 2004, 241). Päihdeongelmaisia äitejä hoidettaessa on muistettava, että tulevalle lapselle ei riitä pelkkä raskauden aikainen raittius, vaan tarvitaan intensiivistä yhteistyötä tiiviisti, jotta vanhemmat pysyisivät päihteettöminä lapsen syntymänkin jälkeen. Vauvaperheen arkea päihteettömänä on pystyttävä harjoittelemaan riittävän pitkään turvallisissa olosuhteissa. (STM 2009.)

Tässä kappaleessa esittävät otsikot on tarkoituksellisesti asetettu päihdelähtöisesti eikä raskauslähtöisesti, koska miellän ajatuksen työssäni niin, että raskausaikana päihteitä käyttävä äiti pitää omaa päihteidenkäyttöään etusijalla suhteessa raskauteen, ja työssäni tutkin juuri tätä keskeistä asiaa.

## **2.1. Päihteiden vaikutus äitiin**

Äidin vaikeus luopua päihteiden käytöstä raskauden aikana on liitoksissa aivojen mielihyväjärjestelmän välittäjäaineisiin. Välittäjäaineiden tehtävä on kertoa, mikä tekee elimistölle hyvää. Päihteiden osalta tämä mielihyväjärjestelmä erehtyy ja alkuperäinen tehtävä kääntyy pääläelleen päihteiden hämätessä järjestelmää. Mielihyvän jättämä

muistijälki päihteistä on lisäksi voimakas, ja sitä voimakkaammin se toimii, mitä aikaisemmin murrosiässä päihteitä on alettu käyttämään. Neurobiologiset tutkimukset osoittavat, että yksilön kyky tehdä valintoja sekä muiden mielihyvän lähteiden kilpailukyky vähentyy ja heikentyy, mitä pidemmälle edenneestä päihderiippuvuudesta on kyse. (Pajulo ym. 2006, 2606.)

Päihdeongelmaisilla raskaana olevilla on muihin odottaviin äiteihin verrattuna samat somaattiset riskitekijät raskautensa aikana. Lisäksi päihdeongelmaisen äidin raskautta ja tulevaa lapsivuodeaikaa häiritsevät voimakkaasti aikaisemmin elämässä tapahtuneet traumaattiset kokemukset sekä elämän monet säröt, joita voivat olla huono ravitsemustilanne, infektiot, väkivalta, rikollisuus ja aiemmat hankaluudet viranomaisten kanssa. Nainen saattaa haluta lapsen pelkästään siksi, että hän voisi antaa lapselleen paremmat mahdollisuudet elämään kuin mitä hänellä itsellään on ollut. (Hiltunen ym. 2005, 140; Ollila & Taipale 2005, 56.)

Päihteitä käyttävän äidin taustalla voi olla perheen päihde- ja mielenterveysongelmia, lapsuudenperheen kokemia vastoinkäymisiä sekä köyhyyttä. Kasvu päihdeongelmasta päihteettömyyteen, omaksi itseksi, kumppanuuteen ihmissuhteessa sekä vanhemmuuteen on täynnä ristiriitaisia tunteita. Tunteita omasta itsestä, omista tarpeista, toiveista, ihmissuhteista sekä raittiudesta. Omaksi itseksi kasvu merkitsee jatkuvaa tarkastelua omassa elämässä ja siinä tehdyissä valinnoissa. Positiivisten mielikuvien merkitys päihteistä kärsivän raskausaikana on vielä tärkeämpää kuin ”tavallisessa” äitiydessä. Usein äidin omat hoivakokemukset varhaisesta lapsuudesta ovat kielteisiä, ja hän huomaamattaan sijoittaa niitä kokemuksiin omaan lapseensa. Koska kyky säädellä ja käsitellä omaa tunnetilaa on keskimäärin heikompi, voimakkaiden tunnekokemusten ja mielikuvien aktivoituminen on raskausaikana äidille erityisen ahdistavaa. Päihdeongelmista kärsiville äideille usein merkityksellinen mielikuva on omasta äidistä äitinä. Ne, joilla mielikuva omasta äidistä oli kielteinen, oli havaittu myös eniten hyljintää ja laiminlyöntiä lapsuuden aikana. Päihdeongelmaa ei siis voida pitää ainoana ja ratkaisevimpana tekijänä äitiyden kehittämisessä. Usein päihdeongelmainen äiti on itse lastensuojelunasiakas tai asunut eri laitoksissa sekä sijaisperheissä lapsuutensa ja nuoruutensa aikana. Taustalla on usein taloudellisia vaikeuksia, alhainen koulutustaso, psyykkistä oireilua sekä vain muutamia ihmissuhteita, joilta voisi saada tukea. Muistoja omasta lapsuuden kodista ei juuri ole tai ne ovat hyvin kipeitä. Päihdeongelmiin voi altistaa oman äidin raskauden aikainen päihteidenkäyttö, jonka seurauksena on voinut tulla kehitysvaurioita, koulu- ja

oppimisvaikeuksia sekä mielenterveyshäiriöitä. (Hiltunen ym. 2005, 76; Paananen ym. 2006, 349; Pajulo ym. 2006, 2604-2605; Sorsa ym. 2004, 245; Suortamo 2005, 59.)

Yleensä päihdeongelmallisella naisella minäkuva ja itsetunto ovat huonoja sekä käsitys naisellisuudesta on usein hukassa, joten hyväksyntää haetaan niin päihteitä käyttäviltä miehiltä kuin naisiltakin (Sorsa ym. 2004, 243). Päihdepiireissä olevat naiset kokevat, että heillä on paikkansa kuvioissa sekä tunne, että heistä välitetään, ja siitä, että heitä arvostetaan (Väyrynen 2007, 123-124). Itsetunnon tukemisella onkin todettu olevan suuri merkitys päihteistä toipumisen kannalta (Kekki & Kokkonen 2006, 16).

Menneisyyden traumat, kuten hylkäämisen tunne, vanhempien ero, uusperheeseen sopeutuminen tai läheisen kuolema ovat asioita, jotka voivat raskauden aikana nousta pintaan ja äiti alkaa lievittämään ja torjumaan näitä elämän kipuja ja traumoja päihteillä. Nainen, joka vauvan odotusaikana käyttää alkoholia, huumeita tai lääkkeitä, voidaan häntä kutsua päihdeongelmista kärsiväksi raskaana olevaksi. Raskaus on oiva tilaisuus puuttua päihdeongelmaan, se voi olla ratkaisu elämänmuutokselle. Tuettuna kaksi kolmesta äidistä pystyy vähentämään päihteiden käyttöä tai lopettamaan sen kokonaan. Suomessa vuosittain noin 60 000 syntyvästä lapsesta arvioidaan, että 6 % heidän äideistä kärsii päihderiippuvuudesta, joten vuosittain on vaarassa 3 500–5 000 sikiötä. Suunnilleen yhdellä prosentilla 60 000:sta eli 600:lla on odotusaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamia selviä vaurioita ja pahimmillaan kehitysvamma. Tutkimukset osoittavat, että kaikkein vahingollisin yleisimmistä päihteistä raskauden aikana sikiölle on alkoholi. Huumealtistukseen sikiöaikana liittyy erilaisia biofysiologisia ja somaattisia haittavaikutuksia, mutta harvemmin kuin alkoholialtistuksessa. Vuosittain Suomessa noin 100 vauvaa syntyy vieroitusoireisena äidin raskauden aikaisen huumeiden käytön seurauksena. Lasten kuolleisuus päihteitä käyttävillä äideillä on viiden prosentin luokkaa, ja yleisimpiä kuolinsyitä ovat ennenaikaisuus, epämuodostumat ja vaikeat sydänviat. Tutkimusten myötä on pystytty todentamaan, että päihteitä käyttävien äitien lapsilla kätkytkuolemien vaara on suurempi kuin päihteettömien äitien lapsilla. (Andersson ym. 2008, 18, 59-60; Armanto ym. 2007, 60; Halmesmäki 1999; Juttula 2004; Nätkin 2006, 6; Pajulo & Kalland 2006, 2603-2604.)

Tärkeää on huomioida, että kuitenkin kaikki päihteitä käyttävät äidit eivät tule köyhistä väkivaltaisista, syrjäytyneistä tai muuten ongelmista kärsivistä perheistä. Äidin huoliteltu ulkonäkö ja hyvä taloudellinen tilanne voivat olla huomaamattomuuden syynä.



Terveystenhoitajana onkin tärkeää huomata äitien moninaisuus ja se, että ne äidit, joilla ongelmat ovat kasautuneet ja ilmenevät monella alueella, tulevat lähinnä julkisen avun piiriin. (Juttula 2004.)

Lapsen syntymä ja aika sen jälkeen ovat normaaleja, mutta psyykkisesti muista elämänvaiheista poikkeavia tiloja ihmiselle. Tämä on aivojen mielihyvänraatojen aktivoitumisaikaa. Biologisesti vanhemmuus ja vauva ovat tässä elämänvaiheessa mielihyvän keskeisin lähde. Päihdeongelmalliselle äidille tämä aika on erityisen vaikeaa. Elämänvaiheen hankaluutta lisäävät omat varhaislapsuuden kielteiset kokemukset, suunnittelematon raskaus, heikot ihmissuhteet, syyllisyys, köyhyys, huolet ja näiden aiheuttama stressitila. Tässä tilanteessa välittäjäaineet toimivat päinvastoin, päihteet valtaavat sen mielihyvän, jota vauva ei luonnostaan saa, mutta mikä hänelle kuuluisi. Tässä tilanteessa tarvitaan vahvaa hoidollista asiantuntijuutta, jotta saadaan raivattua tilaa äidin mielessä. Äidin päihteettömyyttä sekä äidin ja vauvan välistä suhdetta on tuettava voimakkaasti ja yhtäaikaaisesti. (Pajulo ym. 2006, 2606.) Äitiä on hyvä realisoida, että kun hän voi itse hyvin, se vaikuttaa myös myönteisesti sikiöön (Palo & Peura 2009, 41).

Raskausaika on toimintarakenteen ja elämäntilanteen muutos, joka auttaa äitiä motivaation vahvistumisessa. Päihdetutkimuksien mukaan naisilla eniten motivoivia asioita päihteettömyyteen ovat lapset ja äitiys. Raskausaika on äidille psyykkisesti herkistynyttä aikaa, jolloin vauva ja vanhemmuus valtaavat tilaa äidin mielessä. Positiivisten kokemusten lisäksi raskausaika merkitsee myös kivuliaiden ja tuskallisten asioiden esiintymistä ja menneisyyden konfliktien kanssa toimeen tulemisesta sekä kasvokkain joutumista. Raskausaika ja vauva aktivoivat äidin mielen kokemuksiin pohjaaviin mielikuviin omista varhaisvaiheiden suhteista läheisiin, erityisesti puolisoon ja omaan äitiin, useimmiten nämä asiat tulevat uudelleen työstettäväksi. Kiintymyssuhteen vajavaisuus vaikuttaa pitkälle. Lapsi, joka on saanut kokea turvallisen lapsuuden luottaa maailman ja ihmisten hyvyyteen, siinä missä lapsi, joka on kokenut turvattomuuden tunteita, näkee maailman pahana eikä pysty luottamaan ihmisiin. (Andersson ym. 2008, 18, 19-20; Palo & Peura 2009, 41; Pajulo ym. 2006, 2604-2605.)

Päihteiden vaikutuksesta raskaana olevaan naiseen on helpommin tutkittavissa ja todettavissa kuin vaikutukset kehittyvään sikiöön. Eri aineiden yhteiskäyttö, käyttömäärät ja tiheys eivät anna selvää kuvaa siitä, miten juuri tietty päihde vaikuttaa. Varmaa tietoa on kuitenkin se, että päihteet kulkeutuvat istukan läpi ja vaikuttavat suoraan haitallisesti

kehittyvään sikiöön. Äidin käyttäessä päihteitä sikiö voi olla ajoittain jopa hengenvaarassa, koska hänen fyysiset ja psyykkiset tarpeensa saattavat jäädä tyydyttämättä. (Paananen ym. 2006, 349; STM 2009.)

Raskausaikana äidille tapahtuu voimakkaita fysiologisia, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia, ja se on otollinen aika muuttaa päihteiden käyttöään. Mielikuvien kliinisellä merkityksellä on päihdeongelmaisessa raskaudessa vielä suurempi merkitys kuin normaalisti etenevässä raskaudessa. Äidillä on usein negatiivisia hoivakokemuksia, ja nämä sijoitetaan huomaamatta suhteessa omaan tulevaan lapseen. Kyky säädellä ja käsitellä omia tunnetiloja on keskimääräistä heikompaa, joten voimakkaiden tunnekokemusten ja mielikuvien aktivoituminen on usein erityisen ahdistavaa. Tunnekokemusten tuskaa lisää useimmiten, kun raskaus on ollut suunnittelematon ja koko raskausaikaa sävyttää mahdollisten vahinkojen aiheutuminen päihteistä sikiölle. Huonommuuden tunnetta äideillä lisää ympäristön tuomat paineet, koska edelleen naisten alkoholikäyttötymisestä aiheutuvat ongelmat ja elämänhallinnan horjuminen tuomitaan huomattavasti voimakkaammin kuin miesten. (Andersson ym. 2008, 18, 19-20; Pajulo ym. 2006, 2604-2605; Palo & Peura 2009, 15.)

## **2.2. Päihteiden vaikutus sikiöön**

Päihteet voivat aiheuttaa kehittyvään alkioon elimellisiä vaurioita ja vaikuttavat näin ollen koko raskauden ajan sikiön kehittyvään hermostoon (Paananen ym. 2006, 350). Vaikka lapsi syntyisikin terveenä, äidin runsaalla päihteiden käytöllä on lapselle suuri riski erilaisiin kehityksellisiin ongelmiin. Päihdeongelma äidillä vaikuttaa lapseen kahta kautta: sikiöaikaisen altistuksen sekä puutteellisen lapsi-vanhempi-suhteen ja hoivaympäristön kautta syntymän jälkeen. Pahimmassa tapauksessa päihdealtistuksen myötä lapselle voi kehittyä niin vakavia rakennevikoja, että hän menehtyy. (Hiltunen ym. 2005, 75; Honkanen 2008.) Äidin raskauden aikaisella runsaalla alkoholin käytöllä on todettu olevan yhteys myös lapsen heikentyneeseen immuunipuolustukseen (Niskanen & Salomaa 2010, 4).

Varhaisella hoitoon hakeutumisella on ratkaiseva merkitys sikiön ja vauvan kehityksen kannalta, sillä keskushermoston kehitys on voimakkaimmillaan sikiöaikana ja lapsen

kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. Asian korjaamiseksi tarvitaan sopivaa hoitoa ja kuntoutusta, jossa etusijalla on äidin ja sikiön tarpeet. Äidin kuntoutuminen onnistuu parhaassa tapauksessa hyvin ja vauvalla on mahdollisuus terveempään elämään syntyessään. Äidin kuntoutuminen on turvallisen kiintymyssuhteen ja terveen kehityksen perusedellytys. (Andersson ym. 2008, 18, 19-20; Pajulo ym. 2006, 2604-2605.)

Raskauden aikana päihteille altistuneiden vauvojen viestien on tutkittu olevan epäselvempiä ja vaikeammin tulkittavia. Vauvat ovat osoittautuneet myös itkuisemmiksi sekä herkemmiä kosketukselle, kyky rauhoittua on heikompi ja nukkuminen on usein häiriintynyttä. Vuorovaikutuksen aloitteet ja myönteisten tunteiden ilmaiseminen altistuneilla vauvoilla on vähäisempää kuin altistumattomilla. Vuorovaikutusmallin jatkuessa puutteellisena pitempään vauvan reaktiot vähenevät ja hän masentuu. (Honkanen 2008; Paananen ym. 2006, 314.) Mikäli äidin päihteiden ja yleensä ottaen huumeiden käyttö on jatkunut koko raskauden ajan, vauva siirtyy syntymän jälkeen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle missä hänen vieroitushoitonsa aloitetaan. Pahimmassa tapauksessa vieroitushoito voi kestää useita viikkoja. Vanhemmille on useimmiten tuskallista seurata vauvansa vieroitusoireita, ja vasta siinä vaiheessa monet huomaavat ja tuskaa lisää, että vieroitusoireet ovat samanlaiset kuin heidän omansa. (Ollila & Taipale 2005, 57.)

Pajulo (2001) toteaa väitöskirjassaan, että alkoholiriippuvaisilla äideillä oli kontrolliryhmään verrattuna enemmän ongelmia vauvojen kanssa vuorovaikutuksessa, enemmän masennusoireita, sosiaalisten suhteiden ongelmia sekä vähemmän sosiaalista tukea. Syntymästä aiheutuvan mielihyvän hälvettyä lapsen kasvun riittävää tukemista rasittivat parisuhdeongelmat, huono suhde omaan äitiin ja ihmissuhteiden hataruus. Nämä äidit tarvitsevat monipuolista tukea, joka voi kestää jopa useita vuosia. Mitä nuorempi lapsi on, sitä vähemmän hänellä on aikaa odottaa avun saantia.

Myöhemmässä vaiheessa raskausaikana päihteille altistunut vauva saattaa sairastella enemmän ja unirytmit ovat epäsäännöllisempiä vauvan turvattomuuden ja kodin melun vuoksi. Puheen oppiminen viivästyy, samoin tunne-elämän kehitys, koska yhteinen tekeminen puuttuu ja vauvalle puhutaan vähemmän. (Palo & Peura 2009, 42.)

### 2.3. Alkoholi ja raskaus

Päihteidenkäytön syntyä on etsitty hyvin monelta kantilta. Muun muassa alkoholiongelmien syntyä on selitetty ihmisten persoonallisuudella, biologialla, elinympäristöllä tai itse aineella joka päihdyttää. (Juttula 2004.) Alkoholi on nikotiinin ja kofeiinin jälkeen yleisin käytetty päihde. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon huumaavasti sekä mielihyvää tuottavasti, joten se luokitellaan farmakologisesti lamaavaksi lääkeaineeksi. (Palo & Peura 2009, 7.)

Alkoholin sietokyky on naisilla miehiin verrattuna matalampi ja pitkäaikaisvaikutukset tulevat paremmin esille, koska naisen kehossa on vähemmän vettä kuin miehillä. Alkoholin ollessa vesiliukoinen aine se jakautuu naisen elimistön vesiosaan, jota on vähemmän. Samoin riippuvuus alkoholiin kehittyy nopeammin naisen elimistön hormonitoiminnan ja korkeamman rasvapitoisuuden vuoksi. Vuonna 2005 sataprosenttista alkoholia kului Suomessa keskimäärin 10,5 litraa per asukas, kun lasketaan tilastoimaton ja tilastoitu kulutus. (Kekki & Kokkonen 2006, 9; Palo & Peura 2009, 7, 14.) Alkoholin liikakäyttö voidaan luokitella riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Riskikäytöllä on merkittävä yhteys saada alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja. Suurkulutuksen rajat ylittyvät riskikäytössä. Riskikäyttäjää ei voida sanoa alkoholiongelmaiseksi, mutta joka tapauksessa hän juo liikaa. Suurkulutuksen rajoina Suomessa pidetään naisilla 16 alkoholiannosta viikossa tai vähintään 5 annosta kerralla. Miehillä vastaavat luvut ovat 24 ja 7 annosta. Suurkulutuksen rajat ovat ohjeellisia, eivätkä ne määrittele turvallisen juomisen rajaa. Riskikäyttäjistä voidaan myös puhua silloin, kun tilanneraittius ei toteudu, jota tarvitaan muun muassa autolla ajaessa ja töissä ollessa. (Aalto ym. 2009, 12-13; Lindfors 2010, 9; Niskanen & Salomaa 2010, 3; Palo & Peura 2009, 14.) Päihteiden käytön ja päihderiippuvuuden edetessä pitkälle riippuvuuden kieltäminen ja itse riippuvuus vaikeuttavat äidin auttamista ja näin ollen voivat estää jopa hoitoonohjauksen ja päihdeongelmaan puuttumisen (Kekki & Kokkonen 2006, 16).

Riippuvuus vahingoittaa yksilön hyvinvointia kokonaisvaltaisesti (Kiiänmaa 2010). Äidin käyttäessä toistuvasti alkoholia yli näiden suurkulutusta kuvaavien rajojen seuraa hänelle muun muassa unettomuutta, ärtyneisyyttä, masennusta, vatsavaivoja, sydämen rytmihäiriöitä ja verenpaineen kohoamista. (Aalto ym. 2009, 12-13; Lindfors 2010, 9; Niskanen & Salomaa 2010, 3; Palo & Peura 2009, 14.)

Ihmisen jatkaessa riskikäyttöään hänelle voi alkaa ilmetä alkoholista johtuvia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja, jotka pystytään selvästi tunnistamaan ja määrittelemään. Mikäli alkoholinkäyttäjää ei vähennä juomistaan haittojen ilmettyä niin, että haitat häviävät, voidaan puhua alkoholin haitallisesta käytöstä. Alkoholia haitallisesti käyttävät pystyvät tutkimusten mukaan vielä suhteellisen helposti neuvonnan avulla tai omatoimisesti vähentämään alkoholin käyttöään. Puhuttaessa alkoholiriippuvuudesta henkilö ei välttämättä yrityksistään huolimatta pysty hallitsemaan juomistaan ja estämään sen myötä tulevia haittoja. Alkoholiriippuvuutta diagnosoidessa täytyy ICD-10-järjestelmän kuudesta kriteeristä vähintään kolmen täytyä viimeisen kuukauden sisään laskettuna. Alkoholiriippuvuudessa kyse on psyykkisestä riippuvuudesta, joka ilmenee vieroittumisenkin jälkeen pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia. Riippuvuudessa ihmisellä on toistavasti halu lopettaa alkoholinkäyttö, mutta se päättyy yleensä aina retkahdukseen. Riippuvuudessa tunnuspiirteinä on alkoholin muuttuminen elämän keskeiseksi asiaksi, jolloin suurin osa ajasta kuluu sen hankkimiseen, käyttöön ja toipumiseen sen vaikutuksista. Kiistattomista haitoista huolimatta riippuvainen jatkaa juomistaan ja luopuu muista merkittävistä kiinnostuksen kohteista. Yksi paradoksi päihteiden käytössä on, että suurimman osan ajasta on paha olla, mutta ilmankaan niitä ei osaa olla. (Aalto ym. 2009, 13-14; Lindfors 2010, 9-10.)

Alkoholin suurkuluttajanaisista noin kolmasosa pystyy lopettamaan alkoholin käytön kokonaan terveydenhoitajan valistuksen sekä tukitoimenpiteiden avun ansiosta todettuaan olevansa raskaana. Yksi kolmasosa onnistuu vähentämään sitä vasta keskiraskauden jälkeen ja viimeinen kolmannes jatkaa käyttöään normaaliin tapaa koko raskauden ajan. Parasta olisikin, että jo ennen raskauden suunnittelua alkoholin suurkuluttaja saisi tarvitsemansa tiedon ja lopettaisi tai vähentäisi merkittävästi juomistaan hyvissä ajoin ennen hedelmöitymistä. (Halmesmäki 2000; Hartikainen ym. 1994; 215; Kekki & Kokkonen 2006, 10.)

Alkoholin käyttöön raskaudenaikana ei voida sanoa mitään turvallista rajaa, että välttyttäisiin sikiövaurioilta, mutta tieteellisesti ei ole todistusta, että muutama satunnainen olut- tai viinilasillinen aiheuttaisi vaaran sikiön kehitykselle. Huonoimmassa tapauksessa äidin alkoholin aiheuttama yksikin humalakerta voi johtaa yksittäisten elimien, kuten sydämen kehityksen vaurioon, mikäli se sattuu kehityksen kannalta tärkeään päivään. (Palo & Peura 2009, 18-19.) Raskausajan alkoholiongelmia voidaan todeta, kun äiti juo yli kymmenen alkoholiannosta viikossa odottaessa lastaan. Yksi annos alkoholia on 33 cl:n

pullo keskiolutta, 4 cl väkevää alkoholijuomaa, 12 cl mietoa viiniä tai 8 cl väkevää viiniä. (Andersson ym. 2008, 18, 59-60; Palo & Peura 2009, 14.) Kohdatessa alkoholia käyttävä raskaana oleva on tärkeää turvata naisen hyvinvointi ja terveys. Tulevan lapsen terveyden takaamiseksi on siis ensisijaisesti huolehdittava päihdeongelmallisesta. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 16-17.) Alkoholinkäytön tullessa esille on tarpeellinen aloittaa moniammatillinen yhteistyö äidin ja sikiön voimien tukemiseksi. Raskaana olevan alkoholinkäyttäjän ensisijaisena tavoitteena tulee olla aina täysi päihteettömyys, joten moniammatillisen tiimin lisäksi hoitoon tarvitaan äidin motivaatiota ja halua päästä eroon päihteistä. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 12.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) raportissa suosituksena on, että neuvolat pyytäisivät äitejä, joilla on alkoholiongelma raskauden aikana pitämään juomispäiväkirjaa alkoholin käytöstään. Tämän kirjaamisen myötä neuvolan työntekijä saa tietoa perheen erityistuen tarpeen arvioimiseksi, suunnittelemiseksi sekä järjestämiseksi.

Suomessa arvioitu 6 % kaikista raskaana olevista päihteiden käyttäjistä on noin arvio, sillä äidit pyrkivät yleensä aliarvioimaan kulutustaan suhteessa alkoholiin, joten se voi olla suurempikin. Sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia syntyy vuosittain Suomessa arviolta 520-600. Raskauden seurannassa olleista alkoholiongelmasta kärsivien keski-ikä on narkomaaneihin verrattuna korkeampi. Alkoholin suurkuluttajan raskaus luokitellaan aina riskiraskaudeksi, joka olisi äärimmäisen tärkeää havaita varhaisessa vaiheessa. Alkoholin vaikutuksista sikiöön on tutkittu huumeisiin verrattuna paljon enemmän. Alkoholi läpäisee istukan hyvin nopeasti ja kulkeutuu sikiöön. Sikiön virtsatessa alkoholi kulkeutuu lapsiveteen, uudelleen sikiöön ja takaisin, läpi äitiin, jossa hänen elimistönsä lopuksi eliminoi alkoholin. Tästä johtuen sikiö humaltuu samaa tahtia kuin äitikin ja lapsiveden alkoholipitoisuus voi olla suurempi kuin äidin. Äidin humalatilassa sikiön liikkeet vähentyvät ja kardiokografiassa voidaan todeta poikkeavuuksia, kuten monotoninen vaihe, joka kuvastaa sikiön hapenpuutteesta. Niin kuin tupakan myös alkoholivaikutusten haitta ajoittuu koko raskausaikaan. (Armanto ym. 2007, 60; Halmesmäki 2000; Hartikainen 1994, 215; Hiltunen ym. 2005, 75; Leppo 2008, 35; Paananen ym. 2006, 292, 350; Palo & Peura 2009, 19; Pistokoski & Ryyppö 2007, 4; Pitkänen 2006.)

Juodun alkoholin määrässä on suora yhteys alkoholivaikutusten riskin suuruuteen, vauriot sikiössä riippuvat käytön tiheydestä ja määrästä. Nykytiedon mukaan ei ole olemassa minkäänlaista kohtuukäyttöä, jota voitaisiin pitää turvallisena sikiölle. Alkoholinkäyttö

odotusaikana on syntyvän lapsen kehitysvammaisuuden tärkein yksittäinen syy ja ainoa, joka olisi käytännössä täysin ennalta eliminotavissa. Keskenmenoriski kasvaa kaksinkertaiseksi ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, mikäli äiti käyttää alkoholia 1-2 ravintola-annosta päivässä. Viimeisen raskauskolmanneksen aikaisella runsaalla alkoholin käytöllä on erityisesti vaikutusta sikiön kasvun hidastumiseen. Kasvun hidastuma voidaan hyvin todeta vatsan ja pään ympäryksen mittauksella, joita sitten verrataan tilanteen selvittämiseksi normaaleihin arvoihin. Myöhemmässä vaiheessa runsaasti käytetty alkoholi lisää ennenaikaisia synnytyksiä sekä yliaikaisia raskauksia, sektioita, verenvuotoja ja huonokuntoisia vastasyntyneitä. Näiden arvellaan johtuvan alkoholin istukkaa lamaavasta toiminnasta ja toisaalta hidastavasta vaikutuksesta sikiön kasvuun. Muita syitä voivat olla äidin puutteellinen ravitseminen ja sen myötä huono painonnousu. (Armanto ym. 2007, 60; Halmesmäki 2000; Hartikainen 1994, 215; Hiltunen ym. 2005, 75; Leppo 2008, 35; Paananen ym. 2006, 292, 350; Palo & Peura 2009, 19; Pistokoski & Ryyppö 2007, 4-5; Pitkänen 2006.)

Mikäli äiti on juonut yli 10 annosta viikossa tai enemmän kuin 45 annosta alkoholia kuukaudessa, on sikiöistä noin 73 %:lla todettu vaikeita neurologisia vaurioita sekä kognitiivisia häiriöitä. Tärkeää on huomioida, että sikiön kasvu on hidastunut koko raskauden ajan alkoholinkäyttäjällä sekä sitä on todettu äidin käyttäessä jo 8-10 alkoholiannosta viikossa. Pahimmassa tapauksessa sikiön kasvu voi pysähtyä kokonaan. (Halmesmäki 2000 & Palo & Peura 2009, 19 – 20.)

Ensimmäinen FAS (fetal alcohol syndrome) lapsi on pystytty todentamaan vuonna 1968. Tänä päivänä käytössä on Strattonin komitean luoma kriteeristö, jonka avulla on mahdollisuus tunnistaa FAS:n lisäksi muita yleisimpiä alkoholin aiheuttamia muotoja. (Palo & Peura 2009, 20.) Runsaalla, säännöllisellä alkoholin käytöllä on suora yhteys sikiön keskushermoston toimintahäiriöihin eli ARND:hen (alcohol related neurodevelopmental disorder), joita ovat aivojen alikehittyneisyys, pieni koko sekä mikrokefalia eli pienipäisyys, jota pidetään sikiön yhtenä vakavimmista fetaalialkoholioireyhtymän (FAS) oireista. FASvauvat ovat syntyessään pienikasvuisia, heillä voi olla alkoholin aiheuttaman elin epämuodostuman ARBD:n (alcohol related birth defect) laisia poikkeavuuksia kasvojen keskialueella, kuten sileä ja pitkä fitrum eli ylähuulen ja nenän välinen alue, kapea ylähuuli, pieni alaleuka, nykerö nenä, voimakkaat kulmakarvat ja lyhyet luomiraot. Keskeisin FAS-oireyhtymän vaurio on sikiön kasvun hidastuminen, joka ei korjaannu myöhemmässäkään vaiheessa. FAS-oireyhtymää

diagnosoidessa vaaditaan toteen hidastunut sikiöaikainen kasvu, keskushermoston toimintahäiriö sekä tyypillisiä kasvopiirteitä tulee olla vähintään kaksi. Diagnoosiin tarvitaan tieto, että äiti on nauttinut alkoholia todistetusti. Vastasyntyneeltä on usein vaikea tunnistaa FAS-piirteitä. Diagnostisten lisätutkimusten tarvetta vähentävät vauvan tarkat diagnoosit oireiden ja poikkeavuuksien osalta. Diagnooseilla ei pystytä mittaamaan vauvan yksilöllisen kuntoutuksen ja hoidon tarvetta, mutta syy-yhteyden tunnettaessa pystytään paremmin havaitsemaan vauvan lisääntyneen tuen ja hoidon tarve. (Halmesmäki 2000; Hartikainen ym. 1994, 215; Juttula 2004; Paananen ym. 2006, 292-350; STM 2009; Pistokoski & Ryyppö 2007, 7.)

Tulee muistaa, että FAS-oireyhtymä on vain jäävuoren huippu, sillä alkoholi aiheuttaa raskaana käytettynä monia muita vaurioita, joita on hyvin vaikea tunnistaa (European Parliament 2009). Vuosittain maassamme syntyy kuitenkin noin 230 lasta, joiden löydökset ja oireet oikeuttavat fetaalialkoholisyndrooman tai efektin diagnosoimiseksi (Tammela & Nuutila 2008). Lievempi muoto alkoholin aiheuttamasta vauriosta on FAE (fetal alcohol effects), jossa voidaan todeta vain osa FAS:n piirteistä ja ne ovat lievempiä. Vaurioista lievempiä ovat keskushermostolliset toimintahäiriöt ja rakennepömuodostumat sisäelimissä. Alkoholille altistuneella sikiöllä voi olla myös enemmän sydämen rakennepoikkeavuuksia, virtsateiden ja munuaisten poikkeavuuksia sekä myöhemmin neurologisia oireita, kehityksen viivästymää tai psyykinen kehitysvammaisuus. (Halmesmäki 2000; Hartikainen ym. 1994, 215; Paananen ym. 2006, 292-350; STM 2009.) Usein päihdeongelmaisessa perheessä myös isät käyttävät haitallisesti alkoholia, joten yhdessä sikiöaikaisen altistuksen kanssa vaurioitunut sperma voi myös vaurioittaa sikiötä. (Juttula 2004 [Daniels 1999]).

FASD (fetal alcohol spectrum disorder) on vakiintumassa uutena terminä sikiövaurioiden laajan kirjon kuvaamiseen (STM 2009). FAS-lapsi kärsii läpi elämänsä alkoholin aiheuttamista kehitysvaurioista, joten oikeanlainen hoito, henkilökunnan suhtautuminen ja varhainen diagnoosi auttavat saavuttamaan mahdollisimman hyvän tulevaisuuden FAS-lapselle ja hänen perheelleen (Pistokoski & Ryyppö 2007, 5). Tutkimusten perusteella on saatu suuntaa antavaa tietoa, että alkoholille ja huumeille altistuneiden lasten vauriot ovat samantyyppisiä (Pitkänen 2006, 43).

Raskaudenaikaisista teratogeenista alkoholi on yleisin ja lakisäätteisesti kaikki sen aiheuttamat sikiövauriot tulee ilmoittaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja



kehittämiskeskukseen epämuodostumarekisteriin. Vuosittain näitä ilmoituksia on tullut alle kymmenen FAS- tai osittaisesta FAS-tapauksesta, mikä on todellisesta tapausmäärästä arviolta noin 10 %. (STM 2009.)

## **2.4. Huumeet ja raskaus**

Tunnistettaessa huumausaineiden käyttöä tärkeimpinä keinoina on käytön puheeksi ottaminen luottamuksellisessa suhteessa tärkeää. Kiinnostunut, avoin, rauhallinen ja ystävällinen suhtautuminen luo turvallisuutta asiakkaalle ja helpottaa vuorovaikutuksen sujuvuutta. Terveystietäjä edellyttää tunnistettaessa kattavia perustietoja huumausaineista, niiden vaikutuksista, käytöstä sekä kulttuurista. Vuorovaikutusta voi estää huumeita käyttävän asiakkaan kanssa työntekijän omat huumausaineisiin, niiden käyttöön ja kulttuuriin liittyvät asenteet ja käsitykset. (Aalto ym. 2009, 23-24.)

Huumeet määritetään sen käyttötarkoituksen mukaan. Huumeita ovat aineet, jotka on mainittu huumausainelainsäädöksissä ja joiden käyttötarkoitus on muu kuin lääkinnällinen. Tarkoitus voi olla esimerkiksi sedaatio, stimulaatio, vieroitusoireiden lievittäminen tai euforia. (Palo & Peura 2009, 8.) Vuonna 2009 päihdehoitoon hakeutuneista (55 %) yleisin käytetty päihde olivat opiaatit (Väänänen & Ruuth 2010, 3). Huumausaineista puhuttaessa voidaan aineiden käyttö luokitella käyttötiheyden ja niiden hankkimisen mukaan päihdeettömyydeksi, kokeilukäytöksi, satunnaiseksi tai ajoittaiseksi käytöksi, säännölliseksi ja jatkuvaksi käytöksi. Käyttöä satunnaisen ja säännöllisen käytön välillä on vaikea rajata, mutta säännöllisessä käytössä annoskoot suurenevat koko ajan. (Aalto ym. 2009, 26; Kekki & Kokkonen 2006, 9.)

Huumeiden käyttäjistä noin kolmasosa arvellaan olevan noin 24,2-vuotiaita fertiili-ikäisiä naisia, joilla raskaus on useimmiten suunnittelematon puutteellisen ehkäisyn takia. Huumeiden käyttäjillä on myös ei-toivottuja raskauksia keskimääräistä useammin. Useimmiten käy niin, että äiti tulee äitiysneuvolaan vasta huomattuaan raskautensa näkyvästi eikä tuolloin abortti ole monestikaan enää mahdollinen. Toisaalta myöskään huumeiden käytön lopettaminen ei tule kysymykseen, koska esimerkiksi raskauden ensimmäisellä kolmanneksella heroiinin vaikutus on voimakkainta ja lopettaminen myöhemmässä vaiheessa on liian vaarallista sikiölle. (Honkanen 2008; Juttula 2004; Sorsa

ym. 2004, 240.) Suomessa vuosittain noin 100 vauvaa syntyy vieroitusoireisena äidin raskauden aikaisen huumeiden käytön seurauksena (Nätkin 2006, 6).

Raskauden lisäksi huumeidenkäyttäjä-äiti elää raskasta aikaa ja vaativaa elämänvaihetta, koska vastuun kantajaksi ja perhe-elämään on vaikea sopeutua elämänhistorian myötä opitun elämäntyylinkautta. Äidin kunnioituksella huumausaineista huolimatta on tärkeä tehtävä, koska se koetaan keskeiseksi identiteetiksi äitiydelle. Erityisen tärkeää on motivoida huumeiden käyttäjää huolehtimaan itsestään mahdollisimman hyvin käytöstä huolimatta. (Aalto ym. 2009, 27; Sorsa ym. 2004, 241.) Syvälle syöpyneet häpeän ja syyllisyyden tunteet saavat aikaan kokemuksen leimautumisesta, toiseudesta, erilaisuudesta ja ulkopuolisuudesta. Osaksi sukupuoli-identiteettiä liaten ovat siirtyneet hyväksikäyttökokemukset ja väkivalta. Irtautumiseen liittyy usein lapsuuden traumaattisia kokemuksia, kavereiden kuolemia ja huumeepiireissä tapahtuneita ikäviä asioita, joten näiden läpikäymiseen ja kohtaamiseen äiti tarvitsee runsaasti ulkopuolista apua. (Veijalainen ym. 2008, 8.)

Oman huumeongelman kohtaaminen edellyttää itsensä uudelleen paikantamista ja määrittelyä sekä psykososiaalisten prosessien läpikäymistä laaja-alaisesti. Vaikka huumeita käyttävä äiti tiedostaa käyttönsä sekä siihen liittyvät elämän oheisongelmat, irtaantumisen haasteet tuntuvat usein mittavilta ja lopettamis päätökseen tarvitaan suurta työstämistä. Lopettamiselle etsitään motivaatiota, ja huume kuvioista ja huumeista irtautumiseen ja niistä erossa pysymisessä sosiaalisella tuella on erityinen merkitys. Huumeista irtaantuminen voidaan eritellä kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tulee tunne, että ettei voi tai saa käyttää päihteitä. Toiseen vaiheeseen päästessä ihminen ei tahdo käyttää enää päihteitä ja kolmannessa vaiheessa hän ei koe enää tarvitsevansa käyttää niitä. (Väyrynen 2007, 162.)

Huumeita käyttävien äitien taustalla on usein väkivaltaa, huumeisiin liittyvää pirstaleista elämää, keskeytettyjä opintoja, teiniraskauksia, taidottomuutta, köyhyyttä, hyväksikäyttöä, miesten taholta koettua painostusta sekä huumeepiireihin kutistunut sosiaalinen maailma (Juttula 2004). Huumeiden käyttäjien elämäntavat ja tilanne ovat usein niin vaikeat, että hakeutuminen äitiysneuvolaan raskauden aikana on hankalaa sekä kyky arvioida omaa ja tulevan lapsen tilannetta on heikentynyt. On kuitenkin tutkittu, että narkomaanit ovat alkoholisteja motivoituneimpia päihdehoitoon ja raskauden seurantaan. Suurin osa odottavista äideistä pyrkii salaamaan huumeiden käyttöönsä huostaanoton pelossa, joten

synnyttävien narkomaanien määrää on vaikea arvioida. Huumeita käyttävien äitien hoitoon hakeutumisen syynä on useimmiten pelko lapsensa menettämisestä sekä taloudelliset ongelmat. Tutkimuksissa on todettu, että huumeiden aiheuttamat rakenteelliset poikkeamat ovat harvinaisia, mutta ne aiheuttavat kehityksellisiä vaurioita, kuten keskittymis- ja oppimisvaikeuksia sekä ylivilkkautta. Eri huumeiden vaikutuksia raskaudelle ja sikiölle ei ole pystytty kiistattomasti erittelemään ja esittämään. Erittelyn tekee lisäksi vaikeaksi käyttäjien sekakäyttö. Vastasyntyneen huumausainevieroitusoireyhtymää kutsutaan nimellä NAS eli Neonatal Abstinence Effects. Raskaana olevan käyttäessä kannabista, enimmäkseen polttamalla hasista, napanuoran verenvirtaus vähenee viisinkertaisesti verrattuna tupakkaan, joka heikentää sikiön ravinnon ja hapen saantia. Heikentyneen ravinnon saannin myötä noin 18 % lapsista syntyy pienipainoisina. Rakenteellisia poikkeavuuksia kannabiksesta ei ole osoitettu tulevan, mutta gastroskiisillä (vatsan peitteiden synnynnäinen halkio) epäillään olevan yhteyttä niihin. Kannabiksen on osoitettu vaikuttavan raskauteen hyvin samantyyppisesti kuin tupakan. (Armanto ym. 2007, 60; Hiltunen ym. 2005, 75; Keski-Kohtamäki 2005, 54; Niskanen & Salomaa 2010, 2; Paananen ym. 2006, 350-351; Pitkänen 2006; Palo & Peura 2009, 16; Sorsa ym. 2004, 240.)

Amfetamiini on maassamme suonensisäisesti eniten käytetty huume, joka aiheuttaa vahvaa riippuvuutta. Amfetamiinia tai ekstaasia käytettäessä raskaana olevalta menee näläntunne, ja näin ollen sikiön kasvu hidastuu, koska ravintoaineita ei ole tarpeeksi käytettävissä. Näin ollen myös äidin tila johtaa aliravitsemukseen. Amfetamiini voi lisäksi käynnistää synnytyksen ennenaikaisesti, koska se nostaa verenpainetta ja lisää kohdun sisäistä painetta, joka voi johtaa ennenaikaiseen lapsiveden menoon. Amfetamiinin käyttäjän raskaus käynnistyy useimmissa tapauksissa infektion vaikutuksesta. (Halmesmäki 2000; Niskanen & Salomaa 2010, 2.)

Kokaiinin ja sen johdoksen crackin käyttö raskauden aikana lisää sikiön kasvun hidastumisen riskiä, koska ne heikentävät istukan verenkiertoa ja myös sikiön ravinnon saantia, ja seurauksena on sikiön pienipainoisuus. Päännympäryys vauvalla jää usein myös pienemmäksi. Kokaiini saattaa aiheuttaa myös sikiön silmien kehityshäiriöitä, muun muassa näköhermon surkastumista. Lisäksi istukan ennenaikaisen irtoamisen riski kolminkertaistuu sekä muut raskauden aikaiset verenvuodot. (Niskanen & Salomaa 2010, 5-6.)

Sikiön syntymän jälkeisiin oireisiin huumeitten käytön seurauksena liittyvät vieroitusoireet alkavat yleensä yhden–kahden vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Oireisiin voi kuulua itkuisuus, joka on vaikeasti rauhoiteltavissa, levottomuus, nälkäisyydestä huolimatta huono syöminen tai huomattava ruokahalu, hikoilu, tärinät, lihassäpsähtelyt sekä kohonnut verenpaine. Lisäksi huumeet voivat aiheuttaa neurologisia häiriöitä sekä pienipainoisuutta. Eniten vauvalle vieroitusoireita aiheuttavat amfetamiini ja kokaiini. Yleensä nämä vauvat tarvitsevat lääkitystä vieroitusoireisiinsa ja näin ollen osastohoito on tarpeen, joka voi kestoltaan olla useita viikkoja. Yleisesti voidaan todeta, että NAS-lapsilla on paljon kehitys- ja kasvuongelmia varhaislapsuudessaan. (Kekki & Kokkonen 2006, 11; Niskanen & Salomaa 2010, 5.)

Raskauden aikana korvaushoito nähdään parempana vaihtoehtona kuin suonensisäisesti käytettävien huumeiden käytön jatkuminen. Raskauden aikana vieroitushoito tai korvaushoito voidaan aloittaa sikiöindikaatioilla. Ennen varsinaisen korvaushoidon aloittamista voidaan puhua ylläpitohoitajaksosta. Lääkepitoisuudet korvaushoidossa pyritään pitämään niin pieninä kuin äiti retkahtamatta kestää. Vieroitushoidossa neuvolan terveydenhoitajan kuin muunkin terveydenhuollonhenkilöstön on hyvä tietää ja osata tunnistaa tiettyjen ilmiöiden erityispiirteitä, sillä huumevieroituksessa käytetään samoja hoitotyön menetelmiä ja periaatteita kuin alkoholi- ja lääkevieroituksessakin. Näiden erityispiirteiden syitä ovat huumausaineiden erilaiset vaikutukset, käyttäjien alakulttuurin vieraus ja sen voimakas vaikutus riippuvuuden ylläpitäjänä sosiaalisesti, oma ja muu hoitavan tahon asenne huumeiden käyttäjää kohtaan sekä itse käyttäjän asenne hoitojärjestelmää kohtaan. Sikiön kannalta haitallisinta on äidin retkahtaminen päihteisiin, koska silloin hänellä on kyvyttömyys vastata sikiön tarpeisiin. Useimmiten kuitenkin prosessiin kuuluu retkahduksia ja tarvitaan useita vieroitushoitajaksoja sekä kuntoutuksia ennen vakiintumista muutokseen. Tulee muistaa, että retkahduksia voidaan pitää alkavana merkinä päihteiden käytön uudelleen aloittamiseen. Huumeista vieroittuvalle motivoituminen sekä saavutetun raittiuden ylläpitäminen on haastavampaa kuin itse vieroittuminen. Voimakkaat kiintymykset käyttäjäkavereihin ja tuhoisaan elämäntapaan tekee huumeista vieroittumisen entistä vaikeammaksi. Vieroittaja voi kokea uhkailua ja kiristystä käyttäjäpiiriltä, joka ei hyväksy jäsenensä irrottautumista ryhmästä. Huumeista vieroittautuessa on hyvä muistaa, että niiden vieroittumisoireet eivät ole hengenvaarallisia, kuten esimerkiksi alkoholin ja lääkkeiden aiheuttamat vieroitusoireet. (Hiltunen ym. 2005, 76; Ollila & taipale 2005, 56;

Paananen ym. 2006, 355; Palo & Peura 2009, 26-27.) Leppo (2008) toteaa, että huumeiden käytön lopettaminen tutkimusten mukaan on helpompaa amfetamiini- kuin opiaattienkäyttäjillä. Äitien huumeiden käyttöä neuvolassa voidaan säännöllisen tehokkaasti valvoa huumetestien avulla, mikäli äiti on suostuvainen toimintatapaan (Leppo 2008, 37).

Huumeista kärsiviä hoidettaessa tulee huomioida hepatiitti ja HIV-infektion riskit. Lapsella on suurempi riski saada tartunta äidiltään, mikäli äiti käyttää suonensisäisiä huumeita. Huumeista kuten alkoholistakin kärsivien raskaana olevien auttamiseen tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tahojen suunnitelmallista ja kiinteää yhteistyötä. (Hartikainen ym. 1994, 216-217; Niskanen & Salomaa 2010, 3; Paananen ym. 2006, 292, 356.)

Huumeiden käyttäjien kanssa työskennellessä tulee aina muistaa oma turvallisuus. Uhoavaan ja levottomaan käytökseen tulee suhtautua rauhallisesti ja asiallisesti eikä missään nimessä provosoida asiakkaan käytöstä. (Paananen ym. 2006, 351.) Raskaana olevien huumeiden käyttäjien hoito päihdehuollon ja äitiyshuollon kanssa yhteistyössä on taloudellisesti kannattavampaa kuin hoitamatta jättäminen, ja sillä voidaan lisäksi parantaa raskauden ennustetta (Käypähoito 2006).

## **2.5. Lääkkeet ja raskaus**

Suomessa valistuksen ansiosta varovainen suhtautuminen lääkkeisiin raskauden aikana on hyvin tiedostettu. Raskauden aikana periaatteena tulee pitää, että turhia lääkkeitä tulee välttää. Sikiölle epämuodostumista aiheuttavia lääkkeitä on vähän, ja vain noin 1 % epämuodostumista arvioidaan johtuvan lääkkeistä. Toisaalta tiedetään, että raskauden aikana vain harva lääke on turvallinen. Lääkkeillä on vakavia vaikutuksia, jotka saattavat aiheuttaa vaikeasti todettavia häiriöitä kehittyvän sikiön elimistössä. Raskauden ensimmäinen kolmannes on herkintä aikaa sikiön vaurioitumiselle. Pakollisia lääkkeitä käyttävän lääkehoito on huomioitava tarkkaan jo raskauden harkitsemisvaiheessa, sillä hoitamaton perussairaus voi olla riski sikiölle ja äidille, mutta toisaalta joihinkin lääkkeisiin liittyy epämuodostuman riski. Päihteiden tavoin tavallisimpina lääkkeinä raskausaikana naiset käyttävät eniten bentsodiatsepiineja sekä kodeiinipitoisia kipu- ja yskänlääkkeitä, jotka luokitellaan yleisimpiin riippuvuutta aiheuttaviin lääkkeisiin. Mikäli

bentsodiatsepiineja on käytetty pitkäaikaisesti ennen synnytystä, voivat ne aiheuttaa vastasyntyneelle myrkytys- ja vieroitusoireita. Vieroitusoireita ovat ärtyvyys, tärinät, levottomuus ja itkuisuus, toisin kun myrkytyksestä johtuvia oireita ovat heikentynyt lämmönsäätely, lihasvelttous ja imemisvaikeudet. Lääkkeitä käytetään yleisimmin alkoholin ja huumeiden kanssa yhdessä tehostamaan päihdevaikutusta tai vieroitusoireiden lievitystä. Sekakäytön vaarana on tahattomasti tai vahingossa aiheutetut intoksikaatiot ja väkivaltaisuudet. Lääkkeet hankitaan usein resepteillä tai katukaupasta. (Artama, Gissler, Malm, Paldan & Ritvanen 2009, 5; Hartikainen ym. 1994, 217; Niskanen & Salomaa 2010, 6-7; Paananen ym. 2006, 351; Palo & Peura 2009, 16.)

Yleisintä lääkkeiden väärinkäyttö on alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvien naisten keskuudessa (Palo & Peura 2009, 16). Lääkkeistä lähes kaikki läpäisevät istukan ja pääsevät sitä kautta kulkeutumaan sikiöön. Suomessa tiedetään noin 30 lääkkeen tai lääkeryhmän olevan selkeästi haitallinen sikiön kehitykselle. Lääkkeiden aiheuttamia sikiöhaittoja ovat keskenmenoriski, kasvun hidastuman myötä sikiökuolema sekä elinten toimintahäiriöt, jotka johtavat sikiön hapenpuutteeseen. Riskeihin vaikuttavat lääkkeen laadun lisäksi raskauden vaihe ja annostus. Raskausaikana lääkkeille altistuneilla on 23 % korkeampi riski ennenaikaiseen synnytykseen, 20 % suurempi riski pienipainoisuuteen ja 17 % prosenttia korkeampi riski imeväiskuolleisuuteen verrattuna lääkkeitä käyttämättömiin synnyttäjiin. (Artama ym. 2009, 57, 75; Paananen ym. 2006, 252.)

Buprenorfiini on yleisemmin päihtymystarkoitukseen käytetty opiaatti eli huume. Raskauden aikainen opiaattien käyttö voi aiheuttaa sikiölle aivojen ja virtsateiden anomalioita sekä sydänvikoja. Lisäksi sikiön psyykkisen ja fyysisen kehitysvammaisuuden riski kasvaa. Opiaatit uhkaavat myös raskaana olevan äidin henkeä. Opiaattikorvaushoito on usein vaihtoehto raskausaikana, koska sillä on todettu parantavan sekä äidin että sikiön ennustetta. Korvaushoidon edellytys on tarkka valvonta ja äidin seuranta. Indikaationa on vähentää sekä sikiön että äidin vieroitusoireita ja toisaalta myös vähentää raskausaikana laittomien huumeiden käyttöä. Samalla myös hepatiitti- ja HIV-infektioiden riski pienenee. Opiaatille altistuneella sikiöllä voi olla syntymän jälkeen muutaman päivän kuluttua voimakkaita vieroitusoireita, kuten uni- ja syömisvaikeuksia, vetisiä ja löysiä ulosteita, oksentelua, kuivumista, haukottelua, aivastelua, hikoilua, nenän tukkoisuutta, kuumetta, marmoroitumista, hankaumia, hengitysvaikeuksia, kimeää itkua, säpsähtelyä, tärinää, jäykkyyttä sekä vapinaa. Vauvoille joudutaan antamaan yleensä aina morfiinia oireita

helpottamaan. (Artama ym. 2009, 57, 75; Niskanen & Salomaa 2010, 7; Paananen ym. 2006, 252.)

Raskauden aikana syntyneet vauriot tulevat yleensä esille vasta lapsen kasvaessa kognitiivisina toimintahäiriöinä. Lapsi saattaa olla ylivilkas, ja on todettu myös oppimis- ja keskittymisvaikeuksia. Tutkimuksissa ei ole vielä suoraan pystytty arvioimaan, mikä yhteys raskaudenaikaisella lääkkeiden käytöllä tulee olemaan myöhemmässä vaiheessa lapseen, liittyen kehitysvammaisuuteen, syöpään ja lapsettomuuteen. Myöhemmässä vaiheessa lapsen vaurioita on vaikea tutkia, koska lapsella voi olla psyykkisiä vaurioita päihhteitä väärin käyttävien perheessä kasvaneena, ja ne voivat olla hyvin samanlaisia kuin lääkkeiden aiheuttamat. (Artama ym. 2009, 57, 75; Niskanen & Salomaa 2010, 7; Paananen ym. 2006, 252.)

## **2.6. Tupakointi ja raskaus**

Yleisesti ottaen tupakoinnin terveyshaitat ovat ilmeneviä sydämessä, keuhkoissa ja verisuonistossa. Maassamme aikuisista naisista 18 % tupakoi päivittäin. Tupakointi lisää aivohalvauksen riskiä. Suurin osa tupakoivista henkilöistä menehtyykin ennemmin sydän- ja verisuonisairauksiin kuin tupakan aiheuttamiin syöpiin. Tupakointi aiheuttaa lisäksi ihon enneaikaista vanhentumista, altistaa astmaan ja suu- sekä hammassairauksille. Naisilla tupakointi vähentää elinikää keskimäärin 7-8 vuotta. Tupakoivilla naisilla on kolme kertaa suurempi riski sairastua keuhkosityöpään kuin miehillä, ja lisäksi se altistaa naisia rinta- ja kohdunkaulan syöpään. Tupakointia pidetään suurimpana yksittäisenä kansanterveysongelmana, joka on ennalta ehkäistävissä. Vuosittain tupakoinnista johtuvat terveydenhuollon hoitokustannukset ovat noin 246 miljoonaa euroa. (Ahopelto 2010; Pistokoski & Ryyppö 2007, 17-18, 24.) Tupakointi on tärkein estettävissä oleva kuolleisuuden ja enneaikaisen sairastavuuden aiheuttaja (Ahopelto 2010). Uuden tupakkalain (2010/693) keskeinen tavoite on ihmisille riippuvuutta ja myrkyllisiä aineita sisältävien tupakkatuotteiden käytön loppuminen.

Päihdeongelmista kärsivistä raskauden seurannassa olevista äideistä lähes kaikki tupakoi, ja pääkaupunkiseudun Naistenklinikalla tämä käy toteen 90 %:lla päihdehoidettavista äideistä (Kähkönen 2009, 991; Paananen ym. 2006, 350). Ensi- ja turvakodeissa Pajulon

(2010, 1207) tutkimuksen mukaan kaikki (n=34) äideistä tupakoi. Tupakoivan äidin raskaus on aina riskiraskaus, niin kuin muidenkin päihteiden käyttäjien raskaudet. Raskaana olevien tupakoimisen lopettamiseksi käytetään terveydenhuollossa eniten henkilökohtaista neuvonta aikaa. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 23-24.)

Perheen ja eritoten äidin motivoiminen tupakoinnin lopettamiseen on yksi äitiyshuollon tavoitteista. Puolison ollessa polttamatta tupakoinnin lopettaminen myös raskaana olevalle on helpompaa. Tupakan on todettu olevan muiden päihteiden tavoin teratogeeni eli aine, joka aiheuttaa sikiön epämuodostumia ja kasvuhäiriöitä. Äideillä on yleensä tieto, että tupakointi alentaa sikiön syntymäpainoa, mutta muita siihen liittyviä riskejä ja haittoja ei tunneta yhtä hyvin. Tupakoinnin aiheuttamat vaarat sikiölle koetaan pieniksi, ja kevyttä syntymäpainoa pidetään jopa hyvänä asiana synnytystä ajatellen. Valistuksesta huolimatta 15 % äideistä jatkaa tupakointia koko raskauden ajan. Keskenmeno riski on 33 % tupakoivalla, kuin normaaliväestöllä se on 10–15 %. Lapsen syntymäpainoa alentaa jo alle viiden tupakan polttaminen päivässä. Tupakka sisältää yli tuhat ainesosaa, joiden vaikutuksista sikiöön ei tiedetä. Sikiön kasvun hidastumiseen on todettu vaikuttavan ainakin hiilimonoksidin, syanidin, nikotiinin ja raskasmetallien. (Armanto ym. 2007, 59; Pistokoski & Ryyppö 2007, 18, 24; Pitkänen 2006; Tikkanen 2008.)

Pitkäsen (2006) mukaan nikotiinin on todettu vaikuttavan haitallisesti sikiön keskushermostossa, mikä jahtaa aivotoiminnallisiin häiriöihin. Lisäksi nikotiinilla on sikiön aineenvaihduntaan liittyviä haitallisia vaikutuksia. Lapsiveden nikotiinipitoisuus voi olla äidin veren pitoisuutta suurempi, koska istukka ei suodata nikotiinia. Nikotiiniriippuvuus on sairaus, ja se täyttää kemiallisen riippuvuuden kriteerit kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 18.) Muut tupakan ainesosat vaikuttavat negatiivisesti luuston ja keskushermoston kehitykseen. (Armanto ym. 2007, 59; Pitkänen 2006, 43.)

Tupakan ainesosista häkä eli hiilimonoksidi sitoutuu veren hemoglobiiniin 200-300 kertaa hanakammin kuin happi. Istukan läpäistäessä häkä kertyy sikiöön. Istukan verenvirtauksen hetkellisen heikentymisen sekä verisuonien supistumisen saa aikaan nikotiini. Se läpäisee myös istukan sekä sikiön ja näin ollen huonontaa sikiön hapensaantia. Nikotiini sekä hiilimonoksidipitoisuus sikiöllä on 15 % suurempi kuin äidillä, mikäli tupakointi on runsasta (yli 10 tupakkaa päivässä) raskauden aikana. Tupakassa oleva syanidi kertyy nikotiinin lailla sikiöön ja toimii varsinaisena ”solumyrkynä” ja näin ollen häiritsee



solujen elintoimintoja ja muuttuu tietyksi sikiössä. Tämän reaktion myötä se kuluttaa sikiön B 12-vitamiinivarastoja sekä aminohappoja, jotka kuuluvat elimistön rakennusaineiksi. Tupakoitsijan istukka on suurentunut verrattuna tupakoimattomaan, koska istukka pyrkii laajenemaan turvatakseen hapen kuljetuksen kadiumin yrittäessä estää sitä. Raskauden aikana tupakoivien äitien sikiöiden lyijypitoisuus veressä on kohonnut. Kaikkien näiden lisäksi äidin polttaessa raskausaikana sikiö altistuu useiden syöpää aiheuttavien aineiden vaikutukselle. (Hartikainen ym. 1994, 214; Pistokoski & Ryyppö 2007, 19; Tikkanen 2008.)

Ennen raskautta tai raskauden alkuvaiheessa yli puolet tupakoivista äideistä pystyy lopettamaan tupakoinnin. (Armanto ym. 2007, 59; Pitkänen 2006.) Raskaus ja imetysajan läpi äideistä arvioidaan tupakkaa polttavan noin 15 %, joten kaikista syntyneistä sikiöistä noin 8 500 altistuu tupakoinnille vuosittain. Psykososiaalisilla tekijöillä on todettu kansainvälisten tutkimusten mukaan olevan vaikutusta raskaudenaikaiseen äidin tupakointiin. (Pitkänen 2006.)

Tupakointi lisää jopa 2,5-kertaiseksi etisen istukan ja kohdunulkoisen raskauden riskiä sekä voi altistaa enneaikaiseen istukan irtoamiseen ja näiden kaikkien myötä enneaikaisen synnytyksen riski kasvaa. Sikiöllä on heikompi kyky poistaa häkää elimistöstään kuin äidillä. Häkäkaasu nikotiinin lisäksi aiheuttaa hapenpuutteen kroonistumisen sikiölle, mikä johtaa sikiön kasvun heikkenemiseen sekä heikentää keuhkojen kypsymistä. Poikasikiölle raskauden aikainen tupakointi on suurempi perinataalikuolleisuuden riski kuin tytöille, koska heidän keuhkojensa kehitys on hitaampaa ja he ovat alttiimpia nikotiinin aiheuttamalle hapenpuutteelle. (Armanto ym. 2007; 59; Pistokoski & Ryyppö 2007, 19; Pitkänen 2006; Tikkanen 2008.)

Tupakoivien äitien vauvat painavat noin keskimäärin 200 g vähemmän kuin tupakoimattoman (Tikkanen 2008). Syntymäpituuden on todettu olevan keskimäärin 6 cm lyhyempi verrattuna tupakoimattomien äitien vauvoihin (Armanto ym. 2007; 59; Pitkänen 2006). Tupakointi altistaa enneaikaiselle lapsiveden menolle, joka Pitkäsen (2006) mukaan johtaa keskosuuteen. Tutkimukset osoittavat, että 10 % imeväiskuolemista aiheutuu tupakoinnista. Sikiöön kulkeutuvat kaikki tupakan aiheuttamat myrkyt, koska istukka ei kykene suodattamaan niitä. Raskauden aikana tupakoivien äitien vauvat saavat usein syntyessään huonompia Apgar-pisteitä, lapsivedessä on useimmin mekoniumia, intubointia tarvitaan herkemmin ja syntymän jälkeisen tarkkailun määrä on suurempi.

Kätkytkuoleman riski viisinkertaistuu tupakoivan äidin vauvalla. (Tikkanen 2008.) Syntymän jälkeen vauva on passiivinen tupakoitsija äidin hengityksen ja rintamaidon välityksellä (Paananen ym. 2006, 350).

Alkuraskaudessa lopetettu tupakointi vähentää ennenaikaisuuden ja etisen istukan riskiä. Raskauden puoleenväliin mennessä lopetettu tupakointi normalisoi sikiön kasvun raskauden loppu ajaksi. (Tikkanen 2008.) Osa raskaana olevista äideistä pystyy lopettamaan tupakoinnin ilman ulkopuolista apua. Lopettamista edeltää usein monia epäonnistuneita yrityksiä ja retkahduksiin päätyviä lakkoja tupakoinnista. Yksi menetelmä tupakoinnista luopumisen saavuttamiseksi on asiakkaan vahva tukeminen. Äidin päätöksen tekoa tupakoinnista luopumiseksi auttaa terveydenhoitajan kyky tunnistaa asiakkaan muutosvalmiudet. Tukemisen tulee olla emotionaalista kunnioittamista, huolehtimista ja arvostamista sekä konkreettisten palveluiden ja tukien tarjoamista. Tupakoinnin muutosprosessi voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen. Näitä ovat haluttomuus luopua tupakoinnista -vaihe, harkitsemisvaihe, valmiudet lopettaa tupakointi -vaihe, toiminnan vaihe sekä pysyminen tupakoimattomana vaihe. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 20-21, 25-26.)

Neuvonnan onnistumiseksi puhuttaessa tupakoinnin lopettamisesta tarvitaan hoitohenkilökunnan koulutusta ja perehtyneisyyttä asiaan. Lisäksi asenteiden on todettu vaikuttavan neuvonnan onnistumisessa ja toteutumisessa. Neuvontaa suunnitellessa raskaana olevalle tupakoitsijalle tulee ottaa huomioon monenlaisia taustatekijöitä. Tutkimusten myötä on tullut esille, että tupakointia jatkavilla äideillä on useasti tupakoiva kumppani, taustalla runsasta tupakointia, matalampi koulutustaso, ei vakituista työpaikkaa, nuori ikä, yksineläminen ja monisyntyneisyys. Työpaikan tupakointikulttuurilla on todettu myös olevan vaikutusta tupakoinnin jatkamiselle. Neuvonnassa tupakoinnin lopettamiseksi raskaana ollessa tulee sisältää tupakoinnin vaikutuksista raskauteen, lapseen sekä äidin terveyteen, tupakoinnin vähentämisen ja lopettamisen hyöty, tupakoinnin merkitys asiakkaalle, tupakointimallin antaminen lapselle, tupakointia korvaava toiminta ja käytössä olevat korvausvalmisteet sekä asiakkaan väärän tai puutteellisen tiedon korjaaminen tupakoinnin vaikutuksista. Raskaus on erittäin otollinen aika lopettaa tupakointi, mutta valitettavasti osa raskaana olevista tupakoitsijoista näkee haitat hyötynäkökulmasta ja lisäksi ympäristötekijät lisäävät lopettamisen vaikeutta. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 20-21, 25-26.)

Lapsen riski ylivilkkauteen, astmaan ja allergioihin on suurempi, kun hän on sikiöaikana altistunut tupakan myrkkyihin. Mahdollisten sikiöhaittojen lisäksi tupakoinnin haittavaikutukset jatkuvat synnytyksen jälkeen syntyneessä lapsessa. Karsastusta on todettu olevan esikouluiässä enemmän raskauden aikana tupakoinnille altistuneiden joukossa. Lapsuudenaikainen syöpäriski kasvaa kaksinkertaiseksi verrattuna tupakoimattomien äitien lapsiin, sekä kasvu on usein hidastunut vielä syntymän jälkeenkin. (Armanto ym. 2007, 59; Hartikainen ym. 1994, 214; Pitkänen 2006.) Tutkimukset todistavat, että äidin raskaudenaikainen tupakointi on riskitekijä myös syntyvän lapsen psyykeen kehitykselle (Raimo & Salokangas 2010, 3294).

Raskausajan tupakoinnilla sekä syntymän jälkeisellä passiivisella tupakansavun altistumisella on osoitettu olevan suora yhteys lapsen astmaan, hengitystieinfektioihin sekä allergiseen nuhaan. Tutkimuksissa on todettu, että lapset ovat ylipainoisia ja verenpaine on ei altistuneisiin lapsiin verrattuna korkeampi jo lapsuusiässä. Tutkimukset osoittavat, että poikalasten myöhempi hedelmällisyys on myös heikentynyt. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 20; Tikkanen 2008.)

Pistokoski ja Ryyppö (2007, 22) tuovat esille tutkimuksessaan, että ne äidit, jotka lopettavat tupakoinnin oman terveyden edistämiseksi, pysyvät paremmin päätöksessään kuin ne, jotka lopettavat sen ajatellen ensisijaisesti lastaan. Terveystieteiden asiantuntijat ovat kuvanneet tupakoinnista valistamisen ja neuvonnan sen lopettamiseksi raskaana oleville usein turhauttavaksi ja tuloksettomaksi. Rajoittavia tekijöitä neuvonnassa on koettu olevan kiire, vireystila ja riittämättömyyden tunne, lisäksi suhtautumiseen ja neuvontaan koettiin vaikuttavan terveydenhoitajan tupakattomuus. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 26.)

Odottavan äidin polttaessa 10-15 savuketta päivässä voidaan lopettamisen tueksi käyttää nikotiinipurukumia lyhytaikaisesti (Armanto ym. 2007, 59; Hartikainen ym. 1994, 214; Pitkänen 2006). Tutkimukset osoittavat kuitenkin, että terveydenhuollon ammattilaisten antama ohjaus ja neuvonta ovat esimerkiksi nikotiinikorvaushoitoa tehokkaampia tupakoinnin lopettamis päätökseen liittyviä menetelmiä (Pistokoski & Ryyppö 2007, 23).

Nikotiinivieroitushoito on parempi vaihtoehto sikiölle kuin tupakointi. Tupakoiville vanhemmille tulee kertoa myös passiivisen tupakoinnin aiheuttamista riskeistä lapselle. Tärkeintä tupakoinnin lopettamisen tukemisessa on interventio, jolla voidaan ehkäistä raskaudenaikaisten häiriöiden syntymistä. Parhaiten vieroitustulosta ennustavat

interventioiden kesto ja kontaktien lukumäärä. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 23; Tikkanen 2008.)

### 3 PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVÄN RASKAUSAIKA

#### 3.1. Äidin tukeminen

Ihmisen elämäntilanne ja -ympäristö, kokemuskehys sekä kehityshistoria vaikuttavat toimimiseen ja asennoitumiseen eri elämäntilanteissa. Elämän muutosvaiheista luonnollisiin kehitystehtäviin kuuluu raskaus, synnytys ja vanhemmuuteen kasvu. Äidin huoli lapsensa terveydestä kuuluu normaalisti etenevään odotusaikaan. Elintapoja muuttamalla äiti pyrkii huolehtimaan omasta sekä sikiön hyvinvoinnista. Raskauden alussa äitiysneuvolakäynnillä on tärkeää pohtia tulevan elämäntilanteen muutosta perheessä, mitä odotuksia ja mahdollisia pelkoja raskaudesta äidillä on. Nämä läpikäymällä terveydenhoitaja saa viitteitä perheen ja erityisesti äidin tuen tarpeesta raskauden aikana. Päihteet ovat erityinen haaste äitiysneuvolassa. Päihteitä käyttävä äiti käyttäytyy välinpitämättömästi omiaan sekä sikiön tarpeita ajatellen. Useimmiten vaikeiden traumojen takia edes hyvästä tahdosta huolimatta äiti ei välttämättä pysty huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan saati sikiöstään hänen kehitystään ja kasvuaan tukevalla tavalla. Tutkimukset osoittavat, että mitkään muut sosiaaliset tekijät eivät ole niin suuri lapsen riskitulla laiminlyödyksi, pahoinpidellyksi ja lopulta huostaan otetuksi kuin äidin päihteiden käyttö. Tutkimukset todistavat, että äitien päihteidenkäyttö raskausaikana ei ole enää mikään pieni ongelma. (Hartikainen, Lang, Puistola & Tuomivaara 1994, 206-207; Hiltunen ym. 2005, 73; Pajulo & Kalland 2006, 2603; Pitkänen 2006, 43.)

Kulttuurissamme odotetaan äideiltä lapsen edun tavoittelemista ja omien tarpeiden unohtamista, ja äidin rooli näyttäytyy päihdeongelmasta huolimatta lasten, perheen ja kodin hyvinvoinnista huolehtijana (Lindfors 2010, 52). Yleensä päihteitä käyttävien äitien raskaudet ovat suunnittelemattomia ja eteen tulee monta haastetta, joihin täytyy sopeutua yhtä aikaa. Useimmiten päihdehoidon tarve tulee esille ulkoisten tekijöiden seurauksena, eikä äidin omasta motivaatiosta ja tahdosta (Keski- Kohtamäki 2005, 55).

Haastavin muutoksista on päihteistä luopuminen, ja kun siihen lisätään sopeutuminen hoitoon, vieroitusoireet, oman elimistön muutokset, vanhemmuuteen kasvu ja huoli sikiön hyvinvoinnista, ovat haasteet hyvin suuret. Päihteettömyys on yhtä aikaa outo, uusi ja jopa pelottava elämänmuutos. Muutokset tapahtuvat hitaasti tunteissa, ajatuksissa sekä

toimintatavoissa, joten äiti tarvitsee ehdottomasti tarkoituksenmukaista hoitoa tilanteeseensa. Päihdeongelmat hoidetaan päihdehuollon laitoksissa, raskauden hoito ja seuranta äitiyshuollossa sekä tarvittava psykiatrinen hoito psykiatrianhuollon piirissä. Moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu hoidettaessa päihdeongelmaisia äitejä, sillä eri ammattiryhmien toimiessa yhdessä ammattitaito on suurempi, näkökulmat laajempia, diagnoosit luotettavampia, prosessit lyhyempiä ja vaikutusmahdollisuudet ovat paremmat. (Erkkilä ym. 2007, 5.)

Suurin vastuu hoitoon menemisessä on äidillä itsellään, ja hoitomahdollisuuksia tarjotaan yleensä aina, sillä viranomaiset taholta haluavat tehdä sen, mitä sikiön ja syntyvän vauvan hyväksi voidaan (Veijalainen ym. 2008, 12). Muutoksen mahdollisuus voi kuvautua äidille osittain hyvin lohduttomana, ja terveyden menettämistä halutaan välttää, vaikka sen menetys on tiedossa. Ammatillisena on hyvä huomioida, että vanhemmuus voi olla muutoksen alku, mutta se voi myös lomaannuttaa. (Lindfors 2010, 54, 56.)

Terveydenhoitajana tärkeää on informoida äitiä saatavilla olevista palveluista ja tukea häntä arvioimaan itse tilannettaan sekä kokonaispalvelun sisältöä eikä tarjota apua vain työntekijälähtöisesti. Useimmiten päihteitä käyttävän äidin kyky huolehtia omasta hyvinvoinnistaan on alentunut, joten voidaan ajatella, että kyky lapsesta huolehtimiseen on myös puutteellista. (Lindfors 2010, 54.) Vauvalähtöisessä päihdetyössä edellytetään perheen omaa toimintakykyä tukevaa ja heidän tarpeisiinsa räätälöityä pitkäjänteistä kuntoutustyötä (Veijalainen ym. 2008, 12).

Raskausaika on usein päihteiden ongelmakäytöstä kärsiville motivoiva asia vähentää tai jopa lopettaa kokonaan päihteidenkäyttö. Mikäli äiti on motivoitunut päihdekuntoutukseen, tarjoaa hän lapselleen mahdollisuuden parempaan lapsuuteen. Ymmärrys siitä, mitä lapsi tarvitsee, lisääntyy oman toipumisen kautta, ja näin ollen hän kykenee olemaan turvallisempi aikuinen lapselleen. Tämä prosessi vaatii sitoutumista kuntoutukseen ja prosessiin, joka voi kestää koko loppuelämän. Päihteistä irtaantumisessa, äidin oma motivaatio on tärkein tekijä. Toipumisen edellytyksenä voidaan pitää oman päihdeongelman myöntämistä. Äitiydessä ollaan pitkällä, mikäli äiti osaa surra ja ymmärtää, mitä on tehnyt tai jättänyt tekemättä lapselleen. Terveydenhoitajan tulee pyrkiä osoittamaan hyväksyntää, tukea päihdeongelmista kärsivien äitien omia voimavaroja sekä vastata heidän tarpeisiinsa. (Hiltunen ym. 2005, 74, 140-141, 143; Keski-Kohtamäki 2005, 55; Paananen ym. 2006, 349, 353-354; Sorsa ym. 2004, 244.)

Vahvalla interventiolla vanhemmuuden tukemisessa ja erityisesti vauvan ja äidin vuorovaikutussuhteen tarkastelu auttaa äitiä sitoutumaan paremmin päihteettömyyteen ja hoitosuhteeseen, kuin pelkästään esimerkiksi hoitotavoite, joka suuntautuisi vain päihteettömyyteen. Tarvitaan siis kokonaisvaltaista työskentelyä. (Veijalainen ym. 2008, 12.)

Terveydenhoitajan tehtävä neuvolassa on antaa asiakkaalle psyykkistä tukea, jolla voidaan lisätä yksilön itseluottamusta, selviytymiskykyä, vähentää masennusta ja ahdistusta sekä lisäksi kohottaa henkistä ryhtiä. Sosiaalinen tukeminen on vuorovaikutusta, joka voi pitää sisällään päätöksenteon tukemista, konkreettista apua ja emotionaalista tukea. Luottamus äitiyteen auttaa äitiä pysymään päihteettömänä ja voi vähentää masennusriskiä. Raskausaikana terveydenhoitajan tehtävä on pyrkiä herättämään äidin mielikuvia vauvasta. Yhdessä on hyvä pohtia vauvan sukupuolta, liikkeitä, temperamenttia, ulkonäköä ja sitä, ketä hän mahdollisesti muistuttaa. Tärkeää on myös kysyä äidiltä, minkälaisia unelmia ja ajatuksia hänellä on vauvan suhteen. Usein äideillä saattaa olla epärealistisia kuvitelmia, että lapsi irrottaa hänet päihteistä ja vanhat ongelmat häviävät siinä sivussa. (Erkkilä ym. 2007, 4; Niskanen & Salomaa 2010, 12; Veijalainen ym. 2008, 12.)

Keskusteluissa on lisäksi hyvä nostaa esille äidin omat lapsuudenkokemukset, kokemukset omasta äidistä, suhteesta lapsen isään ja ajatukset omasta äitiydestä. Näitä pohtimalla ja vanhemmuutta tarkastellessa voidaan estää kielteisten mallien siirtyminen sukupolvelta toiselle. Raskausaika on hyvä mahdollisuus ottaa etäisyyttä, vetää rajaa suhteessa omiin vanhempiin, vapautua ja muokata sekä muuttaa omia toimintatapojaan ja taipumuksiaan. Äitiä on erityisen tärkeää kannustaa muutokseen ja uskomaan parempaan tulevaisuuteen. (Veijalainen ym. 2008, 12.)

Eri maissa päihteitä käyttävien äitien tukitoimet ja kontrollit vaihtelevat suuresti. Kaikille yhteistä on kuitenkin vahva näkemys siitä, että näitä äitejä yhteiskunnalla on velvollisuus ja oikeus pyrkiä auttamaan. Suomessa raskaana olevan päihteidenkäyttäjän erityissuojelunsa vuoksi terveydenhuolto on velvollinen järjestämään välittömät palvelut. (Palo & Peura 2009, 17.) Lastensuojelulaki (417/2007) velvoittaa järjestämään raskaana olevalle päihteiden käyttäjälle palveluita ja tukea syntymättömän sikiön suojaamiseksi päihteiden käytön seuraamuksilta. Tulee muistaa, että auttamismuotojen onnistuminen edellyttää autettavan hyväksyntää tuelle ja halua sekä pyrkimystä aktiivisesti itse muuttaa toimintaansa sekä elämäntilannettaan. Mikäli äiti ajattelee olevansa passiivinen kohde,

tukitoimilla ei voida päästä haluttuun tulokseen. Pahimmassa tapauksessa äiti saattaa kokea, että vauva tulee pilaamaan hänen elämäänsä ja hän saattaa ääritilanteessa jopa lyödä vatsaansa. (Niskanen & Salomaa 2010, 10; Palo & Peura 2009, 17.)

Päihteiden käytön riskiä ei vähennä raskaus, ellei äidin elämäntapa kokonaan muutu. Raskaus on päihteitä käyttävälle äidille jo sinänsä kriisi, ja hän toivoo olevansa hyvä äiti sekä haluaa lapselleen toisenlaista elämää kuin itsellään on ollut. Useimmiten nämä kaksi asiaa motivoivat äitiä hakemaan apua ongelmiinsa raskauden aikana. Heillä on halu ja pyrkimys olla hyvä äiti. (Hiltunen ym. 2005, 74; Paananen ym. 2006, 353.) Vaikka päihdeongelmaisen raskausaika on psyykkiselle oireilulle altis, on siinä mahdollisuus myös positiiviseen suunnanmuutokseen. Äideille tulee mielikuvia, millaista on olla hoivattu, vauva ja vanhempi, oman kokemuksen kautta varhaisesta lapsuudesta ja saadusta hoivastaan. Äideille on tärkeää kertoa, että mielikuvilla on iso merkitys vauvaan, sillä niistä voimakkaimmat ja aktiivisimmat siirtyvät äidin käyttäytymiseen ja sen myötä vauvan kanssa päivittäisiin vuorovaikutustilanteisiin. (Pajulo ym. 2006, 2604.)

Tänä päivänä päihdehuolto tarjoaa päihdeongelmista kärsiville odottaville sekä jo synnyttäneille äideille hoitolaitoksia, joissa omaa elämää on mahdollisuus työstää intensiivisen tuen avulla kohti päihteettömyyttä. Ensimmäinen raskaana olevien ja heidän perheidensä hoitokoti aloitti toimintansa vuonna 1990 Helsingin Oulunkylässä. Sen jälkeen Ensi- ja turvakotien liiton kymmenvuotisessa projektissa on kehitetty vauvalähtöistä perhetyötä, ja seitsemällä paikkakunnalla toimii päihdeongelmien hoitoon erikoistunut ensikoti- ja avopalveluyksikkö. Näissä yksiköissä heillä on mahdollisuus aloittaa hoito jo raskauden aikana, ja se tulee jatkumaan yksilöllisesti tarpeen mukaan. Pidä kiinni -hoitojärjestelmän yksiköissä (ensi- ja turvakodeissa) äidit ja perheet voivat opetella arjen taitoja sekä päihteetöntä elämää, ja päihteetömänä pysyminen onkin edellytys hoidossa olemiselle. Lapsen edun valvominen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ovat tärkeä osa hoitoa. (Paananen ym. 2006, 354-355; Pajulo ym. 2006, 2607-2609; Palo & Peura 2009, 17.)

Hoitomuotoja ovat yksilöllisestä hoitosuhteesta kuntouttavaan yhteisöön (Pajulo 2010, 1206). Sekä ensikodeissa että avopalveluyksiköissä kuntoutuksen perustana ovat yhteisöllisyys, dialogisuus ja reflektiivisyys. Ensikodeissa keskeisinä toimintamuotoina ja menetelminä ovat yhteisökuntoutus, motivoiva haastattelu, lähityöntekijä, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja video-ohjaus, päihteetön arki, suunnitelmalliset



kotiharjoittelut, verkostotyö, vertaistuki ja etsivä työ. Avopalveluyksiköiden kuntoutus on kehittynyt enemmän alueellisiin tarpeisiin vastaaviksi. Sen keskeisinä toimintamuotoina ja menetelminä ovat arkinen yhteisöllinen toiminta, etsivä työ, kotona tehtävä työ, motivoiva haastattelu, lähityöntekijä, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja video-ohjaus, ryhmämuotoinen työskentely, verkostotyö sekä vertaistuki. (Pidä kiinni -hoitojärjestelmän laatujärjestelmä.)

Tärkeä osa (ensi- ja turvakotityötä) raskauden aikaisessa työskentelyssä on sikiön olemassaolon ja tarpeiden aktiivinen nostaminen äidin mielikuviiin ja niiden mielessä pitäminen. Keskeistä on myös huomata tilanteet, joissa tuleva vauva putoaa mielestä, ja pysähtyä yhdessä äidin kanssa miettimään, mitä tapahtui ja miksi. Pidä kiinni yksiköissä hoitajaksot voivat kestää kuukausista yli vuoteen, avohoidon puolella tuen mahdollisuus on vuosia. Hoidon pääsääntöinen tavoite on, että äideistä mahdollisimman moni selviytyisi lapsensa ensisijaisena hoitajana riittävän hyvin ja saavuttaisi päihdeettömän elämäntavan. (Paananen ym. 2006, 354-355; Pajulo ym. 2006, 2607-2609; Palo & Peura 2009, 17.)

Vuonna 2009 ensikotiin tulleista äideistä vain 8 % oli neuvoloiden ja HAL-poliklinikoiden ohjaamia. Suurin osa (67 %) äideistä tuli ensikotiin lastensuojelun taholta. Loput äideistä (3–1 %) ohjautui ensikotiin aikuissosiaalityöstä, päihdehoitopaikoista, psykiatialta tai Pidä kiinni avopalveluista. Yli puolet (59 %) olivat vapaaehtoisia ja oma-aloitteisia aloittamaan kuntoutumisen. (Ensi- ja turvakotienliitto 2010.)

### **3.2. Hoitosuhteen luominen päihteitä käyttävän äidin kanssa**

Luottamuksellista vuorovaikutusta pidetään edellytyksenä työskennellessä haavoittuvien ja vaikeissa oloissa elävien perheiden kanssa. Yhteyden luominen, luottamuksen saaminen voi olla hyvin vaikeaa, ja harvoissa tapauksissa perheiden luottamuksen saavuttamista ei synny ollenkaan tai se voi viedä pitkän ajan. Luottamuksellisuus mahdollistaa rehellisen ja avoimen asioiden käsittelyn. Rohkean ja aktiivisen terveydenhoitajan on tutkittu herättävän enemmän luottamusta kuin odottavan ja passiivisen. Päihdeongelmaisia äitejä oppii tuntemaan parhaiten silloin, kun viettää vastaanotolla aikaa heidän kanssa ja sallii heidän tulla halutessaan lähelle. Lähelle tuleminen tarkoittaa sitä, että tekee äidille palvelun, esimerkiksi hoitaa jonkun käytännön asian, esimerkiksi soittaa puhelun hänen puolestaan.

Lähelle tulemisen tarve voi ilmetä myös lähellä olemisen tarpeena tai halauksena. Tulee kuitenkin muistaa, että kaikille ei ole läheisyyden tarvetta fyysisesti ja joitakin läheisyys voi ahdistaa. (Hiltunen ym. 2005, 100; Honkanen 2008, 186.)

Vuorovaikutuksellisesti raskaana oleva on usein tavallista herkempi sekä sisäänpäin kääntyneempi, hänellä on tarve huolenpidolle ja huomiolle. Terveystenhoitajan on tärkeää kertoa päihteitä käyttävälle äidille raskausajan hoidon sisällöstä sekä tutkimuksista ja niiden tarkoituksista. Onnistuneessa hoitosuhteessa terveydenhoitaja voi ammatillisuudellaan tarjota raskaana olevalle tukea ja tietoa siten, että hän oppii itse pohtimaan eri vaihtoehtoja ja valitsemaan sopivimmat ratkaisut itselleen. Omilla ratkaisuilla tuleva äiti pystyy luottamaan itseensä paremmin vanhempana. Tilanne huomioiden ja siitä riippuen kuuntelu, huomionosoitus, rajojen asettaminen sekä keskustelu voivat edistää eheyden kokemusta ja vähentää odottavan äidin stressiä. Päihdeongelmista kärsivät äidit odottavat rajojen ja selkeiden sääntöjen lisäksi joustavuutta, että hoitajaksot olisivat tarpeiden mukaan rytmitetty ihmisten yksilöllisten tarpeiden mukaan. Terveystenhoitajan on tärkeää viestiä äidille, että vaikka hänen tilanteena olisi mikä tahansa, hän voi tulla vastaanotolle ja olla sellaisena kuin hän on. (Hartikainen ym. 1994, 210; Hiltunen ym. 2005, 101; Paananen ym. 2006, 354; Sorsa ym. 2004, 246.) Kekki ja Kokkonen (2006, 16-17) tuovat opinnäytetyössään esille, että esteenä hoitoon hakeutumisessa päihdeongelmallisella äidillä voivat olla leimautumisen pelko, pelko lastensuojelun puuttumisesta tilanteeseen sekä tietämättömyys eri hoitovaihtoehtoista.

Uuden elämäntilanteen pohtiminen yhdessä äidin kanssa on tärkeää, koska näin kartoitetaan raskaana olevan ohjauksen, neuvonnan ja määrän sisältöä sekä voidaan ennakoita raskauden kuluessa ilmenevät ongelmat. Asiakkaan myöntäessä päihdeongelmansa terveydenhoitajalle on hän tehnyt jo jonkin asteen päätökseen muutoksen suunnasta. Asiakkaan omilla näkemyksillä on tärkeä tehtävä, koska ne muodostavat kehän, jonka ytimenä asiakaslähtöisessä työtavassa on asiakkaan kuuleminen. Terveystenhoitaja on avainasemassa tunnistamassa perheen riskitekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen suotuisaa kehitystä. On ehdottoman tärkeää kertoa äidille, että hän voi osittain vaikuttaa sikiönsä ja itsensä terveyteen omalla terveystkäyttämällänsä. Äideille tulee kertoa myös päihteiden vaikutuksista sekä keinoista käytön hallitsemiseen. (Hartikainen ym. 1994, 209; Honkanen 2008, 5; Lindfors 2010, 7; Paananen ym. 2006,

185, 350; Sorsa ym. 2004, 242.) Tärkeää on keskustella myös asioista, jotka saavat hänet helpommin sortumaan päihteisiin (Palo & Peura 2009, 43).

Varhain käynnistetyillä tukitoimenpiteillä ja eri tahojen yhteistyöllä on ennaltaehkäisevä merkitys perheen riskitekijöiden vaikutuksesta vanhemmuuteen ja sitä kautta lasten saamaan huolenpitoon ja hoitoon (Honkanen 2008, 5). Vaikka raskaana oleva päihteiden käyttäjä on vaikea asia kohdata sekä ongelma yhteiskunnalle, on tärkeänä asiana pidettävä mielessä, että myös nainen itse kärsii suuresti ongelmastaan. Terveystoimittajan asenteen ja avun on oltava moralisoimatonta ja on pyrittävä löytämään elämiselle vaihtoehtoja sekä muotoa, jotka edistävät hänen kykyään selviytyä alkavasta äitiydestä ja raskaudesta päihteestä ja mahdollisimman hyvin. (Palo & Peura 2009, 17.)

Terveystoimittajien tulee korostaa työssään kunnioitettavaa työtettä päihdeongelmista kärsivän perheen kanssa työskennellessä. Kunnioittaminen on perheen arvostamista, jossa ei tuomita tai syyllistetä perhettä. Tärkeää on huomioida perhettä niin, että he itse saavat osallistua heitä koskevaan toimintaan sekä määrittellä tuen tarpeensa itse. Ongelmia tulee miettiä perheen kanssa yhdessä. Terveystoimittajan ja perheen välistä dialogisuutta auttavat perheen tunteminen sekä empaattinen ja avoin lähestymistapa perheen vaikeuksiin. Stereotyyppiset käsitykset sekä ennakkoluulot johtavat yleensä ongelmiin, joissa yhteistyösuhdetta perheen kanssa varjostavat toivottomuus ja näköalattomuus. Avoimella uteliaisuudella sekä luovuudella on mahdollisuus ehkäistä tätä toivottomuuden ja kyllästyksen tunnetta. Ilmapiirin ollessa turvallinen se antaa tilaa työstää päihteetöntä elämäntapaa sekä äidin omaa muutosprosessia. (Honkanen 2008, 187; Paananen ym. 2006, 354.)

Perheet odottavat terveystoimittajilta rohkeutta puhua vaikeista asioista. Joissakin tapauksissa pelkkä puhuminen asiasta riittää vaikka konkreettista apua ei saisikaan. Mikäli terveystoimittaja kokee puhumiseen liittyvän esteitä, hänen tulee miettiä, johtuvatko ne ennakkoluuloista, asenteesta vai vuorovaikutustaidoista. Tutkimukset osoittavat, että terveystoimittajan ja asiakkaan välistä kontaktia parantaa puuttuminen päihteidenkäyttöön eikä päinvastoin kuin yleisesti luullaan (Pistokoski & Ryyppö 2007, 12).

Honkasen (2008) tutkimuksessa selvisi, että perheet eivät odota terveystoimittajalta vastauksia kaikkiin kysymyksiin, vaan he arvostavat asiantuntijuutta sekä rajatun tuntevaa terveystoimittajaa. Tärkeä osa omaa ammattitaitoa ja asiantuntijuutta on, että tietää omat mahdollisuutensa ja rajansa auttaa perhettä sekä tarvittaessa osata ohjata perhettä muille

auttamistahoille. Päihdeongelmaisten raskaana olevien äitien kanssa työntekijän tulee sietää hyvin pitkäjänteisyyttä sekä tarvitaan voimia ja keskeneräisyyden sietokykyä. Vaikka työ on itsessään vaativaa ja voimia viemää, tulee muistaa, että jokaisella onnistuneella hoitosuhteella on positiiviset, pitkälle kantavat vaikutukset. (Keski-Kohtamäki 2005, 55; Suortamo 2005, 60.)

Erityistuen tarpeessa olevan perheen löytäminen edellyttää työskentelykulttuurina avointa, positiivista ja luottamuksellista vuorovaikutussuhteen kehittymistä terveydenhoitajan ja perheen välillä. Työtä ohjaavia, tärkeitä toiminnanperiaatteita ovat perhekeskeisyys, yksilöllisyys, tasavertaisuus, hoidon jatkuvuus ja terveydenhoitajan asiantuntijuus. Onnistuneen keskustelun edellytys on kunnioitukseen perustuvan asiakassuhteen luominen sekä terveydenhoitajan aktiivinen keskustelun käynnistäminen. Luottamus syntyy vaiheittain, ja se perustuu molempien osapuolien vastavuoroisuuteen, keskinäiseen tahtoon sekä odotuksiin. Luottamuksen on osoitettu vaikuttavan vuorovaikutussuhteen laatuun, perheen osallistumiseen, keskinäiseen kommunikaatioon ja myös tuen onnistumiseen. Terveydenhoitajan omilla toimintatavoilla on vaikutus vuorovaikutussuhteen kehittymiseen, perheen saaman tiedon vastaanottamiseen sekä perheen omiin kykyihin uskomiseen selviytyäkseen ongelmista. Yhteistyön ja vuorovaikutussuhteen kehittymiseen vaikuttavat suuresti myös perheen oma halukkuus ja aktiivisuus hakea kontaktia. Terveydenhoitajan työssä olennaista on tarttua omaan huoleen, koska se on yleensä aina merkki perheen ongelmista. (Erkkilä ym. 2007, 7-8.)

Päihdehoidossa päihteidenkäytön seuraamuksia suhteessa sikiöön tuodaan esille ja samalla pyritään olla aiheuttamatta enempää syyllisyyttä sen seurauksena. Kuivilla oleminen päihteistä on jokaisen raskaana olevan unelma, mutta vaikeasti päihderiippuvaiselle moniongelmaiselle äidille tämän on haasteena liian suuri. Hoitoon sitoutuneet äidit tarvitsevat paljon kannattelua ja tukea yrityksessään sekä realiteettien esille tuomista. (Keski-Kohtamäki 2005, 54-55.) Todellisuudessa äitien ja perheiden ongelmat, resurssit ja edellytykset ottaa tukea vastaan ammattilaiselta vaihtelevat suuresti (Veijalainen ym. 2008, 21).

### 3.3. Pääteitä käyttävän raskausaika ja sen psykologiset vaiheet

Raskaana olevan naisen fyysisessä ja psyykkisessä tilassa tapahtuu monenlaisia muutoksia. Raskaus vaikuttaa elimistön lähes jokaiseen elimeen, muokkaa minäkuvan, hormonitoimintaa, seksuaalielämää ja sosiaalisia suhteita. Tämän kaiken lisäksi raskaus tekee naisesta äidin ja valmistaa hänet tulevaan uuteen elämänvaiheeseen. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 174.) Terveystoimijana on tärkeää tietää ja tuntea raskauden psykologiset vaiheet ja niihin liittyvät riskitekijät ja sisällöt. Joan Raphael- Leffin ja Margareta Broden ovat jaotelleet psykologiset raskaudenvaiheet ja niitä myös Niskanen ja Salomaa (2010) toivat opinnäytetyössään esille.

*Raskausajan* kesto on normaalisti 38-42 viikkoa, jolloin puhutaan täysiaikaisesta raskaudenkestosta. Ennen 38. viikkoa syntyneiden vauvojen katsotaan syntyneen enneaikaisesti. Synnytyksen tapahtuttua yli 42 viikolla on kyseessä yliaikainen raskaus. Synnytyksen laskettu aika voidaan määrittää viimeisten kuukautisten alkamispäivästä, jolloin olettamuksena on, että kuukautiskierron pituus on ollut 28 päivää. Lisäksi laskettu aika on mahdollista selvittää ultraäänien avulla. (Armanto ym. 2007, 41-42, Ylikorkala & Kauppila 2004, 317.)

Raskausaika voidaan jakaa ensimmäiseen, toiseen ja viimeiseen kolmannekseen. Ensimmäinen kolmas (1.-12. raskausviikot) alkaa fertilisaatiolla eli munasolun hedelmöityksellä. Hedelmöitys saa aikaan munasolun aineenvaihdunnan ja mahdollistaa myös sen kehityksen. Hedelmöittynyt munasolu kiinnittyy kohdunseinämään noin 6 vuorokauden kuluttua ja saa nimekseen alkion. Kolmannen, neljännen ja viidennen kehitysviikon aikana tapahtuu gastrulaatio eli alkiokerrosten muodostuminen, jolloin kaikki elinjärjestelmät saavat alkunsa, kasvot piirteensä ja ulkoiset genitaalit tulevat näkyviin. Tänä aikana epämuodostumien syntyrisä on erittäin suuri kehittyvälle alkiolle, ja se on hyvin herkkä kaikille vaaratekijöille. Sikiön kehittyminen alkaa hedelmöityksen jälkeen viikolla yhdeksän ja jatkuu syntymään saakka. (Armanto ym. 2007, 41-42; Hendersson & Macdonald, 2004, 167; Paananen ym. 2006, 115, 117-119, 130, 174-175.)

Istukkahormonin eli hCG:n nousu voi aiheuttaa äidille voimakkaita fyysisiä oireita. Äidillä voi olla ambivalenssia eli mielialanvaihteluja hormonaalisten muutosten myötä. Tunteet vaihtelevat voimakkaasti, mutta pikkuhiljaa raskauden tila alkaa muuttua todellisemmaksi. Äidin fyysisen tilan muutoksien myötä hänellä saattaa olla pahoinvointia, ja tutkimukset

osoittavatkin, että jopa 40-88 % raskaana olevista kärsii pahoinvoinnista eriasteisesti. Ensimmäisellä raskauskolmanneksella äiti kärsii paitsi psyykkisen myös fyysisen prosessin tuottamasta väsymyksestä. Voimakas väsymys johtuu estrogeenin lisääntyneestä erittymisestä, samoin kuin janontunne. Ensimmäiset viikot ovat tutustumista uuteen muuttuvaan elimistöön ja ajatukseen tulevasta äitiydestä ja perheestä. Usein alkuraskaus on äidille kuin isällekin hyvin herkistynyttä aikaa psyykkisesti. (Armanto ym. 2007, 41-42; Hendersson & Macdonald, 2004, 167; Paananen ym. 2006, 115, 117-119, 130, 174-175.)

Ensimmäisessä vaiheessa eli fuusiossa raskaus sinällään ja vauva täyttävät äidin mieltä. Äiti pohtii identiteetti muutostaan, suhdettaan omaan äitiin ja kääntyy sisäänpäin. Äiti kaipaa hellyyttä ja hoivaa kumppaniltaan. Äidille tulee entistä suurempi tarve huolehtia itsestään aikaisempaa paremmin ja syödä terveellisemmin. Tähän vaiheeseen kuuluu myös pidättäytyminen sikiötä haitallisesti vahingoittavista aineista, kuten alkoholista, tupakasta, huumeista ja lääkkeistä. Tässä vaiheessa äiti asettaa lapsensa tarpeet omiensa edelle, ja hän tulee herkemäksi vauvansa viesteille. (Niskanen & Salomaa 2010, 9.)

Toisen raskauskolmanneksen alussa sikiö kasvaa nopeasti. Ultraäänessä näkyvät luut ja sikiön raajojen liikkeissä koordinaatioita. Ulkoiset sukupuolielimet ovat tunnistettavissa noin viikolla 14. Sikiön ulkonäkö muuttuu, hän pystyy kuulemaan jo tulevan äitinsä sydänäänet. (Paananen ym. 2006, 131.) Toinen raskauskolmannes eli raskausviikot 13-26 ovat naiselle suhteellisen miellyttävää aikaa. Yleensä aiempiinsa tapoihin verraten raskaana oleva ulkoilee ja nukkuu enemmän sekä syö monipuolisemmin. Nainen on erittäin motivoitunut suojellakseen kehittyvää lastaan ulkopuolisilta vaaratekijöiltä. Äitiä on hyvä kannustaa jatkamaan terveellisiä elämäntapojaan, koska sillä on vaikutusta myös synnytyksestä toipumiseen. Suurimpia fyysisiä vaivoja äidillä voivat olla ummetus, närästys, virtsatieinfektiot, suonenvedot ja hikoilu. Toisen kolmanneksen lopussa sikiön paino alkaa nousta, keuhkojen kannalta tärkeät keuhkorakkulat alkavat tuottaa surfaktanttia. Ennenaikaisen synnytyksen sattuessa tehohoidosta huolimatta lapsella on vähäiset mahdollisuudet jäädä henkiin. (Paananen ym. 2006, 176-178, 131.)

Differentiaatiovaiheessa eli toisella raskauskolmanneksella äiti alkaa tuntea sikiön liikkeitä, varhainen vuorovaikutus lapsen ja vanhempien välillä vahvistuu sikiön liikkeitä havainnoimalla, silittelemällä vatsaa sekä juttelemalla ja laulamalla hänelle. Liikkeillä sikiö alkaa ilmaista oma erityisyytään nopeudella, liikkumatavalla, rytmillä ja voimakkuudella. Liikkeet yksilöivät lapsen, ja ne ovat tärkeitä kiintymyssuhteen kannalta.

Lapsesta saadaan merkkejä myös sen perusteella, miten hän reagoi ulkopuolelta tuleviin ärsykkeisiin. Usein äidin rauhoittuessa sikiö alkaa liikkua enemmän. Tätä pidetään usein äidin ja sikiön välisenä yhteisymmärryksenä. Nämä vaiheet saavat äidin varustautumaan käytännön tasolla vauvan tuloon. Äidillä pyörii entistä enemmän omat lapsuuden hoivakokemukset mielessä ja hän pohtii kokemusta itsestään lapsena suhteessa äitiinsä. Tuleva äiti on hyvin herkkä, ja hyvin normaalia ovat konfliktit. Äiti arvioi usein oman äitinsä huonoja ja hyviä puolia ja miettii, miten hän haluaa tai ei halua samaistua niihin omassa äitiydessään. (Niskanen & Salomaa 2010, 9; Paananen ym. 2006, 176-178, 131.)

Viimeisellä kolmanneksella (27-40 raskausviikot) sikiön paino lähes kaksinkertaistuu, joten myös kohdunkasvu naisella on hyvin nopeaa. Sikiön iholle on kertynyt viimeisen raskauskolmanneksen aikana rasvaa sekä karvaantuvaa, rasvaa kertyy keskimäärin 14 g vuorokaudessa. Varpaihin tulee kynnet sekä silmät ovat auki. Hermosto kypsyy koko ajan enenevässä määrin ja se saa sikiön orientoitumaan spontaanisti valoon nähden ja tarttumaan lujasti pienellä kädellään. Viimeisen kolmanneksen lopulla vartalon untuvakarva häviää muualta paitsi yläraajoista ja hartioista ja hiukset ovat selvästi muuta karvoitusta karkeampaa. Sikiön liikkeet hidastuvat tilan ahtauden takia, liikkeet ovat lähinnä hikottelua, ojentelua ja pieniä potkuja. (Paananen ym. 2006, 133-134, 181.)

Äidin painonnousu on noin puoli kiloa viikossa. Kokonaispainonnousu raskauden aikana on noin 6-12 kiloa suhteutettuna lähtöpainoon. Raskaana olevan keho muuttuu ja omien ulkomuotojen hahmottaminen voi olla vaikeaa. Ryhdin muuttuessa saattaa ilmaantua selkävaivoja. Unettomuus ja väsymys ovat yleisiä vaivoja, joten levon merkityksen korostaminen on tärkeää. Äidille on hyvä neuvua myös nukkumisasetoista, koska niiden löytäminen voi olla vaikeaa. Turvotuksia saattaa ilmaantua lähinnä alaraajoihin, mikä on normaalia raskauteen kuuluvaa. Loppuvaiheessa kohtu alkaa harjoitella tulevaa synnytystä varten supistelemalla lihastaan, ja useimmiten näitä ilmaantuu levossa tai pienessä rasituksessa. Sikiön liikkeitä on hyvä neuvua seuraamaan ja muutenkin omia kehon viestejä. Raskaana oleva miettii tulevaa synnytystä, ja sen lähestyessä kysymykset konkretisoituvat. Useimmiten tulevaa äitiä mietityttävät selviytyminen sairaalakokemuksesta, itse synnytyksestä ja siitä aiheutuvasta kivusta. Terveystieteiden tutkijain tulee ainakin ensisynnyttäjien kohdalla varata riittävästi aikaa asioiden käsittelyyn ja aikaa siihen, jotta hän pystyy tarvittaessa tunnistamaan äidin jolla jokapäiväiset kysymykset synnytyksestä muuttuvat synnytyspeloksi. (Paananen ym. 2006, 178-179, 181.)

Raskauden viimeisen kolmanneksen eli separaatiovaiheen alkaessa äiti alkaa ajatella vauvansa selviävän synnyttyään hengissä. Monesti äiti tuntee vielä tässä vaiheessa viime hetken ambivalenssin tunteita lopullista tulevaa elämänmuutosta kohtaan. Toisaalta hän ei enää millään malttaisi odottaa vauvansa kohtaamista. (Niskanen & Salomaa 2010, 9.)

### **3.4. Päihteitä käyttävän äitiysneivolaseuranta**

Äitiysneuvoloiden työn yhtenä tavoitteena on löytää asiakkaat, jotka kuuluvat riskiryhmiin, ja ohjata heitä tarvittaessa jatkohoitoon. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä raskaudenaikaisia häiriöitä, todeta mahdolliset häiriöt varhain ja ohjata sen myötä odottaja oikeaan hoitoon, valmentaa tulevaan synnytykseen ja lapsen hoitamiseen sekä tukea uudessa elämäntilanteessa koko perhettä. Äitiysneuvolan keskeisiä tehtäviä raskauden seurannassa on terveyskäyttäytymiseen liittyvien alueiden kartoittaminen. Äitiysneuvolassa terveydenhoitajan tehtävä on huolehtia raskaana olevan äidin seurannasta ja hoidosta yhdessä terveyskeskuslääkärin kanssa. Tarkoituksena on turvata paras mahdollinen terveys niin odottavalle äidille, tulevalle vauvalle kuin koko perheelle. Äitiysneuvolatoiminta koostuu yksilöllisistä terveystarkastuksista, joihin sisältyvät terveyskeskustelut, kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulonnat, kotikäynnit, puhelinneuvonta, perhevalmennus sekä neuvolan sisäinen että ulkoinen yhteistyö. (Niskanen & Salomaa 2010, 12-13.)

Normaalissa raskaudessa äidit tulevat ensimmäiselle neuvolakäynnille, kun kuukautiset ovat selvästi myöhässä ja raskaustesti on ollut positiivinen. Tavallisimmin ensimmäinen neuvolakäynti on raskausviikoilla 8-12. Ensimmäisellä neuvolakäynnillä terveydenhoitajan tehtävä on esitietojen kartoittaminen, jotta pystytään alustavasti suunnittelemaan jatkokäyntien tiheys. Suositusten mukaan ensisynnyttäjien tulisi käydä keskimäärin 13-17 kertaa ja uudelleensynnyttäjien 9-17 kertaa äitiysneuvolassa raskauden aikana. Normaalisti äitiysneuvolakäyntejä tulee äidille raskauden aikana noin kymmenen ja lääkärikäyntejä noin kolme ja yksi vielä synnytyksen jälkeen. Ensisynnyttäjät tarvitsevat yleensä useamman seurantakäynnin kuin uudelleensynnyttäjät. Kokonaiskartoituksen lisäksi äidiltä otetaan perusverikokeita, veriryhmä, virusvasta-aineita, virtsanäyte sekä verenpaine. BMI eli body max-indeksi määritellään alkupainon lisäksi myös, ja sen ollessa yli  $> 25$  äiti ohjataan sokerirasitukseen diabetesriskin takia 28. raskausviikon lähetytyillä.



Ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä äiti saa neuvolakortin, johon hänen raskausajan tapahtumansa kirjataan. Äitiä on hyvä neuvoa kuljettamaan neuvolakorttia aina mukanaan. Virtsanäyte otetaan joka äitiysneuvolakäynnin yhteydessä, jotta pystytään varhaisessa vaiheessa huomaamaan mahdollinen pre-emklampsia, virtsatietulehdus, raskauden ajan diabetes tai nestetasapainohäiriö. Verenpaineen mittaaminen on myös joka kerta suoritettava toimenpide yleisen terveydentilan ja pre-emklampsiariskin seuraamiseksi. (Armanto ym. 2007, 42-45; Hartikainen ym. 1994, 209; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 182; STM 2009.)

Aikaisempien sekä mahdollisten kroonisten sairauksien vaikutus raskauden kulkuun tulee selvittää, koska äidillä voi olla käytössä vakituinen lääkitys sairauden hoitoon. Raskauden alussa käytetyt lääkkeet voivat vaikuttaa haitallisesti sikiöön, joten säännöllisen lääkityksen vaikuttavuus sikiöön on otettava huomioon. Sukupuolitaudit kartoitetaan, jotta pystytään tarvittaessa tekemään lisätutkimuksia tai arvioida hoidon tarvetta. Mielenterveysongelmat on selvitettävä, koska niillä voi olla iso merkitys raskaudessa, tulevassa vanhemmuudessa sekä vuorovaikutussuhteen kehittymisessä lapsen ja vanhemman välillä. Tarvittaessa terveydenhoitajan valmiuksiin kuuluu ohjata perhe perinnöllisyyspoliklinikalle, mikäli suvussa on vakavia perinnöllisiä sairauksia. Mikäli äiti käyttää tai on halukas käyttämään lisäravinteita raskauden aikana, tulee häntä opastaa niiden käytössä ja kartoittaa, minkälaisista aineista on kyse. Lisäravinteita ei yleensä suositella käytettäväksi raskaudenaikana. (Armanto ym. 2007, 42-44; Paananen ym. 2006, 184.)

Raskaana olevaa äitiä on tärkeä lisäksi opastaa ruokavalion monipuolistamiseen ja kertoa energiansaannin tarkoituksenmukaisuudesta. On hyvä muistuttaa, että raskaana olevan ei tarvitse syödä kahden ihmisen edestä. Kunnostaan huolehtivalle synnytystapahtuma on helpompi, joten äitiä tulee kannustaa säännölliseen liikkumiseen ja terveellisiin elämäntapoihin raskauden loppuun saakka. Omaa elimistöä kuuntelemalla raskaana oleva pystyy suhteuttamaan liikuntaa sopivan määrän keholleen. Jatkossa äidin ja sikiön vointia seurataan > 20 raskausviikosta alkaen mittaamalla sf (symfyysi-fundus) eli häpyliitoskohdunpohjanmitta, joka kertoo sikiön kasvusta. Myöhemmässä vaiheessa raskautta, mikäli äiti on kovin väsynyt, on syytä tarkastaa veren hemoglobiinitaso. Loppuvaiheessa terveydenhoitajan on tärkeää tarkkailla vastaanotolla äidin turvotuksia sekä selvittää sikiön tarjonta > 30 raskausviikosta alkaen. Loppuraskaudesta lapsiveden määrää on hyvä kiinnittää huomiota. (Armanto ym. 2007, 42-44; Paananen ym. 2006, 184.)

Ensimmäisellä käynnillä kysytään myös äidin halukkuutta osallistua raskaudenaikana kuuluviin niskaturvotus- ja rakenneultraääniseuloihin. Suomessa tällä hetkellä lähes kaikille synnyttäjille tehdään ultraäänellä seulontatutkimus viikoilla 11-14 tai 18. raskausviikolla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää raskauden kesto suhteessa amenorrea-aikaan, löytää monisikiöiset raskaudet ja todeta sikiön vaikeat epämuodostumat. Kotieläimistä on hyvä kysyä, koska eritoten liskot ja nuoret kissat, jotka kulkevat ulkona, voivat aiheuttaa toxoplasmaintefektion odottavaan äitiin, ja se voi olla vaarallinen sekä äidille että sikiölle raskausaikana. Tarvittaessa äidiltä voidaan ottaa verestä toxoplasmavasta-aineet. Mikäli äiti on ensisynnyttävä, annetaan hänelle tietoa perhevalmennuksesta ja sen mahdolliset aikataulut. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 317.)

Raskauden aikana äidille tulee antaa tietoa ksylitolin käytöstä sekä varhaisen kariesbakteeritartunnan merkityksestä (STM 2004). Kaikille raskaana oleville suositellaan hammastarkastusta, koska lisäksi voimakas raskaudenajan pahoinvointi ja hormonitasapaino voivat löysentää ikenien ja hampaiden sidekudosta sekä kuluttaa kiillettä. Hampaiden puhtaana pysymistä estää myös sitkeäksi muuttunut syljen koostumus. Hammastarkastus on paras ajoittaa keskiraskauden aikaan, jotta hammashoitokemikaalit aiheuttaisivat mahdollisimman vähän haittaa. (Armanto ym. 2007, 43-44.)

Aikaisemmilla raskauksilla ja synnytyksillä on yleensä myös vaikutusta nykyisen raskauden kulkuun. Synnytyspelosta kärsivä äiti voidaan ohjata jo ensikäynnin jälkeen äitiyspoliklinikalle, kun asiat huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Raskauden seuranta suunnitellussa tulee aikaisempi raskaudenaikainen sairaus, esimerkiksi diabetes tai pre-emklampsia, ottaa huomioon. Myöhempien äitiysneuvolakäyntien yhteydessä sikiön vointia ja tilaa seurataan pääasiallisesti ulkotutkimuksella, gynekologisella tutkimuksella sekä sikiön sydänäänien kuuntelulla ja liikkeitä seuraamalla ultraäänien tai dopplerlaitteen avulla. (Armanto ym. 2007, 43-47.)

Perheväkivallan, alkoholin, tupakan ja muiden päihteiden puheeksi ottaminen kuuluu sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen. Puheeksi ottamisella terveydenhoitaja osoittaa, että neuvolassa voidaan puhua vaikeistakin asioista. Alkoholi aiheuttaa kehityshäiriöitä ja keskenmenoja, tupakoimalla äiti puolestaan hidastaa sikiön kasvua ja kehitystä, joka johtuu istukan vaurioitumisesta. Puheeksi ottamisen apuna voi käyttää Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeita tai Audit- kyselyä, jolla voidaan kartoittaa molempien vanhempien alkoholin käyttöä. (Erkkilä ym. 2007, 6.) Oleellista on, että terveydenhoitaja

käyttää työssään Audit-kyselyä niin, että se edistää luontevaa tapaa keskustella päihteiden käytöstä vanhempien kanssa. Pahimmassa tapauksessa kyselyn voi toteuttaa niin, että vanhemmat eivät uskaltaudu kertomaan perheessä olevasta päihdeongelmasta. Pyrkimys tulee olla, että päihteiden käytöstä voitaisiin keskustella niin, että se veisi asiakkaan motivoitumista kohti muutosta suhteessa päihteiden käyttöön. (Kuorelahti 2010.)

STM (2009) suosittaa kysymään molempien vanhempien päihteidenkäytöstä alkuraskaudessa sekä tarvittaessa myöhemmässä vaiheessa raskautta uudelleen. Perheiden erityistuen tarpeet tulevat yleensä ilmi heidän itsensä kertomina, hoitajan esille nostamana tai havainnoinnin kautta asiakastilanteissa. Hyvin usein erityistuen tarve pidetään salassa ”piilotettuna”, siten että terveydenhoitajalla on vain ennakkoavustus. Tuen tarpeen määrittelyssä erityisen tärkeää on terveydenhoitajan oma ammatillinen arvio kustakin tilanteesta. Ammatillinen arvio perustuu perheen tuntemiseen, käsitykseen perheestä vastaanottotilanteesta, perheen historiaan ja taustaan, havainnointiin sekä terveydenhoitajan omaan kokemukseen, tietoperustaan ja vaistoon. Tuen tarpeen arviointiin ja tunnistamiseen terveydenhoitaja tarvitsee tietoa perheestä ja heidän jäsentensä välisestä vuorovaikutuksesta, perheen sosiaalisesta verkostosta ja taustasta, nykyisestä elämäntilanteesta ja tulevista huolta aiheuttavista seikoista. Perhemuoto, sen taloudellinen tilanne sekä koulutustaso on hyvä tietää, sillä nämä tekijät ovat tutkitusti yhteydessä mahdollisten ongelmien riskialttiuteen. (Erkkilä ym. 2007, 6.)

Päihteitä käyttävän raskaana olevan alkuhaastatteluun neuvolassa kuuluu selvittää raskauden kesto kuukautisten mukaan, mikäli mahdollista. Sairauksien, fyysisen terveydentilan, aikaisempien raskauksien ja synnytysten huomiointi on esille nostettava asia. Päihdeongelman takia äidiltä tulee kysyä päihteidenkäytön historiasta, nykytilanteesta, päihdehoidosta ja niiden kokemuksista. Tärkeää on myös tieto lastensuojelun osuudesta, päihdehoitomahdollisuudesta ja raskauden ajan seurannasta. Lastensuojeluviranomaiset ovat yhteistyössä äitiyspoliklinikan kanssa jo raskausaikana, mutta virallisesti työ alkaa vasta lapsen synnyttyä. (Leppo 2008, 36.) Ensikäynnillä pyritään aina hahmottamaan raskaana olevan kokonaistilanne. Tärkeää on ottaa huomioon koko perheen elämäntilanne, elintavat ja elinolot. Puolison osallistuminen ensimmäisen käyntiin on suositeltavaa, tällöin seuranta- ja hoitosuunnitelman laatiminen on monipuolisempaa ja siitä saadaan yksilöllisempi. Henkilötiedot, siviilisääty, sosiaalinen tilanne sekä ammatti ovat esitietoja, joiden avulla pystytään muodostamaan käsitystä

perheen tulevista voimavaroista, tukiverkoista, haasteista ja perhemuodosta. (Armanto ym. 2007, 42-43; Hartikainen ym. 1994, 209; Niskanen & Salomaa 2010, 13.)

Neuvoloilla on valtakunnallinen ohjeistus ohjata äiti äitiyspoliklinikalle, vaikka taustalla olisi pelkkä huumekekeilu. Alkoholin osalta suositellaan hoitoon ohjausta usein vain suurkuluttajille. Mikäli äitiysneuvolan asiakasta haastatellessa tulee ilmi, että äiti käyttää alkoholia säännöllisesti joitain kertoja viikossa tai jonkin verran joka viikonloppu, tulee hänet ohjata äitiyspoliklinikalle. (Leppo 2008, 36; STM 2009.) Äitiyspoli klinikat ovat lähetepoli klinikoita, joissa seurataan ja hoidetaan komplisoituneita sekä muuten ongelmallisia raskauksia. Asiakkaan käyntitiheys määräytyy poli klinikalle äidin tilanteen mukaan. (Ollila & Taipale 2005, 56; STM 2009.)

Välittömästi ensimmäisten käyntien yhteydessä äidille tulee kertoa mahdollisuudesta keskeyttää raskaus, mikäli elämäntilanne tuntuu kovin vaikealta. Vain harva osa kuitenkin päätyy tähän ratkaisuun riskeistä ja ongelmista huolimatta. Äidin päättäessä jatkaa raskauttaan, hänen tilanteensa kartoitetaan kokonaisvaltaisesti yleisen terveydentilan, päihteiden käytön ja sosiaalisen verkoston suhteen. Äidin omia tavoitteita ja toiveita tulee kuunnella. Luottamuksellisen kontaktin myötä äidille tulee tunne, että hänet hyväksytään sellaisenaan kun hän on, ja häntä kuunnellaan. Terveystenhoitajana tärkeä on kunnioittaa asiakkaan päätöksentekoa ja kunnioittaa hänen tekemiä valintojaan, vaikka tilanne saattaa eettisesti olla hyvin hankalaa. (Paananen m. 2006, 356; Pietilä 2010b.)

Alkoholia käyttävien äitien raskaudenaikaisessa seurannassa keskeinen sija on veren ja virtsan alkoholimäärityksellä, jos motivoinnista ja neuvonnasta huolimatta alkoholinkäyttö jatkuu. Tärkeimpiä laboratoriokokeita alkoholinkäyttöä tutkittaessa ovat GT (glutamyyli transferaasi), CDT (carbohydrate deficient transferrin eli niukkahiilihydraattinen transferrini) ja MCV (punasolujen keskitilavuus). Määritysten merkitys korostuu erityisesti silloin, kun käytännön havainnot ovat ristiriidassa esitetöjen kanssa. Lisäksi määritykset kuvastavat sikiön alkoholialtistusta luotettavasti, ja niillä on jatkossa yhä useammin lapsen huoltajuus- ja huostaanottokiistan yhteydessä juridista merkitystä. Tulee muistaa, että aina laboratorioarvot eivät kohoa välttämättä liiallisen alkoholin käytön seurauksena, vaan joillakin arvot voivat olla koholla muista syistä, esimerkiksi somaattisista syistä. Potilaalla on oikeus saada informointia etukäteen kaikista tehtävistä tutkimuksista. (Aalto ym. 2009, 17; Halmesmäki 2000.)

Arvioidessa asiakkaan huumeidenkäytön ongelmallisuutta on tärkeää selvittää käytetyt aineet, käyttötiheys ja -tapa, käytön hallintapyrkimykset ja käyttäjän kokemat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset ongelmat. Fyysisessä riippuvuudessa ilmenee epämiellyttäviä oireita käytön lopettamisen yhteydessä. Psykkisessä huumauseriippuvuudessa aine koetaan omalle hyvinvoinnille välttämättömäksi. Sosiaalinen riippuvuus koetaan käytön ympärille rakentuneeseen kaveripiiriin. (Aalto ym. 2009, 25.)

Päihdeongelmaisen äidin raskauden seuranta ja hoito tapahtuu tavalliseen tapaan äitiysneuvolassa. Sikiön vointia seurataan dopplerin, ultraäänen ja KTG:n (Kardiotokografia) avulla. KTG-käyrä voi olla monotoninen, ja siitä puuttuvat sekä pitkän että lyhyen aikavälin vaihtelut, mikäli sikiö on altistunut alkoholille. Sikiön liikkeet ovat yleensä vähentyneet, ja sydämen rytmiin voi tulla muutoksia, ja nämä ovat yleensä viitteitä sikiön hapen puutteesta. Äidin motivaatiota ja ohjausta päihdehoitoon tulee herätellä ja hoitopaikkoihin tutustuminen on suositeltavaa. Tutustumiskäynti on tärkeää tehdä yhdessä, sillä aristeleva, epävarma äiti voi jättää hoitomahdollisuutensa käyttämättä, mikäli se jää hänen omalle vastuulleen. Päihteiden käytöstä ja retkahdusten ehkäisemisestä tulee keskustella avoimesti. Lisäksi tärkeä tehtävä osana käyntejä on äidin käyttäytymisen, mielialan ja ulkoisen olemuksen havainnointi. (Paananen m. 2006, 356; Pistokoski & Ryppö 2007, 4-5.)

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Hanna Kahila, Kähkösen (2009) artikkelissa ehdottaa että C-hepatiittiseulan tulisi olla pakollisena joka raskaudessa, minkä avulla voitaisiin löytää moni katveeseen jäävä päihdeongelmainen äiti. Lisäksi hän tuo esille pakollisen huumeestien tekemistä tupakoiville äideille tai ainakin siinä tapauksessa, kun lääkärielle tulee vahva tunne äidin päihteidenkäytöstä. Äidin suostumuksella huumeeseulanäytteisiin tulee antaa lähete (Paananen ym. 2006, 356). Tulee ottaa huomioon, että huumeestien saa ottaa ilman lupaa ainoastaan silloin, kun kyse on myrkytyksen tai vakavan taudin erotusdiagnoosista (Käypähoito 2006).

Suomessa erikoissairaanhoidossa olevat äitiyspoliklinikoiden HAL-vastaanotot (huume – alkoholi – lääkkeet) on keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin. Asiakkaista arviolta kaksi kolmesta tulee neuvoloiden lähettäminä ja yksi kolmesta päihdehoitopaikoista tai päivystyspoliklinikoilta. Vuositasolla HAL-poliklinikat hoitavat noin 400 päihdeitä käyttävää äitiä. Yleensä raskaana olevat äidit ovat sekakäyttäjiä tai pelkästään huumeongelmaisia. Raskauden seurannasta vastaa gynekologi, joka seuraa sikiön vointia

sekä raskauden somaattista kulkua. Hoitotiimiin kuuluu yleensä myös psykiatrinen erikoissairaanhoitaja, lastenlääkäri, kättilö, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Työn painotukset eri asiantuntijoiden välillä sekä sisältö vaihtelevat klinikoittain, mutta kaikille yhteistä on verkostoituminen ja moniammatillisuus. HAL-poliklinikoilla toiminta perustuu ehdottomaan vapaaehtoisuuteen sekä hyvän hoitosuhteen ja kontaktin luontiin työntekijöiden ja äidin välillä. Toiminnan tavoitteena on raskauden toteaminen varhain, sikiöhaittojen minimointi ja tunnistaminen, äidin laaja-alainen elämäntilanteen kartoittaminen, päihdeiden haitoista kertominen, päihdeettömyyteen motivoiminen sekä jatkoa ajatellen päihdehoitopaikan etsiminen. Opiatikorvaushoitoa annetaan useimmiten yliopistollisten sairaaloiden äitiyspoliklinikoilla, mutta jotkut sairaanhoitopiirit ovat järjestäneet sen päihdeyksiköissä. HAL-poliklinikoilla asioivien äitien synnytysten jälkitarkastukset sekä jatkoehkäisyn suunnittelu kuuluvat rutiininomaisesti kokonaisvaltaiseen hoitokäytäntöön, koska muuten kokemuksen mukaan ehkäisy on jäänyt toteutumatta hoitomyönteisyyden ollessa huono. (STM 2009.) Päihdeitä käyttävän raskaana olevan seuranta tapahtuu vapaaehtoisesti äitiyspoliklinikalla, mutta tarkoitus olisi, että äiti kävisi raskauden ajan seurannassa molemmissa paikoissa (Leppo 2008, 36).

Äitiyshuollon työntekijöiden on opittava huumeiden käytön havaitseminen, sillä narkomaanit eivät oma-aloitteisesti useinkaan kerro ongelmastaan neuvolassa. Terveystoimittajan ymmärtäessä ja osatessa kysyä huumeiden käytöstä tuleva synnyttävä on usein helpottunut asian puheeksi ottamisesta. Ammattitaitoon kuuluu osata antaa tietoa yksityiskohtaisesti sekä motivoida äitiä joko vieroittumaan itse tai avo- tai laitoshoidon myötä. Narkomaanien raskauden seurannassa seuranta tulee järjestää tilanteen vaatimalla tavalla siten, että otetaan huomioon sikiön piilevä hapenpuute, merkittävä kasvunhidastuma sekä ennenaikaisen synnytyksen riskit. (Halmesmäki 2000.) Raskauden aikana päihdeitä käyttävälle äidille on hyvä esittää huomioiduksi tartuntatautien leviäminen ja tehdä hepatiitti- sekä HIV-testit toistamiseen raskauden myöhemmässä vaiheessa. Äidille on tärkeää antaa terveysneuvontaa ja kertoa myös sikiön mahdollisesta tartuntariskistä, mikäli äiti käyttää suonensisäisiä huumeita tai vaihtaa seksikumppania raskauden aikana. (Paananen ym. 2006, 353.)

Päihdeongelmasta kärsivä äiti vaatii ammattilaiselta paljon kannustusta, jotta hän pystyy tekemään päätöksen laitoshoitoon menosta. Useimmiten äitejä mietityttävät suljetun osaston rajat sekä päihdeettömyys. Hoitajaksoista useat keskeytyvät ja tilanne joudutaan punnitsemaan ja miettimään uudelleen eri vaihtoehtojen valossa yhdessä äidin kanssa.

Laitoshoidon tavoitteena päihdeongelmaisen raskaana olevan kanssa on päihhteettömyys tai ainakin niiden vähentäminen sekä sikiön ja vastasyntyneen turvallisten kasvuolosuhteiden aikaansaaminen. Sikiön ja tulevan lapsen terveyteen pyritään vaikuttamaan äidin terveyden tukemisen kautta. (Keski-Kohtamäki 2005, 54-55.)

Nykytilanteen ongelmakohta päihhteitä käyttävien raskaana olevien hoidossa on, että osa hoitoa haluavista äideistä jää ilman maksusitoumusta riittävän pitkään hoitojaksoon tai jopa kokonaan ilman sitä. Äideille sitoutuminen hoitoon olisi helpompaa, mikäli he tietäisivät voivansa viipyä hoidossa itsensä ja tulevan lapsensa tarpeen mukaan. Sitoutumista hoitoon hankaloittaa, kun kaikki kunnat eivät kykene antamaan maksusitoumuksia kuin esimerkiksi kahden kuukauden jaksoissa, mikä aiheuttaa ylimääräisiä paineita äideille kuntoutumisen suhteen tai saattaa pahimmassa tapauksessa olla hidasteena tai jopa esteenä kuntoutumiselle. (STM 2009.)

Hoitosuhteessa tärkeää on ajatella ensisijaisesti sikiön ja lapsen tarpeita. Monesti päihhteitä käyttävän äidin raskauden ajan hoito saattaa tuntua toivottomalta eikä uskoa tahdo riittää tilanteen muuttamiseen. Epäeettisesti ajateltuna usein helpompaa olisi olla puuttumatta ollenkaan, koska hoitopaikkoja ei ole riittävästi ja niihin vähäisiinkin on vaikeaa päästä. Tiivistetysti sanottuna voidaan todeta, että hoidon onnistumisen hidasteena ovat osaltaan sekä asenne että taloudellinen tilanne (Palo & Peura 2009, 43).

### **3.5. Erityistuentarpeessa olevan perheen kokonaisvaltainen huomioiminen**

Hyvin voivan tai terveen perheen vastakohtana käytetään eri tieteenaloilla käsitteitä syrjäytymisvaarassa oleva perhe, riskioloissa elävä perhe, ongelmaperhe, riskiperhe, haavoittuva perhe, erityistuen tarpeessa oleva perhe tai huonosti toimiva perhe. Näitä perheitä ovat päihdeongelmista kärsivät perheet, jotka tarvitsevat erityishuomiota ja tukea erilaisten elämäntilanteiden vuoksi. (Erkkilä ym. 2007, 2.)

Neuvolakäynnillä onkin tärkeää ottaa puheeksi myös päihhteitä käyttävän perhe. Usein puoliset häpeävät ja kokevat samanlaisia syyllisyyden tunteita kuin itse päihhteiden käyttäjä. Tärkeää on kertoa, että he eivät ole ainoa päihdeongelmasta kärsivä perhe ja syy ei ole päihhteitä käyttävän puolison. Hoitotyön tavoitteena tilanteessa on keskustelumahdollisuuden tarjoaminen, avuntarpeen kartoittaminen, tarvittaessa

rohkaiseminen ja ohjaaminen avun piiriin. Terveystenhoitajana rooli on tilanteen mukaan joko neutralisoiva, selkeyttävä, kuunteleva tai pelkästään puolueeton yhteyshenkilö. Yhdessä perheen kanssa etsitään ratkaisuja ja tehdään niiden pohjalta suunnitelma, jota aletaan toteuttaa. Tavoitteita suunnitellessa on tärkeää ottaa huomioon perheen jäsenet yksilöinä. (Palo & Peura 2009, 40.)

Erityistuen tarpeessa olevaa perhettä hoidettaessa ja tukiessa kotikäynnit ovat tärkeä osa terveydenhoitajan työtä, varsinkin mikäli hän vasta pyrkii tunnistamaan perheen tuen tarpeita. Yhteiskunnallisten tilanteiden muuttuessa sekä perheen vaikeuksien lisääntyessä kotikäyntien merkitys korostuu. Kotikäyntien merkitys on korostunut merkittävästi viime vuosina, kun sairaalat ovat lyhentäneet synnytysosaston hoitajaksoja sekä yleisesti muuttaneet hoitokäytäntöjään. Kotikäynneillä edellytetään terveydenhoitajalta riittävää asiantuntijuutta, rohkeutta, hyvää itsetuntemusta sekä kykyä vuorovaikutukseen syvällisesti. Tutkimukset osoittavat, että lähes puolet terveydenhoitajista arvioi työajan olevan riittämätön erityistuen tarpeessa oleville perheille, joten usein tuen kohdentaminen suhteessa ajan käyttöön riippuu työntekijästä, koska neuvoloiden suositus ei toteutune. (Erkkilä ym. 2007, 9, 11.)

### **3.6. Perheen ja verkoston vaikutus päihdeistä kärsivän selviytymiseen**

Puhuttaessa päihdeongelmasta se kohdistetaan usein henkilökohtaiseksi ongelmaksi, vaikka se koskettaa monia ihmisiä ongelmaisen ympärillä. Puolisolla, lapsilla ja läheisillä on päihdelainsäädännön mukaan oikeus hoitoon ja tukeen. Velvoitteet lain puitteissa toteutuvat heikosti. On hyvin tärkeää saada läheiset mukaan hoitoon heti alkuvaiheessa, koska myöhemmässä vaiheessa heitä on paljon vaikeampi motivoida mukaan. Yleensä ottaen läheiset ovat hyvin kiinnostuneita hoitomahdollisuuksista. Heillä on huoli tiedon ja tuen tarpeesta sekä läheiselleen että itselleen. Läheiset antavat usein arvokasta tietoa tilanteesta ja päihteen käytöstä auttajalle. Päihdeongelmaiset raskaana olevat tarvitsevat paljon sosiaalista tukea toipumiseensa ja tunteisiinsa, hoidon onnistumisen kannalta tärkeä tuki on viranomaisen, mutta erittäin merkittävässä asemassa on myös kumppanin ja läheisen tuki. (Hannula 2009, 9-10; Pistokoski & Ryyppö 2007, 16.) Ympäristön tuki on merkittävää, sillä sen avulla äiti jaksaa ottaa vastuun vauvastaan ja vastata näin ollen sen psyykkisiin ja fyysisiin tarpeisiin (Palo & Peura 2009, 42-43). Sosiaalinen verkosto on yhtä



tärkeä myös vauvalle, koska sen avulla hän pystyy muodostamaan rinnakkaisia kiintymyssuhteita (Karhu 2007, 22).

Terveystenhoitajana tärkeää on tietää myös päihteiden vaikutuksista muihin perheenjäseniin. Täytyy olla rohkeutta, taitoa puuttua ja puhua ongelmista niin päihteiden käyttäjän kuin läheistenkin kanssa. Terveystenhoitajana on tärkeää selvittää päihteidenkäyttäjän perheen ja heidän läheistensä välillä vallitsevat merkityssuhteet ymmärtääkseen heitä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Näin ollen pystytään yhdistämään perheen verkoston voimavarat ja saamaan tarvittavaa tukea. Puoliso voi tukea naista päihteettömyyteen pyrkimällä pidättäytymään myös itse päihteistä. Hoidettaessa pelkästään päihteidenkäyttäjää unohtamalla sosiaaliset suhteet tulee kokonaiskäsitys etenemään tilanteesta usein hyvin hitaasti. Päihteidenkäyttäjää hoidettaessa tulee esille monesti läheisten ylisuuret odotukset hoidon suhteen. Hoitokertojen lisääntyessä verkostoilla on taipumus pienentyä, mikäli sitä ei oteta huomioon hoitosuhteessa. Verkoston tukeminen on todella tärkeää, sillä sen tarkoituksena on lisätä turvallisuuden tunnetta ja parantaa päihteitä käyttävän äidin tai perheen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja itseluottamusta. (Hannula 2009, 9-10; Palo & Peura 2009, 17, 40; Pistokoski & Ryyppö 2007, 16.)

Päihdeongelmaisessa perheessä tyypillisiä ovat vuorovaikutus- ja kommunikaatio-ongelmat. Asioista ei puhuta tarpeeksi, tunteita peitellään ja luottamus puuttuu. Syitä tähän ovat muun muassa häpeä, syyllisyys, pelko päihteiden käytön aloittamisesta, pelko riidan alusta, väkivallan uhka tai pelko rakkauden menettämisestä. Useimmiten perheessä sanotaan asioita, mitä ei tarkoiteta. Päihdeongelmaisen käytöstä, eleitä ja ilmeitä tarkastellaan ja vahditaan koko ajan, jotta voitaisiin mahdollisesti ennakoida tuleva tapahtuma, mikä aiheuttaa oletettavasti lisää riitoja. Peittely ja puhumattomuus johtavat perheessä psykosomaattiseen oireiluun. Lupausten pitämättä jättäminen saa lapsen ja puolison luottamuksen järkkymään. Yleisesti ottaen yhteydenpito sukulaisiin ja ystäviin vähentyy. Mikäli päihdeongelmaiselta äidiltä puuttuu kokonaan verkosto ympäriltään, tulee se ottaa huomioon suunnitellessa äidin toipumista. Sosiaalisen tuen on osoitettu olevan merkityksellinen päihteettömyyteen pyrkiessä. (Palo & Peura 2009, 39; Suortamo 2005, 59.)

Läheisille ihmisille päihdeongelman luonne on vieras ja vaikeasti ymmärrettävä. Luonneongelmat ja ylisuuret odotukset saattavat aiheuttaa vihaa ja pettymystä sekä

hoitopaikkaa että asiakasta kohtaan. Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan perheen ja suvun lisäksi työ- ja koulukavereita sekä ystäviä ja naapureita. Päihteidenkäyttäjät pitävät näitä henkilöitä usein keskeisesti tärkeinä henkilöinä. Stressaavissa elämäntilanteissa ja kriiseissä toimivalla sosiaalisella verkostolla on tärkeä merkitys. Ihmisen kohdatessa vaikeudet hän turvaa ensisijaisesti verkostoonsa ja vasta toissijaisesti asiantuntijoihin. Päihdeongelmainen kokee usein tarkoituksettomuuden, kuulumattomuuden ja ulkopuolisuuden tunteita, ja ne ovat usein myös leimaavia tekijöitä hänen elämässään. Päihteitä käyttävän perheen kanssa neuvottelu on haasteellista. Usein asiakkaan luonnollista verkostoa ei pidetä yhtä tärkeänä kuin asiantuntijaverkostoa. (Hannula 2009, 9-10; Pistokoski & Ryyppö 2007, 16.)

Verkoston syntyminen myös muiden päihdekuntoutujien kanssa on todettu oleva mahdollisuus oppia uudella tavalla sellaista tapaa toimia, joka ei sisällä päihteidenkäyttöä eikä manipulaatiota. Parhaimmillaan tulee mahdollisuus uudenlaisen tuen muotoon. Ennen uusien suhteiden luomista päihteidenkäyttäjää äidiltä vaaditaan luottamusta itseensä, jotta ylipäättänsä suhteiden luominen on mahdollista. Verkoston tuki ja työntekijöiden positiivisen palautteen on tutkittu vaikuttavan myönteisesti päihdekuntoutukseen. (Sorsa ym. 2004, 245, 247.)

Tutkimukset osoittavat, että työntekijöillä on kriittinen ajattelumalli ystäviä ja tuttavien kohtaan. He pelkäävät lähiverkoston vaikuttavan negatiivisesti tilanteeseen. Kaveri- ja tuttavapiiri on kokemusten myötä osoittautunut hoitoa tukevaksi. Päihdeongelmaisen ja hänen perheensä mahdollisuudet selvittää eteenpäin voivat parantua, kun saadaan aikaan yhteistä keskustelua, kuulemista ja erilaisia näkökulmia ja ehdotuksia pohdittavaksi. Päihdeongelmaiselle on tärkeä tarjota yhteydenottomahdollisuuksia ja ohjata toimintatapoihin. Se luo pohjaa sille, että ajoittain kaoottiseen tilanteeseen saa selvyyttä, kun tietää, kuinka toimitaan. Useimmiten päihdeongelmista kärsivät kokevat helpottavan, että heidän ei tarvitse olla vastuussa yksin kaikesta, vaan myös läheiset ja muut tahot kantavat huolta tilanteesta. (Hannula 2009, 9-10.)

### 3.7. Äidin vuorovaikutussuhteen tukeminen vauvaan raskauden aikana

Varhaisessa vuorovaikutuksessa syntyvät tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehittymistä ja luovat pohjaa koko myöhemmälle ihmisen kehitykselle. Vastavuoroinen kiintymys suhde vanhemman ja lapsen välillä, joka syntyy varhaislapsuudessa, on kulmakivi lapsen psyykkisessä kehityksessä. Äidillä on raskausaikana kaksi kehitystehtävää. Toinen niistä on identiteetin kehittymisen alkaminen vanhemmuuteen ja toinen suhteen kehittyminen tulevaan vauvaan. Kiintymyssuhteen tukemisesta onkin tullut äitiys- ja lastenneuvolan tärkeä tehtävä. (Ijäs & Väisänen 2008, 35; Niskanen & Salomaa 2010, 7.)

Lapsen tärkeimmät kasvun ja kehityksen tukijat ovat hänen vanhempansa, ja lapsi kasvaa vain vuorovaikutuksessa, joten turvallisen kiintymyssuhteen edellytys on varhainen vuorovaikutus. Kiinteä kiintymyssuhde vahvistaa myös vanhemmuutta ja suojaa sitä erilaisilta elämäntilanteiden häiriöiltä. Äidin ja lapsen välinen vuorovaikutus on jokapäiväinen ja arkinen asia, mutta samalla se on hyvin herkkä, hieno ja haavoittuvainen systeemi. Raskausaikana on mahdollisuus saada ennustetta mahdollisista vuorovaikutukseen liittyvistä ongelmista. Kyvyttömyys mieltää itseään äitinä on erittäin haitallista tulevan lapsen kannalta. (Karhu 2007, 5, 16.)

Aikuisen toimiessa vasten itsensä ja perheensä parasta, liittyy tilanne usein varhaislapsuudessa koettuihin hoivakokemusten puutteisiin. Koska äiti ei ole saanut lapsuudessaan osakseen johdonmukaista hoivaa, hän ei ole kykenevä vastaamaan myöskään oman lapsensa tarvitsevuuteen. Äiti voi olla kontrolloiva, tungetteleva, ahdistua lapsen itkusta tai käyttäytyä väkivaltaisesti. Päihteitä ongelmallisesti käyttävä äiti ei pysty erittelemään omia eikä lapsensa tarpeita, ja kyky asettaa lapsen tarpeet etusijalle on puutteellinen. Kielteiset mielikuvat ovat usein äidin mielessä lukkiutuneet, ja hän ei pysty näkemään lastaan yksilönä tunteineen ja tarpeineen. Totuus on, että jokainen vanhempi kantaa vuorovaikutuksen toteutumista ja toteutumattomuuden kokemusta itsessään ja siirtää sitä omien kykyjensä mukaan tuleville sukupolville. (Veijalainen ym. 2008, 21.)

Päihdeongelmainen äiti ja päihteille altistunut vauva ovat vuorovaikutuksellisesti toisilleen vaativa pari (Pajulo ym. 2006, 2605). Vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä kehittyy vauvan kyvystä olla vuorovaikutuksessa, äidin kyvystä säädellä vauvaa ja itseään sekä peilata vauvaa. Peilaamisella tarkoitetaan, että vauvan on löydettävä äidin kasvoilta

itsensä. Vauvan katsoessa vanhempiaan, eritoten äitiään, hän ikään kuin kysyy katsellaan: ”Kuka minä olen, kelpaanko minä, millainen minä olen?”. Sylissä pitävä äiti viestittää lapselle, minkälainen hän on ja minkälaisen hänen haluttaisiin olevan. Vauvalla on syntymästä asti kyky vedota äitiinsä ja herättää huolehtimisen ja hoivaamisen halu. On todella tärkeää, että vanhempien kasvoilta lapsi voi saada viestin: ”Kelpaat juuri sellaisena kuin olet”. Lapsella on myös kyky vaistota, että vanhemmat ovat luottavaisia itseensä vanhempina ja että he haluavat ja osaavat pitää lapsestaan huolta. Merkittävää vuorovaikutuksessa on myös äidin herkkyys vauvan tarpeille ja kyvystä vastata niihin. Kyky säädellä vauvaa tarkoittaa sitä, että äiti kykenee sekä innostamaan vauvan vuorovaikutukseen, että tämän hätääntyessä rauhoittamaan hänet. (Hiltunen ym. 2005, 11-13.)

Kaikkein tärkeintä vauvalle vuorovaikutuksessa on, että hänen kielteisin tunteisiinsa, kipuun ja pelkoon vastataan. Sisäisen turvallisuuden kannalta vanhemman kyky tai kyvyttömyys auttaa vauvaa näissä tilanteissa on avainasemassa. Turvallisuuden tunteen korostaminen on tärkeää, sillä niin kauan kun lapsi on peloissaan, hän ei voi oppia, leikkiä ja tutkia ympäristöään. Äidille ja vanhemmille on hyvä korostaa, että kun lapsi tulee kuulluksi kyllin usein kyllin nopeasti, hän oppii kestämään kokemaansa hätää paremmin. Toisin kuin vanhemmat usein ajattelevat, että kun jokaiseen inahdukseen ei vastata, lapsesta tulee reippaampi. Tutkimukset osoittavat, että lapselle on hyvin vaikeaa kestää vanhemman reagoimattomuutta. Hiljaisen läsnäolon merkitys on myös tärkeää, on oleellista antaa lapsen olla rauhassa silloin, kun hän sitä kaipaa. Tärkeää on ottaa huomioon, että läheisyyden lisäksi vauvalla on tarve myös erillisyyteen. (Karhu 2007, 9, 11, 14.)

Raskausaikana äiti ja vauva käyvät vuoropuhelua äänien, liikkeiden, rytmien, kosketusten, tuntoaistien ja makujen avulla. Raskaudenaikaisilla mielikuvilla on tutkittu olevan yhteys äidin ja lapsen kiintymyssuhteen muodostumisessa. Vauvan liikkua vatsassa syntyy äidin mielessä mielikuvia tulevasta vauvasta ja vanhemmuudesta. Jo raskauden aikana äitiysneuvolassa on tärkeää ottaa huomioon hoitotilanteissa vauvan läsnäolo, joka tukee äidin uteliaisuutta vauvaa kohtaan. Vauva tulee näin ollen todelliseksi äidille ja äidin tunteet vahvistuvat. Tässä vaiheessa ahdistuneelle odottajalle turvallisuutta herättää tieto, että tukea ja apua on saatavissa vuorovaikutuksen tukemiseen myös synnytyksen jälkeen. Äidille on hyvä lisäksi kertoa, että hänellä on koko ajan mahdollisuus varhaisen

vuorovaikutus systeemin korjaamiseen ja uudenlaisen vastavuoroisuuden löytämiseen vauvan kanssa. (Ijäs & Väisänen 2008, 35; Karhu 2007, 6, 22.)

Vuorovaikutuksen myötä lapsen keskushermoston jäsentäminen ja organisointi alkaa kehittyä ensi hetkistä lähtien. Katseella ja kosketuksella on erityinen merkitys. Varhaisessa vuorovaikutuksessa on olemassa kaksi tunnesidettä: hoivaaminen ja kiintymys. Hoivaamisessa on kyse vanhempien lapseensa muodostamasta siteestä, kuin taas kiintymyksessä on kyse siteestä, jonka lapsi solmii vanhempiinsa. Äidille on hyvä kertoa, että vauva tunnistaa äitinsä tuoksun ja äänen perusteella ja että hänen tunnetilansa ja fyysiset kokemuksensa välittyvät äidin verenkierron, hormonitoiminnan ja hermovälittäjäaineiden kautta sikiölle. (Niskanen & Salomaa 2010, 11; Karhu 2007, 7 -8.)

Lapsi tarvitsee sisäistä sekä ulkoista turvaa tarpeeksi kasvaakseen riittävän terveesti. Varhaisella vuorovaikutussuhteella on tärkeä merkitys lapsen myöhemmän selviytymisen kannalta. Turvan avulla lapsi oppii luottamaan sekä itseensä ja toisiin ihmisiin. Jotta lapselle tulee tunne, että hänet hyväksytään ja häntä ymmärretään, tulee hänet ottaa sylivauvasta asti vakavasti. Sylissä ololla lapselle syntyy käsitys itsestään rakastettuna ja merkittävänä henkilönä. Vakavasti ottamisella tarkoitetaan vanhemman reagoimista vauvan itkuun, joka on hänen ainoa keinonsa ilmaista tarpeitaan, tuntemuksiaan ja oloansa. Ymmärtäminen on sitä, että äiti ymmärtää riittävän hyvin, mitä itkevä vauva haluaa ilmaista. Hyväksyntä pienen vauvan kohdalla on, että hänet nähdään alusta asti persoonana, jolla on oma paikkansa ja olemuksensa tässä maailmassa. Vauvaiän luottamuksesta sekä turvasta kehittyy elämänrohkeus lapsuuden eri vaiheisiin sekä aikuisuuteen. Lapsi oppii luottamaan itseensä, kun hän saa kasvaa sisäisessä sekä ulkoisessa turvallisuudentunteessa. Tämän myötä hän oppii luottamaan tunteisiinsa ja tarpeisiinsa, uskaltaa tunnistaa niitä sekä pystyy luottamaan niihin. (Hiltunen ym. 2005, 12-13; STM 2009.)

Äidin puolelta vuorovaikutusta saattaa heikentää psyykkinen sairaus, päihderiippuvuus, alaikäisyys, perheväkivalta tai puutteellinen kyky hoivata pientä lasta. Haasteita vuorovaikutukseen vauvan osalta voivat tuoda vammaisuus tai se, että lapsi ei vastaakaan äidin mielikuvia. Kiintymyssuhteen syntymistä voi lisäksi vaikeuttaa äidin ja lapsen erilainen temperamentti. (Ijäs & Väisänen 2008, 36.) Rauhallisen äidin voi olla vaikeaa sietää lapsensa ärhäkkyyttä (Karhu 2007, 19).

Useimmiten päihdeongelmaisen äidin kyky lukea vauvansa viestejä ajoissa ja oikein on heikentynyt, ja hankaluutta lisää, että altistuneen vauvan viestit ovat usein vaikeasti luettavissa. Päihteille altistunut vauva vaatii houkuttelua vuorovaikutukseen sekä apua olotilansa säätelyyn. Koska äiti on lapsena itse kärsinyt hoivan puutteesta sekä vajavaisesta vuorovaikutuksesta, ei hän kykene antamaan läsnä olevaa ja rakkaudellista huolenpitoa lapselleenkaan. Hoitamisesta tulee mekaaninen suoritus, josta lapsen tarpeisiin riittävä vastaaminen puuttuu. Vanhemman riittämätön kyky olla vuorovaikutuksessa lapseen johtaa tilanteeseen, jossa vauva alkaa reagoida. Odotukset lasta kohtaan voivat olla äidillä epärealistisia ja pitkäjänteisyys sekä elämisen kyky vauvan ehdoilla ovat heikkoja. Päihdeongelmista kärsivillä äideillä on usein myös alhainen pettymyksensietokyky. Vanhemman kyvyttömyyden tunnetila saattaa lisätä vauvan reaktioita ja vuorovaikutustilanteen epävarmuus johtaa noidankehään, jossa vetäydytään vuorovaikutuksesta, äiti masentuu ja turhautuu sekä alkaa turvautua päihteisiin, jolloin vauvan laiminlyönti sekä pahoinpitelyriski kasvaa. (Hiltunen ym. 2005, 76; Honkanen 2008; Paananen ym. 2006, 314; Pajulo ym. 2006, 2605.) Harmillisen todettavaa on, että päihteitä käyttävän äidin vuorovaikutus vauvan kanssa on huolestuttavan usein passiivista ja reagoimatonta (Pajulo 2010, 1210).

Päihteistä kärsivän äidin ja vauvan kiintymyssuhde ei voi kehittyä tasapainoiseksi, koska epäjohdonmukaisuutta ja puutteita on lapsen huolenpidossa, perushoidossa sekä vuorovaikutuksessa ja tämän myötä lapselle äärimmäisen tärkeä kiintymyssuhteen muodostuminen äitiin häiriintyy (Hiltunen ym. 2005, 73). Intensiivisellä tuella voidaan riskiolosuhteissa elävä päihdeongelmainen äiti saada katkaisemaan sukupolvia pitkin kantautuneen laiminlyönnin, hylkivyyden ja pahoinpitelykierteen ja tämän avulla hän voi pystyä myös luomaan turvallisen kiintymyssuhteen lapseensa (Suortamo 2005, 59).

Terveystenhoitajan tärkeä tehtävä neuvolakäynnin yhteydessä on havainnoida vauvan ja äidin välistä katsekontaktia, miten äiti pitelee ja käsittelee vauvaa ja puhuuko hän vauvalle. Huomiota tulee kiinnittää myös äidin kykyyn sietää vauvan pahaa oloa ja kuinka hän ymmärtää vauvansa viestejä ja osaako hän vastata niihin oikein. Äidille tulee antaa riittävästi tukea ja käytännön vinkkejä niihin tilanteisiin, kun vauva on kovin itkuinen tai hänellä on univaikeuksia. Niin hän kykenee herkistymään vauvalleen ja näin ollen ymmärtämään häntä paremmin. Oleellista on riskien havaitseminen ajoissa. (Karhu 2007, 22-23; Paananen ym. 2006, 314; Palo & Peura 2009, 45.) Terveystenhoitajana on hyvä kertoa äidille, mitä hyvää hänen ja vauvan välisessä vuorovaikutuksessa on, ja tarvittaessa

tulkata äidille vauvan viestejä ja toisinpäin. Kiintymyssuhteen syntymistä edistää myös imetys, joten äitiä on hyvä tukea vahvasti imettämiseen, mikäli se on mahdollista. Ravinnon lisäksi imetys antaa lapselle tunteen välittämisestä, huolenpidosta ja läheisyydestä. (Ijäs & Väisänen 2008, 36.)

Vauvalla ja äidillä on mahdollisuus hyvään vuorovaikutukseen vaikka elämäntilanne olisi kuinka rankka tahansa, jos äiti saa riittävästi apua ja tukea tilanteeseensa. Tutkimukset osoittavat, että äidin ja vauvan vuorovaikutus onnistuu vasta, kun päihteet ovat poissa kuvioista. Vuorovaikutussuhteen luomisessa tärkeä huomioon otettava asia on, että vauvasta ei tule äitinsä terapeuttia. (Karhu 2007, 22-23; Paananen ym. 2006, 314; Palo & Peura 2009, 45.)

Vanhemman kykyä asettua pohtimaan lapsensa tilannetta arkipäiväisissä tilanteissa, mikä kokemus tai tunne lapsella on juuri sillä hetkellä, kun hän käyttäytyy tietyllä tavalla, suhteessa omaan lapseen kutsutaan reflektiivisyydeksi. Reflektiivinen funktio on kykyä pohtia päällepäin näkyvää käyttäytymistä ja sen alla olevaa toivetta, kokemusta tai tarvetta. Reflektisyyttä on kyky säädellä ja pysähtyä pohtimaan omaa tunnetilaa, joka mahdollistaa oikeudenmukaiset ja monipuoliset mielikuvat itsestä äitinä sekä lapsesta, jotta äiti voi sensitiivisesti ylipäättensä toimia suhteessa lapseensa. Riittävän hyvällä reflektiivisyydellä vähennetään ja estetään lapsen käyttäytymisen väärintulkittamista, ja se on näin ollen edellytys hyvälle vuorovaikutukselle. Reflektisyydelle on merkityksellistä varhaiset ihmissuhteet, jotka päihdeongelmasta kärsivällä äidillä ovat saattaneet jäädä lapsena vajavaisiksi. (Pajulo ym. 2006, 2608; 2010, 1206.)

Suomessa päihteitä käyttävien äitien ensi- ja turvakotien toiminnasta ja hoitomallista tekee ainutlaatuisen sen kohdistuminen lapsen ja äidin suhteen intensiiviseen vahvistamiseen jo raskauden alusta lähtien vuorovaikutuksen keinoin. Vahvistamalla onnistuneita ja positiivisia vuorovaikutuksellisia kokemuksia äidin ja vauvan välillä saadaan äidin mielihyvävarastot ”kaapattua” siihen käyttöön, mihin ne myös oikeasti kuuluvat eli vanhemmuudelle ja vauvalle. Terveystoimijana on tärkeää uskoa hoidon kannattavuuteen siinäkin tapauksessa, että äiti ei saavuta päihdeettömyyttä ja riittävän hyvää vanhemmuutta, koska varhain tehty vuorovaikutustyö on kannattavaa sekä äidin että vauvan kehityksen kannalta. Tutkimukset osoittavat, että varhaisen suhteen luomisen kyvyssä sekä toimimisessa lapsen kanssa päihteitä käyttävillä äideillä on erittäin suuria yksilöllisiä eroja. (Pajulo 2010, 1206, 1211.)

### 3.8. Terveystenhoitajan työnmenetelmät äitiysneuvolassa

Terveystenhoitajat ovat tärkeässä asemassa hoitoon ohjaamisessa ja odottavien äitien tunnistamisessa päihteistä (Paananen ym. 2006, 350). Tärkeä työväline neuvolassa on terveysteskustelu, joka mahdollistaa tasavertaisen ja ammatillisen lähestymistavan asiakassuhteisiin. Se on yhdessä asiakkaan kanssa tehtävää terveystlähtöistä yhteistyötä, jossa ammatillaisen rooli on tukea asiakkaan taitoja ja vahvuuksia sekä kykyä toimia terveystensä edistämiseksi. Vaikka terveysteskustelu koostuu pääsääntöisesti kysymyksistä, siinä on tilaa myös vapaalle keskustelulle. Terveystenhoitajan tehtävä on löytää uusi näkemys asiakkaatilanteesta sekä hänen terveystentilastaan keskustelun myötä. (Niskanen & Salomaa 2010, 14.)

Tukena arvioimassa perheen tilannetta on hyvä käyttää neuvolatyöhön tarkoitettuja erilaisia apumenetelmiä ja apulomakkeita, joiden avulla pystytään arvioimaan perheen tuen tarpeita sekä voimavaroja paremmin. Strukturoidut kyselylomakkeet ovat osa toimintakulttuuria ja näin ollen perheiden on helpompi hyväksyä ne ilman, että heille tulee tunne perheeseen kohdistuvasta epäilystä. (Honkanen 2008, 188-189.)

Tutkimustulokset ovat antaneet näyttöä, että terveystenhoitajilla tulee olla käytössään tehokkaita haastattelu- ja arviointilomakkeita perheen tuen tarvetta kartoittaessa, sillä perheet tunnistavat omat tuen tarpeensa liian myöhään. Lomakkeet helpottavat selvästi ongelmien esille tuomista sekä vievät keskustelua perheessä huolta aiheuttaviin tilanteisiin. Lomakkeet eivät ole apuvälineitä vain terveystenhoitajalle, vaan myös perheelle. Perheet voivat pystyä paremmin hahmottamaan elämäntilannettaan, havaitsemaan vahvuuksiaan ja puutteitaan. Riskitekijöistä puhuminen koetaan usein vaikeaksi, ja tutkimusten mukaan terveystenhoitajat eivät halua tai osaa auttaa ongelmien ilmaantuessa. Perheet kokevat, että terveystenhoitajat vain ohittavat heidän ongelmansa ja huolensa. Perheet odottavat, että terveystenhoitajien tulisi ottaa vastuu vaikeiden asioiden käsittelystä ja kysyä aktiivisesti. (Erkkilä ym. 2007, 9-11.)

A-klinikkasäätiön ylläpitämä Päihdelinkki on tarjonnut useamman vuoden ajan nettipohjaista verkkokeskustelu apua, jossa on mahdollisuus tehdä Maailman terveystjärjestön kehittämä Audit-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) (LIITE 1) alkoholinkäytön selvittämiseksi. Audit-kyselylomake tukee myös neuvolan työntekijää puheeksi ottamiseen. Lomakkeella voidaan päihteitä käyttävässä perheessä selvittää äidin



päihteiden käytön lisäksi myös isän päihteidenkäyttö ja antaa molemmille tasapuolisesti ajankohtaista tietoa. Alkoholin käytön selvittäminen on taito, joka vaatii harjoittelua ammattilaiselta. Määrän arvioidakseen tarvitaan tieto alkoholiannoksen määritelmästä. Audit-lomake on tutkittu kansainvälisesti olevan tehokas ja suositeltava arvioinnin väline alkoholikäytöstä keskustellessa. (Aalto ym. 2009, 15-16; Lindfors 2009, 7).

Lomakkeessa on kymmenen kysymystä, ja sen täyttämiseen menee aikaa vain muutama minuutti. Kysymykset pisteytetään nollassa neljään, maksimipistemäärä on 40. Suurkulutuksen rajana pidetään > 8 pistettä. Viimeaikaisten tutkimusten myötä on tullut viitteitä, että naisilla liikkakäytön seulonnassa raja-arvon tulisi olla > 6 pistettä. Pisteytyksen lisäksi on hyvä tarkastella vastauksien sisältöä. Audit-kyselyn on todettu olevan tehokkaampi tunnistusmenetelmä kuin yksikään laboratoriokoe. Tulee kuitenkin muistaa, että kyselyllä ei pystytä varmistamaan, onko asiakkaalla kyseessä alkoholin riskikäyttö, haitallinen käyttö vai riippuvuus. Audit-kyselyä tulisi käyttää arvioinnin työvälineenä ensimmäisellä neuvolakäynnillä raskauden alkuvaiheessa ja toisen kerran noin 30. raskausviikolla. Vanhemmat täyttävät lomakkeen ennen vastaanotolle tuloa, ja alkoholin käytöstä keskustellaan sen pohjalta käynnin aikana. Asiakkaan elämäntapojen arviointi ja puheeksi ottaminen sekä niihin liittyvä neuvonta ja ohjaus ovat moraalisesti latautuneita ja vuorovaikutuksellisesti haasteellisia tilanteita. Mahdollinen puolison läsnäolo tekee tilanteesta entistä haasteellisemmän. Terveydenhoitajan tulee osata kysyä alkoholinkäytöstä, antaa neuvoja sekä ohjata perhettä asiaa liittyvissä kysymyksissä. Mini-interventio ohjeistaa ammattilaisia kannustamaan asiakkaita muutokseen ja olemaan empaattisia, mutta usein kertomatta jää, kuinka nämä voitaisiin käytännössä toteuttaa. (Aalto ym. 2009, 16; Lindfors 2009, 7; Päihdelinkki 2009.)

Lastenneuvolaopas (2004) suosittelee, että jokaiselta perheeltä tulisi kysyä päihteidenkäytöstä joka neuvolavuosi rutiininomaisella käynnillä Audit-kyselylomakkeen avulla sekä aina, kun herää tunne perheessä olevasta päihteiden runsaasta käytöstä (STM 2004). Audit- kyselylomake on hyvä puheeksi oton väline, ja vanhempia on hyvä ohjata alkoholinkäytön itsetarkkailuun. Vanhempien ajattelua voi johdattaa pohtimaan asiaa perheen ja lasten elämäntilanteen kannalta. Tutkimukset osoittavat, että alkoholinkäytön kysely ei ole aiheuttanut kiusaantumista asiakkaissa. Audit-kyselylomakesuositus on tullut äitiysneuvoloihin vuonna 1999 ja lastenneuvoloihin vuonna 2004, mutta vuonna 2004 sitä terveydenhoitajista vain viides osa käytti työvälineenään. Tuoreessa valtakunnan selvityksessä AUDIT- lomaketta käytetään terveyskeskuksista 46 %:ssa. (STM 2009.)

Audit-kyselystä on kehitetty useampia lyhennettyjä versioita, joista tutkituin on Audit-C. Kysely sisältää alkuperäisen kyselyn kolme ensimmäistä alkoholin käytön tapaa- ja määriä selittävää kysymystä, pisterajojen ollessa naisilla  $> 5$  ja miehillä vastaavasti  $> 6$ . Terveydenhuollossa suositellaan kuitenkin käytettäväksi alkuperäistä 10 kysymyksen Audit-kyselyä, koska Audit-C:tä käytettäessä ei saada tietoa alkoholin aiheuttamista haitoista. (Aalto ym. 2009, 17.) Audit-lomakkeen lisäksi on olemassa suppeampia teemakohtaisia lomakkeita. kuten synnytyksen jälkeisen masennuksen kartoittamiseen tarkoitettu EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)-mielialalomake sekä parisuhdeväkivallan seulontalomake äitiys- ja lastenneuvolaan. Perhetilanteita laajemmin tarkastelevia lomakkeita ovat raskauden aikaista vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake ja vuorovaikutusta arvioiva lomake lapsen syntymän jälkeen sekä perheen kuormittavien tekijöiden ja voimavarojen tunnistaminen odotusaikana ja alle 1-vuotiaan perheessä. Terveydenhoitajilla on käytössään tarvittaessa myös huolen vyöhykkeistöön ja puheeksi ottamiseen tehty lomake. (Erkkilä ym. 2007, 9-10; Neuvola työn tutkimus- ja kehittämislaitos 2010.) Puheeksi ottamiseen tarjotaan paljon koulutuksia, ja on tutkittu, että varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksen käyneet terveydenhoitajat ottivat asioita rohkeammin puheeksi kuin vertailuryhmän terveydenhoitajat. (Honkanen 2008, 188-189.)

Neuvoloissa lomakkeet auttavat erityisesti nuoria terveydenhoitajia pääsemään alkuun keskustelussa. Neuvoloissa olisi tärkeää, että kaikki perheet täyttäsivät elämäntilannettaan kartoittavan kyselyn, jonka myötä kukaan perhe ei näin ollen leimautuisi. Perheille tulisi myös tietoa, mihin asioihin neuvolassa kiinnitetään huomiota ja että kaikista vaikeistakin elämään liittyvistä tilanteista voidaan neuvolassa keskustella. (Erkkilä ym. 2007, 9.) Usein pelkkä puheeksi ottaminen päihteistä ei yksin riitä, vaan työntekijältä vaaditaan kärsivällisyyttä ja ymmärrystä hoitoon ohjaamisessa. Työntekijän tulee olla äidin motivaatiota tukemassa rinnalla kulkien. Tärkeää on, että myös terveydenhoitajalla on motivaatio auttaa päihdeongelmista kärsivää äitiä, koska sen puuttuessa myös edellytykset äidillä ovat huonommat. (STM 2009.)

Mini-intervention on todettu olevan tehokas menetelmä erityisesti alkoholinkäyttäjien kohdalla. Keskeisintä mini-interventiossa on keskustella alkoholinkäytön määristä ja sen tuomista mahdollisista yhteyksistä asiakkaan sairauteen, oireisiin tai niiden hoitoon. Neuvonnassa on tyypillisintä keskustella yleensä ottaen alkoholinkäytön haitoista, ja yhdessä asiakkaan kanssa pyritään tekemään tavoite, jonka toteutumista seurataan. Tavoitteena mini-interventiossa on auttaa asiakasta huomaamaan suurkulutuksen riskit ja

saada häntä motivoitumaan vähentämään alkoholinkäyttöään. Mini-interventiossa keskeisintä keskustelun lisäksi on kirjallisen materiaalin antaminen asiakkaalle. Päihdehoidossa mini-interventio on yksi tutkituimmista ja sen vaikuttavuudesta on vahvaa näyttöä. Keskimäärin 10 % haitallisen ja riskikäyttäjien määrästä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Hoitovaikutuksen on tutkittu säilyvän ainakin 1-2 vuotta. (Aalto ym. 2009, 20; Pistokoski & Ryyppö 2007, 14.)

Päihteidenkäyttäjän käyttäytymisen muutosta tukeva puheeksi ottamisen tekniikka on motivoiva haastattelu. Motivoivan haastattelun avulla pyritään vahvistamaan asiakkaan omaa sisäistä motivaatiota muutokseen hoidettaessa mitä tahansa riippuvuutta. Motivoivassa haastattelussa työvälineinä on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä, myönteistä vahvistamista sekä heijastavaa kuuntelua, joka on asiakasta arvostavaa ja kunnioittavaa. Terveydenhoitajana on tärkeää keskittyä asiakkaan omiin havaintoihin, tavoitteisiin ja kokemuksiin. Refleктоivan kuuntelun ja avointen kysymysten avulla pyritään herättelemään asiakkaan omaa motivaatiota muutokseen. Avoimilla kysymyksillä helpotetaan asiakkaan omien oivallusten tekoa ja ongelmien tunnistamista sekä luodaan pohjaa hänen käyttäytymisensä muutokselle. Motivoivassa haastattelussa keskeistä on asiakkaan tukeminen ja vahvistaminen hänen omista oivalluksistaan sekä voimavaroistaan. Tärkeää terveydenhoitajana on osoittaa luottamusta arvostavilla ilmeillä, eleillä ja sanoilla asiakkaan mahdollisuuksiin ja kykyihin muuttaa käyttäytymistään. Usein sanasta ”haastattelu” tulee helposti mieleen kertaluontoinen tietojen kerääminen, mutta motivoivassa haastattelussa on pikemminkin pyrkimys pitkäaikaisen vuorovaikutussuhteen kehittämiseen. Ammatillisena voimme herättää, rakentaa, vahvistaa ja kasvattaa – tai tuhota asiakkaamme motivaatiota. (Aalto ym. 2009, 23-24; Pistokoski & Ryyppö 2007, 15.)

Yhteiskunnan kielteisen sekä myönteisen kehityksen myötä äitiyshuollon haasteet ovat muuttuneet ja muuttuvat edelleen. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee pystyä vastaamaan näihin muuttuviin haasteisiin. Näihin keinoihin päästään, kun vanhoja työntekijöitä koulutetaan jatkuvasti ammattitaidon ylläpitämiseksi. (Halmesmäki 2000.) Varhainen riskien ja ongelmien toteaminen on neuvolatyön yksi tärkein alue. Ammatillisuutta terveydenhoitajana on olla tietoinen oman asiakasalueen perheiden tuen tarpeista sekä kuormittavista tekijöistä. (Erkkilä, Kolehmainen & Pellikka 2007, 6.)

### 3.8.1. Varhainen kohtaaminen

Erilaisiin päämääriin ja käsitteisiin varhaisen puuttumisen käsite sopeutuu joustavasti. Sillä voidaan samaan aikaan tarkoittaa dialogista asiakaskohtaamista, rikosentorjuntaa, lastensuojelua tai kontrolloivaa vastuuttamista. Ruohonjuuritasolla näkyväksi tekemisen ja ymmärtämisen kannalta on hyödyllistä ottaa huomioon sen puitteissa toimivien lähestymistapojen ihmiskäsityksiin, sillä käsite avaa vastarinnan ja tiedostamisen mahdollisuuksia. Varhainen puuttuminen tarjoaa kulttuurisen yhteisön, jossa sidotaan normeilla ja toimintatavoilla mukanaolijoita, kun taas varhaisen tukemisen tai kohtaamisen nimissä tehtyjen toimien sosiaalisuus riippuu toteuttajista ja toimintaympäristöstä. (Satka 2009, 30.) Tutkimuksia lukiessa on tullut esille, että mitä varhaisemmassa vaiheessa päihiteitä käyttävä äiti on kohdattu, alettu työstämään sekä rakentamaan luottamuksellista työskentely suhdetta, sitä paremmat edellytykset on jatkotyöskentelylle verrattuna pelkkään tunnistamiseen ja puuttumiseen.

Lastensuojelulaki (417/2007) korostaa varhaisen puuttumisen merkitystä sekä neuvolan roolia ehkäisevässä lastensuojelutyössä. Neuvolan merkityksen tärkeyttä päihdeongelmista kärsivien tunnistamisessa lisää se, että päihteiden käytöllä voi olla dramaattisia seurauksia lapsen koko myöhemmässä elämässä (Honkanen 2008, 144). Valitettavaa on, että läheskään kaikkia päihdeongelmaisia äitejä ei ole mahdollisuus kohdata. Tehokkaiden ammatillistenkeinojen lisäksi tarvitaan päihdeongelmista kärsivän omaa halukkuutta hakeutua hoitoon. Kynnystä hakeutua hoitoon alentaa yksinkertaisesti ja helposti saavutettava hoito. Alkoholiongelmaisten äitien hoitoon hakeutuminen on yhä vaikeaa ja heikko kiinnittyminen hoitoon on havaittavissa. Pidä kiinni yksiköiden keskuudessa onkin herättänyt huomiota alkoholiongelmaisten äitien vähäisyys, vaikka alkoholin tiedetään olevan tässä väestöryhmässä yleisin päihde. Arvioidaan, että tänä päivänä herkemmin hoitoon ohjataan huumeongelmaisia alkoholin käyttäjien jäädessä varjoon. Alkoholiongelmaisten on arvioitu hakeutuvan ensisijaisesti kasvottomien palvelujen piiriin. (Lindfors 2010, 6-7; Pistokoski & Ryyppö 2007, 12.) Päihdeongelmista kärsivät perheet tuovat hoitopaikkaan tullessaan usein oman elämänsä vaikeudet, oppimansa selviytymiskeinot sekä poikkeavat käyttäytymismallit (Paananen ym. 2006, 348). Haastetta lisää, että päihdeongelmista kärsivien perheissä elämänrytmi ja -tilanne ovat sekavat, jopa kaoottiset, joten monella tasolla tarvitsevuus on suuri (Pajulo ym. 2006, 2609).

Ensikontakti onkin tärkein asiakassuhteen tapaamiskerta, sillä koko asiakassuhteen onnistunutta jatkoa korreloi sen onnistuminen. Luottamuksellisessa asiakassuhteessa äiti pystyy paremmin arvioimaan käyttäytymistään ja ajatteluaan sekä oppii ymmärtämään päihteiden vaikutuksen merkitystä tulevalle lapselleen ja laajemmin koko perheensä hyvinvoinnille. Päihteitä käyttävien äitien kuntoutuksen tukemisen tulee painottaa päihdeongelmaa ylläpitävien tekijöiden muuttamiseen. Äidille tulee antaa riittävästi aikaa vastaanotto tilanteessa, jotta voidaan luoda paremmin luottamuksellista asiakassuhdetta. Tämän synnyttyä pystytään paremmin tarvittaessa puuttumaan äitiä loukkaamatta sikiön kehitystä vaarantaviin tekijöihin. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 13; Veijalainen ym. 2008, 13, 17.)

Ensikäynnillä vuorovaikutus korostuu, jotta terveydenhoitaja saa asiakkaaseen luottamuksen ja hyvän pohjan hoitosuhteelle koko perheen kanssa, ja parhaimmillaan hoitosuhteesta tulee yhteistyösuhde, jossa päihdeongelmista kärsivä äiti rohkenee puhumaan myös epäonnistuneista kokemuksista pelkäämättä, että niistä tulee jatkoseuraamuksia tai sanktioita. (Armanto ym. 2007, 42-43; Hiltunen ym. 2005, 101; Paananen ym. 2006, 353.)

Päihdyttävien aineiden tunnistaminen on äitiysneuvolassa vaikeaa ja niiden käyttöä salataan. Lyhyen neuvolatapaamisen ajaksi raskaana oleva äiti pystyy usein kokoamaan itsensä eikä päihteidenkäyttö välttämättä näy ulospäin. Äidit huolehtivat siitä, että he ovat selvin päin vastaanottokäynnillä, koska pelko lapsen menettämisestä on niin suuri, mikäli tieto päihteiden käytöstä selviää. Päihdeongelmasta kärsivien äitien kanssa työskennellessä äitejä tulee kuunnella sekä tulee olla heidän tunnelmiensa suhteen herkkänä. Viitteitä päihteiden käytöstä voi antaa poisjännit sovituilta tapaamisilta tai viime hetken peruutukset, yleensä ottaen epäsäännöllisyys. Käytöksestä ja ulkonäöstä voi mahdollisesti päätellä pitkäaikaista päihteidenkäyttöä. Huumeiden käytön seurauksena äidillä voi olla levottomuutta, raukeutta, pistosjalkia, vieroitusoireita, laajat tai pienet pupillit. Usein todetaan päihdeongelma myös puolisollla ja vanhempien päihdeongelmat ovat alkaneet useimmiten jo varhain murrosiässä. Väyrysen (2007, 73) väitöskirjassa nuorin huumeiden käytön aloittaja oli vasta 12-vuotias. (Armanto ym. 2007, 60; Honkanen 2008; Hiltunen ym. 2005, 74; Leppo 2008, 37; Niskanen & Salonen 2010, 16; Palo & Peura 2009, 43; Pitkänen 2006.)

Terveydenhoitajan on tärkeää heti alkuunsa muodostaa käsitys siitä, mitä on ohjaus, miten ja miksi ohjaan, mikä on asiakkaan vastuu valinnoissa ja mitä on ammatillinen vastuu edistää terveydenhoitajana asiakkaan valintoja. Hoitosuhteen rakentumiseen ja lopputulokseen vaikuttavat terveydenhoitajan tuki asiakkaan aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Ammatillisena ohjaukseen ja kirjaamiseen tulee kiinnittää huomiota. (Pistokoski & Ryyppö 2007, 13.)

Jatkuvana haasteena äitiysneuvolan työntekijät pitävät asiakkaan kohtaamista kokonaisuutena, joka ei ole ympäristöstään erotettavissa. Joissakin tapauksissa aitoon kohtamiseen tarvitaan menemistä riittävän lähelle ihmistä, jotta kykenisi näkemään paremmin, tai on sallittava päihdeongelmaisen tulla niin lähelle, että aito kohtaminen voi syntyä. Kohtaminen alkaa useimmiten katsekontaktilla. Katsekontaktissa vaaditaan molemmilta osapuolilta uskallusta ja rohkeutta lähteä mukaan. Päihdeongelmaisten kanssa työntekijältä odotetaan rohkeutta ottaa ensimmäinen askel avuntarvitsijaa lähestyessä. Usein työ päihdeongelmista kärsivien kanssa voi olla hyvin stressaavaa ja kiireistä, mutta tärkeää on tiedostaa, että välttämättä aitoon kohtamiseen ei tarvita paljoa aikaa. Parhaimmassa tapauksessa se on pieni ja lyhyt hetki, käden kosketus, katsekontakti, jossa ammatillisesti osoitetaan, että toinen on huomattu. Ammatillisen tulee olla kiireettömästi ja luontevasti läsnä sen aikaa, kun ollaan vastaanottokäynnillä. (Hartikainen ym. 1994, 209; Hiltunen ym. 2005, 99-100.)

Terveydenhoitajana on tärkeää ottaa huomioon perheiden yksilöllisyys. Mikäli työntekijät noudattavat itsestään selviä periaatteita ja ohjelmia sekä rutiinomaista työskentelyä, vaarana on, että yksilöllisyyttä ei oteta huomioon. On tutkittu, että ne äidit, jotka olivat kokeneet mekaanista kohtelua ja rutiinomaista työskentelyä, kuvasivat loukkaantumisen tunteita. Asiakkaan kokiessa, että hän ei voi tuoda omia näkemyksiään esiin, on luonteenomaista vetäytyä yhteistyöstä ja vuorovaikutuksesta. Lisäksi tuomitseva sävy keskustellessa voi aikaan saada äidin tekemään nopeita ratkaisuja ja tämän myötä keskeyttämään hoitajaksonsa. (Sorsa ym. 2004, 241, 246.)

Terveydenhoitajan havaitessa erityistuen tarpeessa oleva perhe tulee puuttuessa tilanteeseen olla käsitys, että muutoin perheessä on riski ongelmien pahenemiseen. Ammatillisuutta on erottaa, mitkä tilanteet ovat luonnostaan kuuluvia pulmia esimerkiksi lapsen kehityksessä tai mitkä tilanteet edellyttävät puuttumista. Ennen ongelmien puheeksi ottamista terveydenhoitajalla tulee olla tutkittua tietoa asiasta sekä oltava varma perheen

ongelmista. Konkreettinen puhuminen tapahtumista on tärkeää, jotta voidaan välttää toisen osapuolen loukkaaminen ja väittelyyn johtavat tilanteet. Selkeys ja rehellisyys ovat hankalimmissakin tilanteissa kaikkein tehokkainta. Toimintatapoja terveydenhoitajalla on tasan kaksi: aktiivinen ja rohkea sekä passiivinen työskentelytapa. Aktiivinen ja rohkea terveydenhoitaja luottaa omaan asiantuntijuuteensa, kysyy perheeltä suoraan heidän ongelmistaan, tarjoaa itse apua eikä arastele asioihin puuttumisessa, hän ei myöskään odota tai oletta asioiden selviytyvän itsestään. Aktiiviset terveydenhoitajat ovat kiinnostuneita asiakkaiden ongelmista eivätkä he ohjaa perhettä suoraan muille asiantuntijoille vaan pyrkivät tarpeenmukaiseen ja perheiden kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. (Erkkilä ym. 2007, 8.)

Terveydenhoitajan on tärkeää rakentaa avointa ja luottavaista asiakassuhdetta. Tutkimukset osoittavat, että erityistuen tarpeessa olevat perheet odottavat terveydenhoitajalta aktiivista työtettä ongelmien selvittämiseksi sekä tietynlaista vastuunottoa niiden käsittelyssä ja eteenpäin viemisessä. Usein rohkeaa kohtaamista odotetaan siksi, koska näille perheille kontaktin ottaminen tai aloitteen tekeminen voi olla liian vaikeaa. Tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa, kiireettömässä ja luottamuksellisessa ilmapiirissä perhe keskustelee yleensä paljon avoimemmin. Aktiivisesti ja rohkeasti työskentelevä terveydenhoitaja haluaa tarjota apua ja keskustelumahdollisuutta, eikä odota perheen nostavan ongelmiaan esille. Hän ei oletta ongelmien ratkeavan itsestään eikä arastele puuttua asioihin. Aktiivinen terveydenhoitaja on kiinnostunut asiakkaistaan, välittää heidän hyvinvoinnistaan ja pyrkii kohdentamaan resurssejaan sekä työtään asiakkaiden tarpeiden mukaan. (Niskanen & Salomaa 2010, 15.) Tuoreessa Alkoholiasenteet-julkaisussa käy ilmi, että alkoholia koskevat kyselyt ja neuvonnan terveydenhuollonhenkilöstön osalta hyväksyvät lähes kaikki (92%) suomalaiset (Järvinen & Varamäki 2010, 6).

Tutkimukset osoittavat, että terveydenhoitajille on helpompaa tunnistaa äidin masennus, lapsen hoidon laiminlyönti sekä he ovat perehtyneitä vanhempien jaksamiseen, perheen arkeen, vuorovaikutukseen ja kasvatukseen liittyvistä ongelmatilanteissa. Tunnistamisvaikeuksia tuottavat perheen sosiaaliset kriisit, kuten perheväkivalta, päihdeongelmat, parisuhdeongelmat, lapsen pahoinpitelyt sekä inesti. Terveydenhoitajan havainnointi perheestä, oma kokemus, tietoperusta ja vaisto ovat tärkeitä työmenetelmiä erityistuen tarpeessa olevien perheiden kohtaamiseksi sekä tuen määrittämiseksi. Keskeisiä tekijöitä perheiden kohtaamisessa ovat tehokkaiden tiedonkeruumenetelmien valinta, oikea työskentelykulttuuri sekä perhettä koskevan tiedon kerääminen. Erityistuen

tunnistamisessa tulee kerätä tietoa perheen kriiseistä ja sosiaalisista ongelmista, äidin raskauden aikaisesta tai synnytyksen jälkeisestä masennuksesta tai perheen muiden jäsenten mielenterveydellisistä tai somaattisista sairauksista. Tärkeä on hakea tietoa myös vanhemman ja lapsen välisistä vuorovaikutuksellisista ongelmista, selviytymisestä arkipäivän tilanteissa, vanhempien jaksamisesta, voimavaroista sekä vanhemmuuden toteutumisesta. Hyviksi tiedonkeruumenetelmiksi ovat osoittautuneet perheen käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen havainnointi, kasvatusongelmien, sosiaalisen verkoston sekä perheen elämäntilanteen puheeksi ottaminen. (Erkkilä ym. 2007, 6-7.)

Terveydenhoitajat pitävät perheiden riskioloista päihhteitä eniten haastetta työhön tuovana asiana, koska päihdeongelmaisessakin perheessä lasta voi suojella hyvä lasten ja vanhempien välinen kiintymyssuhde sekä muutoin hyvä perheen toimivuus. Lisäksi päihhteiden käyttöä pyritään salaamaan ympäristöltä. Tämän takia varhaisen kohtaamisen merkitys korostuu neuvolatyössä. (Honkanen 2008, 142-146; Hiltunen ym. 2005, 74.)

Terveydenhoitajien ensiarvoinen tehtävä äitiysneuvolassa on raskaana olevien äitien terveyden edistäminen. Raskaana oleville naisille tulee tiedottaa päihhteiden vaikutuksista sikiönkehitykseen ja raskauteen. Odottaville äideille tulee osoittaa huolenpitoa, tukea ja empatiaa sekä kannustaa heitä raskauden aikana terveellisiin elämäntapoihin. Tilanne on emotionaalisesti latautunut ja vuorovaikutuksellisesti hyvin hankala, kun terveydenhuollon ammattilainen neuvoo asiakastaan muuttamaan terveyskäyttäytymistään. Neuvomista voidaan kutsua prosessiksi, jossa terveydenhoitaja pyrkii auttamaan asiakasta tekemään valintoja päättämällä vaikka opeteltavan asian. Ohjauksessa puolestaan pidättäytyään suorien neuvojen antamisesta äidille. Ohjaaminen terveydenhoitajan työssä on tavoitteellista asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista ongelmanratkaisua. Neuvomista voidaan pitää merkinä siitä, että asiakkaan ongelman ratkaisukyvyssä on puutteita. Neuvontatilanteessa voidaan uhata asiakkaan statusta moraalisesti sekä potilas voi kokea sen loukkaavaksi, päihde- sekä lapsi-interventiossa neuvontatyöllä voidaan uhata usein äidin moraalista arvoa sekä identiteettiä hyvänä äitinä. (Heloma, Pesonen & Yliruka 2006; Leppo 2008, 34; Lindfors 2010, 13; Pistokoski & Ryyppö 2007, 13.)

Raskauden aikaisen päihdeongelman käsittelyssä neuvonta moralisoimatta on yksi keskeisimmistä haasteista terveydenhoitajan työssä. Ammatillisesti neuvonta on aina haastavaa, ja sitä lisää päihdeongelmien luvallinen paheksunta, koska sitä pidetään sairautena, joka on itse aiheutettu. Terveydenhoitajan vaikeutta tunnistaa omaa asennettaan



päihteiden käyttöön voi olla negatiivisen asenteen syynä päihdeongelmaista kohtaan, kiireen, tiedon puutteen sekä turhautumisen lisäksi. Yhtenä hoidon onnistumisen hidasteena on myös, kun päihdeongelmaisia hoidettaessa ammattilaiset eivät pidä elämänlaadun paranemista tai kärsimyksen lievittymistä riittävänä hoitotuloksena vaan odotetaan ehdottomia tuloksia. (Heloma ym. 2006; Leppo 2008, 34; Lindfors 2010, 13; Pistokoski & Ryyppö 2007, 13.)

Alkoholin suurkuluttajien löytäminen on tärkeää, koska mitä varhaisemmin äiti pystyy alkoholin käyttöönsä rajoittamaan tai lopettamaan sen kokonaan, sitä paremmin pystytään ehkäisemään sikiön pahoja kehitysvaurioita. (Hartikainen 1994, 215.) Suomessa ongelmana on ollut ennen kaikkea päihteitä käyttävien äitien kohtaaminen, sillä terveydenhuollossa vain noin joka neljäs alkoholin suurkuluttajista kyetään tunnistamaan vastaanotolla. (Juttula 2004.)

Varhainen väliintulo hoidollisesti korostuu, koska sillä on positiivinen vaikutus päihteiden käytöstä luopumiseen. Terveystietäjän ammattitaito ja päihdetietouteen perehtyminen on tärkeää, koska sikiön kannalta tilanne on erittäin riskialtis ja päihdeongelmaisen naisen tunnistaminen saattaa olla hyvin vaikeaa. (Hartikainen 1994, 215.) Mikäli todetaan erityistuen tarpeessa oleva perhe, suositellaan herkästi lisäkäyntejä kotikäynteinä tai vastaanotolla. Näillä tukimuodoilla pystytään toteuttamaan varhaisen kohtaamisen periaatetta. (Ollila & Taipale 2005, 56; STM 2004.) Kotona tehtävässä työssä tulee tärkeänä osana ottaa huomioon perheen yksityisyyden alueen kunnioittaminen (Veijalainen ym. 2008, 13).

Alkoholista ongelmana kärsivien raskaudet ovat yleensä suunnittelemattomia, ja he salaavat huumeiden käyttäjiä enemmän käyttöönsä. Suuri häpeän tunne alkoholin käytöstä, sekä lasten huostaanoton pelko saavat äidit usein salaamaan ongelmaansa. Lisäksi siihen liitetään identiteetin menetyksen, leimautumisen ja itsemääräämisoikeuden kaventumisen pelko. Alkoholia käyttävät äidit pyrkivät sinnittelemään omin avuin ongelmansa kanssa, toisin kuin huumeidenkäyttäjät, jotka ilmaisevat tarvitsevansa apua katkaistakseen käytön. Alkoholia käyttävät kokevat yksin selviytymisen kunnia-asiana, kun taas häpeää liittyy avun hakemiseen. Naisten hakiessa apua alkoholiongelmaansa on tutkittu, että he vetoavat herkästi muun muassa mielenterveydellisiin ongelmiin alkoholinkäytön sijasta. (Lindfors 2010, 7, 12-13; Paananen ym. 2006, 350-351.) Tuoreen Ensi- ja turvakotien liiton (2010)

asiakasprofiilin myötä voidaan todeta, että suurin osa päihteitä käyttävistä äideistä aloitti kuntoutuksen ensikodeissa vasta raskauden viimeisellä kolmanneksella.

Alkoholivaurioisen lapsen synnyttyä on mahdollista, että äidin päihdeongelma vain pahenee. Ilon ja onnen kokemukset syrjäytyvät masennuksen, syyllisyyden ja unettomuuden tunteisiin. Todellisuus ei usein vastaakaan epärealistisia mielikuvitelmiä. Paineet vauvanhoitamisesta uuvuttavat, mikä heijastuu suoraan myös vauvaan. Vauvaa on myös usein vaikeampi hoitaa kuin tervettä. (Palo & Peura 2009, 42.) Vaikka äiti olisi päässyt eroon päihteistä, kliinisen kokemuksen mukaan päihteiden uudelleenkäytön riski lisääntyy myös lapsen iän lähentyessä yhtä vuotta. (Ollila & Taipale (2005, 56). Äitiysneuvoloissa pyritään tänä päivänä herkästi tarttumaan raskaan olevan päihdeongelmaan, mutta hoitoon ohjaamisessa on suuria puutteita ja hoitoon pääsy jää valitettavan usein sattumanvaraiseksi. (Lindfors 2010, 6.)

### **3.8.2. Raskaana olevien vastentahtoinen hoito**

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti päätöksellään 7.11.2007 työryhmän raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamiseksi. Työryhmän tarpeeksi nousi kiinnittää erityishuomio raskaana olevien naisten palveluihin ja hoitoon. Raportissa tuodaan esille, että raskaana olevalla päihdeongelmaisella äidillä tulee olla oikeus hoidon tarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon välittömästi. Hoitoon hakeutuminen vapaaehtoisesti tulee olla helppoa, ja päihdepalveluita on tarjottava jo ennen raskautta asianmukaisesti. (STM 2009.)

Päihdeongelma pienten lasten äidillä herättää paljon mieltä askarruttavia kysymyksiä. Moni varsinkin terveydenhuollossa työskentelevä on sitä mieltä, että äitiys ja päihdeongelma ovat toisilleen sopimaton pari, koska äitiys on jo yksinään niin vaativa tehtävä. Voidaan miettiä sitäkin, onko äidin kuormitus liiallinen, jos pyritään vahvistamaan äitiyttä ja vanhemmuutta sekä samaan aikaan hoidetaan päihderiippuvuutta. (Hiltunen ym. 2005, 141.)

Yhdistyneiden kansakuntien lasten oikeuksien julistuksessa (1959) sanotaan, että lapsen on saatava erityistä hoitoa ja huolenpitoa ennen syntymäänsä ja syntymän jälkeen. Tammela ja Nuutila (2008) artikkelissaan huomauttavat, että sikiö on äidin itsemääräämisoikeuksien

alainen syntymäänsä asti, koska hän on osa äitiä. Äidillä on näin ollen kaikki oikeus ja valta vaikuttaa kohdussaan olevan sikiön kehityksen ennusteeseen ja sikiön kohtaloon lapsen syntymänhetkeen asti. (emt.) Tällä hetkellä maassamme äiti saa käyttäytyä ja elää piittaamatta sikiönsä edusta raskauden aikana. Äideillä on oikeus laiminlyödä seuranta raskauden aikana, jolloin voitaisiin havaita raskauteen tai sikiöön kohdistuva ongelma. (Tammela & Nuutila 2008.)

Suomessa päihteitä käyttävien äitien vastentahtoisesta hoidosta on ollut viime aikoina paljon keskustelua mediassa. Päihdehuoltolakiin on ehdotettu tehtäväksi muutoksia, jotta raskaana oleva päihteiden käyttäjä voitaisiin ottaa vastentahtoiseen hoitoon syntymättömän lapsen suojaksi. Hoidon tavoite on yksiselitteisesti ajaa syntymättömän vauvan oikeuksia sekä mahdollistaa tämän syntyminen terveenä. (Pajulo ym. 2006, 2603; Pajulo 2009, 895.) Päihdehuoltolaki (41/1986) mahdollistaa päihdeongelmaisen mukaan lukien raskaana olevan päihteiden käyttäjän viiden vuorokauden pakkohoitoon silloin, kun vapaaehtoiset palvelut eivät ole mahdollisia tai ne osoittautuvat riittämättömiksi, henkilön oma terveys tai henki on vaarassa. (emt.) Suomessa sikiö saa yksilön perusoikeudet vasta syntymähetkellään täysimääräisesti. Lainkohtia soveltaen viiden vuorokauden pakkohoitoa voidaan käyttää raskaana olevan hoidon motivoimiseen vapaaehtoisesti. (Juttula 2004.) Pajulo (2010, 1211) tutkimuksessaan tuo esille, että olipa kyseessä sitten vapaaehtoisesta tai vastentahtoisesta raskaana olevan päihteiden käyttäjän hoidosta, tulee siinä olla vahva ja tiedossa oleva tavoite sekä sisältö ja jokaisen äiti-vauva-parin tilanne on tunnettava yksilöllisesti ja tarkkaan.

Terveydenhoitajat kokevat turhautuneisuutta ja ahdistuneisuutta, kun vastaanotolle tulee äiti jolla on päihdeongelma, eikä valistus ja tieto saa äitiä lopettamaan päihteidenkäyttöään raskauden aikana. Päihteidenkäytön jatkuessa raskauden aikana syntyy terveydenhuollon ammattilaisille houkutus yksinkertaistavan toimintamallin luomiseen. Kokemukset osoittavat, että ne äidit, joille on ollut tarjolla apua varhain ja oikealla tavalla, ovat hyötyneet eniten saamastaan tuesta. Lakimuutoksella pyrittäisiin saamaan hoitoon äidit, jotka eivät raskauden toteamisenkaan jälkeen lopeta päihteidenkäyttöään. Lakimuutoksen myötä pyritään keinotekoisesti asettamaan vauvan ja äidin etu vastakkain, vaikka odotusaikana he ovat yhteen toimiva yksikkö. Vastentahtoisesta hoidolain avulla äidin päihdeongelmaan voitaisiin puuttua radikaalisesti varhaisesta raskaudesta asti. (Pajulo ym. 2006, 2603; Pajulo 2009, 895.)

Maailmalla muun muassa Yhdysvalloissa päihteitä käyttävä äiti voidaan pakottaa vastentahtoiseen hoitoon raskauden aikana tai asettaa syyteeseen sikiön vahingoittamisesta. Pohjoismaista Norjassa on lakipykälä, jolla raskaana olevat päihteiden käyttäjät voidaan toimittaa vastentahtoisesti hoitoon, ja heillä on maassaan myös hyviä kokemuksia hoidon onnistumisesta. Norjan toimintamallissa äiti yritetään saada portaittain irti päihteistä ja tämän myötä suostumaan vapaaehtoisesti hoitoon. (Kähkönen 2009, 991; Pajulo ym. 2006, 2603; Pajulo 2009, 895.)

Tanskassa ja Norjassa raskaana oleva voi itse hakeutua vastentahtoiseen hoitoon, ja hän sitoutuu hoitoon allekirjoittamalla hoitosopimuksen, jota rikkomalla häntä kohdellaan kuin tahdosta riippumattoman hoidon rikkomisesta (STM 2007). Saman käytännön toteutumista esitetään myös Suomessa. Naapurimaistamme lisäksi Ruotsissa on vastentahtoisesta hoidosta lainsäädäntö, minkä avulla päihdeongelmaisia raskaana olevia on otettu hoitoon, mutta lähinnä vain huumeongelmaisia. Ruotsissa käydään keskustelua siitä, miten haitallinen päihteiden käyttö voidaan juridisesti osoittaa, koska on mahdotonta säätää minkäänlaista rajaa haitalliselle käytölle. Vastentahtoisien hoidon perusteeksi ei riitä eikä kelpaa sikiölle aiheutuva haitta vaan pyritään perusteena siihen, että mikäli äiti vahingoittaa päihteiden käytöllä lastaan, hän aiheuttaa vahinkoa itselleen. (STM 2009.)

Pajulo (2009, 895) tuo artikkelissaan esille, että lakimuutosta suunniteltaessa suurimmaksi ongelmaksi on noussut esille hoitoon ohjautumisen heikkous, sopivien hoitopaikkojen puuttuminen ja kehittämistarve hoidon sisällössä. Vaikka päihdeongelmaiset äidit voitaisiin tulevaisuudessa myös Suomessa asettaa vastentahtoiseen hoitoon sikiön suojaamiseksi, on tilanne eettisesti hieman erikoinen, jos äidillä on samanaikaisesti oikeus keskeyttää raskaus ja jopa paljon myöhemmillä raskausviikoilla.

Vastentahtoisien hoidon lakiehdotus on jakanut lääkärikuntaa kahtia. Hoidon etujen vastakohtana pelätään, että uhittelun myötä riskiryhmä-äidit vetäytyvät kokonaan maamme kattavasta neuvolahoitojärjestelmästä. Tämä tilanne johtaisi siihen, että äitien hoitoon ohjaaminen ja ongelmien tunnistaminen kävisi mahdottomaksi varhaisessa vaiheessa. Lisäksi lakipykälä heikentäisi odottavan äidin ja koko perheen yksityisyyden suojaa ja itsemääräämisoikeutta. Helpoin ja parhain vaihtoehtoista olisi, jos äiti suostuisi vapaaehtoisesti hoitoon, sillä hoitaminen vastentahtoisesti on kovin hankalaa, mikäli päihderiippuvainen äiti ei ole edes halukas saamaan tervettä lasta. (Kähkönen 2009, 991.)

Kähkösen (2009, 991) artikkelista ilmeni, että esimerkiksi pääkaupunkiseudulla noin sadasta päihdeongelmallisesta äidistä 5-10 tapauksen kohdalla sovellettaisiin mahdollista vastentahtoista hoitopykälää. Näitä äitejä olisivat päivittäin opioideja käyttävät, joilla äitiyspoliklinikan sovittuja korvaushoitokäyntejä jää välistä, sekä alkoholistit, jotka eivät sitoudu avohoidon minkäänlaisiin toimiin ja tulevat toistuvasti vastaanottokäynneille humalaisena. Alkoholisteilla ongelmaksi voisi muodostua se, että vastentahtoista hoitoa ei ehdittäisi soveltaa riittävän nopeasti, ja alkoholi on päihteistä kaikkein vaarallisin sikiön terveydelle. Vastentahtoiseen hoitotoimiin pitäisi ryhtyä ennen sikiövaurioiden syntyä eli ensimmäisen 12 viikon aikana. Lapsen kannalta moraalisesti oikeaa on puuttua äidin päihteiden käyttöön, mikäli hän ei voi vastustaa päihtenhimoa, odotusaikaisessa hoidossa ilmenee laiminlyöntiä sekä lääketieteellisesti saadaan selvää näyttöä päihteiden haitasta kehittyvälle sikiölle.

Tammela ja Nuutinen (2008) tuovat esille artikkelissaan, että ilman vastentahtoisesti hoitoon joutumisen lakipykälää raskaana oleva äiti voi tupakoida, käyttää lääkkeitä ja alkoholia tai huolehtia pitkäaikaissairauksien hoitotasapainosta piittaamattomasti joutumatta vastuuseen siitä, että hän voi käytöksellään aiheuttaa tulevalle lapselleen kehitysvamman, vaikean synnynnäisen epämuodostuman tai vaikeita syntymän jälkeisiä huumevieroitusoireita. Sikiön oikeuksien hyväksi vastentahtoista hoitoa parempia ja tehokkaampia tapoja toimia ovat yleinen laajan tiedon levittäminen ja terveysvalistus siitä, mitä raskauden seurannalta, hoidolla raskausongelmissa, synnytyspaikalta ja hoidolta synnytyksessä tulee edellyttää, että kaikki tapahtuisi sekä sikiön että äidin kannalta mahdollisimman turvallisesti ja asianmukaisesti.

STM (2007) tuo raportissaan esille, että vastentahtoista hoitoa käytettäisiin siinä tapauksessa, kun kaikki muut keinot päihdepalveluista on kokeiltu. Tulee muistaa, että lakipykälällä ei voisi korvata päihdepalvelujen riittämättömyyttä. Suomessa tällä hetkellä on myös hieman eettisesti epäoikeudenmukaista määrätä päihdeongelmaista äitiä vastentahtoiseen hoitoon, koska mahdollisuus vapaaehtoiseenkin hoitoon on hankalaa. Raportissa painotetaan, että kaikilla päihteitä käyttävillä raskaana olevilla tulee olla subjektiivinen oikeus päästä hoitoon, minkä myötä äidillä on mahdollisuus päihteettömyyteen sekä ennen synnytystä että sen jälkeen.

Ennaltaehkäiseväntyön merkitys korostuu. Erityispalveluita on oltava riittävästi sekä ehkäiseviä tukitoimia, jotka tulisi käynnistää mahdollisimman varhain. Yleistä tietoutta

päihteiden haitoista sikiölle ja tulevalle lapselle on lisättävä sekä terveydenhuollon että kasvatustieteen ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tuodaan esille, että yläasteikäisten sekä toiseen asteen terveystiedon päihdevalistuksessa on otettava puheeksi päihteiden vaikutukset sikiövaurioihin. Kaikki äidit eivät käytä äitiysneuvolapalveluita, joten on tärkeää tuoda esille muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa hedelmällisessä iässä oleville naisille, kuinka tärkeää on todeta raskaus mahdollisimman varhain. Muiden sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden sekä poliisin on rohkaistava raskaana olevia päihteiden käyttäjiä hakeutumaan hoitoon vedoten sikiön terveyteen sekä äitiysavustuksen saamiseen. (STM 2007.)

Päihteitä käyttävien äitien moninaiset ongelmat asettavat yhteiskunnalle haasteen kehittää kuntoutuspaikkoja ja -muotoja pelkästään naisille, joissa otetaan huomioon heidän päihteidenkäyttönsä erityispiirteet, annetaan tilaa eheytymiselle ja mahdollistetaan niiden kipupisteiden työstäminen, jotka ovat säröilyttäneet identiteettiä. (Veijalainen ym. 2008, 8.)

#### 4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA PROJEKTIT

Päihteitä käytäviä äitejä on tutkittu suomalaisella aineistolla muun muassa poikkileikkaustutkimuksessa kyselylomakkeiden avulla. Tutkimuksessa selvitettiin neljältä sadalta varsinaissuomalaiselta odottavalta äidiltä ja 0-3-vuotiaan vanhemmalta päihderiippuvuuden yleisyyttä vuosina 1998-1999. Kysymyksiin vastattiin nimettömänä rutiininomaisella neuvolakäynnillä. Molemmista ryhmistä vajaalla 6 %:lla ilmeni riippuvuutta päihteistä, joihin luettiin alkoholi, huumeet ja lääkkeet. Yleisintä ryhmässä oli päihteiden sekakäyttö. Haitat päihteidenkäytöstä olivat tässä ryhmässä poikkeuksellisen monitasoisia ja laajoja. (Pajulo ym. 2006, 2604.)

Pidä kiinni-projekti oli Ensi- ja turvakotien liiton järjestämä 10 vuotta kestävä hanke, jolla kehitettiin hoitojärjestelmä päihteitä käyttäville vauvaperheille ja raskaana oleville naisille. Tavoitteina oli minimoida ja ehkäistä sikiövaurioita tukemalla äitiä päihdeettömyyteen raskauden aikana, lisäksi tukea äidin ja vauvan välistä vuorovaikutuksen syntymistä sekä edistää päihdeongelma-perheiden vauvaikäisten lasten tervettä kehitystä. Projektissa tavoitteena oli myös kehittää päihdeperheiden kohtaamista, tukemista ja hoitoon ohjaamista. (Andersson, Hyytinen & Kuorelahti 2008, 13, 17.)

Halmesmäen (1999) mukaan Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan vain joka neljäs alkoholin suurkuluttaja huomataan äitiyshuollossa. Huumeidenkäyttäjä-äitien tunnistaminen on sitä vaikeampaa, ja heitä tunnistetaan vieläkin heikommin. Halmesmäki arvioi, että Suomessa tilanne on sama. Alkoholin suurkuluttajia raskaana olevista naisista on noin 1-3 %. Suurkuluttaja on, sellainen äiti joka juo odottaessaan lastaan yli kymmenen alkoholiannosta viikossa. Raskaus on oiva tilaisuus puuttua päihdeongelmaan, ja se voi olla ratkaisu elämänmuutokselle. Tuettuna kaksi kolmesta äidistä pystyy vähentämään päihteiden käyttöä tai lopettamaan sen. Pelkkä huumekeilu ennen raskautta on syy ohjata äiti erityispoliklinikalle. Halmesmäen mukaan äitiyspoliklinikoiden tulisi ottaa jokaisen asiakkaan kanssa puheeksi tupakka, alkoholi ja huumeet.

Elonheimo, Järvinen ja Kettunen (2007) työstimät projektin, jossa tarkoituksena oli ohjelehtisen suunnittelu ja toteutus päihteistä kärsiville äideille alkoholin ja huumeiden vaikutuksista raskausaikana vauvaan. Tavoitteena oli saada äidit ymmärtämään, mikä

vaikutus raskauden aikaisella päihteiden käytöllä on sikiöön. Ohjelehtisen avulla he kokivat pystyvänsä tukemaan ja motivoimaan äitejä päihhteettömyyteen. Tutkijat ajattelivat, että ohjelehtisen avulla äidit rohkenisivat ottamaan paremmin vastaan apua ja tukea ongelmaansa. Tutkimuksessa ilmeni, että päihdeongelmaisten äitien hoidon kannalta on ensiarvoisen tärkeää työmenetelmien ja hoitopaikkojen lisääminen. Päihteiden käyttöön on puututtava varhaisessa vaiheessa.

Honkanen (2008) teki tutkimuksen Oulun alueen terveydenhoitajille heidän toiminnastaan riskioloissa elävien perheiden parissa. Tutkimuksessa terveydenhoitajille selvisi, että päihdeongelmista kärsivät häpeävät ongelmaansa niin paljon, että ennemmin he kertovat terveydenhoitajille mielenterveysongelmistaan kuin päihdeongelmista. Perheet odottavat terveydenhoitajilta rohkeaa mutta empaattista kykyä kysyä asioista sekä kohdata riskiperheet.

Leppo (2008) tutki päihdeongelmaisten odottajien kanssa tehtävää moniammatillista työtä, jossa äitiyspoliklinikan työntekijät yrittivät ohjata huumeongelmaisia odottajia käytön lopettamiseen päihteistä. Lisäksi Sorsa, Paavilainen ja Åstedt-Kurki (2004) totesivat päihdehoidon tieteellisten julkaisujen katsauksen myötä, että päihdehoito on vaativaa sekä odottavien äitien tarpeet ovat moninaisia. Avun tarve on suuri arkistenkin asioiden hoitamisen suhteen. Äitiyden ja vanhemmuuden todettiin olevan voimavaroja, jotka kannustivat päihdehoitoon, päihteiden käytön vähentämiseen sekä päihhteettömyyteen.

Lindfors (2010) tutki Pro gradu työssään, miten alkoholiongelmainen äiti jäsensi tarvettaan muuttaa alkoholinkäyttöään. Tutkittava ryhmä oli seitsemän äitiä, jotka viestittivät kolme kuukautta Päihdelinkin suljetussa ja ohjatussa keskusteluryhmässä internetissä. Tutkimuksessa selvisi, että lasta pidettiin tärkeimpänä kannustimena muutokseen. Häpeää tuotti alkoholiongelma ja kasvottomasti haettu apu oli monelle ainut vaihtoehto. Kirjoituksissa tuli ilmi kolme repertuaaria: voimaantuva äiti, taisteleva äiti ja pelkäävä äiti. Tulokset antoivat lisäymmärrystä muutoksen prosessin luonteesta sekä ongelmista liittyen avun hakemiseen.

Niskanen ja Salomaa (2010) tekivät opinnäytetyön terveydenhoitajien kokemuksista päihteitä käyttävien odottajien ohjaamisesta. Tutkimuksessa selvisi, että terveydenhoitajat kokivat oman ohjausosaamisensa vaihtelevalla tavalla. Ammatilliseen osaamiseen koettiin vaikuttavan merkittävästi työkokemus. Keskeisimpiä työtapoja olivat lomakeseulat,



suoraan kysyminen ja tarvittaessa aiheeseen palaaminen. Moniammatillinen yhteistyö koettiin tärkeäksi tukipilariksi. Keskeisiä tunteita oli kaikilla auttamisen halu.

Pajulon (2001) väitöstutkimuksessa Kohteena oli 400 odottavaa äitiä, joiden tietoja kerättiin tavallisilla äitiysneuvolakäynneillä Varsinais-Suomessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihderiippuvuuden (alkoholi, huumeet, lääkkeet) esiintyvyyttä raskauden aikana. Kyselylomakkeilla tehdyssä tutkimuksessa ilmeni päihderiippuvuuden esiintyvyydeksi 6 %. Päihderiippuvuus oli merkitsevästi yhteydessä raskaudenaikaiseen masennukseen (8 % äideistä) ja koettuihin vaikeuksiin läheisissä ihmissuhteissa. Odotuksen aikaisia mielikuvia tutkittiin epidemiologisella tutkimusaineistolla.

Salminen (2008) tutki HAL-hoitoketjun (huumeet, alkoholi, lääkkeet) avulla raskaana olevien päihdeongelmia hoitoa Keski-Suomessa laadullisella kyselylomakkeella. Tarkoituksena oli selvittää äitiysneuvoloissa työskentelevien kokemuksia hoitoketjun toiminnasta sekä tuoda esille mahdollisia kehittämishaasteita. Terveystoimijat vastasivat avoimiin kysymyksiin kyselylomakkeelle. Tuloksena selvisi, että terveydenhoitajat tarvitsisivat lisäkoulutusta, koska päihdeäitien tunnistaminen on kovin haasteellista ja vaikeaa. Työmäärän koettiin lisääntyvän päihdeäidin motivoimisella hoitoon, mikä oli erittäin haastavaa. HAL-hoitoketju koettiin toimivaksi yhteistyöksi neuvoloiden ja äitiyspoliklinikan välillä.

Suortamo (2005) teki laadullisen tutkimuksen päihteenkäyttäjätien kokemuksista raskausajan seurannasta äitiyshuollossa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että raskausaikaa pidettiin mahdollisuutena muuttaa elämäntapoja sekä päästä eroon päihteistä. Elämänmuutos koettiin henkisesti raskaaksi ja vaikeaksi, koska asuinympäristö, ystävät ja koko elämäntyyli tuli muuttaa. Päihdesidonnisesta elämäntilasta irrottautumisen myötä myös päihtettömyys oli helpompaa. Äidit kokivat myös, että päihtettömyyteen motivoinnin piti lähteä omasta itsestä ja miesten olisi toivottu olevan enemmän asiaa tukemassa.

Etelä-Suomen läänissä toteutettiin tutkimus osana valtioneuvoston Terveys 2015-kansanterveysohjelmaa, jonka yhdeksi tavoitteeksi on asetettu lasten terveydentilan ja hyvinvoinnin parantaminen ja sairauksien ehkäiseminen. Siinä selvitettiin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien tietoutta ja käsityksiä raskaana olevien naisten päihteen käytöstä, ja se sisälsi alkoholin ja tupakoinnin lisäksi myös terveydenhoitajien kokemukset raskaana olevista huumeidenkäyttäjistä. Tutkimus tehtiin postikyselynä,

vastauksia tuli yhteensä 130 terveydenhoitajalta. Terveydenhoitajista 73 % piti tupakointia erittäin suurena ongelmana, 42 %:lla huolta aiheutti äitien alkoholinkäyttöön liittyvät ongelmia, 38 % vastaajista koki huumeiden käytön hyvin suurena ongelmana raskaana olevilla äideillä. (Heloma ym. 2006, 3, 10.)

Väyrynen (2007) tutki viidentoista nuoren huumeidenkäyttäjänaisen elämäntilannetta sukupuolisidonnaisena, kulttuurisena ja psykososiaalisena kysymyksenä. Naiset olivat 17-27-vuotiaita. Huumeiden käytön tarkastelu tutkimuksessa jakautui kolmeen vaiheeseen: huumeiden käytön aloitukseen, elämään huumeidenkäytössä ja niistä irti pyrkimiseen. Tutkimuksessa selvisi, että huumeita käyttävät naiset tarvitsevat paljon tukea asioiden kohtaamiseen ja läpikäymiseen. Tarvitaan paikkoja, jossa on naisille omia kuntoutusmuotoja ja heidän käyttönsä erityispiirteet huomioidaan ja mahdollistetaan näin ollen elämän kipupisteiden työstäminen sekä saadaan tilaa eheytymiselle.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tavoitteena on kerätä tietoa päihdeongelmista kärsivien äitien neuvolapalvelukokemuksista ja lisätä neuvolatyöntekijöiden valmiuksia kohdata päihdeongelmaisia äitejä sekä parantaa näin ollen äitiysneuvolapalveluja. Tarkoituksena on kartoittaa kaikissa Pidä kiinni -hoitojärjestelmän (ensikodit ja avopalveluyksiköt) yksiköissä olevien äitien tarvitsemaa ja heidän saamaansa tukea raskausaikana neuvolasta. Lisäksi tarkoitukseni on selvittää, miten neuvolatyötä voitaisiin kehittää raskaudenaikana päihdeongelmasta kärsivien auttamiseksi. Tulosten pohjalta on mahdollisuus saada uusia näkökulmia äitiysneuvolatyöhön.

### Tutkimustehtävät

1. Miten päihdeongelmista kärsivää raskaana olevaa äitiä olisi hyvä lähestyä ja kohdella neuvolassa?
2. Minkälaista tukea tai tietoa päihdeongelmista kärsivä äiti tarvitsee?
3. Minkälaista tukea päihdeongelmista kärsivä äiti on neuvolasta saanut?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1. Opinnäytetyön aikataulu

Lokakuu 2009

Opinnäytetyösuunnitelma

Marraskuu 2009

Tietoperustan rakentaminen aiheesta

Joulukuu 2009–tammikuu 2010

Tietoperustan rakentaminen, kyselylomakkeen laatimista, yhteys työelämään

Helmikuu–toukokuu 2010

Vaihto-opinnot Intiassa

Kesäkuu 2010

Kyselylomakkeen lähettäminen joulun jälkeen

Kyselyn tulosten analysointi, mahdollisten ”karhukirjeiden” lähettäminen

Opinnäytetyön tulosten analysointi ja johtopäätöksiä sekä vapaata kirjoittamista

Heinäkuu 2010

Vapaata opinnäytetyöstä kesätöiden ajan

Elokuu 2010

Kesätyön ohessa kuun lopulla opinnäytetyö esitarkastukseen

Syyskuu 2010

Opinnäytetyön luovutus

Lokakuu 2010

Opinnäytetyöseminaari, esitys

Marras–joulukuu

Opinnäytetyön kansitus

## 6.2. Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni toteutin laadullisena eli kvalitatiivisena kyselytutkimuksena. Kvalitatiivisesti tutkimuksessa tutkija tuo esille tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet sekä tutkimustehtävät. Lähtökohtana tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Kohdejoukko kvalitatiivisessa tutkimuksessa valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttämällä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tutkimaan kohdetta ja pyrkimyksenä on löytää ja paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 152, 155.)

Kvalitatiivinen tutkimus on viime aikoina tuonut kriittisen ja uudenlaisen näkökulman toiminnan arvioinnin näyttöön perustuvassa toiminnassa. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on tutkimusilmiön ymmärryksen lisääntyminen. Usein eritoten hoitotyössä tutkimuksen ilmiöitä on hankalaa tutkia havainnoimalla tai mitata määrällisesti, vaan tarvitaan ihmisten omia kuvauksia ilmiön ymmärtämiseksi. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 57.)

Kattava teoriapohja on kvalitatiivisen tutkimuksen kulmakivi. Lopullisessa tutkimuksessa on kyse kokemukseräisen analyysin tavasta perustella aineistoa ja tarkastella sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 18-20.) Avointen kysymysten avulla täsmällisiä tosiasioita tulee kysyä suoraan, ja se mahdollistaa tutkittavien sellaisien näkökulmien esiin tulon, mitä tutkija ei ole osannut etukäteen ajatella (Kankkunen ym. 2009, 90).

## 6.3. Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston hankinta

Tutkimusjoukkona opinnäytetyössäni oli päihdeitä käyttävät raskaana olevat sekä jo synnyttäneet äidit päihdeongelmien hoitoon erikoistuneista Pidä kiinni yksiköistä. Ensikodeissa ja avopalveluyksiköissä hoidetaan raskaana olevia sekä jo lapsensa saaneita päihdeongelmaisia perheitä. Kohderyhminä ovat teinivanhemmat, vauva- ja maahanmuuttaja perheet, joissa vanhemmilla on todettu olevan mielenterveys, päihde- tai muita elämänhallinnallisia ongelmia. (Ensi- ja turvakotien liitto 2009.)

Vastaajat olivat Espoon, Helsingin, Jyväskylän, Kuopion, Rovaniemen ja Turun ensikodeista sekä avopalveluyksiköistä. Kokkolasta tutkimusajankohtana ei tullut palautuneita vastauksia. Kyselylomakkeita lähetin ensikoteihin seitsemän kappaletta ja avopalveluyksikköihin 15 kappaletta, jotka yksiköiden työntekijät jakoivat asiakkailleen. Tutkimusajankohta oli kesä-syyskuu 2010. Työn laajuus olisi tullut näin lyhyellä aikavälillä mahdottomaksi, ja lähestymistavan uskoin olevan eettisesti hyvin hankala, mikäli olisin yrittänyt löytää äidit esimerkiksi neuvoloiden kautta.

Tutkimukseen osallistujien ja palautuneiden vastausten määrä oli kaksikymmentäyksi (21). Odotin saavani jonkin verran enemmän vastauksia, mutta kannustusta työtä eteenpäin viemiseksi sain ensi- ja turvakotien liitosta: kohderyhmänä päihteitä käyttävät äidit ovat hyvin erityinen ryhmä, ja usein myös tutkijat välttävät näiden kohteiden tutkimista, koska aineistoa voi joutua odottelemaan ja loppujen lopuksi tekemään tutkimuksen pienellä aineistolla.

Tutkimukseni toteuttamiseksi hain tutkimusluvan ensin Ensi- ja turvakotien liitosta, lisäksi jokaisesta Pidä kiinni yksiköstä erikseen (LIITE 2). Tutkimusluvan saatuaani lähetin kyselylomakkeet yksikköihin kesä-elokuun 2010 aikana. Tutkimusaineisto koottiin kirjallisesti avoimilla kysymyksillä (LIITE 3). Kyselylomake sisälsi seitsemän (7) avointa kysymystä sekä vapaa sananosuuden, jonka alapuolella oli kattavasti tilaa vastata. Kyselyt laitoin valmiiksi painettuihin kirjekuoriin yhdessä saatekirjeen kanssa, missä esittelin itseni sekä perustelin tutkimuksen tärkeyttä ja käyttötarkoitusta (LIITE 4). Lähetin kyselyt jokaiseen ensi- ja turvakotiin sekä avopalveluyksikköön erikseen, ja mukana oli saatekirje myös yksikköön (LIITE 5). Saatekirjeissä painotin salassapitovelvollisuutta sekä aineiston käsittelyn luottamuksellisuutta ja sitä, ettei missään vaiheessa tutkimusta ole mahdollista yksilöiden henkilöllisyyden paljastuminen. Saatekirjeessä kerroin palautusajasta ja työni valmistumisajasta ja lopuksi allekirjoitin jokaisen saatekirjeen erikseen.

#### **6.4. Tutkimustulosten analysointi**

Tutkimuksen aineiston analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä aineistoissa, ja sen ideaa käytetään kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistavoissa ja menetelmissä. Hoitotieteessä käytetään toistaiseksi enemmän

induktiivista kuin deduktiivista sisällönanalyysi menetelmää. (Kankkunen ym. 2009, 133-134.) Induktiivisessa menetelmässä edetään yksittäisestä asiasta yleiseen, toisin kun deduktiivisessa, jossa edetään yleisestä yksittäiseen (Tuomi & Sarajärvi 2006, 21, 93-95). Yksittäisiä tapauksia tulee kuitenkin muistaa käsitellä ainutlaatuisina ja tulkita sen mukaisesti aineistoa. Induktiivisessa analyysissä pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tämän vuoksi aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu on lähtökohtana eikä teorian testaaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 155.)

Sisällönanalyysissä kerätty tutkimusaineisto tiivistetään niin, että tutkittavia voidaan yleistää ja lyhyesti kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille selvinä. Tämän menetelmän avulla voidaan analysoida vastauksia johdonmukaisesti ja tehdä samalla havaintoja kertomuksista. Sisällönanalyysille on ominaista, että aineistosta erotellaan eriävät ja samankaltaiset asiat. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003; Tuomi & Sarajärvi 2006, 21, 93-95.)

Analysoinnin aloitin lukemalla kaikki vastaukset useaan kertaan läpi. Hyvin nopeasti aloitin vastausten litteroinnin eli yksi kysymys kerrallaan lähdin purkamaan vastauksia ja keräämään äitien vastauksia aiheesta. Alleviivasin tutkimuskysymysten kannalta tärkeimpiä ilmauksia. Seuraavassa pelkistämisvaiheessa keräsin samaa tarkoittavia vastauksia yhteen. Myös samankaltaiset asiat kokosin yhteen ja muodostin niistä alaluokat, jotka nimesin kuvaavilla sanoilla. Näistä nimetyistä alaluokista muodostui viimein opinnäytetyöni keskeisimmät tulokset. Lopuksi samaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi.

## **6.5 Eettiset näkökohdat**

Ensimmäinen eettinen teko on tutkimusaiheen valinta (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Tutkimusetiikka määrittelee sen, miten tehdään eettisesti luotettavaa ja hyvää tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 288). Tutkittavan psyykinen ja fyysinen koskemattomuus, yksityisyys sekä potilastietojen luottamuksellisuus on turvattava. On turvaututtava kaikkiin mahdollisiin varotoimiin persoonallisuuteen kohdistuvien haittojen ehkäisemiseksi sekä niiden suojaamiseksi. Tutkimukseen osallistuessa on huomioitava

asiakkaan itsemääräämisoikeus, osallistumisen tulee olla ehdottoman vapaaehtoista. (Kankkunen ym. 2009, 174, 177.)

Omassa tutkimuksessani tuon esille tutkittaville odotettavissa olevan hyödyn, mikäli yksikin päihdeongelmainen äiti tavoitetaan neuvolassa. Aineistoja lukiessa olen pohtinut etiikkaa ja ihmiskäsitystä, miten kirjoittaa kunnioittaen, koska se on lähtökohta tutkimukselle. Opinnäytetyöni aihe on erittäin intiimi, ja siinä keskitytään yhteen vaikeimmista asioista ihmisen elämässä. En nähnyt kuitenkaan minkäänlaisia perusteltuja riskejä päihdeongelmaisten äitien osallistuessa tutkimukseeni. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Tutkimuksia lukiessa esille on noussut äitien syvän häpeän tunteita, tunteita siitä, kun asia selviää perhepiirissä, terveydenhuollossa ja jossakin elämän vaiheessa itse lapselle. Luottamusta äitejä kohtaan toivoin saavani saatekirjeen avulla, jonka lähetin yksiköihin kyselyjen yhteydessä. Saatekirjeen tulee olla asiallinen ja mahdollisimman neutraali, ja siinä tulee ilmetä vapaus olla osallistumatta ilman uhkia. Saatekirjeessä esitin kyselyn merkityksen tärkeyden ja tarkoituksen vastaajalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 25, 204; Kankkunen ym. 2009, 177.)

Koko työn ajan olen korostanut yksityisyyttä ja vaitiolovelvollisuuden merkitystä ja kerroin tästä myös saatekirjeessä. Nimettömänä vastaaminen suojelee tutkittavien yksityisyyttä. Kysymyksiä laadittaessa niiden muodon tulee olla kunnioittava ja luotettavuutta edustava. Syyllistämistä tulee erityisesti välttää. Kyselyn lähettämisen ajankohtaa tulee harkita tarkasti. Mikäli mahdollista, tulee kyselyjen lähettämistä välttää joulukuussa. (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Kankkunen ym. 2009, 177.)

Hyvä tutkimus eettisesti edellyttää tutkimuksenteossa noudatettua hyvää tieteellistä näyttöä (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkimuksessani hyöty ei kohdistu tutkittaviin, vaan tuloksia voidaan hyödyntää uusiin asiakkaisiin vasta tulevaisuudessa. Tutkittavilla on taustalla rankkoja kokemuksia menneisyydestä, ja tutkittavat asiat voivat joissakin tapauksissa herättää voimakkaita tunteita raskausaikaan liittyvissä kokemuksissa. Tutkimukseni mahdollisesti aiheuttamat psyykkiset haitat, joiden vuoksi tarvitaan apua, voidaan ensi- ja turvakodeissa järjestää ammattiavun ollessa paikalla, jolloin tunteita voidaan käsitellä välittömästi. Vapaaehtoinen osallistuminen ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta kunnioittavat tutkittavan itsemääräämisoikeutta. Korostin saatekirjeessä vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen, jotta päihteitä käyttävät äidit eivät kokisi velvollisuutta osallistua tutkimukseen hoitosuhteensa vuoksi. (Kankkunen ym. 2009, 177.)



Kaikissa tutkimuksen vaiheissa epärehellisyyttä tulee välttää. Keskeisiä periaatteita ovat seuraavat: toisten tekstien plagiointi on kiellettyä, myöskään omia aikaisempia tutkimuksia ei saa plagioida, tuloksia ei tule kaunistella tai sepitellä, tuloksia ei tule yleistää kriittikittömästi. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Mikäli tutkimuksessa ilmenee puutteita, on ne tuotava myös esille. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.)

Tutkittaessa päihteitä käyttäviä äitejä, jotka kuuluvat yhteiskunnan marginaalisiin ryhmiin, on erityisen tärkeää huolehtia, ettei missään vaiheessa työn tutkimusrajoituksilla rajaa heidän ennestään jo pientä toimijuuden tilaansa vielä pienemmäksi tai siirrä tutkimuksen kohteena olevia ihmisiä entistä kauemmaksi marginaaliin. Sen sijaan on pyrittävä löytämään mahdollisia väyliä lähemmäksi keskiötä pois päin marginaalista. Lisäksi on pohdittava, mikä estää ihmisten omien tulkintojen kuulemisen ja sitoo heitä marginaaliin. (Juttula 2004.)

## **6.6. Opinnäytetyön luotettavuus**

Päihdeongelmista kärsivien äitien palvelut ovat varmasti täällä Suomessa parhaimpia maailmassa, eikä maamme palveluja voida yleistää ulkopuoliseen joukkoon muualla maailmassa. Raskaana olevat päihdeongelmaiset ovat 6 %:n joukko kaikista raskaana olevista täällä Suomessa, joten he edustavat pienessä määrin raskaana olevien perusjoukkoa. Päihdeongelmaiset äidit tutkimusilmionä ovat hyvin selvärajaisia, ja heitä voidaan tutkia luotettavasti. (Andersson ym. 2008, 18.)

Tutkittavien henkilöidenvalinta vaikuttaa yleiseen eettisyyteen ja luotettavuuteen opinnäytetyössä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää ja olennaista on, että tutkittavat ovat halukkaita yhteistyöhön. Tutkittavia tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. Lisäksi on tärkeää pystyä perustelemaan, keitä tutkimukseen on otettu mukaan ja minkälaisilla perusteilla. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 289-290.) Tutkijan tehtävä on pitää huolta, että yksittäisiä henkilöitä ei voida missään vaiheessa tutkimusta tunnistaa (Tuomi & Sarajärvi 2006, 21).

Tutkimuksen luotettavuus vähenee, mikäli tutkijan kysymykset ovat liian kapealle alalle suuntautuneita tai liian suppeita. Usein saatetaan virheellisesti kuvitella, että tutkittavat

ovat rehellisiä ja avoimia saadessaan vastata vapaasti ajatuksistaan ja omin sanoin, mutta tämä väittämä ei aina välttämättä pidä paikkaansa. Tärkeää laadullisessa tutkimuksessa onkin saada näkyviin henkilön oma näkemys laajentamalla kyselyteemoja. Vapaamuotoisessa kyselyssä on riski, että vastaajat jättävät olennaisia asioita kertomatta, muuntelevat totuutta, muistavat väärin tai pyrkivät miellyttämään tutkijaa tuottamalla sosiaalisesti hyväksyttäviä kertomuksia. Yleensä tutkijan tulee kuitenkin luottaa siihen, että kertomukset vastaavat todellisuutta. (Nieminen 2006, 217.)

Saadun tiedon luotettavuudesta tutkijan harkinnan myötä perustuu aineistojen luotettavuus. Kyselytutkimuksessa tutkijalta jää saamatta se tieto, mitä haastatteluissa voi ilmetä: tauot, ilmeet, äänensävyt, huokaukset ja naurahdukset. Ongelmia aiheuttavat myös lyhyet ja ranskalaisilla viivoilla tehdyt vastaukset. (Nieminen 2006, 218, 219.)

Tutkimuksen analyysissä tulee näkyä tieteellisen luotettavasti koko aineiston hyödyntäminen. Jokainen kyselyssä esitetty kysymys tulee analysoida, vaikka ne eivät välttämättä tuottaisikaan mielenkiintoisia vastauksia. Tutkijan tulee kirjata ja perustella omat luokittelunsa luotettavuuden arvioimiseksi. Suoria lainauksia sekä riittävä määrä alkuperäishavaintoja on esitettävä analyysin tukena, koska näin syntyy analyysin luotettavuus käsitteellisten ja kokemuksellisten havaintojen luokitusten yhteensopivuudesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 292; Nieminen 2006, 219.)

Tutkimuksen aikainen pohdiskelu ja tarkkailu syventyneesti tutkimukseen voi johtaa muutoksiin menettelyissä. On hyvä pohtia esimerkiksi kyselylomakkeen kulkua, omaa osuutta sekä tulkintoja. Lopullista tuotosta esittäessä tutkija tarkastelee tutkimustuloksiaan taustakirjallisuuteen ja tutkimustehtävien kautta asetettuihin tavoitteisiin sekä arvioi näin ollen tulosten merkitystä, käytettävyyttä ja luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 263.)

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1. Päihteiden käytöstä kertominen äitiysneuvolassa

Ensimmäisenä kyselyssäni tiedustelin päihdeongelmasta kertomista neuvolassa. Yksitoista vastaajista oli kertonut ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillään päihteidenkäytöstään, koska päällimmäisenä ajatuksena oli lapsen ja oman itsensä hyvinvointi raskausaikana ja sen jälkeen. Yhdeksän vastaajista kertoi päihteistään muulla kuin ensimmäisellä kerralla, useimmiten syynä oli oman päihdeongelman kieltäminen. Yksi vastaajista ei muistanut, milloin kertoi päihteidenkäytöstään äitiysneuvolan terveydenhoitajalle. Kahdeksan vastaajista oli ainoastaan ympyröinyt *kyllä*- tai *ei*-vaihtoehdon ja jättänyt perustelematta valintaansa.

*”Tietenkin kerroin koska näin voidaan sitten auttaa minua ja tarkkailla vauvaani.”*

*”Kun menin ensimmäisen kerran äitiysneuvolaan olin ollut siihen mennessä raskautta ilman päihteitä. ja silloin ajattelin että pystyisin ollakkin raskausajan päihteettömänä.”*

*”Kun pitkään kieltää asian on helppo viimein puhua asiasta ja se olisi tärkeää, että äidit myöntäisivät päihde ongelmansa ja alkaisivat puhumaan. Silloin on myös mahdollisuus kuntoutua ja saada päihteettömän elämän yhdessä lasten kanssa. Kolmen lapsen äitinä, olisi pitänyt jo ensimmäisen lapsen kohdalla neuvolassa myöntää käyttö kun asiasta kysyttiin.”*

### 7.2. Neuvolan työntekijän suhtautuminen päihdeongelman tullessa ilmi

Viisitoista vastaajista oli kokenut saavansa myönteisen suhtautumisen kerrottuaan raskauden aikaisesta päihteidenkäytöstään. Näistä kymmenen äitiä oli kokenut neuvolan työntekijän suhtautuvan asiaan hyvin sekä auttavaisesti ja normaalisti. Terveydenhoitaja oli kysynyt samassa yhteydessä käytetystä päihteestä sekä lisäksi käytön tiheydestä. Kaksi vastaajista oli kokenut todella hyvän vastaanoton äitiysneuvolassa ja yksi vastaajista kertoi terveydenhoitajan reagoineen suhteellisen hyvin. Eräs vastanneista kertoi, että terveydenhoitaja suhtautui ammattimaisesti ja hänelle oli helppo puhua. Yhdellä äideistä

oli kokemus terveydenhoitajan rauhallisuudesta sekä siitä, miten ammattilaisena puhua asiasta vakavasti mutta ei tiuskien. Yhdelle äideistä oli jäänyt kokemus, että terveydenhoitaja huomioi häntä vähemmän suhteessa mukana olleeseen puolisoon. Kahdella vastanneista ei ollut aktiivista päihdeongelmaa raskausaikana, ja he olivat yhden vastanneen äidin lisäksi jo korvaushoidossa joko raskauden aikana tai sen jälkeen, joten neuvolassa tiedettiin ennen sinne menoa päihdeidenkäytöstä. Kaksi vastanneista oli jättänyt kokonaan vastaamatta kysymykseen.

*”Suht hyvin. Vaikka ei ollut ennen törmännyt päihde”äitiin”.”*

*”hyvin. kyseli, neuvoi ja ohjasi eteenpäin hoidon suhteen.”*

*”hyvin. sain paljon apua ja tukea ja tietoa raskauden aikaseen päihdeongelmaan.”*

*”Hyvin suhtauduttiin ja neuvottiin paljon. Kolmannen lapsen odotus aikana olin subutex korvaus hoidossa. Minä pelkäsin et miten vauvan käy kun menee 16 mg subutexiä. Silloinkin rauhoitettiin ja kerrottiin miten se vaikuttaa.”*

### **7.3. Puheeksi ottamisen keinot**

Kymmenen äidin mielestä päihdeidenkäytöstä tulee kysyä suoraan, ei syyllistäen, ja heistä kaksi oli yllätysseulojen ja verikokeiden kannalla, jotta voitaisiin varmistaa äidin päihteettömyys. Heistä toinen toi esille myös tarkan elämäntilannekartoituksen sekä taustojen kyselemisen ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä, terveydenhoitajan tulisi myös tarkkailla yleisesti vastaanotolla olevaa asiakastaan. Yksi äideistä koki hieman ahdistusta, sillä hänelle oli tehty AUDIT-kysely, mutta siltikään päihdeongelmaan ei puututtu.

*”Kaikille raskaana olevilta voitaisiin ottaa yllätys seuloja ja verikokeissa näkee alkoholin käytön niitä voitaisiin hyödyntää niin saataisiin varmuus äidin päihteettömyydestä.”*

*”Lyödä faktat pöytään.”*

Yksi vastanneista oli tuntenut olonsa ainoaksi raskaana olevista päihdeiden käyttäjistä. Hänen mielestään terveydenhoitajan on hyvä kertoa, että päihdeitä käytettäviä raskaana olevia on paljon. Sama äiti kertoi, että kun terveydenhoitaja oli osannut vakuuttavasti

kertoa päihteiden haitoista sikiölle, huoli lapsen terveydestä sai hänet puhumaan päihdeongelmastaan. Yksi äideistä perusti ajatuksensa samaan, että päihteiden käytön yleisyydestä raskausaikana on hyvä kertoa.

*”Ihan reilusti ja maanläheisesti kertoa kuinka yleistä se on ja jakaa vaikka tosiaan esitteitä paikallisista kuntoutusmahdollisuuksista.”*

*”se että kerrottaisiin että päihde äitejä on paljon. minusta ainakin aluksi tuntui että olen ainut raskaana oleva jolla on päihdeongelma. äideille pitäisi myös kertoa haitoista mitä päihteet tekee sikiölle. minulla huoli lapsen terveydestä sai puhumaan ongelmasta.”*

Viisi vastaajista koki, että terveydenhoitajan tulee ottaa asia puheeksi hienovaraisesti, asiallisesti, ymmärtäväisesti mutta tehokkaasti. Ammattilaisen kuuntelemisen taito on todella tärkeää. Luottamalla terveydenhoitajaan äidit rohkenivat paremmin kertomaan ja puhumaan ongelmastaan. Terveydenhoitajan luotettavuus ja ymmärtäväisyys olivat tärkeitä seikkoja. Syyllistämistä pidettiin erittäin negatiivisena asiana. Äidit toivat esille johdattelevaa keskustelua sekä hienovaraista kyselemistä, jotta myöntäminen olisi äidille helpompaa. Yksi äiti toi esille, että terveydenhoitajan on hyvä kertoa vain yksi asia kerrallaan eikä asioita tarvitse toistaa.

*”Kysy hienovaraisesti päihteiden käytöstä ja kuunnella.”*

*”Asiallisesti mutta tehokkaasti”*

*”Reipas, lämmin, hyväksyvä suhtautuminen jokaiseen äitiin, siitä huolimatta, että jokaisella on puutteensa ja ongelmansa. Hyväksymisen viestittäminen auttaa avautumaan.”*

Viisi kyselyyn vastanneista toi esille lapsen tarpeiden huomioimisen tärkeimmäksi seikaksi. He kertoivat, että puhuminen päihteiden vaikutuksesta sikiöön ja tulevaan lapseen, hänen kehitykseensä ja terveyteensä, sai ajattelemaan usein eri kantilta päihteiden käyttöä. Yksi näistä viidestä äidistä toi esille, että terveydenhoitajan neuvonta sai ajattelemaan myös päihteiden vaikutusta omaan yleiseen jaksamiseen sekä terveyteen tulevana äitinä.

*”Päihteiden vaikutus lapseen. Jokainen vanhempi varmasti haluaa lapselleen parasta ja haluaa taata lapselleen mahdollisimman hyvän lähtökohdan ja elämän. Uskon, että moni on myös valmis tekemään sen eteen töitä.”*

Yhden vastaajan mielestä raskausajan päihteiden käytöstä tulee jakaa tietoa neutraalisti kaikille. Hän oli sitä mieltä, että raskausajan päihteidenkäytöstä tulee keskustella nuorien kanssa enemmän riippumatta siitä, tarvitsevatko he sitä vielä. Eräs äideistä oli sitä mieltä, että raskaana olevaa päihteidenkäyttäjää on vaikea lähestyä, jos terveydenhoitajalla ei ole ongelmasta tietoa. Viisi vastaajista ei osannut sanoa keinoja, ja sama määrä jätti myös vastaamatta kokonaan kysymykseen.

### **7.5. Neuvolan tarjoama apu**

Vastauksissa tulee ilmi, että äitiysneuvolanterveydenhoitajilla on tietoa ohjata päihdeongelmaisia asiakkaitaan oikeanlaiseen jatkohoitoon oman neuvolatyönsä lisäksi. Seitsemän vastanneista oli saanut välittömästi keskusteluapua, jossa oli mietitty tulevia tukitoimia tilanteeseen sekä annettu tietoa päihteiden vaikutuksesta raskauteen. Yhdeksälle äideistä oli ensimmäisenä apuna tarjottu Pidä kiinni yksiköiden ensi- ja turvakoteja. Kaksi äideistä oli saanut lähetteen HAL-poliklinikalle jatkohoitoon. Yhdelle äidille oli annettu SOS-puhelimen numero ja eräs äideistä oli päässyt välittömästi neuvolalääkärin vastaanotolle miettimään ratkaisua päihdeongelman hoitoon raskausaikana. Yhdellä äidillä oli hoitokontakti ennen neuvolaa jo A-klinikkaan, yhdellä psykiatrian suljetulle osastolle ja kaksi vastaajista ei kertonut hoitavaa tahoja. Yhdelle äideistä oli tarjottu tukiryhmään osallistumista, jossa oli voinut käsitellä raskausajan päihdeongelmaa, ja yhdelle apu oli tullut sosiaalitoimesta lastensuojelun kautta.

*”keskustelu apua. ohjattiin raskaana olevien ryhmään ja kerrottiin että on myös mahdollista hakea ensi- ja turvakotiin jos on tarvetta.”*

*”Neuvolalääkärin kanssa mietimme erilaisia vaihtoehtoja päihdekuntoutukseen. Minun kohdallani todettiin parhaaksi vaihtoehdoksi n. kuukauden mittainen hoitajakso päihdepsykiatrian osastolle, jossa sitten*

*aloitettiin korvaushoito, opioidiriippuvuuteeni. Myös oma halu ja motivaationi pysyä erossa päihteistä oli suuri. Ja siksi oli varautunut huomattavasti pitempäänkin hoitojaksoon, osastojakson jälkeen kuntoutukseni jatkui tiiviinä poliklinikka seurantana sekä avopalvelu yksikön tukemana. ”*

Yksi äideistä ei ollut saanut neuvolasta mitään apua, koska oli salannut päihdeongelmansa koko raskausajan. Salaamista edelsi epä tietoisuus hoitovaihtoehtoista. Äidillä oli pelko, että hän joutuisi eroon lapsestaan, hänet suljettaisiin laitokseen ja että lapsi otettaisiin häneltä pois, joten hän yritti itse saada tilannetta hallintaan. Vastaamatta jättäneitä oli yksi.

*”Jos olisin tiennyt, että voin mennä esim. ensikotiin ja että en joudu eroon lapsesta, olisin ehkä tarttunut tilaisuuteen. En tiennyt myöskään avohoidosta. Luulin, että minut ”suljetaan laitokseen” ja lapsi otetaan pois. Siksi yritin itse saada tilanteen hallintaan.”*

## **7.6. Äitien toivoma apu**

Yhdeksän vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa apuun, näistä kaikki olivat saaneet välittömästi keskusteluapua ja heistä neljä oli ohjattu Pidä kiinni yksikköön.

*”Sain juuri sellaista tukea kuin halusin/tarvitsin”*

*”Halusin Pinjaan ja pääsinkin tänne n. 7 kk jälkeen.. et nyt saan parasta apua! =)”*

Kolme vastaajaa olisi toivonut saavansa tiiviimpää hoitoa ja seurantaa neuvolasta ja kaksi olisi toivonut pääsevänsä heti johonkin hoitoyksikköön, ja heistä toinen perhekuntoutukseen päästäkseen helpommin päihteistä irti. Yksi päihteitä käyttävistä äideistä olisi toivonut neuvolaan mennessä kokevansa pysäytyksen tunteen ajattelun suhteen. Kahden äidin mielestä päihteitä käyttävät äidit otetaan huomioon hyvin, mutta isät tulisi ottaa mukaan paremmin, jotta voidaan hoitaa koko perhettä kokonaisuutena. Sillä usein perheessä myös isällä on päihdeongelma. Eräs äideistä ei halunnut neuvolasta

minkäänlaista apua. Samalla vastaajalla oli päihdeongelman takia hoitokontakti jo ennen neuvolaa muuhun tahoon. Äiti, joka oli saanut apunsa sosiaalitoimen kautta, olisi toivonut saavansa neuvolasta apua kotona pärjäämisen suhteen lasten kanssa, jotta heitä ei olisi tarvinnut sijoittaa muualle. Kolme äideistä jätti vastaamatta kysymykseen.

*”Neuvolasta olisi voinut tulla apua jollakin lailla, että olisin pystynyt olemaan lasten kanssa kotona ilman, että lapsiani oli uhannut sijoitus muualle tai pakotus laitoshoitoon yhdessä lapsieni kanssa, mutta ehkä on hyvä että nyt olen täällä ja saan näin uuden mahdollisuuden päihteettömään elämään.”*

*”Hetimitä päästä korvaushoitoon ja kaikesta tärkein perhehoito paikkaan kuntoutumaan.”*

## **7.7. Neuvolassa heränneet äitien tunteet**

### **7.7.1. Myönteiset tunteet**

Kuusi äideistä oli jättänyt vastaamatta kokonaan neuvolassa myönteisiä tunteita herättävään kysymykseen. Loput äideistä eli viisitoista oli kokenut niin neuvola-kuin vauvalähtöisiäkin negatiivisia ja eteenpäin kantavia ajatuksia. Kuusi vastanneista äideistä kertoi, että osaava ja positiivinen henkilökunta sai mielen ja olon hyväksi ja varmemmaksi: tuli tunne, että asian kanssa ei tarvinnut olla yksin vaan äidistä ja vauvasta huolehdittiin. Lisäksi kiireettömyys oli hyvä asia, jotta pystyttiin enemmän keskustelemaan, mikä herätti äideissä luottavaisen ja positiivisen mielen. Kolme äideistä koki myönteisiä tunteita neuvolassa, kun ei syyllistetty vaan ymmärrettiin, kuunneltiin ja annettiin paljon tietoa raskausajan päihteiden käytöstä ja haluttiin yleensäkin auttaa. Yhdelle äideistä, jolla oli takana riippuvuutta ja pitkäaikaista päihdeongelmaa, oli jäänyt aina neuvolankäynnin käynnin jälkeen tunne, että häntä pidettiin ihmisenä muiden joukossa. Terveystenhoitaja oli aina kannustanut päihteettömään elämään pyrkiessä. Kolmella äideistä myönteiset kokemukset tulivat vauvan hyvinvoinnin kautta. Yhdellä heistä ilo raskaudesta ja vauvasta, yhdellä pelkkä jutteleminen vauvasta ja eräällä lapsen sydänäänten kuuleminen ensimmäistä kertaa. Kaksi äideistä oli onnellisia siitä, kun olivat kertoneet



päihdeongelmastaan ja terveydenhoitaja oli ollut myötätuntoinen ja kannustava, ja tuli tunne, että tästä voi selvitä.

*”Minun mielestäni koko käynti oli mukava olen onnellinen että, kerroin ongelmastani ja sain apua, ja terveen lapsen”*

*”Jäi tunne että minua pidettiin ihmisenä siinä missä muitakin, vaikka taustallani oli pitkä aikainen päihdeongelma ja riippuvuus. Minua haluttiin auttaa ja sain kannustusta päihteettömään elämään pyrkiessäni.”*

### **7.7.2. Kielteiset tunteet**

Äidit kokivat terveydenhoitajasta johtuvia kielteisiä tunteita. Kaksi äitiä kertoi neuvolassa käymisen tuoneen sekavia tunteita sekä pelkoa ja iloa yhtä aikaa ja omien pelkojen käsittely oli koettu myös kielteiseksi tunteeksi. Yhdelle huoli omasta jaksamisesta niin raskausaikana kuin sen jälkeenkin oli tuottanut kielteisiä tunteita ja eräälle äideistä oli tullut syyllisyyden tunteita vauvan mahdollisista sairauksista päihteidenkäytön myötä. Yksi äideistä kertoi inhottavaksi ja kiusalliseksi, kun terveydenhoitaja oli kysellyt päihteidenkäytöstä aina neuvolakäynneillä. Eräs äideistä, joka toivoi myös yllätyshuumeseuloja kaikille raskaana oleville, oli pelännyt jäävänsä päihtyneenä kiinni neuvolassa, mikä oletetusti aiheutti kielteisiä tuntemuksia.

*”päihtyneenä olen pelännyt, että tajuaisivat olleeni huumeiden vaikutuksen alaisena tai ottavan seulan virtsasta, mutta niin ei koskaan käynyt.”*

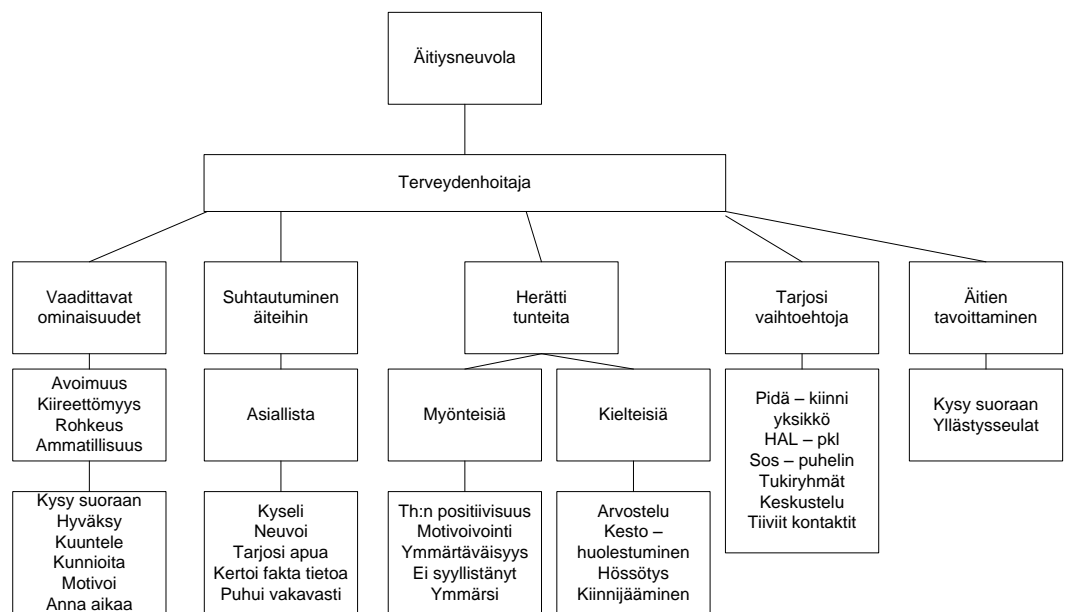
*”Syyllisyys vauvan mahd. sairauksista. Joita ei kuitenkaan onneksi tullut”*

Yksi äideistä oli saanut tympeää kohtelua, kun terveydenhoitaja oli sabotoinut lapsen painoa pieneksi päihteidenkäytön myötä. Eräs äideistä tunsu tulevansa loukatuksi ja erittäin kielteisiä tunteita, kun terveydenhoitaja oli kertonut raskaana olevan päihteiden käytöstä muille perheen jäsenille. Kahdella äideistä oli kielteisyyttä ja tympääntymistä herättänyt terveydenhoitajan liika hössötys raskaudesta, ja yhdellä äideistä oli kokemus, kun terveydenhoitaja oli puhunut kuin seitsemänvuotiaalle lapselle neuvolassa käydessä. Yksi

äideistä kertoi ärsyyntyneensä, kun terveydenhoitaja oli ollut kesto- huolestunut tilanteesta. Yhdelle äideistä neuvolassa käyminen ei ollut tuottanut minkäänlaisia kielteisiä tunteita. Kahdeksan kyselyyn vastanneista ei ollut vastannut ollenkaan neuvolassa kielteisiä tunteita herättävään kysymykseen.

*”Terveydenhoitajan ”kesto- huolestuminen”. Hän oli koko ajan sen näköinen kuin joku olisi kuollut. Ärsytti ja yritin olla huolestuttamatta häntä lisää...”*

## 7.8. Yhteenveto



KUVIO 1. Päihdeongelmasta kärsivien äitien neuvolapalvelu kokemukset

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Puolet vastaajista oli myöntänyt päihdeongelman ensimmäisellä kerralla neuvolassa. Myöhemmin myöntäneistä äideistä osa kertoi kieltävänsä asian itseltään, joten ei voinut sitä myöskään neuvolassa ensimmäisellä kerralla kertoa. Lindfors (2010) tuo esille gradussaan identiteetin suojaamisen, jossa puolustellaan oman käytöstä jopa normaaliksi. Tutkimuksessani kävi ilmi, että vaikka Audit-testi oli tehty, ongelmaan ei ollut puututtu. Tänä päivänä raskaana olevat kuin heidän puolisonsakin saavat täytettäväksi Audit-lomakkeen ensimmäistä äitiysneuvolakertaa varten, mutta herää kysymys, vastataanko Audit-kyselyyn valehdellen vai eikö neuvoloissa tartuta > 8 pistettä saaviin äiteihin ja vanhempiin? Voidaan päätellä, että tarvitaan monipuolista interventiota kyselyn lisäksi, jotta saadaan vaikeneva ja sisäänpäinkääntynyt äiti myöntämään päihteidenkäyttönsä raskausaikana. Intensiivinen intervention taitaminen puolestaan vaatii terveydenhoitajalta ammattitaitoa ja perehtyneisyyttä raskaana oleviin päihteidenkäyttäjiin sekä kokemusta heidän kanssaan työskentelystä. Työnantajan vastuu on kouluttaa jatkuvasti työntekijöitään, jotta pystytään, osataan ja rohjetaan puuttua perheen riskioloihin. Niin kuin Pistokoski ja Ryppökin (2007) opinnäytetyössään toteavat, terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä kontaktia parantaa puuttuminen päihteidenkäyttöön eikä päinvastoin kuten yleisesti luullaan.

Ensimmäisellä tapaamisella päihteistä keskustellessa terveydenhoitajien toivottiin olevan avoimia, ammatillisia ja rauhallisia. Rohkeus kysyä suoraan sekä ajan antaminen koettiin miellyttäväksi vastaanottotilanteissa, kuten myös Honkonen (2008) on väitöskirjassaan tuonut esille. Äidit odottivat myös, että heitä kuunneltiin, rauhoiteltiin sekä motivoitiin päihteettömyyteen tai siinä pysymiseen. Yksi tärkeä osa oli vastaanotolla olevan äidin tarkkaileminen sekä äidin hyväksyminen sellaisena kuin hän on. Tutkimukseni vahvistaa tiedon, että terveydenhoitajan tulee olla rohkea, aktiivinen ja kysyä päihteiden käytöstä suoraan eikä vetäytyä passiiviseksi osapuoleksi.

Äidit kokivat syyllistämisen ja pakottamisen päihteistä luopumiseen pahimpana asiana. Enemmän toivottiin faktatietoa päihteiden vaikutuksista sikiöön ja äitiin sekä eri hoitovaihtoehtoja ja apuja tilanteeseen. Tutkitulla tiedolla terveydenhoitaja pystyy vakuuttamaan asiakkaitaan. Vastaajien mielestä terveydenhoitajan tulee ammatillisesti

johdattaa keskustelua siihen suuntaan, jotta äidille tulisi ymmärrys, että tilanteesta voi selvitä, jos haluaa. Tärkeänä pidettiin tietoa, että totuuden kertominen ja myöntäminen niin itselle kuin neuvolan työntekijällekin on parhaaksi sekä äidille että sikiölle.

Opinnäytetyössäni nousi esille kyselyyn vastanneiden äitien mielestä, että terveydenhoitajilla on kohtalaisen hyvin tietoa ohjata päihdeongelmista kärsivää äitiä raskausaikana. Päihteitä käyttävät äidit kokivat, että terveydenhoitajilla oli osaamista ohjata äitejä erilaisiin päihdekuntoutuspaikkoihin sekä erityisäitiyspoliklinikalle. Nämä asiat todentuivat myös Niskasen ja Salomaan tutkimuksessa (2010), jossa terveydenhoitajat olivat itse sitä mieltä, että hoitoon ohjauksessa oli kokemuksesta hyötyä. Ehkä tämän tutkimuksen tutkittavat olivatkin käyneet juuri näillä kokeneilla terveydenhoitajilla. Suurin osa äideistä oli kokenut saavansa välittömästi keskusteluapua kertoessaan raskausajan päihteiden käytön ongelmasta. Pääsääntöisesti heidät oli ohjattu Pidä kiinni yksikköihin mutta myös HAL- poliklinikalle sekä annettu tiiviimmin kontakteja ja muun muassa SOS-puhelinnumero.

Neuvolakäynneillä äidit kokivat, että heidät huomioitiin hyvin, mutta he toivoivat että myös isät huomioitaisiin paremmin, koska silloin voidaan hoitaa koko perhettä kokonaisuutena. Yksi äideistä oli kirjoittanut vapaasanan kohtaan, että toivottavasti myös pienemmät kaupungit ja kunnat pitävät huolen, että heidänkin neuvoloissaan osattaisiin kohdata päihteitä käyttäviä äitejä asiantuntevasti ja ammattimaisesti. Hän peräänkuulutti tietouden lisäämistä terveydenhoitajille perehdyttämällä ja jatkuvalla kouluttautumisella. Tutkimusta tehdessä ja kirjallisuutta lukiessa on tullut esille, että pienellä paikkakunnalla hyvin usein neuvolan terveydenhoitaja tietää äidin päihdeongelman, sen tietää myös äiti ja koko kylä, mutta siltikään asiaan ei uskalleta puuttua, varsinkin kun asiakkaana on tuttu henkilö.

Tutkimuksessani ilmeni, että kaikille raskaana oleville voisi tehdä neuvolakäyntien yhteydessä huumeseuvoja yllätyksellisesti, koska näyte otetaan virtsasta ja jokainen äitiysneuvolaan tuleva äiti käy aina jättämässä virtsanäytteen ennen vastaanottoa. Mutta Suomessa laki määrää huumeseulojen suhteen niin, että niitä voidaan ottaa ilman lupaa vain erotusdiagnostisesti (Käypähoito 2006). Toisaalta huumeseuolan ottamisesta voitaisiin äidille ilmoittaa etukäteen esimerkiksi puhelimitse tai kertoa edelliskäynnillä. Yllätysseuloilla voitaisiin saada kiinni ne äidit, jotka eivät kykene asiaa itselleen myöntämään, vaikka toivoisivat, että joku ulkopuolinen huomaisi ja puuttuisi tilanteeseen.

Kähkösen (2009) artikkelissa onkin, että C-hepatiittiseula tulisi olla pakollisena joka raskaudessa, ja sen avulla voitaisiin löytää moni katveeseen jäävä päihdeongelmainen äiti. Lisäksi hän tuo esille pakollisen huumeetestin tekemistä tupakoiville äideille tai ainakin siinä tapauksessa, kun lääkärille tulee vahva tunne äidin päihteidenkäytöstä.

Äitiysneuvolakäynnit herättivät pääsääntöisesti myönteisiä tunteita äideissä. Henkilökunnan ammattitaito, positiivisuus ja ymmärtäväinen työote olivat vakuuttavia. Myönteisiä ajatuksia ja mielikuvia lisäsi terveydenhoitajan kannustus sekä motivointi päihteettömyyteen. Ihmisenä pitäminen muiden joukossa oli koettu tärkeäksi kunnioitusta herättäväksi asiaksi. Kukaan äideistä ei ollut kokenut syyllistämistä, ja sitä pidettiin kielteisimpänä asiana ammattilaiselta. Moralisointi ja syyllistäminen nousivat esille kielteisenä asiana myös Pelon ja Peuran (2009) opinnäytetyössä. Myönteisenä ja eteenpäin kantavana asiana pidettiin lapsen hyvinvoinnin kuulemista esimerkiksi sydänäänäniä kuuntelemalla. Tutkimuksessani äidit toivat esille, että raskaus on otollisin aika puuttua päihteiden käyttöön ja motivoitua niistä eroon.

Lindfors (2010) esitti gradussaan samoja tuntemuksia äitien kohdalta kuin mitä tuli ilmi myös omassa tutkimuksessani. Kielteisiä ajatuksia herättivät enimmäkseen omat pelon tunteet sekä vauvan hyvinvointi, koska syyllisyys painoi päihteidenkäytön vuoksi. Pelon tunteita koettiin yleensä heti neuvolakäyntien jälkeen, koska keskusteluissa oli tuotu esille lapsen mahdollisia terveydellisiä ja hyvinvoinnillisia asioita. Terveydenhoitajan lapsellinen käytös ja ylimääräinen ”hössötys” koettiin tympeänä ja epäasiallisena käytöksenä. Yhdellä äideistä oli myös kokemus terveydenhoitajan ”kestohuolehtimisesta”, joka oli vain tuonut lisää stressiä odottavalle äidille, koska hän pyrki pitämään tunteita sisällään suojellakseen terveydenhoitajaa, jotta ei rasittaisi häntä liikaa. Päihteiden käytön alaisena meneminen aiheutti kielteisiä tunteita odotetusti sekä toi oman jännityksenä vastaanottotilanteeseen. Kielteisyyttä terveydenhoitajaa ja neuvolaa kohtaan oli tullut myös ammattilaisen arvostellessa lasta pienipainoiseksi äidin päihteidenkäytön vuoksi. Tuomitseva sävy terveydenhoitajan puheissa ja käytöksessä nostettiin esille myös Sorsan ym. (2004) artikkelissa, jossa käsiteltiin huumausaineita käyttävän äidin päihdehoitoa ja siihen osallistumista.

Tutkimuksen tekeminen päihteitä käyttävistä äideistä oli äärimmäisen mielenkiintoista, ja jatkotutkimushaasteisiin on mahdollisuus monesta eri näkökulmasta. Yhtenä isona asiana kiinnostaisi tietää Audit-lomakkeen käytöstä, kuinka sitä käytetään ja käytetäänkö sitä

ylipäättänsä. Itseltäni muun muassa ja monelta tuntemaltani lähipiiristä tätä lomaketta ei ole käytetty ollenkaan. STM (2009) tuoreessa raportissa painottaa käyttämään lomaketta, mutta eikö tieto kantaudu äitiysneuvoloihin asti? Herää kysymys, kuinka päihteitä käyttävät äidit voidaan löytää, mikäli siihen tarkoitettua lomaketta ei edes käytetä? Toki missään nimessä tätä asiaa ei voida yleistää, mutta harmillisen usein alkoholin käytöstä kysytään vain suullisesti. Niin kuin tutkimuksessani toin esille, kyselylomakkeiden tulisi olla osa toimintakulttuuria, jolloin myös perheiden olisi helpompi hyväksyä ne, eikä kukaan leimautuisi.

Mielenkiintoista olisi myös tietää enemmän ulkoisia merkkejä äideistä, jotka käyttävät päihteitä. Kuinka usealla päihteitä käyttävistä äideistä on tatuointeja tai lävistyksiä? Pukeutuvatko he mustiin vaatteisiin, ovatko hiukset mustat tai toisessa ääripäässä pinkit? Näitäkään asioita ei voida yleistää, mutta hyvin usein päihteiden käyttöön liittyy näitä yllä olevia asioita. Pitäisikö raskauden aikana tupakoiviin äiteihin paneutua syvällisemmin, jotta kohdattaisiin mahdollisimman varhain päihteitä käyttävä raskaana oleva? Kähkönen ym. (2009), Paananen ym. (2006) ja Pajulo (2010) tuovat esille, että päihdeongelmista kärsivistä äideistä 90 % eli lähes kaikki tupakoi. Tuoreessa ensi- ja turvakotien asiakasprofiilissa selvisi, että 98 % vuonna 2009 päihdehoidossa olleista äideistä tupakoi (Andersson 2010).

Juttula (2004) gradussaan on tutkinut, että tunnistamisvaikeuksia terveydenhoitajilla neuvolassa tuottavat perheväkivalta, parisuhdeongelmat, sosiaaliset kriisit perheessä, väkivalta sekä inesti ja sokerina pohjalla päihdeongelmat. Päihdeongelmat voimme varmasti kaikki yhdistää näihin perheiden kriisitilanteisiin. Kiinnostavia, erittäin kiinnostavia jatkotutkimushaasteita ja haastetta lisää tutkittavien pieni marginaali ja se, kuinka löytää nämä erityistuen tarpeessa olevat tutkittavat. Lähestymistapoja on tänä päivänä onneksi useita.

Yhtenä mielenkiintoisena asiana voisi tutkia raskauden aikaista lääkkeiden käyttöä. Tänä päivänä, kun lukee lehtiä ja seuraa mediaa, voi todeta, että lääkkeiden käyttö on yleistynyt ja sairauksien hoitoon määrätään sellaisia lääkkeitä, jotka voivat olla samaan aikaan riippuvuutta aiheuttavia.

Loppuyhteenvedon voidaan todeta, että terveydenhoitaja, kysy suoraan, kerro, että perhe ei ole ainut, joka kärsii päihdeongelmasta, ja olen valmis auttamaan sinua eteenpäin. Kysy ja kerro huolesi, olen sinua varten.

## 9 POHDINTA

Tulevana terveydenhoitajana haluan olla antamassa palveluja hyvissä ajoin ja oikealla tavalla. Erityisesti minua kiinnostaa tietää ensimerkkejä päihteiden vaikutuksesta äiteihin, mikä on heidän sosiaalinen tilanteensa, kuinka he käyttäytyvät, mitä he ajattelevat vanhemmuudesta ja kuinka he ovat ajatelleet pärjäävänsä pienen lapsen kanssa. Lisäksi mielenkiintoani herättää tietoisuus keinoista, millä tavoin ja mihin neuvolakäyntien yhteydessä tulee havahtua, kun terveydenhoitajalla herää tunne äidin päihdeongelmasta raskauden aikana. Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla tulee olla riittävästi tietoa ja koulutusta suojellakseen ja turvatakseen syntymättömän lapsen kehitystä ja kasvua, koska äidillä on kaikki valta raskausaikana omalla käyttäytymisellään päättää sikiön kohtalosta ja vaikuttaa lapsen ennusteeseen. Äitiysneuvolatyössä alusta alkaen tärkeää on asiakkaan huomioon ottaminen, kunnioittaminen ja vuorovaikutussuhteen luominen, sillä ne ovat mielestäni kulmakivet, joilla voidaan saavuttaa hyvät tulokset kuntoutumisessa.

Vuoden 2009 syksyllä luokkakaverini kanssa mietimme kuumeisesti opinnäytetyön aihetta. Tuntui hyvin haastavalta löytää sopivaa ja ajankohtaista, puhuttelevaa aihetta. Itse ajattelin, että aiheen tulee olla sellainen, että siinä olisi oikeasti minulle avaimia tulevaan työhöni. Tulevaisuuden haaveammatti siintää äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Kumpikaan meistä ei muista, mistä idea tuli, mutta itselleni on jäänyt mieleen, että jonkin ammattilehden artikkelia lukiessa se lähti vireille: päihteitä käyttävät äidit, siinäpä ajankohtainen aihe! Tutkimussuunnitelmassa oli vielä hankalaa löytää työlle sisältöä, mutta pikkuhiljaa se lähti etenemään, ja luokkakaverini jäi tässä vaiheessa pois yhteisestä hyvin alkaneesta projektistamme. Syksy oli viitekehysten rakentelun aikaa, ja samalla yritin miettiä tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita ja tehtäviä. Pikkuhiljaa sain ne kasattua ja aloin työstää tutkimuslupia Pidä kiinni yksiköihin. Samalla sain hyvän alun viitekehukseen, ja kuin kulman takaa sähköpostiin oli tullut kansainvälisen opettajakoordinaattorin vaihtopintopostia Intiasta. Olen aina haaveillut vaihtoon lähtemisestä, ja kun sain tämän postin, päätin heti laittaa hakemuksen vireille, jotta pääsisimme koko perhe yhdessä matkaan: minä, mieheni Antti ja 3-vuotias tyttäremme Meea. Niinhän siinä kävi sitten marraskuun lopussa 2009, että sain ilmoituksen tullessi valituksi yhdessä neljäntoista muun suomalaisen kanssa elämysretkelle Intiaan kolmen kuukauden vaihtopintoihin. Pakka

meni siinä vaiheessa ihan uusiksi monin tavoin, ja kovasti mietitytti tämän työn tulevaisuus. Suunnitelmissa kun oli laittaa kysymykset hyvissä ajoin syksyllä ja moni asia oli vielä tekemättä ja tuli vielä reissuunkin lähtö. Lähes välittömästi tein ratkaisun, että molemmat asiat ovat yhtä ainutkertaisia, Intia ja opinnäytetyö, että niillä en tulisi toisiaan rasittamaan.

Vuoden alusta minulle selvisi, että tutkimuslupa tulee hakea Ensi- ja turvakotien liitosta, koska heidän alaisuuteen kuuluvat kaikki seitsemän Pidä kiinni yksikköä. Tutkimussuunnitelma puski bumerangina Helsingistä, ja paljon oli korjattavaa, tammikuu kiri jo kiireesti menoaan, mies sairaalassa epäselvän kuumeinfektion takia, rokotuspäivät lähestyvät, 3-vuotias ihmettelee, mikä ihmeen Intia, lähteekö mummukin Intiaan? Niinhän siinä sitten kävi, että olin puhelimitse yhteydessä Ensi- ja turvakotien liiton puheenjohtajan Maarit Anderssonin kanssa, ja sovimme, että opinnäytetyötäni katsotaan uusin silmin toukokuussa, kunhan palaamme maailmalta.

Matka meni hyvin ja tulevana terveydenhoitajana olen monta kertaa ymmärtäväisempi niitä ihmisiä kohtaan, jotka muuttavat Suomeen paikasta, jossa ei ole aikaa eikä siten myöskään kiirettä, saati kelloa, jonka mukana juosta. Voin jopa ymmärtää ja ottaa vastaan sen perheen, jonka olisi pitänyt tulla kello kahdeksan neuvolaan ja joka tulee kello kymmenen ja kysyy ovatko he myöhässä. Intia opetti ja kasvatti minua paljon niin ihmisenä kuin tulevassa ammatissakin.

Matkan jälkeen aloin välittömästi toimia ja olin myös hakenut opintotuen kesäkuuta varten työstääkseni opinnäytetyötäni. Eri yksiköt tarvitsivat tutkimusluvut vielä erikseen, joten postittelin ne välittömästi kesän alussa. Tulostin saatekirjeet, tilasin tarrat palautuskuoriin ja pakkasin paketit postiin. Postimaksun maksoin kaikkien yksiköiden puolesta jo etukäteen. Kyllä siinä melkein meni jo kirveskin kaivoon monta kertaa, mutta niin sitä vaan aina noustiin, ja heinäkuuhun mennessä olin saanut laitettua kuuteen yksikköön kyselyt, yhteen yksiköistä sain tutkimusluvan vasta elokuun lopussa. Ensimmäiseen palautuspäivään mennessä olin saanut vastauksia kahdeksan. Tätä ehkä pelkäsin, mutta pyrin ajattelemaan toisin. Laitoin sähköisesti karhukirjeet yksiköiden johtajille ja syyskuun alkuun mennessä minulle palautui yhteensä kaksikymmentäyksi vastausta. Nyt olin tyytyväinen.

Kokonaisuutena opinnäytetyö on yksi askel isossa kokonaisuudessa, joka kasvattaa meitä varmasti monella tapaa. Stressin sietokyky kasvaa ehkä eniten, mutta myös ammatillisuus



eritoten. Itselleni ainakin muiden tutkimusten lukeminen aiheesta ja aiheen vierestä on tuonut jonkinlaista tieteellisyyttä ja tutkimuksellisuutta. Monta asiaa elämässä ajattelee tämän jälkeen kriittisemmin ja ehkä tulee vaatimaan aina sen tutkitun tiedon asiasta, ja mikä parasta, nyt sitä on ainakin oppinut etsimään. Omaa työtäni olen pääsääntöisesti työstänyt koulutuskirjastossa, koska sen tekeminen on ollut työtä ja kotona on sitten muut jutut ja kujeet ollut odottamassa. Toisekseen ajatusten on oltava työssä, jotta pystyy samaan aikaan saamaan edes lähelle punaista lankaa osuvaa tekstiä. Monta kertaa olen istunut, miettinyt ja yhtäkkiä huomannut, että miten se menikään. Toisaalta työn tekeminen on ollut myös raadollista. Ensin löytää hyvät lähteet ja kirjoittaa paljon, kunnes huomaa, että eipä tämä teksti nyt oikein sovikaan tähän työhön ja ei auta kuin painaa delete. Työtä tehdessä välillä on ehkä ollut rankkaakin, mutta olen jollakin tapaa onnellinen, kun sain tehdä työni yksin. Ajankäyttö ja luovuus työssä on ollut vain minusta kiinni eikä kenestäkään muusta. Perheellisenä eritoten ajankäyttö on haastavaa, joten olen tehnyt aina, kun oma aikani on sallinut, eikä ole tarvinnut kysellä toiselta, milloin sopisi ja sopisiko tämä tekstin osa tähän, olen saanut olla oman työn orja.

Uskon, että opinnäytetyöni antaa minulle perehtymistä tarvittavaan asiantuntijuuteen päihdeongelmaisten kanssa työskennellessä. Äitien kokemusten pohjalta voidaan saada tietoa siitä, miten päihdeongelmista kärsiviä raskaana olevia voitaisiin paremmin kohdata ja auttaa neuvolassa. Luottamuksen merkitys korostuu molemmiin puolin hoitosuhteessa. Vankalla teorianäytöksellä on etu terveydenhoitajalle omassa ammatissaan. Raskaana olevien päihdeidenkäyttäjien hoidon kehittämiseen tullaan varmasti löytämään paljon hyödyllistä tietoa kokemuksen kautta.

Työtä tehdessä haastavaa on muun muassa lähteiden kasaaminen. Itse kun katson asiaa terveydenhuollon näkökulmasta ja päihteet liittyvät sekä yhdistetään alun perin sosiaalipuolelle. Suurin osa lähteissä olevista tutkimuksistani ovat juuri sosiaaliselta erikoisalalta. Sosiaali- ja terveysala yhdistettynä tähän tutkimukseen on ollut mielenkiintoista ja erittäin mukaansa tempaavaa.

Kyselyissä eräs äiti kysyi, miksi aina kaikki kyselyt tehdään vain äideille: miksi kyselyssäni ei ollut mukana isä tai yleensä ottaen vanhempi? Omassa tutkimuksessani tarkoitus oli nimenomaan haastatella päihteitä käyttäviä äitejä, koska kulmakivi, oli kuinka nämä päihteitä käyttävät raskaana ovat löydetään. Jatkotutkimushaasteena on hyvä ajatella myös isän ja perheen tutkimusta.

Näin tutkimuksen valmistumisvaiheessa mieltii useammalta kantilta äitien ajatuksia ja mietteitä ja juuri sitä varhaista kohtaamista. Niin kuin eräs äiti ehdottikin, että huumeetestejä tulisi tehdä yllätyksellisesti. Kuulostaa mielestäni todella hyvältä idealta. Tärkeäähän olisi juuri se, että äidit kohdattaisiin mahdollisimman varhain, ja huumeetesti olisi yksi hyvä kohtaamisen väline. Yhteiskuntaa ajatellen kysynpä, että kumpi maksaa enemmän: huumeetestit vaikka joka neuvolakäynti ja varhainen kohtaaminen vai kuukauden tai koko raskaus- ja vauva-ajan kestävä päihdekuntoutus?

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut minua paljon niin tutkimuksen tekemisessä kuin muutenkin. Työtä tehdessä on voinut huomata, että eri tutkimusvaiheiden työstäminen vie paljon aikaa, ja itse ainakin uppouduin täysin tutkimuksen salaiseen maailmaan. Opinnäytetyötä tehdessä tuleva terveydenhoitajan ammatti on konkretisoitunut koko ajan enemmän ja nyt huomaa miettivän asioita paljon syvällisemmin ja vastuullisemmin. Miten ihmeessä olenkaan päätenyt näin vastuulliseen ammattiin? Välillä tuleva ammatti mietityttää ja hieman pelottaakin jossakin suhteessa, mutta ehdottoman tärkeää on tunne sisälläni, että koen olevani minulle oikealle alalla ja haluan kehittyä työssäni ammatilliseksi terveydenhoitajaksi. Koulutukseni antaa hyvän pohjan työstää tulevaa ammattia, mutta työ tuo tullessaan vastaan varmasti vielä paljon uusia asioita, joita oppii parhaiten työtä tekemällä.

Uskon, että tutkimukseni avulla äitiysneuvolan terveydenhoitajille tulee enemmän rohkeutta kohdata riskioloissa eläviä perheitä sekä huomioida heidän erityistarpeitaan ja hyödyntää jo olemassa olevaa ammatillista osaamistaan oikeille alueille. Uskon myös, että työni lisää terveydenhoitajien tietoisuutta ongelman monitahoisuudesta ja sen yleisyydestä.

## LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S., & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

Andersson, M., Hyytinen, R., & Kuorelahti, M. 2008. Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihhteistä odotus- ja vauva aikana. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. 1.-2. painos. Hämeenlinna: Tammi.

Artama, M., Gissler, M., Malm, H., Paldan, M., Ritvanen, A. & Asiantuntijaryhmä. 2009. Lääke ja raskaus- pilottihankkeen tuloksia. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Elonheimo, H., Järvinen, R. & Kettunen, N. 2007. Korkki kiinni, pillerit purkkiin? Tietoa alkoholin ja huumeiden käytön vaikutuksista vauvaan raskausaikana. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6387/TMP.objres.506.pdf?sequence=1>. Luettu 21.11.2009.

Ensi- ja turvakotien liitto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>. Luettu 7.11.2009.

Ensi- ja turvakotien liitto. Vauvalähtöisyys ja päihdekuntoutus. Pidä kiinni - hoitojärjestelmän laatujärjestelmä.

Ensi- ja turvakotien liitto. 2010. Pidä kiinni -hoitojärjestelmän asiakasprofiili 2009.

Erkkilä, P. Kolehmainen, K. & Pellikka, P. 2007. Tuntosarvet pystyssä. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala.

European Commission. 2010. EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs\\_331\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf). Luettu 13.10.2010.

European Parliament. 2009. European Conference on Alcohol and Pregnancy. Www – dokumentti. Saatavissa: [http://www.eurocare.org/press/previous\\_events/eurocare\\_s\\_alcohol\\_and\\_pregnancy\\_conference\\_9\\_09\\_09\\_european\\_parliament](http://www.eurocare.org/press/previous_events/eurocare_s_alcohol_and_pregnancy_conference_9_09_09_european_parliament). Luettu 13.10.2010.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.-K. & Tervaskanto – Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.

Halmesmäki, E. 1999. Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Stakes/Ehkäisevä päihdetyö 1999.



Keski-Kohtamäki, R. 2005. Hoitoa vai hyysäystä? Päihdeongelmaisten äitien hoito HUS:n Naistenklinikalla. Asiantuntija-artikkeli. Kättilölehti 2/2005.

Kiianmaa, K. 2010. Poreilua. Alkoholin suurkulutuksen nimikkeistä täsmentyä. Asiantuntija-artikkeli. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://community.stakes.fi/blogs/neuvoa-antavat/archive/2010/05/24/Kalervo-Kiianmaa\\_3A00\\_-Alkoholin-suurkulutuksen-nimikkeist\\_F600\\_-t\\_E400\\_smentyy.aspx](http://community.stakes.fi/blogs/neuvoa-antavat/archive/2010/05/24/Kalervo-Kiianmaa_3A00_-Alkoholin-suurkulutuksen-nimikkeist_F600_-t_E400_smentyy.aspx). Luettu 13.10.2010.

Kähkönen, E. 2009. Odottavien päihdeäitien pakkohoito jakaa mielipiteet. Asiantuntija-artikkeli. Suomen Lääkärilehti 13/2009. Vsk 64.

Käypä hoito-suositus. 2006. Huumeongelmaisen hoito. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>. Luettu 5.6.2010.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola\\_lapsiperheiden\\_tukena\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf). Luettu 3.11.2009.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino – Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Leppo, A. 2008. Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. Asiantuntija-artikkeli. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2008:1 – 93 45.

Lindfors, K. 2009. Päihdetyössä tarvitaan innovatiivisuutta. Isän alkoholinkäytöstä keskusteleminen äitiysneuvolassa. Audit apuna. Neuvola ja kouluterveys 4/2009.

Lindfors, K. 2010. Alkoholiongelmainen äiti päihdelinkin suljetussa keskusteluryhmässä. Pro gradu -tutkielma. Itä- Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteen laitos. Sosiaalityön pääaine.

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968- 2000. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Mielialalomake. EPDS. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://neuvolakeskus.stakes.fi/NR/rdonlyres/67A6812D-151A-4404-AC73-2657AC1FAA7D/0/Mielialalomake.pdf>. Luettu 7.9.2010.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Lomake parisuhdeväkivallan seulontaan äitiys- ja lastenneuvolassa. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://neuvolakeskus.stakes.fi/NR/rdonlyres/77D93702-1897-401F-BC1D-8C1744C2F5C2/0/parisuhdevakivallan\\_seulontalomake.pdf](http://neuvolakeskus.stakes.fi/NR/rdonlyres/77D93702-1897-401F-BC1D-8C1744C2F5C2/0/parisuhdevakivallan_seulontalomake.pdf). Luettu 7.9.2010.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Voimavaramittari ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/neuvolatyo/voimavaramittari\\_odottaville.pdf](http://www.stakes.fi/neuvolatyo/voimavaramittari_odottaville.pdf). Luettu 7.9.2010.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Vauvaperheen arjen voimavarat. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/neuvolatyo/voimavaramittari\\_vauvaperheille.pdf](http://www.stakes.fi/neuvolatyo/voimavaramittari_vauvaperheille.pdf). Luettu 7.9.2010.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Huolen vyöhykkeistö. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/vyohyккеisto/index.htm>. Luettu 7.9.2010.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Niskanen, H. & Salomaa, E. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kokemuksia päihde- ja terveysalan ohjaamisesta. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Nätkin, R. 2006. Pullo, pillerit, perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Juva: PS-kustannus.

Ollila, A. & Taipale, S. 2005. Päihdekäytön monet kasvot raskaana olevilla sekä vauvaperheillä. Asiantuntija-artikkeli. Kätilölehti 2/2005.

Paananen, U., Pielikäinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A- M. 2006. Kätilötyö. 1. painos. Tampere: Tammer-Paino oy.

Pajulo, M. 2001. Päihderiippuvuus ja varhainen äitiys. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Www- dokumentti. Saatavissa: <http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/06a4bfeb2992787ec2256b39005e6031/e44574fa7bbfc358c2256a5300329f9e?OpenDocument>. Luettu 3.11.2009.

Pajulo, M. 2009. Pakkotoimilla uhkailu ei tue päihdeäitien hoidon tavoitteita. Asiantuntija-artikkeli. Suomen Lääkärilehti 10/2009. Vsk 64.

Pajulo, M. 2010. Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? Asiantuntija-artikkeli. Suomen Lääkärilehti 14/2010. Vsk 65.

Pajulo, M. & Kalland, M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. Asiantuntija-artikkeli. Duodecim 21/2006.

Palo, A.-M. & Peura, J. 2009. Silkkihansikkain, mutta ymmärtävästi. Päihdeäidit kätilötyön haasteena. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Pistokoski, M. & Ryyppö, T. 2007. Alkoholinkäyttö ja tupakointi raskauden aikana – haaste henkilökunnalle. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala.

Pitkänen, T. 2006. Raskaana olevien päihdekäyttäjien näkemyksiä palvelujen laadusta. Pro gradu tutkielma. Kuopion Yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/tiinapitkanengradu.pdf>. Luettu 21.11.2009.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Päihdelinkki. Alkoholinkäytön riskit (AUDIT). Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>. Luettu 21.11.2009.

Raimo, K. & Salokangas, R. 2010. Raskausajan tupakointi vaikuttaa lapsen psyykeen. Asiantuntija-artikkeli. Suomen Lääkärilehti 41/2010. Vsk 65.

Salminen, A.-R. 2008. Luulen, etten tunnista läheskään kaikkia päihteidenkäyttäjiä. Neuvolan terveydenhoitajien kokemuksia raskausajan HAL-hoitoketjumallista. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Www-dokumentti. Saatavissa:

[https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38314/jamk\\_1211381545\\_3.pdf?sequence=1](https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38314/jamk_1211381545_3.pdf?sequence=1).

Luettu 21.11.2009.

Satka, M. 2009. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. Asiantuntija-artikkeli. Yhteiskuntapolitiikka 74. (2009):1.

Sorsa, M., Paavilainen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Huumausaineita käyttävän äidin päihdehoito ja siihen osallistuminen. Katsausartikkeli. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2004: 173-271 41.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Julkaisu 2008: 6.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009/4. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Työryhmä raportti. Www-dokumentti. Saatavissa:

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

Luettu 1.9.2010.

Suortamo, E. 2005. Päihdeäitien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Asiantuntija-artikkeli. Kättilölehti 2/2005.

Tammela, O. & Nuutila, M. 2008. Onko sikiöllä oikeuksia?. Asiantuntija-artikkeli. Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo97057&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97057&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero). Luettu 22.7.2010.

Tikkanen, M. 2008. Tupakointi ja raskaus. Asiantuntija-artikkeli. Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo97280&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97280&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero). Luettu 1.6.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tupakkalaki 693/2010.

Yhdistyneet kansakunnat. 1959. Lapsen oikeuksien julistus. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.unicef.fi/lapsen\\_oikeuksien\\_julistus](http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus). Luettu 22.7.2010.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Veijalainen, E.-K., Heino, T., Kalland, M., Kammonen, H., Paasikangas, L. & Salo, S. 2008. Päihdeongelmaisten vauvaperheiden auttaminen kotona. Mallin ja osaamisen kehittäminen Tosi-projektissa. Projekti. Ensi- ja turvakotien liitto ry.

Veistilä, M. 2008. Päihteitä käyttäneet äidit, heidän lapsensa ja lastensuojelu. Lisensiaatin tutkimus. Helsingin Yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Lapsi- ja nuorisososiaalityön erikoisala.

Väyrynen, S. 2007. Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa. Akateeminen väitöskirja. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Väänänen, T. & Ruuth, P. 2010. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2009. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.



**AUDIT-kysely alkoholin suurkulutuksen tunnistamiseksi.**

**1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskivolua tai tilkan viiniä.**

- 0. Ei koskaan
- 1. Noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2. 2 - 4 kertaa kuussa
- 3. 2 - 3 kertaa viikossa
- 4. 4 kertaa viikossa tai useammin.

**2. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

**3. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?**

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

**4. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

**5. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

**6. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

**7. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

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

- 0. Ei
- 2. On, muttei viimeisen vuoden aikana
- 4. Kyllä, viimeisen vuoden aikana.

**9. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?**

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin.

**10. Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?**

- 0. Ei
- 2. On, muttei viimeisen vuoden aikana
- 4. Kyllä, viimeisen vuoden aikana.

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Ensi- ja turvakotien liitto, Pida kinni  
 hoitojärjestelmä pitää sisällään kuusi  
 vastuuhenkilö organisaatiossa toimintaa ylläpitävää paikallisyhdistystä, Helsinki,<sup>x</sup>  
Jyväskylä, Kokkola, Kuopio, Rovaniemi ja Turku.

Tutkimusluvan anoja(t) Haikara Jonna, terveydenhoitajaopiskelija

Osoite Kustaa Aadolfinkatu 67 a 5, 67200 KOKKOLA  
 Puhelin 040 7721 147  
 Sähköpostiosoite jonna.haikara@cop.fi

Tutkimuksen nimi Päihdeongelmasta kärsivien äitien kokemuksia  
raskauden aikaisesta tuesta neuvolassa.

Tutkimuksen tarkoitus Kartoittaa kaikissa Pida kinni hoitojärjestelmän  
(ensikodit ja avopalveluyksiköt) yksiköissä olevien  
äitien saamaa ja tarvitsemaa tukea raskausaikana neuvolassa.

Tutkimuksen kohderyhmä Päiheteitä käyttävät äidit

Aineiston keruun arvioitu ajankohta Kesä - elokuu 2010

Tutkimusmenetelmä Kvalitatiivinen kyselytutkimus. Tulosten  
analyysissä käytetään sisällönanalyysi menetelmää.

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 15 / 12 / 2009

Tutkimuksen ohjaaja Vuolto Soili (soili.vuolto@cop.fi)

Lupa myönnetään, kunhan em. paikallisyhdistyksistä on myös luvat.  
 paikka Helsinki aika 15 / 11 / 2010

anomuksen mukaisesti  muutosehdotuksin  hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Maarit Tolonen

LIITTEET  Tutkimussuunnitelma  
 Kysely/haastattelulomake  
 Muut liitteet, mitkä \_\_\_\_\_

*Voitte ympyröidä valitsemanne vaihtoehdon ja perustella vapaasti vastaustanne alle oleville viivoille.*

Ensimmäistä kertaa äitiysneuvolaan mennessä, kerroitteko päihdeongelmastanne?

kyllä

en

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Miten neuvolan työntekijä teihin suhtautui, kun kerroitte raskauden aikaisesta päihdeongelmasta?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Miten päihdeongelmista kärsivää raskaana olevaa tulisi lähestyä neuvolassa, mikäli ei ole tietoa äidin päihdeongelmasta?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Minkälaista apua päihdeongelmaanne neuvolasta tarjottiin?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Minkälaista apua olisitte toivoneet päihdeongelmaanne?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Minkälaisia tunteita neuvolassa käyminen herätti teissä?

Myönteisiä: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kielteisiä: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitkä mielestänne olisivat hyviä keinoja ottaa päihdeongelma puheeksi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vapaa sana

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksestanne.



Hyvä äiti!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Teen opintoihin kuuluvaa opinnäytetyötutkimusta päihdeongelmista kärsivien raskaana olevien ja vauvaikäisten lasten äitien kokemuksista neuvolasta. Tutkin sitä, ovatko vanhemmat saaneet tarvitsemaansa tukea neuvolasta.

Tavoitteena on, että kokemusten pohjalta saatu tieto voisi auttaa kehittämään neuvolassa tehtävää työtä päihdeongelmaisten vanhempien kanssa. Tarkoitukseni on kerätä tätä kokemustietoa kaikista päihdeongelmien hoitoon erikoistuneista ensikodeista ja avopalveluyksiköistä (Pidä kiinni-yksiköistä). Kyselystä saatavat tulokset ovat tärkeää tietoa äitiysneuvolatyön kehittämiseksi.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista! Vastauksenne on kuitenkin tärkeä. Toivon saavani teiltä avointa palautetta neuvolasta saamastanne tuesta raskauden aikana. Pyydän teitä ystävällisesti palauttamaan vastauksenne ohessa olevassa palautuskuoressa suljettuna 23.7.2010 mennessä oman yksikkönne työntekijälle. Tämän jälkeen vastaukset lähetetään avaamattomina allekirjoittaneelle. Tulen käsittelemään nimettömät kyselylomakkeet ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset analysoin niin, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa missään vaiheessa tutkimusta. Kyselylomakkeet hävitän asianmukaisesti opinnäytetyöni valmistuttua.

Valmis opinnäytetyö on kaikkien saatavilla Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjastosta syksyllä 2010.

Kiitos antamastanne vastausajasta.

Jonna Haikara  
Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja AMK  
Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulu  
[jonna.haikara@cou.fi](mailto:jonna.haikara@cou.fi)  
Kokkolassa 2.7.2010





Hyvä vastaanottava Pidä kiinni - hoitojärjestelmän yksikkö!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Teen opintoihin liittyen opinnäytetyötutkimuksen päihdeongelmista kärsivien raskaana olevien ja vauvaikäisten lasten äitien kokemuksista neuvolasta saamastaan tuesta raskauden aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa päihdeongelmista kärsivien äitien neuvolapalvelu kokemuksista ja lisätä neuvolatyöntekijöiden valmiuksia kohdata päihdeongelmaisia äitejä sekä parantaa näin ollen äitiysneuvolapalveluja. Tarkoituksena on kartoittaa Suomen kaikissa (seitsemässä (7)) päihdeongelmien hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa ja avopalveluyksiköissä kuntoutuksessa olevien päihdeongelmaisten äitien saamaa ja tarvitsemaa tukea neuvolassa. Lisäksi tavoitteena on selvittää miten neuvolatyötä voitaisiin kehittää päihdeongelmasta kärsivien äitien auttamiseksi. Tulosten pohjalta on mahdollisuus saada uusia näkökulmia äitiysneuvolatyöhön.

Kyselyyn vastaaminen on äideille täysin vapaaehtoista, eikä siihen liity mitään jatko seuraamuksia. Odotan saavani päihdeongelmista kärsiviltä äideiltä suoraa palautetta neuvolasta saamastaan tuesta raskauden aikana. Tulen käsittelemään asiakkaiden nimettömät kyselylomakkeet ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset analysoin niin, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa missään vaiheessa tutkimusta. Kyselylomakkeet hävitän asianmukaisesti opinnäytetyöni valmistuttua. Pyydän teitä ystävällisesti jakamaan yksikössänne nämä kirjekuoressa olevat kyselylomakkeet palautekuorineen raskaana oleville ja vauvaikäisten lasten äideille. Toivon teidän kokoavan ohessa olevaan palautuskuoreen äitien palauttamat suljetut vastauskuoret ja lähettämään ne takaisin 23.7.2010 mennessä.

Valmis opinnäytetyö on kaikkien saatavilla Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjastosta syksyllä 2010.

Kiitos avustanne tutkimukseni toteuttamiseksi.

Jonna Haikara  
Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja AMK  
Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulu  
jonna.haikara@cou.fi  
Kokkolassa 2.7.2010