

Mikä herättää terveydenhoitajan huolen?

HUOLEN TUNNISTAMISEN JA TOIMIMISEN HAASTEET LASTENNEUVOLASSA JA KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA

Suomessa kannettiin huolta lasten terveydestä ja hyvinvoinnista jo 1800-luvulla, jolloin vastasyntyneiden ja pienten lasten kuolleisuus oli huomattavan korkea. Silloiset piirilääkärit raportoivat vuosikertomuksissaan lasten huonosta hoidosta, jonka syynä he pitivät väestön yleistä tietämättömyyttä ja kansan sivistyksen puutetta. (1)

1900-luvulla lasten terveyteen alettiin kiinnittää enemmän huomioita. Yksi esimerkki tästä oli Maitopisara-asemat, joista ensimmäisen perusti Greta Klärich vuonna 1904 Helsingin Kallioon. Maitopisara-asemilla toimi lääkäri, joka tutki ja mittasi lapset säännöllisesti ja määräsi sen mukaan tarvittavat maitoannokset, ja lisäksi Maitopisara-aseman hoitajat suorittivat myös kotikäyntejä. Toiminta laajeni myöhemmin muutamiiin muihinkin kaupunkeihin. (1,2)

1920-luvulla imeväisyyskuolleisuus oli 9,7 lasta 100 elävänä syntynyttä lasta kohti (2). Sadan vuoden aikana imeväisyyskuolleisuus on laskeutunut huomattavasti, sillä tänä päivänä Suomessa imeväisyyskuolleisuus on yksi maailman

alhaisempia, 3 lasta 1000 elävänä syntynyttä lasta kohden (3). Arkkiatri Arvo Ylpön mukaan lähes imeväisikäisten kuolemantapaukset johtuivat lähes poikkeuksetta puutoksista ravitsemuksessa, epäpuhtauudesta ja perheiden tietämättömyydestä. Hän painotti sitä, että äidit oppivat asioita lääkärin ja huoltosisarten lisäksi paljon myös toisiltaan. Ylppö kehotti äitejä kilpailemaan keskenään lasten puhtauudesta, minkä arvoitiin johtavan lasten terveystason kohoamiseen ja myös kotien siistiytymiseen. (2)

Jo 1920-luvulla alettiin kouluttaa sairaanhoitajia, diakonisseja ja kätilöitä lastenneuvolatyöhön sekä kouluhoitajattaria. Ylihoitaja Sophie Mannerheim oli tärkeässä roolissa sairaanhoitajien kouluttajana, ja Mannerheimin lastensuojeluliiton toiminnan painopiste oli koululaisten terveydenhuollon edistäminen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja ruotsinkielisten Samfundet Folkhälsan palkkasivat ensimmäiset kouluhoitajattaret koululääkäreiden avuksi. Hoitajatarten työ jakaantui kolmeen osa-alueeseen: kouluikänteihin kotikäynteihin ja suurimmilla paikkakunnilla myös poliklinikkakäynteihin. Yksi toiminnan tärkeistä painopisteistä oli tarttuvien tautien torjuminen, ja lisäksi keskusteltiin puhtaus- ja ravintokasvatuksesta esimerkiksi kahvin vahingollisuudesta. (2)

Seuraavalla vuosikymmenellä kiinnitettiin huomioita

lasten alipainoisuuteen, ja kouluilta jaettiin ruokaa vähävaraisten lasten koteihin. Sota-aikana kouluterveydenhuolto toimi puutteellisesti, koska tarkastettavia oli paljon Karjalasta tulleiden siirtolaisten takia. Tuolloin myös kulkutaudit olivat yleisiä. 1940-luvulla aloitettiin Calmet- ja kurkkumätärökotukset, ja lisäksi tehtiin tuberkuliinikokeita. Sosiaalihuoltoa parannettiin sotien jälkeen esimerkiksi kansakoulu alkoivat tarjota oppilailleen ilmaisen aterian, vuoropäivinä oli velliiä ja perunakeittoa. Vuonna 1944 tuli voimaan myös laki kunnallista terveys-sisarista. (4)

Lääkintäneuvos Hultin tutkimuksessa (1973) ilmeni, että vuonna 1962 lastenneuvolatoiminnan maksuttomuudesta huolimatta yhteiskunnan vähävarainen väestö käytti vähiten sekä lääkärin että terveyssisaren palveluja. Alle 1-vuotiaista 21 prosenttia ei ollut käynyt lainkaan neuvolalääkärin vastaanotolla, ja vastaavasti 17 prosenttia imeväisikäisiä ei ollut käynyt kertaakaan ensimmäisen ikävuoden aikana terveyssisaren vastaanotolla. Näissä tapauksissa yhteydenpito neuvolaan hoidettiin terveyssisaren kotikäynneillä. Eniten neuvolapalveluja käytti ylin sosiaaliryhmä ja opiskelijat, vähiten alin sosiaaliryhmä eli maanviljelijät ja äidit, jotka eivät olleet naimisissa. Vuonna 1962 otettiin käyttöön ns. jatkuva terveyskortti, johon merkittiin lasta koskevat tärkeät

terveystiedot ja toimenpiteet. Kortin käyttäminen jatkui myös kouluterveydenhuollossa. (1)

Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, joka yhdenmukaisti ja systematisoi suomalaisen kouluterveydenhuollon. Kouluterveydenhuollon painopiste siirtyi sairauksien diagnostiikasta ja hoitoon ohjauksesta entistä enemmän ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämisen suuntaan. (2)

Viime vuosituhaten lopulla 1990-luvulla lisääntyi tietoisuus lapsuus- ja nuoruusiän keskeisestä merkityksestä aikuisiän terveydelle. Terveydellä ei enää ymmärretty vain sairauksien puuttumista, vaan terveyttä tarkasteltiin ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja älyllisen kehityksen sekä toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kokonaisuutena. Kouluterveydenhuollon painopiste siirtyi fyysisistä ongelmista psykososiaalisten ongelmien suuntaan.

Nyt 2010-luvulla yli sata vuotta myöhemmin, suuri osa lapsista ja nuorista voi hyvin ja elää terveempää lapsuutta kuin monet edelliset sukupolvet. Kuitenkin on huomattava, että samaan aikaan osa lapsista voi huonosti ja ongelmat kasaantuvat yhä suuremmalle lapsijoukolle, joka on vaarassa syrjäytyä. Myös lastensuojelun asiakuudet ja huono-osaisuuden periytyminen sukupolvelta toiselle ovat kasvaneet. (5)

Koulutettujen ja hyvätuloisten vanhempien terveydentila on selvästi parempi kuin matalammin koulutetuilla ja pienituloisilla perheillä. Tuloerot ovat aiempaa suurempia, ja myös työttömyys ja määräaikaiset työsuhteet ovat yleistyneet. Toimeentulo-

vaikeuksia ilmenee erityisesti yhden huoltajan perheissä ja monilapsissa perheissä. Taloudelliset ja sosiaaliset vaikeudet kuormittavat vanhempia ja heidän jaksamista lapsiperheen arjessa. Työssäkäyvien perheiden vanhemmat ovat huolestuneita perheen yhteisen ajan vähyydestä ja jaksamisestaan vanhempina. Kaikki tämä heijastuu myös lastensuojeluun, sillä vanhempien voimavarojen puute onkin usein lastensuojelun asiakuuden taustalla. (5)

Perhe on yhteiskunnan sosiaalinen perusrakenne ja perheen terveys nähdään kokonaisuutena, jossa erilaiset perhetekijät kuten biologiset, psykososiaaliset, sosiaaliset, kulttuuriset sekä vuorovaikutusprosessit että terveyskäyttäytyminen vaikuttavat eri tavoin koko perheen terveyteen ja toimivuuteen. Perhe on myös lapsen terveyden ja sosiaalisen kehityksen kasvuympäristö. (6)

Lapsen sosioekonominen asema määrittellään usein vanhempien sosioekonomisen aseman mukaan, eli tavallisimmin vanhempien koulutuksen, ammatin, työmarkkina-aseman ja tulojen perusteella Väestön hyvinvointierot näkyvät myös lapsiperheiden arjessa, esimerkiksi rahankäytön ja kulutusmahdollisuuksien eroina. Perheen pienituloisuus saattaa johtaa lasten syrjimiseen tai kiusaamiseen, kun lapset vertailevat esimerkiksi pukeutumista, omistamiaan tavaroita tai harrastuksia. (7) Vaikka terveyserot ovat lapsilla vähäisiä, vanhempien sosioekonominen asema ja lapsuuden elinolot ennustavat selkeästi aikuisiän terveyden, sairauden ja terveyskäyttäytymisen eroja,

esimerkiksi tupakointia aikuisiällä (8).

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toimintaa ohjataan kansallisella lainsäädännöllä ja kuntien tehtävänä on seurata ja tukea lasten terveyttä ja hyvinvointia neuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa. Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) on kirjattu velvoitteet neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon järjestämisestä ja sisällöstä. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta taroituksena on taata valtakunnallisesti yhtenäiset palvelut, tehostaa hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäistä syrjäytymistä sekä kaventaa terveyseroja. (9)

Kouluterveydenhuollon toimintaan liittyy myös oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) osana yksilöllistä ja yhteisöllistä opiskeluhuoltoa.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto tarjoavat lapsille ja nuorille sekä lapsiperheille universaaleja, ennaltaehkäiseviä palveluita, jotka ovat käyttäjille maksuttomia. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin yhdessä tekemät määräaikaiset terveystarkastukset ja lääkärin kanssa yhdessä tehdyt laajat terveystarkastukset antavat mahdollisuuden tavoittaa koko ikäluokka ja mahdollistavat näin niin lasten, nuorten kuin perheiden terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöiden arvion: huolen havaitsemisen sekä tarvittavan varhaisen avun ja tuen kohdentamisen.

Huoli käsitteenä on monimuotoinen ja vaikeasti yksi-

selitteisesti määriteltävissä. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään huolesta usein sanoja worry tai concern. Näiden sanojen vivahde-erot ovat hyvin pieniä. Worry kuvaa enemmän harmia tai huolestumista jostakin kun taas concern kuvaa pikemmin huolenaihetta, huolta siitä, että jokin asia ei ole kunnossa. Englantilaisen hoitotieteen tutkija Appletonin (1996) mukaan perheen tuen tarpeen tunnistamisessa tärkeintä on hoitajan oma amatillinen arvio, joka perustuu tietoon perheen taustasta, historiasta ja havainnointiin sekä hoitajan tietoperustaan, kokemukseen ja vaistoon vastaanototilanteessa. (10) Suomalaiset Eriksson & Arnkil (2007) määrittelevät huolen subjektiiviseksi näkemykseksi, joka työntekijälle syntyy asiakassuhteessa. Huoli on subjektiivista ennakoimista tulevasta ja oletetuista toimintamahdollisuuksista. (11) Varhainen huolten tunnistaminen ja tuen tarjoaminen ovat lasten, nuorten ja perheiden ongelmien ehkäisyn kanalta keskeisiä.

Lasten hyvinvointi on tärkeää monin tavoin. Jo YK:n lasten oikeuksien sopimus toteaa, että lapset ovat oikeutettuja suojeluun ja hoivaan. Lapset ovat myös yksilöinä arvokkaita, he ovat ilo vanhemmilleen, mutta yhteiskunnan kannalta lapset voidaan nähdä myös tulevaisuutemme rakentajina, johon yhteiskuntamme hyvinvointi ja sosiaalinen kestävyys rakentuvat.

Tutkimuksessani kuvaan terveydenhoitajien huolia ja toimintamahdollisuuksia sekä selvitan huoliin yhteydessä olevia perheen sosioekonomisia

tekijöitä (perherakenne, vanhempien koulutus, työllisyys ja näkemys tulojen riittävydestä) perheen terveyttä ja terveyskäyttäytymistä (mm. tupakointia) lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Tutkimus toteutettiin monimenetelmä tutkimuksena, ja määrällisenä aineistona käytettiin Lasten terveysseuranta-tutkimuksen (Late) tutkimusaineistoa vuosilta 2007–2009. Laadullinen aineisto koostui Late-pilottitutkimukseen vuosina 2007–2008 osallistuneiden kouluterveydenhoitajien ryhmähaastatteluilta.

Terveydenhoitajille heräsi huoli joka neljännessä (25 %) lasten terveystarkastuksessa lapsen ja /tai perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveydenhoitajat olivat erityisesti huolissaan niiden lasten terveydestä ja kehityksestä, joiden perheissä ilmeni terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia. Perherakenteiden muutokset kuten erot, yksinhuoltajuus ja uusperhetilanteet sekä niiden vaikutukset lasten erityisesti alakouluikäisten poikien, terveyteen ja psykososiaaliseen kehitykseen huolestuttivat terveydenhoitajia. Terveydenhoitajat toivat esiin huolen myös siitä, että yhä useampi perhe on lastensuojelun asiakas.

Lasten ja vanhempien ylipaino, vanhempien ja nuorten tupakointi sekä lasten ruutujan suuri määrä olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Yksinhuoltaja-äitien tupakointi oli erityisesti yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä. Huolta

ilmeni myös koulupoissaolojen määrästä ja siitä, että vanhemmat hyväksyvät helposti poissaolot sairauspoissaoloina. Myös alakouluikäisten netti-kiusaaminen herätti huolta.

Väitöskirjani tulokset tukevat aiempaa käsitystä siitä, että perheen terveydellä ja hyvinvoinnilla on merkitystä arvioitaessa lasten ja nuorten terveyttä ja kehitystä. Myös sosioekonomisten perhetekijöiden merkityksen arvioiminen terveystarkastuksessa lapsen ja nuoren ikä huomioiden on tärkeää, jotta lapselle ja nuorelle voidaan tarjota kokonaisvaltaista kasvun ja kehityksen varhaista tukea.

KIRJALLISUUS

1. Hultin H. Imeväisten terveydenhoito Suomen lastenneuvoloissa 1960-luvulla. Lääkintöhallituksen julkaisu, Helsinki; 1973.
2. Simoila R. Terveydenhoitajan työn, kehitys, ristiriidat ja työjärjentaatiot. Stakes tutkimuksia 48, Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy 1995;29–32.
3. Kartovaara L. Lasten kuolleisuus. Teoksessa Suomalainen lapsi. Tilastokeskus, STAKES (toim.) Helsinki 2007;370–380.
4. Pirjo Terho. Kouluterveydenhuollon historiaa. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. Terho P. Ala-Laurila E-L, Laakso Juhani (toim.) Duodecim 2002;12–17.
5. Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallisen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki; 2012.

6. Hopia H, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. The diversity of family health: constituent systems and resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005;19(3):186–195
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00340.x>
7. Kestilä L. Pathways to the health – Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood. *Publications of The National Public Health Institute A 23/2008*. Helsinki; 2008.
8. Hakovirta M, Rantalaiho M. Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. Kelan tutkimusosasto. Helsinki;2012
9. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>. (luettu 04.03.2013)
10. Appleton J, Cowley S. The guideline contradiction health visitors' use of formal guidelines for identifying and assessing families in need. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41(7):785–797
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.006>
11. Arnkil T, Eriksson E, Arnkil R. Palvelujen dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. *Stakes, Raportteja 253*. Helsinki; 2000

HANNELE POUTIAINEN
 FT

*Päijät-Hämeen
 hyvinvointiyhtymä
 Lasten ja nuorten hyvinvointi*

Keskustelu tämän numeron kirjoituksista jatkuu Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ja lehden uusissa yhteisissä sosiaalisen median kanavissa:

Twitter: @soslaaketiede

Facebook: sosiaalilaaketiede



Liity mukaan keskusteluun!