

RASKAUSAJAN TUPAKOINTIA KOSKEVA KOMMUNIKAATIO
ÄITIYSNEUVOLAN VASTAANOTOLLA

Anu Piispanen
PRO GRADU -TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2016

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1 Keskeiset käsitteet	7
2.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus	9
2.3 Aikaisemmat tutkimukset raskausajan tupakointia koskevasta kommunikaatiosta	9
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	18
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	19
4.1 Tutkimusasetelma.....	19
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos	20
4.3 Tutkimusmenetelmä	20
4.4 Aineistonkeruun toteuttaminen	21
4.5 Aineiston analyysi	22
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	24
5.1 Tutkittavien kuvailu	24
5.2 Sanallinen ja sanaton kommunikaatio tupakointia koskevissa keskusteluissa.....	26
5.3 Terveystieteiden kokemus tupakointikeskusteluista.....	37
5.4 Raskaana olevien naisten kokemukset tupakointikeskustelusta.....	41
6 POHDINTA.....	44
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	44
6.2 Tutkimuksen eettisyys	46
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	48
6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
LÄHTEET.....	57

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet ja hakutulokset

Liite 2. Kirjallisuushaun toteutus

Liite 3. Keskeiset tutkimukset

Liite 4. Tiedote tutkimuksesta esimiehille

Liite 5. Tiedote tutkimuksesta terveydenhoitajille

Liite 6. Tiedote tutkimuksesta raskaana oleville naisille

Liite 7. Tutkittavan kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 8. Haastattelurunko terveydenhoitajalle

Liite 9. Haastattelurunko raskaana olevalle naiselle

Liite 10. Esimerkkejä analyysin etenemisestä

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusasetelma s.19

Kuvio 2. Terveydenhoitajien kokemukset tupakointikeskusteluista s.38

Kuvio 3. Raskaana olevien naisten kokemukset tupakointikeskusteluista s.42

TAULUKOT

Taulukko 1. Arviot raskaana olevien naisten muutosvaiheesta s.26

Taulukko 2. Tupakointikeskustelujen ja puheenvuorojen kestot vastaanotoilla s.27

Taulukko 3. Kuuden K:n mallin mukaiset periaatteet ja terveydenhoitajien kuvaamat kommunikointitavat ja niiden toteutuminen vastaanottojen tupakointikeskusteluissa s.32

TURUN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

PIISPANEN, ANU: Raskausajan tupakointia koskeva kommunikaatio äitiysneuvolan vastaanotolla

Pro gradu -tutkielma, 61 s., 18 liites.
Hoitotiede
Huhtikuu 2016

Suomalaiset terveydenhoitajat keskustelevat tupakoinnista raskaana olevien naisten kanssa äitiysneuvolan ensikäynniltä alkaen. Silti raskaana olevien naisten tupakointi ei ole vähentynyt samaan tapaan kuin muissa Pohjoismaissa. Suomalaisnaisista noin 15 prosenttia tupakoi alkuraskaudessa. Tämä tarkoittaa, että lähes 9000 sikiötä altistuu vuosittain tupakoinnin haitoille äitinsä kohdussa. Myönteisen kehityksen aikaan saamiseksi tarvitsemme lisää tietoa äitiysneuvoloiden tupakoimattomuutta tukevasta kommunikoinnista. Tämä tutkimus pyrkii osaltaan täyttämään tuota tarvetta kuvaamalla terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten sanallista ja sanatonta kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevasta keskustelusta äitiysneuvolan vastaanotolla.

Tutkittavat valittiin tarkoituksenmukaisella otannalla yhden eteläsuomalaisen kunnan äitiysneuvoloista. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin havainnointia ja haastatteluja. Äitiysneuvolan määräaikaistarkastuksen tupakointia koskevia keskusteluja videoitiin (n=5), minkä jälkeen raskaana olevia tupakoivia naisia (n=5) ja terveydenhoitajia (n=5) haastateltiin erikseen. Myös ne terveydenhoitajat (n=5) haastateltiin, joiden asiakaskunnassa ei ollut tupakoivia raskaana olevia naisia aineiston keruuajankana syksyllä 2015. Aineisto analysoitiin induktiivisesti temaattisella analyysillä ja keskusteluanalyysejä soveltamalla.

Videoidut tupakointikeskustelut olivat terveydenhoitajapainotteisia paitsi silloin, kun vastaanotoilla käytettiin motivoivan haastattelun periaatteita. Terveydenhoitajat ottivat tupakoinnin puheeksi ja antoivat myönteistä palautetta aktiivisesti. Sen sijaan muu tupakoinnista kommunikoiminen oli vähäisempää. Jatko-ohjaus ja keskustelun tavoitteellisuus toteutuivat vastaanotoilla huonoiten. Kommunikoinnin perusteella tupakoinnista oli helpompi puhua konkreettisten työkalujen kuten nikotiiniriippuvuutta kuvaavan Fagerströmin testin avulla. Sanattoman kommunikoinnin merkitys tuli esille etenkin tunteiden ilmaisussa ja vuorovaikutuksen säätelyssä.

Terveydenhoitajat kokivat, että tupakoinnista pyritään kommunikoimaan asiakas- ja tilannekohtaisesti ja kannustavasti. Terveydenhoitajien mielestä tupakointikeskusteluihin vaikuttivat raskaana olevien naisten keskusteluhalukkuus, rehellisyys ja motivaatio tupakoinnin lopettamiseen. Lisäksi se, miten terveydenhoitajat priorisoivat tupakoimattomuutta ja tupakointikeskusteluja ja kuinka he luottivat itseensä ohjauksen antajana, vaikuttivat tilanteen kulkuun. Raskaana olevat naiset kokivat, että keskustelut olivat äiti- ja perhekeskeisiä. He kokivat tupakoinnista keskustelemisen tärkeäksi, mutta pitivät tärkeämpänä oman muutoksensa johtamista.

Tupakointikeskusteluja priorisoimalla ja sanallista ja sanatonta kommunikointia tehostamalla äitiysneuvoloiden terveydenhoitajilla on mahdollisuus tukea raskaana olevia naisia tupakoimattomuuteen entistä paremmin.

Avainsanat: raskausajan tupakointi, äitiysneuvola, kommunikaatio

In Finland, women will be counselled for smoking cessation as a part of routine antenatal care. Still the rate of maternal smoking is high (15 %), which is much higher than in the other Nordic countries. This means that annually almost 9,000 Finnish unborn children is exposed to harm caused by smoking. Thus, a deeper understanding of communication and clinical practice guideline's implementation in the public maternity clinic are needed. The aim of this study was to investigate the verbal and nonverbal communication between public health nurses and pregnant women and to describe their experiences of smoking cessation counsels. The objective was to produce information for developing smoking cessation methods for pregnant women.

A purposive sample of pregnant women who smoke and public health nurses were selected from public maternity clinics in a municipality located in South Finland. Videotaped observations (n=5) of maternity clinic visits were undertaken followed by interviews of pregnant women (n=5) and public health nurses (n=5). Also those public health nurses (n=5) were interviewed who did not have smoking client when data was collected in autumn 2015. Transcriptions were analyzed by inductive approach using thematic analysis and application of conversation analysis.

During the counsels public health nurses spoke more than pregnant women, except in cases where the public health nurses used the principles of motivational interviewing. Public health nurses asked about smoking and gave positive feedback actively. In contrast, other ways to communicate on smoking was limited. Arranging follow-up and setting target to quit smoking, implemented worst. On the basis of communication, it was easier to talk about smoking with assist tools such as the Fagerström Test for Nicotine Dependence. The importance of non-verbal communication came up especially when expressing emotions and regulating the flow of interaction.

Public health nurses experienced that they communicated on smoking individually and supportively. The smooth flow of communication was affected pregnant women's motivation for conversation and smoking cessation and transparency. Also public health nurse's prioritization and self-confidence affected on counsels. Pregnant women experienced that smoking discussions were client-centered. They felt themselves as changeleaders and having a full responsibility on quit smoking.

These findings indicate that public health nurses need to use clinical practice guidelines and nonverbal communication more extensively. These findings have important practice implications for Finnish public antenatal care settings when targeting the reduction of maternal smoking.

Keywords: maternal smoking, maternity clinic, communication

1 JOHDANTO

Suomalaisnaiset tupakoivat raskaana ollessaan enemmän kuin naiset muissa Pohjoismaissa. Suomalaisnaisista 15 prosenttia tupakoi alkuraskaudessa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6 prosenttia. Tämä tarkoittaa, että Suomessa lähes 9000 sikiötä altistuu vuosittain tupakoinnin haitoille äitinsä kohdussa. (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014.)

Myönteisen kehityksen aikaan saamiseksi tarvitsemme lisää tietoa äitiysneuvoloiden tupakoimattomuutta tukevasta kommunikoinnista. Terveystoimijat keskustelevat tupakoinnista raskaana olevien naisten kanssa äitiysneuvolan ensikäynniltä alkaen ja säännölliset määräaikaistarkastukset mahdollistavat tuen kohdentamisen tupakoiville raskaana oleville naisille (Äitiysneuvolaopas 2013). Tutkimustulokset puoltavat terveydenhuollon ammattilaisten tupakoimattomuutta tukevia keskusteluja raskaana olevien naisten kanssa, koska ne on todettu tehokkaiksi interventioiksi tupakoinnin lopettamisessa (Chamberlain ym. 2013, Lumley ym. 2009, Olaiya ym. 2015).

Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan keskustelussa suositellaan käytettäväksi ns. Kuuden K:n mallia. Sen mukaan terveydenhoitajien tulisi vastaanotoilla kysyä tupakoinnista, keskustella muun muassa muutosvalmiudesta, kirjata, kehottaa lopettamaan tupakointi, kannustaa ja kontrolloida. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus Käypä hoito -suositus 2012.) Kyseinen malli perustuu Yhdysvalloissa kehitettyyn viisiportaiseen näyttöön perustuvaan 5 A -lähestymistapaan, jota käytetään kansainvälisesti (Fiore ym. 2008). Okolin tutkimusryhmän (2010) kirjallisuuskatsauksessa kuitenkin todetaan, että viiden A:n hoitomallin periaatteita käytetään puutteellisesti. Vaikka suurin osa yhdysvaltalaisista, eurooppalaisista ja australialaisista terveydenhuollon ammattilaisista kysyy raskaana olevilta naisilta tupakoinnista ja ohjaa heitä lopettamaan tupakoinnin, vain harvat arvioivat raskaana olevien naisten valmiutta muutokseen, auttavat lopettamaan tupakoinnin tai järjestävät jatkotoimia. (Okoli ym. 2010.)

Sen lisäksi, että terveydenhoitaja puhuu raskaana olevan naisen kanssa tupakoinnista, hänen tulisi myös kiinnittää huomiota siihen, miten hän aiheesta puhuu (Everett-Murphy ym. 2011). Ihmisten sanaton viestintä kuten eleet, ilmeet ja äänensävy kertovat tunteista, mielialasta ja asenteista (Haslett 2012). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on

kuvailta terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten sanallista ja sanatonta kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevasta keskustelusta äitiysneuvolan vastaanotolla. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää mietittäessä, miten tupakoimattomuutta tukevia keskusteluja voidaan entisestään kehittää äitiysneuvoloissa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Keskeiset käsitteet

Raskausajan tupakointi altistaa niin raskaana olevan naisen kuin sikiönkin useille terveysongelmille ja vaikuttaa syntyvän lapsen myöhempään terveyteen. Raskauden aikana tupakoivien naisten määrä on pysynyt Suomessa ennallaan viimeisten vuosikymmenten aikana, vaikka tietoisuus raskaudenaikaisen tupakoinnin riskeistä on lisääntynyt. (Ekblad ym. 2015.)

Tupakointi lisää selvästi muun muassa riskiä sikiön ennenaikaiseen syntymään, kasvuhäiriöön, pienempään päänympärykseen ja aivotilavuuteen sekä vastasyntyneen vieroitusoireisiin ja kätkytkuolemaan (Bickerstaff ym. 2012, Einarson & Riordan 2009, Ekblad ym. 2015). Raskausaikana tupakoivien naisten lapset ovat alttiimpia myöhemmin myös muille terveysongelmille. Riski astmaan, ylipainoon, tyypin II diabetekseen, aivojen toiminnan muutoksiin ja psyykkisen kehityksen häiriöihin on kohonnut (Ekblad ym. 2015). Bickerstaffin tutkimusryhmän (2012) mukaan raskaana olevia naisia tulisi kannustaa lopettamaan tupakointi kokonaan raskauden alkuvaiheessa, koska haittavaikutukset ovat tällöin vähäisiä.

Äitiysneuvolan tehtävänä on turvata raskaana olevan naisen, sikiön, vastasyntyneen ja koko perheen paras mahdollinen terveys. Kunnan on järjestettävä terveydenhuoltolain (L1326/2010) ja valtioneuvoston neuvolatoiminnalle antaman asetuksen (338/2011) mukaiset lasta odottavien perheiden palvelut (Valtion säädöstietopankki Finlex 2014). Äitiyshuollon uusien suositusten (2013) mukaan määräaikaista terveystarkastuksia järjestetään raskausaikana ensisynnyttäjille vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjille kahdeksan. Näiden lisäksi yksilöllisen tarpeen mukaan toteutettavat lisäkäynnit mahdollistavat tuen kohdentamisen muun muassa tupakoiville raskaana oleville naisille. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Lamminpään (2015) väitöstutkimus osoitti, että esimerkiksi

iäkkäät tupakoivat raskaana olevat naiset kuuluvat selkeästi riskiryhmään, jolle ohjausta tulisi kohdentaa entistä paremmin. Ekbladin ym. (2014) mukaan riskiryhmään kuuluvat myös nuoret, ilman parisuhdetta elävät, alempaan sosiaaliluokkaan kuuluvat ja vähemmän koulutut naiset.

Äitiysneuvolan ehkäisevän työn olennaisena osana on kannustaa raskaana olevaa ja imettävää naista ja hänen puolisoaan lopettamaan tupakointi. Jos lopettaminen ei onnistu, kannustetaan vähentämään tupakointia ja tarvittaessa harkitsemaan korvaushoitoa. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Tupakointi tulee ottaa puheeksi äitiysneuvolassa jokaisen raskaana olevan naisen kanssa. Mikäli vanhemmat tai jompikumpi vanhemmista tupakoi, tulisi tupakointia ja tupakoinnin lopettamista käsitellä jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä. (Syöpäyhdistys ry 2014.)

Kommunikaatio eli terveydenhoitajan ja raskaana olevan naisen viestintä mahdollistaa tupakoinnista keskustelemisen. Kommunikoimalla jaetaan tietoa ja rakennetaan yhteistä ymmärrystä. Ihmisten välinen viestintä tapahtuu usein puhutun kielen avulla. Viestintä voi olla myös sanatonta. (Haslett 2012.) Tupakointia koskevat **sanattomat viestit** ilmaisevat yhtä lailla merkityksiä kuin puhutut asiat. Ne antavat esimerkiksi vihjeitä, miten sanottua tulisi tulkita. Sanattomat viestit esiintyvät usein ryppäinä sekä sanalliseen viestintään kietoutuneina. (Hakkarainen & Hyvärinen 1999.) Sanattoman eli nonverbaalisen viestinnän merkkijärjestelmien kuvaaminen avaa samalla sitä, mitä nonverbaalisen viestinnän tutkimus sisältää: *Kinesiikalla* tarkoitetaan ilmeitä, eleitä, asentoja, liikkeitä ja katsetta. *Vokaliikka* on äänen voimakkuutta ja sävyä, taukojen ja painotusten käyttämistä. *Proksemiikka* (etäisyys, tilankäyttö) ja *haptiikka* (kosketus) liittyvät molemmat fyysiseen kontaktiin. *Fysiikalla* tarkoitetaan ulkonäköä ja pukeutumista ja *olfaktorisella aistilla* tuoksujen kuten parfyymien käyttämistä. *Kronemiikka* liittyy ajankäyttöön tai ajanhallintaan puhuessa, esimerkiksi puheenvuoron keston. *Ympäristön ominaisuuksilla* puolestaan viitataan esimerkiksi huoneen sisustukseen. (Hecht & Guerrero 2008.)

2.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuushaku suoritettiin PubMed-, CINAHL-, Medic-, Embase- ja PsycInfo -tietokannoista maaliskuussa 2016. Hakulausekkeet tehtiin yhdessä Turun yliopiston kirjaston informaatikon kanssa. Kirjallisuushaku tietokannoista rajattiin vuosina 2006–2016 julkaistuihin, abstraktin sisältäviin suomen- ja englanninkielisiin tieteellisiin artikkeleihin. Hakulausekkeet hakutuloksineen on esitetty liitteessä 1.

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit laadittiin Johanssonin ym. (2007) esittämällä tavalla. Mukaanottokriteerit kirjallisuuskatsaukseen olivat 1) raskausajan tupakointia koskevat empiiriset tutkimukset, 2) tutkimukset, joiden kohteena olivat terveydenhoitajat, kätilöt tai raskaana olevat naiset, 3) tutkimusten tupakkainterventiossa tutkittiin kommunikaatiota ja 4) julkaisut olivat tieteellisiä artikkeleita tai väitöskirjoja. Poissulkukriteerit kirjallisuuskatsaukseen olivat 1) tutkimuksissa kommunikoitiin puhelimen tai tietokoneen välityksellä, 2) tupakoinnista keskusteltiin raskaana olevan naisen kotona, 3) tutkimusten kohteina olivat pelkästään lääkärit tai muut terveydenhuollon ammattiryhmät, 4) tutkimuksessa oli tupakoitsijoiden lisäksi mukana alkoholin- ja huumeidenkäyttäjät ja 5) julkaisut eivät olleet saatavilla elektronisesti tai kirjastosta maksutta.

Tietokantahauilla saatiin yhteensä 3429 artikkelia, ja rajausten jälkeen otsikkotason tarkasteluun päätyi 1121 artikkelia. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen tutkimukset käytiin läpi abstraktitasolla. Lopulliseen tarkasteluun valittiin 18 mukaanottokriteerit täyttävää tutkimusartikkelia. Aineistoa täydennettiin käsihakuina valittujen artikkeleiden lähdeviitteistä ilman aikarajasta. Kirjallisuuskatsaus koostui 24 tutkimusartikkelista, joiden metodologinen toteutus arvioitiin hyväksi. Tiedonhausta tehtiin Flow -diagrammi (liite 2) ja valitut tutkimukset taulukoitiin (liite 3).

2.3 Aikaisemmat tutkimukset raskausajan tupakointia koskevasta kommunikaatiosta

Tutkimusten kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa aihetta oli tutkittu eri näkökulmista, erilaisissa ympäristöissä ja erilaisin tutkimusmenetelmin. Aineisto sisälsi 3 kirjallisuuskatsausta, 13 laadullista ja 8 määrällistä tutkimusta, jotka oli julkaistu vuosina 2002–2015. Tässä tutkimuksessa käytetään selkeyden ja kirjallisuuskatsauksen

kohteena olevan kontekstin vuoksi vain nimitystä terveydenhoitaja, vaikka tutkimuksen kohteena olisi ollut kätilö (englanniksi midwife). Kahdeksassa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena olivat raskaana olevat naiset, yhdeksässä terveydenhoitajat ja neljässä sekä raskaana olevat naiset että terveydenhoitajat.

Artikkeleiden aineistot oli kerätty pääosin haastatteluin ja kyselyin. Yhdessä tutkimuksessa aineisto oli kerätty äänittämällä äitiysneuvolan ensikäyntejä. Tutkimukset oli tehty Euroopassa, Etelä-Afrikassa, Etelä-Amerikassa sekä Australiassa, joten tutkimustulokset eivät ole suoraan siirrettävissä tai yleistettävissä suomalaiseen äitiysneuvolatyöhön.

Tupakointia koskevat kommunikointitavat ja niiden toteutuminen vastaanotoilla

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkeleiden analyysi pohjautui Johanssonin ym. (2007) esittämiin periaatteisiin. Artikkeleista etsittiin ensin tupakointikeskustelujen kommunikointia koskevia tekijöitä ja seuraavaksi niitä teemoja, jossa kuvattiin terveydenhoitajan tai raskaana olevan naisen kokemuksia tupakointikeskusteluista.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa tupakoinnista kommunikoitiin raskaana olevien naisten ja terveydenhoitajien mukaan seuraavain tavoin:

- 1) Kysyttiin tupakointitottumuksista (Abrahamsson ym. 2002, Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, De Wilde ym. 2015, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2006).
- 2) Neuvottiin lopettamaan tupakointi (Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Everett-Murphy ym. 2011, McCurry ym. 2002, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006).
- 3) Arvioitiin tupakointikäyttäytymisen muutosvaihetta (Abatemarco ym. 2007, Chang ym. 2013, Flenady ym. 2008, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006).
- 4) Annettiin tietoa tupakoinnin haitoista raskaudelle ja sikiön terveydelle (Abrahamsson ym. 2005, Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Bull ym. 2008, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Gamble ym. 2015, Everett-Murphy ym. 2011, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Perlen ym. 2013, Petersen ym. 2009, Thyrian ym. 2006).

- 5) Laadittiin lopettamista koskeva suunnitelma tai opastettiin nikotiinikorvaushoidon toteuttamisessa (Baxter ym. 2010, Bull 2007, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Gamble ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2006).
- 6) Keskusteltiin tupakoinnista puolison kanssa (Bull 2007, Bull & Whitehead 2006, DeWilde ym. 2015, McLeod ym. 2003, Petersen ym. 2009).
- 7) Kontrolloitiin tupakointia toistuvien keskustelujen avulla (Baxter ym. 2010, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010, Petersen ym. 2009, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2005).
- 8) Ohjattiin palveluihin (Chang ym. 2013, Gamble ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006).

Useissa tutkimuksissa käytettiin viitekehyksenä Yhdysvalloissa kehitettyä viiden A:n mallia tupakointia koskevan intervention toteuttamiseen (Abatemarco ym. 2005, Chang ym. 2013, De Wilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Perlen ym. 2013, Petersen ym. 2013, Price ym. 2006). Kyseinen malli on käytössä länsimaissa raskaustajan tupakointia koskevissa hoitosuosituksissa. Viiden A:n mallin mukaan toimiessaan terveydenhoitaja kysyy tupakan käytöstä (ask), kehottaa lopettamaan tupakoinnin (advise), arvioi halukkuutta muutoksiin (assess), avustaa lopettamisessa (assist) ja järjestää seurannan (arrange) (Chang ym. 2013, Fiore ym. 2008, Price ym. 2006).

Lähes kaikkien raskaana olevien naisten ja terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista ja tupakointitottumuksista kysyttiin systemaattisesti vastaanotoilla (Abrahamsson ym. 2002, Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, De Wilde ym. 2015, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2006). Sekä raskaana olevat naiset että terveydenhoitajat arvioivat, että tupakoinnista kysyminen toteutui hoitosuosituksen sisältyvän viiden A:n mallin kohdista parhaiten (Abatemarco ym. 2007, Bull & Whitehead 2006, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013, Price ym. 2006). Myös Changin tutkimusryhmän (2013) tutkimuksessa tupakoinnista kysyttiin raskaana olevilta naisilta lähes kaikilla äänitetyillä äitiysneuvolan ensikäynneillä (n=116), mutta kysymykset olivat pääosin suljettuja kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei.

Tutkimuksissa tuli kuitenkin esille erilaisia syitä, miksi raskaana olevat naiset tai terveydenhoitajat epäröivät ottaa tupakointia puheeksi vastaanotolla. Sekä

terveydenhoitajien että raskaana olevien naisten mielestä yksi keskeinen syy oli ajan riittämättömyys (Baxter ym. 2010, Bull 2007, Bull & Whitehead 2006, Colomar ym. 2015, De Wilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Herberts & Sykes 2012, Okoli ym. 2010, Petersen ym. 2009, Price ym. 2006). Colomarin ym. (2015) mukaan Argentiinassa ja Uruguayssa äitiysneuvolan vastaanotolle on varattu aikaa keskimäärin 15 minuuttia.

Toiseksi syyllisyyden ja häpeän tunteet estivät raskaana olevia naisia puhumasta tupakoinnistaan (Flemming ym. 2015). He eivät myöskään halunneet keskustella tupakoinnista, koska he eivät olleet halukkaita luopumaan siitä selviytymismekanismiaan (Flemming ym. 2015, Herberts & Sykes 2012, Petersen ym. 2009) tai mukavuutenaan (Flemming ym. 2015, Herberts & Sykes 2012). Jotkut raskaana olevat naiset näkivät keskustelut myös tarpeettomiksi, jos edelliset lapset olivat tupakoinnista huolimatta terveitä (Colomar ym. 2015, Flemming ym. 2015) tai jos he aliarvioivat tupakoinnin lopettamisen vaikeuden (Colomar ym. 2015).

Toistuvien syy terveydenhoitajan puhumattomuudelle oli epävarmuus omista kyvyistä tupakointikeskustelun toteuttajana (Abrahamsson ym. 2005, Baxter ym. 2010, Colomar ym. 2015, Flenady ym. 2008, Herberts & Sykes 2012, McLeod 2003, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006). Muita syitä olivat negatiiviset kokemukset aikaisemmista keskusteluista (Abrahamsson ym. 2005), pelko raskaana olevan naisen syyllisyyden lisääntymisestä (Everett-Murphy ym. 2011, Herberts & Sykes 2012, Okoli ym. 2010) tai pelko raskaana olevan naisen vastustuksesta (De Wilde ym. 2015, Okoli ym. 2010).

Sekä raskaana olevien naisten että terveydenhoitajien mielestä tupakoinnin lopettamiseen kehottaminen kuului tärkeänä osana äitiysneuvolan toimintaan (Abatamarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Everett-Murphy ym. 2011, McCurry ym. 2002, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006). Raskaana olevat naiset suhtautuivat tupakoinninlopettamiskehotuksiin eri tavalla. Toiset kokivat ne suostutteluksi (McCurry ym.2002), toiset painostukseksi (Gamble ym. 2015). Osan mielestä kehoitus saatettiin ilmaista jopa kärkevästi (Gamble ym. 2015).

Terveydenhoitajien mukaan lopettamiseen kehottaminen oli myös yksi parhaiten toteutuvista 5 A -mallin kohdista, koska lähes kaikki terveydenhoitajista kertoivat tekevänsä niin (Abatamarco ym. 2007, DeWilde ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006). Changin ym. (2013) tutkimuksessa näin kuitenkin tapahtui vain kolmanneksessa äänitetyistä äitiysneuvolan ensikäynneistä ja vain puolissa näistä kehoitus oli selvä.

Onkin siis mahdollista, että hoitosuositukset eivät implementoidu vastaanotoilla niin hyvin kuin itsearviointit antavat ymmärtää.

Baxterin ym. (2010) mukaan lääkärit suosittelivat useammin tupakoinnin lopettamista, kun taas terveydenhoitajat kehottivat vähentämään tupakointia. De Wilde ym. (2015) puolestaan toivat esille, että vain harvat terveydenhoitajat kehottivat raskaana olevia naisia vähentämään savukemääriään. Tutkimusten mukaan näyttää siis olevan mahdollista, että raskaana olevat naiset saavat ristiriitaisia neuvoja eri ammattilaisilta.

Terveydenhoitajat kertoivat motivoivansa raskaana olevia naisia tupakoinnin lopettamiseen antamalla heille positiivista palautetta ja saamalla heidät huomaamaan vahvuutensa (Abrahamsson ym. 2005, Everett-Murphy ym. 2011). Raskaana olevat naiset kokivat, että vauvan liikkeiden tunteminen, sydänäänten kuuleminen, vauvan näkeminen ultraäänitutkimuksessa (Lendahls ym. 2002) sekä tiedon saaminen tupakoinnin haitoista vauvalle (Colomar ym. 2015) motivoivat heitä parhaiten tupakoinnin lopettamiseen.

Vain joissakin tutkimuksessa otettiin esille tupakoinnin lopettamista koskevan muutosvaiheen arvioiminen (Abatemarco ym. 2007, Chang ym. 2013, Flenady ym. 2008, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010). Changin ym. (2013) mukaan muutosvaiheen arvioiminen toteutui vain viidesosalla äitiysneuvolan ensikäynneistä. Muutosvaiheen arvioiminen jää selvästikin sekä tutkimuksissa että käytännössä vähemmälle huomiolle. DeWilden ym. (2015) ja McLeodin ym. (2003) mukaan terveydenhoitajat kokivat muutosvaiheen arvioimisen hankalaksi, minkä vuoksi he eivät toteuttaneet sitä. McLeodin ym. (2003) mukaan muutosvaiheen arvioiminen on kuitenkin tärkeää, koska tupakointia koskevissa keskusteluissa esiintyi ongelmia, jos raskaana olevan naisen muutosvaihe ei ollut otollinen terveydenhoitajan aktiiviselle keskustelulle.

Tavallisimmin vastaanottojen kommunikoinnissa korostui tiedon antaminen tupakoinnin aiheuttamista riskeistä raskaudelle ja sikiön terveydelle (Abrahamsson ym. 2005, Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Bull ym. 2008, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Gamble ym. 2015, Everett-Murphy ym. 2011, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Perlen ym. 2013, Petersen ym. 2009, Thyrian ym. 2006). Toisinaan raskaana olevat naiset saivat terveydenhoitajilta tietoa myös jaetusta kirjallisesta materiaalista (Bull & Whitehead 2006, Mc Curry ym. 2002) ja lisäksi myös nettisivuilta (De Wilde ym. 2015). Tiedon antaminen kirjallisesti toteutui suullista tiedon antamista huonommin (Baxter ym. 2010,

Perlen ym. 2013). Flenadyn ym. (2008) tutkimuksessa kirjallisen materiaalin antaminen lisääntyi kuitenkin merkittävästi raskausajan tupakointia koskevan hoitosuosituksen implementoinnin jälkeen, kun terveydenhoitajalle annettiin selkeät toiminta-ohjeet tupakointia koskevaan keskusteluun.

Lendahlsin tutkimusryhmän (2002) tutkimuksessa raskaana olevat naiset olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon, kun taas Bullin ym. (2008) ja Colomarin ym. (2015) tutkimuksissa raskaana olevien naisten mielestä tiedon saaminen oli riittämätöntä. Toisinaan raskaana olevat naiset kokivat, että tietoa annettiin rutiininomaisesti, ja he olisivat kaivanneet enemmän omiin tarpeisiinsa vastaavaa tietoa. (Baxter ym. 2010, Flemming ym. 2015, Gamble ym. 2015). Flemmingin ym. (2015) mukaan esimerkiksi imetykseen liittyvä tieto olisi ollut tärkeää, koska sen nähdään vaikuttavan äidin tupakointiin muuttuvan vauvasuhteen kautta.

Käytännöllinen ohjaus toteutui tutkimusten mukaan huonosti. McCurryn ym. (2002) tutkimuksessa kukaan raskaana olevista tupakoivista naisista ei ollut tehnyt terveydenhoitajan kanssa lopettamissuunnitelmaa. Gamblen ym. (2015) tutkimuksen raskaana olevat naiset kaipasivat erityisesti omiin tarpeisiinsa räätälöityä, käytännöllistä ohjausta ja muun muassa johdonmukaista tietoa nikotiinikorvaustuotteiden käyttämisestä Changin ym. (2013) tutkimuksessa kolmasosassa äitiysneuvolan ensikäynneistä käytiin läpi nikotiinikorvaushoitoa, mutta tutkimuksessa oli mukana terveydenhoitajien lisäksi myös lääkäreitä. Vain harva terveydenhoitajista suositteli, että raskaana oleva nainen asettaisi itselleen lopettamispäivämäärän tai aloittaisi nikotiinikorvaushoidon (Baxter ym. 2010, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Gamble ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2006). Bullin (2007) tutkimuksesta käy ilmi, että terveydenhoitajien mielestä nikotiinikorvaushoidon aloittaminen oli lääkärin tehtävä. Okolin ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille, että hoitajat eivät luottaneet itseensä nikotiinikorvaushoidon toteuttajina.

Puolisoiden tupakointia tai passiivista tupakointia koskevia tutkimustuloksia tuli esille varsin vähän, mikä voi johtua aiheeseen liittyvästä erillisestä tutkimuksesta (kts. esim. Flemming ym. 2015). Puolisoiden tupakointitottumuksista ja passiivisesta tupakoinnista keskusteltiin vaihtelevasti. Terveydenhoitajien mukaan he keskustelivat puolisoiden kanssa, jos he olivat paikalla (Bull 2007, Bull & Whitehead 2006, McLeod ym. 2003). Toisaalta terveydenhoitajat eivät välttämättä huomioineet puolisoja lainkaan (DeWilde ym. 2015). Raskaana olevat naiset toisaalta toivoivat itse, että puoliset otettaisiin

tupakointikeskusteluihin mukaan (Petersen ym. 2009), mutta toisaalta he olivat stressaantuneita ajatuksesta, että puoliset olisivat keskusteluissa mukana (McLeod ym. 2003).

Terveydenhoitajien mukaan seuranta ja jatko-ohjaaminen toteutuivat vastaanotoilla kaikkein huonoiten (Abatemarco ym. 2007, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2005). Raskaana olevat naiset ajattelivat samoin (DeWilde ym. 2015, Perlen ym. 2013). Raskaana olevat naiset olivat yllättyneitä, että tupakoinnista ei välttämättä keskusteltu ensikäynnin jälkeen (Gamble ym. 2015) tai keskusteluja jatkettiin vain, jos raskaana oleva nainen oli luokiteltu tupakoitsijaksi (Petersen ym. 2009).

Raskaana olevat naiset kokivat myös, että terveydenhoitajat olivat jatko-ohjauksessaan autoritaarisia (DeWilde ym. 2015). He myös saattoivat jäädä epätietoisiksi tai ennakkoluuloisiksi muita palveluja kohtaan (Herberts & Sykes 2012). Terveydenhoitajat puolestaan kokivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa siitä, mihin ohjata raskaana olevia naisia (Okoli ym. 2010, Price ym. 2006) ja he epäilivät jatkoseurannan onnistumista, koska ajan varaaminen jäi raskaana olevien naisten tehtäväksi (DeWilde ym. 2015). Flenadyn ym. (2008) tutkimuksessa hoitosuosituksen ja selkeiden toiminta-ohjeiden antaminen lisäsi terveydenhoitajien jatko-ohjaamista merkittävästi (14 prosentista 67 prosenttiin).

Useissa tutkimuksissa korostettiin, että terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten tulisi keskustella tupakoinnista toistuvasti läpi raskausajan (Baxter ym. 2010, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Petersen ym. 2009). McCurryn ym. (2002) mukaan asianmukaisten ohjeiden ja tuen antaminen voi olla yhtä tärkeää raskauden loppuvaiheessa kuin alkuvaiheessa. Lendahlsin ym. (2002) tutkimuksessa korostettiin, että intensiivistä ohjausta tulisi tarjota etenkin raskauden alkupuolisolla, koska raskaana olevat naiset lopettavat tupakoinnin silloin yleisimmin.

Raskaana olevilla naisilla oli tarve puhua ja tulla kuulluiksi (Abrahamsson ym. 2005, Petersen ym. 2009). Raskaana olevien naisten mielestä lyhyet toistuvat keskustelut olivat hyödyllisiä (McLeod ym. 2003), mutta he toivoivat myös, että terveydenhoitajan kiirehtimisen sijaan keskustelut perustuisivat enemmän yhteistyöhön (Gamble ym. 2015). Flemmingin ym. (2015) kirjallisuuskatsauksen mukaan terveydenhoitajien lähestymistapa tupakointikeskusteluja kohtaan oli monesti pinnallinen. Tällöin keskusteluissa sai vain puolinaista tukea yhdistettynä riittämättömään käytännön apuun.

Kolmen tutkimuksen mukaan äitiysneuvolan tupakointikeskustelut monipuolistuivat viiden A:n mallin käyttöönoton seurauksena (Flenady ym. 2008, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013). Kuitenkin vain harvat terveydenhoitajat toteuttivat mallia vastaanotoillaan kokonaisvaltaisesti (Chang ym. 2013, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006). Hoitosuositukset eivät myöskään olleet kovin tuttuja terveydenhoitajille (Bull & Whitehead 2006). Flemmingin ym. (2013) mukaan raskaana olevat naiset kokivat, että järjestelmällisen lähestymistavan käyttö edisti heidän pyrkimystään tupakoinnin lopettamiseen. Petersenin ym. (2013) mukaan viiden A:n mallin käyttö lisäsi heidän luottamustaan palvelujärjestelmää kohtaan ja muutti terveydenhoitajien kommunikointia ja asennetta positiivisemmaksi.

Raskaana olevien naisten ja terveydenhoitajien kokemuksia tupakointia koskevista keskusteluista

Raskaana olevat naiset kuvailivat monia positiivisia ja negatiivisia kokemuksia tupakointikeskusteluista. Raskaana olevat naiset kokivat hoitosuhteensa terveydenhoitajaan tärkeäksi (Flemming ym. 2015, Lendahls ym. 2002) ja arvostivat saamaansa tukea (McLeod ym. 2003, Herberts & Sykes 2012). Heidän mielestä terveydenhoitajat olivat ystävällisiä ja avuliaita (Flemming ym. 2015, McCurry ym. 2002).

Toisaalta terveydenhoitajat nähtiin tuomitsevinä ja kriittisinä tupakoitsijoita kohtaan (Bull ym. 2008, Flemming ym. 2015, Gamble ym. 2015). Myös terveydenhoitajien kommunikointitaidoista annettiin negatiivista palautetta. Raskaana olevat naiset eivät pitäneet terveydenhoitajien epärealistisista tavoitteista, ymmärryksen tai kunnioituksen puutteesta (Flemming ym. 2015, Gamble ym. 2015, Petersen ym. 2009) painostamisesta (Petersen ym. 2009, Gamble ym. 2015), pelottelemisesta (McLeod ym. 2003) tai saarnaamisesta (Baxter ym. 2010).

Terveydenhoitajien kokemuksissa korostuivat negatiiviset asiat. Heidän mukaansa raskaana olevat naiset olivat haluttomia keskustelemaan tupakoinnistaan (Abatemarco ym. 2007, Okoli ym. 2010, Thyrian ym. 2005) tai he eivät vastanneet kysymyksiin rehellisesti (Everett-Murphy ym. 2011). Toisaalta terveydenhoitajien mielestä oli luonnollista, että tupakoitsijat olivat keskustelussa passiivisia tai puolustuskannalla (Abrahamsson ym. 2005, Everett-Murphy ym. 2011). Terveydenhoitajat ajattelivat, että

tupakoinnista kysyminen tai tupakointia koskevan ohjauksen tarjoaminen saattaa vaikuttaa negatiivisesti hoitosuhteeseen (Bull 2007, Herberts & Sykes 2012, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010). Raskaana olevat naiset puolestaan toivat esille, että heidän suhteensa terveydenhoitajaan ei ollut muuttunut tupakointikeskustelujen vuoksi (Herberts & Sykes 2012, McCurry ym. 2002).

Terveydenhoitajat kokivat, että tupakoinnista keskusteleminen oli vaikeaa (Abrahamsson ym. 2005, Abatemarco ym. 2007, Bull 2007, McLeod ym. 2003). He eivät tienneet, miten puhua tupakoinnista tai tukea raskaana olevia, tupakoivia naisia (Abatemarco ym. 2007, Colomar ym. 2015, DeWilde ym. 2015, Okoli ym. 2010). Terveydenhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta sekä tupakointitietoutensa että kommunikointitaitojensa kehittämiseksi (Baxter ym. 2010, Colomar ym. 2015, Herberts & Sykes 2012, Okoli ym. 2010). Terveydenhoitajilla oli ristiriitaisia käsityksiä mahdollisuuksistaan muutosten aikaansaajina ja heidän odotuksensa lopputuloksen suhteen olivat huonot (Bakker ym. 2005, Baxter ym. 2010, Colomar ym. 2015, Flenady ym. 2008, Okoli ym. 2010, Thyrian ym. 2005). Terveydenhoitajien mielestä monilla tupakoivilla raskaana olevilla naisilla oli tupakointia suurempiakin ongelmia elämässään (Herberts & Sykes 2012, Thyrian ym. 2007).

Terveydenhoitajat kokivat ristiriitaa alimiehitetyn äitiyspalvelun ja ammatillisten velvoitteiden välillä (Bull 2007, Colomar ym. 2015). Terveydenhoitajien mielestä tupakointikeskustelut kuuluvat heidän työhönsä ja ovat osa heidän ammatillista rooliaan (Abrahamsson ym. 2005, Bakker ym. 2005, Bull & Whitehead 2006, Colomar ym. 2015, DeWilde ym. 2015, McLeod ym. 2003). Terveydenhoitajat, joilla oli positiivinen käsitys omasta roolistaan, olivat vakuuttuneempia keskustelujen hyödyistä kuin ne terveydenhoitajat, joiden käsitys omasta roolista oli negatiivisempi (Bakker ym. 2005).

Terveydenhoitajien työkenttää kuvattiin laajaksi ja terveydenhoitajien omat mielenkiinnonkohteet ja specialisoituminen saattoivat vaikuttaa siihen, miten he toteuttivat tupakointiohjausta työssään (Herberts & Sykes 2012). Terveydenhoitajat kokivat, että vastuuta tupakointikeskusteluista tulisi jakaa moniammatillisen tiimin kesken (Bull 2007). Lisäksi moniammatillisella tiimillä tulisi olla konsensus strategiasta ja toimintaohjeet tupakointikeskustelujen toteuttamiseen (Baxter ym. 2010, Colomar ym. 2015, Okoli ym. 2010).

Raskaana olevat naiset olivat avoimia keskustelua tarjoavan henkilön ammattia kohtaan (Colomar ym. 2015). Muutamat raskaana olevat naiset ilmaisivat, että heidän oli

helpompi puhua terveydenhoitajalle kuin lääkärille (McCurry ym. 2002). Lääkärää taas pidettiin asiantuntevampana ja vakuuttavampana kuin terveydenhoitajaa (Bull ym. 2008, McCurry ym. 2002). Raskaana olevat naiset olivat kiinnostuneita myös vertaistapaamisista (Gamble ym. 2015, Petersen ym. 2013). Terveydenhoitajienkin mielestä vertaistukihenkilöt lisäsivät keskusteluihin uskottavuutta (Bull 2007). Raskaana olevien naisten mielestä myös muunlainen interventioiden monipuolistaminen olisi tervetullutta. Esimerkiksi taloudelliset kannustimet (Gamble ym. 2015) ja vastaanoton odotusajan hyödyntäminen esimerkiksi tiedon antamiseen monipuolistaisivat tupakointia koskevaa ohjausta äitiysneuvolassa (Colomar ym. 2015).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan empaattinen ja yksilöllinen ohjaus sekä läpi raskauden jatkuvat, toistuvat keskustelut ovat avaintekijöitä onnistuneelle kommunikaatiolle äitiysneuvolan vastaanotoilla. (Abrahamsson ym. 2005, Everett–Murphy ym. 2011, Petersen ym. 2009). Vaikka tupakoinnin lopettamiseen liittyviä interventioita ja toimintamalleja on dokumentoitu hyvin, ei kirjallisuudessa ollut juurikaan kuvattu, miten terveydenhoitajat kommunikoivat raskaana olevien naisten kanssa näiden interventioiden aikana. Aikaisemmista tutkimuksista ei löytynyt nonverbaalisen viestinnän näkökulmaa, minkä vuoksi se valittiin tämän tutkimuksen yhdeksi näkökulmaksi.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevasta keskustelusta äitiysneuvolan vastaanotolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa tupakoimattomuutta tukevan ohjauksen kehittämiseen terveydenhoitajien ja tupakoivien raskaana olevien naisten näkökulmat huomioiden.

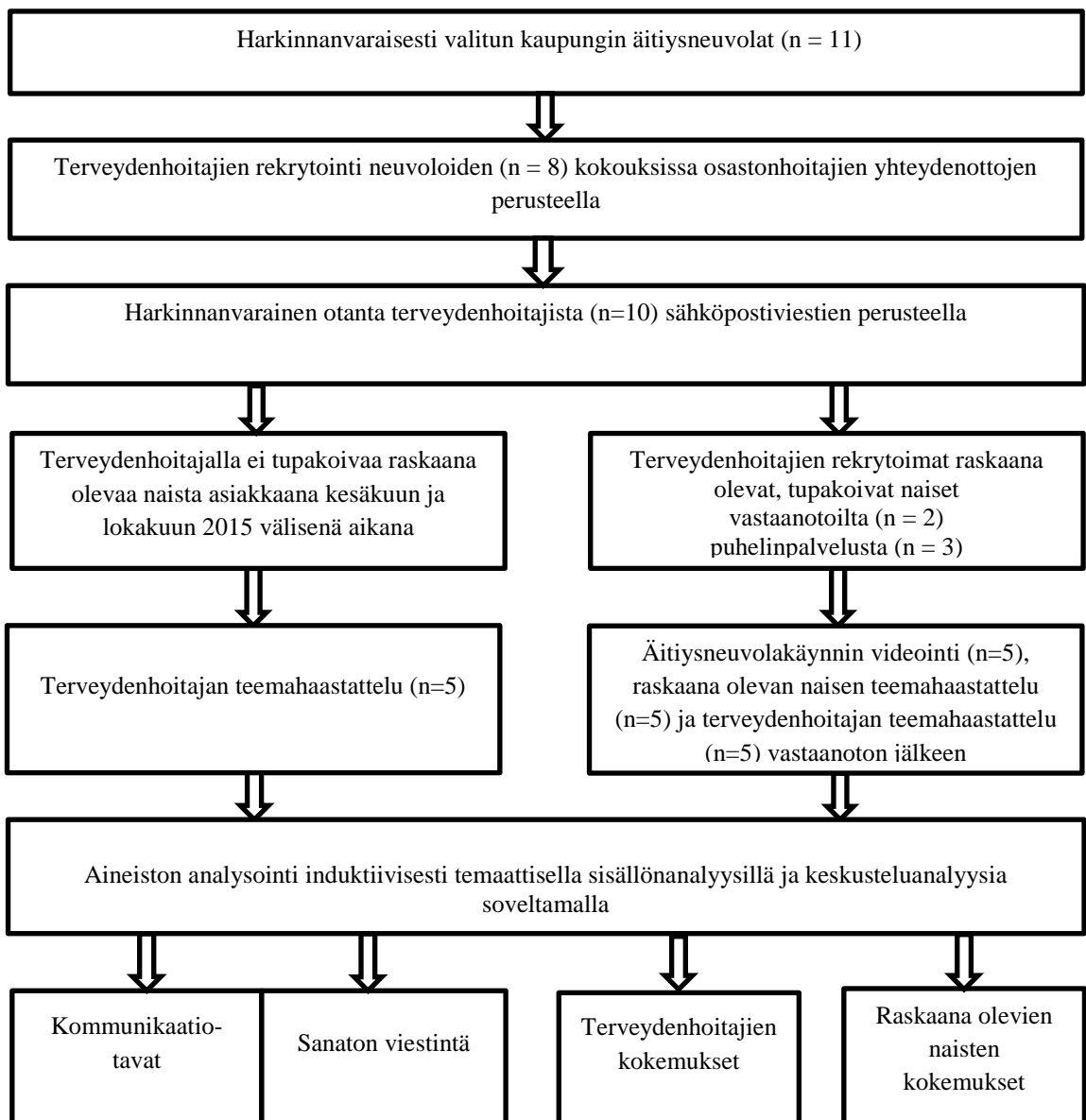
Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten raskaana oleva nainen ja terveydenhoitaja kommunikoivat tupakoinnista vastaanotolla?
2. Minkälaista sanatonta kommunikointia tupakointia koskevassa keskustelussa esiintyy?
3. Miten raskaana oleva nainen kokee tupakointiin liittyvän keskustelun?
4. Miten terveydenhoitaja kokee tupakointiin liittyvän keskustelun?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkittavat valittiin tarkoituksenmukaisella otannalla yhden eteläsuomalaisen kunnan äitiysneuvoloista. Äitiysneuvolan määräaikaistarkastuksen tupakointia koskevia keskusteluja videoitiin (n=5), minkä jälkeen raskaana olevia tupakoivia naisia (n=5) ja terveydenhoitajia (n=5) haastateltiin erikseen. Myös ne terveydenhoitajat (n=5) haastateltiin, joiden asiakaskunnassa ei ollut tupakoivia raskaana olevia naisia aineiston keruuajana syksyllä 2015. Aineisto analysoitiin induktiivisesti temaattisella analyysillä ja keskusteluanalyysia soveltamalla. Kuviossa yksi on esitelty tutkimusprosessin kulku.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja otos

Tutkijalähtöistä tutkimusta tarjottiin eteläsuomalaiselle kaupungille ja sen kaikille äitiysneuvoloille, koska se kokonsa puolesta sopi tutkimuksen populaatioksi. Kaupungin nimeä ei mainita tutkimusluvan vastuiden mukaisesti ilman kaupungin kirjallista lupaa. Tutkimuksen kohderyhmä muodostui kahdesta eri osajoukosta. Toisessa osajoukossa tutkimuksen kohteena oli raskaana olevia tupakoivia naisia ja toisessa äitiysneuvolan terveydenhoitajia. Terveydenhoitajat ja raskaana olevat, tupakoivat naiset otettiin mukaan tutkimukseen, koska heillä on monipuolista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Grove ym. 2013, Holloway & Wheeler 2013). Tutkimuksen tavoiteltavaksi otoskooksi määriteltiin yhteensä 20 tutkittavaa. Tämä tavoiteltava otoskoko määriteltiin tutkittavan ilmiön luonteen, tutkimuskysymysten, tutkimustavan ja resurssien perusteella (Holloway & Wheeler 2013, Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013). Tutkimuksessa pyrittiin aineiston saturaatioon, mikä on yksi kriteeri otoskoolle laadullisessa tutkimuksessa (Sandelowski 1995).

Tutkittavat päätettiin valita harkinnanvaraisella otannalla, koska Hollowayn & Wheelerin. (2013) mukaan se mahdollistaa tutkimuksen tarkoituksen kannalta tärkeiden ja olennaisten henkilöiden mukaan saamisen. Tässä tutkimuksessa raskaana olevien naisten sisäänottokriteereinä oli, että raskaana oleva nainen tupakoi tai oli tupakoinut raskauden aikana ja hän oli tulossa äitiysneuvolan määräämisaikastarkastukseen joko yksin tai puolisonsa kanssa. Terveydenhoitajien sisäänottokriteereinä oli terveydenhoitajan tutkinto ja työsuhte tutkimuksessa mukana olevan kaupungin äitiysneuvolassa.

4.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelminä käytettiin osallistumatonta havainnointia ja puolistrukturoitua haastattelua. Videointi valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska se on Groven ym. (2013) täydellisin tapa kerätä havaintoaineistoa. Videoinnin avulla haettiin vastausta ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen eli voitiin kuvata tutkittavien sanaton ja sanallista kommunikointia äitiysneuvolan tupakointia koskevassa keskustelussa. Tutkija ei ollut vastaanottohuoneessa videoinnin aikana. Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen (2013) mukaan tällä voidaan vähentää havainnoinnin haittaa ja tuoda etäisyyttä tutkijan ja tutkittavien välille. Videolta tarkkailtiin tupakointikeskustelun kestoa,

puheenvuorojen jakautumista sekä sanalliseen viestintään kietoutunutta sanatonta viestintää.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidun haastattelumenetelmän avulla, koska Groven ym. (2013) mukaan sen avulla saadaan tietoa tutkittavien kokemuksista, mikä on tämän tutkimuksen toinen tarkoitus. Haastatteluilla haettiin vastausta kolmanteen ja neljänteen tutkimuskysymykseen eli siihen kuinka raskaana olevat naiset ja terveydenhoitajat kokivat tupakointiin liittyvät keskustelut. Haastateltavilta kysyttiin taustatietoja ja heitä pyydettiin omin sanoin kertomaan tupakointia koskevan keskustelun tapahtumista sekä kuvailemaan siihen liittyviä kokemuksiaan. Haastattelurungot löytyvät liitteistä 8 ja 9.

4.4 Aineistonkeruun toteuttaminen

Äitiysneuvolat rekrytoitiin satunnaisessa järjestyksessä osastonhoitajien yhteydenottojen perusteella tutkimusluvan myöntämisen 1.4.2015 jälkeen. Tutkijalle annettiin lupa rekrytoida kahdeksan neuvolaa yhdestätoista neuvolasta. Kolmen neuvolan poisjättäytymistä perusteltiin terveydenhoitajien työn kuormituksella. Terveydenhoitajat rekrytoitiin touko- ja kesäkuussa 2015 neuvoloiden kokouksissa. Terveydenhoitajat valittiin mukaan ilmoittautumisjärjestyksessä sähköpostiviestien perusteella. Tutkijan kanssa viestitteli yhteensä 17 terveydenhoitajaa, joista lopulta 10 terveydenhoitajaa halusi olla mukana tutkimuksessa. Seitsemän terveydenhoitajaa ei ottanut enää yhteyttä tai kertoi syyn kieltäytymiselleen. Raskaana olevat naiset rekrytoitiin mukaan terveydenhoitajien kautta joko vastaanotolla kysymällä tai puhelinpalvelussa aikaa varatessa.

Aineistonkeruu toteutettiin elokuun ja lokakuun 2015 välisenä aikana. Aineistoa kerättiin videoimalla äitiysneuvolan määräaikaistarkastuksia (n=5). Vastaanotto videoitiin kokonaisuudessaan, mutta siitä analysoitiin vain tupakointia koskeva osuus. Videointi kohdistettiin alueelle, jossa terveydenhoitaja ja raskaana oleva nainen keskustelivat. Vastaanoton jälkeen terveydenhoitajaa (n=5) ja tupakoivaa raskaana olevia naista (n=5) haastateltiin erikseen tutkimusaiheen sensitiivisyyden vuoksi.

Tutkijan aikataulu- ja resurssisyistä aineistoa täydennettiin niiden terveydenhoitajien (n=5) teemahaastattelulla, joiden asiakaskunnassa ei ollut tupakoivia raskaana olevia naisia kesäkuun ja lokakuun 2015 välisenä aikana. Terveydenhoitajat kuvailivat

aikaisemmin tapaamaansa tupakoivaa raskaana olevaa asiakasta ja reflektoivat kyseistä keskustelua fenomenologisen tutkimustavan mukaisesti (Holloway & Wheeler 2013). Kaikki haastattelut tehtiin neuvoloiden vapaana olevassa huoneessa, äänitettiin nauhurilla ja ne kestivät keskimäärin 30 minuuttia.

4.5 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin kahdessa osassa. Ensin haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti temaattista sisällönanalyysia käyttäen ja tämän jälkeen videoaineisto keskusteluanalyysia soveltamalla.

Haastatteluaineiston induktiiviseen analyysiin valittiin temaattinen sisällönanalyysi, koska se on Groven ym. (2013) mukaan systemaattinen tapa tarkastella tutkittavaa ilmiötä. Sen päämääränä on tunnistaa, analysoida ja raportoida aineiston keskeiset teemat (Braun & Clarke 2006). Temaattisen analyysin tavoitteena on saada ilmiöstä laaja-alainen ymmärrys (Grove ym. 2013).

Temaattisen analyysin prosessi eteni Braunin & Clarken (2006) mallia mukailien seuraavasti: 1) aineistoon tutustuminen ja sen litteroiminen, 2) ensimmäisten ajatusten kirjoittaminen, 3) teemojen etsiminen aineistoa koodaamalla, 4) teemojen tarkastaminen, 5) teemojen määrittelemine ja nimeäminen ja 6) ilmiön kuvaaminen tarinan avulla.

Temaattinen analyysi aloitettiin haastattelujen litteroinnilla. Litterointivaiheessa aineistosta poistettiin nimet, joiden perusteella tutkimukseen osallistuneet voitaisiin tunnistaa. Tutkija jatkoi aineistoon perehtymistä lukemalla tekstit useasti läpi. Tämä auttoi tutkijaa muodostamaan ensikäsityksen raskaana olevien tupakoivien naisten ja terveydenhoitajien kokemuksista.

Aineiston analyysia jatkettiin Braunin & Clarken (2006) mallin mukaisesti. Tämän jälkeen aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymysten mukaisia merkityksellisiä ilmauksia (lauseita tai ajatuskokonaisuuksia) ja niille annettiin koodit. Koodit pyrittiin pitämään ilmaisullisesti alkuperäisessä muodossa ja sisältö ymmärrettävänä, jotta ne kuvaisivat hyvin tutkittavaa ilmiötä. Seuraavassa vaiheessa koodit kerättiin, samoja

merkityksiä sisältäviä koodeja pyrittiin yhdistelemään ja koodiryhmistä muodostettiin alustavia teemoja. Analyysin neljännessä vaiheessa alustavia teemoja tarkasteltiin tarkemmin, jolloin osa teemoista voitiin hylätä ja osa teemoista yhdistää toisen teeman kanssa.

Kun teemat muodostivat ymmärrettävän kokonaisuuden, päästiin analyysissa viidenteen vaiheeseen, jossa teemat määriteltiin ja nimettiin. Tässä vaiheessa terveydenhoitajien kuvailemista kommunikointitavoista löydettiin yhtäläisyyksiä Käypä hoito -suositusten Kuuden K:n mallin periaatteisiin. Kuuden K:n malli perustuu yhdysvaltalaisen kehittämään viiden A:n malliin, mikä on näyttöön perustuva kliinisen työn ohje tupakoinnin lopettamisessa (Duodecim terveyskirjasto 2012). Käypä hoito -suositusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulisi edetä hoitotilanteessa kuuden K:n periaatteella: *kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta ja kontrolloi* (Käypä hoito -suositus 2012). Periaatteet toimivat tutkimuksessa viitekehyksenä kommunikointitapojen teemoja nimetessä. Myös raskaana olevien naisten ja terveydenhoitajien kokemuksia kuvaavat teemat nimettiin niitä kuvailevasti. Tämän jälkeen edettiin Braunin & Clarcken (2006) mallin viimeiseen vaiheeseen, jossa tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin muodostamaan mielenkiintoinen tarina.

Guerreron & Hechtin (2008) mukaan videoaineiston analyysi perustuu keskustelujen taltiointiin videolle, niiden perusteelliseen litterointiin ja vuorovaikutuksen havainnointiin. Aluksi videonauhat katsottiin läpi kokonaisuudessaan, jotta voitiin muodostaa ensikäsitys terveydenhoitajan ja raskaana olevan tupakoivan naisen sanattomasta ja sanallisesta kommunikoinnista. Tämän jälkeen videosta laskettiin tupakointikeskustelun kesto minuuteissa ja siitä edelleen terveydenhoitajan ja raskaana olevan naisen puheenvuorojen kestot.

Seuraavaksi tupakointikeskustelut litteroitiin. Mallia analyysin toteuttamiseen otettiin Seppäsen (1997) kuvaamasta keskusteluanalyysin tavasta, mutta merkintätavat poikkesivat hänen mallinsa merkintätavoista. Seppäsen (1997) mukaan jokainen litteroija tekee omat ratkaisunsa litteroidessaan aineistoaan, koska litteroinnin tarkkuus on sidoksissa tutkimuksen tavoitteisiin.

Tässä tutkimuksessa videoilta analysoitiin sanatonta viestintää kinesiikan (ilmeet, eleet, katse, asennot ja liikkeet), vokaliikan (äänensävy, puheen rytmi) ja kronemiikan (puheenvuoron kesto) merkkijärjestelmistä, koska muut Guerreron & Hachtin (2008)

esittelemät sanattoman viestinnän piirteet eivät muutu vuorovaikutustilanteen kuluessa. Havainnot valituista merkkijärjestelmistä merkittiin ylös litteroituun tekstiin (kuten ”katsekontakti”, ”hymy”, ”nyökkäilee”, ”epävarma äänensävy”, ”yksisanainen vastaus”).

Sanaton viestintä esiintyy usein kimppuuntuneena sekä vahvasti verbaaliseen viestintään kietoutuneena (Kielijelppi 2015). Tämän vuoksi analyysi sanattomasta kommunikoinnista haluttiin integroida osaksi sanallisen kommunikoinnin analyysia. Analyysin viitekehyksenä käytettiin terveydenhoitajien toteuttamia Kuuden K:n mallin mukaisia kommunikointitapoja. Litteroidusta tekstistä etsittiin kommunikointitapoja kuvaavia (esimerkiksi ”antaa kirjallista materiaalia luettavaksi”) kohtia, joista analysoitiin niihin kietoutunutta sanatonta kommunikointia. Lopuksi sanattoman kommunikoinnin havainnoista tulkittiin niiden tehtäviä vuorovaikutusprosessissa. Guerreron & Hachtin (2008) mukaan nonverbaalisen viestinnän tutkijat keskittyivät aikaisemmin enemmän siihen, miltä nonverbaalinen kommunikointi *näyttää*. Nykyään kuvataan pikemminkin sitä, mitä nonverbaalisella kommunikaatiolla *tehdään*. Ilmeiden avulla voidaan esimerkiksi ilmaista tunteita, eleiden avulla havainnollistaa puhetta ja puheen vokalistiset piirteet vaikuttavat kuulijoiden tulkintoihin puhujasta ja sanoman merkityssisällöstä (Hakkarainen & Hyvärinen 1999). Tulososion johtopäätökset (laatikoissa) perustuvat tutkimustuloksista tehtyyn päättelyyn ja ne on tarkoitettu ohjeeksi terveydenhoitajille.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkittavien kuvailu

Tutkimukseen osallistui kymmenen äitiysneuvolan terveydenhoitajaa ja viisi tupakoivaa raskaana olevaa naista. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat naisia. Yhdellä vastaanotolla oli mukana avomies.

Terveydenhoitajien keski-ikä oli 42 vuotta. Nuorin terveydenhoitaja oli 29-vuotias ja vanhin 49-vuotias. Terveydenhoitajien työkokemus äitiysneuvolassa vaihteli 4 vuodesta 19 vuoteen keskiarvon ollessa 10,5 vuotta. Yksi terveydenhoitajista tupakoi satunnaisesti, ja muut eivät tupakoineet. Tupakointia koskevaa täydennyskoulutusta oli saanut yhdeksän terveydenhoitajaa kymmenestä. Kaksi terveydenhoitajista oli käynyt

asiantuntijajärjestön kokopäiväkoulutuksessa ja seitsemän terveydenhoitajista kehittämispäivän yhteydessä järjestetyssä osapäiväkoulutuksessa. Suurin osa terveydenhoitajista ei ollut lukenut tupakointia koskevaa kirjallisuutta asiakasmateriaalien kertausta lukuun ottamatta. Terveydenhoitajilla oli kirjoilla keskimäärin 32 raskaana olevaa naista, joista tupakoi 0–5 raskaana olevaa naista. Keskiarvon ja mediaanin mukaan kullakin terveydenhoitajalla oli kirjoilla 2 tupakoivaa raskaana olevaa naista. Kaksi terveydenhoitajista arvioi kohtaavansa tupakoivan raskaana olevan naisen vastaanotollaan viikoittain, viisi kuukausittain ja kolme puolivuositain. Tämän perusteella tupakoivat raskaana olevat naiset jakautuvat terveydenhoitajien vastaanotoille epätasaisesti, mikä voi johtua asuinalueiden sosioekonomisista eroista.

Raskaana olevien tupakoivien naisten keski-ikä oli 28 vuotta. Nuorin heistä oli 23-vuotias ja vanhin 37-vuotias. Neljä naisista oli avoliitossa ja yksi oli eronnut. Kaikkien puoliset tupakoivat. Naisista neljä oli vakituisessa työssä ja yksi hoitovapaalla. Naiset työskentelivät lähihoitajana, tarjoilijana, kosmetiikkaneuvojana ja tiimin esimiehenä. Kolme naisista oli ensisynnyttäjiä ja kaksi uudelleen synnyttäjiä. Tutkimuksen kohteeksi sattuneella vastaanotolla raskauden kesto vaihteli 8 viikosta 33 viikkoon.

Yksi raskaana olevista naisista oli tupakoinut ennen raskautta satunnaisesti 0–20 savuketta päivässä. Hän oli lopettanut tupakoinnin ennen vastaanottoa. Muut raskaana olevat naiset polttivat 15–20 savuketta päivässä ennen raskautta. Kaksi heistä tupakoi vastaanoton aikaan 0–2 savuketta päivässä, yksi 5–10 savuketta päivässä ja yksi 10 savuketta päivässä.

Taulukkoon 1 on koottu raskaana olevien naisten ja heidän terveydenhoitajiensa arvioita raskaana olevien naisten muutosvaiheesta tupakoinnin lopettamisesta. Muutosvaihetta kuvattiin asteikolla 0–10, missä 10 tarkoittaa tupakoinnin lopettamista. Kaksi terveydenhoitajaa arvioi muutosvaiheen raskaana olevien naisten kanssa yhteneväisesti ja kolme terveydenhoitajaa arvioi muutosvaiheen huonommaksi kuin raskaana oleva nainen. Raskaana olevien naisten omista muutosvaiheen arvioista ja heidän tupakointimäärissään oli yhtäläisyyttä. Raskaana oleva nainen, joka oli antanut muutosvaiheestaan arvion 10, ei tupakoinut lainkaan. Raskaana olevat naiset, jotka olivat antaneet muutosvaiheestaan arvion 9.5, tupakoivat 0–2 savuketta päivässä. Raskaana olevat naiset, jotka olivat antaneet muutosvaiheestaan arvion 8 tai alle, tupakoivat 5–10 savuketta päivässä.

Taulukko 1. Arviot raskaana olevien naisten muutosvaiheesta.

	Raskaana olevan naisen arvio muutosvaiheestaan (0–10)	Terveydenhoitajan arvio raskaana olevan naisen muutosvaiheesta (0–10)
Vastaanotto 1	9.5	9.5
Vastaanotto 2	7.5	4
Vastaanotto 3	9.5	9
Vastaanotto 4	10	10
Vastaanotto 5	8	6

5.2 Sanallinen ja sanaton kommunikaatio tupakointia koskevissa keskusteluissa

Tässä tulososiossa vastataan tutkimuskysymyksiin siitä, miten raskaana oleva nainen ja terveydenhoitaja kommunikoivat tupakoinnista vastaanotolla ja minkälaista sanatonta kommunikointia tupakointia koskevassa keskustelussa esiintyy.

Äitiysneuvolan määräaikaistarkastusten kesto vaihteli 23 minuutista 93 minuuttiin. Yli tunnin kestävässä vastaanotoissa oli kyseessä äitiysneuvolan ensikäynti. Vastaanotolla käydyn tupakointikeskustelun kesto vaihteli 5 minuutista 19 minuuttiin. Keskiarvo tupakointikeskustelun kestolle oli 9 minuuttia. Kahdella vastaanotolla tupakointikeskustelu oli vastaanoton keston nähden lyhyt (6 prosenttia vastaanoton kestosta), kun taas kolmella vastaanotolla tupakointikeskusteluun käytettiin viidesosa vastaanoton kestosta.

Kolmella vastaanotolla raskaana olevat naiset puhuivat alle kolmasosan tupakointia koskevista puheenvuoroista. Sen sijaan kahdella muulla vastaanotolla raskaana oleva nainen puhui tupakoinnista terveydenhoitajaa enemmän (77 % ja 56 %). Vastaanottojen tupakointikeskustelujen kestot ja puheenvuorojen jakautuminen kuvataan taulukossa 2.

Taulukko 2. Tupakointikeskustelujen ja puheenvuorojen kestot vastaanotoilla

	Vastaanotto 1	Vastaanotto 2	Vastaanotto 3	Vastaanotto 4	Vastaanotto 5
Vastaanoton ja tupakointi- keskustelun kesto (min, s)	23 min 15 s, 4 min 58 s	44 min 16 s, 11 min 36 s	93 min 10 s, 5 min 37 s	83 min 25 s, 4 min 53 s	87 min 25 s, 18 min 47 s
Tupakointikeskuste- lun kesto (%)	22 %	26 %	6 %	6 %	21 %
Raskaana olevan naisen osuus puheesta (%)	77 %	24 %	14 %	31 %	56 % puoliso 6 %
Terveydenhoitajan osuus puheesta (%)	23 %	76 %	86 %	69 %	38 %

Terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista kommunikointia äitiysneuvolan vastaanotoilla kysymällä, keskustelemalla raskaana olevan naisen tai hänen puolisonsa kokemuksista, kehottamalla vähentämään tai lopettamaan tupakointi, kirjaamalla äitiyskorttia, kannustamalla ja konkreettisesti auttamalla sekä kontrolloimalla. Kyseiset teemat vastaavat Käypä hoito -suosituksen Kuuden K:n mallia, mikä valittiin analyysin viitekehyykseksi. Terveydenhoitajien kuvailemat kommunikointitavat ja niiden toteutuminen videoituilla vastaanotoilla (n=5) kuvataan taulukossa 3.

Kysymällä

Terveydenhoitajien mukaan tupakointi otettiin vastaanotoilla puheeksi erilaisten työkalujen avulla (nikotiiniriippuvuutta kuvaava Fagerströmin testi, lasta odottavan perheen voimavaramittari, äitiysneuvolan ensikäynnin esitietolomake, terveystottumuksia kuvaava Neuvokas perhe-kortti) tai tupakoinnista kysyttiin raskaana olevilta naisilta sulkevien (”Tupakoitko?”) tai avoimien kysymysten avulla (”Miten kauan olet polttanut?”).

Tutkimuksen vastaanotoilla terveydenhoitajat aloittivat tupakointikeskustelun useimmiten (3/5) työkalun avulla, ja kaikki heistä käyttivät työkaluna Fagerströmin testiä. Yksi raskaana olevista naisista oli täyttänyt testin etukäteen kotona, mutta hänen puolisonsa ja kaksi muuta raskaana olevaa naista täyttivät sen vastaanotolla.

Tutkimuksen vastaanotoilla tupakointikeskustelu aloitettiin harvemmin (2/5) kysymällä. Näillä vastaanotoilla kummatkin terveydenhoitajat kysyivät avoimen kysymyksen.

Sanattomassa viestinnässä painottui toiminnan ohjaileminen ja tunteiden ilmaiseminen. Terveydenhoitajat kiinnittivät raskaana olevan naisen huomion Fagerströmin testiin osoittamalla sitä tai sen tiettyä kohtaa kynällä tai sormella. Yksi terveydenhoitajista käänsi paperin niin, että raskaana olevan naisen oli helpompi lukea sitä ja osallistua vastausten läpikäymiseen.

Terveydenhoitaja antaa (liike) puolisolle Fagerströmin testin täytettäväksi. Raskaana oleva nainen aloittaa keskustelun, kun terveydenhoitaja katsoo (katse) hänen testipaperiaan:

- *Alkoholin kanssa ei ole ongelmaa, mutta sitten toi tupakka on ollu niinku vaikeempi tässä tilanteessa.*

Terveydenhoitaja kääntää (liike) testipaperin raskaana olevaan naiseen päin. Terveydenhoitaja osoittaa (liike) sormella testin kohtaa ja sanoo:

- *Jes. Onko tää tilanne nykyinen tilanne vai tota noin niin, vai tilanne ennen raskautta? (Vo 5)*

Kysyessään tupakoinnista molemmat terveydenhoitajat katsoivat aluksi äitiyskorttia. Toinen terveydenhoitajista kysyi tupakoinnista epävarmalla äänensävyllä ja heijasi tuoliaan. Myös toinen terveydenhoitaja liikehti kysyessään hermostuneesti liikuttamalla tuoliaan edestakaisin ja haromalla hiuksiaan. Terveydenhoitajat muuttuivat läsnä oleviksi ottaessaan katsekontaktin. He kuuntelivat raskaana olevien naisten vastauksia rauhallisesti, vaikka toisen raskaana olevan naisen ilmeistä kuvastuivat vaikeiden päivien tunnelmat ja toinen katsoi pääosin pöytää.

Ole läsnä oleva kysyessäsi tupakoinnista. Katsekontakti ja kehon avoin asento viestivät keskusteluhalukkuuttasi. Kun käytät työkalua kuten kyselyä, kiinnitä raskaana olevan naisen huomio täytettyyn kyselyyn osoittamalla vastausta ja ota hänet mukaan keskusteluun kääntämällä paperi häneen päin.

Keskustelemalla

Terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista keskusteltiin raskaana olevien naisten omien ajatusten pohjalta ja tupakointia käytiin läpi niiden perusteella. Raskaana oleville naisille myös ehdotettiin tupakointia korvaavia toimintoja tai niitä ideoitiin yhdessä. Terveydenhoitajien mielestä raskaana olevien naisten omat ajatukset toivat keskusteluun dialogisuutta.

Tutkimuksen vastaanotoilla terveydenhoitajat ehdottivat tupakointia korvaavia toimintoja melko usein (3/5). Sen sijaan raskaana olevien naisten ajatuksista keskusteltiin varsin vähän. Runsaammin dialogia sisältäneissä vastaanotoissa (2/5) raskaana olevat naiset puhuivat ajallisesti enemmän kuin terveydenhoitajat (taulukko 1). Dialogisuus lisääntyi, kun terveydenhoitaja palasi raskaana olevan naisen sanomaan asiaan tai toisti hänen sanojaan. Terveydenhoitajat myös antoivat raskaana olevan naisen vastata rauhassa eivätkä puhuneet hänen päälleen.

Sanattomassa viestinnässä korostui sanallisen viestinnän elävöittäminen. Ideoidessaan tupakointia korvaavia toimintoja terveydenhoitajien äänensävyissä ja ääntönopeudessa oli mielenkiintoista vaihtelua ja dialogien aikana sanallista viestintää kuvitettiin kädenliikkeiden ja ilmeiden avulla.

Dialogissa terveydenhoitaja poimii kysymyksensä raskaana olevan naisen edellisestä puheenvuorosta:

- *Onks sul jotain keinoja päästä eroon siitä ajatuksesta? (hymyilee).*

Raskaana oleva nainen vastaa:

- *Just se että mä teen jotain. Rupeen siivoamaan tai teen ruokaa. Et se on jännä, et ei mun tee tiukkaa olla ilman tupakkaa, mut se kuitenkin tulee se ajatus (elehtii ajatusta viemällä käden ohimolle).*

Terveydenhoitaja kommentoi:

- *Kun se alkaa soimaan täällä (elehtii kelloa päässä), se on yleensä se 5 minuuttia, jos keksii jotain tekemistä, niin se yleensä sit helpottaa (elehtii liikkeen suuntaa).*

Lopuksi raskaana oleva nainen vitsailee (äänensävy):

- *Joo, meidän koti kiiltää koko ajan (elehtii luuttuamista). Molemmat nauravat (äänensävy). (Vo 1)*

Terveydenhoitajien mukaan raskaana olevien naisten kanssa keskusteltiin myös puolison tupakoinnista, koska terveydenhoitajien mielestä oli tavallista, että tupakoivan raskaana oleva naisen puolisoikin tupakoi. Jos puoliso oli mukana vastaanotolla, hänen kanssaan keskusteltiin tupakointitottumuksista, mutta myös puolison mahdollisuudesta tukea raskaana olevaa naista tupakoimattomuuteen.

Tutkimuksen vastaanotoilla puolisoitten tupakoinnista keskusteltiin raskaana olevien naisten kanssa usein (3/5). Näiden kolmen raskaana olevan naisen puoliso tupakoivat, mutta yrittivät lopettaa tupakointia. Yhdellä raskaana olevalla naisella ei ollut puolisoa ja yksi puolisoista (1/5) oli mukana vastaanotolla. Tällä vastaanotolla keskustelu oli aluksi raskaana olevan naisen ja terveydenhoitajan välistä ja sitten puolison ja terveydenhoitajan välistä. Lopulta tupakointikeskustelusta tuli kolmenvälistä, kun terveydenhoitaja kysyi kysymyksiä, jotka koskivat molempia vanhempia. Sanattomassa viestinnässä korostui vuorovaikutuksen säateleminen. Terveydenhoitaja jakoi puheenvuorot katsekontaktillaan ja kädellään saadakseen molempien vanhempien mielipiteen esille.

Terveydenhoitaja osoittaa kädellään vanhempia (ele) ja katsoo vuorotellen (katse) heitä ja kysyy:

- *Niin tuota. Poltatteks te muuten autossa? (Vo 5)*

Kun puoliso ei ollut paikalla vastaanotolla, korostui sanattomassa viestinnässä tunteiden ilmaiseminen kuten epävarmuus ja kiusaantuneisuus. Terveydenhoitajat vaikuttivat jännittyneiltä, minkä voi tulkita sanojen hakemisesta tai itseen suuntautuvista eleistä (hiusten sively, kynän pyörittäminen). Raskaana olevat naiset vastasivat yksisanaisesti ja siirsivät näin puheenvuoron nopeasti takaisin terveydenhoitajalle. Terveydenhoitajat kysyivät jatkokysymyksiä ja vahvistelivat raskaana olevien naisten vastauksia nyökkäyksin ja yneemein. Yneemi on puheen lisä-äänne, kuten esimerkiksi ”mmm”.

Palaa puheenaiheeseen, minkä ohitit tai toista kuulemasi. Dialogisessa keskustelussa ilmapiiri vapautuu ja omaa puhetta voi elävöittää elein ja ilmein. Herkisty myös huomaamaan raskaana olevan naisen tunneviestintää. Ole rohkea ehdottaessasi tupakointia korvaavia keinoja tai muita tupakoimattomuutta tukevia ohjeita. Rytmien vaihtelu ja erilaiset äänensävyt tekevät aiheen kiinnostavaksi ja elävöittävät esiintymistäsi. Nyökkäyksin ja yneemein voit viestiä kuuntelevasi ja antaa palautetta. Jos puoliso on vastaanotolla mukana, kysy kysymyksiä, joihin molemmat vanhemmat voivat vastata ja vuorottele katsettasi.

Kirjaamalla

Terveydenhoitajien mukaan tiedot tupakointitottumuksista kirjattiin äitiyskorttiin ja tietokoneohjelmaan. Tutkimuksen vastaanotoilla kaikki terveydenhoitajat (5/5) täyttivät äitiyskorttia keskustelun lomassa. Äitiyskortista myös katsottiin edelliset savukemäärät, mitkä saattoivat toimia keskustelun avaajana tai myönteisen palautteen keinona. Kukaan terveydenhoitajista (0/5) ei kirjannut tietokoneohjelmaan tupakointikeskustelun aikana, mutta tietokoneohjelmaa katsottiin välillä. Kukaan terveydenhoitajista ei myöskään käyttänyt tietokonetta työkaluna esimerkiksi näyttämällä tietokoneelta kuvia, videoita tai nettisivuja. Sanattomassa viestinnässä korostui vuorovaikutuksen sääteleminen, koska kirjaamisen aikana raskaana olevat naiset joutuivat odottamaan. Erään terveydenhoitajan kirjaamiseen yhdistyi positiivisen palautteen antaminen.

Terveydenhoitaja:

- *Ja toihan on se paras ja tärkein juttu, että sulla on itellä se vahva motivaatio. Niin silloinhan se onnistuu. Ja vielä sitte, sulla on se kokemus siitä, että sulla on niitä päiviä, kun et ollenkaan polta.*

Raskaana oleva nainen vaihtaa asentoa (liike) ja nyökkää (ele).

Terveydenhoitaja jatkaa:

- *Mä laitan tähän (kirjoittaa neuvolakorttiin), et 0–2. Joo. Sä pystyt (nostaa peukut pystyyn). (Vo 3)*

Käytä äitiyskortin savukemääriä edistymisestä kertovan positiivisen palautteen antamiseen. Tietokoneelle kirjaamisen tai sen katsomisen aikana keskustelu ei etene. Tietokonetta voisi sen sijaan käyttää konkreettisenä apuvälineenä.

Taulukko 3. Kuuden K:n mallin mukaiset periaatteet ja terveydenhoitajien kuvaamat kommunikointitavat ja niiden toteutuminen vastaanottojen tupakointikeskusteluissa

Kuuden K:n mallin mukaiset periaatteet	Terveydenhoitajien kuvailemat kommunikointitavat	vo 1	vo 2	vo 3	vo 4	vo 5
Kysy	Aloittaa keskustelun käymällä läpi Fagerströmin testiä/voimavaramittaria/Neuvokas perhe -korttia/esitietolomaketta.			x	x	x
Kysy	Aloittaa keskustelun kysymällä tupakointia koskevia kysymyksiä.	x	x			
Keskustele	Keskustelee tupakoinnista raskaana olevan naisen omien ajatusten pohjalta.	x				x
Keskustele	Keskustelee puolison kanssa tupakoinnista.					x
Keskustele	Keskustelee raskaana olevan naisen kanssa puolison tupakoinnista.	x	x		x	
Keskustele	Ehdottaa tupakointia korvaavia toimintoja.	x	x			x
Kirjaa	Kirjaa tupakoinnista äitiyskorttikorttiin ja tietokoneohjelmaan.	x	x	x	x	x
Kehota	Suosittelee tupakoinnin lopettamista tai vähentämistä.	x	x	x		x
Kannusta ja <u>auta</u>	Antaa tietoa suullisesti.		x			x
Kannusta ja <u>auta</u>	Antaa luettavaksi kirjallista materiaalia.			x	x	
Kannusta ja <u>auta</u>	Jatko-ohjaa ryhmiin tai nettiin.		x			
Kannusta ja <u>auta</u>	Jatko-ohjaa lääkärille, erikoissairaanhoidon tai sosiaalihuollon perhetyöhön.			x		
<u>Kannusta ja auta</u>	Antaa myönteistä palautetta.	x	x	x		x
<u>Kannusta ja auta</u>	Motivoi vauvan avulla (esim. sydänään) tai naisen terveyden avulla.		x			
Kontrolloi	Palasi tai palaa myöhemmin tupakointiaiheeseen.	x	x			x

Kehottamalla

Terveydenhoitajien mukaan raskaana oleville naisille suositeltiin tupakoinnin lopettamista tai vähentämistä. Tutkimuksen vastaanotoilla lähes kaikki (4/5) terveydenhoitajat suosittelivat tupakoinnin lopettamista tai vähentämistä, mutta suositus oli yleinen toteamus tai se annettiin tiedon antamisen tai kannustamisen yhteydessä. Terveydenhoitajat saattoivat myös suositella sekä tupakoinnin lopettamista että vähentämistä samassa puheenvuorossa.

Esimerkki terveydenhoitajan suosituksesta tiedon antamisen ohessa:

- *Et pääsis irti, niin ottaa jotain purkkaa tai tämmöstä käyttöön hetkeks aikaa ainaki. Ja tota, jos nyt vielä aattelis, että tupakoi, kun vauva on syntynyt. Sitähän ei suositella, että nukuttais lasta siinä vieressä, koska sit hengityksen (elehtii hengittämistä) kautta tulee niitä myrkköjä sillai, että jos lapsi on siinä vieressä, niin sit se voi lisätä sitä kätkykuoleman riskiä. Eli siinä sit kannattaa olla vähäsen varovainen. Toki, ois tosi toivottavaa, jos pääsisitki **vähentää**, jos on muutaki stressiä ja näin. (Vo2)*

Esimerkki terveydenhoitajan toteamuksesta:

- *Se on jo paljon, et on aatelluki sitä. Ja **vähentäminenkin** on paljon. Saatikka **lopettaminen** on vielä enemmän. Kaikki sinne päin on hyvästä. Tota noin niin. Kaipaatteko tähän tupakoinnin **lopettamiseen** nyt minulta jotakin? (Vo 5)*

Sanatonta viestintää ei erikseen analysoitu, koska terveydenhoitajat eivät asettaneet selkeää tavoitetta tai tehneet konkreettista suunnitelmaa tupakoinnin lopettamisesta tai vähentämisestä raskaana olevien naisten kanssa.

Ole viestinnässä selkeä. Suosittele ensisijaisesti tupakoinnin lopettamista ja tee siitä raskaana olevan naisen kanssa konkreettinen suunnitelma.

Konkreettisesti auttamalla

Terveydenhoitajien mukaan raskausajan tupakointia koskevaa tietoa annettiin suullisesti ja kirjallisesti. Terveydenhoitajakohtaisesti kirjallista materiaalia annettiin joko kaikille raskaana oleville naisille tai vain tupakoiville raskaana oleville naisille.

Tutkimuksen vastaanotoilla suullista tietoa annettiin kuitenkin vähän (2/5). Tietoa annettiin tupakoinnin haittavaikutuksista sikiölle ja imetykselle sekä nikotiinikorvaushoidosta. Myös kirjallista materiaalia tarjottiin luettavaksi vähän (2/5). Vastaanotoilla ei myöskään kysytty, mitä kirjallista materiaalia raskaana oleva nainen oli itse löytänyt luettavaksi, tai varmistettu, oliko raskaana oleva nainen lukenut neuvolasta aiemmin saamansa kirjallisen materiaalin.

Suullista tietoa antaessa sanattomassa viestinnässä korostui vuorovaikutuksen säätely, koska terveydenhoitajien puheenvuorot olivat pitkiä. Kirjallista tietoa antaessa sanattomassa viestinnässä painottui sanallisen viestinnän täydentäminen. Esitteen selaaminen tai sen sisällön esitleminen kiinnitti raskaana olevan naisen huomion paremmin kuin sen ojentaminen tai esitepinoon laittaminen.

Terveydenhoitaja:

- *No mä voin vaikka antaa hänelle (ottaa esitteen ja selailee sitä), et voi lukea, et kun tässä on näistä päihteistä justiin, niin mitä se on molempien vanhempien osalta hyvä tietää (osoittaa tietyn kohdan isälle luettavaksi), vaikka sulla varmaan nyt onkin näistä tietoa ammatinkin puolesta. Mut sä saat ne sitten tosta noin. Mutta hänkin voi, jos se vaikka lisää hänen intoa pysyä sitten sillä tiellä. (Vo 4)*

Terveydenhoitajien mukaan raskaana olevia naisia ohjattiin tupakoitsijoille suunnattuihin ryhmiin, neuvolalääkärille, erikoissairaanhoidon huume-, alkoholi- tai lääkeongelmaisten poliklinikalle tai sosiaalihuollon perhetyöhön. Tutkimuksen vastaanotoilla jatko-ohjaaminen ryhmien tai nettisivujen vertaistukeen oli vähäistä (1/5), sillä vain yksi terveydenhoitaja ohjasi raskaana olevan naisen Stumppi.fi -nettisivuille. Jatko-ohjaaminen sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisille oli myös vähäistä (1/5), sillä vain yksi terveydenhoitaja ohjasi raskaana olevan naisen sosiaalihuollon perhetyöhön.

Nettisivulle ohjatessaan terveydenhoitajan sanattomassa viestinnässä painottui sanallisen viestinnän täydentäminen, koska terveydenhoitaja kirjoitti raskaana olevalle naiselle muistilapun nettilinkistä. Sen sijaan perhetyöhön ohjauksessa korostui vuorovaikutuksen säätely. Raskaana oleva nainen viesti kiinnostumattomuutta, koska hän vastasi yksisanaisesti ja katsoi alaviistoon. Tämän huomattuaan terveydenhoitaja vaihtoi nopeasti keskustelun suuntaa.

Selvitä raskaana olevan naisen tiedon tarve. Anna suullista tietoa osissa ja käytä mieleen jäävää, konkreettista materiaalia apunasi. Esitteen selaaminen kiinnittää raskaana olevan naisen huomion ja tekee esitteen kiinnostavammaksi. Hyödynnä myös muut toimijat. Tee yhteenveto jatko-ohjauksesta ja kirjoita mukaan suosittelimasi linkit muistin tueksi. Älä lannistu, jos raskaana oleva nainen ei ole halukas vuorovaikutukseen.

Kannustamalla

Terveydenhoitajien mukaan raskaana oleville naisille annettiin myönteistä palautetta. Lisäksi raskaana olevia naisia motivoitiin tupakoimattomuuteen vauvan tai naisen oman terveyden avulla.

Tutkimuksen vastaanotoilla kannustaminen toteutui usein (4/5). Sen sijaan motivoiminen vauvan tai naisen terveyden avulla oli vähäistä (1/5). Yksi terveydenhoitajista puhui vauvan liikkeistä motivoivana tekijänä ja otti kantaa vauvan kasvuun. Kukaan terveydenhoitajista ei käyttänyt häkämättä tai ottanut tupakointiaihetta esille sikiön sydänääniä kuunnellessaan. He eivät myöskään ottaneet esille tupakoinnin vaikutuksia raskaana olevan naisen omaan terveyteen raskausaikana tai myöhemmin elämässä.

Sanattomassa viestinnässä painottui tunteiden ilmaiseminen. Vauvan liikkeistä puhuttaessa raskaana olevan naisen ilmeestä voi tulkita, että hän oli joko surullinen vauvan puolesta tai kärsimätön odottamaan vauvan liikehdintää. Terveydenhoitaja vaikutti empaattiselta, mutta vaihtoi puheenaihetta nopeasti. Sanattomassa viestinnässä korostui myös palautteen antaminen äänensävyjen, ilmeiden ja eleiden avulla. Raskaana olevat naiset näyttivät tyytyväisiltä saatuaan positiivista palautetta.

Raskaana oleva nainen hieroo ohimoitaan (liike), katsoo alaviistoon (katse) ja sanoo väsyneesti (äänensävy):

- *Ja on myös ollu päiviä, etten oo polttanu ollenkaan.*

Terveydenhoitaja hymyilee (ilme) ja antaa palautetta innokkaasti (äänensävy):

- *Hyvä. Tosi hienoa. Miltä ne sellaset päivät on tuntunu?*

Raskaana oleva nainen tulee katsekontaktiin (katse), nojaa kädellä leukaansa (asento) ja hymyilee varovaisesti (ilme) sanoessaan:

- *Ihan normaaleilta. (Vo3)*

Keskustele runsaammin havainnoistasi vauvaan liittyen tai käytä keskustelussa apuna raskaana olevan naisen mielikuvia vauvasta. Yhdistä positiiviseen palautteeseen sisältöä, jotta kannustamisesta tulee tuloksellisempaa.

Kontrolloimalla

Terveydenhoitajien mukaan raskaana olevien naisten onnistumista kontrolloitiin seuraavilla neuvolakäynneillä. Terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista keskusteltiin jokaisella neuvolakäynnillä tai erillisen tilanearvion mukaan. Tutkimuksen vastaanotoilla tupakointiaiheeseen palattiin tai aiottiin palata myöhemmin melko harvoin (2/5). Sanattomassa viestinnässä korostui katsekontaktin vähyys. Katseen välttely ei näissä tilanteissa viestinyt kuitenkaan hämmennystä, kiinnostamattomuutta tai vilpillisyyttä vaan lähinnä terveydenhoitajat olivat keskittyneet johonkin muuhun. Toinen terveydenhoitajista palasi tupakointiaiheeseen edellisen neuvolakäynnin jälkeen ja katsoi puheenvuoronsa aikana äitiyskortista aikaisempia savukemääriä. Toinen terveydenhoitajista oli päättämässä tupakointikeskustelua ja oli jo keskittynyt papereiden kirjaamiseen.

Terveydenhoitaja katsoo pöydällä olevia papereita ja kirjoittaa niihin:

- *Me palataan asiaan. Katotaan, miten menee ja hyvä, kun oot päässyt jo nyt noin pitkälle. Aikaa tavallaan vielä on, mut niinkun ittekin sanoit, mahdollisimman nopeasti on aina parempi. Jes. No ni. Sen kans työskentelette ja katotaan miten onnistutte. Palataan siihen sitten myöhemmin. (Vo5)*

Terveydenhoitajat arvioivat suullisesti raskaana olevien naisten valmiutta tupakoinnin lopettamiseen melko usein (3/5), mitä ei tullut esiin terveydenhoitajien kuvailemissa kommunikointitavoissa. Vain yksi terveydenhoitaja selvitti tekijöitä, jotka motivoivat raskaana olevaa naista lopettamaan tupakoinnin.

- *Mitä sä ite ajattelet siitä lopettamisesta? (Vo 2)*
- *Mikä sua motivoi? Mua motivoi ihan ehdottomasti lapsen terveys. Et se on niinku ihan, ja totta kai omakin terveys siinä sivussa. Mut ensisijaisesti tuo lapsi. (Vo 5)*

Kysy raskaana olevan naisen muutoshalukkuudesta selkeästi. Miten valmis olet lopettamaan tupakoinnin? Kuinka motivoitunut olet lopettamaan tupakoinnin asteikolla 0–10? Ehdota lopuksi aiheeseen palaamista. Katsekontakti kertoo, että olet halukas sopimaan raskaana olevan naisen kanssa jatkosuunnitelmasta.

Terveydenhoitajien sanallisen ja sanattoman viestinnän tulkitseminen osoittaa, että terveydenhoitajien oli helpompi kommunikoida tupakoinnista, kun keskustelun apuna oli työkaluja kuten Fagerströmin testi, kirjallinen jaettava materiaali tai äitiyskortti. Tämä voi johtua siitä, että niiden avulla sai kiinnitettyä raskaana olevan naisen huomion ja niiden rinnalle pystyi liittämään tekemistä. Helpoilta vaikuttivat myös palautteen antaminen, tupakointia korvaavien toimintojen ideoiminen ja raskaana olevien naisten omien ajatusten pohjalta keskusteleminen. Tämä voi johtua siitä, että raskaana olevat naiset olivat silloin kommunikoinnissaan aktiivisia, minkä voi päätellä puheenvuorojen kestosta ja positiivisesta tunteiden ilmaisusta.

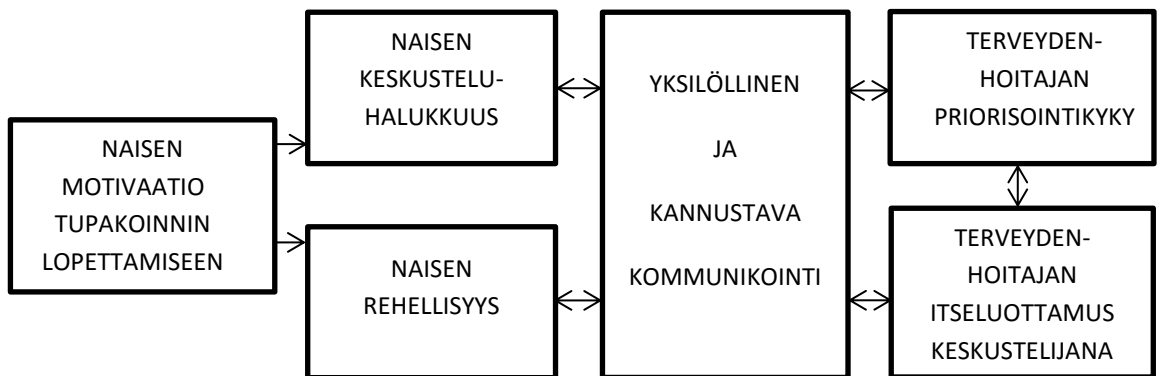
Terveydenhoitajien sanallista ja sanatonta viestintää tulkitsemalla saattoi päätellä, että tupakoinnista kommunikoiminen oli vaativampaa, kun raskaana olevan naisen tai hänen puolisonsa tupakointi otettiin puheeksi kysymällä. Tällöin ilmapiiri vaikutti jännittyneeltä ja epävarmalta. Kaksinkeskinen keskusteleminen vaikutti helpommalta kuin tilanteet, joissa terveydenhoitajan tuli huomioida puoliso tai sikiövauva. Tupakoinnista kommunikoiminen oli epäselvintä tilanteissa, joissa jatko-ohjattiin, suositeltiin tupakoinnin lopettamista tai kun tupakointiaiheeseen palattiin tai aiottiin palata seuraavalla neuvolakäynnillä.

5.3 Terveydenhoitajien kokemukset tupakointikeskusteluista

Tässä tulososiossa vastataan tutkimuskysymykseen siitä, miten terveydenhoitajat kokivat tupakointiin liittyvän keskustelun. Terveydenhoitajia (n=5) haastateltiin joko äitiysneuvolan määrääaikaistarkastuksessa käydyn tupakointikeskustelun jälkeen tai terveydenhoitajat (n=5) kävivät läpi kokemuksiaan aikaisemmin vastaanotolla käymästään tupakointikeskustelusta.

Pääsääntöisesti terveydenhoitajat kokivat, että raskaana olevan naisen motivaatio tupakoinnin lopettamiseen vaikutti raskaana olevan naisen keskusteluhalukkuuteen ja rehellisyyteen. Motivoituneet äidit olivat vastaanottavaisempia eivätkä salailleet tupakointiaan. Avoimien ja motivoituneiden raskaana olevien naisten kanssa tupakoinnista kommunikoiminen tuntui helpolta, toisin kuin pidättyväisten ja muutosvalmiuttaan epäilevien raskaana olevien naisten kanssa.

Terveydenhoitajien lähtökohtana oli, että he pyrkivät kommunikoimaan tupakoinnista asiakas- ja tilannetajuisesti ja kannustavasti. Raskaana olevan naisen motivaatio tupakoinnin lopettamiseen, keskusteluhalukkuus ja rehellisyys vaikuttivat siihen, miten terveydenhoitaja priorisoi tupakoimattomuutta ja tupakoinnista kommunikoimista. Jos terveydenhoitaja ei laittanut etusijalle tupakoimattomuutta, saattoi keskusteluja jäädä käymättä, ne olivat suuripiirteisiä, terveydenhoitaja hyväksyi tupakoinnin vähentämisen tai ei tunnistanut tupakointikeskustelulle otollisia hetkiä. Tupakointikeskustelujen priorisoimiseen vaikutti myös terveydenhoitajan itseluottamus. Jos terveydenhoitaja koki itsensä kyvykkääksi ja sai keskusteluista onnistumisen tunteita, hän koki myös tupakointikeskustelut merkityksellisiksi. Terveydenhoitajien kokemukset tupakointikeskusteluista on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Terveydenhoitajien kokemukset tupakointikeskusteluista

Raskaana olevan naisen motivaatio tupakoinnin lopettamiseen

Terveydenhoitajat kokivat, että monet heidän asiakkaistaan olivat motivoituneita tupakoinnin lopettamiseen. He eivät olleet kuitenkaan vakuuttuneita kaikkien raskaana

olevien naisten halusta tai voimavaroista tupakoinnin lopettamiseen. Terveystenhoitajien mukaan nämä äidit todennäköisesti jatkoivat tupakointia koko raskauden ajan tupakointikeskusteluista huolimatta.

”Mä en oo ihan vakuuttunut, et onks hänellä nyt välttämättä hirveästi voimavaroja ja jaksamista tehdä se panostus.” ID3

Raskaana olevan naisen keskusteluhaluus

Terveystenhoitajat kokivat, että raskaana olevien naisten motivaatio tupakoinnin lopettamiseen vaikutti heidän keskusteluhaluuteensa. Motivoituneet raskaana olevat naiset olivat vastaanottavaisia. He puhuivat tupakoinnistaan avoimesti ja aktiivisesti. Sen sijaan terveystenhoitajat kokivat tupakoinnista kommunikoinnin haasteelliseksi, jos raskaana oleva nainen epäili muutosvalmiuttaan tai hänen asenteensa keskusteluun oli negatiivinen. Terveystenhoitajien mielestä pidättyväiset raskaana olevat naiset olivat torjuvia, lyhytsanaisia ja halusivat vastaanotolta pois nopeasti. Keskusteluhaluttomuus tuli esille myös passiivisuutena ja välinpitämättömyytenä.

”He sanoo sen, et on parempi tupakoida, kuin sit et on tosi stressaantunut koko ajan vauvaa ajatellen. Et he saattaa herkästi sillai siihen vedota.” ID15

Raskaana olevan naisen rehellisyys

Terveystenhoitajat kokivat, että raskaana olevien naisten motivaatio tupakoinnin lopettamiseen vaikutti siihen, kuinka läpinäkyvästi he kertoivat tupakoinnistaan. Terveystenhoitajat uskoivat, että motivoituneet raskaana olevat naiset puhuivat tupakoinnistaan rehellisesti ja totuudenmukaisesti, lukivat saamansa kirjallisen materiaalin ja pysyivät päätöksessään olla tupakoimatta. Terveystenhoitajien mielestä kaikki raskaana olevat naiset eivät tuoneet ilmi tai myöntäneet tupakointiaan. Terveystenhoitajien mukaan raskaana olevat naiset salailivat tupakointiaan, koska he eivät kehdanneet myöntää sitä.

”Saattaa olla epärehellinen että en oo polttanu, mutta haisee kuitenkin tupakalle, sellanenki on ollu, ne ei vaan kehtaa sanoo mulle.” ID1

Yksilöllinen ja kannustava kommunikoiminen

Terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista pyrittiin keskustelemaan asiakas- ja tilannetajuisesti. Terveydenhoitajat kertoivat aistivansa raskaana olevan naisen keskusteluhalukkuutta hänen ilmeistään ja olemuksestaan ja etenivät tarvittaessa varovaisesti, ettei raskaana oleva nainen perääntyisi keskustelusta. Terveydenhoitajat kertoivat tekevänsä yksilöllisiä ratkaisuja ajankäytön suhteen. Myös jatkotuen tarvetta arvioitiin yksilöllisesti ja keskusteluja joko jatkettiin tai ei jatkettu seuraavilla neuvolakäynneillä.

Terveydenhoitajat kokivat roolilleen ominaisena positiivisen palautteen antamisen. He pyrkivät puhumaan tupakoinnista kannustavasti paheksumisen ja syyttämisen sijaan. Lisäksi he herättelivät raskaana olevia naisia ajattelemaan tupakoinnin haittoja, mutta pyrkivät antamaan tietoa paasaamatta, saarnaamatta, sanelematta ja tyrkyttämättä.

”Mä yritin häntä kovasti kannustaa siinä ja kehua, että hieno homma, et sä oot pystynyt vähentämään. Ja, et mä uskon, et sä pystyt lopettamaan kokonaan. Et yritin ainakin sitä positiivisuutta tuoda.” ID5

Tupakoimattomuuden priorisointi

Terveydenhoitajat kokivat, että raskaana olevan naisen rehellisyydellä, keskusteluhalukkuudella tupakoinninlopettamismotivaatiolla oli vaikutusta siihen, miten he priorisoivat tupakoimattomuutta ja tupakoinnista kommunikoimista. Terveydenhoitajien mielestä tupakoinnista ei kannattanut keskustella jokaisella neuvolakäynnillä, koska raskaana olevalle naiselle saattaisi jäädä tiukkaamisesta tai tupakoinnin perinpohjaisesta selvittämisestä kielteinen kuva. Terveydenhoitajat myös kokivat, että vaikean elämäntilanteen omaavia, moniongelmaisia raskaana olevia naisia ei voinut syyllistää enempää, joten he saattoivat olla puhumatta tupakoinnista heidän kanssaan.

Terveydenhoitajat kertoivat sallivansa keskusteluissa tupakoinnin vähentämisen. Vähentämistä pidettiin jo hyvänä saavutuksena. Terveydenhoitajien mukaan oli epärealistista puhua lopettamisesta, jos raskaana oleva nainen oli valmis vain vähentämään tupakointiaan. Suurin osa terveydenhoitajista kertoi kannustavansa raskaana olevia naisia tupakoinnin vähentämiseen, koska he pitivät sitä välivaiheena lopettamisessa.

”Et mielummin mä lähen kannustamaan vähentämistä ja sit jossain vaiheessa sitä, et ootko sä miettiny, että sä voisit lopettaa kokonaan”. ID11

Terveydenhoitajien mukaan tupakoinnista keskusteltiin enemmän, jos terveydenhoitajalla oli raskaana olevasta naisesta positiivinen ennakkokäsitys. Toisaalta tupakoinnista keskusteltiin enemmän myös runsaasti tupakoivien, juuri polttaneiden tai huonosti itsestään huolehtivien raskaana olevien naisten kanssa. Priorisointiin vaikuttivat myös muut kuin raskaana olevasta naisesta johtuvat tekijät. Terveydenhoitajien mukaan tupakointi oli vain yksi aihe muiden joukossa, joten tupakointi saattoi jäädä muiden aiheiden jalkoihin. Terveydenhoitajat kokivat, että terveystkasvatus painottui äitiysneuvolassa etenkin ravitsemuspuoleen. Terveydenhoitajat myös tiedostivat, että he saattoivat puhua tupakoinnista vain ohimennen. Terveydenhoitajat kokivat, että tupakoinnista oli helpompi keskustella, jos aikaa oli riittävästi, vastaanotolla ei ollut lapsia, kemiaat kohtasivat tai rutiinit tavat toimia tukivat keskustelua.

Terveydenhoitajan itseluottamus

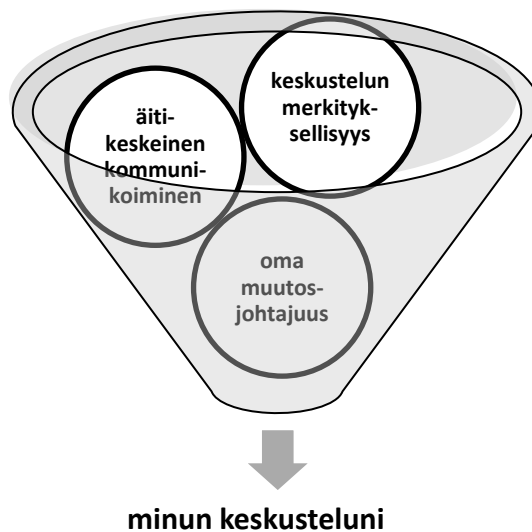
Tupakointikeskustelujen priorisoimiseen vaikutti myös terveydenhoitajan itseluottamus. Jos terveydenhoitaja koki itsensä kyvykkääksi ja sai keskusteluista onnistumisen tunteita, hän koki myös tupakointikeskustelut merkityksellisiksi. Epävarmuus omia kykyjä kohtaan lisääntyi, jos terveydenhoitaja koki epäonnistuneensa aiemmin, jos tupakointikeskusteluja oli harvoin tai jos hän ei tiennyt miten toimia. Pääsääntöisesti terveydenhoitajat ajattelivat, että tupakoimattomuus on äidistä itsestään kiinni ja että heidän roolinsa auttajana on vähäinen.

”En mä koe, että mulla on sellasia taitoja ja kykyjä, että mä osaisin, jos joku ihminen oikeasti tarviis vaikka apua tai tukea siihen vierottumiseen, lopettamiseen, niin ei mulla oo sellasia taitoja omasta mielestä.” ID9

5.4 Raskaana olevien naisten kokemukset tupakointikeskustelusta

Tässä tulososiossa vastataan tutkimuskysymykseen siitä, miten raskaana olevat naiset kokivat tupakointiin liittyvät keskustelut. Raskaana olevia naisia (n=5) haastateltiin äitiysneuvolan määräaikaistarkastuksessa käydyin tupakointikeskustelun jälkeen.

Pääsääntöisesti raskaana olevat naiset kokivat, että keskustelut olivat äiti- ja perhekeskeisiä. He kokivat tupakoinnista keskustelemisen tärkeäksi, mutta pitivät tärkeämpänä oman muutoksen johtamista. Raskaana olevien naisten kokemukset tupakointikeskusteluista on kuvattu kuviossa 3. Kuviossa pyritään havainnollistamaan, että jokaisen raskaana olevan naisen tupakointikeskustelulle on oma reseptinsä. Keskustelun merkitystä, oman itsensä johtamista muutokseen ja yksilöllistä, äidille sopivaa kommunikoimista tarkastellaan alaotsikoiden alla.



Kuvio 5. Raskaana olevien naisten kokemukset tupakointikeskusteluista

Keskustelun merkityksellisyys

Monien raskaana olevien naisten mielestä tupakoinnista ja siihen liittyvistä ajatuksista puhuminen oli tärkeää. Heidän mielestään oli hyvä, että tupakoinnista keskustellaan neuvolassa, koska tupakoivia äitejä on paljon ja tupakointi on väärin lasta kohtaan sekä haitallista terveydelle. Raskaana olevista naisista tuntui hyvältä, kun he saivat kertoa terveydenhoitajalle tekemistään tupakointitottumusten muutoksista. Tupakoinnista keskusteleminen auttoi tekemään omista ajatuksista konkreettisempia ja selventämään todellista tilannetta.

Raskaana olevien naisten positiiviset käsitykset neuvolasta ja terveydenhoitajasta tukivat tupakoinnista keskustelemista. Raskaana olevat naiset eivät stressanneet

tupakointikeskusteluja etukäteen, koska yhteistyö terveydenhoitajan kanssa oli sujunut hyvin ja neuvolaan oli kiva tulla. Raskaana olevat naiset saivat motivaatiota lopettamiseen sikiövauvastaan. Heille oli merkityksellistä, että he saivat kuulla vauvan kasvavan normaalisti tai että he kuuluivat vastaanotolla vauvan sydänäänet.

Keskusteluinto vähentyi, jos tupakointikeskustelu koettiin merkityksettömäksi. Raskaana olevat naiset kokivat, etteivät he tarvinneet tukea neuvolasta, jos päätös lopettamisesta oli jo tehty tai jos tupakointikeskustelu ei vastannut äidin tarpeita. Tällöin terveydenhoitaja puhui rutinoituneesti tai asiat olivat liian tuttuja. Tupakointikeskustelut olivat merkityksettömiä myös silloin, kun raskaana oleva nainen ei halunnut kuunnella terveydenhoitajaa tai jutella hänelle omista asioistaan.

”Mä en ota kaikkee mun kuuleviin korviin. Varsinkin, jos on asioita, mitkä mä oon kuullu moneen kertaan aiemmin.” ID6

Äiti- ja perhekeskeinen kommunikoiminen

Raskaana olevien naisten mielestä keskustelumäärät olivat heille sopivia. Joidenkin raskaana olevien naisten mielestä tupakoinnista keskusteltiin vastaanotolla vähän, mutta määrä oli sopiva lopettamispäätöksen tehneelle tai uudelleensynnyttäjälle. Raskaana olevat naiset toivoivat tupakointikeskustelujen jatkuvan tupakoinnin lopettamiseen saakka. Raskaana olevien naisten mielipiteet puolisoiden huomioimisen tarpeesta vaihtelivat. Toiset olivat iloisia, että puoliso oli heti osallisena keskustelussa ja toiset eivät kaivanneet puolison kanssa keskustelemista lainkaan.

Raskaana olevien naisten mielestä terveydenhoitajat löysivät tupakointikeskusteluihin sopivan kommunikointitavan. Raskaana olevat naiset pitivät siitä, että terveydenhoitajat kuuntelivat, puhuivat saarnaamatta, antoivat positiivista palautetta eivätkä sanelleet, miten heidän tulisi toimia. Myös ajatustyöhön herättelemine koettiin myönteisenä. Tupakointikeskustelussa saatettiin esimerkiksi työstää selviytymiskeinoja vaikeiden hetkien varalle.

Raskaana olevien naisten mielestä tupakointikeskustelut olivat luontevia. Heistä keskustelut tuntuivat ihan normaaleilta keskusteluilta. Raskaana olevat naiset kokivat, että terveydenhoitajat tiesivät, mistä puhuivat ja etenivät johdonmukaisesti. Heidän mukaansa terveydenhoitajat puhuivat tupakoinnista ymmärrettävällä tavalla ja

vastaanotolla annetut ohjeet olivat selviä. Keskusteluilmapiiri koettiin turvalliseksi ja ymmärtäväiseksi. Raskaana olevien naisten ei tarvinnut pelätä, että tupakoinnista oltaisiin vihaisia. Terveydenhoitajalle pystyi heittämään vitsejä ja keskinäiset avoimet välit mahdollistivat rehellisen puheen.

”Et mun lähtökohtanen tapa on sellanen suora ja rento, mutta jos mulle tulee se huono fiilis, niin sit mä alan pistää luukkuja kiinni. Nyt ne on auki!” ID10

Oma muutosjohtajuus

Raskaana olevat naiset kokivat olevansa aktiivisia ja vastuullisia. He kokivat oman roolinsa keskeisimmäksi tupakoinnin lopettamisessa. Oman päätöksen tekeminen ja oman itsensä johtaminen muutokseen koettiin keskustelua tärkeämmäksi.

”Mä oon vähän semmonen et mun täyty ite päättää, et ei auta vaikka siitä kuinka puhuttaisiin.” ID2

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän empirisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimusprosessin osalta Graneheimin & Lundmanin (2004) esittämien laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien mukaisesti. Nämä kriteerit ovat uskottavuus, riippuvuus ja siirrettävyys (Graneheim & Lundman 2004).

Tutkimuksen *uskottavuus* tarkoittaa tutkimuksen vastaavuutta aiottuun tarkoitukseen ja siihen vaikuttaa muun muassa tutkijan päätös tutkittavien ja tutkimusmenetelmän valinnasta (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa päätös tutkittavien ja tutkimusmenetelmien valinnasta osoittautui luovaksi ratkaisuksi, koska aiempaa tutkimustietoa vastaavanlaisesta tutkimustavasta ei löytynyt. Havainnoimalla saatiin tietoa, mitä terveydenhoitajat tekevät, toisin kuin mitä heidän ajatellaan tekevän. Lisäksi haastattelemalla saatiin tietoa, miten potilasohjauksen eri osapuolet kokevat saman tilanteen. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että ilmiötä lähestyttiin monelta eri suunnalta ja monimenetelmällisesti: raskausajan tupakointia koskevaa kommunikointia tutkittiin kahdesta eri näkökulmasta (terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisien),

kahdella eri tutkimusmenetelmällä (havainnointi ja haastattelu) ja tietoa saatiin sekä tutkittavien toiminnasta että kokemuksista. Uskottavuutta lisää myös se, että videoinnista huolimatta tutkittavat kertoivat toimineensa autenttisesti.

”Mä oisin todennäköisesti ilman tuota kameraakin mennä aika samalla tavalla.”
ID9.

”Mut yhtäkkiä sen (kameran) unohti vaan. Ei sit sitä enää miettiny enää ollenkaan.”
ID1.

Tutkimuksen uskottavuuden kannalta haasteeksi muodostui tutkittavien rekrytoinnin vaikeus, mikä johtui muun muassa terveydenhoitajien työn kiireisyydestä. Lisäksi tupakoivia raskaana olevia naisia oli terveydenhoitajien asiakaskunnassa vain satunnaisesti. Raskaana olevien naisten otoskoko jäi tavoiteltua pienemmäksi. Tavoiteltavaksi otoskooksi määriteltiin 10 tutkittavaa raskaana olevien naisten osajoukosta ja tähän tutkimukseen osallistui 5 raskaana olevaa naista. Otoskoko saatiin kuitenkin kasvatettua aineistonkeruuvaiheessa, kun raskaana olevia tupakoivia naisia alettiin rekrytoida myös neuvoloiden puhelinpalvelun kautta. Terveydenhoitajien tavoiteltu otoskoko (10 tutkittavaa) saavutettiin. Heidän kokemustensa osalta aineisto alkoi satureitumaan, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta. Sen sijaan saturaatiota ei saavutettu raskaana olevien naisten näkemysten suhteen. Jotta suunniteltua pienemmästä otoksesta oli mahdollista tehdä tulkintoja tutkittavien näkemyksestä, kiinnitettiin huomiota aineiston huolelliseen ja syvälliseen analysointiin. Lisäksi kokenut ohjaaja osallistui videoaineiston analyysiin ja seurasi analyysivaiheiden etenemistä. Osa tutkimuksen analyysivaiheista on raportoitu liitteessä 10.

Tutkimuksen *riippuvuuteen* vaikuttaa tutkijan toiminta ja hänen tekemänsä päätökset tutkimusprosessina aikana (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tutkija tunnisti oman ammattinsa (neuvolaterveydenhoitaja) vaikutuksen ja pyrki toimimaan tutkittavien äänitorvena. Tutkija reflektoi omaa toimintaansa kirjaamalla havaintojaan ylös päiväkirjaan ja pohti niitä tutkimustapaamisissa ohjaajan kanssa. Osa aineistosta kerättiin osallistumattoman havainnoinnin avulla, mikä vähensi tutkimuksen riippuvuutta tutkijasta. Tutkijan johdonmukaisen toiminnan varmistamiseksi aineiston keruu-aika rajoitettiin kolmeen kuukauteen ja haastattelun apuna käytettiin haastattelurunkoa. Alkuperäinen haastattelurunko täsmentyi kuitenkin hieman haastattelujen myötä, sillä tutkittavat pitivät joitakin kysymyksiä vaikeina ja halusivat

tarkentaa niitä. Lisäksi haastattelutekniikkaa hiottiin esimerkiksi antamalla lisää vastausaikaa, kysymällä vain yhtä asiaa kerrallaan, pyytämällä kertomaan mielenkiintoisesta huomiosta tarkemmin ja ohjaamalla pysymään tietyn asiakkaan kontekstissa.

Tutkija koki, että hänen kokemattomuutensa saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Kahden eri aineistonkeruu- ja analyysimenetelmän hallinta oli haasteellista. Tässä tutkimuksessa se tuli esille etenkin sanattoman viestinnän havainnoinnissa ja analysoinnissa. Hakkaraisen & Hyvärisen (1999) mukaan havainnointi on aina selektiivistä, koska ihmisen havaintokyky on rajallinen. Tutkija koki, että jotkut sanattoman viestinnän merkit vaikuttivat ilmeisemmiltä kuin toiset, kun taas toiset tilanteet vaativat enemmän tulkintaa. Nämä seikat saattoivat lisätä väärinymmärrysten mahdollisuutta, mikä vuoksi pyrittiin tekemään useampi kuin yksi tulkinta. Hakkaraisen & Hyvärisen (1999) mukaan sanattomilla viesteillä on myös monta merkitystä. Tämän vuoksi sanatonta viestintää tarkasteltiin tässä tutkimuksessa vain osana tupakointia koskevaa kommunikointitilannetta.

Tutkimuksen *siirrettävyydellä* tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen otos heikentää tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä. Otos ei ole välttämättä tupakoivia raskaana olevia naisia kattavasti edustava, koska informanteja on vähän ja otoksen sisäinen variaatio jäi pieneksi. Lisäksi tutkittavat edustavat vain yhden kaupungin tilannetta, mikä saattaa rajoittaa tulosten siirrettävyyttä muualle. Toisaalta tällä tutkimuksella ei pyritty saamaan yleistettäviä tuloksia vaan kuvailemaan ilmiötä rikkaasti. Tähän tarkoitukseen otantamenetelmät soveltuivat hyvin. Siirrettävyyttä pyrittiin parantamaan kuvailemalla tarkasti äitiysneuvolakonteksti luvussa 2.1 ja tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat ja raskaana olevat naiset luvussa 5.1.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on yhteiskunnallisesti merkityksellinen siksi, että Tupakkatilaston (2014) mukaan tupakoimattomuus on yksi tärkeimmistä väestön terveyden tasa-arvoa parantavista tekijöistä. Yhteiskunnallisen merkityksensä lisäksi tutkimusaihe on ajankohtainen, sillä erilaisia tupakointia koskevia näkökulmia on tarkasteltu muun muassa vuoden 2015 valtakunnallisilla lääkäri- ja

terveydenhoitajapäivillä sekä valtakunnan sanomalehdissä. Yhteiskunnallisen hyödyn lisäksi tutkimustulokset ovat hyödyksi tutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille jo nyt ja ne voivat olla tulevaisuudessa hyödyksi uusille äitiysneuvolan asiakkaille, mikäli tutkimustuloksia hyödynnetään hoitotyön käytäntöön.

Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (TENK 2012) noudattaen. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa tutkimukseen osallistuneen kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitokselta (myönnetty 1.4.2015) sekä ennakoarvointi Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta (myönnetty 23.2.2015).

Terveydenhoitajille kuvattiin suullisesti tutkimuksen aihe ja kerrottiin, mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa ja kauanko siihen menee aikaa. Raskaana oleville naisille vastaavat tiedot annettiin heidän toiveidensa mukaisesti joko puhelimitse tai tekstiviestein. Tutkittaville annettiin tiedote tutkimuksesta myös kirjallisesti sähköpostilla (liitteet 5 ja 6). Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että tutkittavilla on oikeus kieltäytyä tai luopua tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa. Tutkimukseen osallistuvilta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 7) aineistonkeruupäivänä, minkä avulla he saattoivat osoittaa TENK:n (2009) periaatteiden mukaisesti halunsa osallistua tutkimukseen tietoisina tutkimuksen toteutustavasta.

Tutkimuksessa käytettiin myös TENK:n (2012) eettisesti kestäviä tiedonhankintatapoja. Jotta tutkimukseen osallistuminen oli mahdollisimman vaivatonta, kerättiin aineisto määräämääräaikaistarkastuksen yhteydessä neuvoloiden tiloissa ja raskaana olevat naiset haastateltiin heti vastaanoton päätyttyä ja terveydenhoitajat saman päivän aikana heidän valitsemanaan ajankohtana. Raskausajan tupakointi on aiheena arkaluonteinen, joten tutkija huolehti, että TENK:ssä (2009) kuvattu vapaaehtoisuuden periaate toteutuu myös haastatteluun sisältyvässä vuorovaikutustilanteessa. Tupakoinnista kertominen olisi aiheen sensitiivisyyden vuoksi voinut olla raskaana oleville naisille ahdistavaa, mutta tutkija ei havainnut siihen viittaavaa aineiston keruun aikana. Fyysisen yksityisyyden turvaamiseksi videointi kohdistettiin alueelle, jossa terveydenhoitaja ja raskaana oleva nainen keskustelevat. Osallistuva havainnointi olisi saattanut lisätä tutkittavien psyykkistä kuormitusta, mutta tutkittavat kertoivat, että videointi oli harmiton kokemus ja kuvaamisen unohti vastaanoton edetessä.

Myös aineiston hankinnassa, käsittelyssä ja arkistoinnissa noudatettiin TENK:n (2009) ohjeita aineiston suojaamisesta ja tutkimushenkilöiden anonymiteetin säilymisestä. Videointiin liittyvän tunnisteellisen aineiston suojaaminen suunniteltiin huolella ja kirjattiin henkilötietolain mukaiseen rekisteriselosteeseen. Tutkittavan henkilöllisyys ja tuli vain tutkimusryhmän tietoon, ja kerätyt tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä. Raportointivaiheessa tutkimukseen osallistuneen kaupungin nimi, tutkittavien nimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat muutettiin. Tietoturvallisuus aineiston tallentamisessa ja arkistoinnissa turvattiin siten, ettei ulkopuolisilla ollut pääsyä tietokantaan ja kerätty tutkimusaineisto säilytetään lukitussa kaapissa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella ja tuhoetaan kolmen vuoden kuluttua tulosten julkaisemisesta.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Raskausaikaa pidetään ihanteellisena hetkenä tupakoinnin lopettamista koskevaan ohjaukseen (Lumley ym. 2004, McBride ym. 2003). Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää raskaana olevien naisten ja terveydenhoitajien tuottamaa tietoa raskausajan tupakointia koskevasta kommunikaatiosta äitiysneuvolan vastaanotolla.

Kuuden K:n mallin periaatteet tupakointia koskevassa kommunikaatiossa

Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan tupakointikeskustelussa suositellaan käytettäväksi ns. Kuuden K:n mallia. Kuuden K:n mallin periaatteista kysyminen ja kirjaaminen toteutuivat tutkimuksen vastaanotoilla hyvin. Keskusteleminen, kehottaminen, kannustaminen ja kontrolloiminen toteutuivat sen sijaan kohtalaisesti. Konkreettinen auttaminen, kuten jatko-ohjaaminen ja tiedon antaminen, toteutui huonoiten.

Tupakoinnista kysyminen toteutui tämän tutkimuksen vastaanotoilla kommunikaatitavoista kaikkein parhaiten, mikä oli keskeinen tulos myös aikaisemmassa kirjallisuudessa (Abatemarco ym. 2007, Bull & Whitehead 2006, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013, Price ym. 2006). Changin ym. (2013) tutkimuksessa terveydenhoitajat kysyivät raskaana olevilta naisilta tupakoinnista pääosin suljetuilla kysymyksillä, kun taas tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat käyttivät avoimia kysymyksiä. Lisäksi terveydenhoitajat käyttivät kattavasti kysymisen apuvälineenä nikotiiniriippuvuutta kuvaavaa Fagerströmin testiä,

mitä ei tullut esille aikaisemmassa kirjallisuudessa. Tässä tutkimuksessa ilmeni myös, että tupakoinnista kysyminen oli helpompaa konkreettisten työkalujen kuten Fagerströmin testin tai äitiyskortin avulla.

Tupakointitottumusten kirjaaminen potilastietojärjestelmään ja äitiyskorttiin toteutui tämän tutkimuksen vastaanotoilla systemaattisesti, kun taas Thyrianin ym. (2005) tutkimuksessa tuotiin esille tupakointitottumusten kirjaamisen epäsystemaattisuus. Saksassa tehdyn tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ole siirrettävissä suomalaiseen äitiysneuvolatyöhön, missä esimerkiksi sähköinen kirjaaminen on ollut varsin yleistä 2000-luvulla. Paperisiin äitiyskortteihin on tulossa muutoksia syksystä 2016 alkaen. Uudistuneeseen äitiyskorttiin kirjataan aikaisempaa tarkemmin tupakointi ennen ja jälkeen 12. raskausviikon. Sen sijaan seurantalehdelle ei enää tehdä merkintää savukemäärästä vastaanottohetkellä. (Paperisen äitiyskortin sisältö 2015.) Tämän tutkimuksen mukaan se kuitenkin oli äitiyskortin kohta, jota terveydenhoitajat käyttivät eniten hyödykseen tupakointikeskustelussa ja joka mahdollisti tupakoinnin vähenemisen seurannan ja positiivisen tuen antamisen.

Aikaisemman kirjallisuuden mukaan puolisoiden tupakointitottumuksista keskusteltiin puolisoiden läsnä ollessa (Bull 2007, Bull & Whitehead 2006, McLeod ym. 2003). Tässä tutkimuksessa puolison tupakoinnista keskusteltiin usein, vaikka puoliset olivat harvoin läsnä vastaanotoilla. Puolisoiden tupakointi oli tässäkin tutkimuksessa yleistä, joten sen huomioiminen oli aiheellista. Sen sijaan vauva jäi keskustelujen ulkopuolelle lähes kaikilla tutkimuksen vastaanotoilla. Tämä oli sääli, sillä sekä tämän tutkimuksen että Lendahlsin ym. (2002) tutkimuksen mukaan juuri vauva motivoi raskaana olevia naisia tupakoinnin lopettamiseen.

Tupakoinnin lopettamiseen kehottaminen nähtiin aikaisemmissa tutkimuksissa yhtenä parhaiten toteutuvana kommunikaatiotapana (Abatemarco ym. 2007, DeWilde ym. 2015, Okoli ym. 2010, Price ym. 2006). Changin ym. (2013) tutkimuksen mukaan lopettamiseen kehottaminen ei kuitenkaan implementoitunut vastaanotoilla niin hyvin kuin terveydenhoitajien itsearviointit antoivat ymmärtää. Tämän tutkimuksen vastaanotoilla tupakoinnin lopettamiseen kehottaminen toteutui hyvin. Terveydenhoitajien kehotukset jäivät kuitenkin epäselviksi, voimattomiksi ja persoonattomiksi, mitä ongelmaa myös Chang ym. (2013) toivat esille omissa tutkimustuloksissaan.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedon antaminen mielletään keskeiseksi kommunikaatiotavaksi tupakoinnista keskustellessa (Abrahamsson ym. 2005, Abatemarco ym. 2007, Baxter ym. 2010, Bull ym. 2008, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, Colomar ym. DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, Gamble ym. 2015, Everett-Murphy ym. 2011, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Perlen ym. 2013, Petersen ym. 2009, Thyrian ym. 2006). Tämän tutkimuksen vastaanotoilla tiedon antaminen ei ollut yleistä. Yksi syy tiedon antamisen vähyydelle voi olla terveydenhoitajien näkemys siitä, että nykyäideillä on jo paljon neuvolan ulkopuolelta hankittua tupakointitietoutta. Syöpäyhdistyksen tutkimuksen (2014) mukaan äitien mielikuvat tupakoinnin haitoista olivat kuitenkin epämääräisiä. Tupakoinnin vaarallisuus ja riskit tiedostettiin yleisellä tasolla, mutta äidit eivät olleet tietoisia konkreettisista haittavaikutuksista vauvalle tai siitä kuinka pysyviä tupakoinnin aiheuttamat haitat voivat olla.

Sekä tämän tutkimuksen että aikaisempien tutkimusten (Abatemarco ym. 2007, Bull & Whitehead 2006, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Okoli ym. 2010, Perlen ym. 2013, Price ym. 2006, Thyrian ym. 2005) mukaan jatko-ohjaaminen toteutui vastaanotoilla kaikkein huonoiten. Okolin ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa ja Pricen ym. (2006) tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhoitajat eivät tieneet, mihin ohjata raskaana olevia naisia. Myös tässä tutkimuksessa jatko-ohjaaminen toteutui heikosti luultavasti siitä syystä, että terveydenhoitajat eivät tieneet, mihin ohjata kohtuullisesti tupakoivia naisia. Terveydenhoitajat kokivat, että runsaasti tupakoivien (>20 savuketta) jatko-ohjaaminen oli helpompaa, sillä heidät pystyi kuntakohtaisten kriteerien tukemana lähettämään erikoissairaanhoidon. Sen sijaan terveydenhoitajilla ei ollut selkeää käsitystä siitä, mihin ohjata alle 20 savuketta vuorokaudessa polttavia naisia, jollaisia kaikki tutkimukseenkin osallistuneet naiset olivat (tutkimuksen naiset polttivat 0–10 savuketta päivässä). Tämän perusteella voidaan päätellä, että hoitoketju ei toimi sujuvasti. Lisäksi osa terveydenhoitajista koki, että heillä itsellään ei ollut riittävästi kykyä tai mahdollisuuksia avun tarjoamiseen.

Tässä tutkimuksessa tupakointiaiheeseen palaamista ja muutosvaiheen jatkuvaa arviointia pidettiin tupakoinnin kontrolloimisena. Aikaisempien tutkimusten mukaan raskaana olevien naisten muutosvaiheen arvioiminen jäi sekä tutkimuksissa että käytännössä vähemmälle huomiolle (Abatemarco ym. 2007, Chang ym. 2013, DeWilde ym. 2015, Flenady ym. 2008, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010). Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat keskustelivat raskaana olevien naisten muutosvaiheesta sen sijaan

melko usein. Lisäksi terveydenhoitajien arviot raskaana olevien naisten muutosvaiheesta tupakoinnin lopettamisen suhteen olivat varsin realistisia (taulukko 1).

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa korostettiin, että terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten tulisi keskustella tupakoinnista toistuvasti läpi raskausajan (Baxter ym. 2010, Lendahls ym. 2002, McCurry ym. 2002, Petersen ym. 2009). Petersenin ym. (2009) tutkimuksessa tuotiin kuitenkin esille, että keskusteluja jatkettiin vain, jos raskaana oleva nainen oli luokiteltu tupakoitsijaksi. Tämän tutkimuksen perusteella terveydenhoitajat jatkoivat keskusteluja seuraavilla neuvolakäynneillä yksilöllisen tilannearvion mukaan. Tutkimuksen vastaanotoilla tupakointiaiheeseen palattiin tai aiottiin palata myöhemmin melko harvoin.

Tupakointia koskeva nonverbaali kommunikaatio

Videoaineisto mahdollisti, että tupakoinnista kommunikoimisen implementoitumista oli mahdollista tarkastella myös nonverbaalisen kommunikoinnin näkökulmasta, mitä ei tullut esille aikaisemmissa tutkimuksissa. Henryn ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan nonverbaalisella kommunikaatiolla oli keskeinen merkitys potilaiden, lääkäreiden ja hoitajien vuorovaikutuksessa ja erityisen merkityksellistä se oli, kun keskustelun aihe oli emotionaalinen.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajien sanattomasta kommunikaatiosta löydettiin asioita, joilla oli positiivinen vaikutus tupakointikeskustelun etenemiseen. Stickleyn (2010) kehitti Eganin jalanjäljissä kirjainlyhennemallin asioista, joiden avulla sanatonta kommunikaatiota opitaan hyödyntämään hoitotyössä. Tämän tutkimuksen nonverbaalisesta kommunikoinnista löytyi yhteneväisyyksiä Stickleyn SURETY -malliin istuma-asennon, katsekontaktin ja rennon olemuksen osalta. Taitavasti kommunikoidessaan terveydenhoitajat istuivat vastakkain raskaana olevaan naiseen nähden, istuivat avoimessa asennossa (esimerkiksi eivät esimerkiksi ristineet käsiään tai jalkojaan), olivat rentoutuneita ja ottivat katsekontaktia. Sen sijaan tässä tutkimuksessa ei tullut esille koskettamista, mikä on SURETY -mallin osa-alue ja Stickleyn (2010) mukaan tulee esille etenkin lasten ja vanhusten kanssa kommunikoidessa.

Myös oli Zaletelin ym. (2012) tutkimuksessa hoitajien keskeinen käsien ele oli koskettaminen. Koskettamisen lisäksi hoitajat käyttivät eniten hymyilemistä, nyökkäämistä ja katsekontaktia kohdatessaan palvelutalon vanhuksia ja ne vaikuttivat positiivisesti hoitokontaktiin. Myös tässä tutkimuksessa niillä oli positiivista vaikutusta

tupakointikeskustelun ilmapiiriin. Vastaanoton tunnelmaan vaikutti positiivisesti myös terveydenhoitajien rauhallinen toiminta. Tällöin terveydenhoitajat esimerkiksi malttoivat kuunnella raskaana olevan naisen puheenvuoron loppuun ja välttivät turhaa liikehtimistä tai tietokoneen katsomista.

Henryn ym. (2012) meta-analyysin mukaan nonverbaaliseen kommunikaatioon perustuvat interventiot paransivat potilastyytyväisyyttä. Myös tässä tutkimuksessa sanattoman kommunikaation keinoilla oli positiivista vaikutusta raskaana olevien naisten kokemuksiin tupakointikeskusteluista. Aikaisemmissa tutkimuksissa terveydenhoitajan kommunikointi koettiin negatiivisesti (Baxter ym. 2010, Flemming ym. 2015, Gamble ym. 2015, McLeod ym. 2003, Petersen ym. 2009). Tässä tutkimuksessa raskaana olevat naiset kokivat tupakointia koskevat keskustelut pääsääntöisesti miellyttäväiksi. Terveydenhoitajat puolestaan itse ajattelivat tupakoinnista puhumisen ahdisteleväksi ja ahdistavaksi. Myös aikaisemmassa kirjallisuudessa DeWilde ym. (2015) toivat esille terveydenhoitajien huonot kokemukset keskusteluista ja pelon keskustelun vastustamisesta.

Martinin ym. (2016) tutkimuksessa kättilöiden katsekontakti ei merkittävästi lisännyt raskaana olevien naisten psykososiaalista viestintää rakenneultraäänitutkimuksen aikana. Tässä raskausajan tupakointia koskevassa tutkimuksessa nonverbaali kommunikointi oli sen sijaan merkittävä osa terveydenhoitajien ja raskaana olevien naisten viestintää. Nonverbaalisella kommunikoinnilla ennen kaikkea korvattiin, täydennettiin tai vahvistettiin tupakointia koskevaa sanallista viestintää. Siitä on hyvä olla tietoinen ja sitä on hyvä suunnitella ja harjoitella, jotta äänensävy ja elekieli eivät esimerkiksi tee tilanteesta negatiivista.

Kokemukset muutosjohtajuudesta ja tupakoimattomuuden priorisoinnista

Aikaisemmassa kirjallisuudessa raskaana olevien naisten ja/tai terveydenhoitajien kokemuksista tuotiin esiin motivaatioon (Bakker ym. 2005, Bull 2007, Colomar ym. 2015, McLeod ym. 2003), luottamukseen (Petersen ym. 2007), yksilölliseen lähestymistapaan (Bull 2007, Flemming ym. 2015, Gamble ym. 2015), ammatilliseen kyvyttömyyteen (Abatemarco ym. 2007, Colomar ym. 2015), pessimistiseen suhtautumiseen äitejä ja heidän onnistumismahdollisuuksia kohtaan (DeWilde ym. 2015, Herberts & Sykes 2012, Thyrian ym. 2006) sekä terveydenhoitajan roolin merkityksellisyyteen (Bakker ym. 2005, Bull ym. 2008, Herberts & Sykes 2012, Lendahls ym. 2002, McLeod ym. 2003) liittyviä asioita. Tämän tutkimuksen

haastatteluaineiston perusteella löydettiin kaksi uutta näkemystä, mitä ei tuotu esille aikaisemmissa tutkimuksissa. Tupakoinnista kommunikoimiseen vaikuttivat erityisesti raskaana olevien naisten näkemykset muutosjohtajuudestaan ja terveydenhoitajien näkemykset tupakoimattomuuden priorisoinnista.

Raskaana olevat naiset kokivat johtavansa itse muutosprosessiaan tupakoivasta raskaana olevasta naisesta savuttomaksi äidiksi. Eräät raskaana olevat naiset kuvasivat itseään päättäväisiksi (”minä päätän”) ja omaa päätöksentekoa vastaanoton keskustelua tärkeämmäksi. Sen sijaan toiset raskaana olevat naiset johtivat muutostaan epävarmemmin (”kai se vain pitäisi itse päättää”) ja halusivat, että keskusteluja jatkettaisiin tupakoinnin lopettamiseen saakka. Raskaana olevien naisten eri vaihetta tukee myös Prochaskan & DiClementen (1997) muutosvaihemalli. Sen mukaan muutos toteutuu harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaiheiden kautta. Muutosvaiheen tunnistaminen tukee tupakoinnin lopettamista ja vaiheen mukaisen ohjauksen toteutumista. Tällöin raskaana oleva nainen ei jäisi yksin ajatustensa, päätöstensä ja aktiivisen työskentelynsä kanssa.

Terveydenhoitajat kokivat, että heidän mahdollisuutensa auttaa raskaana olevia naisia oli vähäinen, koska osa raskaana olevista naisista torjui neuvolasta tarjotun tuen. Aikaisempien tutkimusten mukaan se voi johtua siitä, että raskaana olevat naiset tuntevat syyllisyyttä ja häpeää (Flemming ym. 2015, Herberts & Sykes 2012) tai he aliarvioivat tupakoinnin lopettamisen vaikeuden (Colomar ym. 2015). Tilastotiedon mukaan Suomessa noin joka toinen raskaana oleva nainen onnistuu lopettamaan tupakoinnin raskauden aikana (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014).

Aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhoitajat arvelivat tupakointikeskustelujen vaikuttavan negatiivisesti hoitosuhteeseen (Bull 2007, Herberts & Sykes 2012, McLeod ym. 2003, Okoli ym. 2010). Sama näkemys tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Terveydenhoitajien mielestä tupakointikeskusteluja ei kannattanut käydä joka neuvolakäynnillä, koska se oli ahdistelua ja tuntui itsestäkin ahdistavalta. Lisäksi he saattoivat olla puhumatta tupakoinnista, jos raskaana olevalla naisella oli esimerkiksi meneillään hankala elämäntilanne tai vain sivuta aihetta, jos muita läpikäytäviä asioita oli monta.

Terveydenhoitajien näkemys oli, että läpikäytävissä asioissa raskaana olevien naisten terveystieteiden painottui pääosin ravitsemukseen. Naistentautien ja synnytysten

erikoislääkäri Hannu Vierola totesi saman terveydenhoitajapäivillä 29.1.2016 huomauttamalla, että viime aikoina tupakointia suurempaa huomiota on saanut esimerkiksi raskaana olevien naisten salmiakin syönti. Se voi johtua siitä, että terveydenhoitajilla ei ole tietoa tupakoimattomuutta tukevasta ohjauksesta samaan tapaan kuin ravitsemusohjauksesta.

Grahamin ym. (2014) kirjallisuuskatsauksen mukaan useimmat tupakoivat raskaana olevat naiset pitävät tupakoinnin vähentämistä myönteisenä käyttäytymisenä ja kokevat, että hoitotyön ammattilaiset hyväksyvät sen. Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat hyväksyivät tupakoinnin vähentämisen, koska tupakoinnin lopettaminen vaikutti epärealistiselta suunnitelmalta tai vähentäminen nähtiin välivaiheena lopettamisessa. Raskaana olevat naiset pitivät siitä, että vähentäminen nostettiin hyväksi asiaksi ja heistä oli mukavaa kuulla positiivista palautetta edistymisestään. Bickerstaffin ym. (2012) mukaan terveydenhoitajien tulisi kuitenkin priorisoida tupakoimattomuutta, jotta haittavaikutukset vauvalle olisivat mahdollisimman vähäiset. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei tullut esille raskaana olevien naisten näkemyksiä tällaisen toimintatavan haitoista.

Aikaisempien tutkimusten mukaan tupakointia koskevilla keskusteluissa oli merkitystä raskausajan tupakoinnin lopettamisessa (Chamberlain ym. 2013, Lumley ym. 2009, Olaiya ym. 2015). Jotta terveydenhoitajat pystyisivät paremmin priorisoimaan tupakointikeskusteluja ja tupakoimattomuutta, tarvitsevat he siihen organisaationsa tukea. Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajilla tulisi olla enemmän tietoa kansallisesta tupakoinnin lopettamisen politiikasta, tupakointia koskevista hoitosuosituksista ja toimintamalleista, oman kunnan palvelujärjestelmästä, nikotiinikorvaushoidosta, motivoivan haastattelun tekniikasta ja kommunikointitaidoista. Tämän tutkimuksen tuloksissa oli yhtäläisyyttä Baxterin ym. (2010) kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Baxterin tutkimusryhmä totesi, että tupakointikeskustelujen suhteen terveydenhoitajat ovat ”*more willing than able*” eli terveydenhoitajilla oli halua auttaa, mutta he eivät tienneet miten tekisivät sen.

Yhteenvedon tuloksista voidaan sanoa, että

1. Terveydenhoitajat tarvitsevat tietoa tupakoimattomuuden priorisoinnista, koska savuton raskaus on paras lähtökohta uudelle elämälle ja naisen omalle terveydelle.
2. Terveydenhoitajat kaipaavat työnsä tueksi selkeää toimintamallia, jotta tupakointia koskevista keskusteluista tulisi vakiintunut käytäntö. Terveydenhoitajat kaipaavat kommunikointinsa tueksi työkaluja, koska terveydenhoitajat kokivat ne kommunikaatiota helpottaviksi. Terveydenhoitajat kaipaavat lisää tietoa jatko-ohjauksesta, koska nyt he eivät tiedä kaikista palvelujärjestelmän mahdollisuuksista. Muuten tupakointikeskusteluja voidaan jättää käymättä, ne käydään huolimattomasti tai keskitytään selkeämpiin asioihin kuten ravitsemukseen.
3. Terveydenhoitajien tulisi ottaa paremmin huomioon raskaana olevien naisten omia kokemuksia tupakoinnin lopettamiseen motivoivista tekijöistä (esimerkiksi keskustelut vauvasta).
4. Sanattoman viestinnän mahdollisuuksia tulisi tehdä tietoisemmiksi terveydenhoitajille, sillä niillä voidaan vaikuttaa keskustelutilanteiden tunnelmaan. Tilanteista voisi muodostua miellyttävämpiä, jolloin terveydenhoitajat eivät kokisi keskusteluja ahdistaviksi, eivätkä raskaana olevat naiset torjuisi tukea.

6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Äitiysneuvolan vastaanotolla terveydenhoitajalla on ainutlaatuinen mahdollisuus auttaa raskaana olevaa naista lopettamaan tupakointi. Vaikka valitulla metodilla toteutetun tutkimuksen tuloksia ei voida otoksen uskottavuuden vuoksi siirtää koskemaan kaikkien suomalaisten terveydenhoitajien tai raskaana olevien tupakoivien naisten näkemyksiä, on niillä merkitystä myös yleisesti, kun kehitetään neuvolassa toteutettavaa tupakoimattomuutta tukevaa ohjausta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan ohjauksen kehittämisen lisäksi hyödyntää kouluttaessa niin terveydenhoitajia kuin terveydenhoitotyön opiskelijoita. Heille voitaisiin

esimerkiksi suunnitella tutkimustuloksiin pohjautuvaa koulutus- ja ohjausmateriaalia. Tuloksia voidaan hyödyntää myös terveystalveluiden johdossa tehtäessä neuvolatyötä koskevia raskaana olevien naisten tupakoimattomuutta tukevia päätöksiä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kolmannella sektorilla esimerkiksi Syöpäjärjestössä tai Hengityслиitossa, kun he tuottavat näyttöön perustuvaa tietoa ammattilaisille tai neuvontapalvelua asiakkaille.

Jatkossa olisi tarpeen tutkia tupakointia koskevan kommunikaation implementoitumista äitiysneuvolassa isommalla otoksella. Koska muissa Pohjoismaissa tilanne on parempi, olisi myös vertailevan tutkimuksen tekeminen pohjoismaisten neuvolakontekstien kesken ajankohtaista. Olisi myös mielenkiintoista tarkastella tämän aineiston osalta kommunikointitapoja ja kokemuksia läpileikkaavia asioita. Lisäksi olisi tarpeen tutkia keskusteluintervention monipuolistamisen hyötyjä ja haittoja: olisiko esimerkiksi äitiysneuvoloihin kehitetyllä nonverbaalista viestintää tukevalla interventiolla tai keskustelun yhteydessä tehtävillä häkämittauksilla vaikutusta raskaana olevien naisten tupakoinnin lopettamiseen ja minkälaisia olisivat kokemukset niiden käytöstä?

LÄHTEET

- Abatemarco D, Steinberg M & Delnevo C. 2007. Midwives' knowledge, perceptions, beliefs, and practice supports regarding tobacco dependence treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52, 451–457.
- Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Håkansson A & Ottosson T. 2005. Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery* 2005, 21, 335–345.
- Bakker M, Vries H, Mullen P & Kok G. 2005. Predictors of perceiving smoking cessation counselling as a midwives' role: a survey of Dutch midwives. *European Journal of Public Health* 2005, 15 (1), 39–42.
- Baxter S, Everson-Hock E, Messina J, Guillaume L, Burrows J & Goyder E. 2010. Factors relating to the uptake of interventions for smoking cessation among pregnant women: a systematic review and qualitative synthesis. *Nicotine & Tobacco Research* 12(7), 685–694.
- Bickerstaff M, Beckmann M, Gibbons K & Flenady V. 2012. Recent cessation of smoking and its effect on pregnancy outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012, 52, 54–58.
- Braun V & Clarke V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 77–101.
- Bull L, Burke R, Walsh S & Whitehead E. 2008. The perceived effectiveness of smoking cessation interventions aimed at pregnant women: A qualitative study of smokers, former smokers and non-smokers. *Journal of Neonatal Nursing* 2008, 14, 72–78.
- Bull L. 2007. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): A focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *Journal of Neonatal Nursing* 2007, 13, 179–185.
- Bull L & Whitehead E. 2006. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents: a survey of health visitors, midwives and practice nurses. *Journal of Neonatal Nursing* 12, 209–215.
- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird J. R, Perlen S.M. & Eades, S. J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic*.
- Chang J, Alexander S, Holland C, Arnold R, Landsittel D, Tulskey J & Pollak K. 2013. Smoking is Bad for Babies: Obstetric Care Providers' Use of Best Practice Smoking Cessation Counseling Techniques. *Am J Health Promot.* 27(3), 170–176.
- Colomar M, Tong VT, Morello P, Farr SL, Lawsin C, Dietz PM, Aleman A, Berrueta M, Mazzone A, Becu A, Buekens P, Belizán J & Althabe F. 2015. Barriers and promoters of an evidenced-based smoking cessation counseling during prenatal care in Argentina and Uruguay. *Maternal and Child Health Journal* 19(7), 1481–1489.

De Wilde K, Tency I, Steckel S, Temmemman M, Boudrez H & Maes L. 2015. Which role do midwives and gynecologists have in smoking cessation in pregnant women? – A study in Flanders, Belgium. *Sexual & reproductive healthcare*. 6(2), 66–73.

Duodecim terveyskirjasto. 2012. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä "Kuuden K:n" malliin tupakoinnin lopettamisessa. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00248. Luettu 12.3.2016.

Einarson A & Riordan S. 2009. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* 2009, 65 (4), 325–330.

Ekblad M, Gissler M, Korkeila J & Lehtonen L. 2015. Sikiön tupakka-altistuksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Suomen Lääkäri lehti* 10/2015, 629–634.

Ekblad M, Gissler M, Korkeila J & Lehtonen L. 2014. Trends and riskgroups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. *Eur J Public Health* 24, 544–51.

Everett-Murphy K, Paijmans J, Matthews C, Emmelin M & Peterson Z. 2011. Scolders, carers or friends: South African midwives' contrasting styles of communication when discussing smoking cessation with pregnant women. *Midwifery* 4, 517–524.

Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T.B., et al., 2008. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *Preventive Medicine* 35 (2), 158–176.

Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Bauld L. 2015. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health* 3(15), 849–.

Flemming K, McCaughan D, Angus K & Graham H. 2015. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 71(6), 1210–1226.

Flenady V, Macphail J, New K, Devenish-Meares P & Smith J. 2008. Implementation of a clinical practice guideline for smoking cessation in a public antenatal care setting. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 48(6), 552–558.

Gamble J, Grant J & Tsourtos G. 2015. Missed opportunities: A qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women. *Women and Birth* 28 (1), 8–15.

Graham H, Flemming K, Fox D, Heirs M & Sowden A. 2014. Cutting down: insights from qualitative studies of smoking in pregnancy. *Health & Social Care in the Community* 2014, 22 (3), 259–267.

Graneheim U.H. & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.

Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. *The Practice of Nursing Research; Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th edition.

Guerrero LK & Hecht ML (toim.) 2008. *The nonverbal communication reader. Classic and contemporary readings*. 3. painos. Waveland Press, Long Grove, IL.

Haslett B. 2012. *Communicating and organizing in context: The theory of stuctural interaction*. New York: Routledge 2012. ISBN:9781136674884 (electronic bk.). Turun yliopiston verkossa, etäkäyttö TY:n tunnuksilla.

Hakkarainen T & Hyvärinen M-L. 1999. *Puheviestintää oppimaan*. Jyväskylän yliopiston soveltavan kielentutkimuksen keskus. Kielikeskusmateriaalia 121.

Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA & Eggly S. 2012. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*. 86(3):297–315.

Herberts C & Sykes C. 2012. Midwives' perceptions of providing stop-smoking advice and pregnant smokers' perceptions of stop-smoking services within the same deprived area of London. *Journal of Midwifery & Womens Health* 57(1), 67–73.

Holloway I & Wheeler S. 2013. *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 3rd edition. Wiley-Blackwell.

Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kielijelppi 2015. *Jelppiä akateemiseen viestintään*. <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>. Luettu 4.12.2015

Käypä hoito -suositus Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Julkaistu 19.1.2012. <http://www.kaypahoito.fi>. Luettu 12.3.2016.

Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J & Håkansson A. 2002. Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth. *Midwifery* 18 (3), 214–222.

Lamminpää R. 2015. *Advanced Maternal Age, Pregnancy and Birth*. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 270.

Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L & Watson L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 3.CD001055.41.

Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C & Oakley L. 2004. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(4). CD001055.

Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Pereboom MT, Spelten ER, Hutton EK & van Dulmen S. 2016. Clients' psychosocial communication and midwives' verbal and nonverbal communication during prenatal counseling for anomaly screening. *Patient education and counseling*. 99(1), 85–91

McBride C, Emmons K & Lipkus I. 2003. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res.*18, 156–170.

McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E & Doherty A-M. 2002. Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice. *Health Education Journal* 61 (1), 20–31.

McLeod D, Benn C, Pullon S, Viccars A, White S, Cookson T & Dowell A. 2003. The midwife's role facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery* 19, 285–297.

Olaiya O, Sharma AJ, Tong VT, Dee D, Quinn C, Agaku IT, Conrey EJ, Kuiper NM & Satten GA. 2015. Impact of the 5As brief counseling on smoking cessation among pregnant clients of Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) clinics in Ohio. *Preventive Medicine*. 81, 438–443.

Okoli C, Greaves L, Botorff J & Marcellus L. 2010. Health Care Providers' Engagement in Smoking Cessation With Pregnant Smokers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39 (1), 64–77.

Paperisen äitiyskortin sisältö 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus 18.12.2015. <https://www.thl.fi/documents/920473/1449801/Paperisen+%C3%84itiyskortin+sis%C3%A4lt%C3%B6/060307e1-fa10-4b5b-b4a9-5ef7c29bb454>. Luettu 11.3.2016.

Petersen Z, Nilsson M, Everett K & Emmelin M. 2009. Possibilities for transparency and trust in the communication between midwives and pregnant women: the case of smoking. *Midwifery* 25 (4), 382–391.

Petersen Z, Nilsson M, Steyn, K & Emmelin M. 2013. Identifying with a process of change: A qualitative assessment of the components included in a smoking cessation intervention at antenatal clinics in South Africa. *Midwifery* 29 (7), 751–758

Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Vuori E & Gissler M. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastoraportti 23/2014.

Perlen S, Brown SJ & Yelland J. 2013. Have guidelines about smoking cessation support in pregnancy changed practice in Victoria, Australia? *Birth* 40(2), 81–87.

Price H, Jordan T & Dake J. 2006. Perceptions and Use of Smoking Cessation in Nurse-Midwives' Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51(3), 209–215.

Prochaska JO & Velicer WF. 1997. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 12, 38–48.

Sandelowski M. 1995. Qualitative analysis: What it is and how to begin? *Research in Nursing & Health* 18 (4), 371–375.

Seppänen E-L. 1997. Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa Tainio L. (toim.) *Keskusteluanalyysin perusteet*. Vastapaino, Tampere.

Stickley T. 2011. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice* 11 (6), 395–398.

Suomen syöpäyhdistys ry. 2014. Odotuksen onnea, tupakoinnin tuskaa. Käsityksiä ja kokemuksia tupakoinnista raskauden aikana. Kirjapaino: Aldus Oy.

Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1. Luettu 21.3.2016.

TENK. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki 2009.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2012). Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Helsinki.

Thyrian J, Hannöwer W, Röske K, Scherbarth, Hapke U & John U. 2006. Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. *Midwifery* 22, 32–29.

Tupakkatilasto 2014. Varis T & Virtanen S. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 18/2015.

Valtion säädöstietopankki Finlex. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Viitattu 29.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.

Valtion säädöstietopankki Finlex. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 29.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P15>.

Zaletel M, Kovacev AN, Mikus RP & Kragelj LZ. 2012. Nonverbal communication of caregivers in Slovenian nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54 (1), 94–101.

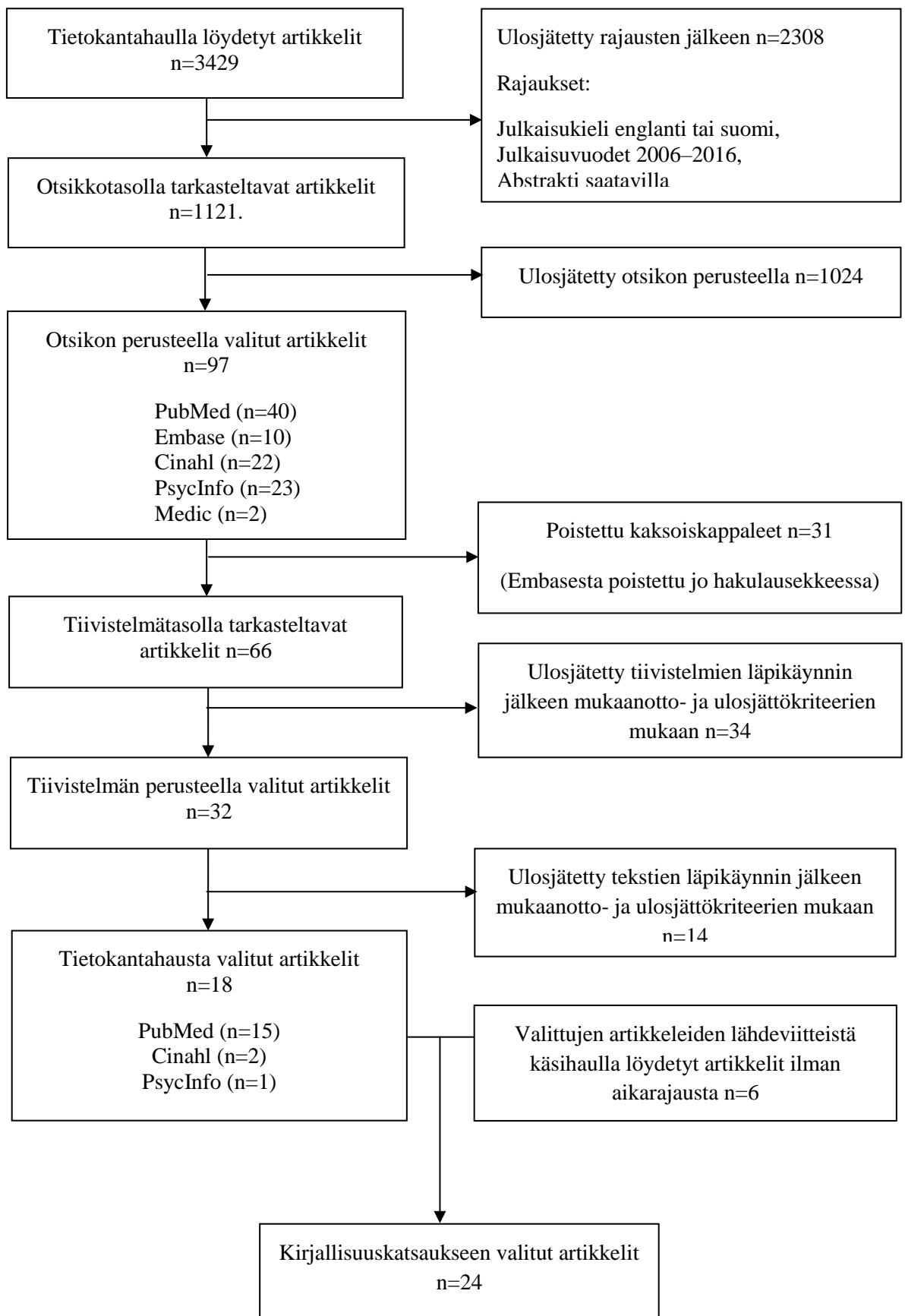
Äitiysneuvolaopas 2013. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T. (toim.). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen opas 29. Tampere 2013.

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet ja hakutulokset

Tietokanta	Hakulauseke ja hakutulos ilman rajoituksia	Rajaus	Hakutulos	Valitut otsikon/ tiivistelmän perusteella	Valitut
Medic	(raska* OR pregnan*) AND (tupakointi OR smok*) = 87	2006– 2016	38	2/0 ei dublikaatteja	0
PubMed	(smoking* OR tobacco OR smoking cessation* OR "smoking/prevention and control"[Mesh] OR "smoking cessation/methods"[Mesh] OR "Smoking cessation/psychology"[Mesh]) AND (pregnan* OR pregnancy complication* OR expectant mother* OR "Pregnancy complications/prevention and control"[Mesh]) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Mothers/education"[Mesh] OR "Communication"[Mesh] OR communication* OR perception* OR motiv* OR opinion*) = 1052	2006–2016 englanti abstrakti saatavilla	491	40/20	15
Embase	'smoking'/exp OR 'smoking cessation'/exp AND ('pregnancy'/exp OR 'expectant mother'/exp OR 'pregnancy complication'/exp) AND ('patient education'/exp OR opinion* OR perception* OR motiv* OR communication* OR 'interpersonal communication'/exp) = 1848 NOT [medline]/lim AND [english]/lim AND [abstracts]/lim AND [2006-2016]/py	2006– 2016 englanti abstrakti saatavilla NOT medline	389	10/3 dublikaatit poistettu hakulauseke- keessa	0

CINAHL	(MH "Smoking Cessation" OR MH "Smoking+" OR MH "Tobacco+") AND (MH "Pregnancy+" OR MH "Pregnancy Complications+" OR MH "Expectant Mothers") AND (MH "Patient Education+" OR MH "Nurse-Patient Relations" OR MH "Communication+" OR communicat* OR perception* OR motiv* OR opinion) = 258	2006–2016 englanti abstrakti saatavilla	106	22/4 poistettu 15 dublikaattia otsikkotasolla	2
PsycInfo	(SU.EXACT.EXPLODE("Smoking Cessation") OR SU.EXACT.EXPLODE("Tobacco Smoking")) AND (SU.EXACT.EXPLODE("Pregnan cy Outcomes") OR SU.EXACT.EXPLODE("Pregnanc y") OR SU.EXACT.EXPLODE("Expectan t Mothers")) AND (motiv* OR opinion* OR perception* OR communicat* OR "patient education*") = 184	2006– 2016 englanti Scholarly journals	97	23/5 poistettu 16 dublikaattia otsikkotasolla	1
Käsihaku					6

Liite 2. Kirjallisuushaun toteutus



Liite 3. Keskeiset tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimusvuosi ja -paikka Tietokanta	Tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja otoksen koko	Keskeiset tulokset
Lendahls, Öhman, Liljestränd & Håkansson 2002 Ruotsi käsihaku	Kuvailla raskaana olevien naisten kokemuksia tupakoinnista ja tunnistaa, mitkä tekijät vaikuttavat naisten tupakoinnin lopettamiseen raskausaikana tai sen jälkeen.	Haastattelu raskaana olevat naiset n=24 haastateltiin 2-3 vuotta synnytyksen jälkeen	Äitiysneuvolan ensikäynnillä tupakoivat raskaana olevat naiset polttavat paljon ja heidän puolisonsa tupakoivat myös usein. Vakiintuneiden tupakointitottumusten lisäksi heillä on epäselvät tiedot tupakoinnin aiheuttamista riskeistä. Äitiysneuvolan kätilöillä oli merkittävä motivoiva rooli raskaana olevien naisten tupakoinnin vähentämisessä tai lopettamisessa.
McCurry, Thompson, Parahoo, O'Doherty & Doherty 2002 Irlanti käsihaku	Tarkastella raskaana olevien naisten näkemyksiä tupakointia koskevista keskusteluista ja yhdeksänkohtaisesta toimintasuosituksesta äitiyshuollossa.	Haastattelu raskaana olevat naiset n=15	Vain osa suosituksen yhdeksästä kohdasta toteutuu äitiyshuollon vastaanotoilla. Esimerkiksi kaikilta raskaana olevilta naisilta kysyttiin tupakointitottumuksista ja halusta lopettaa, mutta toisaalta kenellekään ei tehty lopettamiseen liittyvää konkreettista suunnitelmaa eikä ohjausta kohdennettu heidän perheenjäsenilleen.
McLeod, Benn, Pullon, Viccars, White, Cookson & Dowell 2003 Uusi-Seelanti käsihaku	Selvittää kätilöiden ja tupakoivien raskaana olevien naisten näkökulmasta kätilöiden roolia raskausajan tupakointia koskevan ohjauksen ja tuen antajana.	Haastattelu raskaana olevat naiset n=11 Haastattelu ja postikysely kätilöt n=16	Kätilöiden mielestä heidän kuuluu kysyä tupakoinnista, mutta he olivat epävarmoja, miten se tulisi tehdä ja mitä vaikutuksia sillä on hoitosuhteeseen. Raskaana olevien naisten mielestä kätilöt olivat tärkeitä tiedon ja tuen antajia. Ongelmia esiintyi, jos naisen muutosvaihe ei ollut otollinen kätilön aktiiviselle ja toistuvalla keskustelulla.
Abrahamsson, Springett, Karlsson, Håkansson & Ottoson 2005 Ruotsi käsihaku	Kuvailla kätilöiden kokemuksia siitä, kuinka lähestyä raskaana olevia tupakoivia naisia äitiysneuvolassa.	Haastattelu kätilöt, jotka olivat osallistuneet Savuton Raskaus -projektin koulutukseen n=24	Neljä erilaista lähestymistapaa kätilöiden kokemuksista tunnistettiin: 1) tupakoinnin esille ottamisen välttäminen, 2) kätilön asiantuntevan ja tietoa antavan roolin korostaminen, 3) ymmärtävän ja luottamuksellisen suhteen

			rakentaminen ja 4) raskaana olevan naisen omien näkemysten vahvistaminen.
Petersen, Nilsson, Steyn & Emmelin. 2013 Australia Käsihaku	Tutkia raskaana olevien naisten näkökulmasta, miten kätilöt käyttävät 5 A-mallia ja miten he kokevat ohjausmateriaalin ja vertaistuen käytön tupakoimattomuutta tukevassa interventiossa.	Ryhmähaastattelut raskaana olevat tupakoivat tai tupakoinnin lopettaneet naiset n=41	Raskaana oleville naisille 5A-mallin käyttö merkitsi impulssia muutokseen. Annettu informaatio avasi silmiä, tupakoinnin haitat selkeytyivät ja raskaana oleville naisille tuli halu muuttaa käyttäytymistään. Raskaana olevat naiset pitivät erityisesti 5A-malliin ja motivoivaan haastatteluun koulutetun vertaistukihenkilön tapaamisesta tässä interventiossa.
Chang, Alexander, Holland, Arnold, Landsittel, Tulsy & Pollak 2013 Yhdysvallat Käsihaku	Tutkia äänitteiden avulla, miten äitiyshuollon työntekijät sitoutuvat käyttämään 5A-mallin mukaista hoitosuosittelusta.	Havainnointi äänitteet (audiotallenteet) tupakoivia, raskaana olevia naisia äitiyshuollon ensikäynnillä n=116 äitiyshuollon työntekijöistä (n=48) kätilöitä tai sairaanhoitajia oli 25 % tutkittavista.	Lähes kaikilla vastaanotoilla kysyttiin tupakoinnista ja hieman yli puolilla vastaanotoista annettiin tietoa tupakoinnin haitoista. Vain viidennes ammattilaisista käytti 5 A-mallin viidestä kohdasta kolmea kohtaa vastaanotoillaan. Viisi kohtaa ei toteutunut yhdelläkään vastaanotolla.
Bakker, DeVries, Mullen & Kok 2005 Hollanti PubMed	Selvittää, miten kätilöt arvioivat soveltuvansa välittämään tupakointiin liittyviä neuvoja raskaana oleville naisille ja heidän puolisoilleen.	Postikysely valitun alueen kaikille rekisteröidyille kätilöille n=237	Kätilöt olivat motivoituneita keskustelemaan tupakoinnista. Kätilöt, jotka suhtautuivat tupakointikeskusteluihin ja omaan rooliinsa positiivisemmin, olivat vakuuttuneempia ohjauksen hyödyistä sekä lopettamisen eduista raskaana oleville naisille ja saivat enemmän tukea kollegoiltaan verrattuna ryhmään, jossa oma ammatillinen rooli miellettiin negatiivisemmin.
Thyrian, Hannover, Röske, Scherbarth, Hapke & John 2006 Saksa PubMed	Tarkastella kätilöiden asenteita tupakoivien naisten ohjausta kohtaan raskaus- ja lapsivuodeaikana	Postikysely, valitun kunnan terveydenhuoltojärjestelmään rekisteröidyt kätilöt n=189	Suurin osa (70 %) kätilöistä arvioi tupakointitottumuksia, osoitti tupakoinnin seurauksia ja neuvoi lopettamaan tupakoinnin rutiininomaisesti. Silti 80 prosenttia vastaajista ei uskonut raskaana olevan tupakoivan naisen onnistumisen mahdollisuuteen.
Price, Jordan & Dake 2006	Tutkia, miten kätilöt käsittivät kansallisen tupakoinnin	Postikysely, Ohiolaiseen	Vain puolet kätilöistä toteuttivat toimintatavasta neljää kohtaa kymmenestä.

Yhdysvallat PubMed	lopettamiseen tähtävään toimintatavan ja miten he käyttivät sitä raskaana olevien tupakoitsijoiden kanssa.	terveydenhuoltojärjestelmään rekisteröidyt kätilöt n=194	Esteitä toiminnalle olivat muun muassa ajanpuute ja jatkolähtämisen epäselvyys. Vain harva uskoi kykyynsä suositella nikotiinikorvaushoitoa. Toimintatavan mukaan toimivat kätilöt uskoivat kommunikointikykyynsä ja vaikutusmahdollisuuksiinsa muita enemmän.
Bull & Whitehead 2006 Englanti CINAHL	Tutkia terveydenhoitajien, kätilöiden ja sairaanhoitajien asenteita, tiedontasoa ja käytännön ohjauksen toteuttamista, kun he keskustelevat tupakoinnista raskaana olevien naisten ja heidän puolisoidensa kanssa.	Postikysely valitun alueen rekisteröidyt perusterveydenhuollon hoitajat n=65 (terveydenhoitajia n=43, kätilöitä n=6 ja sairaanhoitajia n=16)	Terveydenhoitajat, kätilöt ja sairaanhoitajat olivat tietoisia tupakoinnin syistä sekä siihen liittyvistä terveysriskeistä. Kaikki kertoivat ottavansa tupakoinnin puheeksi raskaana olevien naisten kanssa. Suurin osa kertoi kirjaavansa tupakoinnista ja antavansa asiakkaille tupakointia koskevia ohjeita. Vain harva keskusteli tupakoinnista puolison kanssa tai tunsu työtä ohjaavat suositukset. Tutkimuksessa löydettiin ristiriitaa siitä, mitä keskusteluissa pitäisi tapahtua lähtökohtaisesti ja mitä tapahtui käytännössä.
Bull 2007 Englanti PsycInfo	Selvittää kätilöiden ja terveydenhoitajien asenteita raskausajan tupakointia kohtaan ja heidän rooliaan tupakointia koskevissa keskusteluissa raskausaikana.	Ryhmähaastattelu n=23 (kätilöt n=7 ja terveydenhoitajat n=16)	Hoitajien mielestä heillä oli ammatillinen vastuu keskustella tupakoinnista. He kokivat keskustelut tehottomiksi, paitsi jos raskaana oleva nainen oli valmis muutokseen ja moniammatillinen tiimi otti yhdessä vastuuta vieroitustyöstä.
Abatemarco, Steinberg & Delnevo 2007 Yhdysvallat PubMed	Selvittää raskaana olevien naisten tupakointiohjaukseen liittyviä hoitokäytäntöjä.	Postikysely New Jerseyn äitiyshuollon palvelun tuottajiin (CNM) rekisteröidyt kätilöt n=193	Puolet kätilöistä ei tuntenut tupakoinnin lopettamiseen tähtävää 5 A -metodia. Kyseisen hoitosuosituksen periaatteet toteutuivat vaihtelevasti. Lähes kaikki kätilöt kysyivät tupakoinnista (ask), arvioivat muutosvaihetta (assess) sekä ohjasivat lopettamaan tupakoinnin (advice). Sen sijaan vain harvat kätilöt auttoivat konkreettisesti esimerkiksi nikotiinikorvaushoidon toteuttamisessa (assist) tai järjestivät seurantaa

			(arrange). Hoitosuosituksen mukaista toimintaa voitaisiin parantaa kättilöitä kouluttamalla.
Flenady, Macphail, New, Devenish-Meares & Smith. 2008 Australia ja Uusi-Seelanti PubMed	Arvioida, miten kehitetty kliininen hoitosuositus vaikutti tupakointiohjauksen toteuttamiseen julkisessa äitiyshuollon palveluissa.	Postikysely raskaana olevat naiset n=559 ennen hoitosuosituksen implementointia n=570 hoitosuosituksen implementoinnin jälkeen	Hoitosuosituksen implementoinnin jälkeen raskaana olevat naiset saivat useammin kirjallista materiaalia luettavakseen, heitä ohjattiin enemmän asiantuntijapalveluun (Quitline) ja he olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen. Hoitosuosituksen käytäntöön panto vähensi loppuraskauden tupakointia sekä vähensi runsaasti tupakoivien naisten määrää.
Bull, Burke, Walsh & Whitehead 2009 Englanti CINAHL	Selvittää raskaana olevien naisten, alle 5-vuotiaiden lasten äitien sekä heidän puolisojensa käsityksiä tupakointiin liittyvistä interventioista raskausaikana sekä kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön roolista ohjauksen antajana julkisen terveydenhuollon vastaanotoilla.	Haastattelu n=38 (naisista tupakoitsijoita n=10, entisiä tupakoitsijoita n=10 ja tupakoimattomia n=13) puolisoja n=5 tutkimuksen aikana raskaana oli seitsemän naista	Konkreettisten suunnitelmien tekeminen toteutui huonosti vastaanotoilla, tietoa ei saatu riittävästi ja keskusteluun toivottiin otettavan mukaan myös puoliset. Suurin osa tupakoimattomista koki, että lääkärit, terveydenhoitajat ja kättilöt olivat oikeita henkilöitä keskustelemaan tupakoinnista, kun taas tupakoijat olivat tästä eri mieltä. Asiakkaiden yksilölliset erot tulisi ottaa paremmin huomioon vastaanotoilla.
Petersen, Nilsson, Everett & Emmelin 2009 Etelä-Afrikka Pubmed	Selvittää kommunikaation esteitä ja mahdollisuuksia kättilöiden ja raskaana olevien naisten välillä raskausajan tupakointiin liittyen julkisen terveydenhuollon vastaanotoilla.	Haastattelu raskaana olevat naiset n=12	Kättilöiden tapa keskustella tupakoinnista voi joko motivoida raskaana olevan naisen lopettamaan tupakoinnin tai saada hänet pelkäämään keskustelua. Ihanteellisessa tilanteessa nainen kokee itsensä hoitosuhteessa näkyväksi. Potilaslähtöisen lähestymistavan harjoittelu on tarpeen, jotta raskaana olevat voisivat keskustella tupakoinnistaan avoimessa dialogissa.
Baxter, Everson-Hock, Messina, Guillaume, Burrows & Goyder	Tutkia tekijöitä, jotka mahdollistavat tai hankaloittavat tupakoinnista kommunikoimista raskaana olevien naisten kanssa.	Kirjallisuuskatsaus tutkimusartikkelit n=23, Laadullisissa tutkimuksissa tarkasteltiin ilmiötä ammattilaisten ja/tai	Tutkimuksissa tuli esille kymmenen näkökohtaa, jotka voivat vaikuttaa interventioiden käyttöön: tupakointiaiheen käsittelyn kattavuus ammattilaisen taholta, annetun ohjauksen

2010 PubMed		asiakkaiden näkökulmista.	sisältö, kommunikointitapa, hoitosuosituksen käyttö, hoidon jatkuvuus, henkilöstön luottamus osaamiseensa, ajan ja resurssien rajoitteet, henkilöstön näkemys työn tehottomuudesta ja interventioiden vaihteleva käyttö.
Okoli, Greaves, Bottorff & Marcellus 2010 PubMed	Arvioida miten terveydenhuollon ammattilaiset sitouttavat raskaana olevia naisia tupakoinnin lopettamiseen ja miten interventiot toteutuvat.	Kirjallisuuskatsaus tutkimusartikkelit n=28 Määrällisissä tutkimuksissa tarkasteltiin ilmiötä ammattilaisten näkökulmasta	Vaikka yli puolet ammattilaisista kysyy tupakoinnista ja ohjaa lopettamaan tupakoinnin, selvästi alle puolet arvioi asiakkaan muutosvaihetta, auttaa konkreettisesti tai järjestää jatkohoitoa. Tupakoimattomuutta tukevaa ohjausta estäviä tekijöitä löytyi henkilökunnasta, potilaista ja organisaatioista. Naiskeskeisyyteen tulisi kiinnittää huomiota äitikeskeisyyden rinnalle.
Everett-Murphy, Pajmans, Matthews, Emmelin & Peterson 2011 Etelä-Afrikka Pubmed	Tutkia, miten eri tavoin kätilöt kommunikoivat raskaana olevien naisten kanssa tupakoinnista äitiysneuvolassa.	Haastattelu kätilöt n=24	Aineistossa esiintyi kolme erilaista kommunikointitapaa: ”vihainen sättijä”, joka kommunikoi käskevällä tavalla, ”hyväntahtoinen holhooja”, joka kommunikoi paternalistisella tavalla sekä ”innokas ystävä”, joka kommunikoi potilaskeskeisellä tavalla. Potilaskeskeistä tapaa suositellaan käytettäväksi äitiyshuollossa tupakointia koskevissa keskusteluissa.
Herberts & Sykes 2012 Englanti PubMed	Tunnistaa ja vertailla kätilöiden ja raskaana olevien naisten kokemuksia tupakointia koskevista keskusteluista julkisen äitiyshuollon palveluissa Lontoon köyhemmällä asuinalueella.	Ryhmähaastattelu kätilöt n=15 Haastattelu raskaana olevat tupakoivat naiset n=10	Sekä kätilöiden että raskaana olevien naisten kokemuksissa korostuivat ajan ja tiedon puute sekä pelot syyllistämisestä tai painostamisesta. Kätilöiden mielestä työkokemus, täydennyskoulutus, riittävä aika ja hyvä yhteistyösuhde asiakkaaseen edistivät tupakoinnista keskustelemista. Raskaana olevat naiset arvostivat saamaansa tukea, mutta toivoivat lisätietoa tupakoimattomuutta tukevista palveluista ja äidiksi kasvamisesta elämäntilanteen

			muutoksessa.
Perlen, Brown & Yelland. 2013 Australia PubMed	Arvioida, missä määrin käyttöönotetut hoitosuositukset ovat muuttaneet raskausajan tupakoinnista keskustelemista julkisissa äitiyshuollon palveluissa.	Postikyselyt ennen ja jälkeen tupakastaveroitusuusi- tusten käytäntöpanon raskaana olevat naiset v. 2000 n=1008 (julkisia palveluita käyttäviä, tupakoitsijoita n=242) v. 2008 n=1582 (julkisia palveluja käyttäviä, tupakoitsijoita n=228)	Hoitosuositukset ovat parantaneet raskaana olevien naisten tupakointia koskevaa avun ja tuen saantia. 5A-mallin mukaiset suositukset toteutuivat paremmin vuonna 2008 kuin vuonna 2001 niiden virallisen käyttöönoton jälkeen. Tupakoinnista kysyminen ja tiedon antaminen toteutuivat parhaiten. Silti lähes puolet tupakoitsijoista ei saanut täysin hoitosuosituksen mukaista apua ja tukea julkiselta sektorilta. Hoitosuositusten kokonaisvaltaiseen käytäntöön panon tulisikin kiinnittää huomiota.
Flemming, McCaughan, Angus & Graham 2015 PubMed	Tutkia naisten kokemuksia tupakoinnin lopettamista edistävästä ja ehkäisevästä tekijöistä raskaus- ja lapsivuodeaikana.	Kirjallisuuskatsaus tutkimusartikkelit n=42 Laadullisissa tutkimuksissa tarkasteltiin ilmiötä raskaana olevien naisten näkökulmasta.	Tunnistettiin neljä tekijää, jotka toimivat yksilöllisesti joko esteinä tai edistäjinä tupakoinnin lopettamisessa: psykologinen hyvinvointi, suhteet läheisiin ja ammattilaisiin, muuttuva suhde vauvaan ja tupakoinnin riskien arviointi. Tämän perusteella raskaana olevia naisia tulisi lähestyä asiakaslähtöisesti ja monitahoisesti sekä huomioida sekä psyykinen haavoittuvuus että haastava elämäntilanne, jotka molemmat ovat monen tupakoivan äidin todellisuutta.
Gamble, Grant & Tsourtos 2015 Australia Pubmed	Kuvata sosiaalisesti heikommassa asemassa olevien naisten kokemuksia tupakoimattomuutta tukevasta ohjauksesta julkisessa äitiysneuvolassa.	Haastattelu raskaana olevat naiset n=6	Naiset kokivat, että terveydenhoitajien autoritääriinen ja didaktinen tapa kommunikoida ja rutiininomainen hoito eivät motivoineet heitä tupakoimattomuuteen. Nämä havainnot osoittavat, että tuen tulisi olla henkilökohtaisempaa ja sensitiivisempää naisen omille tarpeille.
De Wilde, Tency, Steckel, Temmerman, Boudrez & Maes	Tutkia kättilöiden ja gynekologien roolia tupakasta vieroituksessa raskausaikana.	Haastattelu kättilöt n=9 gynekologit n=8	Kansallinen hoitosuositus (5 A -malli) tunnetaan huonosti. Tupakoinnista kysyminen ja tupakoinnin lopettamiseen kehottaminen toteutuvat äitiyshuollon

<p>2015 Belgia PubMed</p>			<p>vastaanotoilla, mutta muut kohdat jäävät toteutumatta. Kätilöillä ja gynekologeilla oli negatiivinen käsitys tupakoivasta raskaana olevasta naisesta ja hänen elämäntilanteestaan. Keskusteluja estivät ammattilaisten pelko raskaana olevien naisten vastustuksesta sekä ajan ja kommunikaatiotaitojen puute. Kätilöitä ja gynekologeja tulisikin kouluttaa motivoivan haastattelun tekniikasta ja 5 A:n sijasta tulisi harkita AAR-mallin (ask-advice-refer) käyttöä äitiyshuollossa.</p>
<p>Colomar, Tong, Morello, Farr, Lawsin, Dietz, Aleman, Berrueta, Mazzoni, Becu, Buekens, Belizan & Althabe 2015 Argentina ja Uruguay PubMed</p>	<p>Tutkia raskauden aikaisten tupakointikeskustelujen edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä työntekijöiden ja asiakkaiden näkökulmasta Argentiinassa ja Uruguayssa.</p>	<p>Ryhmähaastattelut ja haastattelut esimiehiä n=6, obstetrikkoja n=7, kätilöitä n=20, sairaanhoitajia n=19 ja raskaana olevia tupakoivia naisia n=24 (Argentiinasta n=13 ja Uruguaysta n=11)</p>	<p>Ammattilaiset kokivat tupakointikeskustelujen esteiksi riittämättömän tiedon, motivaation ja suorituskyvyn, ajan puutteen ja suuren työmäärän. Terveystieteiden tutkimusjärjestelmässä ei priorisoitu tupakoimattomuutta eikä klinikoilla ollut protokollaa interventtien toteuttamisesta. Raskaana olevilta naisilta puuttui tietoa riskeistä ja he aliarvioivat tuen tarvettaan tupakoinnin lopettamisessa. He toivoivat kirjallista materiaalia sekä halusivat vastaanottaa tietoa myös odotusauloissa.</p>

Liite 4. Tiedote tutkimuksesta esimiehille

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Raskausajan tupakointia koskeva kommunikointi äitiysneuvolan vastaanotolla

HYVÄ NEUVOLAN ESIMIES

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Pro gradu tutkielmani tarkoituksena on kuvailla raskaana olevan naisen ja terveydenhoitajan kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevista keskusteluista äitiysneuvolan vastaanotolla.

Pyydän kohteliaimmin Sinua osallistumaan terveydenhoitajien rekrytointiin välittämällä heille sähköpostitse tutkimustiedotteet. Lisäksi haluaisin sopia kanssasi ajan, jolloin voisin tulla kertomaan tutkimuksesta terveydenhoitajille esimerkiksi neuvoloiden kokousten yhteyteen.

Tutkimukseen tavoitellaan osallistuvan 10 terveydenhoitajaa ja 10 raskaana olevaa tupakoivaa naista, jotka valitaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Raskaana olevat naiset tavoitetaan terveydenhoitajien kautta. Terveydenhoitaja antaa raskaana olevalle naiselle tutkimustiedotteen, kysyy häneltä suullisen luvan tutkijan yhteydenottoon ja välittää raskaana olevan naisen yhteystiedot (puhelinnumero ja/tai sähköpostiosoite) tutkijalle.

Tutkija sopii terveydenhoitajan ja raskaana olevan naisen kanssa vastaanottoajan, jolloin aineisto kerätään. Vastaanotto videoidaan kokonaisuudessaan, mutta siitä analysoidaan vain tupakointia koskeva osuus. Tutkija ei ole huoneessa videoinnin aikana. Vastaanoton videoinnin jälkeen raskaana olevaa naista ja terveydenhoitajaa haastatellaan erikseen noin 20 - 30 minuutin ajan ja haastattelut äänitetään nauhurille. Terveydenhoitajan haastattelu tehdään hänen työhuoneessaan työpäivään sopivana ajankohtana. Aineiston keruu aloitetaan huhtikuussa 2015 ja sitä jatketaan kevään ja syksyn ajan.

Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu kaupungin sosiaali- ja terveysviraston lupamenettelyjen mukaisesti. Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielmana, sekä mahdollisesti tieteellisenä artikkelina keväällä 2016.

Näiden tulosten pohjalta tupakoivien äitien ohjausta voitaisiin kehittää enemmän heidän tarpeitaan vastaavaksi. Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Yhteistyöstäsi kiittäen

Anu Piispanen

Anna Axelin

Liite 5. Tiedote tutkimuksesta terveydenhoitajille

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Raskausajan tupakointia koskeva kommunikointi äitiysneuvolan vastaanotolla

HYVÄ TERVEYDENHOITAJA

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Pro gradu tutkielmani tarkoituksena on kuvailla raskaana olevan naisen ja terveydenhoitajan kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevista keskusteluista äitiysneuvolan vastaanotolla.

Pyydän kohteliaimmin Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen suostumalla vastaanottotilanteen videointiin ja sen jälkeen tapahtuvaan haastatteluun. Olemme arvioineet, että soveltuisit mukaan tutkimukseen, koska työskentelet harkinnanvaraisesti valitun vantaalaisen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajana. Tutkimukseen tavoitellaan osallistuvan 10 terveydenhoitajaa ja 10 raskaana olevaa tupakoivaa naista, jotka valitaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun osuuttasi siinä.

Terveydenhoitajana sinun tulisi kysyä raskaana olevalta tupakoivalta naiselta puhelimesta tai vastaanotolla lupa tutkijan yhteydenottoon (puh.nro ja/tai sähköpostiosoite). Tämän jälkeen tutkija sopii kanssasi puhelimitse vastaanottoajan, jolloin aineisto kerätään. Vastaanotto videoidaan kokonaisuudessaan, mutta siitä analysoidaan vain tupakointia koskeva osuus. Tutkija ei ole huoneessa videoinnin aikana. Videointi kohdistetaan alueelle, jossa keskustellaan. Vastaanoton videoinnin jälkeen sinua haastatellaan työpäivääsi sopivana ajankohtana noin 20 - 30 minuutin ajan ja haastattelu äänitetään nauhurille. Aineiston keruu toteutetaan loppukevällä tai alkusyksyllä 2015.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja sinulla on oikeus kieltäytyä tai luopua tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta sinulle kustannuksia. Kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Henkilöllisyytesi sekä muut tunnistettavat tiedot tulevat vain tutkimusryhmän ja haastattelut auki kirjoittavan henkilön tietoon. Aineiston auki kirjoittamisvaiheessa henkilöiden nimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat korvataan fiktiivisillä nimillä. Kerätty tutkimusaineisto säilytetään lukittuna ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä tai sinun luopuessa tutkimukseen osallistumisesta. Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu Vantaan sosiaali- ja terveysviraston lupamenettelyjen mukaisesti. Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu tutkielmana, sekä mahdollisesti tieteellisenä artikkelina keväällä 2016.

*Osallistuminen tutkimukseen on erittäin tärkeää neuvolatyön kehittämiseksi. **Toivon, että laitat minulle sähköpostia osallistumisestasi.** Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.*

Yhteistyöstäsi kiittäen

Anu Piispanen

Anna Axelin

Liite 6. Tiedote tutkimuksesta raskaana oleville naisille

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Raskausajan tupakointia koskeva kommunikointi äitiysneuvolan vastaanotolla

HYVÄ RASKAANA OLEVA NAINEN

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Pro gradu tutkielmani tarkoituksena on kuvailla raskaana olevan naisen ja terveydenhoitajan kommunikointia sekä heidän kokemuksiaan tupakointia koskevista keskusteluista äitiysneuvolan vastaanotolla.

Pyydän kohteliaimmin Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen suostumalla vastaanotto tilanteen videointiin ja sen jälkeen tapahtuvaan haastatteluun. Olemme arvioineet, että soveltuisit mukaan tutkimukseen, koska olet harkinnanvaraisesti valitun vantaalaisen äitiysneuvolan asiakas. Terveydenhoitajanne on halukas osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen tavoitellaan osallistuvan 10 terveydenhoitajaa ja 10 raskaana olevaa tupakoivaa naista, jotka valitaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Yhteystietonne saadaan terveydenhoitajalta suullisella luvallanne. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun osuuttasi siinä.

Tutkimukseen osallistuminen kestää noin 45 minuuttia. Vastaanottonne videoidaan kokonaisuudessaan, mutta siitä analysoidaan vain tupakointia koskeva osuus. Tutkija ei ole huoneessa videoinnin aikana. Videointi kohdistetaan alueelle, jossa keskustellaan. Näin ollen videolla ei näy esimerkiksi sikiön sydänäänten kuuntelu. Vastaanoton jälkeen sinua haastatellaan tupakointikeskusteluun liittyvistä kokemuksistasi, ja haastattelu äänitetään nauhurille.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja sinulla on oikeus kieltäytyä tai luopua tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa ilman, että sillä on haitallisia vaikutuksia asiakkuuteen tai palvelujen saantiin. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta sinulle kustannuksia. Kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Henkilöllisyyttenne sekä muut tunnistettavat tiedot tulevat vain tutkimusryhmän ja haastattelut auki kirjoittavan henkilön tietoon. Aineiston auki kirjoittamisvaiheessa henkilöiden nimet ja muut tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat korvataan fiktiivisillä nimillä. Kerätty tutkimusaineisto säilytetään lukittuna ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä tai sinun luopuessa tutkimukseen osallistumisesta.

Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu kaupungin sosiaali- ja terveysviraston lupamenettelyjen mukaisesti. Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu tutkielmana, sekä mahdollisesti tieteellisenä artikkelina keväällä 2016.

Osallistuminen tutkimukseen on erittäin tärkeää. Näiden tulosten pohjalta tupakoivien äitien ohjausta äitiysneuvolassa voitaisiin kehittää enemmän heidän tarpeita vastaavaksi. Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Yhteistyöstäsi kiittäen

Anu Piispanen

Anna Axelin

Liite 7. Tutkittavan kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Olen lukenut ja ymmärtänyt tiedotteen tutkimuksesta

Raskausajan tupakointia koskeva kommunikointi äitiysneuvolan vastaanotolla

Olen saanut tutkimuksesta sekä suullisen että kirjallisen selvityksen ja ymmärrän tutkimukseen osallistumisen tarkoituksen. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tiedotteessa kuvattuun tutkimukseen. Ymmärrän, että voin halutessani keskeyttää osallistumiseni syytä ilmoittamatta milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä ottamalla tutkijaan yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Paikka: _____

Päivämäärä: _____/_____/2015

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Puhelinnumero: _____

Suostumus vastaanotettu

Päivämäärä: _____/_____/2015

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Anu Piispanen

TtM-opiskelija, terveydenhoitaja

Hoitotieteen laitos

20014 Turun yliopisto

Anna Axelin

dosentti, ohjaaja

Hoitotieteen laitos

20014 Turun yliopisto

Liite 8. Haastattelurunko terveydenhoitajalle

1. Tutustuminen, teemahaastattelusta kertominen, aikataulu, nauhoittaminen nauhurille
2. Taustatiedot

Kuinka kauan olet työskennellyt äitiysneuvolassa (vuosina)?

Mitä tupakointia koskevaa täydennyskoulutusta olet saanut?

Kuinka usein keskimäärin kohtaat vastaanotollasi tupakoivan raskaana olevan naisen?

Kuinka vanha olet ja tupakoitko itse?

Kuinka monta tupakoivaa raskaana olevaa naista sinun asiakaskunnassasi on tällä hetkellä?

3. Vastaanotto (joko videoitu vastaanotto tai terveydenhoitajan aikaisempi kokemus)

Voisitko kuvailla vastaanottosi asiakasta?

Mikä on mielestäsi asiakkaan muutosvaihe tupakoinnin lopettamisen suhteen asteikolla 0-10?

Kertoisitko omin sanoin tupakointia koskevasta keskustelustanne?

Mikä sinulle jäi siitä erityisesti mieleen?

Mitä konkreettista materiaalia käytit?

Minkälainen kokemus keskustelu oli?

Miltä keskustelu sinusta tuntui?

Minkä koit erityisen hyvänä/huonona?

Mikä tupakointikeskustelussa oli sinulle merkityksellistä?

Miten koit teidän välisen vuorovaikutuksen?

4. Kehittäminen

Jos saisit innovoida rohkeasti tupakoimattomuutta tukevaa ohjausta neuvolassa, niin mitä se sinusta voisi olla?

Liite 9. Haastattelurunko raskaana olevalle naiselle

1. Tutustuminen, teemahaastattelusta kertominen, aikataulu, nauhoittaminen nauhurille
2. Taustatiedot

Oletko ensisynnyttäjä/uudelleensynnyttäjä ja millä raskausviikolla olet?

Mikä on koulutuksesi ja työtilanteesi?

Kuinka vanha olet ja mikä on siviilisäätysi?

Kuinka kauan olet tupakoinut?

Tupakoiko puolisosi?

Kuinka paljon savukkeita poltit päivässä ennen raskauttasi?

Kuinka paljon savukkeita poltat päivässä tällä hetkellä?

Miten tupakointisi on huomioitu eri neuvolakäynneillä ennen tätä vastaanottoa?

3. Vastaanotto

Mikä on muutosvaiheesi tupakoinnin lopettamisen suhteen asteikolla 0-10?

Kertoisitko omin sanoin tupakointia koskevasta keskustelustanne?

Mikä sinulle jäi siitä erityisesti mieleen?

Miten ymmärsit annetun tiedon ja ohjeet?

Minkälainen kokemus keskustelu oli?

Miltä keskustelu sinusta tuntui?

Minkä koit erityisen hyvänä/huonona?

Mikä keskustelussa oli sinulle merkityksellistä?

Miten koit teidän välisen vuorovaikutuksen?

4. Kehittäminen

Jos saisit innovoida rohkeasti tupakoimattomuutta tukevaa ohjausta neuvolassa, niin mitä se sinusta voisi olla?

Liite 10. Esimerkkejä analyysin etenemisestä

Haastatteluaineisto, terveydenhoitajien kokemukset

Lainaus	Koodi	Teema
Hän hirveen avoimesti kerto siitä. ID15	Äidit puhuivat avoimesti	Keskusteluhaluus
Hän yhtäkkiä sano, että mulla olis vielä tää tupakointijuttu. Et mä tästä haluaisin eroon. ID11.	Äidit puhuivat aktiivisesti	
Se äiti oli niin valmis ottamaan vinkkejä, mitä voi kokeilla. ID11.	Äidit olivat vastaanottavaisia	
Sen ihan aisti, mutta hän ei tuonut niitä (ajatuksiaan) tänne, eikä halunnut mitään tukea ja sellasta. ID15	Äidit olivat pidättyväisiä	
Ne tietää paljon, netistä, ne todella tietää, et siitä ei oo kiinni, et he ei tietäis mitä tupakka vaikuttaa. ID1.	Äidit olivat välinpitämättömiä	
Ketkä ei halua, vaan työntää, et kyl mä tiedän, ei sun tarvi selittää. ID15.	Äidit olivat keskusteluhaluttomia	
Kyllä asiakas ei ota yleensä sitä koskaan ite esille. Enemmän se on sit minä, joka kysyy. ID12.	Äidit olivat passiivisia	

Haastatteluaineisto, terveydenhoitajien kuvailemat kommunikointitavat

Lainaus	Koodi	Alateema	Teema
Miten kauan on polttanut? ID15	Terveydenhoitaja kysyy avoimen kysymyksen	Aloittaa keskustelun kysymällä tupakointia koskevia kysymyksiä	Kysy (Käypä hoito -suosituksen periaate)
Kysyn tupakoitko ja tupakoiko puoliso? ID12.	Terveydenhoitaja kysyy sulkevan kysymyksen		
Rutiinisti, ”mites tää, onks lukumäärä edelleen tämä vai onko se kenties pienempi?”. ID14	Terveydenhoitaja kysyy rutiinin kysymyksen		
Ja vaikka ei ois täyttänytään (päihdekyselyä), kun se kysytään. ID13	Terveydenhoitaja aloittaa keskustelun kysymyksellä		

Videoaineisto, sanaton ja sanallinen viestintä terveydenhoitajien kuvailemassa kommunikaatiotavassa ”aloittaa keskustelun työkalun kuten Fagerströmin testin avulla”

Video 3:

Asiakas on täyttänyt Fagerströmin testin vastaanotolla, mitä he alkavat käymään läpi. Istuvat vastakkain.	
Terveydenhoitaja: Sitten oli tästä tupakoinnista. Niin tota, niin sä laitoit noin 2 savuketta, joo. Niin tota, se on tosi vähän.	katsoo testiä pöydällä (katse), sanoo toteavasti (äänensävy), osoittaa kynällä lomakkeen kohtaa (ele). kääntää selän kameraan päin (asento)
Raskaana oleva nainen: Ja on myös ollu päiviä, etten oo polttanu ollenkaan.	nostaa katseen asiakkaaseen (katse) sanoo väsyneesti (äänensävy), hieroo käsillä ohimoita (ele), katsoo alaviistoon (katse)

Video 4:

Terveydenhoitaja antaa päihdekyselyn täytettäväksi. Terveydenhoitaja katsoo tietokonetta ja palaa yleiseen esitietolomakkeeseen, mihin asiakas on merkinnyt, että hän ei tupakoi raskausaikana. Terveydenhoitaja osoittaa sormella lomakkeen kohtaa ja kysyy hieman hämmästyneellä äänellä asiasta.	
Terveydenhoitaja: Tossa kyselyssä ei ollutkaan sitä, mikä on siellä netissä se tupakkakohtakin. Mutta että tota niin, mutta tässä sä oot laittanut, että sä et tupakoi raskauden aikana?	naputtaa kädellään päihdekyselyä (ele), katsoo tietokonetta (katse), osoittaa sormella lomakkeen kohtaa (ele), sanoo hämmästyneesti (äänensävy), nostaa katseen asiakkaaseen (katse) kulmat ovat kurtistuneena (ilme)
Raskaana oleva nainen: En polta. Mut mä olin sitäkin ennen monta vuotta silleen satunnainen polttaja. Silloin kun on viihteellä, niin silloin poltin. Mutta sitä ennen poltin ihan säännöllisesti.	katsoo alaviistoon (katse), pyörittää päätään (ele), selittää kädellään (ele), nyökyttää (ele), nostaa katseen terveydenhoitajaan (katse), raapii tukkaa (liike)

Video 5:

Terveydenhoitaja antaa puolisolle Fagerströmin testin täytettäväksi.	
Raskaana oleva nainen: Alkoholin kanssa ei ole ongelmaa, mutta sitten toi tupakka on ollu niinku vaikeempi tässä tilanteessa.	katsoo kyselyä pöydällä (katse) nojaa eteen (asento), pitää käsiä ristissä pöydällä (asento)
T: Jes. Onko tää tilanne nykyinen tilanne vai tota noin niin, vai tilanne ennen raskautta?	osoittaa sormella kyselyn kohtaa (ele), istuvat vastakkain (asento), kääntää paperin asiakkaaseen päin (liike).

