

Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin

Artikkelissa kuvataan monitieteisen tiedon avulla lapsiperheiden terveyttä edistävää tukea ja sen lähtökohdia sekä tuen kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita. Aineistona ovat perheen psykososiaaliseen terveyteen kohdistuvat kansalliset ja kansainväliset tutkimukset vuosilta 1994–2004, jotka on raportoitu tieteellisinä artikkeleina, väitöskirjoina, lisensiaatintutkimuksina tai ministeriön selvityksinä ja oppikirjana. Julkaisut (n = 53) ovat terveystieteiden, sosiaalitieteiden, psykiatrian, pediatrian ja psykologian alueelta. Aineisto analysoitiin sisällönanalysillä. Lapsiperheiden terveyden edistämisen tutkimusaiheissa painoutuivat ennaltaehkäisevät ja varhaiset palvelut ja perheen ja työntekijän välinen yhteistyösuhde. Perheen ja perheenjäsenten terveyteen kohdistuvia tutkimuksia oli vähemmän. Katsauksen tulokset rajautuvat näistä syistä terveydenhuollon ammattilaisilta saatuun tukeen. Tiedonantajina tutkimuksissa olivat useimmiten työntekijät ja vanhemmat. Aineiston perusteella lapsiperheen terveyttä edistävää tukea tulee kehittää ja tutkia seuraavilla aihealueilla: perheen oman terveystieteen tunnistaminen, terveyttä edistävän työn ammatilliset lähtökohdat, ammatillinen vuorovaikutussuhde ja kotiin tarjottava tuki. Tulevaisuuden tutkimustarpeista keskeisimpiä ovat perheen ja perheenjäsenten erilaisuuden ja terveyttä edistävän toiminnan tieto- ja arvoperustan analyysi asiakastilanteissa. Keskeinen jatkotutkimushaaste on myös monitieteisen tiedon tuottaminen ja mittareiden laatiminen perheiden terveyden arviointiin ja voimavara- ja lähtökohtaiseen toimintaan.

ARJA HÄGGMAN-LAITILA, ANNA-MAIJA PIETILÄ

JOHDANTO

Useat tieteenalat kuten esimerkiksi terveystieteet, sosiaalitieteet sekä sosiologia, antropologia, arkkitehtuuri ja arkeologia ovat olleet aina kiinnostuneita perheestä ja sen suhteesta yhteiskuntaan. Jo 1930-luvulla symbolinen interaktionismi tarjosi teoreettisen perustan perheenjäsenten keskinäisten suhteiden tarkasteluun. Perheen sisäisiä rooleja, tunteita, asenteita ja symboleja on tutkittu vuosikymmeniä (White ym. 1999). Viime vuosikymmeninä on tehty lapsia ja nuoria koskevia pitkittäistutkimuksia ja on saatu tietoa perheen ja yksittäisen perheenjäsenen välisistä terveysyhteyksistä ja lapsen sekä nuoren terveestä kasvusta ja kehityksestä (esim. Katainen 1999, Rönkä 1999, Tulisalo 1999, Rintanen 2000). On myös joitakin tutkimustuloksia perheille ohjatun ennaltaehkäisevän tuen vaikutuksista lapsen ja nuoren terveyteen pitkällä aikavälillä (Teerikangas ym. 1998, Aronen ym. 1995, Aronen ja Arajärvi 2000, Eckenroden ym. 2000, 2001). Parin viime vuosikymmenen aikana tietoperusta lapsen ja vanhemman välisestä varhaisesta vuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä lapsen psyykkiseen terveyteen on merkittävästi lisääntynyt (Zeanah ym. 1997, Mäntymaa ym. 2003).

teyksistä ja lapsen sekä nuoren terveestä kasvusta ja kehityksestä (esim. Katainen 1999, Rönkä 1999, Tulisalo 1999, Rintanen 2000). On myös joitakin tutkimustuloksia perheille ohjatun ennaltaehkäisevän tuen vaikutuksista lapsen ja nuoren terveyteen pitkällä aikavälillä (Teerikangas ym. 1998, Aronen ym. 1995, Aronen ja Arajärvi 2000, Eckenroden ym. 2000, 2001). Parin viime vuosikymmenen aikana tietoperusta lapsen ja vanhemman välisestä varhaisesta vuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä lapsen psyykkiseen terveyteen on merkittävästi lisääntynyt (Zeanah ym. 1997, Mäntymaa ym. 2003).

Perheen merkitys yksilön terveyteen on siten keskeinen ja lasten aikuisiän terveyden perusta luodaan lapsuuden kodissa ja kasvuympäristöissä. Yksilön ja perheen terveys liittyvät yhteen: perhe on yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille merkityksellinen ja toisaalta yksittäisen perheenjäsenen ongelmat heijastuvat koko perheeseen ja voivat muodostua koko perheen ongelmiksi (Erkolahti ym. 2000, Solantaus 2001, Denham 2002). Perheen luoma tukiverkko ylläpitää ja edistää terveyttä ja hyvän elämän edellytyksiä. Tukea antava verkosto auttaa myös välttämään kuormittavia tekijöitä ja selviytymään niistä.

Terveyden edistämisessä yhdistyy eri tieteenalojen omista lähtökohdistaan tuottama tieto. Näitä tieteenaloja ovat terveystieteet, sosiaalitieteet, viestintä- ja informaatiotieteet sekä ympäristötiede, psykologia ja kasvatustiede. Terveyden edistämisessä tieteitä yhdistäviä teemoja ovat terveysongelmien ehkäisy, terveyden ja toimintakyvyn suhde ihmisen elämänsäällä, yksilön toimintaan ja valintoihin vaikuttaminen, terveysneuvonta, hoitajan ja hoidettavan välinen suhde ja vuorovaikutus sekä ympäristöön ja yhteiskunnalliseen kehitykseen liittyvät tekijät (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005).

Terveyden edistämisen näkökulmasta lapsiperheiden tutkimus on useiden haasteiden edessä. Esimerkiksi vain osa perheen terveyttä edistävästä toiminnosta voidaan perustaa tutkittuun tietoon (White ym. 1999). Perheen terveyden käsitteen runsaasta tutkimuskäytöstä huolimatta sen teoreettinen määrittely on puutteellista (Denham 2002). Myös terveyden edistämisen käsite on sisällöltään laaja ja monimerkityksinen. Terveyttä edistävän, moniammatillisen yhteistyön sisällöistä ja toimivista käytänteistä on toistaiseksi vähän tutkittua tietoa (Sirviö 2003). Myös lapsiperheiden terveyttä ja arkielämää kotona kuvaavia tutkimuksia on niukasti. Perherakenteiden jatkuva murros jo sinänsä asettaa tutkimustyölle käsitteellisiä ja metodologisia haasteita.

Perheen terveyttä on tutkittu pääasiassa keskiluokkaisten, hyvän perhedynamiikan omaavien ja samassa kotitaloudessa elävien ydinperheiden näkökulmasta. Huomiota on kiinnitetty vähän perherakenteiden moninaisuuteen, perheen etnisiin taustoihin ja sukupuolirooleihin (Ganong 1995, Denham 2002). Isien asema tiedonantajina on vahvistunut viime vuosikymmenenä (Jensen 1994, Broom 1998). Heihin kiinnitetään aikaisempaa selvemmin huomiota perheen kokonaistilanteen arvioinneissa. Esimerkiksi isien masen-

nusta lapsen syntymän yhteydessä on tutkittu yleensä äidin masennuksen kautta (Goodman 2004).

Tässä artikkelissa perheen terveys ymmärretään Maailman terveysjärjestön mukaan fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka vaihtelee elämänsäällä eri vaiheissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Se on dynaaminen ja myös perheen ja perheenjäsenten kehitysvaiheiden mukaan muuttuva prosessi. Se on enemmän kuin yksittäisten perheenjäsenten ”terveyksien summa”. Siihen kuuluvat yksittäisten perheenjäsenten terveys ja sen merkitys perheenjäsenten välisiin suhteisiin, perheen sisäisten ja ulkoisten vuorovaikutussuhteiden tasapaino, perheen toimintakyky ja perheen kyky sopeutua perhe-elämän haasteisiin ja uusin elämäntilanteisiin (vrt. Denham 1999, 2002, Häggman-Laitila 2002). Perhe voi määrittäytyä biologisin, juridisin ja emotionaalisiin perusteisiin ja se saa erilaisia muotoja. Monimuotoisuudesta johtuen nykyään pidetäänkin tärkeänä sitä miten perheenjäsenet itse määrittävät perheensä ja siihen kuuluvat jäsenet. Tässä artikkelissa ei sitouduta mihinkään erityiseen määritelmään perheestä. Mielenkiinnon kohde rajataan kuitenkin lapsiperheisiin.

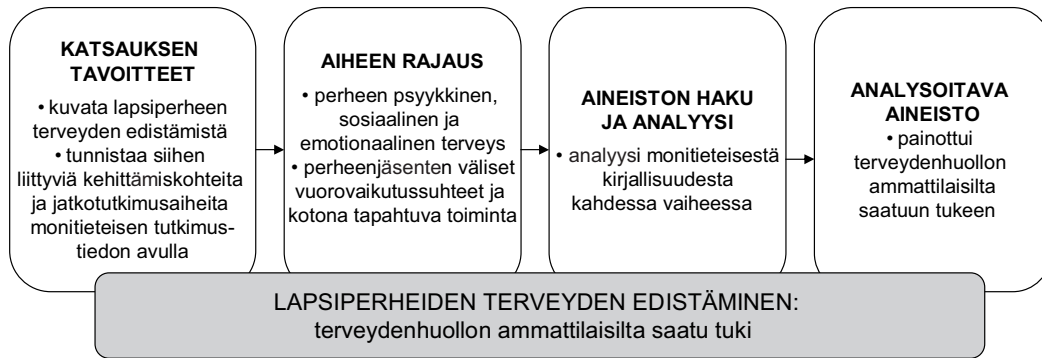
KATSAUKSEN TAVOITTEET JA AIHEEN RAJAUS

Tämän katsauksen tavoitteena on kuvata lapsiperheiden terveyttä edistävästä tukesta ja sen lähtökohdista monitieteisen tutkimustiedon avulla. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa tukeen liittyviä kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita.

Terveyttä edistävän tuen tarkastelun lähtökohdaksi valitaan perheen terveydestä sen psyykinen, sosiaalinen ja emotionaalinen ulottuvuus ja siinä erityisesti perheenjäsenten väliset vuorovaikutussuhteet. Tätä näkökulman rajausta perustellaan lapsiperheiden psykososiaalisilla ongelmilla. Tällä hetkellä Suomessa noin kolmanneksella lapsiperheistä on psykososiaalisia ja emotionaalisia ongelmia ja noin 10 % lapsista asuu perheissä, joiden ongelmat ovat monitahoisia (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001). Rajausta myös perustellaan tutkimustuloksilla, joiden mukaan lapsen ja nuoren terveyteen perheessä vaikuttavat vanhempien kasvatusasenteet (Pakkaslahti ym. 1996, 1998, Katainen 1999, Rönkä 1999) ja heidän psyykinen terveydentilansa (Erkolahti ym. 2000, Solantaus 2001) varhainen vuorovaikutus (Mäntymaa ym. 2003), perherakenne ja siinä tapahtuvat muutok-

Kuvio 1.

Katsauksen eteneminen ja rajautuminen.



set (Tulisalo 1999, Liuksila 2000, Rintanen 2000) sekä perushoiva (Järventie 1999) ja kotiolojen laatu (Aronen ym. 1995, Aronen ja Arajärvi 2000, Teerikangas ym. 1998, Eckenroden ym. 2000, 2001).

Terveyttä edistävän tuen tarkastelu liitetään koko perheeseen ja se rajataan kotona tapahtuvaan toimintaan. Rajausta perustellaan vanhempien vastuun korostamisella ja perheiden kokemuksella psykososiaalisen tuen vähyydestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2004). (Kts. Kuvio 1)

AINEISTO JA SEN ANALYYSI

AINEISTON HAKU JA ANALYYSI

Aineisto kerättiin ja analysoitiin kahdessa vaiheessa monitieteisestä kirjallisuudesta (Kuvio 1 ja 2). Aineistoa haettiin harkinnanvaraisesti. Mukaan valittiin julkaisuja, jotka kuvasivat lapsiperheen psykososiaalista ja emotionaalista terveyttä ja sen edistämistä kotikäynnein ja avopalveluin ja perheenjäsenten keskinäisten suhteiden yhteyttä perheenjäsenten psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. Ensimmäisen vaiheen aineisto käsittää yhteensä 28 julkaisua, joista 22 on kotimaista ja 6 kansainvälistä. Aineiston haussa ei käytetty poissulkukriteereitä. Sitä kerättiin katsaustavoitteen suunnassa siihen saakka kun se alkoi saturoitua ja aineiston määrä saatiin pysymään analyysin suhteen hallittavana.

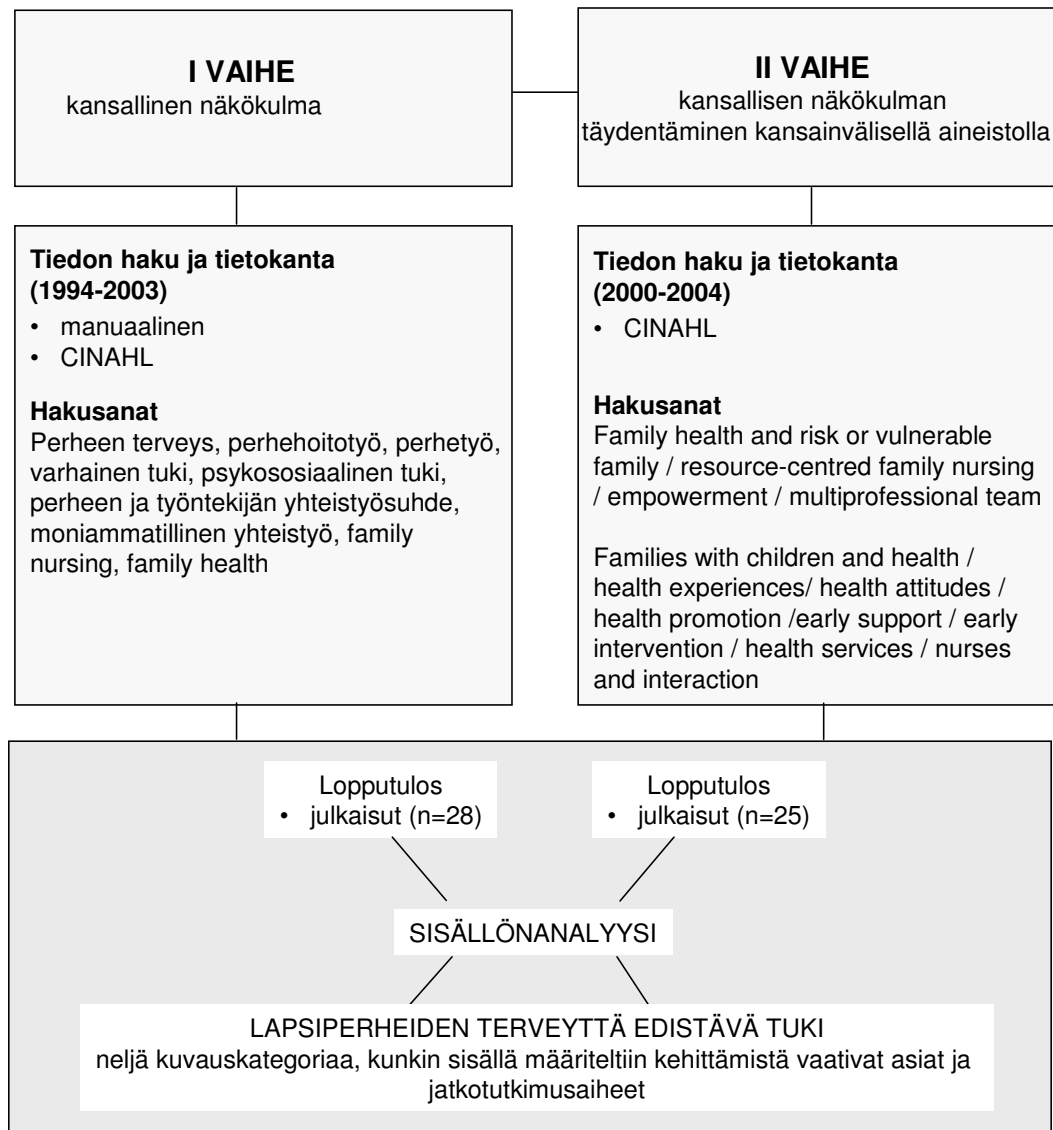
Julkaisut analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin mukaan (Eskola 2001, Priest ym. 2002, Woods ym. 2002). Julkaisuista kirjattiin taulukoon julkaisun nimi, tekijät ja julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, metodologiset valinnat, koh-

deryhmä, aineiston keruu ja sen analyysi, keskeiset tulokset terveyden edistämisen kehittämisestä ja keskeiset johtopäätökset tutkimustoiminnan suuntaamisesta. Samansisältöiset maininnat ryhmiteltiin tulososassa ja johtopäätöksissä samaan kategoriaan. Maininnat pelkistettiin teemoiksi ja ne ryhmiteltiin kunkin kategorian sisällä kehittämistä vaativiin asioihin ja jatkotutkimusaiheisiin. Analyysissä edettiin induktiivisesti ja kukin kategoria nimettiin sisältöteemoja yhdistävin käsittein.

Toisessa vaiheessa aineistoa haettiin lisää ensimmäisen vaiheen valintakriteerejä ja alustavia analyysituloksia lähtökohtana pitäen (Kuvio 2). Haku suunnattiin kansainvälisiin tieteellisiin aikakauslehtiin. Niiden määrä ensimmäisessä haussa oli pieni. Haku rajattiin neljään vuoteen, jotta saataisiin ensimmäiseen hakuvaiheeseen nähden tuoreempaa tutkimustietoa. Tarkoituksena oli täsmentää terveyden edistämistä kuvaavia alustavia luokkia ja niiden sisältöteemoja. Haku tuotti 300 viitettä. Niistä suljettiin pois raskautta ja synnytystä, yksittäisiä fyysisen terveyden tottumuksia tai fyysisen terveyden ongelmia, sairauksia, vammaa ja niiden hoitoa tai kuntoutusta, sairaalahoitoa, vakuutuksia sekä vanhusten terveyttä koskevat julkaisut. Jäljelle jäi 25 julkaisua. Julkaisut analysoitiin kuten ensimmäisessä vaiheessa taulukoimalla ja sisällönanalyysillä. Maininnat ryhmiteltiin ensimmäisessä vaiheessa saattuihin kategorioihin ja tämä johti sisältöteemojen täsmentymiseen ja täydentymiseen. Lopputulokseksi saatiin neljä kuvauskategoriaa terveyden edistämisen kehittämisestä ja sen tutkimustoiminnan suuntaamisesta ja niitä kuvaavia sisältöteemoja kuten Kuvio 3 osoittaa.

Kuvio 2.

Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki: tiedon keruu ja analyysi.



KATSAUKSESSA SAADUN AINEISTON KUVAILUA JA AINEISTON RAJAUTUMINEN

Lapsiperheiden terveyden edistämistä oli tutkittu lapsiperheiden tukipalvelujen ja työmenetelmien kehittämisen ja arvioinnin, perheen ja työntekijän välisen suhteen ja koko perheen tai yksittäisen perheenjäsenen terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta (Taulukko 1). Aineistossa korostui näin ollen terveydenhuollon ammattilaisten toiminta ja heidän tukensa perheille. Tämä rajasi katsauksen tuloksia hakuvaiheen rajausten lisäksi (kts. Kuvio 1).

Katsaukseen mukaan otettuja tutkimuksia kuvataan Taulukossa 2 tarkemmin. Lapsiperheen terveyden edistämiseen liittyvää tutkimusta oli tehty eniten terveystieteissä. Tutkimukset olivat pääasiassa kuvailevia. Ensimmäisessä hakuvaiheessa saaduissa tutkimuksissa painottuivat kvantitatiivinen metodologia ja kyselyjen ja strukturoitujen haastattelujen käyttö ja toisessa vaiheessa kvalitatiivinen metodologia ja haastattelut. Molempia lähestymistapoja soveltavien tutkimusten määrä oli pieni. Metoditriangulaation käyttö oli vähäistä. Aineistossa on mukana myös 11

Taulukko 1.

Lapsiperheen terveyden edistämistä kuvaavat tutkimusaiheet.

Tutkimusaiheet, sisältöluokat ja teemat	Tutkimusten määrä
<i>Lapsiperheen tukipalvelut</i> <ul style="list-style-type: none">• Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelut• Kotikäynnit• Varhaiset tukipalvelut• Moniammatillinen yhteistyö	22
<i>Lapsiperheen ja työntekijän välinen yhteistyösuhte</i> <ul style="list-style-type: none">• Riskiperheen tunnistaminen• Työntekijän rooli ja siihen kohdistuvat odotukset• Asiakassuhteen arviointia• Perheiden odotuksen yhteistyösuhteelta	10
<i>Koko perheen terveys ja hyvinvointi</i> <ul style="list-style-type: none">• Vanhempien ja lasten välinen vuorovaikutus• Vanhempien ja lasten terveyden väliset yhteydet, tuentarpeiden tunnistaminen• Perheen terveys ja terveydenhoitotavat	9
<i>Työtapojen kehittäminen</i> <ul style="list-style-type: none">• Perhettä koskevat tietojenkeruumenetelmät ja dokumentit• Voimavaroja vahvistava työote• Terveyttä edistävät työmenetelmät• Pienryhmätoiminta lapsiperheissä	6
<i>Yksittäisen perheenjäsenen terveys ja hyvinvointi</i> <ul style="list-style-type: none">• Vanhempien parisuhde, hyvinvointi ja vanhemmuus• Lasten tai nuorten terveys, hyvinvointi, syrjäytyminen ja palvelujen käyttö	4
<i>Perhehoitotyön ja terveyden tutkimus</i>	2

aiempaan tutkimustietoon perustuvaa katsausartikkeliä ja neljä kehittämishankkeiden arviointitutkimuksia (Taulukko 2).

Suurimmassa osassa tutkimuksia tiedonantajat olivat aikuisia, joko työntekijöitä tai lasten vanhempia. Useassa tutkimuksessa oli mukana useampi kuin yksi perheenjäsen. He olivat joko samasta perheestä tai tutkimukseen osallistui vanhempia ja lapsia eri perheistä.

Otoskoot olivat tutkimuksissa yleensä alle 1000. Eniten oli tutkimuksia, joissa tiedonantaja oli alle 50. Tämä johtuu siitä, että toisessa hakuvaiheessa aineistoon osui ensimmäistä vaihetta suurempi määrä laadullisia tutkimuksia (Taulukko 2).

TULOKSET

Aineiston perusteella lapsiperheiden terveyttä edistävää tukea ja sen lähtökohtia kuvaaviksi kategorioiksi muodostuivat perheen oma käsitys ja kokemus terveydestään, perheen terveyden tunnistamisen ammatilliset lähtökohdat, perheen terveyttä edistävä ammatillinen vuorovaikutussuhde ja perheen terveyttä ja elämäntilannetta kotona tukevat palvelut. Kukin kuvauskategoria jakaantui kehittämistä vaativiin asioihin ja jatko-tutkimusaiheisiin sekä näitä kuvaaviin sisältötee-

moihin (Kuvio 3). Viittaamme seuraavassa analysoituihin tutkimuksiin roomalaisin numeroin.

PERHEEN KÄSITYS JA KOKEMUS TERVEYDESTÄÄN

Analysoitujen tutkimusten mukaan perheenjäsenen arvioiden erilaisuus, huolehtimisvastuun jakautuminen, perheen tuentarpeiden tunnistamistaidot ja perheiden kyky käsitellä yhdessä koko perheen terveyteen liittyviä kysymyksiä määrittävät perheen käsitystä ja kokemusta terveydestään ja niiden huomiointi terveyden edistämisen kehittämisessä on tärkeää (Kuvio 3). Tutkimuksissa tuotiin esiin, että äitejä pidetään perheen ja perheenjäsenten terveyden ”portinvartijoina” ja ”avainedistäjinä” ja terveyden määrittäjinä. Heidän arvioitaan on totuttu pitämään luotettavina ja muiden perheenjäsenten kokemuksia vastaavina (II, IV, XXXIV, XXXXX). Aineistossa todettiin, että yksittäisen perheenjäsenen kuten lapsen ja nuoren omaan arviointiin terveydestään tulee kuitenkin kiinnittää enemmän huomiota, sillä sellaiset oireet kuten esim. surullisuus, yksinäisyys ja itsemurha-ajatukset ovat subjektiivisia kokemuksia ja luotettavasti ainoastaan kokijan itsensä raportoitavissa (XXIII, XXXXXIII). Tutkimuksessa on käynyt ilmi, että perheenjäsenen oma terveys vaikuttaa tulkintoihin muiden perheen-

Taulukko 2.

Kuvaus analysoiduista tutkimuksista.

Tutkimuksen kuvausalue	Tutkimuksia (f)
<i>Tieteenala</i>	
• Terveystieteet	44
• Pediatria	3
• Sosiaalitieteet	3
• Psykiatria	2
• Psykologia	1
<i>Julkaisumuoto</i>	
• Artikkelitieteellisessä aikakauslehdessä	39
• Väitöskirja	8
• Lisensiaatintutkimus	3
• Tutkimuslaitoksen tai ministeriön julkaisu	2
• Oppikirja	1
<i>Tutkittavien määrä</i>	
• 0–50	17
• 51–100	4
• 101–200	3
• 201–500	3
• 500–1000	7
• yli 1000	1
• yli 2000	1
• yli 3000	2
<i>Tiedonantajat</i>	
• työntekijät	14
• vanhemmat	10
• lapset ja vanhemmat	7
• vanhemmat ja työntekijät	6
• lapset ja/tai nuoret	3
• työntekijät, lapset ja vanhemmat	2
<i>Tutkimustyyppi</i>	
• Kvalitatiivinen	17
• Kvantitatiivinen	16
• Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen	5
• Tutkimus- tai kirjallisuuskatsaus	11
• Kehittämishankkeen evaluointi	4
<i>Tietojenkeruumenetelmä</i>	
• Haastattelu	24
• Kysely	15
• Asiakirjat	7
• Havainnointi	2
• Esseet	2
• Ohjaustilanteiden ja keskustelujen videointi	1

jäsenten terveydestä. Esimerkiksi masentuneen äidin omat arviot lapsestaan värittyvät negatiivisesti äidin oman tilan vuoksi. Toisaalta masentuneisuus voi lisätä kriittisyyttä ja tarkkuutta, jota puuttuu ei-masentuneiden vanhempien havainnoista (XVIII).

Analysoiduissa tutkimuksissa korostettiin perheenjäsenten erilaisten roolien ja terveyttä koskevien käsitysten kuuntelemisen tärkeyttä. Käsitysten yhteistarkastelu perheen kanssa mahdollistaa yhteiset terveyden edistämistä koskevat

tavoitteet ja perheen sisäisten voimavarojen löytymisen tai uudelleen määrittelyn (I, XII, VII, VIII). Perheen terveyden arvioinnissa ja edistämässä vanhemmat mielletään usein vain äideiksi ja isiksi huomioimatta muita rooleja, jotka ovat olennaisia terveyttä tukevien voimavarojen tunnistamisessa (I, VII).

Vaikka koko perheen käsityksiä ja kokemuksia on toistaiseksi tutkittu vähän, on kuitenkin viitteitä siitä, että perheet määrittelevät terveyden laaja-alaisesti: sairauden tai taudin puuttumisena, aktiivisina vaikutusmahdollisuuksina, perhe-elämän eri puolien tasapainona ja kokonaisvaltaisuutena sisältäen fyysisen, emotionaalisen, sosiaalisen, hengellisen ja ekologisen ulottuvuuden (II, XXXXVIII). Tutkimusten mukaan sairauksien ennaltaehkäisy painottuu perheissä terveyden edistämistä selkeämmin (XXXXX). Terveystottumukset ja sosiaalinen tuki edistävät perheen terveyttä. Sen sijaan sitä vaikeuttavat taloudellinen niukkuus ja puutteelliset selviytymistaidot (XXXXVIII).

Tutkimukset osoittavat, että perheet tunnistavat tuen tarpeensa usein turhan myöhään. Lapsen tilannetta seurataan pitkään ennen kuin avun piiriin hakeudutaan. Lasten vaikeuksia pidetään usein ensimmäisenä viestinä ulospäin perheen avuntarpeesta (XXVIII). Hoitoon hakeutuminen on tarpeeseen nähden vähäistä. Masentuneiksi luokitelluista lapsista vain pienelle osalle oli haettu apua (XXIII). Sama ilmiö koskee masentuneita äitejä. Lasten terveyspalvelujen käyttöä selittäviä tekijöitä ovat tutkimusten mukaan vanhemman koulutustausta ja uupumus, perheen toimintakyky, kulttuuri, elämäntilanne ja sosiaalinen tuki, taloudelliset voimavarat ja aiemmat kokemukset palveluista (XXXI, XXXIV).

Perheet ovat tuen tarpeiltaan ja voimavaroiltaan erilaisia. He tarvitsevat räätälöityjä tukimuotoja. Se mikä sopii toiselle perheelle, ei välttämättä ole toimivaa toisessa perheessä. Ryhmäkohtaista tukea hakevia perheitä on ainakin viittä eri tyyppiä: uteliaita, vaihtelunhaluisia, seuranhakuisia, tiedonjanoisia ja epäilijöitä (XXVII). Myös perhekohtaista tukea hakevat perheet ovat tyypiltään erilaisia: lisävoimavaroja etsiviä, muutosta hakevia, arkeaan uudelleen jäsentäviä ja tukiverkon avulla eteneviä perheitä (VII).

Analysoitujen tutkimusten mukaan jatkossa tulisi selvittää miten perheet itse määrittelevät terveytensä, miten he sitä ylläpitävät ja edistävät ja mikä on päivittäisten rutiinien merkitys perheen terveydessä (XXXIV, XXXXVIII). Myös

perheiden omien käsitysten tutkiminen voimavaroista ja niiden tukemisesta koetaan tärkeäksi. Perheen terveyttä tulisi tarkastella erilaisissa perheen muutos- ja siirtymävaiheissa (esim. IV, VI, XXIV, XXV, XXVI). Tällä hetkellä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota vanhempien lyhytaikaisten parisuhteiden merkitykseen lasten terveydelle (vrt. XIII). Analysoiduissa tutkimuksissa nimettiin myös yhdeksi keskeiseksi jatkotutkimushaasteeksi lasten, nuorten ja vanhempien terveyteen liittyvien tulkintaerojen tunnistaminen ja lasten ja nuorten näkökulman huomioiminen (XXIII, XXVII, XXXXV, XXXXXII). Perheenjäsenten keskinäisten erojen tunnistamista pidettiin myös tärkeänä. Toistaiseksi vielä tiedetään vähän äideille ja isille ominaisista tavoista rakentaa lapsi-vanhempisuuhdetta ja äitien ja isien lastaan koskevista tulkintaeroista lapsen eri kehitysvaiheissa ja elämäntilanteissa (XIII, XXIII). Myös äitien ja isien erot vanhemmuudessa ja siinä kypsymisessä nimettiin analysoiduissa tutkimuksissa olennaisiksi lisätutkimusten kohteiksi (I).

Jatkotutkimuksia ehdotettiin myös kohdennettäväksi perheenjäsenten terveyteen liittyvien kehityspolkujen ja selviytymistarinoiden kuvaamiseen ja analyysiin (XVIII, XX) sekä perheenjäsenten erilaisiin rooleihin perheen terveyden edistämisessä (XXXIV, XXXXX). Myös vaikeita perhetilanteita ja esimerkiksi kaltoin kohtelun uhreja, tekijöitä ja sivustaseuraajia on huomioitu tutkimuksissa toistaiseksi vähän (XX). Vaikka perheenjäsenten keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja niihin liittyvistä terveysyhteyksistä alkaa olla jo tietoa, tarvitaan aineiston mukaan vielä lisää tietoa muun muassa masennusoireiden samanaikaisuudesta äitien ja isien kohdalla tai psykikisesti sairaiden vanhempien lasten ennaltaehkäisevistä tai varhaisista tuentarpeista (VII, XXXVIII).

PERHEEN TERVEYDEN TUNNISTAMISEN AMMATILLISET LÄHTÖKOHDAT

Analysoidussa aineistossa tuotiin esiin, että terveyteen liittyvän ammatillisen työn lähtökohtia tulisi kehittää kohdistamalla huomio terveyttä ja riski- ja ongelmaperheitä koskeviin määritelmiin ja arvioihin, terveyteen kohdistuviin tietojenkeruukäytäntöihin ja varhaisen tunnistamisen työmuotoihin ja tukimenetelmiin sekä perheiden erilaisuuteen (Kuvio 3). Perheen terveyskäsitteen kuvaus on toistaiseksi vähäistä (XXXIV) ja tieto työntekijöiden terveyskäsitteistä perustuu vielä yksittäisiin analyysiin (esim. II). Tutkimusten

mukaan perheiden parissa työskentelevät ammatillaiset tarkoittavat perheen terveydellä perheenjäsenten toiminnallisia, psykologisia ja biologisia ominaisuuksia, perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja perheen toiminta- ja sopeutumiskykyä.

Riskien ja ongelmien varhainen toteaminen ja niissä tukeminen ovat yksi tärkeä osa neuvolatyötä. Tutkimuksissa tuotiin esiin, että sitä koskeva käsitteistö on vakiintumaton (V, XXXXIII). Riski- ja ongelmaperheitä käytetään käsitteitä: riskiloissa elävä, syrjäytymisvaarassa tai erityistuen tarpeessa oleva, haavoittuva tai huonosti toimiva perhe. Perheen haavoittuvuuteen liitetään mikro- tai makrotason tuen tarve, sosiaalinen eristäytyneisyys, perheen koko ja puutteelliset asuinolot (XXXXIV).

Tutkimuksissa on todettu, että arviot huonosti voivista lapsista ja perheistä vaihtelevat ongelmien määrittelykäytäntöjen ja tiedonantajien mukaan. Esimerkiksi opettajien ja vanhempien arviot lasten psyykkisistä häiriöistä eroavat lasten omista käsityksistä (XIV, XXIII). Eri työntekijöiden arviot painottuvat ammattikoulutuksen ja -kokemuksen perusteella. Koululaisten ongelmat liittyvät psykologien ja kuraattorien mukaan kaveripiiriin, levottomuuteen, kiusatuksi joutumiseen, keskittymisvaikeuksiin ja asosiaaliseen käyttäytymiseen. Terveystenhoitajat puolestaan kiinnittävät huomiota koululaisten rokotusten puuttumiseen, kuulon ja näön alentumiseen, yli- tai alipainoon, allergioihin ja toistuviin tapaturmiin (XIV).

Analysoidut tutkimukset osoittavat, että kouluikäisten ja aikuistuvien nuorten terveysongelmista osa on ollut havaittavissa jo ennen kouluikää. Ammatillaiset eivät ole kuitenkaan niihin puuttuneet eivätkä ole järjestäneet tarvittavaa hoitoa. Vain osa lisätukea tarvitsevista lapsista ohjataan neuvoloista jollekin toiselle asiantuntijalle. Ongelmat ovat myöhemmin neuvolatietoihin verrattuna vaikeampia ja monitahoisempia. Syitä alle kouluikäisten lisätuen puutteeseen ei tunneta riittävästi (XIV, XVII, XXIV, XXVI).

Tutkimuksissa on todettu, että valtaosa perheistä pitää neuvoloissa asiointia mieluisana ja hyödyllisenä omassa elämäntilanteessaan. Noin yhdeksän perhettä kymmenestä pitää tärkeänä vaikeistakin asioista keskustelemista ja pitkäjänteistä työskentelyä ongelmien ratkaisemiseksi. Kuitenkin vain vajaa puolet vanhemmista pitää mahdollisena keskusteluaan vaikeista asioista (XXII). Terveystenhoitajat pitävät myös itse tär-

keänä vaikeiden asioiden käsittelyä asiakassuhteissa. Heistä valtaosa kokeekin onnistuvansa siinä hyvin (V, XXII).

Analysoidun aineiston perusteella neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa parhaiten havaitaan ja dokumentoidaan lapsen kehitykselliset ja fyysiseen terveyteen liittyvät ongelmat, huonoiten lapsen emotionaaliset ongelmat tai perhevaikeudet (XXVI, XXXIII, XXXXVI). Päätöksenteko painottuu lapsen akuuttien ongelmien ratkaisuun. Terveystenhoitajat arvioivat tukensa puutteellimmaksi ulkomaalaisten, perheväkivallasta kärsivien, moniongelmaisten sekä päihde- ja parisuhdeongelmaisten perheitten kohdalla (V, XX, XXII, XXVI, XXXVI). Perhekeskeisyys tiedostetaan hyvin perheiden kohtaamista ohjaavaksi periaatteeksi, mutta sen toteutus jää usein puutteelliseksi (XXXX, XXXXVI). Perheiden tuentarpeiden tunnistamiseksi ja varhaiseksi tukemiseksi tarvitaan erilaisten menetelmien ja työmuotojen kehittämistä. Näistä analysoidussa aineistossa esimerkkinä mainittiin perhetilannepuntari, roolikartta ja huoliseula (XXII), perheiden ryhmäneuvottelut (XXXVII) ja vanhemmuutta raskausaikana arvioivat haastattelut (XXXXIX).

Tärkeinä tulevaisuuden tutkimusaiheina (Kuvio 3) pidettiin terveyttä edistävän toiminnan tieto- ja arvoperustan ja käytännön toteutuksen analyysia asiakastilanteissa (XVI, XXV, XXXII, XXXIII) ja tuen tarpeiden tunnistamismenetelmien, työmenetelmien ja varhaisten toimintamallien kehittämistä (esim. VI, XXII, XXXV, XXXXVII). Perheiden voimavaroista ja niiden tukemisesta on tuotettu viime vuosina teoreettista tietoa. Voimavarakeskeisen tuen kliinisiä sovellutuksia on kuitenkin tutkittu toistaiseksi vähän (III). Jatkossa toivotaan tutkimustyön kohdentamista voimavaroja vahvistavan työotteiden asiakastyön sovellutuksiin, työotteiden prosessin kuvaamiseen ja sen vaikuttavuuteen (esim. IV, XXV, XXVIII). Tietoa tarvitaan myös siitä millaisille perheille työotteesta on hyötyä ja miten työote muokkaa työntekijän ja perheen välistä yhteistyösuhdetta (III). Tulevaisuuden tutkimuspainotuksina pidettiin myös erilaisten työotteiden ja lähestymistapojen vertailua, interventioiden kuvaamista ja interventioiden vaikuttavuuden arviointia (esim. VI, VIII, XV, XVII, XXVII).

Analysoidun tutkimustiedon mukaan lisää tietoa tarvitaan siitä, miten työntekijät perhekeskeisyyden ymmärtävät ja mitä he pitävät sen toteutumisen edellytyksinä ja esteinä. Lisätutkimuksia tulisi kohdentaa myös lapsiperheiden erilaisiin

odotuksiin perhekeskeisyydestä ja työntekijän roolista perheessä (esim. XXVIII, XXIX, XXXVI, XXXXVI) (Kuvio 3).

Tutkimuksia tulisi jatkossa kohdentaa terveytiin ja voimavaraisiin perheisiin ja tuentarpeitaan, odotuksiltaan, ikärakenteeltaan, rodultaan, kulttuuriltaan, perherakenteeltaan, asuinpaikaltaan, yhteiskunnalliselta asemaltaan, toimeentuloltaan ja arvomaailmaltaan erilaisiin perheisiin (I, IV, XXXIV). Tutkimuksissa on perinteisesti huomioitu keskiluokkaiset ja huonosti voivat perheet (IV). Perhetutkimusta on rajattu jonkun sairauden tai oireyhtymän tai palvelujen käytön mukaan. Tulevissa tutkimuksissa tulisi myös huomioida seksuaalivähemmistöihin kuuluvien perhemuodot. Sukupolvirajojen huomioimista pidetään myös tärkeää, sillä ihmiset elävät nykyään pitempään kuin ennen. Tämä merkitsee myös sitä, että eri sukupolvet elävät yhdessä aiempaa pitempään (IV).

PERHEEN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUSSUHDE

Analysoidun aineiston mukaan perheen terveyttä tukevan ammatillisen vuorovaikutussuhteen keskeisiä kehittämiskohteita ovat luottamuksellisuus, rohkeus ottaa asioita puheeksi, perheen asennoituminen, työntekijän valmiudet ja toimintatavat sekä riittävän ajan varaaminen (Kuvio 3). Tutkimusten mukaan perheet odottavat asiakassuhteeltaan luottamuksellisuutta (II, VI, XV, XXXXII, XXXXVI). Sen edellytyksenä on asiakkaan ja työntekijän tasavertainen kumppanuus ja molempuolinen kunnioitus. Asiakas ja työntekijä pitävät toisiaan asiantuntijoina ja yhtä tärkeinä tiedonlähteinä. Luottamuksellisen yhteistyösuhteen aikana asiakkaan ja työntekijän näkökulmat yhdistyvät ja asiakas saa tarvitsemansa tuen. Luottamukselliseen suhteeseen kuuluu, että molemmat osapuolet rohkenevat jakaa keskenään henkilökohtaisia asioitaan (XVI, XIX).

Rohkeuden puute ottaa asioita puheeksi on kuitenkin tutkimusten mukaan keskeinen ongelma (VI, XX, XXV, XXVIII). Siihen vaikuttavat perheestä ja työntekijästä johtuvat tekijät. Esimerkiksi lapsilla on taipumus suojella vanhempiaan. He eivät ota herkästi puheeksi perhetilannettaan (XXXXVI). Terveystenhoitajan ja perheiden vuorovaikutustilanteissa korostuu edelleenkin asiantuntijalähtöisyys, terveystenhoitajan ja tehtäväkeskeisyys (XXV, XXIX) ja perheelle tärkeät asiat voivat jäädä näistä syistä sivuun. Vuorovaikutustilanteet ovat analysoitujen tutkimus-

ten mukaan myös aikuisjohtoisia, josta seuraa, että lapsia ja nuoria ei huomioida riittävästi (XXXXV, XXXXXII). Työntekijän ja perheen välistä luottamussuhdetta on tutkittu vähemmän kuin yksittäisen asiakkaan ja työntekijän välistä luottamusta. Kuitenkin tiedetään esimerkiksi, että perheen luottamus työntekijää kohtaan heikenee, jos perhe ei saa tarpeeksi tukea. Myös yllättävät kotikäynnit ja perheen ja työntekijän näkökulmien välille syntynyt kilpailuasetelma heikentävät perheen luottamusta työntekijää kohtaan (XIX).

Tutkimusten mukaan terveydenhoitajat pitivät perheiden riittämättömän tuen syinä perheen avun vastaanottamiseen liittyviä asenteita sekä tarjolla olevien palvelujen vähyyttä tai sopimattomuutta (X) ja terveydenhoitajiin itseensä liittyviä tekijöitä kuten kommunikaatio- ja vuorovaiikutustaitoja, jaksamista sekä ammattitaidon riittämättömyyttä (V, XXXVI, XXXVII). Psykososiaalista tukea koetaan estävän työtraditiot, kirjaamiskäytännöt, vaitiolovelvollisuussäädökset, lyhyet vastaanottoajat ja kiire (V, XXVIII, XX-XIII). Perheet pitävät aktiivista ja rohkeasti toimivaa terveydenhoitajaa suorana, välittävänä, tasavertaisena ja helposti lähestyttävänä asiantuntijana, joka tukee perhettä itse tai yhdessä yhteistyökumppanien kanssa. Passiivinen ja odottavasti toimiva terveydenhoitaja on kylmäkiskoinen, hankala, pintapuolinen ja tarkkaileva henkilö, jolta saa puutteellista ja ristiriitaista tietoa (XX, XXXXXVI).

Analysoidun aineiston perusteella lisätutkimuksia (Kuvio 3) tarvitaan siitä, miten luottamuksellinen asiakassuhde rakentuu, miten sen syntymistä voi tietoisesti edistää ja kuinka luottamus menetetään, mitkä ovat luottamuksellisen asiakassuhteen tunnuspiirteet ja miten luottamus vaihtelee erilaisissa tilanteissa. Jatkossa tulisi myös tutkia työntekijän luottamusta perheisiin (XIX, XXVIII). Myös huonosti perhetyössä menestyneiden tai sen keskeyttäneiden perheiden tutkimus todetaan tarpeelliseksi (VIII).

PERHEEN TERVEYTTÄ JA ELÄMÄNTILANNETTA KOTONA TUKEVAT PALVELUT

Analysoitu aineisto osoitti, että perhettä kotiin tukevien palvelujen kehittämisessä on huomioitava koko perheen tukeminen, palvelujen tarpeen ja tarjonnan kohtaaminen, moniammatillinen yhteistyö, asiointitottumukset ja palvelujen vaikuttavuuden arviointi (Kuvio 3). Perheet tarvitsevat tukea asioissa, joille ei ole selkeää ”kohdetta”

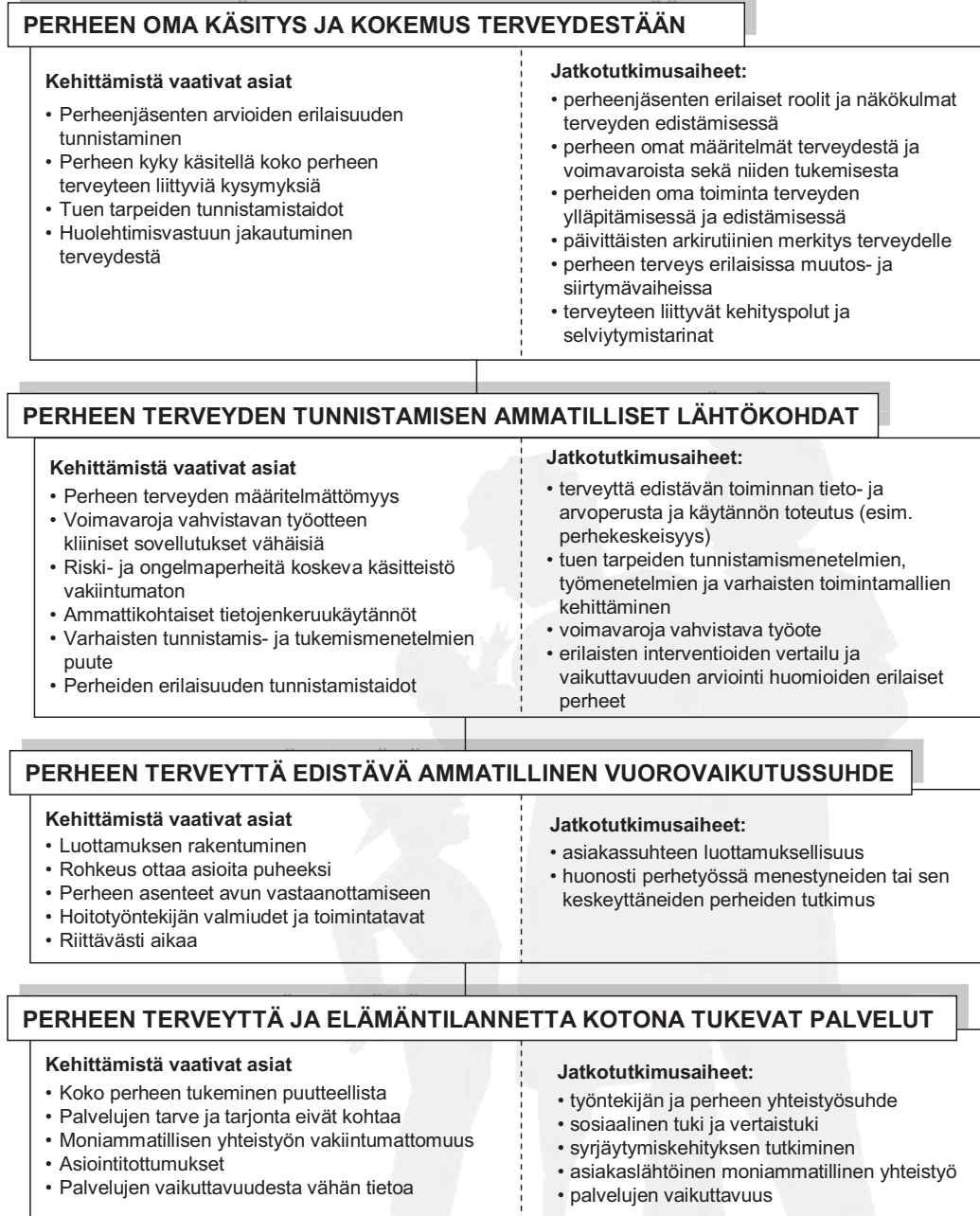
palvelujärjestelmässä. Hoitoa löytyy helpommin lasten fyysisille sairauksille kuin tukea vanhemmuuteen tai sosiaaliseen verkostoon. Koko perhettä tukevat tahot ovat vähäiset. Tukea saa ensisijaisesti yksittäinen perheenjäsen (VII, XXXXVII, XXXXXI). Ajatellaan, että ongelmien tulee olla todella vaikeita ennen kuin niistä voi puhua tai tuen piiriin voi hakeutua. Palvelut painottuvat korjaavaan työhön. Esimerkiksi perheissä, joissa vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia, kotiin on harvoin mahdollisuus saada muille perheenjäsenille ennaltaehkäisevää tai varhais- ta tukea (VII, VIII).

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että perheillä on tuentarpeita, joihin ei voida vastata riittävästi neuvolapalveluin, mutta jotka eivät vielä kuulu korjaavan lastensuojelutyön piiriin. Näitä ovat vanhemmuuden, lasten hoidon ja kasvatuksen, parisuhteen ja sosiaalisen tuen tarpeiden lisäksi vanhempien ja lasten terveydentilaan, työelämään ja opiskeluun, taloudelliseen tilanteeseen, asumiseen ja perherakennekriiseihin sekä lapsen huoltajuus- ja tapaamisasioihin liittyvät kysymykset (IX, X). Terveydenhoitajien arvioiden mukaan lisätukea tarvitsee noin joka kymmenes perhe (X). Palvelutaho ohjaa tuentarpeiden puheeksi ottamista. Esimerkiksi neuvoloissa on totuttu ottamaan lapsia koskevat huolenaiheet esiin. Kotiin tuleva työntekijä mielletään koko perheen ja myös väsyneen vanhemman tukijaksi. Viime vuosina on kehitetty kotiin ohjattua tukea (XXXII, XXXV, XXXXI, XXXXII). Niiden vaikuttavuudesta ei ole vielä tietoa riittävästi.

Terveydenhoitajat tekevät viikoittain yhteistyötä lääkäreiden ja muiden terveydenhoitajien kanssa ja kuukausittain tai puolivuositain psykologien, sosiaalityön ja päihdehuollon työntekijöiden kanssa (V). Hoitotyöntekijöiden on muita vaikeampi määritellä rooliaan moniammatillisessa yhteistyössä (XXX). Moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat työntekijöiden ammattitaito, työhön asennoituminen, yhteisiä asiakaita koskevat yhteiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet, yhteistyösuhteen avoimuus, luottamuksellisuus, tasavertaisuus ja joustavuus sekä yhteistyömuodon konkreettisuus, näkyvä hyöty ja vähäinen byrokratia sekä toimijoille järjestetyt yhteiset koulutukset. Esteinä ovat yhteisen ajan puutteeseen sekä tiedonkulkuun ja vaitioloon liittyvät ongelmat. Moniammatillisella yhteistyöllä voidaan saavuttaa muutoksia asiakastyön resurssoinnissa, viranomais- ja vapaaehtoistoimijoiden yhteistyön määrässä, laadussa ja sisällöissä sekä

Kuvio 3.

Lapsiperheen terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: kuvauskategoriat ja kehittämistä ja jatkotutkimusaiheita kuvaavat teemat.



yhteistyöhön asennoitumisessa. Moniammatillinen yhteistyö kehittää perhepalvelujen sisältöjä, tarjontaa ja perhelähtöisyyttä. Sillä voidaan saavuttaa myös pysyviä muutoksia työkäytännöissä ja alueiden palvelujen tarjonnassa (XI).

Lapsiperheen ja kotiin tukea tarjoavan työntekijän yhteistyösuhteesta, sen sisällöstä, laadusta

ja vaikuttavuudesta on toistaiseksi vähän tietoa, sillä tutkimukset painottuvat yleensä perusterveydenhuollon ja sosiaalityön vastaanottoihin, sairaalaympäristöihin ja lastensuojelutyön alueelle (XXII, XXV, XXXX). Analysoidun aineiston mukaan sosiaalista tukea ja vertaistuen merkitystä perheelle sekä perheen ja lähiyhteisön vuorovai-

kutusverkostoja tulisi tutkia myös aiempaa enemmän (I, VI). Käytettävissä oleva tutkimustieto painottuu perheen sisäiseen dynamiikkaan (IV). Jatkotutkimustarpeeksi (Kuvio 3) todettiin myös lasten syrjäytymiskehityksen tutkimus, sillä aiempi tutkimus on kohdistunut pääasiassa työikäisten syrjäytymiseen ja riskilapsuuteen (XIV). Lisätutkimuksia toivottiin kohdennettavan muun muassa siihen, minkälainen moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä, miten sillä voidaan tukea perheiden hyvinvointia ja mitä muutoksia sillä saadaan aikaan yhteen auttajatahoon verrattuna ja minkälaisena perheet kokevat moniammatillisen yhteistyön (esim. XI, XXV, XXX, XXXXVI).

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELUA

Katsauksen tulokset rajautuivat lapsiperheiden terveyden edistämiseen työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijöiden näkökulmassa painottui erityisesti terveydenhoitajien toiminta. Varsinaista toiminnan kohdetta ja sen perusteita, perheen terveyttä ja perheiden omia käsityksiä ja kokemuksia on tutkittu vähemmän. Myös terveyden arvioinnin ja edistämisen arvoperusta ja tavoitteet olivat jääneet tutkimusten ulkopuolelle (vrt. Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005). Asetelmaa voidaan pitää haastavana perhelähtöisten ja -keskeisten palvelujen kehittämisessä ja terveyttä edistävän toiminnan kokonaisuuden huomioimisessa. Tulevaisuudessa tulisikin saada tutkimusten piiriin myös perheiden omat käsitykset ja toimintatavat sekä terveyden edistämisen arvot, tavoitteet ja työn vaikuttavuus.

Vaikka useassa tutkimuksessa on pyritty monipuolisen ja koko perheen näkemystä tavoittelevan tiedon tuottamiseen, on aikuisten rooli edelleen merkittävä. Selvästi vähemmän oli tutkimuksia, joissa tiedonantajina oli lapsia ja nuoria. Tämä on toisaalta yllättävää, sillä esimerkiksi lasten ja nuorten terveyskäyttäytymisen tutkimuksella on pitkät perinteet kansallisesti ja kansainvälisesti (Kannas 2004). Lasten ja nuorten kuulemisesta on näin ollen myös paljon menetelmällistä kokemusta. Analysoiduissa tutkimuksissa ja myös tuoreessa Jorosen (2005) väitöskirjassa tuli esiin, että lasten ja nuorten ja vanhempien sekä muiden aikuisten tulkinnoissa perheen terveydestä on selviä eroja. Tämä haastaa kokeilemaan ja kehittämään asiantuntijoiden ja aikuisten laatimien mittarien rinnalle muita tiedonkeruuta-

poja. Lasten ja nuorten näkökulman avaaminen edellyttää aikuistutkimukseen nähden erilaisia metodologisia ja metodisia lähestymistapoja. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä enemmän hän ilmaisee itseään muilla keinoilla kuin sanoilla. Eri-ikäisten lasten kuulemisesta ja osallisuutta tukevien menetelmien kehittäminen vaatii innovaatioita. Yksi esimerkki tästä on Okkosen (2004) väitöskirja. Hän tarkasteli 5–6-vuotiaiden kuvauksia terveydestä ryhmäkeskustelujen, draama-aineistojen ja piirros- ja tarina-aineistojen avulla. Kvalitatiivisten tutkimusten määrän lisääntyminen voi olla merkki siitä, että perheiden näkökulmasta ollaan aiempaa kiinnostuneempia ja heidän osuutensa tiedonantajina kasvaa.

Julkaisujen analyysin perusteella voitiin tunnistaa samansuuntaisia kehittämiskohteita kansallisesti ja kansainvälisesti. Katsauksen tuloksena syntyneitä kuvauskategorioita voidaan hyödyntää perheen terveyteen liittyvässä asiastyössä ja sen kehittämisessä. Lapsiperheen terveyden edistämiseksi tarvitaan tietoa perheen omista terveyskäsitteistä ja kokemuksista, koko perheen ja elämäntilanteen huomioimista ja samalla myös yksittäisten perheenjäsenten kuuntelemista sekä asiakaslähtöisyyden vahvistamista vuorovaikutussuhteissa. Perheen terveys on ilmiönä abstrakti. Perheelä itselläkään ei ole siitä ehkä jäsentynyt ja konkreettista mielikuvaa. Analysoiduissa tutkimuksissa kävi ilmi, että perheet yleensä mieltävät terveyden edistämisen sairauksien ennaltaehkäisyä ja asiasta parhaiten perillä on perheen äiti. Denhamin (2002) esittelemä tutkimussuuntaus arkirutiineista eräinä mahdollisina perheen terveyden kuvaajina, on mielenkiintoinen ja voi osaltaan auttaa ilmiön konkretisoinnissa ja käsitteellistämässä. Moniammatillinen yhteistyö terveyden edistämässä on haasteellista, sillä jokaisella perheenjäsenellä ja perhettä tukevalla työntekijällä on omat käsityksensä perheen terveydestä. Yhteistyössä tulisikin keskittyä muun muassa dialogisten menetelmien kehittämiseen ja soveltamiseen.

Tutkijoiden esittämät jatkotutkimusaiheet eivät sisällä olennaista muutosta jo toteutettuun tutkimukseen. Edelleenkin esitettiin toiminnan toteutukseen ja työntekijöiden näkökulmaan liittyviä aiheita, vaikkakin perheiden ja perheenjäsenten erilaisuutta ja perheen terveyttä koskevia teemojakin otettiin esiin. Tulevaisuudessa tarvitaan tieteiden välistä, metodologista ja metodista triangulaatiota terveyden edistämisen tutkimuksessa ja monipuolisten tutkimusohjelmien rakentamista.

LUOTETTAVUUSTARKASTELU

Katsauksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään valitsemalla julkaisuja, joiden kirjallisuusanalyysit olivat kattavia, otokset edustavia tai laadullisen aineiston tulokset rikkaita. Lähes kaikki analyysin kohteena olleista tutkimuksista olivat läpikäyneet tieteellisen arvioinnin (vrt. Taulukko 2). Tämä lisää lähdeaineiston tutkimusten menetelmällistä luotettavuutta. Luotettavuutta myös lisää tutkimuksiin sinänsä liittyvät toimenpiteet luotettavuuden vahvistamiseksi. Vain kolme julkaisusta olivat ei-tieteellisiä, yksi niistä oli oppikirja ja kaksi tutkimuslaitoksen tai ministeriön julkaisua. Ne valittiin mukaan katsausaihetta valaisevan sisältönsä vuoksi. Nämä lähteet edustavat ns. harmaata kirjallisuutta, jonka mukaan saantia pidetään yleensä katsausten luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Mäkelä ym. 1999). Analysoitavassa aineistossa oli suhteellisen paljon mukana laadullisia tutkimuksia ja tutkimuksia, joissa otoskoot olivat pieniä. Tällaiset tutkimukset eivät tuota yleistettävää tietoa, vaan niiden arvo on aiemmin vähän tutkittujen aiheiden kuvaamisessa ja tutkimusilmiön käsitteellistämässä. Aineistoa voidaan pitää osuvana terveyden edistämisen kannalta, sillä tutkimusteemaan liittyy monia vähän tutkittuja aihealueita ja käsitteellisiä täsmennystarpeita.

Katsauksen tuloksia arvioitaessa on tärkeä huomioida, että ne perustuvat harkinnanvaraiseen hakuun ja laadulliseen sisällönanalyysiin. Näissä kirjoittajien rooli on ollut merkittävä. Tulokset ovat rajautuneet sen perusteella kuinka hyvin kirjoittajat ovat onnistuneet aineiston hankinnassa ja analyysissa. Harkinnanvaraisuuteen perustuvat katsaukset ovat menetelmällisesti väljempiä kuin systemaattiset kirjallisuuskatsaukset tai meta-analyysit. Tässä katsauksen luotettavuutta on pyritty lisäämään selvittämällä hakuun ja analyysiin liittyvät rajaukset ja työvaiheet. Viitteet analysoituihin tutkimuksiin on merkitty roomalaisin numeroin. Niiden perusteella voidaan seurata minkälaisiin ja kuinka moneen tutkimukseen sisältöteemat perustuvat. Käytetyt lähteet on tarkasti luetteloitu. Kirjallisuuden haun tietokannaksi valittiin Cinahl-viitekanta, joka painottuu terveydenhuollon ja hoitotieteen alueelle. Kuitenkin esimerkiksi PubMedin käyttäminen Cinahl-viitekannan rinnalla olisi lisännyt hoito-, terveys- ja lääketieteen aihealueiden osumia.

Jokaiseen kuvauskategoriaan kertyi useampia havaintoja aineistosta. Analyysissa saavutettiin siten toistuvuutta ja voidaan olettaa, että ainakin

jossakin määrin analyysissa tavoitettiin ilmiötä kuvaavat olennaiset käsiteluoikat. Jokaisen sisältöteeman toistuvuus aineistossa oli jo selvästi pienempi ja tämä antaa aiheen olettaa, että kuvauskategorian sisällöllisestä variaatiosta voitiin tavoittaa vain suhteellisen pinnallinen kuva. Kukin kuvauskategoria koostuu erilaisista ja eritasoisista sisältöteemoista ja tulososa vaikuttaa pirstaleiselta. Tämä voi johtua siitä, että analyysissa ei päästy riittävän pitkälle. Se voi olla myös osoitus tutkimustoiminnan pirstaleisuudesta ja tulosten pinnallisuudesta. Terveyden edistämisen tutkimus on kohdentunut yksittäisiin ilmiöihin. Aineistossa ei ollut esillä niitä yhdistäviä tutkimusohjelmia.

Terveyden edistämisen kuvausta voitaisiin rikastaa kohdentamalla lisähaut kuvauskategorian ja sen sisältöteemojen mukaan. Esimerkiksi sairauskeskeisyyden tai huonovointisuuden tai oireiden kokemisen painottaminen terveyden määrittelyssä olisi voinut tuottaa enemmän tietoa perheiden omista selviytymisstrategioista ja erilaisista perheen tukimuodoista.

Katsausaineiston pätevyyttä vahvistaa se, että mukana oli myös yli 10 tieteellistä katsausartikkelia, jotka pohjautuivat usean kymmenen tutkimuksen analyysiin (vrt. Taulukko 2). Tässä katsauksessa analysoitiin 53 julkaisua. Määrä arvioitiin riittäväksi katsauksen tavoitteen kannalta. Aineiston haun osuvuutta ja aineiston analyysin hallintaa yritettiin parantaa kaksivaiheisella haku- ja analyysiprosessilla ja aineiston pätevyttä lisäämällä kansainvälisten tieteellisten artikkelien osuutta aineistossa. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimustiedon yhdistämistä voidaan pitää ongelmallisena palvelujärjestelmien ja kulttuurierojen vuoksi. Tässä katsauksessa kansallinen näkökulma huomioitiin siten, että aineiston ensimmäisessä haussa painotettiin kansallista ja toisessa vaiheessa kansainvälistä tutkimustietoa. Kansainvälistä tutkimusta haettiin kansallisesta tutkimustiedosta saatujen alustavien tulosten suuntaamana. Tässä katsauksessa saatiin vastauksia asetettuun tavoitteeseen ja katsauksen rajautumista voidaan pitää onnistuneena. Tulokset toivat esiin monia tärkeitä terveyttä edistävän tuen kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita. Tulososan pirstaleisuudesta ja pinnallisuudesta huolimatta katsauksessa saatiin aineistoon perustuva yleiskuva, jota voidaan hyödyntää lapsiperheen terveyden edistämistä koskevan tuen kehittämisessä ja jatkotutkimusaiheiden määrittämisessä.

The paper describes, based on multidisciplinary knowledge, the supportive methods and their premises of health promotion in families with children. It also describes the needs for further research and development of the health promotion support. The data consisted of national and international studies (in 1994–2004) on psychosocial family health that had been reported as research papers, doctoral dissertations or licentiate's theses or in series published by ministries or as textbooks. The publications (n = 53) were drawn from the subspecialties of health sciences, social sciences, psychiatry, paediatrics and psychology. The data were analysed with methods of content analysis.

The studies on the promotion of health in families with children mostly focused on preventive and early services and the co-operative relationship between the family and the worker. There were fewer studies on family or family

members' health. The results of the review describe therefore the support of the health care professionals. Workers and parents were mostly used as informants in the studies. Based on the studies analysed here, the promotion of family health in families with children should be developed and studied further on following areas: the identification of families' subjective views of health, the professional premises of health promotion, professional interaction and support available at home. In the light of this analysis, it will be especially important in future research to recognize the differences between families and family members as well as to analyse the knowledge and value base of health promotion. The key challenge for further research is to produce multidisciplinary knowledge and instruments for assessing family welfare and resource-based practices.

KIRJALLISUUS

- Aronen E, Kuosa M, Tallila M, Arajärvi T. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 1995;111:505–509.
- Aronen E, Arajärvi T. Effects of Early Intervention on Psychiatric Symptoms of Young Adults in Low-Risk and High-Risk Families. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000;70(2):223–232.
- Broom BL. Parental Differences and Changes in Marital Quality, Psychological Well-Being, and Sensitivity with Firstborn Children. *Journal of Family Nursing* 1998;4(1):87–112.
- Denham SA. The definition and practice of family health. *Journal of Family Nursing* 1999;5:133–159.
- Denham SA. Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. *Advances in Nursing Science* 2002;24(4):60–74.
- Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR Jr, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385–1391.
- Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development & Psychopathology* 2001;13 (4):873–890.
- Erkolahti R, Manelius P, Salminen T, Lahti T, Salmi L, Savolainen J, Lahtinen E. Lapsi ja psyykkisesti sairas vanhempi – kuka kuulee lasta? *Suomen Lääkärilehti* 2000;55 (47):4861–4864.
- Eskola J. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J, Valli R, toim. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. *Chydenius-instituutin julkaisuja* 2/2001, PS-kustannus, Jyväskylä 2001.
- Ganong LH. Current trends and issues in family nursing research. *Journal of Family Nursing* 1995;1:171–206.
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Integrative literature reviews and meta-analyses. Journal of Advanced Nursing* 2004;45(1):26–35.
- Häggman-Laitila A. Varhainen tuki perheen terveyden edistämisessä – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2002;39:192–207.
- Jensen A-M. Fathers and children: the missing link. Illustrated by the Norwegian case. *Childhood* 1994;2 (4):188–195.

- Joronen K. Adolescents' subjective well-being in their social contexts. *Acta Universitatis Tamperensis* 1063, Tampereen yliopiston paino, Tampere 2005.
- Järventie I. Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Oy Edita Ab, Helsinki 1999.
- Kannas L. Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-Koululais-tutkimus 20 vuotta. Terveiden edistämisen keskus, julkaisuja 2, Jyväskylän yliopisto, Domus-Offset Oy, Jyväskylä 2004.
- Katainen S. Temperament and development: a longitudinal study of temperament-mothering interaction and the development of temperament, depressive tendencies and hostility. *University of Helsinki, Helsingin yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia* 20, Helsinki 1999.
- Liuksila P-R. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C161. Painosalama Oy, Turku 2000.
- Mäkelä M, Varoma H, Teperi J. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 1999;112 (21):1999–2006.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 2003;119(6):459–465.
- Pakkaslahti L, Spoof I, Asplund-Peltola R-L, Keltikangas-Järvinen L. Parents' Social Problem-Solving Strategies in Families with Aggressive and Non-Aggressive Boys. *Aggressive Behaviour* 1996;22:345–356.
- Pakkaslahti L, Spoof I, Asplund-Peltola R-L, Keltikangas-Järvinen L. Parents' Social Problem-Solving Strategies in Families with Aggressive and Non-Aggressive Girls. *Aggressive Behaviour* 1998;24:37–51.
- Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues. *Nurse Researcher* 2002;10(1):30–42.
- Rintanen H. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänselityksessä. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. *Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala* 2000.
- Rönkä A. The Accumulation of problems of social functioning: outer, inner and behavioural strands. *University of Jyväskylä, Studies in education, psychology and social research* 148. *Jyväskylä* 1999.
- Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry, Edita Prima Oy, Helsinki 2005.
- Sirviö K. Lapsiperheet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina: työnteekijöiden toiminta lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio 2003.
- Solantaus T. Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Inkinen M. (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Tammer-Paino Oy, Tampere 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. *Julkaisuja* 2001:4, Edita Oy, Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007. *Julkaisuja* 2004, Edita Oy, Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveiden edistämisen laatusuositus. *Julkaisuja* 2006:19, Yliopistopaino, Helsinki 2006.
- Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, Suomen Akatemia. Koululaisten terveys, konsensuslausuma 14.11.2001. *Vammalan kirjapaino Oy, Vammala* 2001.
- Okkonen T. Lapsen terveyskäsityksestä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 112, Kuopio 2004.
- Teerikangas OM, Aronen ET, Martin RP, Huttunen MO. Effects of Infant Temperament and Early Intervention on the Psychiatric Symptoms of Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998;37(10):1070–1076.
- Tulisalo U. Parental Divorce and Depression in Young Adulthood. *Acta Universitatis Tamperensis* 694. Tampereen yliopisto, Tampere 1999.
- White MA, Wilson ME, Paunonen M, Hakulinen T. Methodological issues and experiences in international quantitative family research. Teoksessa Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Porvoo 1999.
- Woods L, Priest H, Roberts P. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations. *Nurse Researcher* 2002;10 (1):43–51.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(2):165–178.

Luettelo analysoiduista julkaisuista

I Vaihe:

- I Broom B L. Parental Differences and Changes in Marital Quality, Psychological Well-Being, and Sensitivity with Firstborn Children. *Journal of Family Nursing* 1998;4(1):87–112.
- II Denham S A. The Definition and practice of family health. *Journal of Family Nursing* 1999;5:133–159.
- III Feeley N, Gottlieb L N. Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing* 2000;6:9–24.
- IV Ganong L H. Current trends and issues in family nursing research. *Journal of Family Nursing* 1995;1:171–206.

- V Heimo E. Lapsiperheen psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus, Turku 1999.
- VI Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C osa 184, Painosalama Oy, Turku 2002.
- VII Häggman-Laitila A. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M, Sirola K, toim. Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. WS Bookwell Oy, Juva 2002.
- VIII Häggman-Laitila A. Varhainen tuki perheen terveyden edistämässä – analyysi perheyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2002;39:192–207.
- IX Häggman-Laitila A. Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing* 2003;41 (6):595–606.
- X Häggman-Laitila A, Euramaa K-I. **Finnish Families' Need for Special Support as Evaluated by Public Health Nurses Working in Maternity and Child Welfare Clinics.** *Public Health Nursing* 2003;20 (4):328–338.
- XI Häggman-Laitila A, Pietilä A-M, Haapakorva A, Saastamoinen H. Moniammatillinen projektityö perhepalvelujen kehittämisessä. *Hallinnon Tutkimus* 2003;3:212–226.
- XII Hänninen V. Tarinallisuus ja terveystutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1996;33:109–118.
- XIII Jensen A-M. **Fathers and children: the missing link.** Illustrated by the Norwegian case. *Childhood* 1994;2 (4):188–195.
- XIV Järventie I. Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Oy Edita Ab, Helsinki 1999.
- XV Kaila P. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C osa 174, Kirjapaino Pika Oy, Turku 2001.
- XVI Leahey M, Harper-Jaques S. Family-Nurse Relationships: Core Assumptions and Clinical Implications. *Journal of Family Nursing* 1996;2:133–151.
- XVII Liuksila P-R. Lastenneuvolan viisivuotis-tarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C 161. Painosalama Oy, Turku 2000.
- XVIII Luoma I, Tamminen T. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suomen Lääkärilehti* 2002;57 (41):4093–4096.
- XIX Lynn-McHale D, Deatrick J. Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing* 2000;6:210–230.
- XX Paavilainen E. Child maltreatment in the family, family functioning and collaboration with public health nurses caring for such families. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. University of Tampere, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala 1998.
- XXI Pelkonen M. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 18, Kuopio 1994.
- XXII Pelkonen M, Löthman-Kilpeläinen L. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10. Oy Edita Ab, Helsinki 2000.
- XXIII Puura K. What children tell and adults notice. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* Vol. 605, Tampereen Yliopisto, Tampere 1998.
- XXIV Rintanen H. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänselityksessä. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2000.
- XXV Sirviö K. Lapsiperheet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina: työntekijöiden toiminta lapsiperheiden terveyden edistämässä. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Lisensiaatintutkimus. Kuopio 2003.
- XXVI Strid O. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle, lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. *Stakes Aiheita –sarja* 16/1999. Helsinki 1999.
- XXVII Tarkiainen R, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K, Häggman-Laitila A. Pienryhmätoiminta lapsiperheiden tukena: videotutkimus palautekeskustelut pienryhmätoiminnasta. Teoksessa Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K, Häggman-Laitila A, Saastamoinen H-M, toim. Preventiivinen perhehoitotyö, Terveystta edistävien työmenetelmien arviointia Lapsiperhe-projektissa. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 27. Kuopio 2001.
- XXVIII Yrjänäinen H. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Etnografinen tutkimus terveydenhoitajien toiminnasta perheiden kanssa. Lisensiaatintutkimus, Hoitotieteen ja hallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulu 2002.

II Vaihe:

- XXIX Baggens CAL. The institution enters the family home: home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. *Journal of Community Health Nursing* 2004;21(1):15–27.
- XXX Baldwin L. The nursing role in out-patient child and adolescent mental health services. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11(4):520–525.
- XXXI Brannan AM, Heflinger CA, Foster EM. The role of caregivers strain and other family variables in determining children's use of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2003;11(2):77–91.
- XXXII Brocklehurst N, Barlow J, Kirkpatrick S, Davis H, Stewart-Brown S. The contribution of health visitors to supporting vulnerable children

- and their families at home. *Community Practitioner* 2004;77(5):175–179.
- XXXIII Classon E, Petersson K, Berg A. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;17(4):392–398.
- XXXIV Denham S A. Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. *Advances in Nursing Science* 2002;24(4):60–74.
- XXXV Drummond JE, Weir AE, Kysela GM. Home visitation practice: models, documentation and evaluation. *Public Health Nursing* 2002;19(1):21–29.
- XXXVI Fagerskiold AM, Wahlberg V, Ek A. What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing & Health Sciences* 2000;2(2):83–91.
- XXXVII Gallagher F, Jasper M. HealthVisitors' experiences of Family Group Conferences in relation to child protection planning: a phenomenological study. *Journal of Nursing Management* 2003;11(6):377–386.
- XXXVIII Goodman J H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. Intergrative literature reviews and meta-analyses. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(1):26–35.
- XXXIX Hartrick G. Developing health-promoting practice with families: one pedagogical experience. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(1):27–34.
- XXXX Hawksley B, Carnwell R, Callwood I. Public health. A literature review of the public health roles of health visitors and school nurses. *British Journal of Community Nursing* 2003;8(10):447–454.
- XXXXI Johnston T, Timan P. A health visitor-led service for children with behavioural problems. *Community Practitioner* 2004;77(3):90–94.
- XXXXII Mason K. The family GP: a valued resource for families with young babies. *Australian Family Physician* 2003;32(10):862–864.
- XXXXIII Mulcahy H. "Vulnerable family" as understood by public health nurses. *Community Practitioner* 2004;77(7):257–260.
- XXXXIV Newland R, Cowley S. Investigating how health visitors define vulnerability. *Community Practitioner* 2003;76(12):464–467.
- XXXXV Noyes J. Are nurses respecting and upholding the human rights of children and young people in their care? *Pediatric Nursing* 2000;12(2):23–27.
- XXXXVI Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Paunonen M. School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for child abusing families in Finland. *Journal of Clinical Nursing* 2000;9(5):742–750.
- XXXXVII Pelchat D, Lefebvre H, Proulx M, Reidy M. Parental satisfaction with an early family intervention program. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2004;18(2):128–144.
- XXXXVIII Reutter LI, Dennis DN, Wilson DR. Young parents' understanding and actions related to the determinants of health. *Canadian Journal of Public Health* 2001;92(5):335–359.
- XXXXIX Roberts R, Loxton R, Campbell J, Frame M, Kirkum M, Lake M, Wood M, Ross T. European Early Promotion Project: transition to parenting ...part3. *Community Practitioner* 2002;75(12):464–468.
- XXXXX Roden J. Capturing parents' understanding about health behaviors they practice with their preschool-aged children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2003;26(1):23–44.
- XXXXXI Rosenzweig JM, Brennan EM, Ogilvie AM. Work-family fit: voices of parents of children with emotional and behavioral disorders. *Social Work* 2002;47(4):415–424.
- XXXXXII Shemmings D. Professionals' attitudes to children's participation in decision-making: dichotomous accounts and doctrinal contests. *Child and Family Social Work* 2000;5(3):235–243.
- XXXXXIII Waters E, Stewart-Brown S, Fitzpatrick R. Agreement between adolescent self-report and parents reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development* 2003;29(6):501–509.

ARJA HÄGGMAN-LAITILA

*TtT, dosentti, tutkimusjohtaja,
Kuopion yliopisto
Hoitotyön tutkimussäätiö*

ANNA-MAIJA PIETILÄ

*THT, professori
Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos*