

Hannele Poutainen

Mikä herättää terveydenhoitajan huolen?

Huolen tunnistamisen ja toimimisen haasteet lastenneuvolassa ja
kouluterveydenhuollossa

VÄITÖSTILAISUUS
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
Haartman-instituutti, Sali 2
26.10.2016 kello 12

Ohjaajat

Professori Tiina Laatikainen
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveystieteiden tutkimuskeskus THL
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Terveystieteen tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

TtT, dosentti Tuovi Hakulinen
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL
Hyvinvointiosasto, lapset nuoret ja perheet-yksikkö

Esitarkastajat

Professori Maria Kääriäinen
Oulun yliopisto
Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

TtT, dosentti Leena Salminen
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos

Vastaväittäjä

Professori Päivi Rautava
Turun yliopisto
Kansanterveystiede

Hannele Poutiainen
ISBN 978-951-51-2475-3 (nid.)
ISBN 978-951-51-2476-0 (PDF)
ISSN 2342-3161 (print)
ISSN 2342-317X (online)
<http://ethesis.helsinki.fi>

Helsinki 2016

TIIVISTELMÄ

Hyvinvointi rakentuu terveyden, aineellisten elinolojen ja taloudellisen toimeentulon sekä koetun terveyden pohjalta. Suomalaisten hyvinvointi on viime vuosikymmenten aikana yleisesti ottaen parantunut, mutta samanaikaisesti sosioekonomiset hyvinvointierot eri väestöryhmien välillä ovat kuitenkin kasvaneet. Hyvinvointierot näkyvät myös lapsiperheiden arjessa ja vaikuttavat lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin. Näiden terveys- ja hyvinvointierojen huomioiminen lasten ja nuorten palveluissa on erittäin tärkeää. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon universaalit palvelut ja määräaikaaiset, laajat terveystarkastukset antavat mahdollisuuden tavoittaa koko ikäluokka ja mahdollistavat näin lasten, nuorten ja perheiden riskitekijöiden arvion, tuen tarpeen havaitsemisen sekä tarvittavan varhaisen avun ja tuen kohdentamisen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien huolia ja toimintamahdollisuuksia sekä selvittää huoliin yhteydessä olevia perhetekijöitä, terveyttä ja terveystyötyymistä lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhoitajan työn sekä ennaltaehkäisevien lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiseen.

Tutkimus toteutettiin monimenetelmätutkimuksena (*mixed methods research*). Tutkimuksessa käytettiin määrällisenä aineistona Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) vuosina 2007–2009 terveydenhoitajien terveystarkastuksen yhteydessä terveydenhoitajilta ja lasten vanhemmilta kerättyä aineistoa (n=6 506) sekä nuorilta kahdeksannen ja yhdeksannen luokan oppilaita kerättyä aineistoa (n=958). Aineistot analysoitiin kuvailevilla tunnusluvuilla, logistisella regressioanalyysillä ja rakenneyhtälömallilla (polkumalli). Laadullinen aineisto kerättiin avoimella ryhmähaastattelulla vuosina 2011 ja 2013. Haastatteluihin osallistuneet terveydenhoitajat (n=17) olivat osallistuneet Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) pilottitutkimukseen vuosina 2007–2008. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Terveydenhoitajille heräsi huoli joka neljännessä (25 %) lasten terveystarkastuksessa lapsen ja /tai perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveydenhoitajat olivat erityisesti huolissaan niiden lasten terveydestä ja kehityksestä, joiden perheissä ilmeni terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia. Terveydenhoitajat toivat esiin huolen siitä, että yhä useampi perhe on lastensuojelun asiakas.

Perherakenteiden muutokset kuten erot, yksinhuoltajuus ja uusperhetilanteet sekä näiden vaikutukset lasten, erityisesti alakouluikäisten poikien, terveyteen ja psykososiaaliseen kehitykseen huolestuttivat terveydenhoitajia. He olivat myös huolissaan isän matalan koulutuksen, vanhempien huonon työllisyyden ja tulojen riittämättömyyden vaikutuksista lasten terveyteen ja hyvinvointiin.

Lasten ja vanhempien ylipaino, vanhempien ja nuorten tupakointi sekä lasten ruutuajan suuri määrä olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Yksihuoltajaäitien tupakointi oli erityisesti yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä. Terveydenhoitajilla oli huolta myös koulupoissaolojen määrästä ja siitä, että vanhemmat hyväksyvät helposti poissaolot sairauspoissaloina. Myös alakouluikäisten nettikiusaaminen herätti huolta.

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon asetuksen (338/2011) mukaiset vuosittaiset, määräaikaisten terveystarkastukset luovat hyvät mahdollisuudet terveydenhoitajalle tunnistaa lasten, nuorten ja perheiden elämäntilanteisiin liittyviä ongelmia ja tuen tarpeita.

Avainsanat: lasten ja nuorten terveystarkastukset, perhetekijät, sosioekonominen asema, terveys, terveystietoisuus, terveydenhoitajan huoli

ABSTRACT

What arouses concern in public health nurses?

- Challenges to recognising need of support and acting in child Health clinics and School health care

Well-being is built on health, material living conditions, economic security and perceived health. In recent decades, the general well-being of Finns has improved; at the same time, however, socio-economic differences in well-being have increased between population segments. Differences in well-being can also be seen in the daily lives of families with children, and they have an impact on the health and well-being of children and adolescents. It is extremely important to take these differences in health and well-being into consideration in services targeted at children and adolescents. The universal services and regular, extensive health check-ups at child health clinics and school health services provide an opportunity to reach the entire age cohort. This enables the assessment of risk factors affecting children, adolescents and families, the identification of potential need for support, and the targeted provision of assistance and support at an early stage.

The purpose of the study was to chart the concerns that arise in public health nurses during health check-ups of children and adolescents, as well as the to identify connections between the concerns and the family's socioeconomic factors, health, and health habits. In addition, the study charted the challenges faced by the public health nurses in reacting to the concerns and in offering support.

Since the aim was to obtain a comprehensive and extensive view of the phenomenon under study, i.e., the concerns of public health nurses, a combination of quantitative and qualitative approaches was chosen for the study. The quantitative data for the study consisted of the Child Health Monitoring Study (LATE) data (n=6,506) from children's health check-ups, collected between 2007 and 2009. Information regarding the well-being of children nurses and families was collected using questionnaires aimed at guardians as well as a separate questionnaire for students in grades 8 and 9. (n=9,58). The findings are reported by describing key indicators, and the analysis was deepened by using logistic regression analysis and structural equation modelling (pathway modelling).

The qualitative data were gathered in 2011 and in 2013 with open group interviews. The public health nurses (n=17) participating in the interviews had taken part in the Child Health Monitoring Study (LATE) pilot study from 2007 to 2008. The interview data were analysed using inductive content analysis.

The public health nurses were concerned about the child's and/or family's health and well-being during one in four child health check-ups (25 %). The nurses were especially concerned about the health and development of children from families with health, social or financial problems.

Changes in family structure, such as divorce, single parenthood, and reconstituted families, as well as the effects of these situations on the health and psychosocial development of children and adolescents, especially boys in lower comprehensive school, were topics that were frequently raised by the public health nurses. The nurses' concerns were also connected to the possible effects of the father's low education level, the poor employment situation of the parents and insufficient income on children's health and well-being. The nurses voiced their concern over the increase in the number of families under child protection supervision.

Obesity in children and parents, smoking in parents and adolescents, and children's excessive screen time were connected to public health nurses' concerns about the physical health and psychosocial development of children and adolescents. Smoking in single mothers was particularly linked to public health nurses' concerns about the psychosocial development of girls. The public health nurses were concerned about the increasing number of school absences and the fact that parents accept the absences too easily as being due to illness. Online bullying among lower comprehensive school children was also a topic of concern for the public health nurses.

Annual, regular health check-ups, as stipulated by the Decree on Child Health Services and School Health Care (338/2011), provide a good opportunity for public health nurses to recognise problems and the need for support related to the different life situations of children, adolescents, and families.

Keywords: children's/adolescents' health check-ups, family factors, socioeconomic status, health, health behaviour, public health nurse's concern

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	5
SISÄLLYS	7
Luettelo alkuperäisistä osajulkaisuista	9
Luettelo tutkimuksen taulukoista	10
Luettelo tutkimuksen kuvioista	10
Luettelo tutkimuksen liitteistä	10
1. JOHDANTO	11
2. KIRJALLISUUSKATSAUS AIEMMASTA KIRJALLISUUDESTA	13
2.1. Perhetekijöiden yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin	13
2.1.1. Sosioekonomiset tekijät ja terveyserot	13
2.1.2. Lasten sosioekonomiset terveyserot	16
2.1.3. Perhe, toimeentulo ja hyvinvointi	18
2.1.4. Elintapojen sosioekonomiset erot lapsilla ja nuorilla	20
2.1.5. Perheen sosiaaliset suhteet	22
2.2. Vanhempien terveyskäyttämisen yhteys lasten ja nuorten terveyteen ja terveyskäyttämiseen	24
2.2.1. Vanhempien ja lasten ylipaino	24
2.2.2. Vanhempien ja lasten liikunta	25
2.2.3. Vanhempien ja nuorten tupakointi	27
2.2.4. Vanhempien ja nuorten alkoholin käyttö	29
2.3. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin haasteet	31
2.3.1. Lasten fyysiset sairaudet ja oireilu	31
2.3.2. Lasten psykososiaaliset ongelmat	32
2.3.3. Vanhempien sairauksien ja sosiaalisten ongelmien vaikutus lasten ja nuorten hyvinvointiin	35
2.4. Huolen tunnistamisen ja tuen tarpeen arviointi neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa	36
2.4.1. Terveydenhoitajan huoli	36
2.4.2. Neuvolatoiminta ja kouluterveydenhuolto Suomessa	37
2.4.3. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin arviointi terveystarkastuksissa	39
2.4.4. Lasten terveyspalvelujen käyttö Suomessa	40
2.4.5. Asiakkaiden näkemyksiä neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluista	42
2.5. Yhteenveto tutkimuksen taustasta	43
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	44
4. TUTKIMUSAINESTOT JA MENETELMÄT	45
4.1. Tutkimusasetelma ja aineistot	45
4.1.1. Lasten terveysseurantatutkimus (LATE)	46
4.1.2. Terveydenhoitajien ryhmähaastattelut	47
4.2 Keskeiset mittarit	48
4.2.1. Huolen kirjaaminen	48
4.2.2. Perheen sosioekonomiseen tilanteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät	49

4.2.3 Lasten, nuorten ja vanhempien terveystyytymisen.....	50
4.2.4. Vanhempien ja lasten sairaudet sekä lasten oireilu.....	51
4.3. Analyysimenetelmät.....	51
4.3.1. Tilastolliset analyysit.....	51
4.3.2. Induktiivinen sisällönanalyysi.....	54
5. TUTKIMUSTULOKSET	55
5.1. Perhetekijöiden yhteys terveydenhoitajien huoliin (Osajulkaisu I)	55
5.2. Terveystyytymisen kuvauksia koululaisten terveystarkastuksissa ilmenneistä huolista ja toimintamahdollisuuksista huolen heräämisen jälkeen (Osajulkaisu II)	56
5.3. Perhetekijöiden sekä vanhempien ja nuorten tupakoinnin yhteyksiä kouluterveydenhoitajien huoleen nuorten kehityksestä (Osajulkaisu III)	60
5.4. Vanhempien, nuorten ja lasten terveyden ja terveystyytymisen sekä perhetekijöiden yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin lasten terveystarkastuksessa (Osajulkaisu IV)	63
6. POHDINTA.....	67
6.1. Tutkimustulosten tarkastelu suhteessa aikaisempaan tietoon.....	67
6.1.1. Perhetekijöiden yhteys terveydenhoitajien huoliin	67
6.1.2. Lasten ja vanhempien terveystyytymisen yhteys terveydenhoitajien huoliin.....	69
6.1.3. Lasten ja vanhempien sairauksien sekä lasten oireilun yhteys terveydenhoitajien huoliin	73
6.1.4. Koulukiusaamisen ja koulupoissaolojen yhteys terveydenhoitajien huoliin	74
6.2. Terveystyytymisen huolet ja toimintamahdollisuudet	75
6.3. Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	77
6.3.1. Kvantitatiivisen osan luotettavuus.....	77
6.3.2. Kvalitatiivisen osan luotettavuus	78
6.3.3. Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	80
6.4. Tutkimustulosten hyödyntäminen.....	80
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	82
8. KIITOKSET.....	84
LÄHTEET	85
LIITTEET	112

Luettelo alkuperäisistä osajulkaisuista

- I Poutiainen H, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2014;28(2):225-234.
- II Poutiainen H, Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. School nurses' descriptions of concerns arising during pupils' health check-ups: A qualitative study. *Health Education Journal* 2015;74(5):544-556.
- III Poutiainen H, Levälähti E, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. Family characteristics and health behavior as antecedents of school nurses' concerns about adolescents' health and development: A path model approach. *International Journal of Nursing Studies* 2015;52:920-929.
- IV Poutiainen H, Hakulinen T, Mäki P, Laatikainen T. Family characteristics and parents' and children's health behavior are associated with public health nurses' concerns at children's health examinations. *International Journal of Nursing Practice* doi:10.1111/ijn.12478.

Artikkeleiden uudelleen julkaisuun väitöskirjassa on saatu kustantajien lupa.

Luettelo tutkimuksen taulukoista

- Taulukko 1 Tutkimusaineisto, osallistujat, analyysimenetelmät ja osajulkaisut I-V
- Taulukko 2 Perhetekijöiden yhteydet terveydenhoitajien huoleen lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä
- Taulukko 3 Nuoren ja vanhempien tupakoinnin yleisyys (%)
- Taulukko 4 Vanhempien ja nuorten tupakoinnin sekä perherakenteen yhteys terveydenhoitajien huoleen nuorten terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä
- Taulukko 5 Perhetekijöiden sekä vanhempien, nuorten ja lasten terveydentilan sekä terveyskäyttäytymisen yhteydet terveydenhoitajien huoliin lasten ja nuorten psykososiaalisesta kehityksestä (logistinen regressioanalyysi)

Luettelo tutkimuksen kuvioista

- Kuvio 1 Teoreettinen malli perheen tupakoinnin, perhetekijöiden ja terveydenhoitajan huolten välisistä yhteyksistä
- Kuvio 2 Yhteenveto sisällönanalyysin tuloksista terveydenhoitajien esittämistä huolista ja toiminnasta huoleen reagoinnissa
- Kuvio 3 Isän koulutuksen, vanhempien tupakoinnin sekä nuoren tupakoinnin yhteydet terveydenhoitajien huoleen poikien fyysisestä terveydestä
- Kuvio 4 Perherakenteen, äidin tupakoinnin ja nuoren tupakoinnin yhteydet terveydenhoitajien huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä.

Luettelo tutkimuksen liitteistä

- Liite 1 Kirjallisuuden hakeminen
- Liite 2 Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) alkuperäiset kysymykset ja tämän tutkimuksen luokitellut muuttujat

1. JOHDANTO

Lasten, nuorten ja perheiden terveys ja hyvinvointi on Suomessa viime vuosikymmeninä keskimäärin kasvanut (Rotko ym. 2011). Väestön odotettu elinikä on entistä korkeampi (Tarkiainen ym. 2011), ja pikkulapsi-ikäisten kuolleisuus on laskenut maailmalaajuisesti hyvin matalalle tasolle (Kartovaara 2007a). Yhteiskunnassamme voidaan entistä paremmin ja terveyttä vaalitaan enemmän kuin ennen. Myös vanhempien tiedolliset ja aineelliset valmiudet lapsista huolehtimiseen ovat aiempaa paremmat. (Lahelma ym. 2007) Samanaikaisesti osalla lapsista, nuorista ja lapsiperheistä pahoinvointi on lisääntynyt (Kestilä ym. 2007, Kestilä ym. 2012, Paananen & Gissler 2014), ja sosioekonomiset terveyserot osin jopa kasvaneet (Tarkiainen ym. 2011, Kaikkonen ym. 2014).

Perheen sosioekonominen asema on yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin sekä niitä keskeisesti määrittäviin tekijöihin (Palosuo ym. 2007). Vanhempien sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot vaikuttavat lasten ja nuorten kehitysympäristöön, kuten tiedollisiin ja taloudellisiin resursseihin sekä toimintakykyyn ja psykososiaalisiin voimavaroihin (Heckman 2008, Kaikkonen ym. 2014). Työelämän kiireet ja työelämän mukana tuomat haasteet taas heijastuvat heikentävästi vanhemmuuteen ja vanhempien voimavaroihin. Työ vaatii yhä enemmän niiltä vanhemmilta, jotka ovat työelämässä, kun taas osa vanhemmista kamppailee työttömyyden tai määräaikaisten työsuhteiden tuomien taloudellisten huolien kanssa. (Yoo ym. 2010, Sauli ym. 2011) Perheiden yhteinen aika saattaa jäädä vähäiseksi, jolloin lapsista huolehtimiseen ja yhdessä tekemiseen jää vähän aikaa (Miettinen & Rotkirch 2012, Salmi & Lammi-Taskula 2014).

Perherakenteiden muutokset, kuten vanhempien erot (Hetherington 2003), heidän mielenterveysongelmansa (Leinonen ym. 2003, Weissman ym. 2006, Solantaus ym. 2010) tai päihteiden käyttönsä (Sarkola ym. 2007) sekä perheen taloudelliset haasteet aiheuttavat turvattomuutta perheissä ja lapsissa (Puura ym. 2005, Page Glascoe & Leew 2010). Usein perheen ja vanhempien ongelmat kasaantuvat osittain samoille perheille ja nuorille. Tämän polarisaatioilmion vaarana on, että ongelmat siirtyvät sukupolvelta toiselle. (Moisio & Kauppinen 2011, Kestilä ym. 2012, Paananen & Gissler 2011)

Elinympäristömme nopea muuttuminen on tuonut mukanaan uusia terveyteen liittyviä haasteita, kuten väestön ylipainoisuus (Vartiainen ym. 2010, Laatikainen & Mäki 2012a, Helldan ym. 2013) sekä tietoteknologian tuomat haitat, esimerkiksi lasten ja nuorten liikunnan vähyyys (Mäki 2012a, Tammelin ym. 2013) ja ruutuajan suuri määrä (Tammelin ym. 2007, Mäki 2012a). Lasten kannalta erityisesti perheiden epäterveelliset ravintotottumukset korostavat terveyden edistämisen tarpeellisuutta (Riediger ym. 2007, Kyttälä ym. 2008, Erkkola ym. 2012). Haasteena ovat myös

nuoruusiän mielenterveyshäiriöt, joilla on suuri vaikutus koko aikuisiän kehitykseen (Johnsson ym. 2011, Kaltiala-Heino ym. 2015).

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä lasten ja perheiden hyvinvointi ovat keskeisiä suomalaisen terveyspolitiikan painopisteitä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, VNA 338/2011). Neuvola ja kouluterveydenhuolto antavat mahdollisuuden lasten ja lapsiperheiden terveyserojen kaventamiseen tarjoamalla valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaiset määräaikaisten terveystarkastukset. Nämä terveystarkastukset tavoittavat koko ikäluokan ja mahdollistavat siten lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöiden arvon, terveydenhoitajan huolen havaitsemisen sekä tarvittavan varhaisen avun ja tuen kohdentamisen.

Terveydenhoitajan huolen tunnistamisesta lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista on vielä vähän tutkimustietoa. Aikaisemmat tutkimukset ovat liittyneet lähinnä tuen tarpeen tunnistamiseen (Appleton 1996), varhaiseen puuttumiseen (Arnkil ym. 2000), varhaiseen tukeen (Satka 2009) tai erityiseen tukeen (Heimo 2002). Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien huolia ja toimintamahdollisuuksia sekä selvittää huoliin yhteydessä olevia perhetekijöitä, terveyttä ja terveyskäyttäytymistä lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista. Varhaisen huolen ja tuen tarpeen tunnistaminen sekä perheiden tukeminen ovat perheiden ongelmien kannalta keskeisiä ja aikaisempien tutkimusten kannalta myös vaikuttavia toimia (Heckman 2011). Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhoitajan työn ja ennaltaehkäisevien lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen raportoinnissa käytetään neuvola- ja alakouluikäisistä (1–5 lk.) termiä lapsi ja yläkouluikäisistä (7–8/9 lk.) nuori.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS AIEMMASTA KIRJALLISUUDESTA

Tutkimukseen liittyvä kirjallisuuden hakeminen on esitetty liitteessä 1.

2.1. Perhetekijöiden yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin

2.1.1. Sosioekonomiset tekijät ja terveyserot

Sosioekonomisten terveyserojen taustalla on monia tekijöitä, jotka liittyvät esimerkiksi kulttuuriin, elämäntyyliin, terveyskäyttäytymiseen sekä aineelliseen että materiaaliseen hyvinvointiin (Lahelma ym. 2007). Aineelliset elinolot ovat terveyskäyttäytymisen ja psykososiaalisten tekijöiden ohella merkittävä tekijä terveyserojen syntymisessä (Laaksonen ym. 2005a, Lahelma ym. 2007). Aineelliset ja käyttäytymistekijät yhdessä selittävät lähes puolet sosioekonomisista terveyseroista (Laaksonen ym. 2005b).

Terveyseroja tarkastellaan useimmiten sosioekonomisen aseman mukaan, jonka mittareina käytetään koulutusta, ammattiasemaa ja tuloja. Myös työmarkkina-asema, työttömyys ja köyhyys kuvaavat sosioekonomista asemaa. (Lahelma ym. 2004, Lahelma ym. 2007) Koulutustaso mittaa sosioekonomisen aseman tiedollista ulottuvuutta, mutta samalla se on tärkeä ammatti- ja työmarkkina-asemaa sekä tuloja määrittävä tekijä (Galobardes ym. 2007). Laaja-alaisena sosioekonomisen aseman kuvastajana koulutus on yhteydessä terveyskäyttäytymiseen, sillä hyvä koulutus tukee terveyttä edistävää käyttäytymistä (Lahelma ym. 2004, Prättälä & Paajanen 2007). Tulot taas ilmentävät taloudellisia ja aineellisia resursseja, jotka liittyvät henkilön mahdollisuuksiin tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Tulotaso saattaa vaikuttaa myös henkilön sosiaaliseen asemaan. (Galobardes ym. 2007) Yksi keskeinen tekijä, joka vaikuttaa sekä koulutus- että tuloryhmien välisiin terveyseroihin on myös työttömyys (Tarkiainen ym. 2011).

Sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria eroja terveyden eri ulottuvuuksissa kuten koetussa terveydessä, toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa (Valkonen ym. 2007). Keskeisin sosioekonomisten terveyserojen osoitin Suomessa on ollut sosiaaliryhmien väliset erot elinajan odotteessa ja sen taustalla olevat kuolleisuuserot. Sosioekonomisella asemalla, koulutuksella ja tuloilla on todistetusti yhteys terveydentilaan, sairastavuuteen ja eliniän odotteeseen. (Koskinen ym. 2007, Valkonen ym. 2007)

Kun tarkastellaan Eurooppaa laajemmin, Mackenbachin ym. (2008) laajassa 22 maan vertailututkimuksessa havaittiin, että Länsi-Euroopan maissa koulutusryhmien väliset suhteelliset kuolleisuuserot olivat suurimmat ranskalaisilla miehillä ja toiseksi suurimmat suomalaisilla miehillä. Naisilla koulutusryhmittäiset kuolleisuuserot olivat suurimmat Ranskassa, mutta lähes yhtä suuret myös Norjassa ja Tanskassa. Suomalaisilla naisilla koulutusryhmien väliset suhteelliset

kuolleisuuserot olivat hieman edellisiä pienemmät. Sukupuolten väliset kuolleisuuserot eivät taas Länsi-Euroopan maissa olleet erityisen suuret. Vaikka terveyserojen kansainväliseen vertailuun liittyy epävarmuustekijöitä, on ilmeistä, että terveyserot tutkituissa maissa ovat todellisia ja pysyviä (Mackenbach ym. 2003). Suomen kuolleisuuseroihin vaikuttavat eniten suuret sosioekonomiset erot kuolleisuudessa onnettomuuksiin, itsemurhiin, alkoholin aiheuttamiin kuolinsyihin sekä sydän- ja verisuonitauteihin (Kunst ym. 2005, Valkonen ym. 2007).

Sosioekonomiset erot näkyvät kuolleisuuden lisäksi myös muissa terveysosoittimissa (Palosuo ym. 2007). Itse raportoitu koettu terveys on usein sitä heikompi, mitä alemmasta tuloluokasta on kysymys (Rahkonen ym. 2007, Kaikkonen ym. 2014). Koettu terveys tiivistää henkilön tiedon ja kokemuksen sairauksista, toimintakyvystä ja erilaisista oireista, ja koettua terveyttä pidetään myös luotettavana mittarina ennustamaan kuolleisuutta (Jylhä 2011). Ylemmissä sosiaaliluokissa terveyttä pidetään selkeämmin sairauden tai oireiden puuttumisena, kun taas alemmissa sosiaaliluokissa terveyttä usein kuvataan kykynä selviytyä jokapäiväisestä elämästä (Lahelma ym. 2007, Vuori ym. 2009). Myös Aittomäen ym. (2014) selvityksessä ilmeni, että sairauspäivärahopäivien määrä on sitä suurempi, mitä alemmasta tuloluokasta on kysymys. Mackenbachin ym. (2008) tutkimuksen mukaan suurimmat suhteelliset koulutusryhmien väliset erot koetussa terveydessä sekä miehillä että naisilla havaittiin Portugalissa, Isossa-Britanniassa ja Norjassa. Suomalaisten miesten suhteelliset koulutusryhmittäiset erot olivat keskitasoa.

Suomalaisten keskimääräinen terveydentila on viime vuosikymmeninä kehittynyt myönteiseen suuntaan. Kuitenkin sosioekonomiseen asemaan perustuva eriarvoisuus terveydessä ja erityisesti sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kasvaneet. (Valkonen ym. 2007) Esimerkiksi 35-vuotiaitten ylempien toimihenkilömiesten ja työntekijämiesten välinen jäljellä olevan elinajan odotteen ero oli 6,1-vuotta vuonna 2007 ja naisten 3,5-vuotta (Tarkiainen ym. 2011). Elinajan odote on kasvanut selvemmin korkeimmassa tuloviidenneksessä, kun alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla kasvua ei ole juurikaan tapahtunut vuodesta 1988 vuoteen 2007. Nousun tärkein syy on sydäntautikuolleisuuden lasku. (Tarkiainen ym. 2011)

Kansanterveydelle haitalliset elintavat kuten alkoholinkäyttö, tupakointi, epäterveellinen ravinto sekä lihavuus ja liikkumattomuus selittävät merkittävän osan väestön sosiaaliluokkien välisistä terveys- ja kuolleisuuseroista (Martelin ym. 2004, Laaksonen ym. 2007a, Mäki & Martikainen 2007). Laaksonen ym. (2007a) pitkittäistutkimuksessa todettiin elintapojen kuten tupakoinnin, alkoholin käytön, liikunnan, ravitsemuksen ja ruumiinpainon yhteisvaikutuksen selittävän yli puolet sydäntautikuolleisuuden välisestä erosta alimman ja ylimmän koulutusryhmän miehillä ja viidenneksen naisilla. Elintavoilla on merkitystä terveyserojen synnyssä, esimerkiksi tupakoinnin on havaittu vaikuttavan edelleen merkittävästi koulutusryhmien välisiin kuolleisuuseroihin miehillä, ja tupakoinnin vaikutuksen on todettu kasvaneen myös naisilla (Martikainen ym. 2013).

Sosioekonomisia eroja koulutuksen tai ammattiaseman mukaan todetaan kroonisissa sairauksissa kuten sydän- ja verisuonitaudeissa, tyypin 2 diabeteksessa sekä tuki- ja liikuntaelinvaijoissa (Lahelma ym. 2004, Koskinen ym. 2007, Martelin ym. 2007). Mielenterveysongelmat ovat yleisempiä niillä, jotka kärsivät taloudellisista vaikeuksista (Laaksonen ym. 2007b). Monet verenkiertoelinten ja hengityselinten sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireyhtymät ovat enintään perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä ja naisilla noin 50–100 % yleisempiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla (Martelin ym. 2002, Koskinen ym. 2007). Tosin viimeisimmässä Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA)-kyselyssä (2013) ilmeni, että pitkäaikaissairastavuudessa ei ollut havaittavissa enää merkittäviä eroja perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä (Martelin ym. 2014).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että maahanmuuttajien terveys on yleensä kantaväestöä heikompi (Kumar ym. 2008, Mannila 2008). Maahanmuuttajien terveys on riippuvainen tulomaasta, maahanmuuton syistä, maahanmuuttajan iästä ja uudessa kotimaassa asutusta ajasta (DesMeules ym. 2005). Terveysongelmista mielen terveysongelmat ovat maahanmuuttajilla usein kantaväestöä yleisempiä, ja niiden taustalla vaikuttavat sosioekonominen asema ja maahanmuuton syyt (Malmusi ym. 2010). Pakolaistaustaisilla on enemmän mielen terveyteen liittyviä ongelmia kuin työn takia muuttaneilla (Lindert ym. 2009).

Terveyseroihin vaikuttaminen

Terveyserojen taustalla on monia sosioekonomisia tekijöitä, joihin vaikuttaminen on merkittävää väestön terveyserojen kaventamisessa. Terveyspoliittisissa ohjelmissa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin on kiinnitetty asiaan huomiota. Maailman terveysjärjestö WHO:n toiminta painottaa terveyden sosiaalisista determinanteista (CSDH 2008) vaikuttamista elinoloihin, toimeentuloon, koulutukseen, elintapoihin, työoloihin ja asumiseen. Terveyden determinantit ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä. WHO:n kansainvälisenä painopisteenä on myös kehittää palvelujen saatavuutta ja toimivuutta terveyserojen kaventamiseksi. (Marmot ym. 2008) Suomen terveydenhuoltolaissa (1326/2010) veloitetaan kuntia ottamaan terveyserot huomioon ja seuraamaan väestöryhmittäin kuntalaisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Terveyserojen kaventamisohjelmissa on otettu huomioon myös lapset, nuoret ja perheet. Terveys 2015-kansanterveysohjelma sisälsi kolme lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa tavoitetta, joista yksi oli lasten terveydentilan paraneminen, hyvinvoinnin lisääminen ja turvattuuteen liittyvien oireiden väheneminen (STM 2001). Kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma (STM 2008a) ja Kaste-ohjelmat (2008–2011) korostavat huono-osaisuuden ja riskiryhmiin kuuluvien lasten

kasvuolosuhteiden parantamista, syrjäytymisen ehkäisyä ja palvelujen saavutettavuutta sekä terveyserojen kaventamista (STM 2008b). Terveyserojen vähentämiseen liittyviä kansallisia strategioita ja toimintaohjelmia on käytetty terveyspolitiikan tukena myös Ruotsissa, Norjassa, Isossa-Britanniassa ja Hollannissa. Erityistä huomiota terveyseroihin ovat kiinnittäneet Australia, Uusi-Seelanti, Kanada ja Tanska. (Mackenbach ym. 2011)

Suomessa neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa koskevan valtioneuvoston asetuksen (338/2011) tavoitteena on taata riittävät yhtenäiset ja alueellisesti tasa-arvoiset palvelut, vahvistaa terveyden edistämistä sekä tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä. Asetuksen mukaisesti (VNA 338/2011) määrääkäsissä terveystarkastuksissa tulee ottaa huomioon yksilöiden ja väestön tarpeet (STM 2009).

2.1.2. Lasten sosioekonomiset terveyserot

Lapsen sosioekonominen asema määrittää usein vanhempien sosioekonomisen aseman mukaan, eli tavallisimmin vanhempien koulutuksen, ammatin, työmarkkina-aseman ja tulojen perusteella (Lahelma ym. 2007). Perheen sosioekonomisella asemalla, perherakenteella sekä perheen erilaisilla taloudellisilla, terveydellisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on yhteys lasten terveyteen ja terveystyötytymiseen (Chen ym. 2002, Hanson & Chen 2007, Riediger ym. 2007, Berkman 2009).

Vaikka terveyserot ovat lapsilla vähäisiä, vanhempien sosioekonominen asema ja lapsuuden elinolot ennustavat selkeästi aikuisiän terveyden, sairauden ja terveystyötytymisen useita ulottuvuuksia, esimerkiksi tupakointia (Hanson & Chen 2007, Kunttu 2012). Perhetekijät, varhaiset elinolot ja kehitysympäristöt vaikuttavat esimerkiksi kouluttautumiseen ja tätä kautta myöhempään hyvinvointiin (Heckman 2008), ja vanhempien koulutustaso taas määrittelee usein heidän lastensa koulutusuria (Paananen ym. 2012). Perheen taloudellisten ongelmien ja sisäisten ristiriitojen on havaittu kasvattavan riskiä huonoon koettuun terveyteen nuoruudessa (Kestilä 2006a).

Lapsuudenaikaisen alhaisen sosioekonomisen aseman, joka voi johtua esimerkiksi vanhempien työttömyydestä, on todettu olevan yhteydessä myöhemmin sydäntautikuolleisuuteen (Galobardes ym. 2008). Lapsilla ja nuorilla on myös etnisen taustan tai sosioekonomisen aseman todettu olevan yhteydessä terveyseroihin, erityisesti liittyen mielenterveyden ongelmiin ja päihdeongelmiin (Sanders-Phillips ym. 2009). Lapsilla ja nuorilla etnisen taustan tai sosioekonomisen aseman on todettu myös olevan yhteydessä nuorten terveystyötytymiseen, erityisesti tupakointiin (Hanson & Chen 2008, Luopa ym. 2010, Kunttu 2012).

Sosioekonomiset terveyserot näkyvät alemmissä koulutusryhmissä jo raskausaikana. Äidin raskaudenaikainen tupakointi ja lyhyt imetyisaika ovat yleisempiä alemmissä koulutusryhmissä

(Gissler ym. 2003, Kaikkonen ym. 2012). Kaikkosen ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että alempaan koulutusryhmään kuuluvat äidit tupakoivat raskauden aikana yli kolme kertaa tavallisemmin kuin ylempään koulutusryhmään kuuluvat. Äidin raskaudenaikaisella tupakoinnilla on terveydellisiä haittavaikutuksia, sillä se lisää keskenmenon ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä sekä sikiön kasvuhäiriön ja epämuodostuman riskiä (Tikkanen 2008, Einarson & Riordan 2009). Äidin tupakointi imetysaikana vähentää äidin maidon määrää ja heikentää sen laatua, mikä saattaa ilmetä lapsen ärtyisyytenä (Tikkanen 2008, Stroud ym. 2009).

Lapsuuden perherakenteen ja elinolojen yhteyttä myöhemmän terveyden ennustajana on tutkittu paljon (Huurre ym. 2003, Ringbäck-Weitoft ym. 2003, Barrett & Turner 2005, Fröjd ym. 2006, Kestilä 2008). Esimerkiksi yksinhuoltajaperheiden lapsilla on varhaisaikaisuudessa suurempi riski sairastua masennukseen ja psyykkisiin ongelmiin kuin kahden vanhemman perheen lapsilla (Huurre ym. 2003, Barrett & Turner 2005). Selittävänä tekijänä pidetään esimerkiksi taloudellista tilannetta, sillä yksinhuoltajuus sinänsä ei lisää lasten riskiä sairastua masennukseen (Barrett & Turner 2005). Perhetilanteen muutoksella kuten vanhempien avioerolla (Hetherington 2003, Huurre ym. 2006) sekä perheen taloudellisilla (Fröjd ym. 2006) tai terveydellisillä ja sosiaalisilla ongelmilla (Anda ym. 2002, Kestilä 2008, Solantaus & Paavonen 2009) on todettu olevan merkitystä lasten ja nuorten psyykkisiin oireisiin ja ongelmiin.

Huono-osaisuus sukupolvesta toiseen

Huono-osaisuuden siirtyminen sukupolvesta toiseen on viime aikoina ollut tutkijoiden erityisen mielenkiinnon kohteena (mm. Kauppinen ym. 2010, Paananen & Gissler 2011). Huono-osaisuus on laaja käsite, johon on yhdistetty erilaisia tarkastelukulmia, kuten taloudellisia, terveydellisiä, sosiaalisia, koulutuksellisia ja työmarkkinallisia ulottuvuuksia (Rauhala 1988). Vanhempien koulutustason yhteys lasten koulutusvalintoihin ja myöhempään menestykseen on jo tunnistettu ilmiö (Kärkkäinen 2004, Farre ym. 2012, Paananen ym. 2012, Paananen & Gissler 2014). Tutkijoita on kuitenkin askarruttanut, onko kyse ensisijaisesti geneettisestä periytymisestä vai kasvatuksen merkityksestä (Björklund & Sundström 2006). Ruotsalaisessa adoptiolapsia käsittelevässä rekisteritutkimuksessa havaittiin yhteys biologisten vanhempien ja heidän lastensa koulutustasossa, mutta toisaalta myös adoptiovanhempien koulutustaso osoittautui merkittäväksi lasten koulutustason selittäjäksi (Björklund & Sundström 2006). Paanasen ja Gisslerin (2014) katsauksessa kouluttamattomien vanhempien lapsista 21 % suoritti lukion ja korkeasti koulutettujen vanhempien lapsista 74 %. Myös Kärkkäisen (2004) väitöskirjatutkimuksen mukaan äidin koulutus on merkittävä lapsen koulutustasoa ennustava tekijä.

Bergin ym. (2011) seurantaraportissa vuosina 1983–2010 selvitettiin nuoruusiän (16-vuotiaat) huono-osaisuustekijöiden (terveys, sosiaaliset suhteet, elämäntyyli, koulutus, sosioekonominen

asema) ja niiden kasautumisen yhteyttä kuolleisuuteen 16–43-vuotiaana. Tutkimustulosten mukaan sekä yksittäiset huono-osaisuustekijät että huono-osaisuuden kasaantuminen olivat yhteydessä kuolleisuuteen. Yksittäisistä tekijöistä kuolleisuutta selitti voimakkaimmin jatkokoulutus suunnitelmien puuttuminen tai niiden epävarmuus. Lapsuuden huono-osaisuus, matala koulutustaso tai koulutuksen puute ennustavat työttömyyttä ja ongelmien kasaantumista myöhemmin (Kestilä 2008, Lämsä 2009, Paananen ym. 2012).

Paanasen ja Gisslerin (2011) rekisteritietoihin perustuvassa seurantatutkimuksessa ilmeni, että perheen toimeentulo-ongelmat vaikuttavat lasten myöhempään hyvinvointiin. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapsista 70 % on itsekin aikuisena turvautunut toimentulotukeen. Samoin Moision & Kauppisen (2011) tutkimus osoitti, että toimeentulotuen saamisen todennäköisyys oli kaksi kertaa korkeampi niillä, joiden vanhemmat ovat olleet toimeentulotukiasiakkaita, kuin niillä, joiden vanhemmat eivät olleet saaneet toimeentulotukea. Kuitenkaan köyhyys ei siirry automaattisesti sukupolvelta toiselle, vaan taloudellisen aseman sosiaaliseen periytymiseen vaikuttavat monet riskitekijät, esimerkiksi lasten terveydelliset tekijät ja asuinalueiden ympäristötekijät (mm. Kaikkonen ym. 2014). Köyhien perheiden lapset asuvat todennäköisemmin kaupunginosissa, jonne on keskittynyt taloudellista huono-osaisuutta (Jenkins & Siedler 2007).

Yhteiskunnalliset tekijät, kuten huono työllisyystilanne sekä vanhempien sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat, näkyvät lastensuojelun tarpeen kasvuna, sillä lastensuojelun piiriin tulleiden lasten vanhemmilla on usein taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia (mm. Kestilä ym. 2012). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on yli kaksinkertaistunut vuosina 1991–2011, ja sijaishuollon kustannusten arvioidaan olevan 3,2 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (STM 2013). Vuoden 2012 aikana kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli kaikkiaan 17 830 lasta ja nuorta. Poikia on sijoitettuna kodin ulkopuolelle enemmän kuin tyttöjä. Kasvu näkyy erityisesti teini-ikäisten lasten huostaanottojen ja sijoitusten lisääntymisenä. (Kestilä ym. 2012, Kuoppala & Säkkinen 2013)

2.1.3. Perhe, toimeentulo ja hyvinvointi

Perhe on yhteiskunnan sosiaalinen perusrakenne, jonka hyvinvointi ei ole irrallaan ympäröivästä yhteiskunnasta, kulttuurista tai ympäristöstä, vaan niissä tapahtuvat muutokset heijastuvat perheenjäsenien terveyteen ja hyvinvointiin (Bomar 2004). Systeemiteoreettisesta näkökulmasta haasteena nähdään perheen terveys kokonaisuutena, jossa erilaiset perhetekijät kuten biologiset, psykososilogiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja henkiset tekijät sekä vuorovaikutukselliset prosessit vaikuttavat eri tavoin koko perheen terveyteen ja toimivuuteen (Hakulinen 1998, Hopia ym. 2005). Andersonin (2000) mukaan perheen terveyden osatekijöihin kuuluvat perheen terveystekijät,

terveydentila, terveystyötyminen, sosiaaliset suhteet ja pääsy terveydenhuoltoon. Hanson & Kaakinen (2002) ovat tarkastelleet perheen terveyttä eri näkökulmista ja käyttävät perheen terveys (*family health*) -käsitteen rinnalla käsitteitä toimiva perhe (*family functioning*), hyvinvoiva perhe (*healthy family*) tai perheittäin periytyvä terveys (*familial health*).

Perhe on lapsen terveyden ja sosiaalisen kehityksen kasvuympäristö (Hakulinen ym. 1999). Suomessa lapsiperheitä on 40 % kaikista perheistä ja niistä 60 % on avioparin muodostamia ydinperheitä (Tilastokeskus 2012a). Perhemuodot ovat monimuotoistuneet muutaman viime vuosikymmenen aikana, kun ydinperheiden rinnalle on syntynyt erojen ja uudelleen avioitumisen myötä myös yksinhuoltajaperheitä sekä etä- tai uusperheitä. Maahanmuutto taas on lisännyt maahanmuuttaja- ja kahden kulttuurin perheiden määrää. (Tilastokeskus 2012a) Kahden kulttuurin perheellä tarkoitetaan yleensä perhettä, jonka vanhemmat ovat syntyneet eri maissa. Kaksikulttuuristen perheiden määrä on kolminkertaistunut parin vuosikymmenen aikana. (Tilastokeskus 2012a)

Vanhempien erotilastot ovat Suomessa korkeita, sillä suomalaisista avioliitoista eroon päättäneet lähes puolet. Erotilastojen mukaan avoparit eroavat useimmin lapsen ensimmäisten ikävuosien aikana, kun taas avioparit eroavat lasten ollessa vanhempia. (Kartovaara 2007b) Kaikkosen & Hakulinen-Viitasen (2012) tutkimuksessa avioerojen yleisyys näkyi erityisesti kouluikäisten lasten perheissä. Kaikista perheistä yhden huoltajan perheitä on joka viides, ja yksinhuoltajista valtaosa on äitejä (Tilastokeskus 2012a).

Työelämän muutokset, kuten epätyyppilliset työntekijät ja työelämän vaatimusten kasvu sekä määräaikaiset työsuhteet tai työn ulkopuolelle jääminen, heijastuvat vanhempiin ja sitä kautta lapsiperheiden hyvinvointiin (Bianchi 2011). Työelämän muutokset ilmenevät myös vanhempien työsuhteissa ja rooleissa. Suomessa määräaikaiset työsuhteet ovat olleet naisilla lähes kaksi kertaa yleisempiä kuin miehillä. (Lehto & Sutela 2008) Vuonna 2012 naisista 18,4 %:lla ja miehistä 12,8 %:lla oli määräaikainen työsuhte. Korkea koulutukseen ei aina takaa vakituista työsuhdetta (Tilastokeskus 2012b).

Kaikista lapsiperheiden äideistä oli vuonna 2012 työssä 76 % ja isistä 91 %. Alle kolmivuotiaiden vanhemmista työelämässä on reilu kolmannes, vajaa kolmannes on perhevapaalla voimassa olevasta työsuhteesta ja lähes kolmannes äideistä hoitaa lapsia kotona ilman voimassa olevaa työsuhdetta. (Tilastokeskus 2012b) Perhevapaita ja lyhennettyä työaikaa käyttävät eniten pienten lasten äidit, vaikka vapaita ja etuuksia ei ole muodollisesti kohdennettu kummallekaan sukupuolelle. Vanhempien kokopäivätyöpanos on suurimmillaan perheissä, joissa on kouluikäisiä lapsia. (Lammi-Taskula 2007)

Vanhempien työssäkäynti vaikuttaa lapsiperheen toimeentuloon, ja Suomessa lapsiperheiden tuloerot ovat yleistyneet ja taloudellinen asema heikentynyt viime vuosikymmenien aikana (Moisio 2010, Moisio & Kauppinen 2011). Suurin osa lapsiperheistä on keskituloisia, mutta pitkällä aikavälillä lapsiperheiden pienituloisuus on lisääntynyt. Lapsiperheiden köyhyys on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1995, ja pitkittynyt köyhyys Suomessa on lähellä EU:n keskitasoa. (Jäntti 2010, Sauli ym. 2011) Lapsiperheiden köyhyyden taustalla on usein työttömyyttä ja määräaikaista työsuhdetta (Salmi & Lammi-Taskula 2014). Alhainen tulotaso ja köyhyys kasaantuvat usein yksinhuoltajille ja monilapsisille perheille. Noin 12 %:a lapsista elää köyhiksi määritellyissä perheissä eli perheissä, joiden tulotaso on alle 60 % mediaanitulosta. (Sauli ym. 2011). Vuonna 2012 köyhyysraja oli kahden vanhemman ja kahden alle 14-vuotiaan lapsen taloudessa 2 448 €/kk ja yksinhuoltajan ja kahden alle 14-vuotiaan lapsen perheessä vastaava summa oli alle 1 865 €/kk. Euromäärällinen köyhyysraja vaihtelee perheen koon mukaan (Salmi ym. 2014).

Lapsiperhekyselyssä (2012), jossa vanhemmilta kysyttiin, onko menojen kattaminen tuloilla helppoa vai hankalaa, toimeentulo oli erittäin tai melko hankalaa lähes kahdella viidestä kyselyyn vastaajasta ja yksinhuoltajaperheissä useammalla kuin kahdella kolmesta (Salmi ym. 2014). Kaikkosen & Hakulinen-Viitasen (2012) tutkimuksessa tarkasteltiin äidin koulutuksen mukaan menojen kattamista käytettävissä olevilla tuloilla ja havaittiin, että matalammin koulutettujen äitien perheissä joka kolmas arvioi menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla hankalaksi.

Perheiden taloudellinen eriarvoisuus näkyy lasten arjessa erityisesti kuluttamisen ja kulutusmahdollisuuksien eroina (Sauli & Pajunen 2007, Niemelä & Raitasalo 2010). Pienituloisten lapsiperheiden kulutuksessa korostuu muita tuloryhmiä enemmän arjen perushyödykkeet, kuten elintarvikkeet ja asumismenot (Niemelä & Raitasalo 2010). Perheissä, joiden lapset ovat yläkoulukäisiä (13–16-vuotiaita), kulutusmenot lisääntyvät vapaa-ajan harrastusten ja välineiden sekä vaatemenojen myötä (Sauli & Pajunen 2007, Niemelä & Rajas 2014). Perheen pienituloisuus saattaa johtaa lasten syrjimiseen tai kiusaamiseen, kun lapset vertailevat esimerkiksi pukeutumista tai omistamiaan tavaroita. Pienituloisten perheiden lapset eivät voi myöskään aina osallistua maksullisiin harrastuksiin. (Hakovirta & Rantalaiho 2012)

2.1.4. Elintapojen sosioekonomiset erot lapsilla ja nuorilla

Elintavat ovat yksi merkittävä tekijä sosioekonomisen aseman ja terveyden välisissä yhteyksissä (Lahelma ym. 2007). Suomessa sosioekonomiset elintapaerot ovat aikuisilla selkeät (mm. Palosuo ym. 2007, Helldan ym. 2013). Elintapaerot näkyvät tupakoinnissa, ruokatottumuksissa ja vapaa-ajalla liikunnan harrastamisessa koulutetuimpien eduksi (Helakorpi ym. 2009). Perheen sosioekonomisen aseman on havaittu olevan yhteydessä myös lasten ja nuorten elintapoihin (mm.

Kestilä ym. 2006a, Raudsepp 2006, Hanson & Chen 2007). Elintavat vaikuttavat lapsen hyvinvointiin, ne luovat pohjan terveyttä edistäville tai terveydelle haitallisille elintavoille ja siten vaikuttavat terveydentilaan aikuisena (Lehto ym. 2009). Perhetekijöistä vanhempien koulutuksen, etenkin äidin alhaisen koulutustustaan, on todettu olevan vahvasti yhteydessä lasten ylipainoon ja lihavuuteen (Kaikkonen & Hakulinen-Viitanen 2012, Parikka ym. 2015).

Vanhempien sosioekonomisilla tekijöillä, kuten koulutuksella ja tuloilla, on yhteys lasten ja nuorten ravintotottumusten terveellisyyteen (Roos & Koskinen 2007, Riediger ym. 2007, Kyttälä ym. 2008, Erkkola ym. 2012, Ovaskainen ym. 2012). Ruokakäyttäytyminen ja ruokavalinnat lapsuudessa ovat vahvasti yhteydessä koko perheen, erityisesti äidin ruokavalioon (Acran ym. 2007, Ovaskainen ym. 2009). Pienten lasten ruoankäytön suurimmat väestöryhmittäiset erot löytyvät imetyksen kestosta, kiinteiden lisäruokien aloituksesta ja kasvien kulutuksesta (mm. Erkkola ym. 2012). Korkeimmin koulutetut vanhemmat ovat tietoisempia terveellisistä ruokailutottumuksista ja asennoituvat terveellisiin elintapoihin myönteisemmin (Kyttälä ym. 2008). Lagströmin ym. (2012) STRIP-projektin selvityksessä ilmeni, että jo yläkouluikässä tulevat lukiolaiset söivät kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja säännöllisemmin kuin ammatillisen koulutuksen valinneet.

Yksinhuoltajaperheiden lasten on havaittu käyttävän vähemmän vihanneksia ja hedelmiä kuin kahden vanhemman perheissä asuvien (Riediger ym. 2007). Perheen korkeampi sosioekonominen asema on yhteydessä vähäisempään pikaruokaan, makeiden ruokien ja virvoitusjuomien kulutukseen (Kyttälä ym. 2008).

Kaikkosen & Hakulinen-Viitanen (2012) tutkimuksen mukaan äidin koulutuksella ja kouluikäisten lasten osallistumisella kerho- ja harrastustoimintaan oli selvästi yhteys, sillä matalammin koulutettujen äitien lapsista 36 % ja korkeammin koulutettujen äitien lapsista 23 % ei osallistunut lainkaan kerho- ja harrastustoimintaan. Puroahon (2006) tutkimuksen mukaan perheissä, joissa oli 6–18-vuotiaita lapsia, kotitalouden tulot olivat vahvasti yhteydessä urheilun kokonaiskustannuksiin, harrastamisen useuteen sekä urheiluvaatteisiin ja varusteisiin käytettyyn rahaan.

Aikaisempien tutkimusten mukaan vanhempien koulutustaso ja tulot ovat yhteydessä lasten ja nuorten liikunnan harrastamisen yleisyyteen (Tammelin 2003, Hanson & Chen 2007, Kantomaa ym. 2007, Stalsberg & Pedersen 2010). Tammelin (2003) totesi tutkimuksessaan, että perheen matala sosioekonominen asema sekä heikko koulumenestys olivat yhteydessä lasten liikkumattomuuteen 14-vuotiaana. Myös yksinhuoltajuus voi olla yhteydessä lasten harrastustoimintaan, jolloin esteenä ovat ajankäyttöön tai taloudellisiin asioihin liittyvät seikat (Bagley ym. 2006). Toisaalta Telemanin (2009) tutkimuksessa 12-, 15- ja 18-vuotiailla nuorilla ei ilmennyt matalan ja korkean sosioekonomisen aseman ryhmissä eroa omaehtoisessa fyysisessä aktiivisuudessa.

Nuorten terveyserot kärjistyvät aikuisuuden kynnyksellä, jolloin terveyden kannalta keskeiset käyttäytymistavat vakiintuvat. Nuorten käyttäytymisellä on suuri merkitys tulevien aikuisten terveyteen ja terveyserojen syntyyn. (Kestilä 2008) Jo teini-ikäisillä on havaittavissa sosioekonomisia eroja koetussa terveydessä (Richter ym. 2009) ja terveyskäyttäytymisessä, erityisesti päihteiden käytössä (Luopa ym. 2010). Tupakoinnissa on havaittavissa suuria koulutusryhmittäisiä eroja (Kunttu 2012). Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan lukiolaisista (16–18-vuotiaat) tupakoi 8 %, kun ammatillisen koulutuksen aloittaneista sekä tytöistä ja pojista (16–17-vuotiaat) tupakoi jopa 40 %. Vastaava ero on ollut havaittavissa jo aiemmissa kouluterveyskyselyissä (Luopa ym. 2010). Yliopisto-opiskelijoista tupakoi vain 5 % ja ammattikorkeakoulukohtaisista 13 % (Kunttu 2012). Hansonin & Chenin (2008) kirjallisuuskatsaus osoitti, että nuorten (10–21-vuotiaat) matala sosioekonominen asema oli yhteydessä tupakointiin ja vähäiseen liikunnalliseen aktiivisuuteen. Sen sijaan vanhempien matalan sosioekonomisen aseman ja nuorten alkoholin tai huumeiden (marihuana) käytön välillä yhteys ei ollut selkeä.

2.1.5. Perheen sosiaaliset suhteet

Kaikkosen & Hakulinen-Viitasen tutkimuksessa (2012) tarkasteltiin myös perheen sosiaalisia suhteita, joihin lukeutuvat perheen yhteinen aika, yhteinen ateria, perheen saama sosiaalinen tuki, vanhempien asettamat rajat lapsen käytökselle sekä vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus.

Aiempien tutkimuksien (Pajunen ym. 2012, Neumark- Sztainer ym. 2013, Mure ym. 2014) mukaan vanhempien matala koulutus on yhteydessä perheen epäsäännölliseen ateriarytmiin ja siihen, ettei perhe syö yhteistä ateriaa. Vuoden 2013 kouluterveyskyselyn mukaan kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista nuorista yli puolet (55 %) ilmoitti, että perhe ei syö yhteistä ateriaa iltapäivällä tai illalla. Perheen säännölliset ruokailuajat ja aamiaisen syönti etenkin pojilla on yleisempää kahden vanhemman perheissä (Ojala ym. 2006, Lehto ym. 2009).

Säännöllisen perheen yhteisen aterioinnin on todettu vähentävän ylipainon ja päihteiden käytön riskiä (Fulkerson ym. 2006, Eisenberg ym. 2008, Mure ym. 2014). Fulkersonin ym. (2006) tutkimuksessa havaittiin, että nuoret, jotka söivät perheaterian lähes päivittäin, raportoivat useammin perheen antamasta tuesta, positiivisesta vuorovaikutuksesta ja vanhempien kiinnostuksesta nuoren koulunkäyntiin verrattuna niihin nuoriin, jotka raportoivat syövänsä perheaterian korkeintaan kerran viikossa. Mure ym. (2014) havaitsivat, että perheen yhteisen aterian syöminen oli sekä tytöillä että pojilla yhteydessä vähentyneeseen päihteidenkäyttöön, kuten tupakointiin, nuuskaamiseen, alkoholin käyttöön ja laittomien huumeiden kokeilun riskiin, verrattuna niihin nuoriin, jotka eivät syöneet perheateriaa.

Lapsiperheiden elämä on usein kiireistä aikaa. Työelämässä tapahtuneet muutokset heijastuvat lapsiperheiden arkeen, ajankäyttöön ja parisuhteeseen sekä aiheuttavat kuormitusta ja haasteita

perheen yhteisen ajan ja työelämän välille. (Lammi-Taskula & Salmi 2008, Miettinen & Rotkirch 2012) Äidin koulutuksen on todettu olevan yhteydessä perheen yhteisenajan riittävyyteen, sillä matalammin koulutetut äidit kokivat yhteistä aikaa olevan hieman enemmän kuin korkeammin koulutetut (Kaikkonen ym. 2012, Miettinen & Rotkirch 2012). Isien on havaittu viettävän huomattavasti äitejä vähemmän aikaa lastensa kanssa myös silloin, kun molemmat vanhemmat ovat kokopäivätyössä (Bianchi & Milkie 2010, Salmi & Lammi-Taskula 2014). Miettisen & Rotkirchin (2012) selvitys osoitti, että suomalaisten äitien ja isien lastenhoitoon käyttämä aika on viime vuosikymmeninä lisääntynyt. Isien lastensa kanssa viettämästä ajasta pääosa kuluu fyysisten aktiviteettien parissa, kun taas äidillä perushoiva on suuremmassa roolissa (mm. Graig 2006, Halme 2009).

Malisen ym. (2010) tutkimuksessa korostui pikkulapsiperheen yhteisen ajan ja tekemisen tärkeys osana lasten kanssa elettyä jokapäiväistä elämää. Tällä oli myös parisuhdetta tukeva rooli. Isän sitoutumisella isyyteen ja osallistumisella lastenhoitoon ja kotitöihin on myönteinen vaikutus koko perheen hyvinvointiin (Sarkadi ym. 2008, Huttunen 2011, Miettinen & Rotkirch 2012). Perheen yhteinen aika ja arjen askareissa yhdessä tekeminen edistävät koko perheen hyvinvointia sekä lapsen kasvua ja kehitystä (Javanainen-Levonen 2009).

Lapsen syntymä on muutoksen aikaa vanhempien elämässä, ja se aiheuttaa usein epävarmuutta ja tuen tarvetta lapsiperheen arjessa (Barnes ym. 2008). Äitien kokeman sosiaalisen tuen puutteen ja etenkin puolisoilta saadun tuen puutteen on todettu olevan yhteydessä synnytyksen jälkeiseen masentumiseen (Hiltunen 2003, Laitinen ym. 2013). Lapsiperhekyselyyn (2012) vastanneista työssäkäyvistä vanhemmista 40 % oli huolissaan myös omasta jaksamisestaan äitinä ja isänä (Salmi & Lammi-Taskula 2014). Huoli omasta jaksamisesta oli yhteydessä vanhempien uupumukseen ja masentuneisuuteen sekä työelämän vaatimuksiin, ja lisäksi vanhemmat tunsivat laiminlyövänsä kotiasioita (Lammi-Taskula & Salmi 2008). Vanhemmat saattavat tuntea myös epävarmuutta ja tuen tarvetta lasten kasvatukseen liittyvissä asioissa (Mäenpää 2008). Kaikkosen & Hakulinen-Viitasen (2012) tutkimuksessa havaittiin, että lapsen käyttäytymiselle asetettiin useimmin rajat korkeimmin koulutettujen äitien perheissä kuin matalammin koulutettujen äitien perheissä. Korkeimmin koulutettujen vanhempien perheissä vanhemmat asettivat myös yhdessä rajat lapsen käyttäytymiselle.

Tiedetään, että vanhemman ja lapsen välinen varhainen vuorovaikutus ja turvallinen kiintymyssuhde muodostavat pohjan lapsen myönteiselle kehitykselle (Berlin ym. 2008, Misri & Kenrick 2008, Patel ym. 2012). Terveystieteiden tutkimuksissa lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tukeminen ja ohjaus ovat tärkeä osa lastenneuvolatyötä (Tammentie 2009).

2.2. Vanhempien terveystietämisen yhteys lasten ja nuorten terveyteen ja terveystietämiseen

2.2.1. Vanhempien ja lasten ylipaino

Ylipaino ja lihavuus ovat suurimpia terveysongelmien aiheuttajia 2000-luvulla (Orgen & Caroll 2010). Helldanin ym. (2013) raportin mukaan alimmassa koulutusryhmässä 65 % suomalaisista miehistä oli ylipainoisia ja ylimmässä koulutusryhmässä 58 %. Vastaavasti naisista alimmassa koulutusryhmässä ylipainoisia oli 54 % ja ylimmässä koulutusryhmässä 38 %. Suomalaisista aikuisista noin joka viides on lihava (Borodulin ym. 2014).

Lasten ylipaino ja lihavuus ovat myös maailmanlaajuinen ongelma (Wang & Lobstein 2006, Vuorela ym. 2009, Kautiainen ym. 2010, Currie ym. 2012), ja ylipainoisten ja lihaviin nuorten määrä on lähes kolminkertaistunut 30 vuodessa (Orgen & Caroll 2010). Lihavimmista lapsista on tullut myös entistä lihavampia (Vuorela ym. 2011). Lasten ylipainoisuutta tavataan erityisesti alempien sosiaaliryhmien perheissä (Kautiainen ym. 2009, Wang & Lim 2012). Vaikka Suomessa ylipainoa esiintyy kaikkien sosiaaliryhmien perheiden nuorilla, vanhempien opiskelu, peruskoulun jälkeinen työllistyminen ja varallisuus heijastuvat perheen elintapoihin ja ovat siten käänteisesti yhteydessä ylipainon esiintyvyyteen (Kautiainen ym. 2009).

Viitteitä ylipainoisuuteen alkaa näkyä jo kolme vuotiailla (Rintanen 2007). Vuosina 1996–2004 ylipainoiseksi tai lihavaksi todettiin joka viides 6–10-vuotiaista lapsista (Rintanen 2007). Vuorelan ym. (2009) tutkimuksessa vuonna 2006 todettiin, että viisivuotiaista pojista ylipainoisia oli 9,8 % ja tytöistä 17,5 %. Leikki-ikäisten ylipainoisuus ja lihavuus ovat yleisempiä tytöillä, maaseudulla asuvilla ja lapsilla, joiden vanhempien koulutustausta on matala (Kautiainen ym. 2009).

Vuosina 2008–2009 toteutetussa Lasten terveysseurantatutkimuksessa (LATE) neuvolaikäisistä pojista 10 % ja tytöistä 15 % oli ylipainoisia. Vastaavasti lihaviin osuus oli 1–4 %. (Laatikainen & Mäki 2012a) Kouluikäisistä pojista 21 % ja tytöistä 20 % oli ylipainoisia ja lihavia 4–5 %. LATE-tutkimustulokset perustuivat terveystarkastuksissa mitattuihin pituus- ja painotietoihin. Kansainvälisesti lapsuusiän lihavuus määritetään kehon painoindeksiin (body mass index, BMI kg/m²) avulla. Lasten BMI-rajat muuttuvat kasvun myötä ja ovat erilaisia pojilla ja tytöillä. (Cole ym. 2000) Lasten terveysseurantatutkimuksessa (LATE) lasten ylipaino ja lihavuus määriteltiin kansainvälisten ikä- ja sukupuolispesifien BMI-kriteereiden mukaan (Cole & Lobstein 2012).

Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan 16 % peruskoulun kahdeksannen ja yhdeksannen luokan oppilaista oli ylipainoisia. Pojilla ylipaino oli yleisempää kuin tytöillä (20 % vs. 13 %). Vastaavat osuudet ammatillisessa oppilaitoksessa ensimmäisellä tai toisella vuosikursseilla opiskelevilla

pojilla oli 26 % ja tytöillä 17 %. Kouluterveyskyselyjen tulokset perustuvat nuorten itse raportoimiin pituus- ja painotietoihin.

Lapsuusiän ylipaino ja lihavuus lisäävät aikuisten ylipainon riskiä (Singh ym. 2008, Wu & Chen 2009, Chen & Escarce 2010) sekä myöhemmin kroonisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, tyyppin 1 ja 2 diabeteksen sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ilmaantuvuutta (Freedman ym. 2001, Daniels ym. 2005, Shiri ym. 2010). Ylipainon on todettu vaikuttavan myös lapsen ja nuoren mielenterveyteen ja psykososiaalisiin ongelmiin (Jones 2008, Fox & Farrow 2009, Vaarno ym. 2010), sillä nuoren ylipaino vaikuttaa heikentävästi nuoren itsetuntoon ja saattaa altistaa kiusaamiselle (Fox & Farrow 2009).

Lasten ylipainon ja lihavuuden taustalla voi olla erilaisia syitä, kuten perinnölliset tekijät (Lajunen ym. 2012) tai vanhempien ylipaino tai lihavuus (Jääskeläinen ym. 2011, Laatikainen & Mäki 2012a, Parikka ym. 2015). Parikan ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin, että vanhempien ylipaino oli vahvasti yhteydessä lasten ylipainoon. Myös ruutuajan suuri määrä ja vähäinen liikunta (Chen ym. 2008, Kautiainen ym. 2010, Babey ym. 2013) sekä epäterveelliset ravintotottumukset (Lobstein ym. 2004, Lagström ym. 2008, Skouteris ym. 2012) lisäävät lasten ja nuorten ylipainon riskiä.

2.2.2. Vanhempien ja lasten liikunta

Liikunta tukee monin tavoin lapsen ja nuoren tervettä kasvua ja kehitystä. Säännöllisen liikunnan merkitystä on korostettu sekä osana terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä että osana pitkäaikaissairauksien kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. (Liikunta 2012) Fyysinen aktiivisuus tai ”liikunnallisuus” ovat osittain geeniperimän ohjaamia, mutta lapsen liikunnallisen aktiivisuuden määrään vaikuttavat myös fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö (Sääkslahti ym. 2000).

Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen (2012) mukaan suomalaisten vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus on lisääntynyt 40 vuoden aikana, tosin merkittävimmät muutokset tapahtuivat jo 70- ja 80-luvuilla. Vapaa-ajan liikunta oli selvästi yhteydessä väestön ikään ja koulutustasoon, ja liikuntaa harrastavat eniten nuoret ja korkeasti koulutetut. Istuen työaikaansa viettää useimmin nuorin ikäryhmä, 25–34-vuotiaat, ja fyysinen rasittavuus on suurinta vähiten koulutetuilla. (Borodulin & Jousilahti 2012)

Alle kouluikäisen lapsen liikunta on leikkiä ja arkista touhuamista. Kansainvälisten suositusten mukaan leikki-ikäisten lasten tulisi olla liikkeessä eli liikkua reippaasti vähintään kaksi tuntia päivässä (STM 2005). Kouluikäisten lasten ja nuorten tulisi harrastaa vähintään 1–2 tuntia monipuolista ja ikään sopivaa liikuntaa päivässä (OPM 2008). Mäen (2012a) tutkimuksessa leikki-ikäisistä lapsista ja ensimmäisen luokan oppilaista 10 % liikkui alle suositusten. Tytöistä hieman

suurempi osuus kuin pojista ulkoili tai harrasti liikuntaa alle suositusten. Tutkimuksessa lasten fyysistä aktiivisuutta selvitettiin vanhempien kyselylomakkeella.

Mäen (2012a) tutkimuksessa viidesluokkalaista pojista kolmasosa (32 %) ja tytöistä viidesosa (22 %) harrasti liikuntaa vähintään kuutena päivänä viikossa yhteensä vähintään tunnin päivässä. Myös kahdeksannella luokalla lähes päivittäinen liikunnan harrastaminen oli pojilla hieman yleisempää kuin tytöillä. Vastaava havainto tehtiin Tammelinin ym. (2007) tutkimuksessa, jossa suomalaisista pojista 59 % ja tytöistä 50 % raportoi liikkuvansa päivittäin vähintään 60 minuuttia. Aiemmissa koululaisten liikuntatutkimuksissa (mm. Siirilä 2008, Pahkala 2009) havaittiin, että pojat olivat liikunnallisesti tyttöjä aktiivisempia. Suomalaiset 11–16-vuotiaat pojat liikkuvat tyttöjä enemmän myös kansainvälisissä vertailututkimuksissa (Samdal ym. 2007).

Liikunnallista inaktiivisuutta voidaan määritellä eri tavoin. Yksi yleinen tapa on mitata ruutuaikaa eli mm. television, videoiden ja tietokoneen katseluun tai erilaisten tietokonepelien pelaamiseen käytettyä aikaa. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu vähäsen liikunnan määrän olevan yhteydessä lisääntyneeseen ruudun ääressä vietettävään aikaan. Pojat viettävät ruudun ääressä enemmän aikaa kuin tytöt. (Feldman ym. 2007, Tammelin ym. 2007, Pahkala 2009, Babey ym. 2013) Tammelinin ym. (2007) tutkimuksessa pojista 48 % ja tytöistä 44 % (15–16-vuotiaat) katsoivat televisiota vähintään kaksi tuntia päivässä. Pahkalan (2009) tutkimuksen mukaan vapaa-ajalla vähän liikkuvat 13-vuotiaat pojat viettivät enemmän aikaa televisio- ja tietokoneruudun ääressä kuin vapaa-ajalla paljon liikkuvat pojat. Sen sijaan vähän liikkuvilla tytöillä ruutuaika ei eronnut vapaa-ajallaan paljon liikkuvista tytöistä.

Chenin ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että television katsomisella ja videopelien pelaamisella oli yhteys lasten vähäiseen liikunnan määrän lisäksi myös ylipainoon. Yhdysvaltalaisen Feldmanin ym. (2007) tutkimuksen mukaan noin kolmasosa pojista (34 %) ja tytöistä (31 %) istui ruudun ääressä ruokailujen yhteydessä. Näillä nuorilla oli myös epäterveelliset ruokailutottumukset.

Vasankarin ym. tutkimuksessa havaittiin jo vuonna 2000, että veren rasva-arvoissa näkyy eroja liikkuvien ja ei-liikkuvien lasten ja nuorten (9–15-vuotiaat) välillä, jolloin sydän- ja verisuonitautien kannalta epäsuotuisat riskitekijät alkavat kasaantua jo varhaislapsuudessa vähemmän aktiivisille henkilöille. Yangin ym. (2009) tutkimuksessa todetaan, että mikäli nuori osallistui vähintään kolmen vuoden ajan organisoituun urheilutoimintaan, hänellä oli pienentynyt riski sairastua metaboliseen oireyhtymään aikuisiässä.

län myötä lasten fyysisen aktiivisuuden on todettu vähenevän (Gråsten ym. 2010, Hills ym. 2011, Tammelin ym. 2013). Tammelinin ym. (2013) selvityksessä ala- ja yläkoululaisten liikuntatottumuksista todettiin, että 50 % alakoululaisista harrasti reipasta liikuntaa vähintään tunnin

päivässä, kun taas vastaava luku yläkoululaisille oli vain 17 %. Gråstenin ym. (2010) tutkimuksessa koululaisten fyysisen aktiivisuuden todettiin vähenevän oppilaiden siirtyessä seitsemältä luokalta kahdeksannelle tai yhdeksännelle luokalle. Pitkittäisaineisto kerättiin vuosina 2007–2009 viidellä mittauskerralla. Samansuuntaisia tuloksia havaittiin Hillsin ym. (2011) tutkimuksessa, jossa vain noin 20 % nuorista täytti fyysisen aktiivisuuden suositukset. Suositus fyysisestä aktiivisuudesta on 60 minuuttia päivässä kohtuullisen kuormittavaa ja monipuolista liikuntaa ikään sopivalla tavalla (OPM 2008).

Lasten liikunnan edistämiseen tarvitaan toimenpiteitä niin kouluissa kuin vapaa-ajalla. Myös vanhempien kannustus liikuntaharrastuksen pariin, ystävien tuki tai urheiluseuroihin kuulumisen edistävät lasten ja nuorten liikunnallista aktiivisuutta (Gustafson & Rhodes 2006). Tammelinin (2003) seurantatutkimuksen mukaan urheilun harrastaminen ja kuuluminen urheiluseuraan sekä hyvä liikuntanumero 14-vuotiaana olivat yhteydessä aktiiviseen liikkumiseen myöhemmin 31-vuotiaana.

2.2.3. Vanhempien ja nuorten tupakointi

Suomalaisten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt melko tasaisesti viimeisten 50 vuoden aikana (Helakorpi ym. 2011, Kunttu 2012). Naisten päivittäistupakointi taas yleistyi 1980-luvun puoliväliin saakka, mutta kääntyi laskuun 2000-luvun vaihteen jälkeen. Vuonna 2010 korkeimmin koulutetuista miehistä tupakoi 16 % ja naisista 12 %, vähiten koulutetuista vastaavasti 31 % ja 20 %. (Helakorpi ym. 2011)

Tarkasteltaessa koko aikuisväestöä vähiten tupakoivat lapsiperheiden äidit ja eniten yksin elävät miehet ja yksinhuoltajanaiset (Patja ym. 2007). Kaikkosen ym. (2012) tutkimuksessa todettiin, että lapsiperheiden äideistä noin 15 % ja isistä 27 % tupakoi päivittäin. Perheissä, joissa äidillä oli matalampi koulutus 16 %:ssa molemmat vanhemmat tupakoivat, kun taas vastaava luku korkeimmin koulutettujen äitien perheissä vain 5 %. Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan koululaisten perheissä ainakin 33 %:ssa yksi vanhemmista tupakoi. Vanhempien tupakointi haittaa myös lapsen terveyttä ja kehitystä, etenkin äidin raskaudenaikainen tupakointi (Jaakkola & Jaakkola 2012, Räisänen ym. 2013) sekä sisätiloissa tupakointi ja lasten altistuminen tupakansavulle ovat riski lapsen terveydelle ja kehitykselle (Canivet ym. 2008).

Vanhempien tupakoinnin yhteys nuorten tupakointiin on todettu useissa eri maissa tehdyissä tutkimuksissa (Avenenoli & Merikangas 2003, Rajan ym. 2003, Milton ym. 2004, Otten ym. 2007, Rainio & Rimpelä 2009). Äidin tupakoinnilla näyttäisi olevan suurempi merkitys lasten tupakointiin kuin isän tupakoinnilla (Milton ym. 2004), erityisesti äidin tupakoinnilla on vaikutusta tyttöjen tupakointiin (Kestilä ym. 2006b, Ashley ym. 2008). Myös sisarusten tupakointi sekä vanhempien välinpitämätön suhtautuminen tupakointiin ennustavat nuorten tupakointia (Ashley ym. 2008).

Nuorten tupakointiin vaikuttavat useat tekijät, kuten kulttuuri ja ympäristö, jossa nuori elää (Kendler ym. 2008, Kulbok ym. 2008, Niemelä ym. 2009). Erityisesti ystävät ja tavat viettää vapaa-aikaa näyttävät olevan merkityksellisiä nuorten tupakoinnissa (Dick ym. 2007, Niemelä ym. 2009). Nuoret näkevät tupakoinnin usein esimerkiksi ensisijaisesti sosiaalisen kanssakäymisen apuvälineenä tai ajanviettotapana (Walsh & Tzelepis 2007). Kuitenkaan tupakoivilla ystävillä ei tunnu olevan suoraa vaikutusta nuorten tupakointiin, sillä tupakoivien perheiden nuoret tai itse tupakoivat nuoret näyttävät pikemmin valikoituvan tupakoivien ystäväpiiriin (Engels ym. 2004, Kempainen ym. 2006).

Euroopassa tehdyissä perherakennetta käsittelevissä tutkimuksissa (Griesbach ym. 2003, Paavola ym. 2004, Otten ym. 2007) kahden vanhemman ydinperheen on todettu lähes poikkeuksetta suojaavan nuoria tupakoinnilta verrattuna muihin perhemuotoihin. Vanhempien ammatillinen tai koulutuksen mukainen asema välittyy nuorten käsityksiin ja asenteisiin, esimerkiksi tupakoivien vanhempien lapset saattavat pitää tupakointia luonnollisena osana aikuisten elämää (Rainio & Rimpelä 2009). Lisäksi vanhempien tupakoimattomuuden (Rosendahl ym. 2003) ja kielteisen suhtautumisen tupakointiin (Simons-Morton 2004) on todettu olevan yhteydessä nuorten tupakoimattomuuteen. Nuoria suojaavat tupakoinnin todennäköisyydeltä ja päivittäiseltä tupakoinnilta myös vahvat perhesiteet, perheen keskinäinen kommunikointi sekä vanhempien tuki ja osallisuus lasten toimintoihin (Fleming ym. 2002, Tilsson ym. 2004).

Tyypillisesti nuorten tupakoinnin kokeilut ja aloittaminen ajoittuvat 13–15-vuoden ikään (Ajdacic-Cross ym. 2009, Rainio ym. 2009). Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista pojista (14–15-vuotiaat) ja tytöistä tupakoi päivittäin 12 %. Vaikka nuorten tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla, huomattavaa on, että 15–16-vuotiaiden ikäryhmässä 40 % on kokeillut tupakkaa tai polttaa satunnaisesti, mutta siitä ei ole muodostunut pysyvää tapaa (Raitasalo ym. 2012).

Nuoren tupakointi saattaa olla yhteydessä masennus- ja ahdistusoireisiin (Grandford ym. 2009, Saban & Fisher 2010, Kinnunen ym. 2010a) ja/tai se saattaa liittyä emotionaalisesti ja psyykkisesti vaikeisiin tilanteisiin keinona lievittää omaa ahdistusta (Walsh & Tzelepis 2007). Tupakoinnin taustalla voi olla myös ongelmat koulussa tai heikko koulumenestys (Pennanen ym. 2011). Niemelä (2008) totesi seurantatutkimuksessaan, että lapsuuden masentuneisuus ennakoii päivittäistä tupakointia 18-vuotiaana, etenkin matalasti koulutettujen isien pojilla. Kinnusen ym. (2010a) tutkimuksen mukaan 14-vuotiaiden poikien tupakointi ja riitainen suhde vanhempiin olivat yhteydessä mielenterveysoireisiin varhaisaikuisuudessa.

2.2.4. Vanhempien ja nuorten alkoholin käyttö

Vuonna 2015 Suomessa alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 10,8 litraa sata prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Suomessa kulutetaan enemmän väkeviä alkoholijuomia kuin useimmissa Pohjoismaissa. Vuonna 2011 alkoholin tilastoitu kulutus oli korkeinta Tanskassa, 10,6 litraa sataprosenttiseksi muutettua alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Vastaava luku oli Suomessa 9,8 litraa. Muissa Pohjoismaissa alkoholin tilastoitu kulutus oli 6,6–7,3 litraa. (THL 2015a) Myös Heldanin ym. (2013) raportissa todetaan, että alkoholin kulutus on lisääntynyt pitkällä seurantajaksolla vuosina 1982–2013 kaikissa koulutusryhmissä ja koulutusryhmien väliset erot ovat pienentyneet.

Riskikäytön rajoina miehillä on seitsemän annosta tai enemmän kerralla tai viikossa 24 annosta tai enemmän ja naisilla viisi annosta tai enemmän kerralla tai viikossa 16 annosta tai enemmän (WHO). Heldanin ym. (2013) tutkimuksen mukaan tutkimusjaksojen alussa 1982–1985 alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä 26 % ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvista miehistä 36 % raportoivat juoneensa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa, kun taas vuosina 2011–2013 vastaavat prosenttiosuudet olivat 42 % ja 41 %. Vastaavasti naisten kohdalla vuosina 1982–1985 alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista noin 10 % ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvista 17 % ilmoitti juovansa vähintään viisi alkoholiannosta viikossa, vuosina 2011–2013 vastaavat osuudet olivat 26 % ja 29 %.

Nuorten ensimmäiset alkoholikokeilut ajoittuvat noin 10–15-vuoden ikään. Suomalaisista 15–16-vuotiaista nuorista yli 80 % on juonut alkoholia vähintään kerran elämänsä aikana (Raitasalo ym. 2012). ESPAD-tutkimuksen mukaan noin puolet Euroopan koululaisista on juonut jotakin alkoholijuomaa jo 13-vuotiaana. Yleisintä nuorten (15–16-vuotiailla) alkoholin juominen oli Tšekin tasavallassa ja Baltian maissa ja vähiten nuorten juomiskokemuksia oli Islannissa, Norjassa ja Portugalissa. Sukupuolittain tarkasteltuna Euroopan maissa pojat käyttävät alkoholia pääsääntöisesti tyttöjä yleisemmin. (Hibell ym. 2012) Suomessa erot tyttöjen ja poikien välillä ovat vähäisiä, mutta vähintään kuukausittain itsenä humalaan juovien tyttöjen osuus on jonkin verran poikia suurempi (36 % vs. 32 %) (Raitasalo ym. 2012). Samoin Mäen (2012b) tutkimuksen mukaan nuorten (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten) itsensä raportoimana vähintään kerran todella humalassa oleminen oli hieman yleisempää tytöillä.

Kouluterveyskyselyjen mukaan itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa juovien kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten osuus on pienentynyt. Vuosina 2000–2009 kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten 26 % kertoi juovansa itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa (Luopa ym. 2010), kun vuonna 2013 vastaava luku oli 12 %. Kyselyjen tulokset perustuvat nuorten omaan raportointiin. Lasten terveysseurantatutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa äidin koulutuksen

mukaan ilmeni, että vähemmän koulutettujen äitien nuorilla humalakokemukset olivat hieman yleisempiä kuin enemmän koulutettujen äitien nuorilla (Mäki 2012b).

Vanhempien runsaan päihteiden käytön ja geneettisen perimän tiedetään olevan yhteydessä nuoren alkoholinkäyttöön (Björkqvist ym. 2004, Seljamo ym. 2006, Kendler ym. 2008, Merline ym. 2008). Kendlerin ym. (2008) tutkimuksen mukaan varhaisnuorten päihteiden käyttöön vaikuttivat myös ympäristötekijät, kun taas myöhemmin nuoruudessa vaikuttivat enemmän geneettiset tekijät.

Perhetekijöistä tiedetään, että perheen matala sosioekonominen asema ja ongelmallinen vanhemmuus yhdistettynä alkoholiongelmiin lisäävät alkoholiongelmien todennäköisyyttä nuoren myöhemmissä elämänvaiheissa (Keller ym. 2005, Pitkänen 2006, Seljamo ym. 2006). Fröjdin ym. (2007) tutkimuksen mukaan humalajuominen ja muiden päihteiden käyttö on tyypillistä yksinhuoltajaperheessä asuville nuorille sekä nuorille, joiden perheeseen kuuluu äiti- tai isäpuoli. Seljamon ym. (2006) tutkimus osoitti, että sosiodemografisista tekijöistä se, että lapsi asuu pysyvästi erillään vähintään toisesta biologisesta vanhemmasta ennustaa vahvimmin nuoren alkoholin käyttöä. Yksinhuoltajuuteen liittyvät muut mahdolliset tekijät, kuten äidin mielenterveysongelmat tai päihteiden käyttö, vaikuttavat vanhemmuuden laatuun ja näin selittävät yhteyttä lapsen päihteiden käyttöön (Fergusson ym. 2007). Vanhempien avioero lapsuus- ja nuoruusvuosina on erityisesti pojilla liitetty liialliseen alkoholinkäyttöön myöhemmin nuoruudessa (Huurre ym. 2010).

Varhain aloitetulla ja runsaalla alkoholinkäytöllä saattaa olla yhteys nuoren kehitysongelmiin kuten viivästyneeseen puberteettiin (Niemelä 2008), masentuneisuuteen (Haarasilta 2003, Ajdacic-Gross ym. 2009), riskikäyttäytymiseen (Eklund & Klinteberg 2009) sekä nuoren myöhempään päihteiden käyttöön (Niemelä ym. 2009, Korhonen ym. 2010). Fröjdin ym. (2008) Nuorten mielenterveys -kohorttitutkimus osoitti, että vähintään kerran kuukaudessa juovat yhdeksäsluokkalaiset olivat kolme kertaa todennäköisemmin ahdistuneita kuin harvemmin alkoholia juovat ikätoverinsa. Fergussonin ym. (2007) pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että häiriökäyttäytyminen nuoruudessa oli yhteydessä päihteiden väärinkäyttöön myöhemmin elämässä. Ruotsalaistutkimuksen (Eklund & Klinteberg 2009) mukaan 14-vuotiaiden poikien humalajuominen liittyi usein rikollisuuteen kuten varkauksiin, uhkailuun ja fyysiseen väkivaltaan.

2.3. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin haasteet

2.3.1. Lasten fyysiset sairaudet ja oireilu

Suomalaisten lasten terveys on maailmanlaajuisesti hyvä. Imeväisyyskuolleisuus on Suomessa maailman alhaisinta ja vakiintunut 2000-luvulla tasolle 3/1000 elävänä syntynyttä lasta (Kartovaara 2007a). Kuitenkin osa lapsista kärsii kroonisista terveysongelmista, ja lasten fyysisistä pitkäaikaissairauksista yleisimpiä ovat astma ja allergiat (Haahtela ym. 2005, von Hertzen ym. 2006, Haahtela ym. 2013). Erytyskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetuista lapsista yli 60 % sairastaa astmaa ja noin 10 %:lla on ruoka-allergioita (Haahtela ym. 2008). Eniten säännöllistä lääkitystä lapsilla on allergioiden ja astman hoitoon (Ylinen ym. 2010). Ruoka-allergiat ovat yleisimpiä 2–3-vuotiailla, jonka jälkeen kouluiässä allergiat alkavat väistyä (Lasten ruoka-allergia 2009). Tosin arviot allergioiden yleisyydestä vaihtelevat riippuen siitä, tarkastellaanko vanhempien raporttoimia vai terveydenhuollon ammattilaisten toteamia tapauksia (Haahtela ym. 2008, Pyrhönen ym. 2009).

Lasten terveysseurantatutkimuksen (2012) mukaan neuvolaikäisillä pojilla noin viidesosalla ja hieman useammalla kuin joka kymmenennellä tytöllä oli jokin lääkärin diagnosoima pitkäaikaissairaus, (astma, atooppinen tai allerginen ihottuma, allerginen nuha, ruoka-allergia, epilepsia, diabetes, reuma, syöpä, psyykinen häiriö tai keliakia) tai vamma ja/tai kehitysviive (synnynnäinen sydän- ja rakennevika, älyllinen kehitysvamma, CP-liikuntavamma tai muu kehitysviivästyminen). Vastaavasti kouluikäisistä pojista lähes 40 %:lla ja tytöillä 32 %:lla oli jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviivästyminen (Laatikainen & Mäki 2012b). Perälän ym. (2011) selvityksessä alle 9-vuotiaita tutkittaessa havaittiin, että yli neljänneksellä lapsista oli jokin sairaus, vamma tai kehitysviive. Tutkimus suoritettiin vanhemmille tehtynä postikyselynä vuonna 2009.

Lasten kehityshäiriöillä tarkoitetaan määrällistä tai/ja laadullista poikkeavuutta yhdellä tai useammalla kehityksen osa-alueella, kuten aistitoiminnoissa, motoriikassa, puheessa, kielessä, kommunikaatiossa tai muussa kognitiivisessa kehityksessä, persoonallisuudessa, käyttäytymisessä tai omatoimisuustaidoissa (Lano 2013). Kehityshäiriöihin liittyy usein terveydellisiä ongelmia, jotka vaikuttavat oppimiskykyyn, sosiaaliseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin (Solantaus ym. 2004).

Suomalaisista nuorista (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaiset) noin kolmannes arvioi terveydentilansa yleensä erittäin hyväksi (Mäki 2012c). Kuitenkin nuoret kokevat usein erilaisia oireita. Tavallisimpia nuorten raporttoimia kipuoireita niin Suomessa kuin muissakin maissa ovat päänsärky (Larsson & Zaluha 2003, Kröner-Herwig ym. 2007), niska-hartia- sekä selkäkivut (Rothlisigkeit ym. 2005, Auvinen 2010, Ståhl ym. 2014) ja vatsakivut (Ghandour ym. 2004, Logan & Curran 2005). Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan peruskoulun kahdeksas- ja

yhdeksäsluokkalaisista joka kolmas raportoii päänsärkyä ja/tai niska-hartiasärkyä viikoittain. Nuoruusiässä erilaisten kipuoireiden esiintyvyys on lisääntynyt, kuitenkin hoitoa vaativat kivut ovat harvinaisia (Auvinen 2010). Kipuoireiden lisäksi yleisiä nuorten kokemia oireita ovat väsymys (Kouluterveyskysely 2013) ja erilaiset univaikeudet (Larsson & Zaluha 2003, Farrand ym. 2007).

2.3.2. Lasten psykososiaaliset ongelmat

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöllä tarkoitetaan pitkäkestoista ja toistuvaa epäsosiaalista käyttäytymistä, joka rikkoo muiden perusoikeuksia ja ikäkauteen kuuluvia sosiaalisia normeja. Poikien käytöshäiriöt ovat lapsuusiässä noin neljä kertaa ja nuoruusiässä noin kaksi kertaa yleisempiä kuin tyttöjen (Frick & Dickens 2006).

Varhaislapsuudessa ja alakouluiässä korostuvat käytösongelmat ja ahdistushäiriöt (Weissman ym. 2006, Ashman ym. 2008, Solantaus & Paavonen 2009) sekä sosioemotionaaliset ongelmat, kuten sosiaalinen arkuus, aggressiivisuus sekä kognitiiviset ongelmat (Beardslee ym. 2003). Aiempien tutkimusten (Soudander ym. 2007, Niemelä 2008) mukaan lapsuuden käytösongelmat, hyperaktiivisuus ja tunne-elämän ongelmat ennakoivat mielenterveysongelmia varhaisaikuisiässä. Käytöshäiriöisen lapsen koulumenestys on usein heikko, vaikka hänen älykkyytensä ei poikkeaisi keskimääräisestä (Burke ym. 2002). Tämä voi saada lapsen etsimään muita menestymisen muotoja, kuten kiusaaminen tai auktoriteetin vastustaminen, joka lisää ongelmia ja ristiriitoja koulussa (Kaltiala-Heino ym. 2010a).

Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden ilmenemiseen vaikuttavat perinnöllisen alttiuden (Viding ym. 2005) ohella varhaiseen kehitysympäristöön liittyvät riskitekijät, kuten äidin raskaudenaikainen päihteiden käyttö (Tikkanen 2008, Räisänen ym. 2013) sekä kasvuympäristöön liittyvät tekijät, esimerkiksi perheväkivalta (Perttu 2004, Lepistö ym. 2010), vanhempien mielenterveys ja sosiaaliset ongelmat sekä perheen sisäiset ristiriidat (Leinonen ym. 2003, Weissman ym. 2006, Soudander ym. 2006)

Mielenterveyden häiriöt

Eriasteiset mielenterveyshäiriöt ovat tavallisimpia koululaisten psykososiaalisia ongelmia. Moniin mielenterveyden häiriöihin liittyy sosiaalisten taitojen, esimerkiksi vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia (mm. Kaltiala-Heino ym. 2001). Nuoruusikä on lapsuudesta aikuisuuteen johtava kehitysvaihe 12 ja 22 ikävuoden välillä, jolloin nuori käy läpi voimakkaan biologisen, psykologisen ja sosiaalisen muutoksen (Stenberg 2005, Aalberg & Siimes 2007). Useimmat mielenterveyshäiriöt ilmenevät jo varhaisnuoruudessa, sillä noin puolet häiriöistä alkaa 14 ikävuoteen mennessä ja

kolme neljäsosaa 25 ikävuoteen mennessä (Kessler ym. 2005). Eri tutkimusten mukaan noin 20–25 % nuorista kärsii joistain mielenterveyden oireista nuoruuden aikana (Aalto-Setälä ym. 2002, Marttunen & Karlsson 2013). Kuitenkin mielenterveysoireiden tarkkaa esiintyvyyttä on vaikea arvioida, koska määrä riippuu siitä, missä kontekstissa ja millaisin kriteerein ilmiötä on tutkittu (Patel ym. 2007).

Yleisimmät nuorten mielenterveysoireet ovat mieliala-, ahdistuneisuus- ja masennusoireet (Aalto-Setälä ym. 2002, Twenge ym. 2002, Solantaus ym. 2004), käytös- ja päihdehäiriöt (Lehto-Salo & Marttunen 2008, Solantaus & Paavonen 2009) tai psykosomaattiset oireet (Steinhausen & Metzke 2007). Aiemmissä tutkimuksissa on todettu erilaisten psykosomaattisten oireiden olevan yhteydessä masennukseen (Larsson & Sund 2007, Sweeting ym. 2007). Tyttöillä syömishäiriöt ovat yleisempiä kuin pojilla (Hautala ym. 2005).

Nuorilla esiintyvät psykosomaattiset oireet voivat olla internalisoivia oireita, kuten jännittyneisyyttä, hermostuneisuutta, alakuloisuutta, pelkoja ja ruokahaluttomuutta (Sweeting ym. 2007, Farrand ym. 2007, Clausson ym. 2008a, Fox & Farrow 2009, Mäki 2012c) tai eksternalisoivia oireita, kuten ärtyneisyyttä, kiukunpuuskia, keskittymisvaikeuksia ja levottomuutta (Huurre ym. 2006, Mäki 2012c) tai uneen liittyviä oireita (Ghandour ym. 2004). Kansainvälisten tutkimusten mukaan tytöt kokevat erilaisia psykosomaattisia oireita poikia enemmän (Kröner-Herwig ym. 2007, Larsson & Sund 2007, Cummings ym. 2010), ja psykosomaattinen oireilu saattaa jatkua varhaisaikuisuudessa ahdistuneisuutena, pelkoina sekä stressi- tai erilaisina somaattisina oireina (Haarasilta ym. 2003, Steinhausen & Metzke 2007).

Lapsi ja nuori kehittyvät arkisessa elinympäristössään. Mielenterveyden häiriöiden syntyyn vaikuttavat perimä, ympäristö, elämäntapahtumat ja psykososiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat myös toisiinsa (Kaltiala-Heino ym. 2001, Viding ym. 2005, Paavonen ym. 2009a). Aiempien tutkimusten mukaan kouluyhteisön epäsuotuisalla ilmapiirillä on heikentävä vaikutus nuoren mielenterveyteen (mm. Bond ym. 2007). Masennusoireiden on todettu olevan yhteydessä kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen heikkenemiseen (Fröjd ym. 2008), kun taas oppimisvaikeudet tai heikko koulumenestys saattavat olla mielenterveyshäiriöiden riskitekijä. Toisaalta mielenterveyden häiriöt heikentävät toimintakykyä ja vaikeuttavat näin oppimista ja koulunkäyntiä (Kaltiala-Heino ym. 2010a).

Koululaiset hakeutuvat terveydenhoitajan vastaanotolle usein erilaisten psykosomaattisten oireiden, kuten päänsäryn tai univaikeuksien takia (Clausson ym. 2003, Larsson & Zaluhan 2003). Farrandin ym. (2007) tutkimuksen mukaan nuorten syyt hakeutua terveydenhoitajan vastaanotolle olivat omassa kehossa tapahtuvat muutokset, tunnetiloihin liittyvät tai perhetilanteeseen liittyvät asiat, ja näihin liittyvä tuen tarve. Nuorilla voi myös olla tarve keskustella aikuisen kanssa

esimerkiksi perheen taloudellisista vaikeuksista tai alkoholiongelmista (Rask ym. 2003, Duke ym. 2010)

Koulukiusaaminen

Koulukiusaamista on tutkittu runsaasti ja sillä on todettu olevan negatiivinen vaikutus lasten ja nuorten hyvinvointiin (mm. Kaltiala-Heino ym. 2010b, Salmivalli 2010). Suomalaislapsista ja -nuorista 10–15 % joutuu säännöllisesti koulukiusaamisen uhriksi (Kaltiala-Heino ym. 2010b). Aiempien tutkimusten mukaan alakoulun oppilaista 8–20 % ja yläkoulun oppilaista 5–10 % raportoitiin kokeneensa koulukiusaamista (Kaukinen & Salmivalli 2009, Konu 2010). Pojat joutuvat kiusaamisen kohteeksi useammin kuin tytöt (mm. McMahon ym. 2010). Kämpin ym. (2012) pohjoismaisessa koulukiusaamiseen liittyvässä selvityksessä (vuodesta 2006 vuoteen 2010) havaittiin koulukiusaamisen yleistyneen Suomen lisäksi Norjassa.

Koulukiusaamisen on todettu olevan yhteydessä nuorten psyykkisiin häiriöihin ja psykosomaattisiin oireisiin (Kaltiala-Heino ym. 2010b, Rivers & Noret 2010). McMahonin ym. (2010) tutkimuksessa havaittiin, että koulukiusatuilla pojilla oli muita poikia heikompi mielenterveys. Osallisuus koulukiusaamiseen joko kiusaajana tai uhrina on vahvasti yhteydessä mielenterveyden häiriöihin, niin internalisoiviin (masennus, ahdistuneisuus) kuin eksternalisoiviin oireisiin (käytös- tai päihdehäiriöihin) nuoruusiässä (Kaltiala-Heino ym. 2010b), joskin syy-seuraussuhteen suunnasta edelleen keskustellaan (Kaltiala-Heino ym. 2011). Poikkileikkaustutkimuksissa koulukiusaamisen uhriksi joutumisen on osoitettu olevan yhteydessä heikkoon itsetuntoon, masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin, itsetuhoisiin ajatuksiin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen (mm. Kaltiala-Heino ym. 2010b). Masennukseen ja ahdistuneisuuteen voi nuorilla liittyä itsetuhoisuutta, joka ilmenee oman kehon vahingoittamisena esimerkiksi viiltelemällä (mm. Rissanen ym. 2011).

Suomalaisessa pitkittäisaineistossa sekä kiusaajana että uhrina olo 15-vuotiaana ennusti pojilla myöhempää masennusta, kun taas tytöillä masennus 15 vuoden iässä ennusti myöhempää kiusaamisen uhriksi joutumisen kokemusta (Kaltiala-Heino ym. 2010b). Niemelän ym. (2011) tutkimuksen tulosten perusteella kahdeksanvuotiailla pojilla erityisesti kiusaajana oleminen näytti ennustavan huumekeiluja myöhemmässä 18 vuoden iässä. Tutkijat selittivät kiusaamisen ja myöhemmän huumeiden käytön yhteyttä kiusaajan epäsosiaalisilla persoonallisuuden piirteillä.

Mobiililaitteet, kuten älypuhelimet ja internet, ovat laajentaneet kiusaamisen koskemaan yhä nuorempia ja tapahtumaan yhä enemmän myös koulumaailman ulkopuolella. Lapset esimerkiksi lähettävät toistaan loukkaavia kuvia tai viestejä puhelimella ja Facebook-yhteisöpalveluissa. (Lindfors ym. 2012, Stauffer ym. 2012)

Koulupoissaolot

Koulupoissaolot, lukuun ottamatta somaattisista sairauksista johtuvia poissaoloja, jaetaan pinnaamiseen ja koulukieltäytymiseen. Runsaat poissaolot koulusta vaikuttavat myös oppimiseen. (Kearney 2008) Kaltiala-Heinon ym. (2003) tutkimuksessa havaittiin, että runsaat poissaolot ja pinnaaminen olivat yhteydessä yläkouluikäisen masennukseen, ahdistuneisuuteen ja psykosomaattisiin oireisiin sekä päihteiden käyttöön molemmilla sukupuolilla. Koulusta kieltäytyminen saattaa ilmetä jatkuvina somaattisina vaivoina tai koulupelkona (Kearney 2008).

2.3.3. Vanhempien sairauksien ja sosiaalisten ongelmien vaikutus lasten ja nuorten hyvinvointiin

Koti kasvuympäristönä tarjoaa lapselle sosiaalista pysyvyyttä ja turvallisuutta oman identiteetin rakentamiseen (mm. Hakulinen ym. 1999). Vanhempien vakavat sairaudet, esimerkiksi syöpä (Niemelä ym. 2012) tai mielenterveysongelmat (Beardslee ym. 2003, Leinonen ym. 2003, Weissman ym. 2006, Solantaus ym. 2010, Kerstis ym. 2013), ovat riskitekijöitä lapsen terveydelle ja kehitykselle.

Vanhempien mielenterveysongelmien, esimerkiksi äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen, on todettu vaikuttavan haitallisesti koko perheen elämään sekä äidin ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen (Misri & Kendrick 2008). On arvioitu, että noin 10–15 % synnyttäneistä äideistä kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (Patel ym. 2012). Vanhempien mielenterveysongelmat lisäävät lasten riskiä sairastua psyykkisiin häiriöihin lapsuudessa ja myös myöhemmin aikuisuudessa (Solantaus ym. 2004, Rutter ym. 2006, Paavonen ym. 2009a). Vanhempien päihteiden käyttö ja perheväkivalta vaikuttavat vanhemmuuteen ja perhesuhteisiin, mikä osaltaan voi olla lasten psykososiaalisten ongelmien taustalla (Sarkola ym. 2007, Lepistö ym. 2010). Pertun (2004) selvitysten mukaan 40–80 % lapsista on kuullut parisuhdeväkivallan ääniä tai joutunut silminnäkijöiksi, jolloin väkivalta on uhka myös lapsen kehitykselle. Vanhempien runsas alkoholinkäyttö on myös riski lapsen tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle, kuten kiintymyssuhteelle, turvallisuuden tunteelle sekä hoivalle ja huolenpidolle (Pajulo & Kalland 2006, Sarkola ym. 2007, Halme 2009, Duke ym. 2010). Äidin runsas alkoholinkäyttö raskauden aikana on riski sikiön kasvulle ja kehitykselle, esimerkiksi luuston ja sydämen rakenteen kehitykselle (Autti-Rämö 2011).

Perhetilanteiden muutokset (Hetherington 2003) ja perheen taloudelliset vaikeudet, kuten esimerkiksi köyhyys ja työttömyys (Leinonen ym. 2003, Lahdelma ym. 2007, Yoo ym. 2010) luovat haasteita vanhemmuuteen ja lapsiperheiden arkeen ja ovat sitä kautta uhka lasten psyykkiselle terveydelle. Perheen taloudelliset vaikeudet aiheuttavat usein vanhemmille stressiä, mikä vaikuttaa vanhempien voimavaroihin, käytökseen ja kasvatustyyliin (Hakulinen ym. 1999, Paananen ym.

2012), jolloin vanhemmilla ei ole aina voimavaroja tukea ja ohjata lasta (Leinonen ym. 2003, Raphael 2010)

Vanhemman sairaus tai muut häiriötekijät eivät suoraan ennusta lasten riskiä sairastua (Yoo ym. 2010). Pulkkinen (1996) pitkäaikaistutkimuksen (8–9-vuotiaista 35–36-vuotiaisiin) mukaan psykososiaaliseen kehitykseen vaikuttivat eniten vanhempien kasvatuskäytännöt. Vanhempien välinpitämättömyys lasta kohtaan voi johtaa siihen, että lapsella esiintyy myöhemmin sopeutumisvaikeuksia tai päihteiden käyttöä (mm. Duke ym. 2010). Suurin osa lapsista selviää haastavista perhetilanteista suojaavien tekijöiden ansiosta. Tällaisia ovat esimerkiksi hyvä itsetunto, ongelmaratkaisutaidot ja läheinen aikuissuhde. (Sapienza & Masten 2011) Vanhempien tuella ja ymmärryksellä on positiivinen vaikutus nuoren kehitykselle (Steinberg 2000, Halme 2009, Sarkadi ym. 2008). Vastaavasti nuoren riski masentua kasvaa, jos vanhemmat eivät anna tilaa nuoren mielipiteille ja itsenäisyyteen kuuluville konflikteille tai tue nuoren omaa ajattelua (Steinberg 2000). Sarkadin ym. (2008) tutkimuksessa erityisesti isän tuella oli positiivinen vaikutus poikien käytöshäiriöihin.

2.4. Huolen tunnistamisen ja tuen tarpeen arviointi neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa

2.4.1. Terveystenhoitajan huoli

Eriksson & Arnkil (2007) määrittelevät huolen subjektiiviseksi näkemykseksi, joka työntekijälle syntyy asiakassuhteessa. Vastaanottotilanteessa syntyvä ymmärrys huolesta perustuu intuitiiviseen kuvaan, joka rakentuu kolmesta elementistä: kognitiivisesta, emotionaalisesta ja moraalista. Kognitiivinen elementti sisältää havainnot, mielikuvat, ajatukset ja assosiaatiot, joita syntyy vuorovaikutustilanteessa. Emotionaalinen ja moraalinen elementti sisältää sekä tilanteen herättämät työntekijän tunteet että arvion siitä, mitä tässä tilanteessa ja työtehtävässä on velvollisuus tehdä. (Eriksson & Arnkil 2007) Huoli on subjektiivista ennakkointia tulevasta ja oletetuista toimintamahdollisuuksista (Appleton & Cowley 2004).

Terveystenhoitajan huolen puheeksi ottaminen vastaanottotilanteessa mahdollistaa asiakkaan tarpeiden tunnistamisen. Arnkil ym. (2000) ovat kehittäneet huolen vyöhykkeistön lasten, nuorten perheiden ja heidän kanssaan työskentelevien työntekijöiden yhteistyön välineeksi. Huolen vyöhykkeistö on huolen astetta ja työskentelysuhteita kuvaava metafora, kielikuva. Vyöhykkeistön avulla työntekijä jäsentää kokemaansa huolen astetta, omien auttamismahdollisuuksien riittävyttä sekä lisävoimavarojen (eri tahojen työntekijöiden) tarvetta. Huolen vyöhykeistö on jaettu työntekijän koetun huolen mukaan neljään huolen tasoon: ei huolta, pienen huolen alue, tuntuva huolen sekä suuren huolen alue. Viimeksi mainitussa on kyse kriisitilanteesta, joissa jo ammattietiikka pakottaa työntekijän toimimaan nopeasti. (Eriksson & Arnkil 2007) Kuitenkaan

terveystarkastuksissa tarkoituksena ei ole luokitella lapsia tai perheitä huolen asteen mukaan (Hakulinen-Viitanen & Mäki 2010).

Englantilaisen hoitotieteen tutkija Appletonin (1996) mukaan perheen tuen tarpeen tunnistamisessa tärkeintä on hoitajan oma ammatillinen arvio, joka perustuu tietoon perheen taustasta, historiasta sekä havainnointiin ja hoitajan omaan tietoperustaan, kokemukseen ja vaistoon vastaanottotilanteessa. Appleton (1996) tarkastelee lastensuojelun näkökulmasta käsitettä tukeminen (support), jolloin se tarkoittaa vanhemmuuden vahvistamista, rohkaisemista, neuvojen antamista ja tasavertaista työskentelyä perheiden kanssa terveyspalveluissa.

Kirjallisuudessa tuen tarpeen käsitteeseen liittyy myös läheisiä käsitteitä, kuten varhainen puuttuminen (Arnkil ym. 2000) ja varhainen tuki (Satka 2009). Erityisen tuen tarve nähdään varhaisen tuen jatkumona (Heimo 2002). Terveystarkastajan kokemus ja intuitio vaikuttavat hänen kykynsä tunnistaa perheen huolenaiheita (Appleton 1996, Heimo 2002, Hakulinen-Viitanen & Mäki 2012). Bradleyn ym. (2006) käyttävät käsitettä ”hiljainen tieto”, joka on henkilökohtaista osaamista sekä kykyä, esimerkiksi havaita asiakkaan ei-sanallisia merkkejä, ja se karttuu koulutuksen ja kokemuksen kautta. Varhainen huolten tunnistaminen ja tuen tarjoaminen ovat perheiden ongelmien ehkäisyn kannalta keskeisiä (Pelkonen & Hakulinen-Viitanen 2015).

Terveystarkastajan huoli voi syntyä terveystarkastustilanteessa havaituista lapsen, nuoren tai perheen tuen tarpeista tai lasten, nuorten tai vanhempien esille nostamista asioista. Lasten, nuorten ja koko perheen terveydentilan arviointiin terveydenhoitajan työvälineeksi on kehitetty erilaisia arviointimenetelmiä, esimerkiksi Vauvaperheen arjen voimavarat (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2011), Leikki-ikäisen neurologinen kehitys – (LENE) (Valtonen 2009) sekä terveyskäyttäytymiseen liittyviä lomakkeita, kuten päihteiden käyttöä mittaavat Audit-testi (WHO. The Alcohol Use Disorders identification Test, Guideline for Use in Primary Care) ja nuorten päihdemittari (Adolescents' Substance Use Measurement, ADSUME) (Pirkanen 2011) sekä Neuvokas perhe-menetelmä (perhe- ja voimavaralähtöinen liikunta- ja ravitsemusohjausmenetelmä) (Sydänliitto).

2.4.2. Neuvolatoiminta ja kouluterveydenhuolto Suomessa

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto tarjoavat lapsille ja nuorille sekä lapsiperheille universaaleja, ennaltaehkäiseviä palveluita. Palvelut ovat käyttäjille maksuttomia. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toimintaa ohjataan kansallisella lainsäädännöllä ja kuntien tehtävä on seurata ja tukea lasten terveyttä ja hyvinvointia neuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa. Terveystarkastuslakiin (1326/2010) on kirjattu velvoitteet neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon järjestämisestä ja sisällöstä (15 ja 16 §:t). Valtioneuvoston asetuksen (338/2011, aik. 380/2009) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä

ehkäisevästä suun terveydenhuollosta tarkoituksena on taata valtakunnallisesti yhteiset palvelut, tehostaa hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäistä syrjäytymistä sekä kaventaa terveyseroja.

Kouluterveydenhuollon toimintaan liittyy myös Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) osana yksilöllistä ja yhteisöllistä opiskeluhoitoa. Laissa määritellään myös kunnan vastuu koulupsykologien ja kuraattoripalvelujen järjestämisestä osana riittävää tukea ja ohjausta liittyen oppilaiden sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien ehkäisemiseksi. Lisäksi palveluilla edistetään koulun ja kodin välistä yhteistyötä sekä eri toimijoiden yhteistyötä. Kouluterveydenhuollon toteuttamista tukevat myös kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (STM 2004a, 2004b), joissa kiinnitetään huomiota muun muassa opiskeluympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toimintaa on tuettu myös kansallisilla ohjeistuksilla ja oppailla (STM 2004a, 2009, Hakulinen-Viitanen ym. 2012, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toimintaan liittyvät läheisesti myös lastensuojelulaki (417/2007) ja sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluissa pyritään ehkäisemään lastensuojelutarpeen syntymistä. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisessa lasta koskevassa toiminnassa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, miten eri toimenpidevaihtoehdot ja -ratkaisut parhaiten turvaavat lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin sekä iän ja kehitystason mukaisen huolenpidon.

Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) toiminnan valvonta kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valviralle ja aluehallintovirastolle. Asetuksen (338/2011) toimeenpanoa ja vaikutusta palvelujen kehitykseen on seurattu osana Terveiden edistäminen perusterveydenhuollossa tiedonkeruuta (TedBM) vuosina 2010, 2012 ja 2014. Tulokset ovat nähtävissä kuntakohtaisina ja alueellisina tietoina Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TEA-viisari-portaalissa. Neuvolapalvelujen kehitystä on seurattu myös eri tutkimuksissa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008). Uusimmassa seurantaraportissa (2014a), jossa selvitettiin äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon palvelujen nykytilaa, todettiin sekä neuvola- että kouluterveydenhuollon palvelujen kehittyneen säännösten mukaisesti. Kuitenkin kehittämistarpeita ilmeni edelleen henkilöstömitoituksissa suosituksiin nähden, hoito- ja palveluketjujen vahvistamisessa ja moniammatillisten verkostojen toiminnassa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2014a)

2.4.3. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin arviointi terveystarkastuksissa

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toiminnan keskiössä ovat määräaikaiset koko ikäluokalle suunnatut terveystarkastukset ja koko perheen laajat terveystarkastukset. Terveystarkastusten säännöllisyys ja jatkuvuus mahdollistavat lapsen, nuoren kasvun ja kehityksen seurannan, sairauksien ja muiden riskitekijöiden varhaisen tunnistamisen sekä terveyden edistämisen. (STM 2009) Lainsäädäntö (VNA 338/2011) sisältää myös veloitteen terveystarkastuksista poisjäävien asiakkaiden tuen tarpeiden selvittämiseen niin neuvolassa kuin kouluterveydenhuollossa. Tutkimustulosten perusteella tiedetään, että määräaikaisista tarkastuksista poisjääneiden riski syrjäytymiseen on suurempi kuin tarkastuksiin osallistuneilla (Rintanen 2000).

Laajoissa terveystarkastuksissa, jotka tekevät terveydenhoitaja ja lääkäri yhteistyössä, arvioidaan vanhempien ja perheen terveyttä, hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä sekä tuetaan perhettä lasten kasvuun ja kehitykseen liittyvissä asioissa (Pelkonen & Hakulinen-Viitanen 2015). Perheen hyvinvointi koostuu monesta eri tekijästä, esimerkiksi perheen arkielämästä ja toimeentulosta, sisäisistä vuorovaikutussuhteista, vanhempien terveydestä ja hyvinvoinnista sekä terveystottumuksista (Andersson 2005, Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Vanhempien ja koko perheen terveydellä ja hyvinvoinnilla on vaikutusta lapsen hyvinvointiin ja terveyteen (Hakulinen 1998, Paananen ym. 2012). Terveysneuvonta ja ohjaus käynnistyvät tarkastuksissa ilmenneissä lapsen tai perheen tuen tarpeista ja /tai vanhempien esille nostamista asioista sekä tarkastuksissa tunnistetuista huolista. Tavoitteena on tunnistaa mahdollisimman varhain lasten ja vanhempien tuen tarpeet ja kohdentaa tukea sitä tarvitseville. (Pelkonen & Hakulinen-Viitanen 2015)

Terveydenhoitaja tapaa alle kouluikäisen lapsen ja hänen perheensä terveystarkastuksissa yhteensä vähintään 15 kertaa, joista viisi kertaa lääkärin terveystarkastuksen yhteydessä. Terveyskeskukset toteuttavat terveystarkastuksia säännösten mukaisesti hyvin määrällisesti tarkasteltuna. Lisäksi terveydenhoitajat tekevät kotikäyntejä. (VNA 338/2011, Hakulinen-Viitanen 2014a)

Neuvolassa alkanutta lapsen ja hänen perheensä terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan jatketaan kouluterveydenhuollossa. Määräaikaiset koko ikäluokkaa (7–15-vuotiaat) koskevat vuosittain (1–9. lk.) järjestettävät terveystarkastukset mahdollistavat jokaisen oppilaan ja hänen perheensä tapaamisen. Laaja terveystarkastus järjestetään ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla. Yläkoulun laajassa terveystarkastuksessa (8. lk.) keskiössä ovat nuoren terveyteen, mielialaan, päihteisiin, seksuaaliterveyteen sekä ammatin valintaan ja jatkokoulutukseen liittyvät asiat. (VNA 338/2011, Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Lähtökohtana ovat nuoren ja vanhempien näkemykset nuoren ja perheen terveydestä, hyvinvoinnista, terveystottumuksista, voimavaroista, huolista ja tuen tarpeista (Hakulinen-Viitanen ym. 2012).

Aikaisemmissa asetuksen (VNA 338/2011) toimeenpanon seurannan ja valvonnan selvityksissä (Stahl & Saaristo 2011, Wiss ym. 2012) todettiin kehittämistarpeita erityisesti laajojen terveystarkastusten toteuttamisessa ja sisällöissä. Hakulinen-Viitasen ym. (2014a) seurantaselvityksen mukaan laajoissa terveystarkastuksissa perheentilannetta arvioitiin monipuolisesti, mutta äitiys- ja lastenneuvolassa selvästi laajemmin kuin kouluterveydenhuollossa. Moniammatillista yhteistyötä tukivat myös päivähoiton tai opettajan arvio lapsen selviytymisestä ja hyvinvoinnista päivähoitossa tai koulussa. Neuvoloiden hyvä tulos voi selittyä sillä, että äitiys- ja lastenneuvolan laajoissa terveystarkastuksissa hyödynnetään laajalti voimavaroja, joihin sisältyvät perheen hyvinvointiin liittyvät teemat. (Hakulinen-Viitanen ym. 2014a)

Vanhempien osallistumista kouluterveydenhuollon tarkastuksiin on tutkittu niukasti. Kouluterveydenhuollon tarkastuksiin osallistumista on kartoitettu lähinnä lasten ja nuorten hyvinvointiselvityksissä (mm. Rimpelä ym. 2008), joiden mukaan vanhempien osallistuminen yläkoulun terveystarkastuksiin oli vähäistä. Silvanin ym. (2014) tutkimuksen mukaan vanhemmat eivät osallistuneet kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksiin, koska heidän mielestään nuori voi hyvin tai nuorella tai perheellä ei ollut ongelmia. Vanhemmat olettivat myös nuoren suhtautuvan kielteisesti vanhempien läsnäoloon. Myös Hakulinen-Viitasen ym. (2014a) selvityksen mukaan tavallisimmat syyt vanhempien tarkastuksista poisjäännille olivat vaikeus osallistua työn vuoksi tai se, että lapset kieltävät vanhempia osallistumasta tarkastukseen. Vanhempien osallistumisen tärkeyttä koululaisten terveystarkastuksiin tulisi selkeyttää niin vanhemmille kuin nuorille. Vanhemmat tulee nähdä kouluterveydenhuollon kumppanina nuorten terveyden edistämisessä. (mm. Sormunen 2012).

2.4.4. Lasten terveystarkastusten käyttö Suomessa

Suomessa lähes kaikki lapsiperheet ovat julkisen palvelujärjestelmän asiakkaita. Lastenneuvolapalveluja käyttää 99,5 % lapsiperheistä (Leino ym. 2007). Monet lapsiperheet käyttävät samanaikaisesti useita palveluja, esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuollon sekä terveyskeskus- ja erikoissairaanhoidon palveluja että yksityislääkäripalveluja (mm. Rintanen 2007, Berra ym. 2009, Klavus 2010).

Yksityislääkärikäyntien määrä on lisääntynyt alle 9-vuotiailla lapsilla noin 10 % vuodesta 2007 vuoteen 2010 (Kanste ym. 2013). Vuonna 2011 eniten yksityislääkärikäyntejä oli 2-vuotiailla (167 käyntiä sataa ikäistä kohti). Käyntien kasvu selittyy osittain sillä, että yksityinen palvelutarjonta monipuolistui, esimerkiksi päivystyspalvelut yleistyivät. (Miettinen ym. 2013) Lasten vakuutukset ovat myös yleistyneet, noin joka kolmannella suomalaislapsella on yksityinen sairauskuluvakuutus, mikä osaltaan vaikuttaa käynteihin yksityislääkäriä (Teperi ym. 2009). Käyntejä on eniten pikkulapsilla erityisesti hengityselin- tai infektiosairauksien vuoksi (Berra ym. 2009).

Kansteen ym. (2013) vuoden 2009 tutkimuksessa, jossa selvitettiin alle 9-vuotiaiden lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön liittyviä tekijöitä, todettiin, että vanhempien lapseen liittyvillä huolilla oli merkitystä lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön. Vähintään kolme kertaa vuodessa yksityislääkäreiden palvelujen käyttöön liittyivät seuraavat tekijät: lapsen 1,5–3-vuoden ikä, vähintään kaksi pitkäaikaissairautta, lasten vähäinen määrä perheessä, vanhempien korkea tulotaso sekä kaupunkiympäristössä asuminen ja vanhempien arvioima julkisten terveyspalvelujen vaikea saatavuus. (Kanste ym. 2013) Samansuuntaisia tuloksia havaittiin Berran ym. (2009) vertailututkimuksessa, joka tehtiin 11 Euroopan maassa. Tutkimustuloksissa havaittiin, että terveyspalveluiden yhteydenottoihin vaikuttivat lapsen ikä, heikko terveys, perheen korkea sosioekonominen asema ja vanhempien korkea koulutustaso sekä yksityinen sairausvakuutus ja lastenlääkärijohtoinen terveydenhuoltojärjestelmä (Berra ym. 2009). Suomessa terveyspalvelujen käytössä niin lapsilla kuin aikuisilla on todettu sosioekonomisia ja väestöryhmittäisiä eroja liittyen sosiaaliseen asemaan, tulotasoon, asuinalueeseen, koettuun terveyteen ja yksityiseen sairausvakuutukseen (Kallio 2008, Klavus 2010).

Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon avokäynnit ovat lisääntyneet vuodesta 1994 vuoteen 2012, ja alle 12-vuotiaiden lasten avohoitokäyntimäärät kasvaneet kolminkertaiseksi. Nuorisoiäikäisillä 13–17-vuotiailla nuorisopsykiatristen avohoitokäyntien määrä kasvoi samaan aikaan yli viisinkertaiseksi (Santalaha & Marttunen 2014). Pojat ohjautuvat lapsuusiässä tyttöjä useammin mielenterveysyistä erikoissairaanhoidon, kun taas nuoruusiässä (13–17-vuotiaana) tyttöjen psykiatrian poliklinikkakäynnit ovat yleisempiä (Rintanen 2007, Paananen ym. 2013). Palvelujen käyttöä koskevissa tutkimuksissa on arvioitu noin 20–40 % mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista oleva hoidon piirissä (Aalto-Setälä ym. 2002, Marttunen & Kaltiala-Heino 2011). Hoitoon ohjautuminen on kuitenkin lisääntynyt viime vuosina (mm. Sourander ym. 2008). Aiempien tutkimusten mukaan suurin osa syömishäiriöistä kärsivistä tai itsetuhoisesti käyttäytyvistä nuorista ei hae apua tai heillä ei ole kykyä siihen, sillä heidän on vaikea tiedostaa avun tarvetta. (Hautala ym. 2005, Rissanen ym. 2011).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperhekyselyn (2012) mukaan terveyspalveluja käyttäneistä vanhemmista 20 % piti terveyskeskuksen vastaanottopalvelujen sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian saatavuutta melko tai erittäin vaikeana. Myös pienten lasten puheterapian saatavuudessa oli vaikeuksia (18 %). Tulokset perustuvat vastauksiin vanhemmilta, joilla oli alle seitsemänvuotiaita lapsia (pikkulapsiperheet n=1 125).

Santalaha ym. (2009) selvityksen mukaan osa lapsista ja nuorista, joilla on mielenterveysongelmia, ei ole saanut hoitoa. Myös Tuomisen ym. (2011) tutkimuksessa havaittiin varhaisen avun palveluissa viiveitä erityisesti lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa.

Paakkonen (2012) totesi tutkimuksessaan, että psykiatrisen hoidon palvelujärjestelmällä ei ole ollut aina keinoja vastata oikea-aikaisesti vaikeahoitoisten lasten ja nuorten tarpeisiin. Yleisesti lapset joutuvat jonottamaan mielenterveyspalveluihin pääsyä ja vaikeahoitoisten alaikäisten hoitointerventiot ovat olleet pirstaleisia johtuen lähinnä siirtymisestä hoitopaikasta toiseen.

2.4.5. Asiakkaiden näkemyksiä neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluista

Perheiden näkemyksiä ja kokemuksia neuvolapalveluista on tutkittu paljon. Useissa neuvolaan käsittelevissä tutkimuksissa (mm. Viljamaa 2003) on ilmennyt, että vähemmän kouluttautuneet vanhemmat ja yksinhuoltajat ovat tyytyväisempiä neuvolan palveluihin, kun taas korkeimmin kouluttautuneet ovat tyytymättömämpiä, ja eniten odotuksia neuvolaan kohtaan on uusperheiden vanhemmilla. Vanhemmat odottavat palvelun olevan yksilöllistä, perhekeskeistä, kannustavaa, luottamuksellista ja kiireetöntä (Yarwood 2008, Hakulinen-Viitanen ym. 2012).

Äitiys- ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon saatavuus ja saavutettavuus koetaan yleisesti kohtalaiseksi hyväksi (Perälä 2014). Valtakunnallisen neuvoloiden asiakastyytyväisyyskysely (2014) mukaan asiakkaat arvioivat neuvoloiden toiminnan tason erittäin hyväksi. Vahvuuksina todettiin erityisen hyvä vuorovaikutus terveydenhoitajan ja lapsen välillä, henkilökunnan ajan riittävyys ja palveluiden saaminen omalla äidinkiellällä. Kehittämistarpeina nähtiin henkilökunnan tavoitettavuus, sähköinen asiointi ja oheispalvelujen tarjonta. (THL 2015b)

Vanhemmat odottavat ja arvostavat myös neuvolasta saamaansa tukea (Hakulinen-Viitanen ym. 2014a). Aikaisempien tutkimusten mukaan osa vanhemmista koki tuen määrän riittämättömäksi, erityisesti vanhemmuuden tukemiseen (Heimo 2002, Fägersköld ym. 2006, Barnes ym. 2008, Tammentie 2009, Laitinen ym. 2013). Äidit kaipasivat tukea ja ohjausta imettämiseen, vauvan uniongelmiin sekä omaan uupumukseen (Barnes ym. 2008, Laitinen ym. 2013). Tammentien (2009) tutkimustuloksen mukaan neuvoloissa ei tunnusteta riittävästi masentuneiden äitien tuen tarpeita. Samansuuntainen tulos havaittiin Laitisen ym. (2013) tutkimuksessa, jolloin sosiaalista tukea kokivat saaneensa vähemmän ne äidit, joilla oli masennusoireita tai kielteinen näkemys perheen toimivuudesta. Vanhemman kokeman stressin ja masennuksen tunnistaminen ja tuen tarjoaminen ovat erityisen tärkeitä vanhemman hyvinvoinnille ja vanhemmuudelle, jotka vaikuttavat myös lapsen hoitoon ja kehitykseen (Heimo 2002, Dubowitz ym. 2007).

Nykyisin isät osallistuvat lastensa neuvolakäynneille aiempaa useammin (Hakulinen-Viitanen ym. 2014b). Isien kokemus henkilökohtaisen tuen saannista on edelleen pieni. Isät kaipaavat tietoa vanhemmuuteen, vauvan hoitoon ja parisuhteen vaalimiseen liittyvistä asioista (Bradley ym. 2004, Fägersköld 2006, Deave & Johansson 2008). Vuorenmaan ym. (2011) tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhoitaja tunnisti isän tuen tarpeen, kun kyseessä on jokin selkeä ongelma,

esimerkiksi lapsen pieni syntymäpaino. Kun taas tuen tarpeen taustalla ei ole konkreettista ongelmaa, se jää helposti tunnistamatta.

Vuonna 2012 toteutetun Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperheiden kyselyn mukaan lähes neljä viidesosaa (78 %) vanhemmista arvio terveystarkastukset hyödylliseksi ja yli puolet (62 %) koki saaneensa laajassa terveystarkastuksessa riittävästi tietoa ja tukea vanhemmuuteen (Hakulinen-Viitanen ym. 2014b). Vanhemmista vain vajaa 10 % arvioi, että hän ei ollut saanut riittävästi tietoa ja tukea vanhemmuuteen. Lapsiperhekyselyyn vuonna 2012 osallistui 2 956 vanhempaa (1 834 äitiä ja 1 122 isää), joilla oli alle 18-vuotiaita kotona asuvia lapsia.

Kouluterveydenhuollon tutkimuksissa painottuvat vanhempien ja terveydenhoitajien välisen yhteistyön merkitys. Kouluterveydenhoitajan työtä arvostetaan, ja terveydenhoitajalla on ammattitaitoa vastata lasten terveystarpeisiin (Strid 1999, Merrell ym. 2007, Mäenpää 2008). Vanhemmat toivovat enemmän keskustelumahdollisuuksia esimerkiksi kasvatusasioista, ja heidän näkemystensä kuulemista lapsen hyvinvointiin liittyvissä asioissa (Clausson ym. 2003, 2008a, Mäenpää 2008). Sormusen (2012) tutkimuksessa havaittiin, että vanhemmat toivoivat terveydenhoitajan ottavan aktiivisemmin yhteyttä lapsia koskevista asioista muulloinkin kuin ongelmatapauksissa ja vanhemmat kokivat myös roolinsa vähäisenä kouluyhteisössä.

Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista) tytöistä 15 % ja pojista 11 % koki terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeana, vastaavasti koululääkärin vastaanotolle pääsyn vaikeana tytöistä koki 45 % ja pojista 29 %.

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluiden tulee mahdollistaa yksilöiden ja perheiden osallisuus, esimerkiksi palvelujen laadun ja asiakastyytyvyyden näkökulmasta (Hakulinen-Viitanen ym. 2014b). Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM 2004b) edellyttää koululaisten itsensä ja heidän perheittensä kuulemista ja osallistamista palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa.

2.5. Yhteenveto tutkimuksen taustasta

Suurin osa suomalaisista lapsista, nuorista ja perheistä voi hyvin. Kuitenkin osalla lapsiperheistä pahoinvointi on lisääntynyt ja sosioekonomiset terveyserot kasvaneet. Osa lapsista ja nuorista elää perheissä, joissa on terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Näillä on vaikutusta lasten ja nuorten terveyteen ja psykosiaaliseen kehitykseen. Vanhempien sosioekonomisella asemalla kuten perherakenteella, vanhempien koulutuksella ja työllisyydellä ja tuloilla, sekä perheen sosiaalisilla suhteilla, esimerkiksi perheen yhteisellä ajalla, aterialla, perheen keskinäisellä vuorovaikutuksella ja perheen saamalla sosiaalisella tuella, on vaikutusta lasten ja nuorten

terveyteen ja hyvinvointiin. Vanhempien, lasten ja nuorten elintavat ja terveystyytymisen luovat myös haasteita terveydelle ja hyvinvoinnille.

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon määräaikaiset terveystarkastukset sekä laajat, koko perheen terveystarkastukset, joissa tavataan koko ikäluokka, mahdollistavat terveydenhoitajan huolen havaitsemisen ja varhaisen tuen tarpeen tunnistamisen. Neuvolassa alkanutta lasten terveyden ja hyvinvoinnin seuranta jatketaan kouluterveydenhuollossa.

Huoli käsitteenä on monimuotoinen ja vaikeasti yksiselitteisesti määriteltävissä. Huoli on aina subjektiivinen näkemys, joka työntekijälle syntyy vastaanottotilanteessa. Terveydenhoitajan intuitio ja kokemus sekä lasten, nuorten ja perheiden tuntemus vaikuttavat hänen kykyynsä tunnistaa huolia terveystarkastustilanteessa. Tässä tutkimuksessa kuvataan terveydenhoitajan huolien yhteyksiä perhetekijöihin, terveyteen ja terveystyytymiseen sekä toimintamahdollisuuksia, joita terveydenhoitaja kohtaa huolen herätessä kouluterveydenhuollossa.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajan huolia ja toimintamahdollisuuksia sekä selvittää huoliin yhteydessä olevia perhetekijöitä, terveyttä ja terveystyytymistä. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhoitajan työn kehittämiseen ja ennaltaehkäisevien lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämiseen.

Tutkimustehtävät:

1. Miten perhetekijät ovat yhteydessä terveydenhoitajien huoleen neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa? (osajulkaisu I)
2. Millaisia huolia ja toimintamahdollisuuksia terveydenhoitajilla on kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa? (osajulkaisu II)
3. Miten nuoren perhetekijät sekä terveystyytymisen (tupakointi) ovat yhteydessä terveydenhoitajien huoleen kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa? (osajulkaisu III)
4. Miten vanhempien ja lasten terveys, terveystyytymisen sekä perhetekijät ja sosiaaliset suhteet ovat yhteydessä terveydenhoitajien huoliin neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa? (osajulkaisu IV)

4. TUTKIMUSAINIESTOT JA MENETELMÄT

4.1. Tutkimusasetelma ja aineistot

Tutkimuskysymykset johtavat tutkijan valitsemaan joko määrällisen tai laadullisen lähestymistavan tutkimuksessaan, mutta viime aikoina on lisääntyvästi päädytty näiden kahden otteen yhdistämiseen (mm. Ihantola & Khin 2011, Sormunen ym. 2013). Määrällisen ja laadullisen lähestymistavan yhdistämisestä käytetään englanninkielistä termiä *mixed methods research* (Johnson ym. 2007, Ihantola & Khin 2011). Monimenetelmä–tutkimusta käytetään enenevässä määrin terveystieteissä tutkimuskysymysten monimuotoisuuden vuoksi (Flemming 2007, Jourdan ym. 2011, Poikkeus ym. 2013). Monimenetelmä–tutkimuksissa määrällisen ja laadullisen lähestymistavan painotukset voivat vaihdella, sillä tärkeintä on, että molemmat metodologiat ovat edustettuina (Ihantola & Khin 2011).

Tässä tutkimuksessa päädyttiin määrällisen ja laadullisen lähestymistavan yhdistämiseen, koska tavoitteena oli saada laaja ja monipuolinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä, terveydenhoitajan huolesta lasten terveystarkastuksissa, sekä tuottaa käytännönläheinen ja monipuolinen eri näkökulmia valottava tutkimusaineisto (Ihantola & Khin 2011). Tutkimuksessa yhdistettiin määrällinen menetelmä, eli strukturoidut kyselylomakkeet ja laadullinen aineistokeruu, eli avoin ryhmähaastattelu.

Määrällisessä tutkimuksessa (osajulkaisut I, III, IV) käytettiin kansalliseen Lasten terveysseurantatutkimukseen (LATE) osallistuneiden vanhempien ja nuorten (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten) sekä terveydenhoitajien terveystarkastuksista saatua tietoa lasten ja perheiden terveydestä ja hyvinvoinnista (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010, Kaikkonen ym. 2012).

Laadullinen aineisto kerättiin LATE-pilottitutkimukseen (2007–2008) osallistuneilta terveydenhoitajilta (n=17) avoimella ryhmähaastattelulla terveydenhoitajien huolista ja toimintamahdollisuuksista lasten/nuorten terveystarkastuksissa kouluterveydenhuollossa vuosina 2011 ja 2013. Taulukossa 1 on kuvattu tutkimuksen toteutus kokonaisuudessaan.

Taulukko 1 Tutkimusaineisto, osallistujat, analyysimenetelmät ja osajulkaisut I-IV

Tutkimusasetelma ja lähestymistapa	Määrällinen kansallinen poikkileikkaustutkimus	Laadullinen tutkimus	Määrällinen kansallinen poikkileikkaustutkimus	Määrällinen kansallinen poikkileikkaustutkimus
Aineistot	Lasten terveysseuranta LATE-tutkimus	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ryhmähaastattelu	Lasten terveysseuranta LATE-tutkimus	Lasten terveysseuranta LATE-tutkimus
Kohderyhmä	n=6 506 (kaikki ikäryhmät) (neuvolaikäisiä n=3 397 kouluikäisiä n=3 109)	n=17 I-haastattelu (n=11) II-haastattelu (n=6)	n=958 (8-9lk.) (poikia n=457 tyttöjä n=501)	n=4 795 (3-5v, 1lk, 5lk, 8/9lk.) (neuvolaikäisiä n=1 684) kouluikäisiä n= 3 111)
Tutkimusympäristö	Lastenneuvola/ kouluterveydenhuolto	Kouluterveydenhuolto	Kouluterveydenhuolto	Lastenneuvola/ kouluterveydenhuolto
Aineistonkeruun ajankohta	vv. 2007–2009	vv. 2011, 2013	vv. 2007–2009	vv. 2007–2009
Analyyssimenetelmä	ristiintaulukointi X ² -testi logistinen regressioanalyysi	induktiivinen sisällönanalyysi	ristiintaulukointi X ² -testi logistinen regressioanalyysi rakenneyhtälömalli (polkumalli)	ristiintaulukointi X ² -testi logistinen regressioanalyysi
Julkaisut	Association between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examination Osajulkaisu I	School nurses' description of concerns arising during pupil' health check-ups: A qualitative study Osajulkaisu II	Family characteristics and health behavior antecedents of school nurses' concerns about adolescents' development: a path model approach Osajulkaisu III	Family characteristics and parents' and children's health behavior are associated with public health nurses' concerns at children's health examinations Osajulkaisu IV

4.1.1. Lasten terveysseurantatutkimus (LATE)

Lasten terveysseurantatutkimus (LATE) on kansallinen poikkileikkaustutkimus. Sen pilottiaineisto on koottu eri puolilta Suomea yhteensä 10 terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, ja lisäksi tutkimukseen kuuluu erillisotokset Kainuun maakunnasta ja Turun kaupungista. Tutkimusten tiedonkeruu tapahtui vuosina 2007–2009. Tutkimus toteutettiin osana lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaisten terveystarkastuksia. Tutkimukseen osallistui yhteensä 6 506 lasta, joista neuvolaikäisiä oli 3 397 ja kouluikäisiä 3 109. Neuvolaikäisistä puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaat lapset sekä kouluikäisistä (7–16 v.) ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaat osallistuivat määräaikaisiin terveystarkastuksiin, joiden yhteydessä aineisto kerättiin. Osallistumisaktiivisuus vaihteli ikäryhmittäin ja alueittain. Lastenneuvolassa osallistumisaktiivisuus vaihteli välillä (72–91 %) ja kouluterveydenhuollossa osallistumisaktiivisuudessa oli vaihtelua luokka-asteesta ja alueesta riippuen (68–88 %). Syitä tutkimuksesta kieltäytymiselle olivat erilaiset perhetilanteesta johtuvat syyt tai nuoren haluttomuus osallistua tutkimukseen. (Mäki ym. 2010)

Lasten ja perheiden hyvinvoinnista kerättiin tietoa vanhempien/huoltajien kyselylomakkeilla. Eri ikäryhmille oli omat lomakkeensa. Lisäksi tietoa kerättiin kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten

oppilaiden omalla kyselylomakkeella. Vanhempien/huoltajien kyselylomake sisälsi kysymyksiä lapsen perheestä ja elinympäristöstä, perheen sosioekonomisesta asemasta, lapsen ja huoltajien terveystyöskäytymisestä, perheenjäsenten sekä lapsen sairauksista ja oireista. Lisäksi tietoa kerättiin lapsen päivähoitojärjestelyistä ja koulunkäynnistä sekä lapsen terveydentilasta, ruokailutottumuksista, lääkityksestä, tapaturmista ja terveystyöskäytösten käytöstä. Lapsen molemmat vanhemmat/huoltajat täyttivät myös 10 kysymystä sisältävän WHO:n kehittämän alkoholinkäyttöä mittaavan AUDIT-testin (Alcohol Use Disorders Identification Test). Kahdeksas- tai yhdeksäsluokkalaisten kyselylomake sisälsi kysymyksiä nuoren terveydentilasta, oireista, ruokailutottumuksista, liikunnasta, päihteiden käytöstä, seurustelusta, koulunkäynnistä, kiusaamisesta ja R-BDI (Beck Depression Inventory) mielialakyselyn. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010)

Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) pilottitutkimuksen toteutukseen osallistui 22 lastenneuvolan terveydenhoitajaa ja 24 kouluterveydenhoitajaa (n=46). Tutkimuksen erillisotoksen TEROKA-terveysrojojen kaventamishankkeen tiedonkeruuseen osallistui Kainuussa 45 terveydenhoitajaa ja Turussa 106. Tutkimusta varten koulutetut terveydenhoitajat tekivät terveystarkastukset kaikille ikäryhmille. Terveystarkastusten sisällöt olivat lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon valtakunnallisten suositusten mukaisia. Tiedot kirjattiin tutkimuslomakkeisiin sekä terveyskeskuksen sähköiseen tai manuaaliseen lapsen terveystietomukseen. (Mäki ym. 2008, Mäki ym. 2010)

4.1.2. Terveydenhoitajien ryhmähaastattelut

Tutkimusaineisto kerättiin avoimella ryhmähaastattelulla touko-syyskuussa 2011 ja syyskuussa 2013. Ryhmähaastattelun katsottiin soveltuvan tutkimukseen, koska tutkittavasta aiheesta, terveydenhoitajien huolista lasten terveystarkastuksissa, oli vähän aiempaa tietoa. Ryhmähaastattelussa tulee esille ryhmän keskinäinen vuorovaikutus, mikä antaa todellisemman kuvan haastattelevien näkemyksistä heidän sosiaalisessa ympäristössään. (Burns & Grove 2005, Redmond & Curtis 2009, Barbour 2010).

Terveydenhoitajien yhteystiedot saatiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Terveydenhoitajat olivat osallistuneet Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) pilottitutkimukseen vuosina 2007–2008. Terveystyöskäytösten virallisten tutkimuslupien jälkeen tutkija lähetti haastattelupyynnön sähköpostitse kaikille LATE-pilottitutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille (n=46). Vuoden 2011 haastatteluihin osallistui yhteensä 23 lastenneuvola- että kouluterveydenhoitajaa. Osallistumiseen vaikutti yli kolmen vuoden aikaviive pilottitutkimuksen toteutuksesta sekä joidenkin terveydenhoitajien työkuviin muutokset ja eläköitymiset. Nämä vaikuttivat siihen, ettei kaikkia

terveydenhoitaja tavoitettu. Terveystenhoitajat työskentelivät seitsemässä terveyskeskuksessa Etelä- ja Keski-Suomessa. Kouluterveydenhuollossa työskenteli 11 terveydenhoitajaa.

Syksyn 2013 uusintahaastatteluun osallistui kuusi kouluterveydenhoitajaa (n=6) yhdestä Etelä-Suomen terveyskeskuksesta. Tutkimukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla oli keskimäärin yli 10 vuoden työkokemus. Iältään terveydenhoitajat olivat 44–60-vuotiaita.

Haastatteluteemat esiteltiin yhdellä terveydenhoitajalla, joka oli osallistunut LATE-pilottitutkimukseen. Haastattelukysymyksiä tarkennettiin pilottihaastattelun jälkeen. Pilottihaastattelu ei ole mukana varsinaisessa aineiston analyysissä.

Terveyskeskuksissa yksi terveydenhoitaja toimi yhteyshenkilönä, joka sopi haastatteluajankohdat ja -paikat tutkijan sekä haastateltavien kesken. Kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien työpaikoilla rauhallisissa kokous- tai työhuoneissa. Haastattelun alussa tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksen ja luottamuksellisuuteen liittyvät näkökohdat ja sen, että tiedonantajat voivat keskeyttää haastattelun niin halutessaan (Redmond & Curtis 2009). Ryhmähaastatteluihin osallistui kerrallaan 3–5 terveydenhoitajaa. Tutkija havainnoi myös tiedonantajien sanallista ja sanatonta viestintää sekä ohjasi haastattelun kulkua viestien perusteella (Stewart ym. 2007). Havainnointia ei käytetty tutkimusaineistoina. Haastatteluissa syntyi vilkasta keskustelua ja tiedonantajat kertoivat kokeneensa haastattelut myönteisenä kokemuksena. Haastattelut kestivät 60–90 minuuttia.

4.2 Keskeiset mittarit

Seuraavissa alaluvuissa 4.2.1–4.2.4 kuvataan tarkemmin tämän tutkimuksen kannalta keskeiset mittarit ja muuttujat. Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) alkuperäiset tutkimuskysymykset, vastausvaihtoehdot sekä tämän tutkimuksen muuttujien uudelleenluokittelu on kuvattu liitteessä (2). Tekstissä roomalainen numero I-IV viittaa osajulkaisuun, jossa muuttujaa on käytetty.

4.2.1. Huolen kirjaaminen

Lasten terveysseurantatutkimukseen (LATE) osallistuneet terveydenhoitajat tekivät terveystarkastuksen lopuksi lapsen fyysisen terveyden ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvioinnin. Terveystenhoitajat olivat saaneet koulutusta huolen arviointiin (Mäki ym. 2008). Arviointi sisälsi viisi huolen osa-alueita: lapsen terveydentila, psykososiaalinen kehitys, lapsen hoito ja kasvatus, perhetilanne sekä lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus. (Borg ym. 2011). Terveystenhoitajat arvioivat huolta jokaisella osa-alueella asteikolla: ei huolta, lievä huoli ja selvä huoli. Kokonaisarvio pohjautui terveystarkastustilanteeseen, vanhempien/ huoltajien kyselylomakkeista saataviin tietoihin sekä keskusteluihin heidän ja lapsen kanssa. Tarvittaessa

huomioitiin myös päivähoidosta, opettajilta tai muilta oppilashuollon henkilöiltä saatu tieto. Tavoitteena on tehdä terveystarkastuksen perusteella kokonaisarvio, jolloin on mahdollista tunnistaa yleisellä tasolla erityistä tukea tarvitsevien määrä. (Hakulinen-Viitanen & Mäki 2010)

Tämän tutkimuksen osajulkaisujen I, III ja IV analyseissä selitettävänä muuttujana terveydenhoitajan huoli luokiteltiin kolmiportaisesta kaksiluokkaiseksi: ei huolta sekä lievä tai selvä huoli. Osajulkaisussa I huoli muuttujina tarkastellaan terveydenhoitajan huolta lapsen tai nuoren fyysisestä terveydestä, psykososiaalisesta kehityksestä, kasvusta ja huolenpidosta, perhetilanteesta, varhaisesta vuorovaikutuksesta sekä summamuuttujana vähintään yksi huoli. Osajulkaisuissa III ja IV selitettävänä muuttujina olivat huoli lapsen tai nuoren fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä.

4.2.2. Perheen sosioekonomiseen tilanteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät

Perheen sosioekonomisia tekijöitä kuvaaviksi muuttujiksi Lasten terveysseuranta-aineistosta valittiin perherakenne, vanhempien koulutus ja työtilanne sekä näkemys tulojen riittävydestä. Muuttujat kuvaavat perheen sosioekonomista asemaa hieman eri näkökulmista. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin perheen sosiaalisiin suhteisiin läheisesti liittyviä tekijöitä kuten perheen yhteinen aika, yhteiset ateriat, perheen sosiaalinen tuki sekä lapsen käytökselle asetetut rajat.

Osajulkaisuun I perherakenne luokiteltiin neliluokkaiseksi muuttujaksi: ydinperhe, uusioperhe, yksinhuoltaja ja muu perhetilanne. Vastaavasti osajulkaisuissa IV käytettiin kolmiluokkaista muuttujaa: ydinperhe, yksinhuoltaja ja muu perhetilanne. Osajulkaisuun III polkumallissa käytettiin kaksiluokkaista muuttujaa: ydinperhe vs. muu perherakenne. Vanhempien peruskoulutuksen jälkeinen koulutus luokiteltiin kolmiluokkaiseksi muuttujaksi: vähintään keskiaste, alempi korkeakoulututkinto ja ylempi korkeakoulututkinto (osajulkaisu III ja IV). Osajulkaisuissa I äidin työllisyyttä kuvattiin viisiluokkaisella muuttujalla: kokopäivätyö, äitiys- ja vanhempainvapaa, osa-aikatyö/opiskelija, työtön ja muu tilanne. Sen sijaan osajulkaisuissa III ja IV vanhempien, siis sekä äidin että isän, työllisyys kuvattiin kaksiluokkaisena muuttujana: ei kokopäivätyötä tai kokopäivätyö. Perheen näkemyksestä tulojen kattavuudesta menoihin nähden muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja: riittävät tulot tai ei riittävät tulot (osajulkaisu I ja III). Perheen näkemystä tulojen riittävydestä kuvattiin kuusiluokkaisena muuttujana hyödyntäen kaikkia järjestysasteikollisia vastausvaihtoehtoja osajulkaisuissa IV.

Perhetekijöiden lisäksi sosiaalisia suhteita kuvaaviksi muuttujiksi valittiin perheen yhteisen ajan riittävyys, perheen yhteisen aterian yleisyys, perheen sosiaalisen tuen saamisen helppous ja lapsen käytökselle asetettujen rajojen helppous. Kyseiset muuttujat olivat neliluokkaisia (osajulkaisu IV). Muuttujat ja niiden vastausvaihtoehdot ja luokittelut on kuvattu liitteessä (2).

4.2.3 Lasten, nuorten ja vanhempien terveystyötyminen

Lasten, nuorten ja vanhempien terveystyötymistä kuvaaviksi muuttujiksi valittiin kansanterveydellisesti keskeisiä tekijöitä kuten ylipaino, tupakointi ja alkoholinkäyttö. Lisäksi tarkasteltiin lasten ja nuorten unta ja ruutuajan määrä sekä vanhempien liikunnallista aktiivisuutta. Lasten ja nuorten sosiaalista käyttäytymistä tarkasteltiin kaverien saannin ja ryhmäleikkeihin osallistumisen helpoudella sekä ystävien määrällä ja kiusaamisen yleisyydellä.

Pähteiden käyttöä tarkasteltiin vanhempien ja kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten tupakoinnilla sekä vanhempien alkoholin käytöllä. Vanhempien tupakoinnista käytettiin kaksiluokkaista muuttujaa: ei tupakoi / tupakoi (osajulkaisu III) sekä muuttujaa: kumpikaan ei tupakoi, jompikumpi vanhemmista tupakoi (IV). Vastaavasti kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten kohdalla muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi: ei tupakoi / tupakoi päivittäin tai satunnaisesti (osajulkaisu III). Molemmat vanhemmat olivat täyttäneet 10 kysymystä sisältävän WHO:n kehittämän alkoholinkäyttöä mittaavan AUDIT-testin (Alcohol Use Disorders Identification Test). Vanhempien alkoholinkäyttöä kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla: ei kummallakaan Audit-testissä ≥ 8 pistettä, jommallakummalla vanhemmista Audit-testissä ≥ 8 pistettä (osajulkaisu IV).

Vanhempien sekä neuvolaikäisten (3–5 v.) että kouluikäisten (1.lk, 5.lk, 8/9. lk) painoindeksin (body mass index, BMI) perusteella tehtiin kategorinen kolmiluokkainen muuttuja: normaalipaino, ylipaino, lihavuus. Kehon painoindeksi (BMI) on laskettu jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (kg/m^2). Ylipainoisten ja lihaviiden lasten osuus on määritelty kansainvälisten ikä- ja sukupuolispesifisten BMI-kriteereiden mukaan (Cole & Lobstein 2012) (osajulkaisu IV).

Vanhempien vapaa-ajan liikunnan harrastamisen useutta tarkasteltiin kuusiluokkaisen muuttujan avulla. Neuvola- ja kouluikäisten unen ja ruutuajan määrä (sisältää television katselun, videopelit ym.) arkipäivinä laskettiin tunteina päivässä ja neuvolaikäisillä yöuneen määrään yhdistettiin myös päiväunet. Kaikissa ikäryhmissä huomioitiin erilaisten ruutujen ääressä vietetty aika (osajulkaisu IV).

Neuvolaikäisten sosiaalista käyttäytymistä kuvaaviksi muuttujiksi valittiin kaverien saannin ja sosiaalisiin leikkeihin osallistumisen helpous, molemmat muuttujat olivat neliluokkaisia. Vastaavasti kouluikäisten kohdalla valittiin ystävien määrä ja kiusaamisen yleisyys, molemmat muuttujat olivat neliluokkaisia. (osajulkaisu IV) Muuttujat ja niiden vastausvaihtoehdot ja luokittelut on kuvattu liitteessä (2).

4.2.4. Vanhempien ja lasten sairaudet sekä lasten oireilu

Vanhempien sairauksista tarkasteltiin kroonisia ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ja lapsilla kroonisten sairauksien lisäksi allergioita ja synnynnäisiä rakennepoikkeamia ja kehitysviivästymiä sekä erilaisia oireita (liite 2).

Molempien vanhempien sairauksia kuvaavat muuttujat luokiteltiin kahdeksi summamuuttujaksi: krooniset sairaudet (nuoruusiän ja aikuisiän diabetes, syöpä, sepelvaltimotauti tai astma) sekä toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet (liikkumista rajoittavat tekijät, näkö-kuulovamma, vaikea masennus, muu psyykinen sairaus tai päihdeongelma). Ryhmät muodostettiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi: ei /kyllä. Muuttuja sai arvon kyllä, jos vanhemmalla oli edes yksi ryhmään kuuluvista sairauksista.

Vastaavasti lasten sairauksista laadittiin kolme muuttujaa: allergiat (erilaiset allergiat), krooniset sairaudet (epilepsia, diabetes, reuma, syöpä, keliakia) sekä psyykkiset häiriöt ja synnynnäiset sairaudet (synnynnäinen sydänvika, kehitysvamma, CP-vamma, rakennevika, muu kehitysviivästymä, psyykinen häiriö), jotka luokiteltiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi: ei /kyllä. Kriteerit olivat samat kuin vanhempien sairausmuuttujissa (osajulkaisu IV).

Lasten erilaista oireilua kuvaavista tekijöistä muodostettiin neljä summamuuttujaa: kipuoireet (pänsärky, vatsakipu, niska-hartiasärky, selkäkipu), internalisoivat oireet (ruokahaluttomuus, jännittyneisyys, pelot, alakuloisuus/vetäytyminen), eksternalisoivat oireet (ärtyneisyys, kiukunpuuskat, levottomuus, hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös, keskittymisvaikeudet) ja uneen liittyvät oireet (vaikeuksia päästä uneen, väsymys, uupumus, heräileminen öisin). Kategoriat luokiteltiin seuraavasti: ei oireita, yksi oire, kaksi tai useampia oireita (osajulkaisu IV).

4.3. Analyysimenetelmät

4.3.1. Tilastolliset analyysit

Tutkimuksen osajulkaisujen I, III ja IV analyysit aloitettiin keskeisten tunnuslukujen kuvaamisella lukumäärinä ja prosenttilukuina. Tarkastelua jatkettiin ristiintaulukoinnin ja lisäksi ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin tarpeen mukaan Pearsonin X^2 -riippumattomuustestillä, jossa käytettiin merkitsevyytasona $p < 0.05$. Analyysejä varten muuttujia yhdistettiin ja luokiteltiin tutkimuksen kannalta informatiivisempaan muotoon.

Aineistojen analysointia syvennettiin logistisella regressioanalyysillä osajulkaisuissa I ja IV, jolloin malliin lisättävien selittävien muuttujien avulla pyrittiin selvittämään vastemuuttujiin vaikuttavia tekijöitä. Vastemuuttujat (terveydenhoitajan huoli) olivat kaksiluokkaisia kyllä/ei-muuttujia. Logistinen regressiomalli toteutettiin osajulkaisusta riippuen lisäämällä kaikki selittävät muuttujat

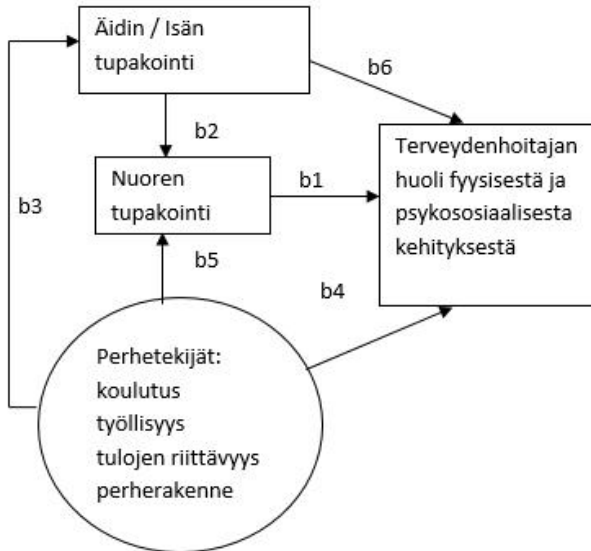
yhdellä kertaa (osajulkaisu I) tai varioimalla mallia ensin lisäämällä selittäjämuuttujia yksitellen (univariaatti malli), jonka jälkeen merkitseviksi muodostuneet muuttujat lisättiin samalla kertaa malliin (multivariaattimalli) (osajulkaisu IV). Tutkimuksen kaikki analyysit tehtiin erikseen pojille ja tytöille. Lisäksi osajulkaisuissa I ja IV tarkasteltiin erikseen eri tekijöiden yhteyksiä neuvolaikäisillä ja kouluikäisillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0.05$. Yhteyksien voimakkuutta kuvataan ristitulossuhteilla (odds ratio, OR) ja niiden 95 %:n luottamusväleillä (CI). Aineistojen analysoinnissa käytettiin SPSS for Windows versio 18 -ohjelmaa.

Osajulkaisussa III testattiin rakenneyhtälömallin (polkumallin) avulla perhetekijöiden, kuten perherakenteen, vanhempien koulutuksen, työtilanteen, tulojen riittävyyden ja vanhempien tupakoinnin suoria ja epäsuoria yhteyksiä nuorten (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten) tupakointiin sekä edelleen terveydenhoitajien huoliin nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä.

Rakenneyhtälömallinnus

Rakenneyhtälömallinnus mahdollistaa useiden tekijöiden sekä suorien että epäsuorien yhteyksien yhtäaikaista tarkastelua. Tämän tutkimuksen perusmallin rakentamisessa otettiin huomioon aikaisempien tutkimusten (Poutiainen ym. 2014) tulokset, joiden mukaan perhetekijöillä on yhteys terveydenhoitajan huoliin ja sosioekonomisilla tekijöillä taas yhteys vanhempien ja nuorten tupakointiin (Richter ym. 2009, Laaksonen ym. 2007b). Perusmallin rakentamisessa otettiin myös huomioon tutkimustulokset, joiden perusteella vanhempien tupakoinnin on havaittu vaikuttavan nuorten tupakointiin (Avenenoli & Merikangas 2003, Milton ym. 2004, Paavola ym. 2004, Otten ym. 2007). Näiden aikaisempien tutkimustulosten perusteella rakennettiin testattavaksi teoreettinen malli: perhetekijöiden, nuorten ja vanhempien terveystyytymisen (tupakoinnin) ja terveydenhoitajalle heräävän huolen suorien ja epäsuorien yhteyksien tarkastelemiseksi.

Mallissa testattavat perheen sosioekonomiset tekijät olivat perherakenne, vanhempien koulutus ja työllisyys sekä vanhempien näkemys perheen tulojen riittävyydestä. Vanhempien ja nuorten tupakointi, terveydenhoitajan huoli sekä vanhempien työllisyys ja tulojen riittävyys olivat kaksiluokkaisia muuttujia, sen sijaan perherakenne oli kolmiluokkainen muuttuja (ydinperhe, yksinhuoltaja, muu perhetilanne).



Kuvio 1. Teoreettinen malli perheen tupakoinnin, perhetekijöiden ja terveydenhoitajan huolen välisistä yhteyksistä

Mallintamiseen otettiin perhetekijöistä mukaan ne tekijät, jotka alustavien analyysien mukaan olivat yhteydessä joko nuoren tupakointiin tai terveydenhoitajan huoleen joko fyysisestä tai psykososiaalisesta kehityksestä. Nämä olivat isän koulutus, isän työtilanne, tulojen riittävyys ja perherakenne. Rakenneyhtälömallissa perherakenne muuttuja luokiteltiin dikotomisiksi: ydinperhe vs. muu perherakenne.

Täydelliset teoreettisen mallin mukaiset polkumallit ajettiin molemmille huolityypeille, sekä isän että äidin tupakoinnille ja kaikille valituille perhetekijöille. Parhaiten sopivat mallit haettiin kiinnittämällä polkuja b1-b6 (kuvio1), tarkastelemalla mallien sopivuutta (model fit) ja vertaamalla niitä täydelliseen malliin käyttäen X^2 -erottelutestiä (Asparouhov & Muthen 2006). Lopullisiksi malleiksi valikoitui pojille kuusi mallia, joissa oli muuttujina mukana sekä äidin että isän tupakointi, fyysisen terveyden huolet ja perhetekijöistä isän koulutus, isän työllisyystilanne ja tulojen riittävyys. Tytöille valikoitui vain yksi sopiva malli, jossa oli muuttujina mukana huoli psykososiaalisesta kehityksestä, äidin tupakointi ja perhetekijöistä äiti yksinhuoltajana. Kaikki mallinnuksessa käytetyt muuttujat vakioitiin lapsen iällä ja vanhempien kyselyn täyttäneellä henkilöllä (täyttäjänä äiti, isä tai joku muu). Polkumallinnokset tehtiin käyttämällä Mplus (versio 5.1) -ohjelmaa.

4.3.2. Induktiivinen sisällönanalyysi

Terveydenhoitajien ryhmähaastattelujen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Smith & Firth 2011). Analyysissä päädyttiin induktiiviseen lähestymistapaan, koska aikaisempaa aihetta käsittelevää tietoa oli hyvin vähän. Sisällön analyysin avulla on mahdollista tarkastella ilmiötä systemaattisessa ja tiivistetyssä muodossa. (Hsieh & Shannon 2005, Dierckx de Casterle ym. 2012)

Tutkimuksen aineistojen analyysi eteni vaiheittain ja alkoi sillä, että tutkija kuunteli haastattelut ja litteroi aineistot. Tutkimuksen tarkoitus ohjasi analyysiä siten, että aineistosta haettiin vastauksia tutkimustehtävään. Haastateltavien alkuperäiset ilmaukset koodattiin numeroin (Polit & Beck 2010). Haastatteluaineiston laajuuden vuoksi aineistosta eroteltiin lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitajien haastattelut omiksi aineistoiksi. Tässä tutkimuksessa raportoidaan vain kouluterveydenhoitajien (n=17) ryhmähaastatteluaineistoa.

Kouluterveydenhoitajien aineistosta valittiin analyysiyksiköksi lauseita ja ajatuskokonaisuuksia, jotka kirjoitettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi säilyttäen niiden alkuperäinen muoto (Smith & Firth 2011). Lause tai ajatuskokonaisuus valittiin tarkasteltavaksi, koska yksityiskohtaisempi analyysiyksikkö, kuten sana, olisi saattanut liikaa hajottaa aineistoa (Graneheim & Lundman 2004). Aineisto luettiin useita kertoja lävitse pyrkimyksenä varmistaa, että tutkimuskysymysten kannalta oleelliset asiat oli poimittu aineistosta (Burns & Grove 2005, Dierckx de Casterle ym. 2012).

Pelkistetyistä ilmaisuista eroteltiin huolta ilmaisevat asiat, jotka ryhmiteltiin siten, että samaa asiaa kuvaavista ilmaisuista muodostettiin alakategoriat, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Ryhmittelyä jatkettiin edelleen yhdistämällä saman sisältöiset alakategoriat, eli huolet, yläkategorioiksi, joista muodostettiin yhdistäviä kategorioita (Graneheim & Lundman 2004, Dierckx de Casterle ym. 2012). Aineistojen analyysissä kuvailtiin kategorioiden ilmaissisältöjä sellaisena kuin ne aineistossa ilmenivät (Burns & Grove 2005). Sen sijaan kategorioiden nimeämisessä käytettiin tulkintaa (Graneheim & Lundman 2004). Aineistojen tulkinnan oikeellisuuden varmistamiseksi alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja analyysin aikana (Smith & Firth 2011, Dierckx de Casterle ym. 2012).

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Perhetekijöiden yhteys terveydenhoitajien huoliin (Osajulkaisu I)

Tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin perheen sosioekonomiset tekijät, kuten perherakenne, äidin työllisyys, näkemys tulojen riittävydestä sekä lasten sukupuoli ja ikäryhmä (neuvolaikäiset vs kouluikäiset), olivat yhteydessä terveydenhoitajien huoliin lasten terveystarkastuksissa.

Terveydenhoitajille syntyi vähintään yksi huoli lapsen tai perheen hyvinvoinnista 25 %:ssa terveystarkastuksista. Ensisijaisesti huoli liittyi lapsen fyysiseen terveyteen ja psykososiaaliseen kehitykseen. Terveydenhoitajille heräsi huoli yksivuotiaiden lasten fyysisestä terveydestä 10 %:sta lapsista. Eniten huolta ilmeni koululaisten (18 %) sekä viidennen luokan tyttöjen, että kahdeksannen luokan poikien fyysisestä terveydestä.

Terveydenhoitajille heräsi huoli viisivuotiaiden ja ensimmäisen luokan poikien psykososiaalisesta kehityksestä 18 %:sta lapsista. Kahdeksaluokkalaisten tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä huoli heräsi 16 %:sta nuorista. Huoli lasten ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta ilmeni vajaassa 10 %:ssa. Koululaisista heräsi todennäköisemmin huolta neuvolaikäisiin verrattuna (OR=1.903, $p<0.001$). Huoli psykososiaalisesta kehityksestä heräsi harvemmin tytöistä kuin pojista (OR=0.693, $p<0.001$). (Taulukko 2)

Taulukko 2. Perhetekijöiden yhteydet terveydenhoitajien huoleen lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä

	Fyysinen terveys			Psykososiaalinen kehitys		
	OR	95% CI	p-arvo	OR	95% CI	p-arvo
Sukupuoli						
pojat	1.00			1.00		
tytöt	0.929	(0.795-1.086)	0.354	0.693	(0.584-0.823)	<0.001***
Ikäryhmä						
alle kouluikäiset	1.00			1.00		
kouluikäiset	1.903	(1.577-2.295)	<0.001***	1.687	(1.379-2.065)	<0.001***
Perherakenne						
ydinperhe	1.00			1.00		
uusioperhe	1.090	(0.765-1.553)	0.634	2.791	(2.043-3.813)	<0.001***
yksinhuoltaja	1.238	(0.975-1.572)	0.079	2.474	(1.972-3.104)	<0.001***
muu perhetilanne	1.144	(0.683-1.915)	0.609	2.938	(1.890-4.567)	<0.001***
Äidin työllisyys						
kokopäivätyö	1.00			1.00		
äitiysloma/hoitovapaa	1.039	(0.836-1.290)	0.731	0.847	(0.661-1.085)	0.189
osa-aikatyö/opiskelija	1.074	(0.837-1.378)	0.575	1.368	(1.061-1.763)	0.016*
työtön	1.003	(0.710-1.416)	0.988	1.660	(1.211-2.275)	0.002**
muu perhetilanne	1.305	(0.879-1.938)	0.187	1.454	(0.971-2.178)	0.069
Perheen tulot						
riittävät	1.00			1.00		
ei riittävät	1.282	(1.069-1.538)	0.007*	1.655	(1.371-1.998)	<0.001***

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Kun tarkastellaan perherakennetta, uusioperhe (OR=2.791, p<0.001) ja yksinhuoltajuus (OR=2.474, p<0.001) lisäsivät todennäköisyyttä terveydenhoitajan huoleen lasten psykososiaalisesta kehityksestä ydinperheeseen verrattuna. Äidin osa-aikatyö (OR=1.368, p=0.016) tai työttömyys (OR=1.660, p=0.002) aiheutti huolta lasten psykososiaalisesta kehityksestä todennäköisemmin kuin äidin kokopäivätyö. Kun perhe arvioi tulonsa riittämättömäksi, huoli fyysisestä terveydestä (OR=1.282, p=0.007) ja psykososiaalisesta kehityksestä (OR=1.655, p<0.001) syntyi useammin verrattuna siihen tilanteeseen, jolloin perhe arvioi tulonsa riittäväksi. (Taulukko 2)

5.2. Terveydenhoitajien kuvauksia koululaisten terveystarkastuksissa ilmenneistä huolista ja toimintamahdollisuuksista huolen heräämisen jälkeen (Osajulkaisu II)

Tutkimuksessa kuvattiin koululaisten terveystarkastuksissa terveydenhoitajille syntyneitä huolia ja toimintamahdollisuuksia huolen heräämisen jälkeen. Tutkimuksen yhdistäviksi kategorioiksi muodostuivat: a) *huoli lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä,*

b) huoli lasten ja nuorten perhetilanteesta sekä c) oppilaan tilanteeseen sopivan toimintamallin hakeminen.

Huoli lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä

Yläkategorioiksi muodostuivat fyysiseen terveyteen ja epäterveellisiin elintapoihin, psyykkiseen terveyteen ja sosiaalisiin taitoihin sekä koulupoissaoloihin ja kiusaamiseen liittyvät huolet.

Terveydenhoitajat olivat huolissaan koululaisten ylipainosta sekä kasvuun liittyvistä häiriöistä, kuten ryhtivioista tai jalkojen pituuseroista. Sairauksista huolta aiheutti uusien diabeetikkojen määrän kasvu. Erityisesti poikien kohdalla huolta ilmeni epäterveellisistä elintavoista, kuten minimaalisesta ulkoilusta ja liikunnasta, myöhään valvomisesta koulupäivien iltoina sekä huonosta päivittäisestä hygieniasta.

Terveydenhoitajat ilmaisivat huolensa myös nuorten päihdekokeiluista. Seitsemäs- yhdeksäsluokkalaisten tyttöjen kohdalla huoli heräsi alkoholinkäytöstä ja humalahakuisesta juomistavasta, pojilla tupakointi ja kannabiskokeilut herättivät huolta.

”...meillä on tyttöporukoita, jotka käyttävät alkoholia viikonloppuisin ja oikein rehvastelevat sillä, samat ovat myös aggressiivisia tunneilla” (th4)

Huoli psyykkisestä kehityksestä ilmeni huolena koululaisten mielenterveydestä, erilaisista psyykkisistä oireista ja masentuneisuudesta. Yläkouluikäisillä tytöillä tunnistettiin myös syömishäiriötapauksia. Terveydenhoitajat olivat huolissaan lasten keskittymis- ja käytöshäiriöistä, jotka ilmenivät alakoululaisilla rajattomuutena, levottomuutena ja keskittymisvaikeuksina tunneilla. Yläkouluikäisten tyttöjen aggressiivinen käytös puhututti, mutta toisaalta koettiin, että tytöt tunsivat epävarmuutta omasta ulkonäöstään ja kokivat pelkoa epäonnistumisesta esimerkiksi koulutyössä. Vastaavasti pojilla ilmeni välinpitämättömyyttä käytöksessä, kuten vastaanottoaikojen noudattamisessa. Terveydenhoitajien mukaan kahdeksannen luokan oppilaiden mielialakyselyssä ilmeni normaalista poikkeavia, korkeita pistemääriä masennuksen ja itsetunnon osioissa.

Yhdeksi merkittäväksi huolenaiheeksi nousi koulupoissaolojen määrä. Terveydenhoitajat toivat esille huolensa siitä, että vanhemmat ”kuittaavat” liian helposti poissaolot sairauspoissaoloina. Joissakin kulttuureissa vanhemmat eivät aina ymmärrä suomalaista koulujärjestelmää, sen normeja tai koulunkäynnin merkitystä lapsen kehityksen kannalta, mikä ilmenee myös koulupoissaolojen määrässä.

Koulukiusaaminen ja kiusattuna oleminen sekä uutena ilmiönä nettikiusaaminen puhutti terveydenhoitajia. Alakouluikäisillä pojilla kiusaaminen näkyi peleistä poissulkemisena tai lapsen

pelkona tulla kouluun. Koulukiusaamista esiintyi alakoululaisilla etenkin netissä. Terveydenhoitajat totesivat, että koulun ei ole helppo puuttua tähän, koska nettikiusaamista tapahtuu myös koulupäivien ulkopuolella.

*”Jo 8-9-vuotiaat lähettelevät kuvia ja viestejä Facebookissa ja internetissä ja herjaavat toisiaan”.
Lapsen perheestä ja vanhemmista aiheutuvat huolet (th3)*

Huoli lasten ja nuorten perhetilanteesta

Analyysissä yläkategorioiksi muodostuivat huoli lasten selviytymisestä perhetilanteiden muutoksissa, vaikeissa perhetilanteissa ja huoli vanhemmuudesta ja vanhemman roolista.

Aineiston kuvauksissa huolta ilmeni niiden lasten selviytymisestä ja kehityksestä perheissä, joissa oli erilaisia ongelmia, kuten mielenterveys- tai päihdeongelmia, perheväkivaltaa tai taloudellisia vaikeuksia ja työttömyyttä. Edellä mainitut ongelmat tuntuivat kasaantuvan samoille perheille sukupolvesta toiseen. Terveydenhoitajilla oli yhtenäinen näkemys siitä, että lastensuojeluperheiden ja sijoitettujen lasten määrät olivat kasvaneet viime vuosina.

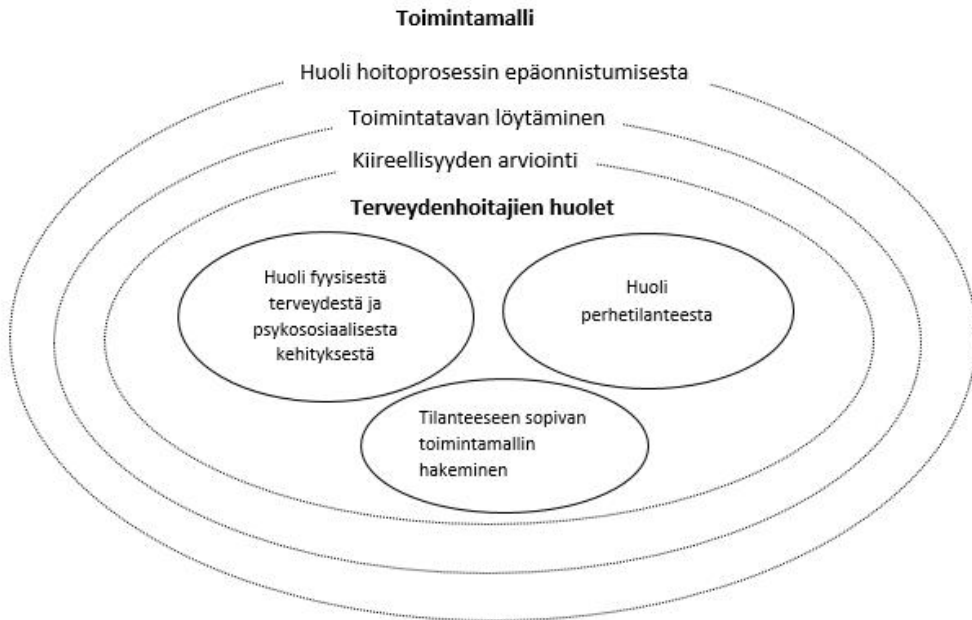
Myös perhetilanteiden muutokset puhuttivat terveydenhoitajia. Erityisesti huolta syntyi alakouluikäisten poikien psykososiaalisesta kehityksestä vanhempien ero- tai uusperhetilanteissa, jolloin perheessä saattaa tapahtua monia muutoksia samanaikaisesti: perheeseen tulee uusia sisar- tai velipuolia, myös isä- tai äitipuolen kasvatustyyli voi olla erilainen tai perheen asuinolosuhteet muuttuvat.

”Erotilanteet on aika rankkoja lasten kannalta, nämä pienet, etenkin pienet pojat ovat aivan hämmentyneitä ja yksyksissä, ... myös isän kaipuu on suuri, ...tilanteet uusien sisar- tai velipuolien kanssa koetaan hämmentävinä tai uhkaavina, lapsi reagoi näihin usein epäsosiaalisella käytöksellään, jolloin tarvitaan asiantuntijan apua.”(th7)

Vanhemman rooli tai sen puute huolestutti terveydenhoitajia. Toisaalta terveydenhoitajat olivat huolissaan vanhempien jaksamisesta ja perheen yhteisen ajan riittävydestä. Vanhemmat ovat kiireisiä, mutta haluavat myös aikaa omille harrastuksilleen. Perheen yhteisen ajan vähyyden terveydenhoitajat tunnistivat vastaanotoilla lasten yksinäisyyden tunteina.

Oppilaan tilanteeseen sopivan toimintamallin hakeminen

Haastatteluaineistossa terveydenhoitajat kuvasivat toimintaansa huoleen heräämisen jälkeen, jolloin yläkategorioiksi muodostuivat huolen kiireellisyyden arviointi, sopivan toimintatavan löytäminen ja huoli hoitoprosessin epäonnistumisesta.



Kuvio 2. Yhteenveto sisällönanalyysin tuloksista terveydenhoitajien esittämistä huolista ja toiminnasta huoleen reagoinnissa

Keskusteluissa terveydenhoitajat pohtivat tilanteita, joissa heillä ei ole aina selkeää kuvaa siitä, mihin huoli liittyy, vaan ainoastaan intuitiivinen tunne huolesta. Tosinaan he kokivat eri tahoilta, esimerkiksi opettajilta, tulevien viestien kiireellisuuden tulkitsemisen haasteelliseksi. Keskusteluissa ilmeni pohdintaa siitä, onko terveydenhoitajan vai opettajan vastuulla puuttua esimerkiksi kouluissaoloihin. Tärkeänä pidettiin sitä, että luodaan kokonaiskäsitys huolesta ja sen vakavuudesta tai kiireellisyydestä. Kuitenkin terveydenhoitajat totesivat, että vanhempien ei ole aina helppo ymmärtää heidän huolensa vakavuutta.

Huolen liittyessä oppilaan terveyteen tai hyvinvointiin terveydenhoitajat keskustelivat oppilaan tai yhdessä oppilaan ja vanhempien kanssa asiasta. Tarvittaessa keskusteltiin myös koululääkärin, opettajan ja muiden erityistyöntekijöiden esimerkiksi koulupsykologin ja kuraattorin kanssa. Moniammatillisissa oppilashuoltoryhmissä käsiteltiin oppilaisiin tai kouluyhteisöön liittyviä huolenaiheita, esimerkiksi kiusaamista. Terveydenhoitajat kokivat merkittävänä vaikeutena sen, mihin oppilaan lähettäisi jatkohoitoon mielenterveysongelmissa. Epävarmuutta oppilaan tuen saannista lisäsi myös koululääkäreiden vaihtuvuus sekä koulupsykologien ja kuraattoreiden vähyys.

5.3. Perhetekijöiden sekä vanhempien ja nuorten tupakoinnin yhteyksiä kouluterveydenhoitajien huoleen nuorten kehityksestä (Osajulkaisu III)

Kolmannessa osatutkimuksessa selvitettiin perhetekijöiden sekä vanhempien ja nuorten (kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten) tupakoinnin suoria ja epäsuoria yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin.

Tyttöjen tupakointi oli hieman yleisempää kuin poikien. Tytöistä päivittäin tai satunnaisesti tupakoi 9,5 %, pojista 8,8 %. Lasten vanhemmista joka viides äiti ja vähän alle joka kolmas isä tupakoivat. (Taulukko 3)

Taulukko 3. Nuorten ja vanhempien tupakoinnin yleisyys (%)

Tupakointi	Pojat (n=455)		Tytöt (n=497)	
		%		%
Nuori				
ei tupakoi	415	91.2	450	90.5
tupakoi	40	8.8	47	9.5
Äiti				
ei tupakoi	363	80.3	389	78.3
tupakoi	89	19.7	108	21.7
Isä				
ei tupakoi	297	68.4	320	67.8
tupakoi	137	31.6	152	32.2

Äidin tupakointi oli vahvimmin yhteydessä tyttöjen tupakointiin ($p < 0.001$). Tulos oli erittäin merkitsevä. Vastaavasti isän tupakointi oli yhteydessä sekä poikien ($p = 0.021$) että tyttöjen tupakointiin ($p = 0.039$)

Vanhempien ja nuorten tupakoinnin sekä perheen sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveydenhoitajien huoleen

Tutkimuksessa havaittiin, että poikien ja tyttöjen tupakointi oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen nuorten fyysisestä terveydestä ($p = 0.019$ ja $p = 0.018$). Tyttöjen tupakointi oli vahvemmin yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p < 0.001$). Tulos oli erittäin merkitsevä. Molempien vanhempien (äiti ja isä) tupakoinnin todettiin olevan yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p = 0.012$ ja $p = 0.010$) sekä psykososiaalisesta kehityksestä ($p = 0.024$ ja $p = 0.026$). Lisäksi äidin tupakointi oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p = 0.016$). Perherakenteesta ainoastaan muu perhetilanne oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. (taulukko 4)

Isän koulutus oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p=0.008$). Samoin isän työllisyys ja perheen näkemys tulojen riittävydestä olivat yhteydessä huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.042$ ja $p=0.052$). Äidin koulutuksella tai työllisyydellä ei ollut merkittäviä yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin.

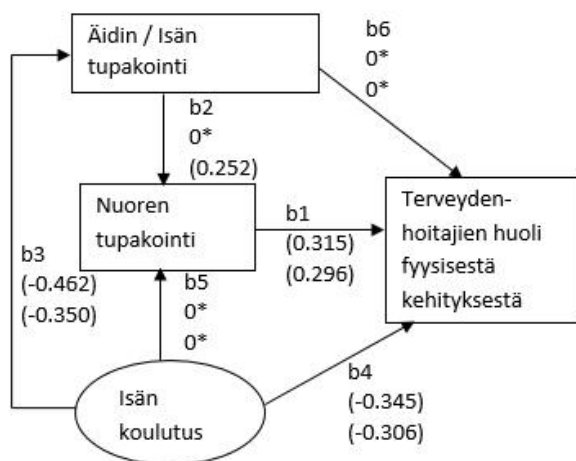
Taulukko 4. Vanhempien ja nuorten tupakoinnin sekä perherakenteen yhteys terveydenhoitajien huoleen nuorten terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä

Tupakointi	Huoli poikien fyysisestä terveydestä			Huoli poikien psykososiaalisesta kehityksestä		Huoli tyttöjen fyysisestä terveydestä			Huoli tyttöjen psykososiaalisesta fyysisestä terveydestä	
	N	%	p-arvo	%	p-arvo	N	%	p-arvo	%	p-arvo
Nuori										
ei tupakoi	415	17.3		12.8		450	14.4		14.0	
tupakoi	40	32.5	0.019*	22.5	0.087	47	27.7	0.018*	34.0	<0.001***
Äiti										
ei tupakoi	363	16.5		12.1		389	14.7		13.6	
tupakoi	89	28.1	0.012*	21.3	0.024*	108	19.4	0.226	23.1	0.016*
Isä										
ei tupakoi	297	15.8		11.1		320	15.9		13.4	
tupakoi	137	26.3	0.010*	19.0	0.026*	152	12.5	0.326	15.8	0.494
Perherakenne										
ydinperhe	321	18.1		11.5		333	12.9		13.8	
yksinhuoltajaperhe	72	20.8		20.8		102	24.5		24.5	
muu	54	20.4	0.821	14.8	0.106	59	15.3	0.018*	15.3	0.038*

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Polkumallissa todettiin, että poikien kohdalla perhetekijöistä isän koulutus oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä sekä suoraan että isän ja poikien tupakoinnin kautta. (Kuvio 3)

Isän työtilanne oli ainoastaan epäsuorasti yhteydessä huoleen poikien fyysisestä terveydestä. Näkemys tulojen riittävydestä oli yhteydessä molempien vanhempien tupakointiin, ja sen lisäksi isän tupakoinnilla oli vaikutusta pojan tupakointiin sekä suora yhteys huoleen pojan fyysisestä terveydestä. Tyttöjen kohdalla mallissa ei löytynyt selvää yhteyttä perhetekijöiden ja tyttöjen tupakoinnin välillä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen fyysisestä terveydestä.

**Epäsuorat yhteydet:**

Äidin tupakointi

Ei yhtään

Isän tupakointi

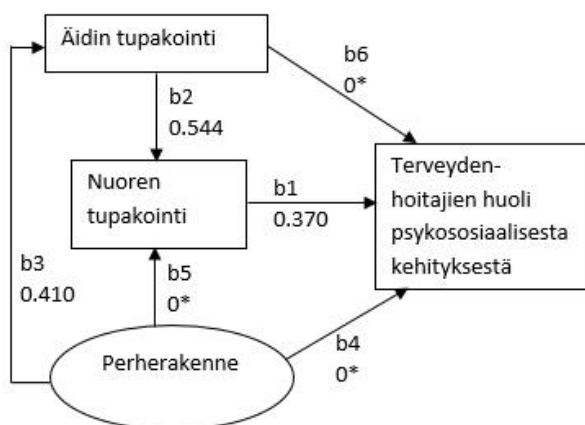
b3->b2->b1: -0.026

b3->b2: -0.088

b2->b1: 0.074

Mallin sopivuus (model fit): $\chi^2=3.384$, $df=3$, $p=0.336$ $\chi^2=0.516$, $df=2$, $p=0.773$

Kuvio 3. Isän koulutuksen, vanhempien tupakoinnin sekä nuoren tupakoinnin yhteydet terveydenhoitajien huoleen poikien fyysisestä terveydestä



Epäsuorat yhteydet:

Äidin tupakointi
 $b3 \rightarrow b2 \rightarrow b1$: 0.083
 $b2 \rightarrow b1$: 0.0202
 $b3 \rightarrow b2$: 0.223

Mallin sopivuus (model fit):

$\chi^2=2.977$, $df=3$, $p=0.395$

Kuvio 4. Perherakenteen, äidin tupakoinnin ja nuoren tupakoinnin yhteydet terveydenhoitajien huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä

Työillä perherakenne oli vahvasti yhteydessä äidin tupakointiin ja myös sen kautta epäsuorasti yhteydessä nuoren omaan tupakointiin ja terveydenhoitajan huoleen psykososiaalisesta kehityksestä. (Kuvio 4)

5.4. Vanhempien, nuorten ja lasten terveyden ja terveystkäyttämisen sekä perhetekijöiden yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin lasten terveystarkastuksessa (Osajulkaisu IV)

Neljännessä osatutkimuksessa selvitettiin vanhempien, nuorten ja lasten terveyden ja terveystkäyttämisen sekä perhetekijöiden yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin sekä neuvolaikäisten että kouluikäisten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä.

Terveydenhoitajien huoli lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä

Neuvolaikäiset

Äidin toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet sekä lasten krooniset sairaudet ja internalisoivat oireet olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p=0.016$, $p=0.025$ ja

$p=0.028$). Lisäksi vanhempien käytökselle asettamat rajat olivat yhteydessä huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p=0.058$).

Tyttöjen synnynnäiset sairaudet, esimerkiksi kehitysviivästymät, olivat tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen fyysisestä terveydestä ($p<0.001$). Lisäksi äidin krooniset sairaudet ja tyttöjen ylipaino olivat yhteydessä terveydenhoitajien huoleen neuvolaikäisten tyttöjen fyysisestä terveydestä ($p=0.004$ ja $p=0.003$).

Kouluikäiset

Vanhempien tupakointi ja äidin vähäinen liikunta olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p=0.036$ ja $p=0.018$). Samoin ystävien vähäinen määrä ja unen vähäisyys olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien fyysisestä terveydestä ($p=0.027$ ja $p=0.006$). Psykkiset häiriöt tai syntyperäiset sairaudet, kuten synnynnäinen sydänvika, kehitysvamma, CP-vamma, rakennevika tai muu kehitysviivästymä, olivat yhteydessä huoleen tyttöjen fyysisestä terveydestä ($p=0.019$).

Sekä poikien että tyttöjen ylipaino oli tilastollisesti erittäin merkittävästi yhteydessä terveydenhoitajan huoleen sekä poikien että tyttöjen fyysisestä terveydestä ($p<0.001$). Samoin krooniset sairaudet olivat yhteydessä huoleen sekä poikien että tyttöjen fyysisestä terveydestä ($p<0.001$ ja $p=0.026$). Perhetekijöillä tai lasten oireilulla ei ollut yhteyttä terveydenhoitajan huoleen kouluikäisten fyysisestä terveydestä.

Terveydenhoitajien huoli lasten ja nuorten psykososiaalisesta kehityksestä

Neuvolaikäiset

Muu perherakenne kuin ydinperhe sekä vanhempien tupakointi olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.047$, $p=0.027$). Samoin lapsen vaikeus osallistua ryhmäleikkeihin ja ruutuajan suuri määrä olivat myös yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.020$, $p=0.008$). (Taulukko 5)

Isän matala koulutustaso oli yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.009$). Psykkiset häiriöt tai syntyperäiset sairaudet olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen sekä poikien että tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p<0.001$, $p=0.002$). (Taulukko 5)

Kouluikäiset

Muu perherakenne kuin ydinperhe sekä äidin ylipaino ja äidin liikkumattomuus olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.025$). Samoin ystävien vähäinen määrä sekä kiusaamisen yleisyys olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.004$, $p=0.046$). Eksternalisoivat oireet, kuten ärtyneisyys, kiukunpuuskat, levottomuus, hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös, levottomuus tai vaikeus ymmärtää annettuja ohjeita olivat yhteydessä huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.007$). (Taulukko 5)

Isän työllisyys sekä isän krooniset sairaudet olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.008$, $p=0.031$). Lisäksi unen vähyys oli yhteydessä huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.002$). (Taulukko 5)

Harrastusten vähäinen määrä oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen sekä poikien että tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.013$, $p=0.022$). Samoin internalisoivat oireet, kuten ruokahaluttomuus, jännittyneisyys, pelot alakuloisuus/vetäytyminen, olivat yhteydessä terveydenhoitajan huoleen sekä poikien että tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä ($p=0.007$, $p<0.001$). (Taulukko 5)

Taulukko 5. Perhetekijöiden sekä vanhempien, nuorten ja lasten terveydentilan ja terveystähtäytymisen yhteydet terveydenhoitajien huoliin lasten ja nuorten psykososiaalisesta kehityksestä (logistinen regressioanalyysi)

	Psykososiaalinen kehitys				Psykososiaalinen kehitys			
	neuvolaikäiset pojat (n=210)		neuvolaikäiset tytöt (n=192)		kouluikäiset pojat (n=966)		kouluikäiset tytöt (n=1056)	
	OR	p-arvo	OR	p-arvo	OR	p-arvo	OR	p-arvo
perherakenne	0.215	0.047*	1.710	0.259	1.643	0.001**	1.207	0.235
isän koulutus	0.772	0.471	0.209	0.009**	0.747	0.092	0.869	0.468
äidin koulutus	1.763	0.453	0.663	0.663	1.329	0.111	0.930	0.704
isän työllisyys	0.638	0.092	0.796	0.685	0.733	0.316	0.471	0.008**
äidin työllisyys			1.225	0.522	1.210	0.451	0.658	0.093
tulojen riittävyys			1.046	0.935	0.907	0.342	0.892	0.295
vanhempien lapselle asetetut rajat			0.415	0.104				
yhteinen ateria			1.176	0.581				
perheen saama sos.tuki							0.817	0.125
isän toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet	0.164	0.248			1.199	0.645		
äidin toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet	5.147	0.220			1.347	0.405		
vanhempien tupakointi								
isän krooniset sairaudet	3.270	0.027*	0.368	0.112	1.018	0.940	1.655	0.031*
äidin BMI	0.965	0.844			1.556	0.003**	1.141	0.578
isän liikunta	0.994	0.975	1.038	0.856	1.080	0.332	0.910	0.218
äidin liikunta					0.828	0.025*	0.924	0.348
lapsen BMI	0.859	0.584	1.469	0.610			1.012	0.955
harrastukset	2.696	0.020*			0.768	0.013*	0.767	0.022*
helppo osallistua ryhmäleikkeihin								
helppo saada kavereita ystävien määrä	1.559	0.322	0.998	0.998				
ruutu aika	2.677	0.008**	1.095	0.829	0.676	0.004**	1.177	0.101
uni					1.128	0.230	0.702	0.002**
kiusaaminen	11.954	<0.001***	18.605	0.002**	1.273	0.046*	1.242	0.206
kehitysvive/vamma					0.905	0.639	1.203	0.697
kipuoireet			0.636	0.361	1.757	0.007**	1.130	0.467
internalisoivat oireet			1.574	0.234			2.222	<0.001***
eksternalisoivat oireet					1.471	0.007**	1.171	0.327
uneen liittyvät oireet					0.964	0.846	0.917	0.649

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

6. POHDINTA

6.1. Tutkimustulosten tarkastelu suhteessa aikaisempaan tietoon

6.1.1. Perhetekijöiden yhteys terveydenhoitajien huoliin

Terveydenhoitajille heräsi huoli joka neljännessä (25 %) lasten terveystarkastuksessa joko lapsen tai koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Tulos tukee aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan 10–30 % lapsista kasvaa perheissä, joissa heidän terveytensä ja kehityksensä saattaa vaarantua tai heikentyä (Hakulinen ym. 1999, Puura ym. 2005). Perheen sosioekonomisella asemalla ja keskinäisillä suhteilla on merkitystä perheen hyvinvointiin sekä lasten ja nuorten kehitykseen (mm. Gonger ym. 2010). Vanhempien terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat heikentävät vanhempien voimavaroja ja perheen keskinäisiä vuorovaikutussuhteita (Weissman ym. 2006, Sarkola ym. 2007, Paananen & Gissler 2011). Perheenjäsenten välisiä hyviä keskinäisiä suhteita pidetään perhedynamiikan positiivisina mittareina, jotka ennustavat perheen toimivuutta osana perheen terveyttä (Hakulinen ym. 1999, Hopia ym. 2005, White ym. 2010).

Terveydenhoitajat olivat erityisesti huolissaan niiden lasten terveydestä ja kehityksestä, joiden perheissä ilmeni useita ongelmia, kuten päihde- tai mielenterveysongelmia, perheväkivaltaa tai taloudellisia vaikeuksia. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuottaneet tietoa perheiden ja vanhempien elämään liittyvistä riskiolosuhteista, kuten vanhempien mielenterveys- ja sosiaalisista ongelmista (Leinonen ym. 2003, Solantaus ym. 2004, Weissman ym. 2006, Solantaus & Paavonen 2009), päihteiden käytöstä tai perheväkivalta (Sarkola ym. 2007, Lepistö ym. 2010, Yount ym. 2011) sekä taloudellisista ongelmista (Lahdelma, 2007, Yoo ym. 2010, Paananen & Gissler 2011). Näillä on heikentävä vaikutus vanhemmuuteen ja perheen toimivuuteen, ja ne heijastuvat osaltaan lasten ja nuorten hyvinvointiin. Vanhemmillä on merkittävä vaikutus lapsen terveyteen, emotionaaliseen kehitykseen ja turvallisuuden tunteen syntymiseen (Leinonen ym. 2003, Sarkadi ym. 2008, Maynard & Harding 2010).

Terveydenhoitajia huolestutti perheen sosioekonomisista tekijöistä perherakenteen vaikutukset lasten ja nuorten terveyteen ja psykososiaaliseen kehitykseen. Erityisesti puhututti yksinhuoltajuus sekä perhetilanteiden muutokset, kuten erot ja uusperhetilanteet, ja niiden vaikutukset lapsen terveyteen ja psykososiaaliseen kehitykseen. Perheiden erotilanteissa huoli liittyi erityisesti alakouluikäisten poikien psykososiaaliseen kehitykseen. Tutkimustulos tukee Soudanderin & Helstelän (2005) tuloksia, joiden mukaan pojat reagoivat herkemmin perherakenteiden muutoksiin kuin tytöt. Tutkimusten mukaan avioeroperheiden (Hetherington 2003, Huurre ym. 2005) ja yksinhuoltajaperheiden (Barrett & Turner 2005) lapsilla on varhaisaikuisuudessa suurempi riski kokea masentuneisuutta kuin kahden vanhemman perheen lapsilla.

Terveydenhoitajien huoli oli yhteydessä isän matalan koulutuksen, vanhempien huonon työllisyyden ja tulojen riittämättömyyden vaikutuksesta lasten terveyteen ja hyvinvointiin. Tiedetään, että perheen matala sosioekonominen asema ja vanhempien matala koulutus heijastuvat esimerkiksi perheen epäterveellisiin ravintotottumuksiin, kuten vähäiseen vihannesten ja hedelmien käyttöön (Riedger ym. 2007, Roos & Koskinen 2007, Hoppu ym. 2010), pikaruokien ja einesten käyttöön (Vereecken ym. 2010) sekä perheen epäsäännölliseen ateriarjintaan (Lehto ym. 2009, Mure ym. 2014). Perheen epäterveellisillä ravintotottumuksilla on vaikutusta esimerkiksi ylipainon riskiin jo lapsuudessa (Rintanen 2007, Wu & Chen 2009). Korkeimmin koulutetut vanhemmat ovat tietoisempia ja suhtautuvat myönteisemmin terveellisiin ravintotottumuksiin (Kyttälä ym. 2008).

Perheen taloudelliset ongelmat vaikuttavat monin tavoin lapsiperheen arkeen, kuten lasten mahdollisuuksiin osallistua maksullisiin harrastustoimintoihin (Hanson & Chen 2007, Bagley ym. 2006, Puroaho 2006). Ne voivat näkyä myös haasteena opiskella esimerkiksi lukiossa (Paananen & Gissler 2014). Hakovirran & Raitalaihon (2012) tutkimuksen mukaan taloudellinen eriarvoisuus voi lasten arjessa pahimmillaan johtaa syrjimiseen ryhmissä ja/tai kiusaamiseen. Viimeaikaiset tutkimukset (Mosio & Kauppinen 2011, Paananen & Gissler 2011) osoittavat, että perheen toimeentulo-ongelmat vaikuttavat myös lasten huono-osaisuuden siirtymiseen yli sukupolvien. Haasteena on huomion ja tuen kohdistaminen myös sosiaalihuollon toimin yhä enemmän niihin perheisiin, joissa lapset ja nuoret elävät riskiolosuhteissa, ja eivät aina saa kehitykselleen tukea perheestään (Raphael 2010, sosiaalihuoltolaki 1301/2014).

Terveydenhoitajat nostivat esiin huolen lastensuojeluperheiden määrän kasvusta. Tilastot tukevat terveydenhoitajien näkemystä lastensuojeluun sijoitettujen lasten määrän yleisyydestä (Kestilä ym. 2012, Kuoppala & Säkkinen 2013). On todettu, että lastensuojelun piiriin tulleiden lasten vanhemmilla on usein taustalla taloudellisia tai terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmia (Kestilä 2008, Paananen ym. 2012).

Tämän tutkimuksen mukaan vanhempien jaksaminen ja perheen yhteisen ajan vähyyks sekä vanhempien vaikeus asettaa lapselle rajoja huolestuttivat terveydenhoitajia. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joissa työoloissa tapahtuneet muutokset, esimerkiksi työn vaatavuus tai epävarmuus, perheen yhteisen ajan puute ja vanhempien kuormittuneisuus heijastuvat vanhemmuuteen ja lapsiperheen arkeen (Lehto & Sutela 2008, Miettinen & Rotkirch 2012, Widarsson ym. 2012). Työelämän ja perheen yhteensovittaminen vaatii vanhemmilta paljon, nyt puhutaankin jo lapsiperheiden aikapulasta. Vanhempi saattaa kokea myös riittämättömyyden tunteita tai tuen tarvetta esimerkiksi kasvatusasioissa (Barnes ym. 2008, Mäenpää 2008, Widarsson ym. 2012, Halme ym. 2014). Perheen yhteinen aika ja molempien vanhempien

mahdollisuus osallistua arjen askareisiin edistävät lapsen kasvua ja kehitystä ja koko perheen hyvinvointia (Javanainen-Levonen 2009, Malinen ym. 2010). Isien tuella ja sitoutumisella lapsiperheen arkeen on merkitystä koko perheen hyvinvoinnille ja lapsen myöhemmälle kehitykselle (Sarkadi ym. 2008, Halme 2009, Huttunen 2011).

Vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen lapsen psykososiaalisesta kehityksestä. Lastenneuvolan terveydenhoitajan huoli vanhemman ja lapsen välisestä vuorovaikutuksesta näkyi myös Kempin (2007) ja Poutiaisen ym. (2015) tutkimustuloksissa. Varhainen vuorovaikutus on perusturvallisuuden ja kiintymyssuhteen perusta, joka muodostaa perustan lapsen mielenterveyden kehitykselle (Beardslee ym. 2003).

6.1.2. Lasten ja vanhempien terveystietämisen yhteys terveydenhoitajien huoliin

Ylipainoisuus

Lasten ylipaino oli vahvimmin yhteydessä terveydenhoitajien huoleen sekä neuvolaikäisten että kouluikäisten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Suomessa 2000-luvulla kouluikäisten ylipainon yleisyys on yli kaksinkertaistunut parissa vuosikymmenessä (Kautiainen ym. 2009, Vuorela ym. 2009). Kouluikäisistä keskimäärin joka viides tyttö ja joka neljäs poika on raportoitu vähintään ylipainoiseksi (Kautiainen ym. 2009, Laatikainen & Mäki 2012a, Vuorela ym. 2011). Sen sijaan leikki-ikäisten lasten ylipainon yleisyys vastaa 1980-luvun tasoa, jolloin tytöistä vajaa 20 % ja pojista 10 % oli ylipainoisia (Vuorela ym. 2009, Kautiainen ym. 2010). Lasten ylipainon yleisyys on merkittävä terveyshaaste länsimaisessa yhteiskunnassa (de Onis ym. 2010, Wang & Lim 2012)

Tämän tutkimuksen mukaan äidin ylipaino oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen kouluikäisten poikien psykososiaalisesta kehityksestä. Tiedetään, että vanhempien ylipaino on yhteydessä lasten ylipainoon (Singh ym. 2008, Jääskeläinen ym. 2011, Parikka ym. 2015). Relyin ym. (2005) tutkimuksen mukaan lihaviin äitien lapsista tulee lihavia neljä kertaa todennäköisemmin kuin normaalipainoisten äitien lapsista ja riski kasvaa, jos myös isä on lihava.

Perheen ravitsemustottumukset vaikuttavat lasten ja nuorten ruokavalioon (Acran ym. 2007) ja niiden vaikutukset säilyvät helposti myöhempään elämään, ja ruokatottumuksilla voi olla terveyden ja painon kehityksen kannalta haitallisia seurauksia (Mikkilä ym. 2004, Vuorela ym. 2011). Tiedetään, että lasten ylipaino, epäterveelliset ravintotottumukset, esimerkiksi makeiden välipalojen käyttö (mm. Kasila ym. 2008) ja liikunnan vähäisyys (Feldman ym. 2007, Chen ym. 2008), lisäävät riskiä lihavuuteen aikuisiässä.

Jo leikki-iässä tapahtuva painonnousu lisää aikuisiän lihavuuden ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden riskiä (Daniels ym. 2005). Lapsuudessa ja nuoruusiässä todetut perinteiset riskitekijät, kuten kohonnut LDL-kolesterolipitoisuus ja verenpaine, ylipaino ja tupakointi, ovat yhteydessä aikuisiän valtimotautimuutoksiin. Ylipainon vaikutus valtimoterveyteen ei kuitenkaan ole peruuttamaton, mikäli painonhallinta onnistuu aikuisikään mennessä (Juonala ym. 2012).

Tutkimusten mukaan lasten ja nuorten ylipainolla on myös vaikutusta nuoren psykososiaaliseen kehitykseen. Jonesin (2008) ja Fox'n & Farrow'n (2009) tutkimuksissa havaittiin nuoren ylipainon vaikuttavan heikentävästi nuoren itsearvostukseen ja itsetuntoon sekä altistavan mahdolliselle kiusaamiselle nuoren lähipiirissä. Tyytyväisyydellä omaan kehonkuvaansa on tärkeä merkitys nuoren psyykkisessä ja sosiaalisessa kehitytyksessä (Levine & Smolak 2002, Marcotte 2006).

Ruutuajan suuri määrä

Erityisesti alle kouluikäisten poikien ruutuajan suuri määrä oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä. Tiedetään, että pojat viettävät ruudun ääressä enemmän aikaa kuin tytöt (Tammelin ym. 2007, Feldman ym. 2007, Babey ym. 2013). Rungas median käyttö tai lapsen kehitystasolle sopimattomat ohjelmasisällöt tai väkivaltaisten tietokonepelien pelaaminen voivat aiheuttaa lapselle levottomuutta, keskittymisvaikeuksia, aggressiivisuutta ja vähentää sosiaalista aktiivisuutta (Anderson ym. 2010). Tietokoneiden käyttöä pidetään yhtenä syynä lasten ylipainon lisääntymiseen (Jackson ym. 2011). Samaan aikaan kun lasten ruudun ääressä vietetty aika on lisääntynyt, on lasten ylipaino Suomessa yli kaksinkertaistunut viimeisten vuosikymmenten aikana (Kautiainen ym. 2009, Vaarno ym. 2010).

Unen vähyys

Unen vähyys oli erityisesti yhteydessä terveydenhoitajien huoleen kouluikäisten tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä. Vähäinen yöunen määrä erityisesti koulupäiviä edeltävinä iltoina puhututti terveydenhoitajia. Silva ym. (2011) havaitsivat tutkimuksessaan, että lapsilla (6–12-v), jotka nukkuivat alle 7,5 tuntia yössä, ilmeni levottomuutta, masentuneisuutta, oppimisvaikeuksia ja riskiä ylipainoisuuteen varhaisaikuisuudessa. Leikki-iässä väsymys voi ilmetä esimerkiksi ylivilkkautena ja kouluikäisessä keskittymisvaikeuksina. Riittävä uni on tärkeä aivojen, muistitoimintojen ja tunne-elämän kehitykselle (Saarenpää–Heikkilä 2009). Aiempien tutkimusten mukaan unen määrällä ja laadulla on todettu olevan yhteys myös lasten käyttäytymiseen ja koulumenestykseen (Paavonen ym. 2008, 2009b) sekä painon ja energia-aineenvaihdunnan säätelyyn (Rintamäki & Partonen 2009).

Harrastusten ja ystävien vähäinen määrä

Neuvolaikäisten poikien vaikeus osallistua ryhmäleikkeihin sekä kouluikäisten poikien vähäinen ystävien määrä olivat yhteydessä terveydenhoitajien huoleen poikien psykososiaalisesta kehityksestä. Tiedetään, että lasten sosiaalisten käytösongelmien taustalla saattavat olla vanhempien terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat, jotka ilmenevät varhaislapsuudessa sosioemotionaalisina häiriöinä, kuten sosiaalisena arkuutena, sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen heikkoutena tai vaikeutena muodostaa toverisuhteita muihin lapsiin (Solantaus ym. 2004, Keller ym. 2005, Solantaus & Paavonen 2009, Suvisaari & Manninen 2009). Turvallinen ja positiivinen lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus sekä hyvä huolenpito ovat tärkeitä voimavaratarkkijöitä lapsen terveille kasvulle ja kehitykselle sekä nuorten itsetunnon ja asenteiden muodostumiselle (Berlin ym. 2008, Solantaus & Paavonen 2009).

Myös kouluikäisten sekä poikien että tyttöjen harrastusten vähäinen määrä oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen heidän psykososiaalisesta kehityksestä. Tiedetään, että harrastukset ovat osa lapsen kasvua ja kehitystä. Kaikkosen & Hakulinen-Viitasen (2012) tutkimuksessa havaittiin, että äidin koulutuksella ja lasten harrastamattomuuden oli yhteys: vähintään kymmenen prosenttiyksikön ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä.

Vanhempien liikunta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain vanhempien liikuntatottumuksia, ja tutkimuksen mukaan äidin vähäinen liikunta oli yhteydessä terveydenhoitajien huoleen kouluikäisten poikien psykososiaalisesta kehityksestä. Määttä ym. (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että äidin liikunnallisuus ja koulutustaso olivat yhteydessä lasten kouluajan ulkopuoliseen liikuntaan. Aiempien tutkimusten mukaan lasten liikunnalliseen aktiivisuuteen vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti lapsen sosiaalinen ympäristö sekä perheen sosioekonominen asema ja vanhempien roolimalli (Oliver ym. 2010, Stalsberg & Pedersen 2010, Gorder ym. 2013). Tiedetään, että lasten liikunnan harrastaminen vähenee iän mukana erityisesti yläkoululaisilla (Gråsten ym. 2010, Tammelin ym. 2013).

Nuorten ja vanhempien tupakointi sekä nuorten alkoholin käyttö

Tämän tutkimuksen mukaan tyttöjen tupakointi oli hieman yleisempää kuin poikien (9.5 % vs. 8.8 %). Kouluterveyskyselyssä (2013) kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista sekä pojista että tytöistä tupakoi 12 %. Erot tyttöjen ja poikien tupakoinnin välillä eivät ole suuret (Raitasalo ym. 2012).

Vanhempien tupakointi oli yhteydessä nuorten tupakointiin ja lisäksi nuorten ja vanhempien tupakointi oli vahvasti yhteydessä terveydenhoitajien huoleen nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Tutkimustulokset vahvistivat aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että vanhempien tupakoinnilla on yhteyttä nuorten tupakointiin (mm. Milton ym. 2004, Rainio & Rimpelä 2009). On todettu, että nuorten tupakoinnin aloittaminen on todennäköisempää, jos vanhemmat tai sisarukset tupakoivat (Rajan ym. 2003, Otten ym. 2007). Äidin tupakoinnilla on suurempi merkitys lasten tupakointiin ja erityisesti tyttöjen tupakointiin (Milton ym. 2004, Kestilä ym. 2006b, Ashley ym. 2008).

Näiden tutkimustulosten mukaan isän koulutus, työllisyys ja perheen näkemys tulojen riittävydestä olivat yhteydessä terveydenhoitajien huoleen poikien tupakoinnista ja fyysisestä terveydestä. Tutkimustulos on samansuuntainen Paavolan ym. (2004) tulosten kanssa siinä, että perheen sosioekonomisilla asemalla oli yhteyttä nuorten tupakointiin.

Yksinhuoltajuus oli vahvasti yhteydessä äidin tupakointiin ja tämän kautta epäsuorasti yhteydessä tyttöjen tupakointiin ja terveydenhoitajien huoleen tyttöjen psykososiaalisesta kehityksestä. Tutkimustulokset tukevat aiempia havaintoja siitä, että perherakenteella on selvä yhteys tyttöjen tupakointiin. Yksinhuoltajaperheiden tytöt tupakoivat lähes puolet useammin kuin ydinperheissä asuvat tytöt (Griesbach ym. 2003, Fröjd ym. 2007). Tiedetään, että väestön matalammin koulutetuista miehistä tupakoi kolmannes, kun korkeimmin koulutetuista vain vajaa viidesosa, ja eniten tupakoivat yksinhuoltaja- sekä matalammin koulutetut naiset (Patja ym. 2007, Helakorpi ym. 2011, Kaikkonen ym. 2012). Ydinperhe, johon kuuluu molemmat vanhemmat, on lähes poikkeuksesta toiminut yhtenä suojaavana tekijänä nuorten tupakoinnille (Kestilä ym. 2006b, Otten ym. 2007).

Nuorten tupakointiin ja tupakointikokeiluihin vaikuttavat vanhempien tupakoinnin ohella myös kulttuuri, sosiaalinen ympäristö, ystävät ja tapa viettää vapaa-aikaa (Dick ym. 2007, Kulbok ym. 2008, Niemelä ym. 2009). Tupakoinnin taustalla voi olla ongelmia koulussa (Pennanen ym. 2011) tai masennus- ja ahdistusoireita (Granford ym. 2009, Saban & Fisher 2010). Aiempien tutkimusten (mm. Fleming ym. 2002, Tilsson ym. 2004) mukaan suojaavina tekijöinä nuorten tupakoinnille toimivat perheen hyvät keskinäiset suhteet, kommunikointi sekä vanhempien osallisuus nuorten toimintoihin.

Tämän tutkimuksen mukaan erityisesti yläkouluikäisten tyttöjen alkoholin käyttö huolestutti terveydenhoitajia. Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan pojista (13 %) raportoi olevansa tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa ja tytöistä (11 %). Kuitenkin erot tyttöjen ja poikien humalajuomisen välillä ovat vähäisiä (Raitasalo ym. 2012). Nuorten mielenterveyskohortti-tutkimus osoitti, että vähintään kerran kuukaudessa alkoholia juovat yhdeksäsluokkalaiset olivat todennäköisemmin ahdistuneita kuin harvemmin alkoholia juovat ikätoverinsa (Fröjd ym. 2008).

6.1.3. Lasten ja vanhempien sairauksien sekä lasten oireilun yhteys terveydenhoitajien huoliin

Lasten ja vanhempien sairaudet

Tutkimustuloksissa lasten pitkäaikaissairaudet, erityisesti diabeteksen yleisyys sekä vammat ja kehitysviiveet, olivat vahvasti yhteydessä terveydenhoitajien huoleen lasten terveydestä ja kehityksestä. Aiempien tutkimusten mukaan noin kolmanneksella kouluikäisistä lapsista on jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviivästymä (Perälä ym. 2011, Laatikainen & Mäki 2012). Perälän ym. (2011) tutkimuksen mukaan lasten tavallisimmat ongelmat liittyivät puheen kehitykseen sekä tarkkaavaisuus- tai käytösongelmiin. Tutkimusten mukaan lasten tyypillisimmät sairaudet ovat atooppinen ihottuma, ruoka-aineallergiat tai allerginen nuha (Hahtela ym. 2008, 2013).

Vanhempien pitkäaikaissairaudet (diabetes, syöpä, sepelvaltimotauti ja astma) ja äidin toimintakykyyn liittyvät sairaudet (liikkumista rajoittavat tekijät, näkö- tai kuulovamma, psyykkiset sairaudet, päihteiden käyttö) olivat yhteydessä huoleen lasten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Tiedetään, että vanhempien vakavat sairaudet tai mielenterveysongelmat heijastuvat vanhemmuuteen ja perheen hyvinvointiin. Tällöin vanhempien jaksaminen ja voimavarat lastensa kasvun ja kehityksen tukemiseen ovat usein keskimääräistä heikommat, mikä osaltaan vaikuttaa lasten ja nuorten psykososiaalisiin ongelmiin. (Weissman ym. 2006, Ashman ym. 2008, Niemelä ym. 2012, Paananen ym. 2012)

Puutteellinen vanhemmuus, kodin negatiivinen ilmapiiri tai hoidon laiminlyönti lisäävät lasten riskiä sairastua psyykkisiin häiriöihin lapsuuden aikana ja varhaisaikuisuudessa. Lapsen psyykinen häiriö on todennäköisesti vaikeampi, jos vanhemmalla on psykiatrinen sairaus. (Solantaus & Paavonen 2009) Lapsuudessa ja alakouluiässä lapsilla korostuvat ahdistus- ja käytöshäiriöt, sen sijaan nuoruusiässä ilmenee masennusta ja päihteiden käyttöä. (Weissman ym. 2006, Ashman ym. 2008, Solantaus & Paavonen 2009, Marttunen & Kaltiala-Heino 2011). Kuitenkaan vanhemman sairaus ei suoraan ennusta lasten riskiä sairastua mielenterveyshäiriöihin (mm. Yoo ym. 2010). Suurempi merkitys näyttää olevan sillä, millaisia ja miten pitkäkestoisia seurauksia

häiriöllä on vanhemman ja perheen toimintaan sekä vuorovaikutuskykyyn (Hay ym. 2008, Solantaus & Paavonen 2009).

Lasten ja nuorten psykososiaaliset oireet

Tämän tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että internalisoivat oireet kuten jännittyneisyys, pelot, alakuloisuus/ vetäytyminen ja ruokahaluttomuus, olivat yhteydessä huoleen neuvolaikäisten lasten terveydestä. Koululaisten kohdalla sekä internalisoivat että eksternalisoivat oireet, kuten ärtyneisyys levottomuus, keskittymisvaikeudet, aggressiivinen tai hyökkäävä käytös, olivat yhteydessä huoleen koululaisten terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Erityisesti alakouluikäisten poikien käytöshäiriöt kuten rajattomuus ja levottomuus oppitunneilla, huolestuttivat terveydenhoitajia. Frickin & Dickensin (2006) ja Suvisaaren & Mannisen (2009) tutkimusten mukaan poikien käytöshäiriöt ovat lapsuusiässä lähes neljä kertaa yleisempiä kuin tyttöjen. Tyttöjen käytöshäiriöt alkavat vasta nuoruudessa ja niihin liittyy usein masentuneisuutta. Sukupuolierot liittyvät psyykkisten häiriöiden erilaisiin kehitysmekanismiin. Poikien kehityksessä haavoittuvuuden riski on suurempi lapsuudessa ja tyttöjen kehityksessä nuoruudessa (Lehto-Salo & Marttunen 2008).

Tutkimustuloksissa ilmeni huoli erityisesti yläkouluikäisten erilaisista psyykkisistä oireista kuten epävarmuudesta, ahdistuneisuudesta ja masentuneisuudesta. Aiempien tutkimusten mukaan noin joka viides nuori kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä nuoruuden aikana (Aalto-Setälä ym. 2002, Marttunen & Karlsson 2013), yleisimmin ahdistusoireista ja masentuneisuudesta (Twenge ym. 2002, Solantaus ym. 2004, Lehto-Salo & Marttunen 2008). Masennusoireet ovat usein yhteydessä myös kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen heikkenemiseen (Fröjd ym. 2008) ja vaikuttavat näin koulunkäyntiin ja koulumenestykseen. Myös tyttöjen syömishäiriöiden yleisyys huolestutti terveydenhoitajia. Tyttöillä syömishäiriöt ovat yleisempiä kuin pojilla ja heidän on usein vaikea tiedostaa avun tarvetta (Hautala ym. 2005, Rissanen ym. 2011). Lasten pahoinvoinnin, kuten psykososiaalisten ongelmien taustalla, on usein perheen ja vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmia (Solantaus ym. 2004, Weissman ym. 2006, Sarkola ym. 2007).

6.1.4. Koulukiusaamisen ja koulupoissaolojen yhteys terveydenhoitajien huoliin

Koulukiusaaminen ja erityisesti alakoululaisilla ilmenevä nettikiusaaminen huolestutti terveydenhoitajia. Tutkimustulos tukee aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan kiusaamista esiintyy yhä nuoremmilla (Kaukinen & Salmivalli 2009, Konu 2010). Terveydenhoitajat toivat esille myös vaikeuden puuttua koulun ulkopuolella tapahtuvaan kiusaamiseen. Tiedetään, että lasten ja nuorten älypuhelimien sekä internetin käyttö ovat osaltaan laajentaneet kiusaamisen mahdollisuuksia koulumaailman ulkopuolelle (Lindfors ym. 2012, Stauffer ym. 2012)

Terveydenhoitajat olivat erityisesti huolissaan koulupoissaolojen kasvavasta määrästä ja siitä, että vanhemmat hyväksyvät poissaolot liian helposti, esimerkiksi sairauspoissaoloina. Tuloksissa ei kuitenkaan selvinnyt poissaolojen taustatekijöitä. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että lasten poissaolojen taustalla voi olla masentuneisuutta, oppimisvaikeuksia, koulukiusaamista tai sosiaalisten taitojen puutetta (Fröjd ym. 2008, Kaltaila-Heino ym. 2003). Lapsen koulusta jäämisen syy voi olla vanhemman somaattinen tai psyykinen sairaus ja lapsen huoli vanhemmasta sekä aiheettomasta syyllisyyden tunteesta (Kearney 2008). Suomessa jo perusopetuslaki (477/2003) edellyttää koululaisten poissaolojen seurantaa. Poissaolot koulusta ovat paitsi kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen myös mielenterveyden indikaattoreita (Kaltiala-Heino 2010a).

6.2. Terveydenhoitajien huolet ja toimintamahdollisuudet

Neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastukset tavoittavat lähes sataprosenttisesti koko ikäluokan, joten ne mahdollistavat huolen ja tuen tarpeen varhaisen tunnistamisen ja myös tuen tarjoamisen tasavertaisesti kaikille lapsille ja lapsiperheille (Leino ym. 2007, Hakulinen-Viitanen ym. 2014b).

Tämän tutkimustuloksen mukaan terveydenhoitajat tunnistivat lasten ja nuorten terveyteen ja kehitykseen sekä perhetilanteeseen liittyviä huolia. (vrt. Clausson ym. 2003, Larsson & Zaluha 2003, Clausson ym. 2008a, Mäenpää 2008). Terveydenhoitajat pitivät erityisen tärkeänä arvioida huoleen liittyvän tuen tarpeen kiireellisyyttä. Kuitenkaan terveydenhoitajalla ei aina ollut selkeää kuvaa siitä, mihin huoli liittyi, sillä heillä oli vain intuitio huolesta. Huoli on subjektiivista ennakkointia tulevasta ja oletetuista toimintamahdollisuuksista (Appleton & Cowley 2004).

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että lasten ja nuorten erilaiset psykosomaattiset oireet ja huolet ovat syitä hakeutua terveydenhoitajan vastaanotolle (Larson & Zaluha 2003, Farrand ym. 2007, Clausson ym. 2003, 2008a). Lapsilla ja nuorilla on monenlaisia huolia, jotka liittyvät esimerkiksi kasvuun ja kehitykseen (Farrand ym. 2007), huonoon itsetuntoon (Väänänen ym. 2014) yksinäisyyteen ja/tai vaikeaan perhetilanteeseen (Lammi-Taskula & Salmi 2008, Duke ym. 2010) tai menestymiseen koulussa (Alivernini & Lucidi 2011). Kun lapsi tai nuori kertoo esimerkiksi päänsärystä (Kröner-Herwig ym. 2007), tai vatsavaivoista (Logan & Curran 2005), on tärkeää selvittää myös mahdolliset taustalla olevat tekijät sekä perheen elämäntilanne kokonaisuutena.

Terveydenhoitajan kykyyn tunnistaa perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä huolia ja tuen tarpeita vaikuttaa työkokemus ja perheiden aikaisempi tuntemus. (Hakulinen-Viitanen & Mäki 2012, Tuominen ym. 2012). Neuvolan ja kouluterveydenhuollon toiminnan luonteeseen kuuluu tavoitteellisuus ja jatkuvuus. Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaiset vuosittaiset,

määräaikaiset terveystarkastukset luovat tähän hyvät mahdollisuudet. Useissa neuvoloissa sama terveydenhoitaja tekee niin sanottua äitiys- ja lastenneuvolayhdistelmää, jolloin hän seuraa tulevan lapsen ja perheen hyvinvointia jo raskauden alusta aina siihen asti, kun lapsi aloittaa koulun ja siirtyy kouluterveydenhuollon piiriin. Aiempien tutkimusten mukaan terveydenhoitajan asiakkaiden ja perhetilanteiden tuntemus ja jatkuvuus edesauttavat hyvää asiakassuhdetta ja luottamuksellista yhteistyötä (Vaittinen 2011, Tuominen ym. 2012).

Tutkimustuloksissa ilmeni, että koulu yhteisössä terveydenhoitajilla ei ollut aina selkeää kuvaa siitä, kenen tulisi ensisijaisesti reagoida huoleen, esimerkiksi oppilaiden koulupoissaoloihin, opettajan vai terveydenhoitajan. Terveydenhoitajat toivat esille myös huolensa kuraattoreiden ja koulupsykologien vähyydestä. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) kiinnittää huomiota erityisesti yhteistyöhön koulun henkilöstön ja vanhempien välillä sekä yksilölliseen ja moniammatilliseen oppilashuoltotoimintaan ja riittäviin kuraattori- ja psykologipalveluihin. Toimiva moniammatillinen oppilashuoltotoiminta on merkittävä tekijä oppilaiden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin edistämässä.

Aiempien neuvolatoimintaan (Fägersköld ym. 2006, Barnes ym. 2008) ja kouluterveydenhuoltoon (Mäenpää 2008, Sormunen 2012) liittyvien tutkimusten mukaan vanhemmat odottavat tukea vanhemmuuteen ja ovat tuoneet esille näkemyksensä siitä, että heitä kuultaisiin enemmän lapsen hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluissa tulee ottaa huomioon perheiden yksilölliset tuen tarpeet sekä korostaa vanhempien asiantuntemusta lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa, jotta mahdollisten ongelmien havaitseminen toteutuisi varhaisessa vaiheessa (Clausson ym. 2003, Dubowitz ym. 2007, Yarwood 2008).

Tutkimustuloksissa koululääkärin vaihtuvuus huolestutti terveydenhoitajia. Neuvolatoiminnassa ja kouluterveydenhuollossa terveydenhoitaja ja lääkäri toimivat yhteistyössä työparina, jolla on merkitystä arvioitaessa koko perheen hyvinvointia ja terveyden edistämisen tarpeita. Tutkimustuloksissa ei selvinnyt tarkempia syitä lääkäreiden vaihtuvuuteen. Aikaisemmissa selvityksissä havaittiin, että terveyskeskuksien lääkäritoiminta neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa järjestettiin eri terveyskeskuksissa eri tavoin. Ostopalveluina järjestetyissä toiminnoissa henkilöstön vaihtuvuus on usein suurempaa kuin omana toimintana järjestetyssä (mm. Hakulinen-Viitanen ym. 2014a).

Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat kokivat epävarmuutta jatkohoitokäytänteiden toimivuudesta erityisesti oppilaiden mielenterveysongelmissa. Tuomisen ym. (2011) tutkimuksen mukaan avun saannin viiveet lasten psyykkisissä ongelmissa johtuivat osittain vanhempien voimavaroista, osittain ammattilaisten toiminnasta tai palvelukäytänteistä. Viiveitä lasten mielenterveysongelmiin puuttumisessa ja hoidon aloittamisessa aiheuttavat myös pitkät

jonotilanteet ja hoitointerventioiden pirstaleisuus (Paakkonen 2012). Masennus- ja psyykkiset häiriöt ovat yleisempiä nuorten terveysongelmia. Toimivat hoito- ja palveluketjut ovat lasten ja nuorten mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta oleellisia ja kansantaloudellisesti terveydenhuollon kustannuksia säästäviä. (Marttunen & Karlsson 2013)

6.3. Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

6.3.1. Kvantitatiivisen osan luotettavuus

Tutkimuksen kvantitatiivisen osan luotettavuutta voidaan arvioida sisäisen ja ulkoisen validiteetin avulla (Burns & Grove 2005, Metsämuuronen 2003). Tutkimuksen sisäinen validiteetti liittyy käsitteisiin ja teoreettisiin kysymyksiin. Validiteetti voidaan jakaa muun muassa sisältövaliditeettiin ja käsite- eli rakennevaliditeettiin (Burns & Grove 2005, Metsämuuronen 2003). Sisältövaliditeetin avulla arvioidaan, miten mitattavat käsitteet on operationalisoitu eli muutettu mitattavaan muotoon. Tämän tutkimuksen mittarit kehitettiin lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon valtakunnallisten suositusten ja eri alojen asiantuntijatyöryhmän lausuntojen perusteella. Lisäksi mittareita esiteltiin. (Mäki ym. 2008, 2010) Terveydenhoitajilla oli pitkäaikainen tuntemus lasten ja nuorten terveydestä ja perheiden hyvinvoinnista aikaisempien vuosien terveystarkastuksista. Nämä tekijät tukivat terveydenhoitajien tekemää kokonaisarviota lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista. Ne myös toimivat taustatekijöinä sille, heräsikö terveydenhoitajalle terveystarkastuksen perusteella huoli lapsen ja nuoren fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Terveydenhoitajat olivat saaneet koulutusta huolen arviointiin ja kirjaamiseen. Kuitenkin terveydenhoitajat pohtivat sitä, ettei ollut aina helppo tehdä valintaa ei huolta ja lievä huoli -vaihtoehtojen välillä. Huoli on aina henkilön subjektiivinen kokemus tilanteesta (Appleton & Cowley 2004).

Käsitevaliditeetin avulla arvioidaan, kuinka laajasti mittari mittaa tutkittavaa ilmiötä. Tässä tutkimuksessa on pystytty yhdistämään monipuolisesti useiden tiedonantajien tietoja lasten ja nuorten sekä vanhempien terveyskäyttäytymisestä ja sairauksista sekä perheen sosioekonomisesta asemasta, sosiaalisista suhteista sekä terveydenhoitajien havainnoista lasten ja nuorten kasvusta ja kehityksestä. Aineiston käyttöä koskevat päätökset tutkija voi tehdä itsenäisesti, mutta käyttäessään valmista aineistoa tutkijan on hyväksyttävä aineistoa koskevat rajoitteet.

Ulkoisen validiteetti liittyy siihen, kuinka yleistettävää tutkimuksen tuottama tieto on. Tutkimuksessa aineiston koko (n=6 506) oli suuri ja osallistumisprosentit olivat hyvät, neuvolaikäisten kohdalla 83 % ja kouluikäisten kohdalla 77 %. Tutkimus antaa varmasti viitteitä suomalaisten terveydenhoitajien huolenaiheista lasten ja nuorten terveystarkastuksissa. Koska

aineisto oli kuitenkin kerätty vain muutamista kunnista Suomessa, eivät tulokset ole täysin yleistettävissä suomalaiseseen lapsiväestöön.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomio mittarin lisäksi mittaamiseen (Burns & Grove 2005, Metsämuuronen 2003). Reliabiliteetti kertoo mittaustulosten johdonmukaisuudesta ja pysyvyydestä (Polit & Beck 2008). Lasten terveysseuranta-tutkimuksen tiedonkeruuta varten laadittiin kirjalliset ohjeet, ja kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat osallistuivat koulutukseen. Lisäksi tutkimuksen kenttätöystä vastaava tutkija teki auditointikäyntejä kentälle.

Tämän tutkimuksen analyysimenetelmien valinta tehtiin yhteistyössä tilastotieteilijän kanssa huomioiden muuttujien mittaustaso sekä soveltuvuus tutkimuskysymyksiin (Nummenmaa 2008). Tutkimuksen monimuuttujamenetelmiä (logistiset regressiomallit, rakenneyhtälömalli) valittaessa huomioitiin myös niiden vaatimukset aineiston sopivuudesta analyyseihin. Aineiston käsittelyyn liittyvät analyysit tutkija teki itse ja konsultoi tilastotieteen asiantuntijaa aina tarpeen mukaan valittujen analyysien ja testien oikeellisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden varmistamiseksi. Rakenneyhtälömallit toteutti teknisesti tilastotieteilijä tutkimusryhmässä yhdessä asetettujen tutkimuskysymysten mukaisesti.

Tutkimusaineisto on laaja ja siinä on selvitetty monipuolisesti perheen ja lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien tekijöiden yhteyksiä terveydenhoitajien huoliin lasten ja nuorten fyysisestä terveydestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että terveydenhoitajien kokemus huolesta on aina subjektiivinen arvio. Tutkimus perustui poikkileikkausaineistoon, jolloin kausaalisuhteita eri muuttujien välillä ei voida osoittaa.

6.3.2. Kvalitatiivisen osan luotettavuus

Kvalitatiivisen osan luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, seuraamuksellisuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kriteereiden avulla (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2008).

Tutkimuksen uskottavuus muodostuu tulosten totuudenmukaisuudesta ja tulkintojen vastaavuudesta todellisuuden kanssa (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tutkijan ammattitausta ja teoreettinen perehtyminen aiheeseen helpottivat tiedonantajien esittämien näkemysten ja kokemusten ymmärtämistä ja niiden tulkitsemista. Kuitenkin tulosten uskottavuuteen vaikuttava tutkijan esiymmärrys tunnistettiin ja pyrittiin sulkemaan mahdollisimman hyvin pois mielestä analyysin aikana (Polit & Beck 2008). Aineiston analyysi tuotti käsitteitä, joista tutkijalla ei ollut ennakkokäsityksiä.

Uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan valitsemalla tiedonantajat mahdollisimman tarkoituksenmukaisella otannalla (Burns & Grove 2005). Tutkimukseen valittiin Lasten terveysseuranta (LATE) -tutkimuksen pilottitutkimukseen (2008) osallistuneet terveydenhoitajat kokonaisotannalla. Tutkimusten välinen aikaviive ja tapahtuneet eri organisaatioiden muutokset (kuntaliitokset) sekä terveydenhoitajien työtilanteiden muutokset vaikuttivat otantaan heikentävästi. Tutkimukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla oli pitkä työkokemus kouluterveydenhoitajien työstä sekä toimintaympäristön tuntemus (Polit & Beck 2008, Redmond & Curtis 2009).

Ryhmähaastattelu sopii tutkimusaiheeseen, koska terveydenhoitajien keskinäisellä vuorovaikutuksella oli merkitystä tiedon tuottamiseen (Graneheim & Lundman 2004). Aineistoista pyrittiin löytämään tutkimuskysymysten kannalta keskeisimmät sisällöt. Aineistot olivat laajoja ja on mahdollista, että analyysin ulkopuolelle jäi merkityksellistä aineistoa (Graneheim & Lundman 2004). Aineistojen laajuuden vuoksi erotettiin lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitajien haastatteluaineistot omiksi aineistoiksi. Tässä tutkimuksessa käsitellään vain kouluterveydenhoitajien ryhmähaastattelujen aineistoja. Tutkijan vähäinen kokemus haastattelijana sekä lastenneuvola- ja kouluterveydenhoitajien yhteinen ryhmähaastattelu saattoi heikentää tiedonantajien reflektointia haastattelutilanteessa.

Seuraamuksellisuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Tutkimukseen liittyy aina inhimillistä vaihtelua ja tutkimustilanteeseen liittyviä muutoksia (Guba & Lincoln 1994). Inhimillistä vaihtelua pyrittiin vähentämään yhtenäisillä haastatteluteemoilla. Lisäksi kaikki haastattelut suoritettiin terveydenhoitajien työpaikoilla samankaltaisissa tiloissa ja kaikille yhtäläisillä käytännön järjestelyillä. Toisaalta kaikki tiedonantajat ovat yksilöitä, joten tilanteet eivät voi toistua täysin toistensa kaltaisina.

Tutkimuksen vahvistavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla huolellisesti ja tarkasti koko tutkimusprosessi. Lukijan on mahdollista arvioida tutkijan kykyä pelkistää tutkimusaineistoa, muodostaa kategorioita sekä arvioida tulkintojen oikeellisuutta. Tällöin tulosten voidaan osoittaa perustuvan aineistoon. (Graneheim & Lundman 2004, Babour 2010) Aineistojen analyysissä on pyritty selkiyttämään ja tiivistämään aineistoja siten, että tiedonantajien alkuperäiset näkemykset tulevat esille mahdollisimman selkeästi. Analyysiprosessin aikana palattiin useita kertoja alkuperäiseen aineistoon, jotta pystyttiin varmistamaan tulkintojen oikeellisuus (Guba & Lincoln 1994). Tutkimuksessa on pyritty tuottamaan kategorioita, jotka ovat mahdollisimman kattavasti toisensa poissulkevia.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten soveltavuutta laajempaan kontekstiin (Guba & Lincoln 1994). Tässä tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan tarkasti tiedonantajat, ja autenttisia lainauksia on käytetty tekstin elävöittämiseksi (Graneheim & Lundman 2004). Lainaukset auttavat lukijaa arvioimaan

aineiston ja analyysin tuloksena syntyneiden kategorioiden ja käsitteiden sisältöä. Siirrettävyys ei laadullisessa tutkimuksessa merkitse määrällisen tutkimuksen tavoin tulosten yleistettävyyttä, vaan sitä, miten tulokset voidaan siirtää muihin samankaltaisiin yhteyksiin (Guba & Lincoln 1994). Vaikka tämän tutkimuksen tiedonantajat edustivat muutamia lastenneuvoiloita ja kouluterveydenhuollon toimipisteitä Suomessa, voidaan nähdä, että tutkimustulokset kuvaavat osaltaan terveydenhoitajan näkemyksiä lapsiin ja perheisiin liittyvistä huolista ja tuen tarpeista.

6.3.3. Tutkimuksen eettiset kysymykset

Lasten terveysseurantatutkimukselle saatiin viralliset tutkimusluvut ja eettisen toimikunnan päätökset (STM 2006, 2007, Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2006). Terveydenhoitajien haastatteluihin saatiin tutkimusluvut terveyskeskusten johtavilta viranhaltijoilta tai sosiaali- ja terveyslautakunnilta.

Tutkijalla on velvollisuus kertoa tutkittaville tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen perusteet ja muut tutkimukseen liittyvät tekijät, kuten osallistumisen vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus koko tutkimusprosessin ajan eli kuka käsittelee aineiston ja vastaa tutkimusaineistosta (Kuula 2006).

Haastattelututkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille kerrottiin suullisesti osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää osallistuminen missä tahansa haastattelun vaiheessa. Tiedonantajille painotettiin sitä, että heidän henkilöllisyytensä ei tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Lisäksi tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus (Polit & Beck 2008).

Haastateltavilta pyydettiin suullinen lupa haastattelujen nauhoittamiseen. Lisäksi heille annettiin tutkijan yhteystiedot mahdollisia lisätietoja varten. Haastatteluaineisto käsiteltiin siten, että haastateltavat, heidän työyhteisönsä, asiakkaina olevat lapset tai heidän perheensä eivät ole tunnistettavissa. Haastatteluaineisto kerättiin vain tätä tutkimusta vasten.

6.4. Tutkimustulosten hyödyntäminen

Tutkimuksen tulokset keskittyivät neuvola- ja kouluterveydenhoitajien huoliin lasten terveydestä, kehityksestä ja koko perheen hyvinvoinnista lasten terveystarkastuksissa. Tietoisuus ja ymmärrys lapsiperheiden arjen haasteista auttavat terveydenhoitajia kehittämään valmiuksiaan ja huomioimaan myös sosiaalisen näkökulman kohdatessaan lasten, nuorten ja perheiden tämän päivän ongelmia ja tuen tarpeita.

Terveydenhoitajien koulutuksessa tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä opetussuunnitelmaan näkökulmaa lapsiperheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvästä sosiaalisesta kontekstista ja muuttuvista yhteiskunnallisista työelämän olosuhteista. Ohjaustaitojen kehittäminen koulutuksellisin keinoin on tärkeää. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaana on myös

enenevässä määrin eri kansallisuuksista ja kulttuureista tulevia perheitä. Nämä luovat haasteita kehittää terveydenhoitajan asiakaslähtöisiä ja myös eri kulttuurit huomioivia neuvonta- ja ohjaustaitoja sekä rohkeutta ottaa puheeksi vaikeitakin asioita, kuten mielenterveyteen tai traumaattisiin kokemuksiin liittyviä kysymyksiä.

Terveydenhoitajan ymmärrys, tuki ja yksilöllinen ohjaus ovat tärkeitä edistettäessä koko perheiden hyvinvointia ja vanhempien tietoisuutta omista vahvuuksistaan ja vaikutusmahdollisuuksistaan vaikeissakin elämäntilanteissa, esimerkiksi kun perheessä on terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia ongelmia. Perheenjäsenten omien valmiuksien ja voimavarojen tukeminen lisää koko perheen hyvinvointia. Terveydenhoitajien työajan resursoinnissa ja asiakasmäärien suosituksissa tulisi ottaa huomion tämän päivän asiakaskunnan moninaisuus ja terveysneuvonnan haasteet, jotta terveydenhoitajille jäisi aikaa myös asiakkaiden tukikäynneille.

Perheiden vaikeat ja moninaiset ongelmatilanteet ovat lisänneet myös terveydenhoitajien työnohjauksen tarvetta. Terveydenhoitajan työ niin neuvolassa kuin kouluterveydenhuollossa on yksinäistä ja kollegiaalinen tuki satunnaista. Terveydenhoitajien ryhmätyönohjauksella voitaisiin tukea terveydenhoitajien ammattitaitoa ja työhyvinvointia, ja työnohjaus mahdollistaisi kollegiaalisen tuen saannin, mahdollisuuden oppia muiden työskentelystä ja saada uusia näkökulmia omaan työhön. Asiakkaiden kannalta työnohjaus auttaa parantamaan palvelun laatua ja vaikuttavuutta.

Terveydenhoitajien ja neuvola- ja koululääkäreiden yhteiset täydennyskoulutustilaisuudet lisääisivät ammattiryhmien tietämystä lasten ja perheiden hyvinvoinnin ja terveyden riskitekijöistä ja tuen tarpeista. Lähetekäytänteiden ja palveluketjujen toimivuutta ja työnjakoa perus- ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi selkeyttää erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että sosioekonomiset perhetekijät (perherakenne, vanhempien koulutus, työllisyys ja tulot), perheenjäsenten sairaudet ja terveyskäyttäytyminen olivat merkittäviä terveydenhoitajien huolien selittäjiä. Huolten ja taustatekijöiden eroja neuvola- ja kouluikäisten välillä selittää se, että iän, kasvuympäristön ja sosiaalisten suhteiden vaikutukset eri ikäryhmissä ovat erilaiset. Kouluikäisillä esimerkiksi ystäväpiiriin vaikutus terveyskäyttäytymiseen on voimakkaampi kuin neuvolaikäisillä.

Terveysneuvonnan ja tuen tarve on suurempi lapsilla ja nuorilla, joiden perheiden sosioekonominen asema on matala ja joissa vanhemmilla on vakavia terveysongelmia. Terveysneuvonnan vaaditaan usein ”tilanneherkkyttä” havaita lasten tai perheenjäsenten erilaisia ongelmia ja tuen tarpeita. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöiden sekä tuen tarpeiden huomioiminen edellyttää niin terveyden- kuin sosiaalihuollon saumatonta moniammatillista yhteistyötä. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) velvoittaa asiakaslähtöiseen yhteistyöhön, johon myös tuleva sote-integraatio pyrkii.

- Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää, miten terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten yhteistyö toimii uuden sosiaalihuoltolain (13/2014) mukaisissa lapsiperhepalveluissa edistettäessä lasten ja koko perheen hyvinvointia.

Terveydenhoitajan huoli lasten ja nuorten terveystarkastamisesta liittyy ylipainoon, ruutuajan suureen määrään ja päihteiden käyttöön, erityisesti tupakointiin. Laajat terveystarkastukset voivat olla yksi tärkeä foorumi ottaa puheeksi vanhempien kanssa ruudun ääressä vietetty aika ja sen vaikutukset lasten hyvinvointiin. Lasten lihavuuden ehkäisyssä keskeistä on vanhempien sitoutuminen elintapamuutoksiin ja koko perheen terveellisten elintapojen edistäminen. Päivähoito voisi osaltaan tukea alle kouluikäisiä lapsia ja perheitä terveellisten elintapojen omaksumisessa esimerkiksi liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen lisäämisessä. Kouluissa viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaille tarkoitettu valtakunnallinen Move -fyysisen toimintakyvyn seurantarjestelmän (Jaakkola ym. 2012) käyttöönotto yhdistettynä laajoihin terveystarkastuksiin edistää myös oppilaiden liikunnallista aktiivisuutta.

Perheen yhteisen ajan ja yhteisen aterian on todettu vaikuttavan myönteisesti perheen keskinäisiin vuorovaikutussuhteisiin, vanhempien tietoisuuteen lasten asioista ja edistävän myös terveellisiä elintapoja. Suomalainen kouluruokailu on ravintoarvoltaan korkeatasoista. Tutkimusten mukaan kaksikolmasosa oppilaista osallistuu kouluruokailuun. Ryhmällä ja ystäville on merkitystä kouluruokailuun osallistumisessa. Vanhempien, opettajien ja terveydenhoitajien tulisi paremmin tukea oppilaiden osallistumista. Yläluokkalaisten elintapaohjauksessa kasvokkain tapahtuvan yksilöohjauksen lisäksi tulee huomioida ystäväpiiriin merkitys. Internetin välityksellä tapahtuva

neuvonta on myös todettu vaikuttavaksi. Nuorten osallistumista terveellisten elintapojen edistämiseen liittyvien interventioiden, kuten liikunnan lisäämisen, päihteettömyyden ja terveellisten ravintotottumusten omaksumisen, kehittämiseen tulisi lisätä.

- Jatkotutkimusta tarvittaisiin nuorten elintapoihin vaikuttavista tekijöistä sekä vaikuttavista elintapojen muutosta tukevista menetelmistä.

Koulupoissaolot ja kiusaaminen huolestuttivat terveydenhoitajia. Koulun moniammatillisen oppilashuoltoryhmän, jossa terveydenhoitaja on myös terveydenhuollon edustajana mukana, tulee kiinnittää erityisesti huomioita näihin tekijöihin, sillä niillä on vaikutusta oppilaiden menestymiseen opinnoissa ja myöhempään hyvinvointiin. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) edellyttää kouluilta entistä vahvemmin oppilaiden mielenterveyden tukemista ja hoidon järjestämistä.

Varhainen tuen tunnistaminen ja oikea-aikainen avun tarjoaminen ovat tärkeitä peruspalvelujen haasteita. Palveluissa tulee selkeyttää moniammatillisia hoitomenetelmiä ja -ketjuja nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa.

Terveydenhoitajan työ on laajentunut lapsen fyysisen terveyden, kasvun ja kehityksen seurannasta koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöiden tunnistamiseen sekä lasten, nuorten ja perheiden varhaiseen laajamittaiseen tukemiseen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhoitajien huolia ja haasteita tuen kohdentamisessa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Tarve systemaattisemman tutkimustiedon keruuseen tuen tarpeen tunnistamisesta ja palvelujen saatavuuden yhteyksistä on ilmeinen.

- Tarvitaan laajempaa seurantatietoa siitä, miten palvelujen saatavuus ja terveydenhuollon tarjoama tuki kohtaavat terveyden ja hyvinvoinnin haasteet sekä tuen tarpeen lasten, nuorten ja vanhempien näkökulmasta.
- Tutkimustietoa tarvitaan myös siitä, mitä odotuksia vanhemmilla on terveydenhuollolta vaikeissa elämäntilanteissa.

Terveydenhoitajat tunnistivat hyvin terveystarkastuksissa lasten, nuorten ja perheiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä huolia. Useiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden, myös sosioekonomisten perhetekijöiden, merkityksen arvioiminen terveystarkastuksissa lapsen ja nuoren ikä huomioiden onkin tärkeää, jotta lapselle ja nuorelle voidaan tarjota kokonaisvaltaista kasvun ja kehityksen tukea. Asetuksen (VNA 338/2011) mukaiset neuvolan ja kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset ovat merkittävä askel huomioitaessa ja tuettaessa koko perheen hyvinvointia. Ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen tuki lasten ja lapsiperheiden parhaaksi ovat pitkällä aikavälillä vaikuttavia ja kustannuksia säästäviä sekä lasten terveyseroja vähentäviä.

8. KIITOKSET

Väitöskirjatyön tekeminen on ollut opettavainen ja ajatuksia herättävä matka. Matkaan on mahtunut onnistumisen kokemuksia, mutta myös vaikeita ja kyynelisiä hetkiä. Haluan kiittää kaikkia, jotka autoitte ja olitte tukenani matkan varrella.

Osoitan erityisesti suuret kiitokset ohjaajalleni professori Tiina Laatikaiselle. Ohjauksessasi oli hyvä kulkea tutkimusmatka aina perille asti. Tiinan arvokkaat neuvot, kannustus ja tuki veivät tieteellistä ajattelua ja työtäni eteenpäin. Tiina, ymmärsit myös tutkijan arjen haasteet. Osoitan lämpimät kiitokset myös toiselle ohjaajalleni dosentti Tuovi Hakuliselle. Ohjauksesi auttoi jäsentämään ajatuksiani laajemmin ja hahmottamaan tulevaisuuden haasteita terveydenhoitajan työssä.

Kiitän väitöskirjani esitarkastajia professori Maria Kääriäistä ja dosentti Leena Salmista tärkeistä ja asiantuntevista korjausehdotuksista väitöskirjani käsikirjoitukseen. Kiitän kaikkia osajulkaisuissani mukana olleita kirjoittajia, ohjaajieni ohella, TtT Arja Holopaista, TtM Päivi Mäkeä, oli hienoa tehdä yhteistyötä kanssanne. Tilastotieteen asiantuntijaa YTM Esko Levälahtea kiitän myös kommentteista ja neuvoista, joita sain häneltä tilastollisia analyysejä tehdessäni.

Osoitan kiitokset informaatikko Anna-Liisa Holmströmille ja Johanna Kiviluodolle ystävällisyydestä ja tuesta tutkimusmatkan aikana. Lämpimät kiitokset osoitan väitöskirjan suomenkielen tarkastajalle Laura Liimataiselle sekä englanninkielisten osajulkaisujen kääntäjälle ja tarkastajalle Anna Vuolteenaholle erinomaisesta työstä.

Kiitän työyhteisöäni ja esimiestäni Ulla Sepposta siitä, että hän on suhtautunut ymmärtäväisesti ja myönteisesti virkavapauksiini, jolloin olen pystynyt keskittymään tutkimukseeni. Kollegoitani Leila Kankaista ja Päivi Parkkista kiitän kannustuksesta ja tuesta tutkimusmatkani aikana. Vertaistuki on ollut minulle vuosien varrella äärimmäisen tärkeää. Heli Rannalle osoitan suuret kiitokseni taulukkojen, kuvioiden ja tekstien asettelusta työssäni.

Kiitokset osoitan tutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille ja heidän organisaatioille. Teidän ansioistanne tutkijoilla on käytettävissä arvokas ja monipuolinen aineisto.

Työhöni olen saanut taloudellista tukea Suomalaiselta Konkordia-liitto ry:ltä, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:ltä sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kilpailutettavasta valtion tutkimusrahoituksesta.

Tutkimusmatkani on ollut tasapainoillua työn, perhe-elämän ja tutkimuksen teon välillä. Kiitän erityisesti aviopuolisoani Perttiä kärsivällisyydestä ja huolenpidosta moni vaiheisen tutkimusmatkan aikana. Minulle oli tärkeää, että soit mahdollisuuden toteuttaa suuren unelmani.

Hannele Poutiainen

LÄHTEET

Aalberg V, Siimes MA. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä 2007.

Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry* 2002;159(7):1235-1237.

Acran C, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van der Berg P, Story M, Larson N. Parental eating behaviours, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods: longitudinal findings from Project EAT. *Public Health Nutrition* 2007;10(11):1257-1265.

Aittomäki A, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Household income and health problems during a period of labour-market change and widening income inequalities- a study among the Finnish population between 1987 and 2007. *Social Science & Medicine* 2014;100:84-92.

Ajdacic-Gross V, Landolt K, Angst J, Gamma A, Merikanagas KR, Gutzwiller F, Rössler W. Adult versus adolescent onset of smoking: how are mood disorders and other risk factors involved? *Addiction* 2009;104(8):1411-1419.

Alivernini F, Lucidi F. Relationship between social context, self-efficacy, motivation, academic achievement, and intention to drop out of high school: a longitudinal study. *Journal of Educational Research* 2011;104:241-252.

Amos A, Wiltshire S, Haw S, McNeill A. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research* 2006;21(2):181-191.

Amos A, Bostock Y. Young people smoking and gender – a qualitative exploration. *Health Education Research* 2007;22(6):770-781.

Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services* 2002;53(8):1001-1009.

Anderson KH. The family health system approach to family systems nursing. *Journal of Family Nursing* 2000;6(2):103-119.

Anderson CA, Shibuya A, Ihori N, Swing EL, Bushman BJ, Sakamoto A, Rothstein HR, Saleem M. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2010;136(2):151-173.

Andersson G. Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. *Child and Family Social Work* 2005;10:43-56.

Appleton J. Working with vulnerable families: a health visiting perspective. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23:912-918.

Appleton J, Cowley S. The guideline contradiction: health visitors' use of formal guidelines for identifying and assessing families in need. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41(7):785-797.

Arnkil T, Eriksson E, Arnkil R. Palvelujen dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes, Raportteja 253. Helsinki 2000.

Ashley OS, Penne, MA, Loomis KM, Kan M, Bauman KE, Aldridge M, Gfroerer JC, Novak SP. Moderation of the association between parent and adolescent cigarette smoking by selected sociodemographic variables. *Addictive Behaviors* 2008;33:1227-1230.

- Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H. Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role contextual risks. *Development and Psychopathology* 2008;20(1):55-77.
- Asparouhov T, Muthen B. Robust Chi Square Difference Testing with Mean and Variance Adjusted Test Statistics. *Mplus Web Notes* 2006:10.
- Autti-Rämö I. Alkoholien aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. *Duodecim* 2011;127:1634-1636.
- Auvinen J. Neck, shoulder, and low back pain in adolescence. Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine: Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Institute of Health Sciences, Public Health and General Practice. University of Oulu 2010.
- Avenevoli S, Merikangas KR. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction* 2003;98:(suppl 1):1-20.
- Babey SH, Hastert TA, Wolstein J. Adolescent sedentary behaviors: correlates differ for television viewing and computer use. *Journal of Adolescent Health* 2013;52(1):70-76.
- Bagley S, Salmon JO, Grawford D. Family structure and children's television viewing and physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2006;38(5):910-918.
- Barbour R. Focus group. In Bougeaut I, Dingwall R, de Vries R. (Eds) *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. Sage London 2010.
- Barnes M, Pratt J, Finlayson K, Courtney M, Pitt B, Knight C. Learning about baby: what new mothers would like to know? *Journal of Perinatal Education* 2008;17(3):33-41.
- Barrett AE, Turner RJ. Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior* 2005;46:156-169.
- Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112(2):e119-e131.
- Berg N, Huurre T, Kiviruusu O, Aro H. Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. *Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011;48:168-181.
- Berkman LF. Social epidemiology: social determinants of health: in the United States: are we losing ground? *Annual Review of Public Health* 2009;30:27-41.
- Berlin A, Hylander I, Törnkvist L. Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents – a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2008;22:118-127.
- Berra S, Tebe C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Auquier P, Detmar S, Herdman M, Alaonso J, Rajmil L and the European KIDSCREEN group. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Medical care* 2009;47(2):161-167.
- Bianchi SM. Family change and time allocation in American families. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2011;638:21-44.
- Bianchi SM, Milkie MA. Work and Family Research in the First Decade of the 21st Century. *Journal of Marriage and Family* 2010;72:705-725.
- Björklund A, Sundström M. Parental separation and children's educational attainment: A sibling's analysis in Swedish register data. *Economica* 2006;73:605-624.
- Björkqvist K, Bätman A, Åhman-Back S. Adolescents' use of tobacco and alcohol. Correlations with habits of parents and friends. *Psychological Reports* 2004;95:418-420.

Bomar PJ. Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice 3th Edition Saunders Philadelphia 2004.

Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health* 2007;40(4):357.e9-18.

Borg A-M, Kaukonen P. Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä, LAPS-lomake. Teoksessa: Mäki P, Wickström K, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T. (toim) Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuolossa – Menetelmäkäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14. Tampere 2011;112-114.

Borodulin K, Jousilahti P. Liikunta vapaa-ajalla, työssä ja työmatkalla 1972–2012. Kansallinen FINRISKI 2012 –terveystutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2012;1-4.

Borodulin K, Vartianen E, Peltonen M, Jousilahti P, Juolevi A, Laatikainen T, Männistö S, Salomaa V, Sundvall J, Puska P. Forty-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *European Journal of Public Health* 2014. doi:10.1093/eurpub/cku174.

Bradley E, Boath E, MacKenzie M. The experience of first-time fatherhood: a brief report. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2004;22(1):45-47.

Bradley JH, Ravi P, Seeman E. Analyzing the structure of expert knowledge. *Information & Management* 2006;43:77-91.

Burke J, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part II, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41:1200-1210.

Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th edition. A. Harcourt Health Sciences Company, Philadelphia 2005.

Canivet CA, Östergren P-O, Jakobsson IL, Dejin-Karsson E, Hagander BM. Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36(3):284-291.

Chen E, Matthews KA, Boyce WT. Socioeconomic differences in children's health: how and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin* 2002;128(2):295-329.

Chen AY, Escarce JJ. Family Structure and childhood obesity, early childhood longitudinal study Kindergarten cohort. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research Practice and Policy* 2010;7(3):A50.

Chen MY, Liou YM, Wu JY. The relationship between TV/computer time and adolescents' health promoting behavior: a secondary data analysis. *Journal of Nursing Research* 2008;16(1):75-85.

Clausson E, Petersson K, Berg A. School nurses' views 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: 392-398.

Clausson EK, Köhler L, Berg A. Schoolchildren's health as judged by Swedish school nurses – a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008a;36:690-697.

Clausson EK, Köhler L, Berg A. Ethical challenges for school nurses in documenting schoolchildren's health. *Nursing Ethics* 2008b;15(1):40-51.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240.

Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012;7(4):284-294.

Conti G, Heckman JJ. The developmental approach to child and adult health. *Pediatrics* 2013;131(2):133-141.

Corder K, Graggs C, Jones AP, Ekelund U, Griffin SJ, van Sluijs EMF. Predictors of change differ for moderate and vigorous intensity physical activity and for weekdays and weekends: A longitudinal analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013;10:69. doi:10.1186/1479-58-5868-10-69.

CSDH: Closing the Gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization 2008.

Cummings AJ, Knibb RC, King RM, Lucas JS. The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy* 2010;65:933-945.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze D, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Report 6, May, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents 2012.

Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, Robinson TN, Scott BJ, Jeor S St, Williams CL. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, Consequens, Prevention, and Treatment. *Circulation* 2005;111:1999-2012.

Deave T, Johnson D. The transition parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing* 2008;63(6):626-633.

Denny SJ, Robinson EM, Utter J, Fleming TM, Grant S, Milfont TL, Grengle S, Ameratunga SN, Clark T. Do school influence student risk-taking behaviors and emotional health symptoms? *Journal of Adolescent Health* 2011;48:259-267.

DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, Vissandjée B, Kliewer E, Mao Y. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: results of a national cohort study. *Journal of Immigrant Health* 2005;7(4):221-232.

Dick DM, Viken R, Purcell S, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescents smoking. *Journal of Abnormal Psychology* 2007;116(1):213-218.

Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Byron E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49:360-371.

Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Prescott L, Blackman K, Grube L, Meyer W, Tracy JK. Screening for depression in an urban pediatric primary care clinic. *Pediatrics* 2007;119(39):435-444.

Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010;125(4):e778-e786.

Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2009;65:325-330.

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Story M. Family meals and substance use: is there a long-term protective association? *Journal of Adolescent Health* 2008;43:151-156.

Eklund JM, af Klinteberg B. Alcohol use and patterns of delinquent behavior in male and female adolescents. *Alcohol & Alcoholism* 2009;44(6):607-614.

- Elo S, Kyngäs H. The Qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(1):107-115.
- Engels RC, Vitaro F, Blokland EDE, de Kemp R, Scholte RHJ. Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behavior: the role of parental smoking. *Journal of Adolescence* 2004;27:531-544.
- Engels RC, Vermulst AA, Dubas JS, Bot SM, Gerris J. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. *European Addiction Research* 2005;11:32-37.
- Eriksson E, Arnkil TE. *Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakesin oppaita 60.* Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski 2007
- Erkkola ML, Kyttälä P, Kautiainen S, Virtanen S. Alle kouluikäisen ruoankäytön väestöryhmittäiset erot. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2012;49:94-104.
- Farrand P, Parker M, Lee C. Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioral difficulties. *Health and Social Care in the Community* 2007;15(5):464-473.
- Farre L, Klein R, Vella F. Does increasing parents' schooling raise the schooling of the next generation? Evidence based on conditional second moments. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 2012;74(5):676-690.
- Feldman S, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations between watching TV during family meals and dietary intake among adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2007;39(5):257-263.
- Fergusson DM, Vitaro F, Wanner B, Brendgen M. Protective and compensatory factors mitigating the influence of deviant friends on delinquent behaviors during early adolescence. *Journal of Adolescence* 2007;30(1):33-50.
- Fleming CB, Hyoshin K, Harachi TW, Catalano RF. Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *Journal of Adolescent Health* 2002;30(1):184-189.
- Flemming K. The knowledge base for evidence-based nursing: a role for mixed methods research? *Advances in Nursing Science* 2007;30(1):41-51.
- Fox CL, Farrow CV. Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and begin a victim of bullying. *Journal of Adolescence* 2009;32:1287-1301.
- Freedman DS, Kettel I, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001;108(3):712-718.
- Frick PJ, Dickens C. Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports* 2006;8(1):59-72.
- Fröjd S, Marttunen M, Pelkonen M, von der Pahlen B, Kaltiala-Heino R. Perceived financial difficulties and maladjustment outcomes in adolescence. *European Journal of Public Health* 2006;16(5):542-548.
- Fröjd S, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M. The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007;61:296-303.
- Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MUI, Marttunen MJ, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence* 2008;31:485-498.
- Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M. Adolescent and parent views of family meals. *Journal of the American Dietetic Association* 2006;106:526-532.

Fägersköld A. Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2006;20:79-85.

Galobardes B, Lynch J, Smith DG. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin* 2007;81-82(1):21-37.

Galobardes B, Lynch J, Smith D. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008;62:387-390.

Ghandour R, Overpeck M, Huang Z, Kogan M, Scheidt P. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States. Associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2004;158(8):797-803.

Gissler M, Meriläinen J, Vuori E, Hemminki E. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003;57:433-439.

Gonger RD, Conger KJ, Martin MJ. Socioeconomic status, family process, and individual development. *Journal of Marriage and Family* 2010;72(3):685-704.

Graig L. Does father care mean fathers' share? A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender & Society* 2006;20(2):259-281.

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24(2):105-112.

Granford JA, Eisenberg D, Serras AM. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors* 2009;34:134-145.

Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Sciences & Medicine* 2003;56:41-52.

Gråsten A, Liukkonen J, Jaakkola T, Yli-Piipari S. Koululaisten fyysisen aktiivisuuden ja liikuntatunneilla koetun autonomian muutokset 7. luokalta 9. luokalle. *Liikunta & Tiede* 2010;47(6):38-44.

Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK & Lincoln YS. (eds.) *Handbook of qualitative research*. Sage USA 1994.

Gustafson SL, Rhodes RE. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Medicine* 2006;36(1):79-97.

Haahtela T. Astma ja allergia. Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim) *Health among Finns. Duodecim, Publications of the National Public Health Institute & STAKES*. Helsinki 2005;216-221

Haahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M, Hannuksela M ja Allergiatyöryhmä. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa. *Suomen Lääkärilehti* 2008;14:63. (Liite 4).

Haahtela T, Holgate S, Pawankar R, Akdis CA, Benjaponpitak S, Caraballo L, Demain J, Portnoy J, von Hertzen L. and WAO Special Committee on Climate Change and Biodiversity. *World Allergy Organization journal* 2013;6(3):1-18. <http://www.waojournal.org/content/6/1/3> (viitattu 20.11.2015)

Haarasilta L. Major depressive episode in adolescents and young adults –A nationwide epidemiological survey among 15-24-years-olds. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 14/2003*, Helsinki 2003.

Hakovirta M, Rantalaiho M. Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Kelan tutkimusosasto 124, Helsinki 2012.

Hakulinen T. The family dynamics of childbearing and childrearing families related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 565. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere 1998.

Hakulinen T, Laippala P, Paunonen M, Pelkonen M. Relationships between family dynamics of Finnish child-rearing families, factors causing strain and received support. *Journal of Advanced Nursing* 1999;29(2):407-415.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:2. Helsinki 2005.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21/2008. Helsinki 2008.

Hakulinen-Viitanen T, Mäki P. Terveystarkastuksen yhteenveto. Teoksessa: Lasten terveys, LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T, LATE-työryhmä (toim) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2010. Helsinki 2010:140-143.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M. Vauvaperheen arjen voimavarat 2002. Teoksessa: Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T (toim) Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Opas 14, Menetelmäkäsikirja. Tampere 2011:220-222, liite 9.

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. Laajaterveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 22. Tampere 2012.

Hakulinen-Viitanen T, Mäki P. Kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Tampere 2012;162-174.

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A, Pelkonen M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinen seuranta 2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 12/2014. Tampere 2014a;71-86.

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Pelkonen M. Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto perheen tukena. Teoksessa: Lapsiperheiden hyvinvointi 2014b. Lammi-Taskula J & Karvonen S. (toim) Tampere 2014b;242-256.

Halme N. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 870. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Tutkimus 15. Helsinki 2009.

Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine* 2007;30:263-285.

Hanson S, Kaakinen J. Family Development and Family Nursing Assessment. Teoksessa Foundations of Community Health Nursing. Community-Oriented Practice (eds.) Stanhope M & Lancaster J. Mosby, st. Louis. 2002;275-293.

Hautala L, Liuksila P-R, Räihä H, Väänänen A-M, Jalava A, Väinälä A, Saarjärvi S. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen kouluterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2005;45:4599-4605.

Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression; different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008;49(2):1079-1088.

Heckman J. School, Skills and Synapses. *Economic Inquiry* 2008;46(3):289-324.

- Heckman J. The economics of inequality. The value of early childhood education. *American Educator* 2011;35(1):31-47.
- Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus 1997–2000. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Universitatis Turkuensis C 184. Turku 2002.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystyötyminen ja terveys, kevät 2008. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2009. Helsinki 2009.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystyötyminen ja terveys, kevät 2010. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki 2011.
- Helldán A, Helakorpi S, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystyötyminen ja terveys, kevät 2013. *Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population spring 2013*. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 21/2013. Tampere 2013.
- von Hertzen L, Haatela T. Disconnection of man the soil: Reason for the asthma and atopic epidemic. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2006;117(29):334-344.
- Hetherington EM. Social support and the adjustment of children in divorced and remarried families. *Childhood* 2003;10(2):217-236.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries. The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN) The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Stockholm. 2012. http://www.epad.org/uploads/espac.../the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf. (viitattu 23.03.2014)
- Hills AP, Andersen LB, Byrne NM. Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine* 2011;45:866-870.
- Hiltunen P. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus, riskitekijöistä pitkäaikaisvaikutuksiin. Oulun yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta, Oulu University Press, Oulu 2003.
- Hopia H, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. The diversity of family health: constituent systems and resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005;19(3):186-195.
- Hoppu U, Lehtisalo J, Tapanainen H, Pietinen P. Dietary habits and nutrient intake of Finnish adolescents. *Public Health Nutrition* 2010;13(6A):965-972.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005;15(9):1277-1288.
- Huttunen J. Isyyteen sitoutuminen ja sen merkitys miehelle. *Suomen Lääkärilehti* 2010;3:175-181.
- Huurre T, Aro H, Rahkonen O. Well-being and health behavior by parental socioeconomic status: a follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(5):249-255.
- Huurre T, Junkkari H, Aro H. Long-term psychosocial effects of parental divorce: A follow-up study from adolescence to adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005;256(4):256-263.
- Huurre T, Lintonen T, Kaprio J, Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010;45(1):125-134.
- Ihantola E-M, Khin L-A. Threats to validity and reliability in mixed methods accounting research. *Qualitative Research in Accounting & Management* 2011;8:39-858.

- Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkvist K. Obesity and eating disturbances are common in 15- year old. Adolescents A two-step interview study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2010;64:123-129.
- Jaakkola MS, Jaakkola JK. Passiivisen tupakoinnin terveystaitat. *Duodecim* 2012;128(10):1097-1106.
- Jaakkola T, Sääkslahti A, Liukkonen J, Iivonen S. Peruskoululaisten fyysisen toimintakyvyn seurantajärjestelmä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta 2012. <https://www.jyu.fi/sport/move/FTSloppuraportti22.8.2012.pdf> (viitattu 13.07.2016)
- Jaavanainen-Levonen T. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen edistämisen lastenneuvolatyössä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 138. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2009.
- Jackson L, von Eye A, Fitzgerald H, Witt E, Zhai Y. Internet use, videogame playing and cell phone use as predictors of children's body mass index (BMI), body weight, academic performance, and social and overall self-esteem. *Computers in Human Behavior* 2011;27(1):599-604.
- Jefferis BJ, Power C, Graham H, Manor O. Effects of childhood socioeconomic circumstances on persistent smoking. *American Journal of Public Health* 2004;94:279-285.
- Jenkins SP, Siedler T. The intergenerational transmission of poverty in industrialized countries. Discussion Papers 693. DIW, Berlin: German Institute for Economic Research 2007.
- Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(2):112-133.
- Johnsson U, Bohman H, von Knorring L, Olsson G, Paaren A, von Knorring A-L. Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2011;130:395-404.
- Jones I. The complexities of Raising an Overweight and Obese Child. *The Journal of Specialists in Pediatric Nursing* 2008;13(3):191-200.
- Jourdan D, Stirling J, Mannix McNamara P, Pommier J. The Influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health Promot International* 2011;26(3):302-310.
- Junnila R, Aromaa M, Heinonen OJ, Lagström H, Liuksila P-R, Vahlberg T, Salanterä S. The weighty matter intervention: A family-centered way to tackle an overweight childhood. *Journal of Community Health Nursing* 2012;29(1):39-52.
- Juonala M, Viikari JSA, Simell O, Niinikoski H, Raitakari O. Lapsuuden elintavat vaikuttavat valtimotautien kehittymiseen. *Suomen Lääkärilehti* 2012;117:1485-1489.
- Jylhä M. Self-rated health and subjective survival probabilities as predictors of mortality. In: Rogers RG, Crimmins EM (eds) *International Handbook of Adult Mortality, International Handbooks of Population 2*. New York: Springer 2011;329-344.
- Jäntti M. Lapsiköyhyydestä Suomessa Teoksessa: Hämäläinen U & Kangas O. (toim.) *Perhepiirissä Kelan tutkimusosasto*. Helsinki 2010;62-75.
- Jääskeläinen A, Pussinen J, Nuutinen O, Schwab U, Pirkola J, Kolehmainen M, Järvelin MR, Laitinen J. Intergenerational transmission of overweight among Finnish adolescents and their parents: a 16-year follow-up study. *International Journal of Obesity (London)* 2011;35(10):1289-1294.
- Kaikkonen R, Hakulinen-Viitanen T. Lasten ja perheiden elinympäristö. Teoksessa: *Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot*. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012*. Tampere 2012;43-64.

Kaikkonen R, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T. Vanhempien terveystottumukset. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. (toim) Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Tampere 2012;148-161.

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E, Koskinen S. Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 –ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2014.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-136-5>.(viitattu 24.02.2016)

Kallio J. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 2008;73(5):477-493.

Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders* 2001;64:155-166.

Kaltiala-Heino R, Kilku N, Poutanen P, Rimpelä M. Runsaiden koulupoissaolojen yhteys mielenterveysongelmiin yläasteikäisillä. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:1677-1683.

Kaltiala-Heino R, Ranta K, Fröjd S. Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim* 2010a;126:2033-2039.

Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2010b;19:45-55.

Kaltiala-Heino RK, Linberg N, Sailas E. Nuoren väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arvioiminen. *Suomen Lääkärilehti* 2011;8:643-648.

Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Fröjd S. Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? *Suomen Lääkärilehti* 2015;26-32:1908-1921.

Kantomaa MT, Tammelin TH, Näyhä S, Taanila AM. Adolescents' physical activity in relation to family income and parents' education. *Pre Medical* 2007;44:410-415.

Kanste O, Halme N, Rintanen H, Perälä M-L. Vanhemmuuteen liittyvillä huolilla ja terveystalvelujen saatavuudella yhteys lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön. *Hoitotiede* 2013;3(25):209-221.

Kartovaara L. Lasten kuolleisuus. Teoksessa: Suomalainen lapsi. Tilastokeskus, STAKES (toim.) Edita Prima Oy, Helsinki 2007a:370-380.

Kartovaara L. Lapset hajoavissa perheissä. Teoksessa: Suomalainen Lapsi 2007. Tilastokeskus, STAKES (toim.) Edita-Prima Oy, Helsinki 2007b:91-99.

Kasila K. Koululaisten terveysneuvonta suun terveydenhuollossa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2008;14(19):1043-1046.

Kaukinen A, Salmivalli C. Vanhempien opas. Opetusministeriö. Helsinki 2009.

Kauppinen TM, Saikku P, Kokko R-L. Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa: Vaarama M, Mosio P, Karvonen S. (toim) Suomalainen hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2010;234-250.

Kautiainen S, Koivisto AM, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpelä A. Sociodemographic factors and a secular trend of adolescent overweight in Finland. *International Journal of Pediatric Obesity* 2009;4:360-370.

Kautiainen S, Koljonen S, Takkinen H-M, Pahkala K, Dunkel L, Eriksson JG, Simell O, Knip M, Virtanen S. Leikki-ikäisten ylipainoisuus ja lihavuus. *Suomen Lääkärilehti* 2010;34:2675-2683.

Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review* 2008;28:451-471.

Keller P, Cummings E, Davies P. The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2005;46(9):943-951.

Kelly A, Wall M, Eisenberg M, Story M, Neumark-Sztainer D. Adolescent girls with high body satisfaction: Who are they and what can they teach us? *Journal of Adolescent Health* 2005;37(5):391-396.

Kelly SA, Melny BM. Systematic of Multicomponent Interventions with Overweight Middle Adolescents: Implications for Clinical Practice and Research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008;5(3):113-135.

Kempainen U, Tossavainen K, Vartiainen E, Jokela V, Puska P, Pantelejev V, Uhanov M. Environmental Factors as Predictors of Smoking among Ninth-Grade Adolescents in Pitkäranta (Russian Karelia) and in Eastern Finland. *Research in Nursing & Health* 2006;29: 543-555.

Kemppinen K. Early maternal sensitivity: Continuity and related risk factors. *Kuopion yliopiston julkaisu* 412. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio 2007.

Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of General Psychiatry* 2008;65(6):674-682.

Kerstis B, Engström G, Edlund B, Aarts C. Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013;41:233-239.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6):593-602.

Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. Determinants of health in early adulthood: What is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health* 2006a;16(3):306-315.

Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Pirkola S, Patja K, Aromaa A. Influence of parental education, childhood adversities and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *European Journal of Public Health* 2006b;16(6):617-626.

Kestilä LK, Koskinen S, Kestilä L, Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Aro H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveyspalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 2007;43:3979-3986.

Kestilä L. Pathways to the Health – Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 23/2008*. Helsinki 2008.

Kestilä L, Väisänen A, Paananen R, Muuri A, Heino T, Gissler M. Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina. Rekisteripohjainen seuranta tutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2012;77(6):599-621.

Kime N. Changes in international eating patterns and the impact on childhood obesity. *Health Education Journal* 2012;71(2):173-179.

Kinnunen P, Laukkanen E, Kylmä J. Association between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice* 2010a;16:43-50.

Kinnunen P, Laukkanen E, Pökki P, Kylmä J. Are worries, satisfaction with oneself and outlook in secondary school students associated with mental health in early adulthood? *International Journal of Mental Health Promotion* 2010b;12:4-10.

- Kiuru N, Burk WJ, Laursen B, Salmela-Aro K, Nurmi J-E. Pressure to drink but not to smoke: Disentangling selection and socialization in adolescent peer networks and peer groups. *Journal of Adolescence* 2010; 33(6):801-812
- Klavus J. Suomalaisten terveys, terveystalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi. Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim) Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki 2010;28-43.
- Klein J, Sendall MC, Fleming M, Lidstone J, Domocol M. School nurses and health education: The classroom experience. *Health Education Journal* 2013;72(6):708-715.
- Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T. (toim) Äitiysneuvolaopas. Suorituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitost, Opas 29/2013. Helsinki 2013.
- Konu AI, Lintonen TP. School well-being in Grades 4-12. *Health Education Research* 2006;21(5):633-642.
- Konu A. Koululaisen hyvinvoinnin arviointi ja alakoulujen hyvinvointi 2000-luvulla. Teoksessa: Joronen K, Koski A. (toim) Tunne- ja sosiaalitalojen vahvistaminen kouluyhteisössä. Tampere University Press. Tampere 2010;13-32.
- Korhonen T, van Leeuwen AP, Reijneveld SA, Ormel J, Verhulst FC, Huizink AC. Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: the TRAILS study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010;49(1):61-69.
- Koskinen S, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A, Prättälä R. Koettu terveys. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. (toim) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007/23. Helsinki 2007;65-73.
- Kouluterveyskysely (2013) Terveiden ja hyvinvoinnin laitost.
<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/tulokset-aiheittain> (viitattu 20.11.2015).
- Kröner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007;27(6):519-527.
- Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, Hinton I, Bovbjerg V, Anderson NLR. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nursing* 2008;25(6):505-515.
- Kumar BN, Grotvedt L, Haakon E, Meyer A, Sogaar J, Björn HS. The Oslo Immigrant Health Profile Rapoort 7. Folkhelseinstituttet 2008.
- Kunts AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stonegger WJ, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34:295-305.
- Kunttu K. Suomalaisten yliopisto-opiskelijoiden tupakointi vuosina 1958-2008. *Suomen Lääkärilehti* 2012;22: 1742-1748.
- Kuoppala S, Säkkinen S. Lastensuojelu. Terveiden ja hyvinvoinninlaitost, Tilastoraportti 30. Helsinki 2013.
- Kuula A. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2006.
- Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Toukola J, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Lasten ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisu 32. Helsinki 2008.
- Kämppe K, Välimaa R, Ojala K, Tynjälä J, Haapasalo I, Kannas L. Koulukokemusten kansainvälistä vertailua 2010 sekä muutokset Suomessa ja Pohjoismaissa 1994-2010. WHO-koululaistutkimus (HBSC-Study). Koulutuksen seurantaraportit 2012. Tampere 2012;8:116

Kärkkäinen T. Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos tutkimuksia 250. Helsinki 2004.

Laaksonen M, Roos E, Rahkonen O, Martikainen P, Lahdelma E. Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005a;59:163-169.

Laaksonen M, Rahkonen O., Martikainen P, Lahdelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic environment, adult socioeconomic status and material resources. *American Journal of Public Health* 2005b;95:1403-1409.

Laaksonen M, Talala K, Martelin T, Rahkonen O, Roos E, Helakorpi S, Laatikainen T, Prättälä R. Health behaviors as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health* 2007a;18(1):38-43

Laaksonen E, Martikainen P, Lahdelma E, Lallukka T, Chandola T, Head J, Marmot M. Socioeconomic circumstance and common mental disorders among Finnish and British public sector employees. *International Journal of Epidemiology* 2007b;36:776-786.

Laatikainen T, Mäki P. Lasten kasvu, kehitys ja terveydentila. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 16/2012*. Tampere 2012a;65-68.

Laatikainen T, Mäki P. Lasten sairastavuus ja lääkkeiden käyttö. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 16/2012*. Tampere 2012b;83-87.

Lagström H, Hakanen M, Niinikoski H, Viikari J, Rönnemaa T, Saarinen M, Pahkala K, Simell O. Growth patterns and obesity development in overweight or normal-weight 13-years-old adolescents: The STRIP-study. *Pediatrics* 2008;122:e876-e883.

Lagström H, Talvia S, Pahkala K, Salo P, Saarinen M, Myyrinmaa A, Niinikoski H. Toisen asteen koulutusvalinnan yhteys nuorten ruokatottumuksiin – STRIP-projekti. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2012;49:118-131.

Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58(4):327-332.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T, Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. (toim) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki 2007;23:25-37.

Laitinen M, Aho AL, Salonen AH, Kaunonen M. Äitien neuvolan terveydenhoitajalta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeaikana. *Hoitotiede* 2013;3(25):171-182.

Lajunen HR, Kaprio J, Rose RJ, Pulkkinen L, Silventoinen K. Genetic and environmental influences on BMI from late childhood to adolescence are modified by parental education. *Obesity (Silver Spring)* 2012;20(3):583-589.

Lammi-Taskula J. Parental leave for fathers? Gendered conceptions and practices in families with young children in Finland. Research Reports 166 STAKES, Helsinki 2007. [http://urn.fi/urn: isbn:978-951-44-7122-3](http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7122-3) (Viitattu 12.03.21012)

Lammi-Taskula J, Salmi M. Huoli jaksamisesta vanhempana. Teoksessa: *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim) Stakes. Helsinki 2008:38-59.

Lammi-Taskula J, Salmi M. Perhevapaat ja sukupuolten tasa-arvo. Teoksessa: Työ, talous ja tasa-arvo. Pietiläinen M. (toim) Tilastokeskus. Helsinki 2013;187-194.

Lano A. Esikouluikäisen kehitysneurologinen arviointi. Suomen Lääkärilehti 2013;34:2047-2055.

Larson B, Sund AM. Emotional/ behavioral, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics. European Journal of Pain 2007;11(1):57-65.

Larsson B, Zaluha M. Swedish school nurses' view of school health care utilization causes and management of recurrent headaches among school children. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2003;17(3):232-238.

Lasten ruoka-allergia 2009. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus Id=hoi50026. (viitattu 21.07.2014).

Lastensuojelulaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> (luettu 27.11.2015).

Lehto A-M, Sutela H. Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimusten tuloksia 1977-2008. Tilastokeskus Helsinki 2008.

Lehto R, Corander C, Ray C, Roos E. Perheen sosioekonomisen aseman ja perherakenteen yhteydet alakouluikäisten lasten terveellisiin elintapoihin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2009;46:258-271.

Lehto-Salo P, Marttunen M. Tyttöjen käytöshäiriön erityispiirteitä. Suomen Lääkärilehti 2008;50:4429-4435.

Leino T, Koskeniemi E, Saranpää P-R, Strömberg N, Kilpi T. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa Suomen Lääkärilehti 2007;8:739-743.

Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki R-L. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2003;44(2):227-241

Lepistö S, Åstedt-Kurki P, Joronen K, Luukkala T, Paavilainen E. Adolescents' experiences of coping with domestic violence. Journal of Advanced Nursing 2010;66(6):1232-1245.

Levine MP & Smolak L. Body image development in adolescence. Cash TF & Pruzinzky T. (eds) Body image: A Handbook of Theory, Reserch, and Clinical Practice. Guilford Press. New York:74-82.

Liikunta (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki 2012.

Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees- a systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine 2009;69(2):246-257.

Lindfors P, Kaltiala-Heino RK, Rimpelä A. Cyberbullying among Finnish adolescents – a population-based study. BMC Public Health 2012;12:1027.

Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. The international association for the study of obesity. Obesity Reviews 2004;5(1):4-85.

Logan DE, Curaan JA. Adolescent chronic pain problems in the school setting: exploring the experience and beliefs of selected school personal through focusgroup methodology. Journal of Adolescents Health 2005;37:281-288.

Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000-2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 20/2010. Helsinki 2010.

Lämsä A-L. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä - Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Acta Universitatis Ouluensis E, Scientiae Rerum Socialium Oulu University Press 2009.

Mackenbach J, Bos V, Andersen O, Gardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T, Kunst A. Widening inequalities in mortality in Western Europe. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830-837.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 2008;358(23):2468-2481.

Mackenbach J. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011;65:568-575.

MacKinnon DP, Lockwood CM, Williams J. Confidence limits for the indirect effect: distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research* 2004;39(1):99-128.

Malinen K, Kinnunen U, Tolvanen A, Rönkä A, Wierda-boer H, Gerris J. Happy spouses, happy parents? Family relationships among Finnish and Dutch dual earners. *Journal of Marriage and Family* 2010;72(2):293-306.

Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine* 2010;71(9):1610-1619.

Mannila S. Maahanmuuttajien terveys. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:2509-2513.

Marcotte D, Le´vesque N, Fortin L. Variations of cognitive distortions and school performance in depressed non depressed high school adolescents: a two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research* 2006;30(2):211-225.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S. Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;8:1661-1669.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveysten ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Aromaa A, Koskinen S. (toim) Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002;93-102.

Martelin T, Mäkelä P, Valkonen T. Contribution of deaths related to alcohol or smoking to the gender difference in life expectancy: Finland in the early 1990s. *European Journal of Public Health* 2004;14(4):422-427.

Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K, Koskinen, S. Toimintakyky. Teoksessa: Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Palosuo H, Koskinen S, Lahdelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki 2007;104-121.

Martelin T, Murto J, Pentala O, Linnanmäki E. Terveys, terveyserot ja niiden kehitys. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi 2014. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A. (toim). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere 2014;62-79.

Martikainen P, Ho J, Preston S, Peltonen R, Elo I. Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa. Tupakointi merkittävä taustatekijä. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68(39):2435-2442.

Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim) Psykiatria. 9. Uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki 2011.

Marttunen M, Karlsson L. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen M, Huurre T, Strandholm T, Viialainen R. (toim) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2013.

- Maynard M, Harding S. Ethnic difference in psychological well-being in adolescence in the context of time spent in family activities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010;45:115-123.
- McMahon E, Reulbach U, Keeley H, Perry I, Arensman E. Bullying victimisation, self-harm and associated factors in Irish adolescents' boys. *Social Sciences & Medicine* 2010;71:1300-1307
- Meiers SJ, Tomlinson PS. Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. *Scandinavian journal of Caring Sciences* 2003;17:193-201.
- Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction* 2008;103(Suppl.1):84-99.
- Merrell J, Carnwell R, Williams A, Allen D, Griffiths L. A survey of school nursing provision in the UK. *Journal of Advanced Nursing* 2007;59(5):463-473.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2003.
- Miettinen A, Rotkirch A. Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla. *Perhebarometri Väestöliitto* 2011/E.42. Helsinki 2012.
- Miettinen J, Tervola J, Virta L, Koskinen H, Tuominen U, Maljanen T, Mikkola H. Sairaanhoidovakuutuksen korvaaminen yksityisten terveyspalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu. *Työpapereita* 45/2013. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2013.
- Mikkilä V, Räisänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J. Logitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: the cardiovascular risk in young Finns Study. *European Journal of Clinical Nutrition* 2004;58:1038-1045.
- Milton B, Cook PA, Dugdill L, Porcellato L, Springett J, Woods SE. Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. *Public Health* 2004;118:247-255.
- Misri S, Kendrick K. Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: A review of literature. *Current Pediatric Reviews* 2008;4(2):66-70.
- Moisio P. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi 2010. Vaarama M, Moisio P & Karvonen S (toim). *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki 2010;180-196.
- Moisio P, Kauppinen TM. The intergenerational correlation of social assistance and selection bias in the Finnish population data. *Research on Finnish Society* 2011;4:7-15.
- Mure K, Konu A, Kivimäki H, Koivisto A-M, Joronen K. Perheateriöinnin yhteys 8. ja 9. -luokkalaisten päihteidenkäyttöön. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2014;2:88-100.
- Mäenpää T. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö. Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1327. Tampere 2008.
- Mäki P, Laatikainen T, Koponen P, Hakulinen-Viitanen T, LATE-työryhmä. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen. LATE-hanke. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 28/2008. Helsinki 2008.
- Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T, LATE-työryhmä (toim) Lasten terveys, LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Raportti* 2/2010. Helsinki 2010.
- Mäki P. Lasten ja nuorten terveystottumukset. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti* 16/2012. Tampere 2012a;128-134.

Mäki P. Kahdeksaluokkalaisten humalajuominen. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Helsinki 2012b;145-147.

Mäki P. Koettu terveys. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Tampere 2012c;91-99.

Mäki P, Kaikkonen R, Laatikainen T. Aineisto ja menetelmät. Teoksessa: Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointierot. Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2012. Tampere 2012;29-42.

Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971-2000: A register-based study of trends, levels, and life expectancy differences. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35:387-395.

Määttä S, Nuutinen T, Ray C, Eriksson JG, Weiderpass E, Roos E. Vanhempien sosiaalisen tuen ja koulutustason yhteys lasten liikuntaa. *Liikunta & Tiede* 2014;51(6):71-77.

Neumark-Sztainer D, Wall M, Fulkerson JA, Larson N. Changes in the frequency of family meal from 1999 to 2010 in the homes of adolescents: trends by sociodemographic characteristics. *Journal of Adolescent Health* 2013;52:201-206.

Niemelä S. Predictors and correlates of substance use among young men, the longitudinal: "From a boy to a man" birth cohort study. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D 803. Turun yliopisto lääketieteiden, Painosalma Oy Turku 2008.

Niemela S, Sourander A, Pilowsky D, Susser E, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F. Childhood antecedents of being cigarette smoker in early adulthood. The Finnish from a boy to a man study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(3):343-351.

Niemelä S, Brunstein-Klomek A, Sillanmäki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, Sourander A. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. *Addictive Behaviors* 2011;36(3):256-260.

Niemelä M, Raitasalo A. Lapsiperheiden kulutus ja perheen sisäinen päätöksenteko. Teoksessa: Perhepiirissä. Hämäläinen U, Kangas O. (toim). Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2010;118-143.

Niemelä M, Paananen R, Hakko H, Merikukka M, Gissler M, Räsänen S. The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: The 1987 Finnish Birth Cohort study. *International Journal of Cancer* 2012;131(9):2117-2125.

Niemelä M, Rajas A. Lapsiperheiden kulutus. Teoksessa: Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Lammi-Taskula Johanna, Karvonen Sakari (toim) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2014;106-121.

Nummenmaa L. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki 2009.

Ojala K, Välimaa R, Villbeg J, Kannas L, Tynjälä J. Nuorten ateriarytmi: Kuka syö koulupäivinä säännöllisesti. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2006;43:60-71

Oliver M, Schofield GM, Schluter PJ. Parent influence on preschoolers objectively assessed physical activity. *Journal of Sciences and Medicine in Sport* 2010;13(4):403-409.

de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2010;11:398-398.

Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. Helsinki 2008.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20131287> (luettu 27.11.2015)

Orgen C, Carrol M. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States trends 1963-1965 through 2007-2008. Division of health nutrition examination surveys. National Center for Health Statistics, USA. 2010

Otten R, Engels RCME, van de Ven MOM, Bricker JB. Parental Smoking and Adolescent Smoking Stages: The Role of Parents' Current and Former Smoking and Family Structure. *Journal of Behavioral Medicine* 2007;30(2):143-154.

Ovaskainen M-L, Nevalainen J, Uusitalo L, Tuokkola JJ, Arkkola T, Kronberg-Kippilä C, Veijola R, Knip M, Virtanen SM. Some similarities in dietary clusters of pre-school children and their mothers. *British Journal of Nutrition* 2009;102:443-452.

Ovaskainen M-L, Paturi M, Harald K, Laatikainen T, Männistö S. Aikuisten ruokavalinnat ja sosioekonomiset erot Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2012;49(2):132-139.

Paakkonen T. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulma. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 36 Itä-Suomen yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Joensuu 2012.

Paananen R, Gissler M. Cohort Profile: The 1987 Finnish Birth Cohort. *International Journal of Epidemiology* 2011;1-5.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallisen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52/2012*. Helsinki 2012.

Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, Rämö A, Wahlbeck K, Gissler M. Socioeconomic and regional aspect in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up-study. *European Journal of Public Health* 2013;23:372-377.

Paananen R, Gissler M. Hyvinvointi ulottuu yli sukupolvien. Teoksessa: *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Lammi-Taskula J, Karvonen S. (toim) *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere 2014;208-215.

Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood. The effects of parental and own socioeconomic status. *European Journal of Public Health* 2004;14(4):417-421.

Paavonen E, Stenberg T, Nieminen-Von Wenedt T, Von Wendt L, Almqvist F, Aronen ET. Aiheuttaako lasten univaje psyykkisiä häiriöitä? *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1393-1398.

Paavonen J, Solantaus T, Paunio T. Psykiatristen häiriöiden alkulähteillä: Geenit ja ympäristötekijät vuorovaikutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 2009a;49:4255-4261.

Paavonen EJ, Räikkönen K, Lahti J, Komsu N, Heinonen K, Pesonen AK, Järvenpää A-L, Stranberg T, Kajantie E, Porkka-Heiskanen T. Short sleep duration and behavioral symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in healthy 7- to 8-year old children. *Pediatrics* 2009b;123 (5):e857-864.

Page Glascoe F, Leew S. Parenting behaviours, perceptions and psychosocial risk: Impacts on young children's development. *Pediatrics* 2010;125(2):313-319.

Pahkala K. Physical activity in adolescence –with special reference to cardiovascular health. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis D 873, Medica –Odontologia Turku* 2009.

Pajulo M, Kalland M. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim* 2006;122:2603-2611.

Pajunen T, Lehto R, Ovaskainen M-L, Tapanainen H, Hoppi U, Roos E. Vanhempien koulutuksen ja perherakenteen yhteys yläkouluikäisten ravinnonsaantiin ja ruoankäyttöön. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 2012;49:105-117.

Palosuo H, Koskien S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa: Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007;219-233.

Parikka S, Mäki P, Levälähti E, Lehtinen-Jacks S, Martelin T, Laatikainen T. Associations between parental BMI socioeconomic factors, family structure and overweight in Finnish children: a path model approach. *BMC Public Health* 2015;15:271, doi10.1186/s12889-015-1548-1.

Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry, P. Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet* 2007;14:1302-1313.

Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Narviar C, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2012;23(2):534-542.

Patja K, Paalanen L, Prättälä R. (toim) Tupakointi. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Helsinki 2007.

Pelkonen M, Hakulinen T. New approach to improve health of families with children. In WHO 2014. Nurses and midwives: A vital resource for health. Compendium of good practices in nursing and midwifery. World Health Organization Regional Office for Europe. 2015. Copenhagen 2015.

Pennanen M, Haukkala A, de Vries H, Vartiainen E. Longitudinal study of relations between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland: Results of the ESFA Study. *Substance Use & Misuse* 2011;46:569-579.

Perttu S. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6. Helsinki 2004.

Perälä M-L, Salonen A, Halme N, Nykänen S. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita. Vanhempien näkökulma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 36/2011. Helsinki 2011.

Perälä M-L, Halme N, Kanste O. Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta ja tuen riittävyydestä. Teoksessa: Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Lammi-Taskula J, Karvonen S. (toim) Tampere 2014;228-240.

Pirskanen M. Nuorten päihdemittari ja varhaisen puuttumisen malli nuorten päihitteettömyyden edistämiseksi. THL/Hyvä käytäntö. 2011. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon (viitattu 06.06.2016).

Pitkänen T. Alcohol drinking behaviour and its developmental antecedents. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 293. University of Jyväskylä 2006.

Poikkeus T, Numminen O, Suhonen R, Leino-Kilpi H. A mixed- method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2013;70(2):256-271.

Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice. Seventh Edition.* Lippincott & Wilkins. Philadelphia 2008.

Poutiainen H, Hakulinen T, Laatikainen T, Kettunen T. Public health nurses' concerns in preschool-aged children's health check-ups. *Journal of Research in Nursing* 2015;20(7):536-549.

Prättälä R, Paajanen L. (toim) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki 2007.

Pulkkinen L. Coping with economic recession: A Finnish longitudinal study from the age of 8 through 36. *International Journal of Psychology* 1996;31:327.

Puroaho K. Liikuntaseurojen lasten ja nuorten liikunnan markkinointi: tutkimus lasten ja nuorten liikunnan tuotantoprosessista, resursseista ja kustannuksista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Business and Economics 52. Jyväskylä 2006.

Puura K, Davis H, Mäntymaa M, Tamminen T, Robert R. The outcome of the European early promotion project: mother - child interaction. *International Journal of Mental Health Promotion* 2005;7(1):82-92

Pyrhönen K, Näyhä S, Kaila M, Hiltunen L, Läärä E. Occurrence of parent-reported food hypersensitivities and food allergies among children aged 1–4 yr. *Pediatric Allergy and Immunology* 2009;20:328-338.

Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laakosonen M, Lahelma E, Uutela A Prättälä R. Koettu terveys Teoksessa: Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005 Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007;65-73.

Rainio S, Pere L, Lindfors P, Lavikainen H, Saarni L, Rimpelä A. Nuorten terveystutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009;47. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Helsinki 2009.

Rainio S, Rimpelä A. Home smoking bans in Finland and the association with child smoking. *European Journal of Public Health* 2009;18(3):306-311.

Raitasalo K, Huhtanen P, Miekka M, Ahlström S. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2011. Espad-tutkimuksen tulokset. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 59/ 2012. Helsinki 2012.

Rajan KB, Leroux BG, Peterson AV, Bricker JB, Andersen MR, Kealey KA, Sarason IG. Nine-Year prospective association between older siblings' smoking and children's daily smoking. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:25-30.

Raphael D. The health of Canada's children. Part III: Public policy and the social determinants of children's health. *Pediatrics & Child Health* 2010;15(3):143-149.

Rask K, Åsted-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;17(2):123-138.

Raudsepp L. The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica* 2006;95(1):93-98.

Rauhala U. Huono-osaisen muotokuva. Sosiaali- ja terveysministeriö Suunnitteluosasto. Helsinki 1988.

Redmond R, Curtis E. Focus groups: Principles and process. *Nurse Researcher* 2009;16(3):57-69.

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005;330(7504):1357.

Reuterswärd M, Lagerström M. The aspects school health nurses find important for successful health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;24:156–163.

Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zamboni A, Boyce W, Gabhainn SN. The role of behavioral factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. *Social Sciences & Medicine* 2009;69:396-403.

Riediger ND, Shoostari S, Moghadasian MH. The influence of sociodemographic factors on patterns of fruit and vegetable consumption in Canadian adolescents. *Journal of the American Dietetic Association* 2007;107:1511-1518.

- Rimpelä N, Happonen H, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä A. Äitiys ja lastenneuvoloiden sekä kouluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes. Raportteja 40/2008. Helsinki 2008.
- Ringbäck-Weitof G, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population based study. *Lancet* 2003;361:289-295.
- Rintamäki R, Partonen T. Unen yhteydet lihavuuteen ja tyypin 2 diabetekseen. *Suomen Lääkärilehti* 2009;64:693-696.
- Rintanen H. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämässä. *Acta Universitatis Tampensis* 740. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala 2000.
- Rintanen H. Lasten terveys. Teoksessa: *Suomalainen lapsi*. Tilastokeskus Stakes (toim.) Edita Prima Oy Helsinki 2007:341-368
- Rissanen M-L, Kylmä J, Laukkanen E. A systematic literature review: Self-mutilation among adolescents as a phenomenon and help for it – what kind of knowledge is lacking? *Issues in Mental Health Nursing* 2011;32:575-583.
- Rivers I, Noret N. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis* 2010;31(3):143-148.
- Roos EB, Karvonen S, Rahkonen O. Lifestyles, social background and eating patterns of 15-year-old boys and girls in Finland. *Journal of Youth Studies* 2004;7(3):331-349.
- Roos E, Koskinen S. Sosioekonomistentekijöiden vaikutus suomalaisten koululaisten ruokatottumuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 2007;20-21:2051-2056.
- Rosendahl KI, Glanti MR, Gilljam H, Ahlbom A. Smoking mothers and snuffing fathers: behavioral influences on youth tobacco use in a Swedish cohort. *Tobacco Control* 2003;12(1):74-78.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005;115(2):e152-162e.
- Rotko T, Aho T, Mustonen N, Linnanmäki E. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. *Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 8/2011*. Helsinki 2011.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2006;47(3-4):226-261.
- Räsänen S, Sankilampi U, Gissler M, Kramer MR, Hakulinen-Viitanen T, Saari J, Heinonen S. Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risk, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1 164 953 singleton pregnancies in Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2013;01-6. doi:10.1136/jech-2013-202991.
- Saarenpää-Heikkilä O. Koululaisten uniongelmia voidaan ehkäistä ennalta. *Suomen Lääkärilehti* 2009;64:35-41.
- Saban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: A review of the literature. *Journal of Psychoactive Drugs* 2010;42(1):37-47.
- Salmi M, Lammi-Taskula J. Työn ja perheen yhteensovittaminen hyvinvoinnin tekijänä. Teoksessa: *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Lammi-Taskula J, Karvonen S. (toim) Tampere 2014:38-51.
- Salmi M, Lammi-Taskula J, Sauli H. Lapsiperheen toimeentulo. Teoksessa: *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Lammi-Taskula J, Karvonen S. (toim) Tampere 2014:82-104.
- Salmivalli C. Koulukiusaamiseen puuttuminen: kohti tehokkaita toimintamalleja. *PS-Kustannus*. Jyväskylä 2010.

- Samdal O, Tynjälä J, Roberts C, Sallis JF, Villberg J, Wold B. Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *European Journal of Public Health* 2007;17(3):242-248.
- Sanders-Phillips K, Settles-Reaves B, Walker D, Brownlow J. Social inequality and racial discrimination: risk factors for health disparities in children of color. *Pediatrics* 2009;124(suppl.3):176-186.
- Santalahti P, Sourander A, Piha J. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen käyttö. *Duodecim* 2009;125:27-32.
- Santalahti P, Marttunen M. Lasten ja heidän vanhempiansa mielenterveys. Teoksessa: *Lapsiperheen hyvinvointi 2014* (toim.) Lammi-Taskula J, Karvonen S. Tampere 2014;184-195.
- Sapientza JK, Masten AS. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry* 2011;24(4):267-273.
- Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 2008;97:153-158.
- Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 2007;96:1571-1576.
- Satka M. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74:17-32.
- Sauli M, Pajunen A. Lapsen kulutus. Teoksessa: *Suomalainen lapsi 2007*. Tilastokeskus ja Stakes. Helsinki 2007;321-335.
- Sauli H, Salmi M, Lammi-Taskula J. Kriisistä kriisiin: lapsiperheiden toimeentulo 1995–2009. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;76(5):535-543.
- Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. Alcohol use in families: a 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 2006;101(7):984-992.
- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The Association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 2010;171(2):135-154.
- Siirilä J, Koski P, Suominen S, Heinonen OJ, Salanterä S, Asanti R, Aromaa M. Liikkuuko kymmenvuotias riittävästi? *Duodecim* 2008;124(5):538-543.
- Silva GE, Goodwin JL, Parthasarathy S, Sherill DL, Vana KD, Drescher AA, Quan SF. Longitudinal associated between short sleep, body weight and emotional and learning problems in Hispanic and Caucasian children. *Sleep* 2011;34(9):1197-1205.
- Silvan A, Joronen K, Koivula M. Miksi vanhemmat eivät osallistu yläkoululaisten terveystarkastuksiin. *Hoitotiede* 2014;4(26):250-261.
- Simons-Morton BG. The protective effect of parental expectations against early adolescent smoking initiation. *Health Education Research* 2004;19(5):561-569.
- Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews* 2008;9:474-488.
- Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Newgreen V, Sacher P, Chadwick P. Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obesity Reviews* 2012;(5):315-328.
- Smith J, Firth J. Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse Research* 2011;18(2):52-62.

Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. Children's mental health in times of economic recession: Replication and Extension of the family Economic Stress Model in Finland. *Developmental Psychology* 2004;40(3):412-429.

Solantaus T, Paavonen EJ. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Duodecim* 2009;125(17):1839-1844.

Solantaus T, Paavonen EJ, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European Child of Adolescent Psychiatry* 2010;19(12):883-892.

Sormunen M. Toward a Home-School Health Partnership. A Participatory Action Research Study, 2008-2010. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Kuopio 2012.

Sormunen M, Saaranen T, Tossavainen K, Turunen H. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2013;50:312-321.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301> (luettu 27.11.2015)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 14:2004. Helsinki 2004a.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 18:2004. Helsinki 2004b.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Oppaita 2005:17. Helsinki 2005.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kansallinen terveystieteiden kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Julkaisuja 16. Helsinki 2008a.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008-2011. Toimintaohjelma 2007-2011. Julkaisuja 17. Helsinki 2008b.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki 2009.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:19. <https://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1859918>. (viitattu 24.04.2016)

Sourander A, Helstelä L. Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from 8 to 16. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2005;14:415-423.

Sourander A, Eloheimo H, Niemelä S, Nuutila A-M, Helenius H, Sillanmäki L, Piha J, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilanen I, Almqvist F. Childhood Predictors of Male Criminality: A prospective population-based follow-up study from 8 to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006;45(5):578-586.

Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemelä S, Eloheimo H, Ristikari T, Helenius H, Sillanmäki L, Piha J, Kumpulainen K, Tamminen T, Moilanen I & Almqvist F. Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from a boy to a man study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(9):1148-1161.

Sourander A, Niemelä S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47:317-327.

- Spencer NJ. Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey. *European Journal of Public Health* 2006;16(4):368-375.
- Stalsberg R, Pedersen AV. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2010;20:368-383.
- Stauffer S, Health MA, Coyne SM, Ferrin S. High school teachers' perception of cyberbullying prevention and intervention strategies. *Psychology in the School* 2012;49(4):353-367.
- Steinhausen H-C, Metzke CW. Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Psychology and Psychiatry* 2007;48:508-513.
- Steinberg L. The family at adolescence: Transition and Transformation. *Journal of Adolescent Health* 2000;27:170-178.
- Stenberg L Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences* 2005;9:69-74.
- Stewart DW, Shamdasoni PN, Rook DW. Focus Group: Theory and Practice. Toinen painos. Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 2007.
- Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics* 2002;110 (suppl.1):2010-2014.
- Strand BH, Tverdal A. Can cardiovascular risk factors and lifestyle explain the educational inequalities in mortality from ischemic heart disease and from other heart diseases? 26 year follow up of 50 000 Norwegian men and women. *Journal Epidemiology of Community Health* 2004;58:705-759.
- Strid O. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Stakes aiheita 16. Stakes. Helsinki 1999.
- Stroud LR, Paster RL, Papandonatos GD, Naura R, Salisbury AL, Battle C, Lagasse L, Lester B. Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavioral: Effects at 10 to 27 days. *Journal of Pediatrics* 2009;154:10-16.
- Ståhl T, Saaristo V. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 21/2011. Helsinki 2011.
- Ståhl MK, El-Metwally AA, S, Rimpelä AH. Time trends in single versus concomitant neck and back pain in finnish adolescents: results from national cross-sectional survey from 1991 to 2011. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014;15:296.
- Suvisaari J, Manninen M. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttumalla ongelmiin varhain. *Suomen Lääkärilehti* 2009;27-32:2459-2464.
- Suomen Sydänliitto ry, Neuvokas-perhe. <http://sydanliitto.fi/neuvokas-perhe> (viitattu 06.06.2016).
- Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanation for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health* 2007;22(7):298.
- Sääkslahti A, Numminen P, Raittila P, Paakkunainen U, Välimäki I. 6-vuotiaiden lasten fyysinen aktiivisuus. *Liikunta & Tiede* 2000;37(6):19-22.
- Tammelin T, Näyhä S, Laitinen J, Rintamäki H, Järvelin M-R. Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive Medicine* 2003;37:375-381.

Tammelin T, Ekelund U, Remes J, Näyhä S. Physical activity and sedentary behaviors among Finnish youth. *Medicine & Science in Sport & Exercise* 2007;39(7):1067-1074.

Tammelin T, Laine K, Turpeinen S. (toim.) Oppilaiden fyysinen aktiivisuus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 272, Jyväskylä 2013.

Tammentie T. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1440. Tampere 2009.

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988 - 2007. *Suomen Lääkärehti* 2011;48:3651-3657.

TEA –viisari <http://www.thl.fi> (viitattu 31.03.2014)

Telema R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: A review. *Obesity Facts* 2009;3:187-195.

Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish health care system: a value-based perspective. *Sitra Reports* 82. Edita Prima. Helsinki. 2009.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. (luettu 27.11.2014)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Tilastoraportti Vastasyntyneet 2012. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110752> (viitattu 31.03.2013)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Alkoholinkulutus 2015a. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus> (viitattu 20.06.2016)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Neuvolakysely 2015b <https://www.thl.fi/fi/-/perheet-ovat-tyytyvaisia-neuvoloiden-palveluihin> (viitattu 10.02.2105)

Tikkanen M. Tupakointi ja raskaus. *Duodecim* 2008;124:1224-1229.

Tilastokeskus Suomen virallinen tilasto. (SVT). Perheet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-3215. Helsinki: Tilastokeskus 2012a. <http://www.stat.fi/til/perh/index.html> (viitattu 04.03.2013).

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). Työssäkäynti [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5528. Helsinki: Tilastokeskus. 2012b. <http://www.stat.fi/til/tyokay/index.html> (viitattu 04.03.2013)

Tilson EC, McBride CM, Lipkus IM, Catalano RF. Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:182-189.

Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine* 2004;59(1):1-12.

Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P, Hjelt R, Hakulinen-Viitanen T. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2011;48:182-195.

Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P, Rautava P. Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:96. doi:10.1186/1471-2393-12-96.

Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort difference on the children's depression inventory. A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111(4):578-588.

Vaarno J, Leppälä J, Niinikoski H, Aromaa M, Lagström H. Lasten ja nuorten ylipainoepidemia on pysäytettävä – mutta miten? *Suomen Lääkärehti* 2010;47:3883-3888.

- Vaittinen P. Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 79. Kuopio 2011.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa: Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Palosuo H, Koskinen S, Lahdelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Takala K, Hyvönen E, Linnamäki E. (toim) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki 2007;23:44-64.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>. (luettu 04.03.2013)
- Valtonen R. Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvion avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4-6-vuotiailla ja ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 357. University of Jyväskylä 2009.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Juolevi A, Männistö S, Sundvall J, Jousilahti P, Salomaa V, Valsta L, Puska P. Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *International Journal of Epidemiology* 2010;39:504-518.
- Vasankari T, Lehtonen-Veroma M, Möttönen T, Ahotupa M, Irjala K, Heinonen O, Leino A, Viikari J. Reduced mildly oxidized LDL in young female athletes. *Atherosclerosis* 2000;151:399-405.
- Vereecken C, Haerens L, de Bourdeaudhuij I, Maes L. The relationship between children's home food environment and dietary patterns in childhood and adolescence. *Public Health Nutrition* 2010;13:1729-1735.
- Viding E, Blair RJR, Moffo TE, Plomin R. Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46:592-597.
- Viljamaa M-L. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education 212. Psychology and social research. Jyväskylä 2003.
- Vuorela N, Saha MT, Salo M. Prevalence of overweight and obesity in 5- and 12-years-old Finnish children in 1986 and 2006. *Acta Paediatrica* 2009;98:507-512.
- Vuorela N, Saha MT, Salo MK. Change in prevalence of overweight and obesity in Finnish children-comparison between 1974 and 2001. *Acta Paediatrica* 2011;100:109-115.
- Vuorenmaa M, Salonen AH, Aho A-L, Tarkka M-T, Åstedt-Kurki P. Puolivuotioiden lasten isien neuvolan terveydenhoitajalta saamat ohjeet ja tuki. *Hoitotiede* 2011;23(4):285-295.
- Vuori A, Åstedt-Kurki P. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families – the mother's point of view. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23(4):748-756.
- Väänänen J-M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Helminen M, Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: a 2-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC Psychiatry* 2014;14:79. (viitattu 09.09.2015)
- Walsh RA, Tzelepis F. Adolescents and tobacco use: Systematic review of qualitative research methodologies and partial synthesis of findings. *Substance Use & Misuse* 2007;42:1269-1321.
- Wang Y, Lim H. The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *International Review of Psychiatry* 2012;24(3):176-188.
- Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity* 2006;1(1):11-25.
- Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry* 2006;163:1001-1008.

White MA, Elder JH, Paavilainen E, Joronen K, Helgadóttir HL, Seidl A. Family dynamics in the United States, Finland and Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2010;24(1):84-93.

WHO. The Alcohol Use Disorders, Identification Test- Guidelines for Use in Primary Care. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf> (viitattu 10.07.2016).

Widarsson M, Engström G, Rosenblad A, Kerstis B, Edlund B, Lundberg P. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013;27:839-847.

Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaristo V. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 71/2012. Helsinki 2012.

Wu TC, Chen PH. Health consequences of nutrition in childhood and early infancy. *Periatr Neonatol* 2009;50:135-142.

Yang X, Telema R, Hirvensalo M, Viikari JS, Raitakari OT. Sustained participation in youth sport decreases metabolic syndrome in adulthood. *International Journal of Obesity* 2009;33:1219-1226.

Yarwood J. Nurses' views of family nursing in community contexts: an exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand* 2008;24(2):41-51.

Ylinen S, Hämeen-Anttila K, Sepponen K, Lindblad ÅK, Ahonen R. The use of prescription medicines and self-medication among children – a population-based study in Finland. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2010;19:1000-1008.

Yoo J, Slack KS, Holl JL. The impact of health-promoting behaviors on low-income children's health: A risk and resilience perspective. *Health & Social Work* 2010;35(2):133-143.

Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. *Social Sciences & Medicine* 2011;72:1534-1554.

LIITTEET

LIITE 1

Kirjallisuuden hakeminen

Tutkimuksen kirjallisuushaut tehtiin kansainvälisistä ja kotimaisista tietokannoista kahdessa eri vaiheessa. Tutkimuksen suoritettua kirjallisuushaut tehtiin informaation avustuksella seuraavista tietokannoista: CINAHL, Linda, Medline, Psycinfo, PubMed, Scopus, (Elsevier) Socindex, Web of Sciences. Haut rajattiin suomenkielisiin ja englanninkielisiin tutkimuksiin pääosin viiden tai kymmenen vuoden ajalta riippuen aiheesta ja hakutuloksista. Hakutulosten runsauden takia, tehtiin tarkennushakuja ja löytyneiden artikkeleiden lähdeviitteiden perusteella tehtiin myös manuaalisia hakuja.

Hakusanoina käytettiin pääasiassa seuraavia sanoja, niiden yhdistelmiä ja lyhenteitä: lapsi, nuori, nuoriaikainen, perhe, perheenjäsen/vanhempi, perhetekijät (sosioekonomiset tekijät), vanhemmuus, terveydenhoitaja, (neuvola- koulu) terveystarkastus, huoli, päihteet, tupakka, alkoholi, hyvinvointi, terveys, sairaus, oireet (psykosomaattiset oireet), terveystyö, monimenetelmätutkimus, sekä child, adolescent, young people, early/emerging adulthood school-aged children, preschool-aged children, parenthood, family, family characteristics, socioeconomic, public health nurse, school nurse, health check-up, health examination, child health care, school health service, child health clinic, health concern, worry, wellbeing, health promotion, mental health symptom/disorder, drug use/abuse, smoking, alcohol, psychosomatic, somatic, mixed methods, follow-up and longitudinal study, interview, qualitative content analysis.

Mukaanottokriteerit olivat, että tutkimus kohdistui lapsiin, nuoriin perhetekijöihin (sosioekonomiset tekijät, sosiaaliset suhteet), terveyteen/sairauteen ja hyvinvointiin, terveyskäyttäytymiseen, terveyden edistämiseen sekä neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluihin ja terveydenhoitajan työhön, huoliin ja tuen tarpeen tunnistamiseen. Poissulkukriteereinä käytettiin tutkimuksen kohdentumista sairaalahoidossa oleviin lapsiin/nuoriin, perheisiin ja hoitajan huoleen/tukeen. Tutkimukset valittiin ensin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Sen jälkeen katsottiin tutkimuskohde, otos, mittari sekä tutkimuskonteksti ja arvioitiin tutkimuksen tarkoituksenmukaisuus tähän tutkimukseen.

Tutkimus- ja tilastotietoa saatiin Suomen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluista sekä lasten ja nuorten sekä lapsiperheiden terveydestä, terveyskäyttäytymisestä sekä terveystyöpalveluiden käytöstä myös asiantuntijaryhmien keskusteluissa. Lisäksi kirjallisuutta etsittiin läpikäymällä Hoitotiede-, Sosiaalilääketieteellinen Aikakausi-, Suomen lääkäri- ja

Yhteiskuntapolitiikka-lehtien julkaisuja. Koko tutkimusprosessin ajan seurattiin aiheeseen liittyviä uusia kansainvälisiä ja kansallisia tieteellisiä julkaisuja.

LIITE 2 Lasten terveyseuranta tutkimuksen (LATE) alkuperäiset kysymykset ja tämän tutkimuksen luokitellut muuttajat

Tutkimuskysymys (Lasten terveyseuranta tutkimus LATE)	Vastausvaihtoehdot	Luokitellut muuttajat tässä tutkimuksessa	Osajulkaisu
perheen sosioekonomiset tekijät lapsen vanhemmat	ovat avioliitossa, asuneet yhdessä vuodesta lähtien ovat avioliitossa, asuneet yhdessä vuodesta lähtien asumuserossa eronneet vuonna... eivät ole koskaan asuneet yhdessä jokin muu mikä?	neiluokkainen: ydinperhe yksinhuoltaja muu tilanne	Osajulkaisu I
jos lapsen vanhemmat ovat eronneet	äiti/isä on uudessa avioliitossa vuodesta lähtien on avioliitossa vuodesta ... lähtien ei ole avo/avioliitossa	kolmiluokkainen: ydinperhe, yksinhuoltaja muu tilanne	Osajulkaisu III, IV
vanhempien äiti/isä koulutus:	enintään ammatillinen kurssi, työpaikkakoulutus ammattilinen koulu (esim. teknillinen koulu) ammattilinen opistotutkinto ammattikorkeakoulututkinto alempi korkeakoulututkinto ylempi korkeakoulututkinto lisensiaatin tutkinto tohtorin tutkinto	kolmiluokkainen: vähintään keskiaste alempi korkeakoulu ylempi korkeakoulu	Osajulkaisu III, IV
vanhempien äiti/isä työllisyys	kokopäivätyö osa-aikatyö opiskelija eläkkeellä työtön tai lomaautettu äitiys- tai vanhempainvapaa (hoitovapaa) varusmieh- tai siviilipalvelu jokin muu, mikä?	viisiluokkainen: kokopäivätyö äitiys- ja vanhempain vapaa osa-aikatyö/ opiskelija työtön jokin muu	Osajulkaisu I
mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä vanhempien pääasiallista toimintaa	erittäin hankalaa hankalaa melko hankalaa melko helppoa helppoa hyvin helppoa	kaksiluokkainen: kokopäivätyö ei kokopäivätyö	Osajulkaisu III, IV
perheen tulot	erittäin hankalaa hankalaa melko hankalaa melko helppoa helppoa hyvin helppoa	kaksiluokkainen: tulot riittävät tulot ei riittävät tulot ei riittävät tulot riittävät	Osajulkaisu I, Osajulkaisu III
kotitaloudella voi olla erilaisia tuloilähteitä ja tuloja useammalla jäsenellä, kun kotitaloutemme kaikki tulot oletaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tulolla	erittäin hankalaa hankalaa melko hankalaa melko helppoa helppoa hyvin helppoa	kuusiluokkainen: erittäin hankalaa	Osajulkaisu IV

			hankalaa melko hankalaa helppoa hyvin helppoa			Osajulkaisu IV
perheen yhteinen aika perheellämme on riittävästi yhteistä aikaa		täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin erimieltä			nelliuokkainen: täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin erimieltä	Osajulkaisu IV
perheen yhteiset ateriat kuinka usein perheenne syö yhteisen aterian arki-iltoina? yhteinen ateria tarkoittaa, että vähintään toinen vanhemmista syö lapsen tai lastensa kanssasyhtä aikaa		ei juuri koskaan kerran viikossa kaksi tai kolme kertaa viikossa neljä tai viisi kertaa viikossa			nelliuokkainen: ei juuri koskaan kerran viikossa kaksi tai kolme kertaa viikossa neljä tai viisi kertaa viikossa	Osajulkaisu IV
sosiaalinen tuki perheemme saa tarvittaessa apua isovanhemmilta, muilta sukulaisista, naapureilta tai ystävilä		täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä			nelliuokkainen: täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä	Osajulkaisu IV
lapsen käytökselle rajat perheessämme on yhdessä sovitut lapsen käyttäytymiselle asetut rajat		täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä			nelliuokkainen: täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä	Osajulkaisu IV
Terveyskäyttäytyminen						
paino: lapsen äidin ja isän nykyinen pituus ja paino		äiti: pituus (– cm), paino (kg) isä: pituus (– cm), paino (kg)			kolmiluokkainen: normaali paino ylipaino lihava (BMI)	Osajulkaisu IV
vanhempien äiti/isä liikunta kuinka usein lapsen vanhemmat harrastavat vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että he ainakin lievästi hengästävät ja hikoilevat		muutaman kerran vuodessa 2-3 kertaa kuukaudessa kerran viikossa 2-3 kertaa viikossa 4-6- kertaa viikossa päivittäin en osaa sanoa			kuusiluokkainen: muutaman kerran vuodessa 2-3 kertaa kuukaudessa kerran viikossa 2-3 kertaa viikossa 4-6- kertaa viikossa päivittäin	Osajulkaisu IV
tupakointi äiti/isä tupakoivatko lasten vanhemmat		ei kyllä päivittäin kyllä satunnaisesti en osaa sanoa			kaksiluokkainen: kumpikaan ei tupakoi jompikumpi tupakoi	Osajulkaisu III Osajulkaisu IV
alkoholin käyttö erillinen WHO:n Audit-lomake					kaksiluokkainen:	Osajulkaisu IV

			jommallakummalla vanhemmalla Audit ≥ 8 pistettä kummallakaan Audit ei ole ≥ 8 pistettä	
lasten terveyskäyttäytyminen				
paino pituus ja paino mitattiin terveystarkastuksen yhteydessä			kolmiuokkainen: normaali paino ylipaino lihava	Osajulkaisu IV
kuinka monta tuntia päivässä lapsenne tavallisesti katsoo tv:tä videoita, dvd:tä tai käyttää aikaa tietokoneen tai pelikonsolin ääressä		arkipäivisin: tuntia, minuuttia/päivässä	tuntia päivässä (jatkuva muuttuja)	Osajulkaisu IV
kuinka monta tuntia keskimäärin lapsenne nukkuu yöllä?		keskimäärin tuntia	tuntia yössä (jatkuva muuttuja)	Osajulkaisu IV
kuinka monena päivänä viikossa lapsenne osallistuu johonkin kerho- tai harrastustoimintaan		ei lainkaan kerran viikossa 2-3 kertaa viikossa useammin kuin 3 kertaa viikossa	neliluokkainen: ei lainkaan kerran viikossa 2-3 kertaa viikossa useammin kuin 3 kertaa viikossa	Osajulkaisu IV
ryhmä leikit (3-5 – vuotiaat, 1 ik)				
lapseni on helppo osallistua ryhmäleikkeihin		ei lainkaan kerran viikossa 2-3 kertaa viikossa useammin kuin 3 kertaa viikossa	neliluokkainen: täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä	Osajulkaisu IV
kaverit (3-5- vuotiaat, 1ik)				
lapseni on helppo saada kavereita		täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä	neliluokkainen: täysin samaa mieltä osittain samaa mieltä osittain eri mieltä täysin eri mieltä	Osajulkaisu IV
ystävät (1i, 5ik, 8-9ik)				
kuinka monta läheistä ystävää lapsellenne on tällä hetkellä?		ei yhtään yksi kaksi kolme tai useampia	neliluokkainen: ei yhtään yksi kaksi kolme tai useampia	Osajulkaisu IV
kiusaaminen (1i, 5ik, 8-9ik)				
onko lastanne kiusattu muutamien viime kuukausien aikana		ei, kyllä kerran kuukaudessa tai harvemmin 2 tai 3 kertaa kuukaudessa noin kerran viikossa useita kertoja viikossa	ei kyllä kerran kuukaudessa tai harvemmin 2 tai 3 kertaa kuukaudessa noin kerran viikossa, useita kertoja viikossa	Osajulkaisu IV
perheen jäsenten / vanhempien sairaudet				

<p>onko biologisella äidillä/isällä lääkäriin toteamaa: sepevaltimotautia, perinnöllistä korkeaa kolesterolia (familiarista hyperkolesterolemia), nuoruustyypin diabetes (tyyppi 1), aikuistyypin diabetes (tyyppi 2) astmaa, heinänuhaa tai muuta allergista nuhaa, atooppista ihottumaa (maitorupi, taiveihottuma)</p>	<p>ei kyllä ei tietoa</p>	<p>krooniset sairaudet: (nuoruusian tai aikuisiän diabetes, syöpä, sepevaltimotauti, astma) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>onko perheessänne <u>tällä hetkellä</u> seuraavia terveyteen liittyviä ongelmia, äiti/Isä/ sisarukset nuoruustyypin diabetes (tyyppi 1), aikuistyypin diabetes (tyyppi 2), liikkumista rajoittava sairaus tai vamma, syöpä, vaikea masennus, muu psyykkinen sairaus, näkövamma, kuulovamma, päihdeongelma, jokin muu terveysongelma, mikä ja kenellä</p>	<p>ei, kyllä</p>	<p>toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet: (liikkumista rajoittavat sairaudet näkö tai kuulovamma vaikea masennus, muu psyykkinen sairaus päihdeongelma) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>lasten sairaudet onko lapsellanne <u>tällä hetkellä</u> jokin seuraava lääkäriin toteama sairaus, vamma tai kehitysviive ja onko hän ollut sen vuoksi viimeisen kuluneiden 12 aikana lääkäriin hoidossa: astma, heinänuha tai muu allerginen nuha, allerginen silmäntulehdus, atooppinen, allerginen ihottuma, ruoka-allergia, muu allergia epilepsia, diabetes, reuma, syöpä keliakia</p>	<p>onko lääkäriin toteama: ei/kyllä onko ollut lääkäriin hoidossa: ei/kyllä onko lääkäriin toteama: ei/kyllä onko ollut lääkäriin hoidossa: ei/kyllä</p>	<p>allergiat: (heinänuha, atooppinen allerginen ihottuma, ruoka-allergia, muu allergia) kaksiluokkainen: ei kyllä (jokin edellä mainituista)</p> <p>krooniset sairaudet: (epilepsia, diabetes, reuma, syöpä, keliakia) kaksiluokkainen: ei kyllä (jokin edellä mainituista)</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>synnynnäinen sydänvika, muu synnynnäinen rakennevika, älyllinen kehitysvammaisuus, Cp-liikuntavammaisuus, muu kehitysviivästymä tai epäily siitä, psyykkinen häiriö</p>	<p>onko lääkäriin toteama: ei/kyllä onko ollut lääkäriin hoidossa: ei/kyllä</p>	<p>synnynnäiset sairaudet ja psyykkiset häiriöt: (synnynnäinen sydänvika, muu synnynnäinen rakennevika, mikä? älyllinen kehitysvammaisuus, Cp-liikuntavammaisuus muu kehitysviivästymä psyykkinen häiriö) kaksiluokkainen: ei kyllä (jokin edellä mainituista)</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>lasten oireilu onko lapsellanne ollut seuraavia oireita tai vaikeuksia viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana?</p>			

<p>päänsärky vatsakipu niska-hartiasärky selkäkipu</p>	<p>lähies päivittäin useammin kuin kerran viikossa noin kerran kuukaudessa harvemmin ei koskaan</p>	<p>kipuoireet: (päänsärky, vatsakipu, niska-hartiasärky, selkäkipu) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>ruokahaluttomuutta jännittyneisyyttä alakuloisuutta vetäytyneisyyttä pelkoja</p>	<p>lähies päivittäin useammin kuin kerran viikossa noin kerran viikossa noin kerran kuukaudessa harvemmin ei koskaan</p>	<p>internalisoivat oireet: (ruokahaluttomuutta, jännittyneisyyttä, alakuloisuutta, vetäytyneisyyttä, pelkoja) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>ärtyneisyyttä/kiukunpuuskia hyökkäävää tai tavarointa rikkovaa käytöstä keskittymisvaikeuksia levottomuutta vaikeuksia ymmärtää annettuja ohjeita</p>	<p>lähies päivittäin useammin kuin kerran viikossa noin kerran viikossa noin kerran kuukaudessa harvemmin ei koskaan</p>	<p>eksternalisoivat oireet: (ärtyneisyys, kiukunpuuskat, hyökkäävä- tai tavarointa rikkova käytös, keskittymisvaikeuksia, levottomuutta, vaikeaa ymmärtää annettuja ohjeita) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>
<p>vaikeuksia päästä uneen väsymystä uupumusta herätilemistä öisin</p>	<p>lähies päivittäin useammin kuin kerran viikossa noin kerran viikossa noin kerran kuukaudessa harvemmin ei koskaan</p>	<p>uneen liittyvät oireet: (vaikeuksia päästä uneen väsymystä, uupumusta, herätilemistä öisin) kolmiluokkainen: ei yksi kaksi tai useampia</p>	<p>Osajulkaisu IV</p>