

## SAIRAAHOITAJA LAPSIPERHEIDEN TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Sanna Halonen ja Maria Tervonen

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK) +

diakonissan virkakelpoisuus

Sairaanhoitaja (AMK)

# SISÄLLYS

JOHDANTO .....	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	8
2.1 Terveys käsitteenä.....	8
2.2 Terveiden edistämisen näkökulmat.....	9
2.3 Terveiden edistäminen Suomessa.....	11
3 LAPSIPERHEIDEN HOITOTYÖ JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	14
3.1 Perhe ja perhehoitotyö .....	14
3.2 Lapsiperheiden terveyden edistämisen haasteet .....	19
3.3 Lapsiperheiden terveyden edistämisen mahdollisuudet .....	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .	25
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	26
5.1 Laadullinen lähestymistapa .....	26
5.2 Aineiston keruu.....	26
5.3 Aineiston analysointimenetelmät .....	27
6 TULOKSET .....	29
6.1 Asiantunteva sairaanhoitaja.....	29
6.1.1 Tieto ja ohjaus.....	29
6.1.2 Terveyskasvatus .....	30
6.1.3 Riskitekijöiden tunnistaminen.....	31
6.1.4 Vanhemmuuden ja perheen voimavarojen selvittäminen.....	32
6.2 Lapsiperheiden kokonaisvaltainen kohtaaminen .....	33
6.3 Turvallisen hoitosuhteen luominen .....	34
6.3.1 Luottamuksen luominen ja sen vahvistaminen .....	34
6.3.2 Henkinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki.....	35
6.3.3 Voimavaralähtöinen tukeminen.....	35
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	38
7.1 Tulosten vertailu .....	38

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....	40
7.3 Opinnäytetyön eettisyys .....	41
7.4 Opinnäytetyön johtopäätökset .....	43
7.5 Jatkotutkimushaasteet.....	43
LÄHTEET .....	44
LIITE 1 .....	51
LIITE 2 .....	54

## TIIVISTELMÄ

Halonen, Sanna & Tervonen, Maria. Sairaanhoitaja lapsiperheiden terveyden edistäjänä. *Diak Pohjoinen*, Oulu, syksy 2012, 54 s., 2 liitettä. Diakoniammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja-diakonissa (AMK), Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten sairaanhoitaja voi edistää lapsiperheiden terveyttä ja mitä haasteita siihen liittyi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää lapsiperheiden terveyden edistämistä. Opinnäytetyömme oli osa kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen hanketta, joka kuuluu Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (2011–2013). Aineistoksi valikoitui 16 (n=16) artikkelia vuosien 2002–2011 *Hoitotiede* ja *Tutkiva Hoitotyö*-lehdistä. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui perheiden kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeys. Sairaanhoitaja voi edistää lapsiperheiden terveyttä kohtaamalla perhe yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Myös luottamuksellinen hoitosuhde sekä sairaanhoitajan asiantuntijuus oli tärkeää hoitosuhteessa. Lapsiperheiden terveyden edistämisen haasteita olivat perheiden voimavarojen tukeminen, turvallisen hoitosuhteen luominen sekä perheen ongelmien tunnistaminen.

Perheiden terveyden edistämässä perhekeskeiseen hoitotyötyöhön tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Jatkotutkimushaasteena on selvittää, miten sairaanhoitaja voi edesauttaa yksilöllisen perhehoitotyön toteutumista paremmin.

Asiasanat: lapsiperhe, terveyden edistäminen, kvalitatiivinen tutkimus

## ABSTRACT

Halonen, Sanna & Tervonen, Maria. Nurses as health promoters of the family with children. 54 p, 2 appendices. Language: Finnish. Oulu, Autumn 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, option in diaconal nursing. Degree: Registered Nurse + Deaconess.

The aim of this thesis was to describe how nurses can promote the health of the family with children and what challenges health promotion has. The goal of this thesis was to produce information of the health promotion of the family with children. The point of view was a part of the complete health promotion project. The data consisted of 16 (n=16) articles which were published from 2002 to 2011 at the journals *Hoitotiede* and *Tutkiva hoitotyö*. The data was analyzed by the inductive content analysis. The thesis was made as a qualitative study.

The thesis emphasized the importance of the comprehensive encounter of the families with children. A nurse can promote the health of families by encountering the family individually and comprehensively. Also a confidential relationship with the nursing staff and the expertise of the nurse were important. Challenges of health promotion of families with children were supporting the voimavarat of the families, creating a safe nursing relationship and recognizing the problems of the families with children.

In health promotion of the families with children family-centred work should be emphasized more. As a further study it should be clarified, how a nurse could perform better the individual family-centered work within the families with children.

Keywords: family with children, health promotion, qualitative study

## JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla lapsiperheiden terveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä ja sitä, miten sairaanhoitaja voi olla edistämässä lapsiperheiden terveyttä. Tarve opinnäytetyölle on noussut yhteiskunnan ajankohtaisista haasteista, jotka koskevat lapsiperheiden hyvinvointia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan suomalaisten enemmistön hyvinvointi on parantunut, mutta kuitenkin samaan aikaan osalla lapsista ja lapsiperheistä pahoinvointi on yleistynyt ja pienelle osalle väestöä on kasaantunut vaikeaa pahoinvointia (Lammi-Taskula, Karvonen & Ahlström 2009, 3). Opinnäytetyössämme kuvailemme niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat lapsiperheiden hyvinvointiin ja mitä haasteita lapsiperheiden terveyden edistämiseen liittyy.

Ajankohtaisina haasteina perheiden hyvinvoinnin kannalta ovat lapsiperheiden köyhtyminen, turvattomuus, perheiden hajoaminen sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyminen sekä syrjäytyminen. Vanhemmat kokevat lisääntyneen tuen tarvetta sekä jaksamattomuutta, minkä taustalla ovat muun muassa työpaineet, toimeentulo sekä kokemus ajanpuutteesta. Lasten hyvinvointi on riippuvainen vanhempien hyvinvoinnista, joten vanhempien ongelmilla on suora vaikutus lapseen. (Linqvist 2012; Lammi-Taskula ym. 2009, 3.)

Perheen terveyden edistämässä perhe on oman terveytensä paras asiantuntija. Terveyden edistämässä on keskeistä helpottaa perhettä löytämään tai vahvistamaan omia voimavaroja. Tärkeää on myös tarkastella tilannetta kokonaisuutena eri perheenjäsenten näkökulmista. Perheen ja hoitohenkilökunnan yhteistyön onnistumiselle on merkittävää myös onnistunut vuorovaikutus sekä luottamuksellisen hoitosuhteen synty (Haaranen 2003, 14–16; Sirviö 2006, 28.)

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lapsiperheiden terveyden edistämistä. Aineistona käytettiin Hoitotiede ja Tutkiva

Hoitotyö -lehtien artikkeleja vuosilta 2002–2011. Hakusanoina tutkimuksien löytämiseen käytimme lastenhoitotyö, perhehoitotyö, terveyden edistäminen, lapsiperheiden hyvinvointi ja lapsiperheet.

Opinnäytetyömme on osa kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen hanketta, joka kuuluu Terve sielu terveessä ruumiissa – Diakonissat terveyden edistämisen toimijoina -tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (2011–2013). Hankkeen tarkoituksena on kehittää terveyden edistämistä ja sen eri malleja diakoniseen työhön. Hanke on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rahoittama ja sen tarkoituksena on kehittää eri seurakuntien ja diakonissalaitosten kanssa paikallisia toimintamalleja, joiden avulla edistetään lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyvien terveyttä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a.)

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

### 2.1 Terveys käsitteenä

Florence Nightingale (1957) määritteli terveyden hyvinvoinniksi ja kaikkien kykyjen täysipainoiseksi käyttämiseksi. Terveysteen kuuluu fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin lisäksi sosiaalinen hyvinvointi ja terveys on ihmisen kykyä suoriutua erilaisista sosiaalisista rooleista. (Eriksson ym. 2012, 71.) Erikssonin teorian mukaan terveys ilmenee hyvän olon tunteena, tervehenkisyytenä ja hyväkuntoisuutena. Terveysteen liittyy kuitenkin olennaisena osana myös kärsimys. Hänen mukaansa inhimillisen kärsimyksen lievittäminen ja kärsivän lohduttaminen ovat hoitamisen ydin. Kärsimys ja terveys ovat aina mukana ihmisen elämässä, ja olosuhteista riippuen ihminen vaihtelevasti kärsii tai tuntee itsensä terveeksi. Terveys on sitä, että ihminen on sopusoinnussa siedettävissä olevan kärsimyksen kanssa. (Toivanen 2009, 198–199.)

Maailman terveysjärjestö, World Health Organization, on määritellyt terveyden täydelliseksi tilaksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin välillä. Fyysinen terveys tarkoittaa koko elimistön puutteetonta toimintaa ja psyykkisellä terveydellä tarkoitetaan omien henkisten voimavarojen hyödyntämisen taitoa. Sosiaalinen terveys viittaa puolestaan kykyyn luoda sekä pitää yllä ihmissuhteita. Terveyttä ei voida kuitenkaan ajatella täysin pysyvänä, koska siihen vaikuttavat muun muassa erilaiset sairaudet sekä sosiaalinen ja fyysinen elinympäristö. Ihminen vaikuttaa terveyteensä myös omilla valinnoillaan ja elämänarvoillaan. Voisi sanoa, ettei terveydelle toisaalta ole tarkkaa määritelmää, koska eri ihmiset kokevat sen eri tavoin sekä eri voimakkuuksilla. (Huttunen 2012.; Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 10.)

Käsitteenä terveys ei koske ainoastaan yhtä ihmistä vaan myös yhteisöä ja ryhmää, johon ihminen kuuluu omassa elämässään. Yksilön ajatusmaailma ja käsitys terveydestä on myös oleellista ottaa huomioon terveyden määrittelyä



tehtäessä. Terveys nähdään täydellisen tilan lisäksi myös kykynä toimia yhteiskunnassa. Hoitotieteessä määrittely terveydestä korostaa erityisesti ihmisen omaa terveystietoa ja se on yksi hoitotieteen peruskäsitteistä. Muita tiedon perustoja hoitotieteessä ovat hoitotyön toiminnot, ihminen sekä ympäristö. Kaikki nämä käsitteet ovat moninaisia, koska niitä käsittelevä tiedon määrä on niin suuri juuri hoitotieteessä. (Lauri & Elomaa 2001, 54–64.)

Visuaalisesti kuvattuna terveydestä käytetään usein graafisena mallina joko spiraalia tai janaa. Janoissa toisessa päässä on täydellinen terveys ja toisessa päässä kuolema. Spiraali puolestaan luo terveydelle enemmän ulottuvuuksia sekä vaikuttavuutta, kun sillä kuvataan elämäkokemuksen kurtumista. Spiraalin mukaan siis myös vanhana ja kuoleman lähestyessä voi olla terve. Kuolemaa sekä huonoa terveyttä ei siis aina voida nähdä yhtenä absoluuttisena totuutena. (Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 11.)

## 2.2 Terveiden edistämisen näkökulmat

Terveiden edistämällä tarkoitetaan niitä toimia, joilla voidaan edistää väestön terveyttä yhteiskunnassa. Näillä toimilla ihminen pyrkii parantamaan omaa terveyttään, hallitsemaan sitä kokonaisvaltaisesti sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta hyvinvoinnin saavuttamiseksi (Vertio 2003, 174). Edistämiseen vaikuttavat ne tavoitteet ja sisällöt, jotka on laadittu kansallisesti ja kansainvälisesti (Hakulinen, Hirvonen & Koponen 2008, 35). Terveiden edistämisen käsitteelle löytyy selitys Maailman terveysjärjestön määritelmästä terveydelle (Vertio 2003, 30).

Promootio ja preventio ovat kaksi näkökulmaa, joiden pohjalta voidaan tarkastella terveyden edistämistä. Preventiolla tarkoitetaan sairauksien ehkäisemistä ja promootiolla ihmisten elämänlaadun sekä elinolojen parantamisen mahdollistamista jo ennen sairauden syntymistä. Promootionäkökulma pyrkii vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka suojaavat terveyttä. Tällaisia tekijöitä ovat terveelliset elämäntavat, taloudellinen

perustoimeentulo, hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, pysyvät ja tukevat sosiaaliset verkostot sekä perustarpeet kuten ruoka ja lepo. Terveyden edistämässä preventio näkyy terveystasvatuksena ja tieto on teoreettisempaa kuin promootionäkökuulmassa. (Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 13–15.)

Terveyden edistämisen eettisyyttä ohjaavat samat säännökset kuin terveystalan yleistä toimintaa. Eri lait, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista, määrittelevät myös eettisiä periaatteita sekä säännöksiä. Eettisyyden lähtökohtana on potilaan ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden, luottamuksellisuuden ja yksilöllisyyden sekä riittävän tiedonsaannin kunnioittaminen. Toiminnassa täytyy ottaa myös huomioon terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka on määritellyt valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen valiokunta vuonna 2000. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2008, 64–65.)

Eettiset periaatteet ovat niitä kaikkia arvoja, joita eri terveystalan ammattiryhmien arvoihin yhteisesti kuuluu. Kaikkien ammattihenkilöiden periaatteissa on keskeisinä ohjaavina tekijöinä aikaisemmin mainitut eettisyyden lähtökohdat, kuten ihmiselämän suojele ja terveyden edistäminen sekä hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Epäinhimillinen toiminta ja kidutus on ehdottomasti kielletty eettisissä periaatteissa. Eettisiin periaatteisiin kuuluu myös se, että hoitotyö perustuu kliiniseen näyttöön ja sen kriittiseen arviointiin. Ohjeissa myös korostuu kollegiaalisuus, salassapitovelvollisuus sekä muiden ammattien kunnioitus. Ammattihenkilön eettisiin periaatteisiin kuuluu myös oman itsensä kunnioittaminen, sekä oman hyvinvoinnin turvaaminen. Tähän lisäksi kuuluu myös itsensä kouluttaminen ja tiedon kartuttaminen. (Etene 2001.)

Terveydenhuollossa asiantuntijoiden täytyy antaa asiakkaille ja potilaille tilaa kertoa omasta tilanteestaan. Taustatietojen kysyminen on tärkeää terveyden edistämisen laadun varmistamiseksi, mutta myös se, että päätöksenteko on viime kädessä asiakkaalla. Asiantuntijat ovat ainoastaan alan ammattilaisia, joiden tehtävänä on ohjata asiakkaita kohti terveitä elämäntapoja. Hyvänä esimerkkinä toimii ylipainosta keskusteleminen. Potilaan aseman tärkeys ja

hänen oikeuksiensa noudattaminen korostuu näin ollen erityisesti terveyden edistämisen parissa tehtävässä työssä. (Vertio 2003, 142.)

Terveyden edistämisen menetelmiä kehitellessä tulee ottaa huomioon perhe- ja sosiaaliset verkostot ja muutokset, yksilö ja hänen elämäntilanteensa, yleiset yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet sekä elinolot ja työolosuhteet sekä niiden muutokset. Nämä edellä mainitut asiat huomioiden, menetelmissä ei voida käyttää suoraviivaista ohjetta. Menetelmien täytyy olla ajan hengessä ja niiden täytyy pysyä mukana yhteiskunnan jatkuvassa muutoksessa. (Hakulinen, Hirvonen & Koponen 2008, 36–38.)

### 2.3 Terveyden edistäminen Suomessa

Suomessa terveyden edistämällä on perusta kansanterveyslaissa, ja se kuuluu yhtenä osana kansanterveystyöhön. Osa-alueina suomalaisessa terveyden edistämisessä ovat tartuntatautien ehkäisy, tapaturmat, elinolot ja elinympäristö sekä terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistämisessä keskeisessä roolissa on kunnissa terveydenhuolto, mutta myös yhteiskunnan muut toimijat ovat siihen vaikuttamassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2006 terveyden edistämisen laatusuositukset. Nämä suositukset on kehitetty kuntien avuksi, jotta terveyden edistäminen sekä väestön hyvinvointi otettaisiin huomioon kunnan kaikissa toimissa. Laatusuosituksessa pohjana on käytetty terveyden edistämisen toimintalinjan luokittelua, joka on Maailman terveysjärjestön julkilausuma, sekä EFQM laatupalkintomallin ideologiaa. Terveyden edistämisen laatusuosituksissa on laadittu kuusi eri toimintalinjaa kunnille: ”terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen, terveyttä edistävät elinympäristöt, terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen, terveyden edistämisen osaaminen, terveyttä edistävät palvelut, terveyden edistämisen seuranta ja arviointi” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3).

Yhteiskunnassa suurimpana terveyden edistäjänä on yleinen terveydenhuolto, jonka palveluita kunnat tarjoavat. Kunnissa terveyden edistämiseksi tarkoitetaan kansalaisten terveyden ylläpitoa, sairauksien ehkäisyä, terveyserojen pienentämistä sekä terveysongelmien vähentämistä (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2007). Kunnat tarjoavat asiakkailleen monipuolisia terveystalvuita. Yhä enemmän terveyden edistämisessä kuntien ohella mukana ovat myös erilaiset järjestöt, mutta niiden mukaan tuleminen terveyden edistämiseen on alkanut vasta myöhemmin kuin julkisen terveyden huollon. (Vertio 2003, 113–114.) Kolmannesta sektorista terveyden edistämistä tekeviä järjestöistä yhtenä esimerkkinä on Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Mannerheimin Lastensuojeluliitolla on käynnissä Terveyden edistämisen ohjelma 2009–2015, jolla pyritään luomaan käsityksen siitä mitä terveyden edistäminen on järjestötasolla (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2009).

Julkisen terveydenhuollon piirissä terveyttä edistämässä ovat terveydenhuollon eri osa-alueet; neuvolatoiminta, kouluterveydenhuolto, terveystalvuitien avohoito, työterveyshuolto sekä erikoissairaanhoido. Neuvolatoiminta edistää perheiden terveyden edistämistä kokonaisvaltaisesti, sillä huomio kiinnittyy niin lapsiin kuin perheen vanhempiin. Toiminta myös pyrkii vaikuttamaan perheiden terveystottumuksiin ja sen kautta parantamaan heidän terveydentilaansa. Neuvoloissa pyritään lisäämään vanhempien voimavaroja yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Kouluterveydenhuollossa terveyden edistäminen on jäänyt ainoastaan terveystarkastuksiin sekä erilaisiin valtakunnallisiin seulontatutkimuksiin. Kouluterveydenhuollon tekemät terveystalvuitet ovat tuoneet uusia ratkaisumenetelmiä koululaisten ongelmien ennalta ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. (Vertio 2003, 114–117.)

Työikäisten terveyden edistämistä vastaa pääosin työpaikka, mutta työterveyshuolto tarjoaa tähän asiantuntijapalveluita. Työterveyshuollon tärkein tehtävä on terveyden edistäminen ja työkyvyn arviointi. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa pyrkii olemaan kokonaisvaltaista, koskien sairaalan potilaita, henkilökuntaa, koko väestöä sekä organisaatiota. Näin saadaan

sairaalaan osaaminen ja voimavarat käyttöön myös sairaalan ulkopuolella. Terveyttä edistävässä sairaalassa on tärkeää terveyden tarkasteleminen muustakin, kuin parantavasta näkökulmasta, jolloin toiminnassa näkyy myös terveyden edistämisen promootionäkökulma. Suomen sairaaloista noin kymmenen kuuluu kansainväliseen Health promoting hospitals – verkostoon, joka kehittää laatustandardeja näiden sairaaloiden kesken. Tämän verkoston tarkoituksena on tuoda ajatuksia väestön kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Verkoston peruseriaatteita on muun muassa terveyden tarkasteleminen kokonaisvaltaisesti, resurssien tehokas käyttäminen sekä terveystalveluiden tuottaminen parhaalla mahdollisella tavalla. (Vertio 2003, 121–125.)

### 3 LAPSIPERHEIDEN HOITOTYÖ JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

#### 3.1 Perhe ja perhehoitotyö

Ennen perheen määritelmään kuului äiti, isä ja heidän yhteiset lapset. Nykyään perheen määritelmä on monimuotoisempi; perhe voi olla yksinhuoltajaperhe, yhden huoltajan perhe, uusperhe tai sateenkaariperhe. (Tukiainen & Lindroos 2009, 39.) Opinnäytetyössämme käsittelemme lapsiperheitä, joilla tarkoitetaan perheitä, joissa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi (Tilastokeskus 2012.)

Perheen terveys voidaan määritellä dynaamiseksi hyvinvoinnin tilaksi, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja henkiset tekijät. Nämä tekijät vaikuttavat sekä perheen yksilöihin että perheeseen kokonaisuutena. Perheen terveyteen kuuluu lisäksi, ettei perheellä ole sairauksia ja että perhe pystyy täyttämään kasvatus- ja hoivatehtävänsä sekä muut yhteiskunnan sille asettamat tehtävät. Perheen on tärkeä pystyä sosiaaliseen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa ja kehittämään omaa hyvinvointiaan. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 11.)

Perheen terveyden edistämiseen sisältyy perheen oma käsitys ja kokemus terveydestä, terveydenhuollon ammattilaisten ymmärrys terveyden edistämisestä, ammatillisen vuorovaikutussuhteen laatu, sekä perheille kotiin tarjottavien palveluiden määrä ja laatu. Terveystottumukset ja sosiaalinen tuki edistävät perheen terveyttä, mutta sitä vaikeuttavat taloudellinen niukkuus ja puutteelliset selviytymiskeinot. Perheet ovat yksilöllisiä avun tarpeiltaan ja voimavaroiltaan ja tarvitsevat yksilöllisiä tukimuotoja. Lähtökohtana olisi selvittää perheiden omat käsitykset omista voimavaroista ja niiden tukemisesta sekä muut merkitykselliset tekijät perheen arjessa (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 51.)

Perheiden parissa työtä tekevät ammattilaiset tarkoittavat perheen terveydellä perheen jäsenten toiminnallisia, psykologisia ja biologisia ominaisuuksia, perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja perheen toiminta- ja sopeutumiskykyä. Riskien ja ongelmien varhainen toteaminen ja niissä tukeminen ovat yksi tärkeä osa hoitotyötä. Riski- ja ongelmaperheillä tarkoitetaan perheitä, jotka ovat syrjäytymisvaarassa tai erityistuen tarpeessa, haavoittuvia tai huonosti toimivia perheitä. Riskiperheisiin liitetään sosiaalinen eristäytyneisyys, perheen koko ja puutteelliset asuinolot. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 53.)

Ammatillinen vuorovaikutus on keskeinen osa perheiden terveyden edistämistä. Vuorovaikutuksessa korostuu luottamuksellisuus, rohkeus ottaa asioita esille, perheen ja työntekijän asenteet, työntekijän ammattitaito sekä riittävän ajan varaaminen. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 53; Sirviö 2006, 128.) Vuorovaikutuksessa on tärkeää huomioida tasapuolisesti vanhemmat sekä lapset. Liiallinen lapsikeskeisyys toiminnassa voi estää vanhemmuuden tukemista. Vuorovaikutuksessa on tärkeää myös molemminpuolinen kunnioitus. (Sirviö 2006, 131.)

Vuorovaikutustilanteet ovat perheille tärkeitä tiedon saannin osalta. Tiedon jakaminen ja terveystietämisen muuttaminen ovat ensisijaista toimintaa terveyden edistämiseksi. Myös lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön velvollisuutena on antaa potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Ratkaisevaa on kuitenkin, millaista tietoa annetaan ja miten se välitetään. Tiedon antamisella voidaan vaikuttaa asiakkaan omien voimavarojen kehittymiseen ja tunnistamiseen (Sirviö 2006, 126.) Sairaalassaolon aikana on tärkeää antaa tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä (Alanen 2002, 52). Riittävän tiedon saanti ja potilasohjaus voi parantaa asiakkaan elämänlaatua, lisätä terveyttä ja turvallisuudentunnetta sekä vähentää epävarmuutta ja yhteydenottojen tarvetta (Kempainen, Haatainen, Taam-Ukkonen, Penttinen, Turunen & Miettinen 2010, 6).

Vuorovaikutustilanteissa korostuu myös hoitajan asiantuntijuus. Asiantuntijuus ei ole pelkästään oman työn hallintaa. Asiantuntijuus rakentuu koulutuksen ja kokemuksen tuottaman tiedon arvioinnissa, tulkinnassa ja soveltamisessa sekä edelleen asiantuntijuuden kehittämässä. (Sirviö 2006, 131.) Terveiden edistämiseen sekä asiantuntijuuteen liittyy myös moniammatillinen yhteistyö, jota edistävät työntekijän ammattitaito, työhön asennoituminen, yhteisiä asiakkaita koskevat yhteiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet, yhteistyösuhteen avoimuus, luottamuksellisuus, tasavertaisuus ja joustavuus sekä yhteistyömuodon konkreettisuus, näkyvä hyöty, vähäinen byrokratia, koulutus. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54.)

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että yksilön ja perheen terveyden tila otetaan huomioon hoitosuunnitelmassa. Hoitotyöllä pyritään vahvistamaan perheen voimavaroja eli yksilön tai perheen saamaa tukea tilanteessa, johon perhe tarvitsee erityisesti tukea. Perhehoitotyössä voidaan keskittyä koko perheeseen tai yhteen perheen jäseneseen. Kun hoidetaan koko perhettä, painotetaan perheen sisäistä ilmapiiriä ja perheenjäsenten suhteita. (Ivanoff ym. 2007, 14.) Perhetyön toteutumiseen vaikuttavat muun muassa hoitajan ammattitaito, motivaatio sekä aktiivisuus. Myös perhe on merkittävä tiedonantaja ja tuki perhehoitotyössä. Hoitotyössä on tärkeää huomioida jokainen perheen jäsen yksilönä. Myös moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu perhehoitotyössä. (Kivimäki 2008, 63–64; Oikarinen & Sysmääläinen 2012, 24.)

Keskeiset voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät liittyvät uusiin elämäntilanteisiin, vanhemmuuteen ja lasten hoitoon, terveyteen, parisuhteeseen, sosiaaliseen tukeen ja perheen tulevaisuudennäkymiin. Tekijät, jotka antavat voimavaroja edistävät tervettä kasvua ja kehitystä sekä suojaavat epäsuotuisilta tekijöiltä. Kuormittavat tekijät puolestaan saattavat vaikuttaa lapsen kehitykseen. Voimavaroja tukevat tekijät auttavat elämänhallinnassa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Voimavarojen vahvistaminen edellyttää että hoitosuhteessa syntyy luottamuksellinen suhde, jossa perheen jäsenet kokevat tulleen kuulluksi ja sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin. (Ivanoff ym. 2007, 14.)



Jokainen perhe kokee voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät yksilöllisesti ja kaikilla on mahdollisuus vaikuttaa omiin voimavaroihin tiedostamalla omat voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät sekä ottamalla vastuun ja tekemällä aktiivisesti asioiden eteen töitä. Voimavaralähtöisessä perhehoitotyössä onkin tavoitteena, että voimavaralähtöisyys aktivoi perheen vanhemmat tunnistamaan omat voimavarat ja kuormittavat tekijät sekä motivoituvat tarvittaessa muutokseen. Voimavaralähtöisyydestä hyötyvät lapset ja koko perhe. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Diakonian perhetyö edistää perheiden hyvinvointia ja terveyttä. Diakoniatyö voi olla ennaltaehkäisevää ja perheiden voimavaroja tukevaa (Pakanen 2006, 53–54.) Myllylän mukaan (2004) diakonisella hoitotyöllä tarkoitetaan lähimmäisen palvelemista. Taustalla on kristillinen ihmiskäsitys, joka ei vaadi hoidettavalta ihmiseltä erityistä vakaumusta tai maailmankatsomusta. Diakonisessa hoitotyössä yhdistyy hoitotiede sekä teologia. Diakonista hoitotyötä toteutetaan pääasiassa seurakunnissa, mutta sitä tarvittaisiin enemmän myös sairaaloissa ja hoitolaitoksissa. (Myllylä 2004, 79–80.) Erikssonin mukaan terveyden edistämiseen liittyy olennaisena osana karitatiivinen näkökulma. Laadukkaan hoidon perustana on usko, toivo ja rakkaus. Erikssonin mielestä hengellisen ulottuvuuden on oltava mukana myös hoitotyössä, koska usko on terveydenhoidossa voimavara, joka kannattaa käyttää hyväksi. Kyky kohdata ihminen kunnioittavasti on keskeistä, koska sillä voidaan vaikuttaa ihmisen arvokkuuden tunteeseen. (Villa 2011, 8-9.)

Seurakunnassa toimiva diakonissa on sekä terveydenhuollon ammattihenkilö, että hengellisen työn tekijä. Diakonissa tekee työssään terveyden edistämiseen liittyvää ohjaamista, antaa tukea muuttuneessa terveydentilanteessa, tukee asiakasta hengellisissä asioissa sekä toivon ja voimavarojen vahvistamisessa. (Kotisalo 2005, 5-18.) Diakonisen hoitotyön ja terveyden edistämisen tarve lisääntyy tulevaisuudessa, koska ikääntyneiden ja mielenterveydellisiin vaikeuksiin apua hakevien asiakkaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa. (Kinnunen 2009, 248–256.)

Perhetyön menetelmiä ja tukimuotoja ovat kotikäynnit, vastaanotto, lapsi- ja nuorisotyö, ryhmätoiminta sekä perheen käytännöllinen ja emotionaalinen tukeminen (Rättyä 2009, 93). Perheiden auttaminen edellyttää verkostoitumista muiden auttajatahojen kanssa, sillä yhteistyön avulla voidaan sekä perheelle että sen yksittäiselle jäsenelle tarjota riittävää ja kattavaa apua (Gothoni, Helosvuori, Kuusimäki & Puuska 2012, 105). Perhetyössä tehdään yhteistyötä terveyskeskuksen, psykologin, kotipalvelun ja sosiaalihoitajan kanssa, jolla myös vältetään auttajatahojen päällekkäistä työskentelyä. Perheen jäsenten välisten suhteiden huomioon ottaminen on työssä tärkeää. Vuorovaikutuksen merkitys on suuri perheen elämässä ja perhesuhteissa. (Rättyä 2009, 93–96.)

Diakoninen perhetyö tukee perheiden elämänhallintaa, auttaa heitä erilaisissa kriiseissä ja etsii toivoa antavia ratkaisuja elämään (Yrjölä 2009, 22–34.) Perhetyötä tehdään siis perhelähtöisesti ja jokainen perheen jäsen huomioiden. Perheiden kanssa työskentelemisen edellytyksenä on luottamuksen syntyminen ja säilyminen koko yhteistyön ajan. Perhetyön tavoitteena on tasapainon löytäminen, perheen hyvinvoinnin lisääminen ja välittämisen osoittaminen. (Rättyä 2009, 69–70.) Diakoniatyöntekijä tukee perhettä antamalla taloudellista tukea, terveyden ja palvelujärjestelmiin liittyvää ohjausta, henkistä ja hengellistä tukea ja nostamalla esiin perheen ja sen jäsenten omia voimavaroja. Diakoniatyöntekijä on perheen kokonaiselämäntilanteen kartoittaja ja avun vastaanottamisen kannustaja (Rundgren 2008, 41–60.)

Seurakunnan lapsidiakonia on osa perhediakoniaa ja painottaa lapsen nähdynsi tulemistä ja lapselle annettavaa tukea ja turvaa. Lapsidiakonian muotoja ovat pyhäkoulutoiminta, iltapäiväkerhotoiminta, lasten vertaisryhmät, riskiryhmille tarkoitettut kerho- ja ryhmätoiminta sekä nuorisoille tarkoitettut kokoontumistilat. Lapsidiakoniassa halutaan nostaa erityisesti esiin lasten tilanne ja olosuhteet perheessä. (Jääskeläinen 2002, 294–296.) Lapsidiakonian tärkeänä osana on ennaltaehkäisevä työ. Lapsidiakonia on tärkeää, koska lasten ja nuorten pahoinvointi on kasvanut ja vanhemmuus on puutteellista (Helminen & Kotisalo 2009, 28.)

### 3.2 Lapsiperheiden terveyden edistämisen haasteet

Lapsiperheiden tuen tarve on lisääntynyt huomattavasti viime vuosikymmenten aikana. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.). Lapsiperheiden ongelmina ovat vanhempien jaksamattomuus sekä lasten ja nuorten ongelmien lisääntyminen. (Lammi-Taskula, Karvonen & Ahlström 2009, 3). Haasteina ovat lasten ja nuorten huonot terveystottumukset sekä vanhempien yleistyneet päihde- ja mielenterveysongelmat. Myös lapsiperheiden taloudellinen tilanne on huonontunut ja köyhyys on lisääntynyt Suomessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12–13.)

Vanhempien jaksamattomuuden taustalla on lapsiperheiden köyhyys. Yleinen tulotaso on Suomessa noussut, mutta lapsiperheiden köyhyys on moninkertaistunut. Erityisesti yksinhuoltajien ja monilapsisten perheiden tuloköyhyys on kasvussa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012; Gothoni ym. 2012, 75.) Vuonna 1995 köyhissä perheissä eli 52 000 alle 18- vuotiasta lasta kun 2000- luvun alussa heitä oli 129 000 ja vuonna 2007 jo 151 000. Köyhissä perheissä elävien lasten määrä on lähes kolminkertaistunut. Köyhyys on yleisintä yksinhuoltajaperheissä sekä perheissä, joissa lapset ovat alle kolmevuotiaita. Köyhyysriskiin vaikuttaa myös perheen koko, monilapsiset perheet ovat useammin köyhiä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Köyhyys on haitallista lapsen kasvulle, kehitykselle ja hyvinvoinnille. Köyhyys myös usein kertautuu sukupolvelta toiselle. Lapsiperheiden köyhyyden taustalla on muun muassa vanhempien työttömyys tai pätkätyöllisyys sekä pienipalkkaisuus. Myös lapsiperheiden sosiaaliturvaetuuksien taso on matala, tulotaso on pienempi ja myös asumiskustannukset ovat kasvaneet. (Gothoni ym. 2012; Iivonen 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Vanhemmat kokevat jaksamattomuutta myös kasvavien työpaineiden ja ajan puutteen vuoksi. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen koetaan haastavaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12–13; Lammi-Taskula ym.

2009, 3.) Vanhemmat kokevat tarvitsevansa tukea vanhemmuuteen, lasten hoitoon ja kasvatukseen. Alle kouluikäisten ja erityisesti neuvolaikäisten vanhemmat haluavat terveydenhuollon ammattilaisilta tukea psykososiaaliseen kehitykseen ja kasvuun runsaan fyysisen terveydentilan seurannan rinnalle. Myös parisuhteeseen, terveydentilaan, taloudelliseen tukeen ja työelämään liittyvät kysymykset koetaan haastavaksi. Perheen ajautuessa kriisiin vanhemmat tarvitsisivat tukea lapsen huoltajuus- ja tapaamisasioihin. Perheet kokevat, että hoitoa löytyy helpommin fyysisille sairauksille, kuin vanhemmuuteen tai sosiaaliseen verkostoon. Koko perhettä tukevat tahot ovat vähissä. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54, 173.)

Myös vanhempien mielenterveys ja päihdeongelmat ovat lisääntyneet, mikä vaikuttaa lapsen kehitykseen epäsuotuisasti. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54; Korhonen 2010, 11.) Vanhempien mielenterveyshäiriöt lisäävät lasten vaaraa sairastua psykiatriin häiriöihin lapsuuden aikana ja aikuisuudessa. Aikuista hoidettaessa tulee ottaa huomioon myös hänen lastensa tarpeet psykiatristen ongelmien ehkäisyyn ja hoidon suhteen. (Solantaus & Paavonen 2009, 1844.) Hoitajat ovat keskeisessä asemassa lasten terveen kehityksen ja mielenterveyden tukemisessa. Erityisesti neuvoloilla on tärkeä rooli lasten terveyden ennaltaehkäisevässä työssä. (Korhonen 2010, 54.)

Koululaisten terveydentila on huonontunut huonojen terveystottumusten, liikunnan ja unen vähyyden vuoksi. Lasten ylipaino on merkittävä ongelma sekä Suomessa että maailmalla (Vanhala 2012, 68). Lasten ja nuorten lihavuus on alkanut lisääntyä 1980- ja -90-luvulta lähtien. 1980-luvun alussa koulunsa aloittavista oli ylipainoisia 3-4 %. (Ivanoff ym. 2007, 15.) Vanhalan (2012) tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin yli seitsemänsadan 7-vuotiaan oululaisen lapsen liikalihavuutta, lähes viidesosa (125/749) oli ylipainoisia tai lihavia. Lapsista lihavia oli 4.5 %. Perheen ja lapsen tausta- ja elintapatekijöillä katsottiin olevan yhteys ylipainon riskiin. Äidin tai isän lihavuus, tupakointi perheessä, isän matala koulutus sekä perheenjäsenten tai lähisukulaisten kohonnut kolesterolipitoisuus, lapsen vähäinen fyysinen aktiivisuus ja runsas television katselu olivat yhteydessä suurempaan ylipainon riskiin. (Vanhala 2012, 49.)

Myös lasten ja nuorten tupakointi, päihteiden käyttö on yleistynyt sekä television ja tietokoneen ääressä vietetyn ajan määrä on suuri (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 2; Ivanoff ym. 2007, 15). Tutkimusten mukaan liiallinen media-altistus liittyy psyykkiseen oireiluun, itsesäätelyn vaikeuksiin, sosiaalisiin ongelmiin ja keskittymisvaikeuksiin. Liiallinen media-altistus ja erityisesti mediaväkivalta on yhdistetty lasten käytöshäiriöihin, unen laatuun ja myös koulumenestykseen (Paavonen, Roine, Korhonen, Valkonen, Pennonen, Partanen & Lahikainen 2011, 1563–1564.)

Lasten ja nuorten pahoinvointi on lisääntynyt ja lasten ja nuorten psyykkiset oireet ovat yleistyneet (Rättyä 2009, 94; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12–13.). Mielenterveyshäiriöihin hoitoa saaneiden lasten ja nuorten määrät ovat selvästi kasvussa. Psyykkisten oireiden syntymiseen voivat vaikuttaa muun muassa vanhempien työttömyys tai alkoholin käyttö, joilla on yhteys nuorten psyykkiseen pahoinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12–13.) Diakoniatyöntekijöiden kuvausten mukaan perheissä on paljon rikkinäisyyttä, moniongelmaisuuksia, surua, sairautta, väkivaltaa ja taloudellisia vaikeuksia. Erityisesti työntekijät nostivat esille perheisiin liittyvinä vaikeuksina parisuhdeongelmat sekä lasten ja nuorten kasvatukseen liittyvät ongelmat. (Rättyä 2009, 94.)

Perheiden hajoaminen on yleistynyt ja yksinhuoltajaperheiden määrä on kasvanut. Suomessa noin 30 000 vanhempaa eroaa vuosittain. Noin neljäsosa koululaisista elää eroperheissä. Myös huostaan otettujen lasten ja nuorten määrä on myös jatkuvassa kasvussa. Tutkimusten mukaan avioerolla on vaikutusta aikuisten sairastumiseen ja kuolleisuuteen. Yksinhuoltajuusvanhemmuuden on myös todettu olevan riski lasten kehitykselle. Avioerojen lisääntyminen, päihde- ja mielenterveysongelmien kasvu ja köyhyyden yleistyminen lisäävät lasten laiminlyöntitapauksia ja pahoinpitelyjä. Lasten perustarpeista ei huolehdi riittävästi ja he nukkuvat liian vähän ja ovat liian paljon yksin kotona. Lapsilla on myös kielteinen näkemys itsestään ja ongelmia koulussa. (Kalland 2006, 6.)

Kinnusen (2009) tutkimuksen mukaan diakoniatyössä on kohdattu perheitä, joilla erityisesti mielenterveysongelmat kasaantuvat joko kahdessa sukupolvessa tai samassa perheessä kasvaneille sisaruksille. Vanhempien mielenterveysongelmat, lapsuudessa koettu laiminlyönti ja kasvaminen ilman kiintymyssuhteita olivat altistaneet ihmisen masennukselle ja muille mielenterveydenhäiriöille aikuisena. Myös perheen pitkä velka-ahdinko ja siitä johtuva stressi ja toivoton ilmapiiri näyttää voivan vaikuttaa lapsiin ja nuoriin niin, että mielenterveys heikkenee. Lapset saattavat oireilla pitkään kestäneissä vaikeissa elämäntilanteissa puhe- ja oppimishäiriöillä, kouluvaikeuksilla, syömishäiriöillä, päihteiden käytöllä, varhain tapahtuvilla itsenäistymisyrityksillä, fyysisillä ja psyykkisillä sairauksilla ja pahimmissa tapauksissa itsemurhayrityksillä tai itsemurhilla. (Kinnunen 2009, 219.)

### 3.3 Lapsiperheiden terveyden edistämisen mahdollisuudet

Lasten ja nuorten terveyden edistämisessä on vanhemmilla keskeinen asema (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 64; Sirviö 2006, 127). Heidän lisäksi tärkeitä henkilöitä ovat päivähoidon työntekijät, opettajat, vapaa-ajan harrastusten ohjaajat ja muut nuorten kanssa työskentelevät aikuiset. Yhteisöjen antama malli ja niiden luoma ilmapiiri vaikuttavat terveellisten elämäntapojen omaksumiseen. Myönteiset sosiaaliset suhteet, terveellinen ravinto, riittävä liikunta sekä savuton, turvallinen ja virikkeellinen ympäristö edistävät lapsen terveyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 64.)

Suojaavina tekijöinä pidetään lasten fyysisistä ja emotionaalisista tarpeista huolehtimista ja lapsen ja vanhemman välistä turvallista kiintymyssuhdetta. Lapsi, joka kasvaa turvallisen kiintymyssuhteen suojassa, selviytyy tutkimusten mukaan muita lapsia paremmin stressaavissa tilanteissa. (Kalland 2006, 2.) Kaisa Malisen (2011) tutkimuksen mukaan koko perheen yhdessäolo on tärkeää vanhempien jaksamista ajatellen. Vaikka lapset nähdään usein esteenä parisuhteen hoitamiselle, osoitti Malisen tutkimus, että koko perheen yhdessäolo esimerkiksi ruokapöydän ääressä tai ulkoillen, koetaan tärkeänä myös parisuhteen hyvinvoinnin kannalta. Vastuun kantaminen lapsista ja heidän

hoidostaan on tärkeä tapa hoitaa parisuhdetta pikkulapsiperheissä. Tämän vuoksi lapsiperheiden vanhempia tulisi myös tukea vastuunjaossa sekä ohjata löytämään yhteisiä toimintatapoja. Olennaista on myös se, että puoliset arvostavat toistensa osallistumista vanhemmuuteen. (Malinen 2011, 64.)

Päivähoito on suoja lapsen kehitykselle silloin, kun lapsella on mahdollisuus muodostaa kiintymyssuhde hoitajaansa. (Kalland 2006, 2.) Tuompo-Johanssonin (2001) tutkimuksen mukaan päivähoito ei ole riski lasten mielenterveydelle, mutta mikäli vanhemmat ovat tyytymättömiä päivähoiton laatuun ja hoidossa on useita katkoksia, voi lapsella todennäköisemmin olla mielenterveysongelmia, erityisesti avioeroperheissä (Tuompo-Johansson 2001, 42). On myös tärkeää, että päivähoiton ja vanhempien välillä syntyy luottamuksellinen suhde, jolloin perheen mahdollisista ongelmista voitaisiin keskustella avoimemmin. Päiväkodissa myös usein havaitaan mahdolliset käytöshäiriöt, jotka saattavat olla merkinä perheen ongelmista. (Kalland 2006, 9.)

On tärkeää että vanhemmat saavat riittävästi tukea lasten kasvattamisessa ja hoitamisessa. Lasten suotuisan kehityksen tukemisessa on olennaista ihmissuhteiden läheisyys, yhteenkuuluvuuden tunne, pysyvyys, ennustettavuus, vastuullisuus ja turvallisuus. (Kalland 2006, 2; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 64.) Vanhempien tukeminen on tärkeää, erityisesti jos heillä on mielenterveysongelmia ja terveydelle haitallisia elintapoja. Tällä voidaan ehkäistä vanhempien ongelmien siirtyminen lasten hoitoon ja kasvatukseen. Äitiysneuvolan, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat avainasemassa, koska niiden kautta tavoitetaan lähes kaikki lapset, nuoret ja heidän perheensä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 64.) Läheisten ja isovanhempien emotionaalinen sekä konkreettinen tuki lasten hoidossa koetaan myös tärkeäksi. (Juhela 2006, 67.)

Vanhempien ongelmien pitkittyessä lisääntyy vaara, että vanhempien ongelmat ja vaikea asema määräävät heidän lasten tulevaisuuden ja huono-osaisuus periytyy. Negatiivinen kierre voidaan katkaista turvaamalla lapsille mahdollisimman hyvä koulutus ja nuorten pääseminen kiinni yhteiskuntaan ja

työelämään. Myös nuorten sosiaalisen taitojen kehittäminen on tärkeää heidän tulevaisuuden kannalta. Esimerkiksi seurakunnan päiväkerhot ja ryhmätoiminta ovat mahdollisia kaikkien perheiden lapsille perheen toimeentulosta riippumatta. Ryhmätoiminnan on koettu vahvistavan lasten sosiaalisia kykyjä. (Gothon ym. 2012, 77.)



#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla olemassa olevien hoitotyön tutkimusten perusteella, mitä on lapsiperheiden terveyden edistäminen ja millaisia haasteita se luo nykypäivän yhteiskunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten lapsiperheet tällä hetkellä voivat sekä tietoa lapsiperheiden terveyden edistämisen keinoista ja mahdollisuuksista; millä keinoin erityisesti hoitotyössä lapsiperheiden terveyttä voidaan edistää.

Opinnäytetyössä pyrimme selvittämään lapsiperheiden terveyden edistämistä seuraavan tutkimuskysymyksen avulla:

1. Miten sairaanhoitaja voi edistää lapsiperheiden terveyttä ja mitä haasteita siihen liittyy aineiston perusteella?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Laadullinen lähestymistapa

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu menetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi videointia, havainnointia sekä haastattelua, joten tällöin ollaan tekemissä ihmisten merkitysten, tarinoiden ja havainnoinnin kanssa. Tästä syystä laadullisen tutkimuksen tuloksista ei voida tehdä yleistettävää tietoa, kuten määrällisen tutkimuksen tuloksista tehdään. Laadullisessa tutkimuksessa on määrällisen tapaan tavoitteena pyrkiä jäsentämään todellisuutta yhä paremmin sekä selvittämään totuutta ilmiöistä, joita tutkimuksessa käytetään. Laadullinen tutkimus on myös ihmislähtöistä, jonka vuoksi tutkimuksissa käytetään yleensä ilmaisia tutkimuksen osallistujat, tutkimuksen kohteen sijaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–20.)

Laadullisella terveystutkimuksella tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen tyyppiä, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa todellisuudesta, joka liittyy ihmisten terveyteen. Laadullisen terveystutkimuksen lähtökohtana on induktiivisuus, joka tarkoittaa, että tutkimuksessa tehtävässä päättelyssä edetään aina yksittäisistä tekijöistä yleisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 7, 22.)

### 5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyössämme analysoimme Hoitotiede- sekä Tutkiva Hoitotyö- lehdissä julkaistuja hoitotieteellisiä tutkimuksia, jotka käsittelevät lapsiperheiden terveyden edistämistä. Analysoitavaksi valikoituneet tutkimukset analysoimme laadullisella sisällön analyysillä. Analysoitavat tutkimukset on luetteloitu ja nähtävissä tutkimuksemme liiteosassa (Liite 1 ja Liite 2).

Aineistoksi on valittu hoitotieteen tutkimuksia, jotka käsittelevät lapsiperheiden hoitotyötä ja terveyden edistämistä. Aineistona käytettiin Hoitotieteen ja Tutkiva Hoitotyö -lehtien artikkeleja vuosilta 2002–2011. Hakusanoina tutkimuksien löytämiseen käytimme lastenhoitotyö, perhehoitotyö, terveyden edistäminen, lapsiperheiden hyvinvointi ja lapsiperheet.

Analysoitavia artikkeleja löytyi Hoitotiede lehdestä 14 kappaletta (liite 1) ja Tutkiva hoitotiede lehdistä kaksi kappaletta (liite 2). Analysoitaviksi artikkeleiksi valittiin lapsiperheiden terveyden edistämiseen liittyvät julkaisut ja artikkelit, joissa käsiteltiin lastenhoitotyötä, perhehoitotyötä, terveyden edistämistä, lapsiperheiden hyvinvointia ja lapsiperheitä yleensä. Aineiston keruu tehtiin käymällä läpi kaikki Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö- lehdet uusimmista julkaisuista vuoteen 2003 asti.

### 5.3 Aineiston analysointimenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan yleisesti käyttää aineiston analyysimenetelmänä sisällön analyysiä. Sitä voidaan käyttää niin väljänä teoreettisena kehyksenä kuin omana metodina. Laadullisen tutkimuksen eri analyysimenetelmät perustuvat kaikki jollain tavoin sisällön analyysiin. Tällöin se perustuu nähtyjen, kuultujen sekä kirjoitettujen sisältöjen analysointiin ja niiden käyttöön väljänä viitekehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Ensimmäisessä vaiheessa määritellään kiinnostuksen kohde tutkittavassa aiheessa. Tämän jälkeen aineisto käydään läpi ja merkitään ne asiat, jotka liittyvät kiinnostuksen kohteeseen tai tutkittavaan aiheeseen täsmällisesti. Merkitty aineisto kerätään yhteen ja erotellaan muuta tutkimuksessa käytettävästä aineistosta. Aineiston luomisen jälkeen tutkittava aineisto voidaan esimerkiksi joko teemoittaa, luokitella tai tyyppitellä, jonka jälkeen kirjoitetaan yhteenveto tutkitusta aineistosta. Luokittelun tai teemoittelun tutkijan tulee selvittää itselleen, haetaanko tutkittavasta aineistosta samankaltaisuutta vai eriäviä asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.) Luokkien teossa tulee

huomioida, että ne ovat hyvin yksiselitteisiä ja sulkevat pois muut luokat. Esimerkiksi lauseista tehtävät luokat muodostetaan samanlaisista ilmaisuista tai saman asian erilaisista kuvauksista. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.) Tutkimusongelmien sekä tutkimustehtävien täytyy olla samassa linjassa tutkittavan ilmiön kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tavoitteena on saada lyhyt ja ytimekäs kuvaus tutkittavasta ilmiöstä sekä ilmiöiden väliset suhteet saadaan tuotua esille selkeästi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.) Ensin aineisto (n=16) luettiin läpi ja kerättiin aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut. Tämän jälkeen ilmaisuista tehtiin pelkistettyjä, joista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut yhdistettiin ja niistä syntyivät alaluokat. Syntyneistä alaluokista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja niistä muodostui yläluokat. Pääluokka yhdistää yläluokan ydinasiat.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Asiantunteva sairaanhoitaja

Aineistosta nousi esille sairaanhoitajan asiantuntijuuden merkitys perhekeskeisessä hoitotyössä. Asiantunteva sairaanhoitaja yläluokka sisälsi alaluokat tieto ja ohjaus liittyen lapsiperheiden terveyteen, terveystkasvatus, lapsiperheiden terveyttä uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen sekä vanhemmuuden ja perheen voimavarojen selvittäminen.

Hoitotyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että perheillä on asiantunteva sairaanhoitaja, jolla on taito työskennellä perhelähtöisesti ja perheen yksilöt huomioiden. Hoitotyössä on tärkeässä osassa myös tiedon, ja ohjauksen laatu ja määrä sekä vuorovaikutus perheen ja hoitajan välillä. Aineiston perusteella hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että perheen ja hoitajan välille syntyy luottamuksellinen hoitosuhde. Aineiston perusteella asiantuntijuuteen sisältyy myös perheen ongelmien ja pahoinvoinnin tunnistaminen, jotka uhkaavat lapsiperheiden terveyttä. Perheet kokevat lapsen hoidon sitovuuden kuormittavana, jolloin hoitajan rooli parisuhteen ja perheen jaksamisen tukijana korostuu. Aineistossa nousi esiin myös väkivallan tunnistamisen tärkeys. Väkivalta perheessä on lasta haavoittavaa ja voi enteillä myös lasten kaltoin kohtelua. Sairaanhoitajan asiantuntijuus koostui viidestä alaluokasta, joita olivat terveystkasvatus ja ohjaus, tieto perheiden hyvinvoinnista, lapsiperheiden terveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen sekä vanhemmuuden ja perheen voimavarojen selvittäminen.

#### 6.1.1 Tieto ja ohjaus

Tieto perheiden terveydestä sisälsi tiedon perheen jäsenten terveyteen ja sairauksiin vaikuttavista asioista sekä sairauksien hoidosta. Sairastuneen lapsen vanhemmat tarvitsivat tietoa lapsen sairaudesta ja lapsen kehityksen

tukemisesta. Haastavana vanhemmat kokivat viiveet ja erot lapsen kehityksessä verrattuna muihin lapsiin. Sairauden vuoksi lapsen kehitys ja kasvu voivat häiriintyä ja aiheuttaa esimerkiksi alentunutta koulumenestystä tai fyysistä poikkeavuutta. Lapsen siirtyminen kehitysvaiheesta toiseen saattoi aiheuttaa vaatimuksia vanhemmille. Vanhemmat kokivat tuen tarvetta lapsen sairauden diagnosoinnin aikana sekä lapsen voinnin muutoksien aikana. Lapselle terveys tarkoitti aineiston perusteella hyvää oloa ja mieluisten asioiden mahdollistumisena. Terveen lapsen on hyvä olla, hänellä ei ole kipuja eikä sairautta. Toiminnan mahdollistuminen oli merkityksellistä lapsille. Erityisesti lasten hoidossa korostui kivun hoitamisen tärkeys.

*Vanhemmat tarvitsevat tietoa ja tukea läheisiltään ja terveydenhuollon henkilökunnalta lapsen sairaudesta ja sen hoidosta, hoitojärjestelmistä, etuisuuksista ja palveluista (Jurvelin, Kyngäs & Backman 2005, 40).*

Aineistoin perusteella yhtenä haasteena perheiden hoitotyössä on riittävän tiedon antaminen. Aineistosta nousi myös esille yhteistyön puute eri organisaatioiden välillä sekä riittävän ohjauksen antaminen. Vanhemmat kokivat hoitotilanteissa puutteelliseksi tiedon siitä, mitä lapsen hoidossa tapahtuu sekä yhteistyö lääkärin kanssa koettiin jäävän liian vähäiseksi. Lisäksi vanhemmat toivoivat enemmän kommunikointia hoitohenkilökunnan kanssa ja tietoa siitä, miten edistää lapsen kehitystä. Aineiston mukaan perhehoitotyössä on tärkeää kiinnittää huomiota perheiden tiedonsaantiin ja saadun tiedon ymmärtämiseen. On tärkeää, ettei perheen tarvitse kokea avuttomuutta tiedon puutteen vuoksi. Hoitavat henkilöt tarvitsevat nykyistä enemmän aikaa ja tukea jaksakseen auttaa perheitä heidän vaikeissa elämäntilanteissa.

### 6.1.2 Terveyskasvatus

Terveyskasvatuksessa korostui hoitajan rooli terveellisten elämäntapojen opettajana. Aineiston perusteella lapset ovat riippuvaisia monissa terveyteen kuuluvissa asioissa aikuisten tai vanhempien valinnoista, jolloin hoitajan antaman terveystieteellisen merkityksen korostuu. Terveystieteellisen merkityksen kautta

nuoret saavat tukea omassa elämäntilanteessa ja terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Aineiston perusteella nuoren ja hoitajan välinen terveystalku on myös varhaisen puuttumisen mallin ydin. Keskustelun avulla nuori tuntee saavansa tukea ja voimavaroja, jotka auttavat pohtimaan omaa terveyttä sekä elämänvalintoja.

*Terveydenhoitajat tutkivat lasta ja opettavat lapsille terveellisiä tapoja (Okkonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2007, 273).*

### 6.1.3 Riskitekijöiden tunnistaminen

Terveyttä uhkaavilla riskitekijöillä tarkoitetaan aineistossa tekijöitä, jotka altistavat lapsen fyysiselle tai henkiselle väkivallalle. Riskitekijöiden tunnistaminen mahdollisti varhaisen puuttumisen perheen ongelmiin. Aineiston perusteella lasten kaltoinkohteluun liittyvät riskitekijät ja kaltoinkohtelutapaukset ovat lisääntyneet viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Riskitekijät voivat liittyä olosuhteisiin, perhesuhteisiin tai vanhempien ja lasten ominaispiirteisiin.

Parisuhde- ja muiden perheenjäsenten välisellä väkivallalla ja lasten kaltoinkohtelulla on voimakas yhteys. Kaltoinkohteluun tuli puuttua ennen kuin se vahingoittaa lapsen normaalia kasvua ja kehitystä. Kaltoinkohteleva perhe on myös aina kriisissä ja erityistuen ja turvan tarpeessa sekä sen ennaltaehkäisemiseksi tuli kiinnittää huomiota vanhemmuuden taitojen tukemiseen, vanhempien jaksamiseen, lapsen normaalien kehitysvaiheiden tuntemiseen sekä kasvatus- ja rangaistuskäytäntöihin. Esimerkiksi vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu oli yhteydessä henkisen väkivallan käyttöön omaan lapseensa. Riskitekijöinä katsottiin myös runsas alkoholin käyttö sekä alhaiset bruttotulot, joiden katsottiin olevan yhteydessä fyysisen väkivallan käytön riskiin. Aineistoista nousi esiin, että lasten kaltoinkohteluun puuttuminen on myös terveydenhuollon asia.

*Väkivalta parisuhteessa enteilee usein myös lasten kaltoinkohtelua (Kaljunen, Pelkonen & Hakulinen-Viitanen 2006, 137).*

Lapsiperheiden ongelmina aineistoissa nousivat esille myös lapsen sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, kuten pelko, huoli, epävarmuus, ahdistus ja depressio, syyllisyys ja vaikeus hyväksyä lapsen sairaus. Lapsen sairastuminen vaikuttaa vanhempien parisuhteeseen sekä sisaruksiin. Vanhempien erilainen suhtautuminen lapsen sairastumiseen koettiin parisuhteeseen negatiivisesti vaikuttavana tekijänä sekä lapsen hoitaminen vaati voimia ja aikaa molemmilta vanhemmilta. Terveet sisarukset kaipasivat myös enemmän huomiota, jolloin vanhemmat tunsivat syyllisyyttä sisarusten tarpeiden laiminlyönnistä. Lapsen sairastuminen aiheutti ristiriitoja perheessä, vaikeuksia arjen järjestelyissä sekä taloudellisia huolia. Lapsen sairauden hoitamiseen liittyi selviytymisvaatimuksia, jotka koettelivat perheen voimavaroja. Aineistosta nousi esiin myös perheiden eristäytyminen lapsen sairastumisen myötä. Perheet kokivat myös taloudellisen tilanteen ongelmalliseksi ja ilmaisivat tarvitsevansa enemmän tukea lasten hoitamiseen.

#### 6.1.4 Vanhemmuuden ja perheen voimavarojen selvittäminen

Lapsiperheiden voimavarojen vahvistaminen koettiin tärkeäksi. Perheen voimavarat vahvistuivat, kun perhe pystyi luomaan luottamuksellisen ja kumppanuuteen perustuvan yhteistyösuhteen ja käyttämään mahdollistavia menetelmiä, jotka lisäävät perheen tietoisuutta sitä kuormittavista ja sille voimia antavista tekijöistä sekä valmiuksia toimia perheen voimia vahvistavasti.

*Vanhemman näkökulmasta voimavarat voidaan määritellä vanhempaan ja hänen ympäristöönsä liittyviksi tekijöiksi, jotka auttavat yksilöä kehittymään vanhempaan, puolisona ja yhteisön jäsenenä sekä auttavat välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviytymään niistä menestyksellisesti (Pelkonen & Hakulinen 2002, 207).*

Aineiston perusteella vanhemmat toivoivat enemmän keskustelua vanhemmuuden merkityksestä parisuhteelle sekä enemmän tietoa lapsiperheille tarkoitetuista palveluista. He myös kokivat tarvitsevansa yksilöllisempää kohtelua sekä toivoivat tarkempaa ohjausta ja ohjeita



vanhemmuuteen liittyen. He toivoivat lisäksi myös enemmän tietoa voimia antavista ja kuormittavista tekijöistä. Lisäksi perheet toivoivat enemmän tukea koskien oma jaksamistaan ja tietoa siitä, miten voisi löytää vertaisperheen, jonka kanssa voisi jakaa kokemuksia. Perheet toivoivat myös enemmän sosiaalista tukea ja sitä, että heidät olisi ohjattu samassa elämäntilanteessa olevien ryhmään. Myös vanhemmuuden sekä perheen voimavarojen tukemista koettiin tarvitsevan enemmän.

## 6.2 Lapsiperheiden kokonaisvaltainen kohtaaminen

Lapsiperheiden kokonaisvaltainen kohtaaminen on merkittävä osa lapsiperheiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Tähän sisältyi alaluokat perheiden yksilöllisyyden huomioiminen sekä perheen yksilöt, kuten muut sisarukset tai toinen vanhempi ja lähipiiri. Hoidossa tulee ottaa huomioon kaikki nämä osapuolet.

*Tukemisen osa-alueista perheenjäsenten osallistuminen asiakkaan hoitoon toteutui sen sijaan heikommin (Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010, 146).*

Lapsiperheiden kohtaaminen vaatii luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luomista. Perhekeskeisen hoitotyön toteutumisen mahdollistumisena koettiin, että hoitohenkilökunnalla olisi aikaa tutustua perheeseen. Tämän avulla voidaan edesauttaa yksilöllistä kohtelua sekä turvallisen hoitosuhteen luomista. Myös avoimet keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa koettiin merkityksellisiksi.

Perheiden yksilöllisyyden huomioiminen sekä perheeseen tutustuminen edesauttavat perheiden mahdollisten ongelmien tunnistamista. Perhekeskeisessä hoitotyössä oli merkittävää, että hoitaja huomioi kaikki perheen jäsenet. Aineiston perusteella perheiden tuen, tiedon ja ohjauksen tarve on yksilöllistä. Yhden perheen jäsenen ollessa hoidossa koettiin merkittäväksi se, millä tavalla hoitaja huomioi myös muita perheen jäseniä. Koko perheen huomioiminen koettiin tiedon jakamisena koko perheelle ja

muiden perheen jäsenten huomioimisena perheen jäsenen hoidon aikana. Perhehoitotyössä on menty yhä enemmän perhekeskeiseen suuntaan, mutta edelleen hoitamisen keskuksena on yksilö, vaikka huomioitaisiinkin muu perhe.

### 6.3 Turvallisen hoitosuhteen luominen

Turvallisen hoitosuhteen luominen koostui alaluokista luottamuksen luominen ja sen vahvistaminen; henkinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki sekä voimavaralähtöinen tukeminen. Turvalliseen hoitoympäristön puutteeseen liittyi pelkoa tiedon puutteesta sekä lapsen pelkoa hoitotilanteissa sekä sairaalaympäristössä. Vanhemmat olisivat toivoneet pääsevänsä osallistumaan enemmän perheenjäsenen hoitoon ja osallistumaan hoitamista koskeviin neuvotteluihin. Kuitenkin puolisoit kokivat saavansa osallistua hoitoon vähemmän kuin vanhemmat. Lisäksi perheenjäsenten suhde asiakkaaseen oli merkittävästi yhteydessä tiedon saantiin. Asiakkaiden vanhemmat kokivat saavansa enemmän tietoa kuin puoliso. Myös asumistavalla koettiin olevan vaikutusta kohtaamiseen ja annetun tiedon määrän. Asiakkaan kanssa samassa taloudessa asuneet perheen jäsenet kokivat kohtaamisen hoitohenkilöstön kanssa paremmaksi kuin perheenjäsenet, jotka eivät asuneet samassa taloudessa asiakkaan kanssa.

#### 6.3.1 Luottamuksen luominen ja sen vahvistaminen

Aineistossa korostui luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys. Perheet kokivat luottavansa hoitajaan, jolla oli asiantuntemusta. Hyvä hoitosuhde mahdollisti luottamukselliset keskustelut, joissa hoitajan kanssa pystyi keskustelemaan mieltä painavista asioista. Yhteistyö perheiden kanssa oli ajan myötä kehittynyt luottamukselliseksi. Luottamus syntyi, kun perhe tai perheen jäsen koki olonsa turvalliseksi. Turvallisuus liittyi hyvään oloon ja läheisten ihmisten läsnäoloon. Lapsilla turvattomuus lisääntyi, jos hän joutui olemaan erossa vanhemmistaan tai pelkäsi joutuvansa eroon vanhemmistaan. Myös henkilökunnan käyttäytyminen, jonka lapsi koki valheellisena tai uhkaavana, heikensi luottamusta henkilökuntaan. Lapsella luottamuksen syntymistä vaikeuttivat myös vanhempien negatiivinen asenne hoitajaa tai hoitotoimenpiteitä kohtaan.

Luottamusta herätti puolestaan hoitajan ammattimainen ja tasavertainen vuorovaikutus asiakkaan kanssa.

*Epäluottamuksen seurauksena lapsi saattoi torjua avun ja pyrki luottamaan vaan itseensä (Salmela, Aronen & Salanterä 2011, 26).*

### 6.3.2 Henkinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki

Turvallisuuden tunnetta lisäsi perheen saama henkinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki. Konkreettisella tuella tarkoitettiin tarkkaa tietoa perheen jäsenen sairauden tilasta ja hoidon etenemisestä sekä tietoa yleisistä asioista, kuten esimerkiksi taloudellisesta tuesta sekä terveydenhuollon palveluista. Vanhemmat toivoivat hoitohenkilökunnalta enemmän tukea perheen ihmissuhteiden ja vanhemmaksi kasvun suhteen. Erityisesti isät kokivat sosiaalisen tuen määrän jäävän vähäiseksi.

Lapsen sairastuessa äkillisesti korostuu perheen ja hoitavien henkilöiden välinen luottamuksellinen vuorovaikutus. Aineistoin perusteella henkilökunta koki perheen tukemisen tärkeänä, mutta samaan aikaan kokivat, ettei heillä ole riittävästi aikaa perheen kokonaistilanteen hahmottamiseen ja tukemiseen. Hoitohenkilöstö koki tyytyväisyyttä työskentelystään perheiden kanssa, mutta koki myös riittämättömyyttä, mikä teki työstä raskasta. Hoitotyössä olisi tärkeää pohtia lapsipotilaan ja hänen perheensä hoitoon liittyviä toimintatapoja sekä pyrkiä keskittymään oleelliseen kunkin lapsen ja perheen kohdalla, jotta perheille olisi aikaa.

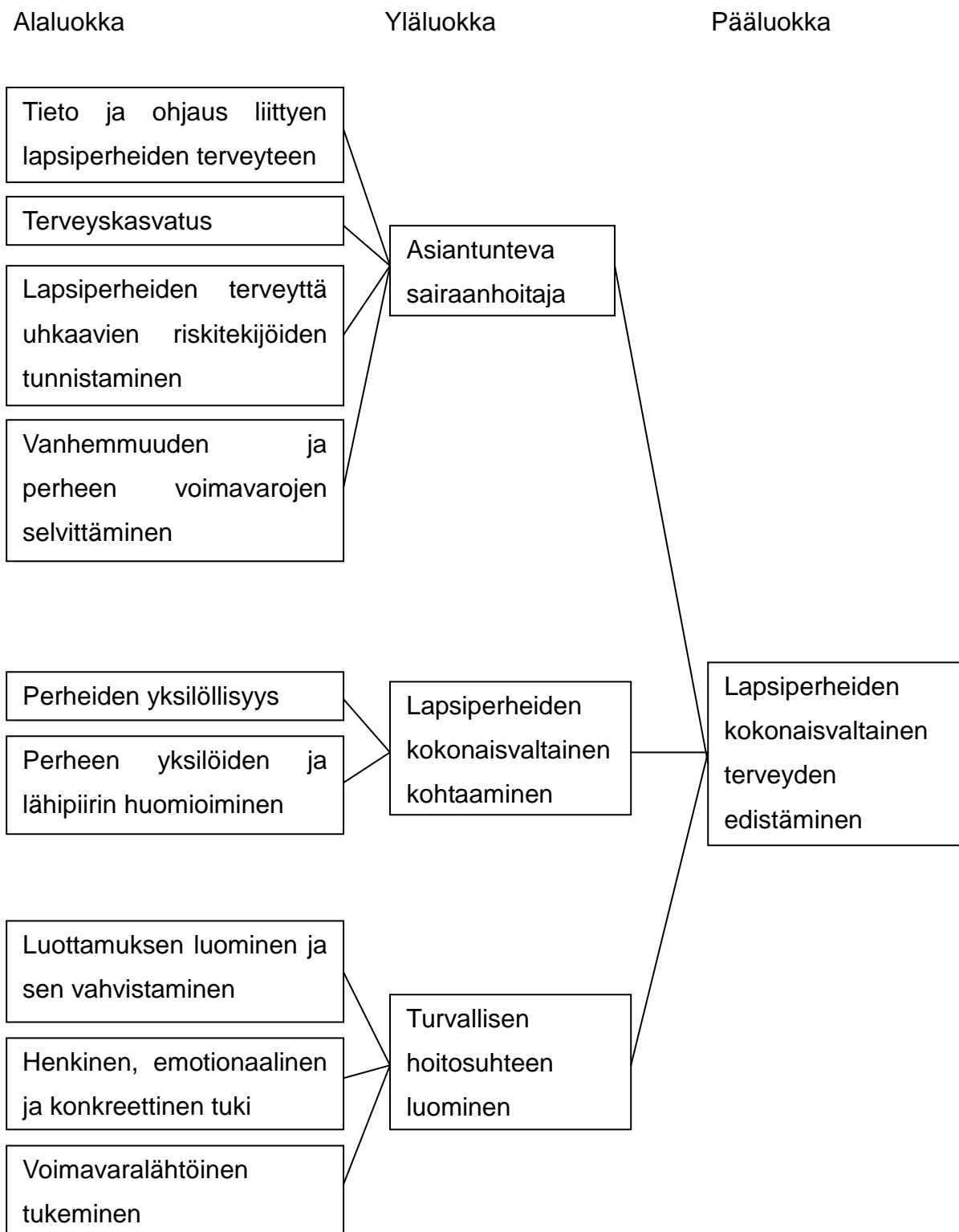
### 6.3.3 Voimavaralähtöinen tukeminen

Yhdeksi haasteeksi aineistossa nousi perheen voimavaralähtöinen tukeminen, koska aineistosta nousi esille se, miten terveydenhuoltoon tarvittaisiin enemmän voimavaralähtöistä työskentelyä perheiden parissa. Voimavaralähtöisessä perhehoitotyössä korostettiin perheen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia.

Perheen voimavaralähtöinen tukeminen jakaantui alaluokkiin perheen yksilöiden tukeminen ja vanhempien sekä perheen voimavarojen selvittäminen ja tukeminen. Aineistossa voimavaroilla tarkoitettiin tekijöitä, jotka auttavat häntä kehittymään vanhempana, puolisona tai yhteisön jäsenenä. Kuormittavilla tekijöillä tarkoitettiin kielteisesti sävyttyneitä, elämään vääjäämättä kuuluvia asioita, jotka haittaavat perheen elämää ja voivat vaikuttaa lapsen kehitykseen negatiivisesti. Ratkaisevaa oli, miten perhe ja perheen jäsenet itse asennoituivat kuormittaviin tekijöihin ja miten itse tiedostivat niiden olemassaolon ja olivat valmiita tekemään töitä tilanteen eteen. Esimerkiksi lapsena koettu huono kohtelu oli kuormittava tekijä, joka altisti masennukselle sekä ongelmille vanhempana. Voimavaroja olivat muun muassa tieto, itsetunto ja käsitys tulevaisuudesta. Perheen sisäisillä voimavaratekijöillä tarkoitettiin perheenjäsenten välisiä suhteita ja perheen taloudellista tilannetta. Voimia ja tukea antava parisuhde vaikuttaa myönteisesti lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen.

*Vanhemmat pitivät tärkeänä voimavarana onnistumista työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa sekä isovanhempia (Kaljunen, Pelkonen & Hakulinen-Viitanen 2006, 136).*

Aineiston perusteella hoitohenkilöstö piti tärkeimpänä voimavaralähteenä parisuhdetta ja tärkeänä sitä, ettei parisuhteessa ole henkistä tai fyysistä väkivaltaa. Myös sosiaalinen tuki koettiin tärkeäksi voimavaralähteeksi. Oli tärkeää, vanhemmilla oli joku henkilö, jolta he tarvittaessa saavat tukea ja apua. Tärkeimmiksi tuen antajiksi koettiin isovanhemmat sekä myös neuvolan antama tuki. Vanhemmat pitivät tärkeänä voimavarana onnistumisen työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisessa sekä isovanhempia. Hoitohenkilökunnan mielestä tärkeänä tulevaisuuden tehtävänä oli isovanhemmuuden tukeminen, jotta he tiedostaisivat oma merkityksensä nuorten vanhempien tukijana.



Kuvio 1. Lapsiperheiden kokonaisvaltainen terveyden edistäminen

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tulosten vertailu

Opinnäytetyön tuloksissa korostuivat perhekeskeisyyden ja perheiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisen tärkeys. Erityisesti aineistossa korostui voimavaralähtöisen perhehoitotyön tärkeys. Myös Häggman-Laitilan ja Pietilän (2007) sekä Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (2012) mukaan perheet ovat yksilöllisiä avun tarpeiltaan ja tarvitsevat yksilöllisiä tukimuotoja. Tärkeää on selvittää perheiden omat käsitykset omista voimavaroista ja tuen tarpeista. Aineiston perusteella vanhemmat kaipasivat hoitajalta yksilöllisiä ohjeita ja tukea arjessa jaksamiseen sekä kuormittavien ja voimavaroja antavien tekijöiden tunnistamiseen. Hoitotyössä oli keskeistä voimavarakeskeisyys, jossa tuli selvittää yksilöllisesti perheen voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät. Jokaisella yksilöllä ja perheellä oli mahdollisuus vaikuttaa omiin voimavaroihin tiedostamalla voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät sekä ottamalla vastuu ja tekemällä aktiivisesti muutoksia.

Tuloksissa korostui myös turvallisen luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys. Perheet odottavat luottamuksellisuutta ja sen edellytyksenä oli turvallisuuden tunteen syntyminen. Perheet kokivat luottavansa hoitajaan, jolla on asiantuntemusta. Rättyän (2009) mukaan perheiden kanssa työskentelemisen edellytyksenä on luottamuksen syntyminen ja säilyminen koko yhteistyön ajan. Turvallisuuden tunnetta lisäsi perheen saama henkinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki. Myös Häggman-Laitilan ja Pietilän (2007) mukaan perheet odottavat luottamuksellisuutta ja luottamuksellisessa suhteessa molemmat osapuolet uskaltavat jakaa henkilökohtaisia asioitaan. Perheen luottamus työntekijää kohtaan heikkenee, jos perhe ei saa riittävästi tukea. Myös tuen tarpeeseen liittyen aineistoissa nousi yhteyksiä teoriaan; perheet tarvitsevat tukea eniten vanhemmuuteen ja sosiaaliseen verkostoon ja tukea annettiin ensisijaisesti yksittäiselle perheenjäsenelle. Myös aineiston perusteella perheet

ilmaisivat tarvitsevansa eniten sosiaalista tukea sekä ohjeita vanhemmuuteen. Teoriassa korostui terveystieteiden ja sosiaalisen tuen merkitys terveyden edistäjänä. Lehdon (2004) tutkimuksessa vanhemmat kokivat luottamusta lisääväksi tekijäksi sairaanhoitajan, vanhemman sekä lapsen välillä myös kyvyn puhua myös vaikeista ja ikävistä asioista.

Tuloksissa korostui myös vanhempien ja perheen tiedon, ohjauksen ja tuen tarve. Erityisesti perheet pitivät tärkeänä tietoa lapsiperheille tarjottavista palveluista ja tuen muodoista. Lammi-Taskulan, Karvosen ja Ahlströmin mukaan (2009) lapsiperheiden hyvinvointiin vaikuttavat myös lapsiperheille kohdistettujen palveluiden määrä ja laatu. Palvelujärjestelmien keskeinen tehtävä on perheiden tukeminen, terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen tarjoaminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen ja ongelmien varhainen toteaminen. Sirviön (2006) mukaan tiedon antamisella voidaan vaikuttaa asiakkaan omien voimavarojen kehittymiseen ja tunnistamiseen. Aineistossa korostui tiedon saamisen merkitys hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä sairaalassa. Myös Alanen (2002) korostaa tutkimuksessaan tiedon saannin merkitystä sairaalassaoloaikana.

Haasteiden osalta korostui tuloksissa perheen ongelmien ja riskitekijöiden tunnistaminen. Aineistossa vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu oli yhteydessä henkisen väkivallan käyttöön omaan lapseensa. Riskien ja ongelmien varhainen toteaminen sekä niissä tukeminen, on tärkeä osa hoitotyötä. Teoriassa tuli esille paljon sitä, miten vanhempien ongelmat vaikuttavat lapsen kehitykseen, kuten esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmat sekä päihitteet. Myös aineiston perusteella vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu oli yhteydessä henkisen tai fyysisen väkivallan käyttöön omaan lapseensa. Kallandin mukaan (2006) suurimmat riskitekijät lapsen kehitykselle ovat lasten laiminlyönti ja pahoinpitely, perheväkivalta, päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat.

Teoriassa käsitelimme myös hengellistä hoitotyötä ja seurakunnan diakoniatyötä terveyden edistäjänä, johon liittyen ei noussut kuitenkaan asioita aineistosta. Teorian perusteella hengellisen hoitotyön osuus hoitotyössä on kuitenkin tärkeä ja sen vaikutus terveyden edistämiseen on huomattava.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, jossa käytimme analysointimenetelmänä sisällönanalyysiä ja aineistona yleisiä hoitotieteen tutkimuksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, reflektiivisyys, vahvistettavuus sekä siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Opinnäytetyömme luotettavuuden kannalta on ollut tärkeää varmistaa, että työ sisältää totuudenmukaista tietoa, minkä vuoksi tutkimusaineistona olemme käyttäneet mahdollisimman uusia tutkimuksia. Luotettavuuden kannalta on ollut myös tärkeää selvittää ja rajata tutkittava ilmiö mahdollisimman tarkasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–141.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen vaiheissa, jonka vuoksi opinnäytetyössämme käyttämät menetelmät ja työn vaiheet ovat työssämme näkyvillä. Laadullisessa aineistoin analyysissa on keskeistä luokittelujen tekeminen. Lukijalle on kerrottava luokittelujen alkuperä ja perusteet. Luotettavuutta lisää tutkijan esittely tulkinnoistaan, joihin hän perustaa päätelmänsä. (Hirsijärvi 2007, 227–228.) Opinnäytetyöprosessin aikana tehtiin tekijöiden kanssa tiivistä yhteistyötä sekä keskusteltiin sen kulusta. Näiden avulla vahvistettiin opinnäytetyön uskottavuutta. Opinnäytetyömme uskottavuutta heikentää kuitenkin melko lyhyt aika tutkittavan aiheen kanssa. Haaste opinnäytetyön luotettavuudessa oli myös aineiston pelkistäminen niin, etteivät tuloksien merkitykset muutu ja kaikki oleellinen sekä tärkeä tieto aineistosta tulee esille tuloksissamme.



Rekflektiivisyys tarkoittaa, että tutkijalla on tietoisuus omista asenteistaan sekä lähtökohdistaan tutkitavaa aihetta kohtaan. Työn luotettavuutta lisää myös puolueettomuus opinnäytetyötä tehdessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Opinnäytetyöprosessin aikana pyrittiin siihen, etteivät omat asenteet vaikuta tutkimuksen tekemiseen tai tutkimustuloksien kirjoittamiseen. Opinnäytetyössä käyttämämme aineisto on julkista sekä kaikkien saatavilla olevaa, joten aineistosta voidaan tehdä myös uusia tutkimuksia. Tämän avulla myös tuloksia voidaan siirtää. Tutkijan täytyy kuitenkin antaa riittävää tietoa tutkimuksen ympäristöstä ja aineistosta, jotta toinen tutkija voi luotettavasti arvioida tuloksien siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2009, 139.) Opinnäytetyömme tuloksissa on nähtävillä suoria lainauksia analysoinnissa käyttämistämme artikkeleista, sekä kaikki analysoimamme artikkelit löytyvät opinnäytetyömme liite osasta, joilla lisäämme työmme luotettavuutta.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuuteen sisältyy myös eettisyys. Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää pohtia, mikä on eettisesti oikein aiheen valinnan sekä tutkimuksen kannalta. Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme, onko eettisesti oikein tutkia lapsiperheiden terveyden edistämistä ja millaista tutkimusaineistoa voimme käyttää. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 12.)

Laadullisen tutkimuksen eettisyydessä korostuvat tutkimuseettiset kysymykset, koska tiedonhankintakeinot voivat olla hyvinkin vapaamuotoisia sekä muistuttaa arkista vuorovaikutustilannetta. Tutkimuksen eettisyyden huomioiminen on myös tärkeää, koska ne vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin työssään. Tieteen etiikassa voidaan nähdä tärkeiksi viisi peruskysymystä. Nämä kysymykset käsittelevät mitä on hyvä tutkimus, miten tutkimusaiheen valinta suoritetaan, onko tiedonjano hyväksyttävää, millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella sekä minkälaisia keinoja tutkija saa tutkimuksessaan käyttää. Näitä peruskysymyksiä painotetaan useimmissa säännöissä ja sopimuksissa,

jotka koskettavat tutkimusetiikkaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–126.) Eettisen ajattelun pohjana sekä tavoitteena ovat oikeudenmukaisuus, ihmisten kunnioittaminen sekä tasa-arvoinen vuorovaikutus. Diakonia-ammattikorkeakoulussa painotetaan eettisiä näkökulmia koulutusohjelmien luonteen sekä oppilaitoksen arvojen vuoksi. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 12.)

Tutkimuksen aiheen valinta on yksi eettinen kysymys. Tutkijalla on vastuu, että hän on pohtinut ja harkinnut aihetta, myös etiikan näkökulmasta. Kun tutkimuksen aihetta pohditaan, tulee tutkijan selkeyttää tieto siitä, miksi tutkimus juuri kyseisestä aiheesta tehdään sekä kenen ehdoilla aiheen valinta suoritetaan. Nämä asiat tulevat esille tutkimuksen määrittelyssä tarkoituksessa sekä tehtävässä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Opinnäytetyössämme on tuotu ilmi tutkittavan aiheen yhteiskunnallisuus sekä tiedon tarpeellisuus aiheesta.

Tutkija on vastuussa siitä, miten tutkimuksen tuloksia sovelletaan, jolloin pohdintaan tulee erityisesti tutkimuksen eettisyys. Tutkimuksen alkuvaiheissa on kuitenkin hankalaa vielä pohtia tutkimusongelmia sekä sen luomia merkityksiä tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen täytyy olla myös uskottava, tällöin tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Nämä hyvät käytännöt on määritellyt Suomen Akatemian tutkimuseettisissä ohjeissa (2008). Hyviin käytäntöihin kuuluu, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä sekä ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja kunnioittaa sitä. Tutkijalla itsellään on vastuu siitä, että tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 130–133.) Opinnäytetyömme on toteutettu noudattaen eettisiä periaatteita. Tutkimuksen tulokset on kerrottu samalla tavalla kuin ne prosessin aikana tulkittu sekä työtä tehdessä on noudatettu huolellisuutta sekä tarkkuutta.

#### 7.4 Opinnäytetyön johtopäätökset

Lapsiperheiden terveyden edistämässä on tärkeää kohdata perhe yksilöllisesti sekä huomioida myös perheen jokainen jäsen.

Yksilölliseen perheen kohtaamiseen kuuluu olennaisena osana perheen ongelmien ja riskitekijöiden tunnistaminen, jolla on vaikutusta hoidon kulkuun. Perheen ongelmien ja riskitekijöiden tunnistaminen on osa hoitajan asiantuntijuutta.

Luottamuksellinen vuorovaikutus- ja hoitosuhde perheen ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä tekijä onnistuneen hoidon ja yhteistyön kannalta.

#### 7.5 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön tuloksissa korostui se, miten tärkeää perheen terveyden edistämässä perheen kokonaisvaltainen ja yksilöllinen kohtaaminen on. Lisäksi tuloksissa korostui se, miten perheen ongelmat ja riskitekijät voivat vaikuttaa perheen jäseniin.

Jatkotutkimushaasteiksi nostimme sen, miten sairaanhoitaja voi itse edesauttaa yksilöllisen perhehoitotyön toteutumista. Lisäksi yksilölliseen perhehoitotyöhön liittyen olisi tärkeää pohtia, millä keinoin sairaanhoitaja voi tunnistaa perheen ongelmia ja riskitekijöitä sekä miten sillä voidaan vaikuttaa hoitotyöhön. Näiden avulla voitaisiin kehittää lapsiperheiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä.

## LÄHTEET

- Alanen, Seija 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a. Terve sielu terveessä ruumiissa - diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Viitattu 31.1.2012. <http://www.diaktutkii.fi/default.asp?category=4&parent=120&pageid=83>
- Eriksson, Katie; Isoja, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å, Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- ETENE-julkaisuja I 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 7.2.2012. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)
- Gothoni, Raili; Helovuori; Riitta; Kuusimäki, Kalle & Puuska, Karolina 2012. Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa/Kirjapaja.
- Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Pietilä, Anna-Maija; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toimituskunta) 2008. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Haaranen, Ari 2003. Lapsiperheiden terveyden edistäminen. Virikkeitä antava haastattelu ja terveydenhoitajan työ. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.
- Helminen, Hanna-Riikka & Kotisalo, Kirsi 2009. "Näe, kuule ja puolusta": Ev.lut seurakunnan työntekijöiden ajatuksia lapsidiakoniasta. Diak Itä, Pieksämäki. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, Jussi 2012. Mitä on terveys? Lääkärikirja Duodecim 15.8.2012. Viitattu 17.9.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)
- Häggman-Laitila, Arja 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Pietilä, Anna-Maija; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toimituskunta) 2008. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Häggman-Laitila, Arja & Pietilä, Anna-Maija 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat. Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkokehittämishaasteisiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44. 47-62.
- Iivonen, Esa 2010. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Luento: lapsiperheiden köyhyys. Kirkon valtakunnalliset köyhyyspäivät 17.–18.3.2010 Mikkeli.
- Ivanoff, Päivi; Risku, Aija; Kitinoja, Helli, Vuori Anne & Palo, Raija 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. WSOY: Helsinki.
- Juhela, Tuija 2006. Isovanhempien antama tuki ja lapsiperheiden arjessa selviytyminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Jääskeläinen, Ilkka 2002. Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.). Diakonian käsikirja, Helsinki: Kirjapaja.
- Kalland, Miriam 2006. Lapsiperheen hyvinvointi. Tausta-aineistoa Stakesin ja opetushallituksen asiantuntijaseminaariin "Lasten hyvinvointi ja oppimisvalmiuksien arviointi 3-7 vuoden iässä". Stakesin auditorio 19.4.2006. Viitattu 23.4.2012: [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BDFF3EA0-A525-45F7-B1EF-D7D86DC02570/0/Lapsiperheenhyvinvointi\\_kalland\\_3\\_.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BDFF3EA0-A525-45F7-B1EF-D7D86DC02570/0/Lapsiperheenhyvinvointi_kalland_3_.pdf)

- Kempainen, Virpi., Haatainen, Kaisa., Taam-Ukkonen, Minna., Penttinen, Jorma., Turunen, Hannele & Miettinen, Merja. 2010. Potilasohjausprojektin (2008–2009) väliraportti. Kuopion yliopistollinen keskussairaala.
- Kinnunen, Kaisa 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huonosuaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009.
- Kivimäki, Anne. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Korhonen, Teija 2010. Promoting Child Development and Mental Health in Adult Psychiatric Care. A Nurses' Perspective. University of Eastern Finland. Faculty of Health sciences. Doctoral dissertation.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Savola Elina 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskusjärjestö ry.
- Kotisalo, Helena 2005. Diakonisen hoitotyön toteutuminen. Diakonian tutkimus 1/2005. 5-18.
- Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, Jari; Pietilä, Anna-Maija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Pietilä, Anna-Maija; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toimituskunta) 2008. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Lammi-Taskula, Johanna; Karvonen Sakari & Ahlström, Salme 2009 (toim). Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Viitattu 25.1.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e6f5676-9ccf-4490-8496-45c7b3acce5f>
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) 2001. Laadulliset

- utkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 15.11.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 2001. Hoitotieteen perusteet. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lehto, Paula 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 22.11.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf>
- Lindqvist, Ulla 2012. Mikä uhkaa lapsen ja perheiden hyvinvointia Suomessa? Lastensuojelun Keskusliitto. Emma & Elias -ohjelma. Viitattu 20.11.2012 [http://www.lskl.fi/files/1201/Liite\\_1\\_Ulla\\_Lindqvist.pdf](http://www.lskl.fi/files/1201/Liite_1_Ulla_Lindqvist.pdf).
- Malinen, Kaisa 2011. Parisuhde pikkulapsiperheessä. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.8.2012. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37002/9789513945145.pdf?sequence=1>
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2009. Terveystiedon edistämisen ohjelma. Viitattu 26.1.2012. [http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden\\_edistamisen\\_ohjelma/](http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden_edistamisen_ohjelma/)
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto. Väitöskirja
- Oikarinen, Roosa & Sysmäläinen, Tinni 2012. Hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä Lapin Sairaanhoidopiirin psykiatrian klinikan osasto 4:lla. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja. Opinnäytetyö.
- Paavonen, Juulia; Roine Mira; Korhonen, Piia; Valkonen, Satu; Pennonen, Marjo; Partanen Jukka & Lahikainen, Anja Riitta 2011. Media ja lasten hyvinvointi. Duodecim. Lääketieteellinen aikakausikirja 15/2011. 1563–1569.
- Pakanen, Kirsi 2006. Diakoniatyön perhetyön kehittämishanke. 'Sellasta hyvää oloa ja just jaksamista...'. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan jatkotutkinto (Ylempi AMK). Opinnäytetyö.

- Rundgren, Marjo. Perhediakonia vaikeissa olosuhteissa elävien perheiden tukena. Diakonia ammattikorkeakoulu. Järvenpää. Sosiaalialan koulutusohjelma. Diakonia ja kristillinen kasvatus, Sosionomi (Ylempi AMK). Opinnäytetyö. Viitattu 16.11.2012  
[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Jarvenpaa2008/ac600a\\_Jarvenpaa\\_Rundgren\\_2008.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Jarvenpaa2008/ac600a_Jarvenpaa_Rundgren_2008.pdf)
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä- mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Solantaus, Tytti & Paavonen Juulia.E 2009, vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatrisen ongelmat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009; 125 (17): 1839–44.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 27.1.2012.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:26. Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide- ehdotukset. Viitattu 25.1.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-15502.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-15502.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 29.9. 2011. Terveyden edistäminen. Viitattu 25.2.2012. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2007. Terveyden edistäminen. Viitattu 25.1.2012.  
<http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/terveyden+edistminen.html>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Kuvaus voimavaralähtöisistä menetelmistä. Viitattu 26.1.2012.



[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanitfi/tyon/menetelmat/voimavaralahtoiset\\_menetelmat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanitfi/tyon/menetelmat/voimavaralahtoiset_menetelmat)

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Lapsiköyhyys on kasvussa Suomessa. Viitattu 12.11.2012 [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop\\_koyhyys/nakokulmia/lapsikoyhyys\\_on\\_suomessa\\_kasvussa](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/nakokulmia/lapsikoyhyys_on_suomessa_kasvussa).
- Tilastokeskus 2012. <http://www.stat.fi/meta/kas/lapsiperhe.html> Viitattu 19.11.2012.
- Toivanen, Kaija 2009. Käsite- ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion Yliopisto. Väitöskirja.
- Tukiainen, Sirkku, & Lindroos, Sirpa 2009. Perheen rakenteet ja kehitysvaiheet. Larivaara, P., Lindroos, S., & Heikkilä, T. (toim.) Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 36–55.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuompo-Johansson 2001. Day-care and mental health. An epidemiological study on the association between early childhood day-care arrangement and psychiatric disturbance at age 8-9. Hospital for children and adolescents. University of Helsinki. Department of Child psychiatry. Academic dissertation. Viitattu 20.4.2012: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/tuompo-johansson/daycare.pdf>
- Vanhala, Marja 2012. Lapsen ylipaino- riskitekijät, tunnistaminen ja elintavat. Oulun Yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Villa, Janne 2011. Hoitotieteen tehotrio. Usko, toivo ja rakkaus ovat aina olleet potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja onnistuneen kohtaamisen keskeiset tekijät, korostaa hoitotieteen professori Katie Eriksson. Diakonia 2011 5-6, 8-9.
- Yrjölä, Raija 2009. Diakonisen perhetyön kehittäminen Tuiran seurakunnassa. Teoksessa: Juola, Sirpa & Väisänen, Raija 2009. Diakoniatyö

yhteiskunnan muutoksessa. Diakoniaviranhaltijoiden erityiskoulutuksen kehittämishankkeet ajan tulkkeina.

## LIITE 1

## HOITOTIEDE – LEHDET

Tekijä	Vuosi	Artikkelin nimi
Pelkonen, Marjaana & Hakulinen, Tuovi	5/2002	Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön
Jurvelin, Tiina; Backman, Kaisa & Kyngäs, Helvi	1/2005	Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset
Kaljunen, Leena; Pelkonen, Marjaana & Hakulinen-Viitanen, Tuovi	3/2006	Voimavaralomakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavarallisuuden tunnistamiseksi
Inberg, Elise; Axelin, Anna & Salanterä, Sanna	4/2008	Keskosvauvan ja vanhempien varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen hoitotyön menetelmin
Flink, Aune & Paavilainen, Eija	5/2008	Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on myös terveydenhuollon asia
Salminen-Kalam, Ly; Puukka, Pauli & Leino-Kilpi, Helena	5/2008	Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastoilla ja hoitohenkilökunnan

		niihin vastaajana
Joronen, Katja; Paavilainen, Eija; Koski, Anna & Åstedt-Kurki, Päivi	6/2008	Perhetyön toteutumista arvioivat mittarit
Korkiakangas, Eveliina; Laitinen, Jaana; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirikka & Taanila, Anja	1/2010	Pienten lasten vanhempien liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät
Rantanen, Anja; Heikkilä, Asta; Asikainen, Paula; Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi	2/2010	Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa
Maijala, Hanna; Helminen, Mika; Heino- Tolonen, Tarja & Åstedt- Kurki Päivi	3/2010	Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välinen vuorovaikutus
Pirskanen, Marjatta & Pietilä, Anna-Maija	3/2010	Varhaisen puuttumisen mallin vaiheittainen kehittäminen nuorten päihteettömyyden edistämiseksi
Salonen, Anne; Hietikko, Merja; Kaunonen, Marja & Tarkka, Marja-Terttu	1/2011	Isien hoitajilta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeosastolla
Koivula, Tanja; Kääriäinen, Juha; Paavilainen, Eija; Salin, Sirpa; Ellonen, Noora & Hentilä, Sabina.	1/2011	Väkivallan riskitekijät 2- ja4-vuotiaiden lasten perheissä vanhempien ilmoittamana

Vuorenmaa, Maaret; Salonen, Anne H; Aho, Anna-Liisa; Tarkka, Marja-Terttu & Åstedt- Kurki, Päivi.	4/2011	Puolivuotiaiden lasten isien neuvolan terveydenhoitajalta saamat ohjeet ja tuki
---	--------	--

## LIITE 2

## TUTKIVA HOITOTYÖ – LEHDET

Tekijät	Lehden nro	Artikkeli
Salmela, Marja; Aronen, Eeva & Salanterä, Sanna	3/2011	Sairaalaan liittyvät pelot ja pelon merkitys leikki-ikäiselle lapselle
Majjala, Hanna; Helminen, Mika; Tolonen-Heino, Tarja & Åstedt-Kurki, Päivi	4/2011	Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta