

Tarja Javanainen-Levonen

# Terveydenhoitajat liikunnanedistäjinä lastenneuvolatyössä



STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 138

Tarja Javanainen-Levonen

Terveydenhoitajat liikunnanedistäjinä  
lastenneuvolatyössä

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Junneliuksen palatsissa Porissa (valtuustosali)  
elokuun 14. päivänä 2009 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2009

Terveydenhoitajat liikunnanedistäjinä  
lastenneuvolatyössä

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 138

Tarja Javanainen-Levonen

Terveydenhoitajat liikunnanedistäjinä  
lastenneuvolatyössä



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2009

Editors

Harri Suominen

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Marja-Leena Tynkkynen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover photo by Tarja Javanainen-Levonen:

Four-year-old Aaro Kautto ready to learn fundamental motor skills

URN:ISBN:978-951-39-3634-1

ISBN 978-951-39-3634-1 (PDF)

ISBN 978-951-39-3609-9 (nid.)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2009, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2009

## ABSTRACT

Javanainen-Levonen, Tarja

Public health nurses as physical activity promoters in Finnish child health clinics

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2009, 104 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,

ISSN 0356-1070; 138)

ISBN 978-951-39-3634-1 (PDF), 978-951-39-3609-9 (nid.)

English summary

Diss.

This qualitative research, based on public health nurses' [PHNs] experiences and views, explores physical activity promotion as part of primary health care for children below school age. The aims of the original publications (II-IV) underlying this thesis were, firstly, to explore how PHNs working in child health clinics [CHC] approach physical activity, secondly, to describe physical activity promotion in CHC practice, and thirdly, to specify determinants of physical activity promotion. The main data were gathered in spring 2003 by a purposive sample of 24 nurses in five regional focus groups [FGs], providing lively interaction between nurses. In all, 92.3% of the invited nurses participated. The FG guide was based on a preliminary study (I). The sample consisted of professionally experienced [mean 13.9 years], female [mean 46.2 years] nurses with some training in health-enhancing physical activity. Frame analysis of transcripts revealed that PHNs approached physical activity from the environmental frame, the family frame, the natural frame, and the well-being and health frame. After analysing nurses' concrete statements (N=223) related to physical activity promotion by qualitative content analyses and after computing the frequencies, either evaluative or activating and supportive statements could be observed. In all, 78% of these statements were child-centred. Family-centred statements focused on a family member, usually the mother, rarely on the whole family. According to FGs, child-centred evaluation provided by PHNs dealt with motor development and fundamental motor skills [i.e., physical abilities], as well as with play, outdoor activities, and exercising habits [i.e., physical activities]. Family-centred evaluation dealt with general activity level of the family and family's resources for physical activity. Furthermore, activation and support included the same topics brought up during check-ups, as a basis for counselling, or infrequently, for reinforcement. Forcefulness of statements showed that assessment of physical abilities was the only topic applied with every child. Other topics were more selectively targeted for children with additional needs, e.g. overweight and clumsiness, concurrently implying a more curative approach to health promotion. Issues related to the personal characteristics and abilities of PHNs, the nature of CHC work, and collaboration as well as information on service-delivery in physical activity were listed as determinants of physical activity promotion. Rural PHNs seemed to have the best options for individualized physical activity promotion thanks to better knowledge of their clients. Finally, findings from this explorative study are provided in an 'opportunistic' model depicting physical activity promotion in CHCs. However, nurses' multidimensional approaches did not explicitly turn into reality in routines with every child and family. Therefore, regarding preventive and promotional issues, more emphasis should be placed on the physical activity of every child and physical activity of the whole family. Research and development actions are warranted in order to facilitate future efforts of PHNs to meet the growing needs of physical activity promotion in nursing practice with young families with children.

Keywords: child health care, focus group, health promotion, physical activity, public health nursing

**Author's address** Tarja Javanainen-Levonen, PhLic in Sport Sciences  
Satakunnan Ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences  
Faculty of Social Services and Health Care  
Maamiehenkatu 10  
FI-28500 Pori, Finland  
tarja.javanainen-levonen@samk.fi

**Supervisors** Professor Pauli Rintala  
Department of Sport Sciences  
University of Jyväskylä, Finland

Professor Marita Poskiparta  
Research Center for Health Promotion  
Department of Health Sciences  
University of Jyväskylä, Finland

**Reviewers** Adjunct Professor Tuovi Hakulinen-Viitanen, PhD  
National Institute for Health and Welfare  
The Development and Research Centre for Maternity and  
Child Health Care  
Helsinki, Finland

Pirkko Numminen, PhD  
Tampere, Finland

**Opponent** Research Professor Matti Rimpelä  
National Institute for Health and Welfare  
Tampere, Finland

## ESIPUHE



Kuva 1. Muistoja vuodelta 1962

Lapsuuden muistikuvissani on lähes aina liikunta mukana. Elettiin 60-luvulla Porissa metallitehtaan piipun juuressa, Metallinkylässä. Isä teki kolmivuoro-työtä ja äiti oli kotosalla. Kylä oli täynnä ikäisiämme lapsia. Meitä oli neljä: vanhimmat tyttöjä ja nuorimmat poikia. Isä jäädytti joskus omakotitalon takapihalle luistelukentän, vaikka Väinölän koulun kenttä oli reilun kilometrin päässä ja tehtaan kenttä lähempänä. "Paanalta" isä kävi hakemassa meidät kotiin ennen yövuoronsa alkua. Otsolan setlementtiyhdistys organisoivat kylän pojille jääkiekko-otteluita eri puolille maakuntaa ja tehdas järjesti linja-autokuljetuksen lapsille ja vanhemmille. Ei ihme, että "meidän Artosta" tuli Suomen maalitykki! Sen muistan, että aamupalaksi kotona oli kahvia ja pullaa aina siihen asti, kunnes Ässistä tuli kotiin tiedote aamupalan merkityksestä jääkiekkoilijalle. Äiti otti sen heti tosissaan. Näin terveystieteiden puri tavalliseen työläisperheeseen kertaheitolla, kun tieto tuli merkitykselliseltä taholta!

Isä opetti lukemaan maastoa hiihdossa. Isän työkaveri naapurissa omisti henkilöauton. Hän kuljetti minut ja veljeni Porin Pырinnön kaikkiin kisoihin: yleisurheilemaan, hiihtämään, luistelemaan ja maastajuoksukisoihin. Kyselyäni äidiltäni heidän kasvatusperiaatteitaan Sylvi vastasi: "Te olitte aina ulkona." Outokummun tehtaan kentällä pelattiin kesällä pesäpalloa: lapset, nuoret ja aikuiset yhdessä. Tehtaan porttivahdilta sai hakea pesivälineet. Kentän vieressä oli urheilukoppi, jossa oli lainattavissa kaikki yleisurheiluvälineet. Vuosittain Outokumpu järjesti yleisurheilukisat, liikennekilpailut ja hiihtoreissut. Otsola oli usein varmasti mukana organisoimassa tapahtumia. Ikinä en muista puhutun maksuista. Jopa työläisperheelle ne taisivat olla ihan muodollisia summia.

Hiukan vanhempina harrastettiin tosi pitkiä kävelylenkkejä parhaan ystäväni Pirjon kanssa. Usein otettiin Maarit-siskoni, äitini ja tätinikin mukaan. Yhtenä talviaamuna tempaistiin: äiti ja minä kävelimme pakkasella mummolan reilut kaksikymmentä kilometriä. Maanantai-iltaisin käytiin jumppaamassa viereisellä koululla keski-ikäisten naisten ryhmässä. Heillä oli kestämistä vilkkaiden likkojen kanssa. Taisi ohjaaja kerran poistaa meidät salistakin! Höyryävät suihkuhetket kaikenikäisten parissa ovat ikimuistoisia...

Tarjotessani 2000-luvulla Satakunnan ammattikorkeakoulun liikuntatieteellisten aineiden lehtorina fysioterapiaopiskelijoille mahdollisuuden tutustua erikäisten liikuntapalveluihin, tapaan näitä samoja jumppaajanaisia senioritansseissa Porin urheilutalolla. Heillä on liikunnan kipinä säilynyt läpi elämän.

Mitkä tukipalvelut nykyään toimivat ja kuka nostaa esiin liikunnan merkityksen? Enää eivät yritykset tarjoa entisenlaista tukea perheille. Naapuriapua ei tarvita auton puuttumisen vuoksi - auto on, mutta yhteinen aika on kortilla. Mikä olisi kaikille alle kouluikäisille suomalaisille lapsille ja lapsiperheille suunnatun lastenneuvolatyön panos lasten liikunnan edistämässä?



Alustuksen valmistaminen Kunnossa Kaiken Ikää tapahtumaan (Javanainen, 2001) liikunnan tulevaisuuden visioista terveydenhuollon koulutuksessa antoi aihetta ajattelulle. Opetan ainoastaan fysioterapiaopiskelijoita – heidän koulutukseensa ja tulevaan työhönsä liikunta ja sen edistäminen nivoutuu saumattomasti. He kuitenkin kohtaavat työssään vain pienen osan väestöstä. Entä ne terveydenhuollon työntekijät, jotka tapaavat koko ikäryhmän ja perheen edustajan jo varhaisessa ikävaiheessa. Miten esimerkiksi lastenneuvoloiden terveydenhoitajat näkevät liikunnan merkityksen?

Vaikka olin juuri päättänyt lisensiaatintutkimukseni kehitysvammaisten aikuisten liikunnasta, kyti uusi tutkimusteema jo mielessä. Sainhan noihin aikoihin myös henkilökohtaisesti toimia poikani Henrin [kuvassa keskimmäisenä naapurin Mikon ja Meean seurassa] liikunnanedistäjänä.



Kuva 2. Muistoja vuodelta 2002

Nyt perheellämme on onni asua uudessa "Metallinkylässä", Liikastenmäessä. Täällä liikunnan meininki on samanlaista kuin lapsuudessani. Kylä on täynnä lapsiperheitä. Henriä muutaman vuoden vanhempi Miko opetti hänelle hiihdon alkeet ja mäenlaskun. Hyvin hän sen tekikin, kun vielä yläasteen ysillä tuli täysi kymppi Lepolan hiihtotestistä. Tennistaidotkin tulivat molemmille tutuiksi kylän asfaltoidulla tiellä. Ei tarvittu kuin Marko-isän tekemä puinen Official Wimbledon Netholder ja liitua rajojen piirtämiseksi asfalttiin. Koululaisien vanhemmat hoitavat lähikoulun luistelukentän jäädyttämisen talvella. Paanalle poljetaan luistimet jalassa moneksi tunniksi ihan samalla tavalla kuin 60-luvulla. Lajivalikoima on huomattavasti laajempi. Minun lapsuudessani harrastettiin vain niitä lajeja, jotka eivät maksaneet oikeastaan mitään.

Lapseni liikuntakasvattajana olin päättänyt paneutua siihen, etten siirtäisi hänelle syvän veden pelkoani ja vastenmielisyyttäni laskettelua kohtaan. Yksitoistavuotiaana Kyproksella Henri otti yksityistunnin laitesukelluksessa – englannin kielellä. Itse en pystynyt siihen, siis laitesukellukseen. Lasketteluki-soissa hän on ollut pari kertaa. Minä vain kävelen yhäti mieluummin mäen tuntumassa. Mitkä mahdollisuudet nykyajan lapsilla onkaan!

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan perustamisen ohella vuonna 2001 liikunnan rooli terveysalan koulutuksessa tuotiin myös valtakunnallisesti esiin. Kirjattiin hienoja suosituksia siitä, miten terveydenhuollossa voitaisiin edistää liikuntaa. Luodaanko terveysalan ammattilaisille sellaisia paineita, joita he eivät pysty täyttämään? Tosiasiassa liikunnan asema oli romahtanut siirryttäessä 1990-luvulla ammattikorkeakoulutukseen. Onko terveysalan työntekijöillä edes valmiuksia tarkastella työtään liikunnan näkökulmasta? Pitäisikö välillä uhrata aikaa työntekijöiden kokemuksien kuuntelemiseen?

Näitä asioita mietiskellessäni sain opetettavakseni osan lasten hoitotyön erikoistumisopinnoista. Sisällön suunnitellut opettaja, entinen oppilaani Lasse Tervajärvi halusi opiskelijoiden päivittävän tietoaan ja taitojaan erityisesti lasten terveyttä edistävässä liikunnassa. Opiskelijoina oli työssä pitkään olleita sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Lukiessani heidän oivaltavia tenttivastauksiaan päätin perehtyä terveysalan ammattilaisten mahdollisuuksiin tarkemmin. Vuorossa olisi siis väitöskirjatutkimus! Kuten joskus aiemmin on todettu, tohtori on helpompi kirjoittaa kuin lisensiaatti. Vai mitä, isä?

Minulla oli ollut tilaisuus tutustua vanhalla liikuntakasvatuksen laitoksella professori Pauli Rintalaan jo lisensiaatintutkimukseni yhteydessä. Luotin siihen, että tämä uusi teemani sopisi myös hänen ohjattavakseen. Kiitos siitä, että taasen sain Sinut, Pauli, ohjaajakseni. Terveystieteiden laitoksen tutkimustyöhön paneutuessani varmistui, että tuolloin terveystieteiden lehtori, nykyään professori Marita Poskiparta olisi kiinnostunut tutkimusteemastani. Ja niinhän siinä kävi! Heti ensimmäisen tapaamisen jälkeen ainakin minä tiesin, että yhteistyö tulisi tuottamaan tulosta ennemmin tai myöhemmin.

Tutkimustyöni ovat taloudellisesti mahdollistaneet useat eri tahot: suunnitteluvaiheessa Jenny ja Antti Wihurin rahasto, aineiston keruuvaiheessa sekä väitöskirjan viimeistelyvaiheessa Satakunnan Kulttuurirahasto ja Suomalainen Konkordia-liitto. Satakunnan ammattikorkeakoulu ja Porin kaupunki työnantajana ovat tukeneet ajallisesti ja taloudellisesti. Satakunnan ammattikorkeakoulun T&K toiminta on erityisesti mahdollistanut tutkimuksen tulosten esittämisen kansainvälisesti. Työnantajan tuki on osin toteutunut Satakunnan sairaanhoitopiirin EVO-rahoituksen avulla.

Artikkelien arvioitsijat ovat antaneet arvokkaita neuvoja arviointiprosessin aikana. Kiitos näille asiantuntijoille Suomessa ja maailmalla! Erityisen ilahduttavaa oli vastaanottaa lausunnot esitarkastajilta, joiden asiantuntemus täydensi hienosti toistaan. Liikuntatieteiden tohtori Pirkko Nummisen erityisalue on alle kouluikäisten lasten liikunta ja terveystieteiden tohtori Tuovi Hakulinen-Viitanen edustaa lastenneuvolatyön tutkimus- ja kehittämistyötä.

Aviomieheni Marko on osallistunut kaikkeen tekniseen puoleen väitöskirjan valmistelussa: hän on vastannut haastattelujen videoinneista ja äänittämisistä, tietojen muuttamisesta digitaaliseen muotoon sekä järjestänyt minulle parhaat tietotekniset puitteet kotiin. Koko ajan on tehty varmuuskopiointia! Meillä on ollut varsinaiset HANit [Home Area Network] monen vuoden ajan kolmen koneen käydessä aika ajoin kuumina. Kiitos rakkailleni, että olette jaksaneet itkut ja naurut!

Liikastenmäessä  
Tarja Javanainen-Levonen

## KUVAT JA KUVIOT

KUVA 1	Muistoja vuodelta 1962.....	5
KUVA 2	Muistoja vuodelta 2002.....	6
KUVIO 1	Perheiden lukumäärä kuvattuna perhetyypin ja alle 7-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan Suomessa vuoden 2006 lopussa (Tilastokeskus 2007b) .....	17
KUVIO 2	Lastenneuvolan tehtävät lapsen ja perheen tasoilla (STM 2004a, 21) .....	18
KUVIO 3	Alle kouluikäisen lapsen liikunnan erityismerkitys tässä tutkimuksessa (vrt! Fogelholm 2005; Malina 2001; Tammelin 2003; Vuolle 2000; WHO 2005) .....	24
KUVIO 4	Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuen K. Tonesin ja S. Tilfordin health career -malliin [mukaeltu kehittäjiensä 11.2.2005 antamalla luvalla] (Tones & Green 2004, 62-64; Tones & Tilford 2001, 195-199) .....	26
KUVIO 5	Kuvaus tutkimuksen kulusta [katkoviivalla kehystetyt alueet sisältävät osajulkaisuissa esittämättömiä tuloksia] .....	33
KUVIO 6	Tutkija/terveydenhoitaja ja terveydenhoitajien [N=24] välinen vuorovaikutus ryhmäkeskusteluissa [n=5] varsinaisen tutkimusteeman aikana [puheenvuoroja yhteensä 1 337].....	40
KUVIO 7	Terveydenhoitajien (N=24) keskinäistä vuorovaikutusta sisältäneiden puheenvuorojen prosentuaaliset osuudet kaikista tutkimusteeman aikana käytetyistä puheenvuoroista (n=1337) keskusteluryhmittäin .....	41
KUVIO 8	Terveydenhoitajien näkökulmat varhaislapsuuden liikuntaan täydennettynä kaikissa kehyksissä toistuneilla teemoilla .....	52
KUVIO 9	Terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluissa esitettyjen lapsikeskeisten (n=174) ja perhekeskeisten (n=49) liikunnanedistämismainintojen vertailu .....	53
KUVIO 10	Terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluissa esitettyjen arvioivien (n=106) sekä aktivoivien ja tukevien (n=117) liikunnanedistämismainintojen vertailu .....	56
KUVIO 11	Malli liikunnanedistämisestä lastenneuvolatyössä .....	62
KUVIO 12	Liikunnanedistämisen mahdollistajien suhde arviointiin sekä aktivointiin ja tukemiseen liikunnanedistämistyössä .....	66
FIGURE 1	The theoretical model of the research (Tones & Green 2004; Tones & Tilford 2001) with specific attention to the focus of the original articles I-IV .....	82
FIGURE 2	An opportunistic (WHO 2007, 22) model for physical activity promotion in Finnish child health clinics .....	84

## TAULUKOT

TAULUKKO 1	Haastattelijan ylläpitämät keskusteluteemat ja ryhmäkeskusteluiden aikana esitetyt pääkysymykset (I) .....	31
TAULUKKO 2	Ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden terveydenhoitajien (N=24) taustatiedot .....	39
TAULUKKO 3	Esimerkki luokittelusta ympäristön kehyksessä .....	44
TAULUKKO 4	Liikunnanedistämismainintojen (N=223) jakauma ryhmäkeskustelun vaiheiden mukaan .....	54
TAULUKKO 5	Liikunnanedistämistä mahdollistavien, rajoittavien ja kehittämissuhteita sisältävien mainintojen (N=241) painottuminen ryhmäkeskusteluissa ( $R_n=5$ ) .....	63

## OSAJULKAISUT JA KONGRESSIESITYKSET

Väitöskirja perustuu neljään osajulkaisuun. Kaikki artikkelit on julkaistu myös sähköisesti. Tutkimustuloksia on esitetty eri vaiheissa kansanterveys- ja liikuntatieteellisissä sekä terveyden edistämisen kongresseissa.

- I Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M. & Rintala, P. 2003. Liikunnan edistämisen osa-alueet lastenneuvolatyössä kehittämissasiakirjojen perusteella [Tutkimusartikkelijulkaisu 2002]. *Liikunta & Tiede* 40(1), 45-50.

Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M. & Rintala, P. 2004. Modern challenges for promoting physical activity of the child and the family in Finnish child health clinics according to developmental documents. [Poster] Annual congress of the World Federation of Public Health Associations. April 19-22. Brighton, England.

- II Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M., Rintala, P. & Satomaa, P. 2009. Public health nurses' approaches to early childhood physical activity in Finland. *Journal of Child Health Care* 13(1), 30-45.

Javanainen-Levonen, T., Rintala, M., Poskiparta, M. & Satomaa, P. 2007. How Finnish public health nurses working in child health care approach physical activity of the child? [Poster] International conference on physical activity & obesity in children. June 24-27. Toronto, Ontario, Canada.

- III Javanainen-Levonen, T., Rintala, P. & Poskiparta, M. 2007. Physical activity promotion in public health nursing practice with children. *Primary Health Care Research & Development* 8, 355-366.

Javanainen-Levonen, T., Rintala, M. & Poskiparta, M. 2006. Physical activity promotion in public health nursing practice with children in Finland. [Oral] World congress of AIESEP [Association Internationale des Ecoles Supérieures d'Education Physique]. July 5-8. Jyväskylä, Finland.

Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M. & Rintala, P. 2008. Finnish child health care: A model for physical activity promotion in early childhood. [Oral]. European conference on health promotion and education. September 9-13. Turin, Italy.

- IV Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M. & Rintala, P. 2007. Terveystieteiden mahdollisuudet liikunnan edistämiseen lastenneuvolatyössä. [Tutkimusartikkelijulkaisu 2006 - OsaII]. *Liikunta & Tiede* 44(1), 22-30.

Javanainen-Levonen, T., Poskiparta, M. & Rintala, P. 2007. Opportunities for physical activity promotion in Finnish child health clinics as perceived by public health nurses. [Oral] 18th Nordic conference on social medicine and public health. October 10-11. Helsinki, Finland.

# SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

KUVAT, KUVIOT JA TAULUKOT

OSAJULKAISUT JA KONGRESSIESITYKSET

SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	13
2	LASTENNEUVOLA .....	16
2.1	Kattava lapsiperheiden palvelujärjestelmä .....	16
2.2	Neuvolan perustehtävä ja toimintaa ohjaavat periaatteet.....	17
2.3	Terveydenhoitaja lastenneuvolan voimavarana .....	20
3	LIIKUNNAN EDISTÄMISEN VAATIMUS TERVEYDENHUOLLOSSA .....	22
3.1	Liikunnan edistäminen ajankohtaisena haasteena .....	22
3.2	Varhaislapsuuden liikunnan erityismerkitys terveydelle ja hyvinvoinnille.....	23
4	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TEHTÄVÄT .....	25
4.1	Tutkimuksen teoreettinen malli .....	25
4.2	Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät.....	27
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS .....	29
5.1	Focus group -aineistonkeruumenetelmä .....	29
5.1.1	Harkinnanvarainen näyte .....	30
5.1.2	Tarkentuva ryhmäkeskustelu .....	31
5.2	Tutkimuksen kulku .....	32
5.3	Analyysimenetelmät .....	34
5.3.1	Laadullinen sisällönanalyysi .....	34
5.3.2	Määrällinen analyysi .....	37
6	AINEISTON KUVAILU .....	38
6.1	Terveydenhoitajien taustatiedot .....	38
6.2	Vuorovaikutus ryhmäkeskusteluissa .....	40

7	TUTKIMUSTULOKSET .....	43
7.1	Terveystenhoitajien suhtautuminen lasten liikuntaan .....	43
7.1.1	Ympäristön kehys: Ympäristö liikunnan mahdollistajana (II) .....	43
7.1.2	Perheen kehys: Vanhemmat liikunnan mahdollistajina tai estäjinä (II) .....	46
7.1.3	Luonnollisuuden kehys: Liikunta osana lapsen kehitystä ja arkea (II) .....	48
7.1.4	Hyvinvoinnin ja terveyden kehys: Liikunta terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä (II) .....	49
7.1.5	Näkökulmien yhteiset piirteet .....	51
7.2	Liikunnanedistäminen lastenneuvolatyössä .....	52
7.2.1	Liikunnanedistämisen sisältö (III) .....	52
7.2.2	Liikunnanedistämisen menetelmät (III) .....	55
7.2.2.1	Arviointi .....	55
7.2.2.2	Aktivointi ja tukeminen .....	58
7.2.3	Malli liikunnanedistämisestä lastenneuvolatyössä .....	61
7.3	Liikunnanedistämisen toteuttamismahdollisuudet .....	61
7.3.1	Liikunnanedistämistä määrittävien tekijöiden painottuminen (IV) .....	61
7.3.2	Terveystenhoitajien esittämät kehittämisehdotukset (IV) .....	64
7.3.3	Mahdollistajien suhde liikunnanedistämisen menetelmiin .....	65
8	POHDINTA .....	67
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	67
8.1.1	Monipuoliset näkökulmat lasten liikuntaan .....	67
8.1.2	Liikunnanedistämisen monimuotoisuus ja painotukset .....	68
8.1.3	Toteuttamismahdollisuudet .....	70
8.1.4	Suuntaaminen lapsen kouluvaiheeseen .....	71
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen tarkastelu .....	72
8.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset .....	78
	SUMMARY .....	81
	LÄHTEET .....	87
	LIITTEET .....	99

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon työntekijöiden oletetaan – ikään kuin itsestään selvyytensä – edistävän asiakkaiden liikuntaa päivittäisessä työssään osana nykyaikaista terveydenedistämistä ja ennaltaehkäisevää työtä (Canadian Paediatric Society 2002; Cavill ym. 2006b, 18-19, 23; Department of Health 2004; Patrick ym. 2001; STM 2004a, 198-199; Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista 2008, 2; WHO 2003, 135; WHO 2007, 21-22). Tähän mennessä ei ole kuitenkaan tietoa siitä minkälaiset työntekijöiden mahdollisuudet ovat liikunnan edistämiseen esimerkiksi lastenneuvolatyössä, jonka asiakkaana on jokainen suomalainen alle kouluikäinen lapsi ja hänen perheensä.

Perusterveydenhuollon ammattilaisilta äitiys- tai lastenneuvolassa, koulu-, opiskelija- tai työterveydenhuollossa on realistista odottaa erityyppistä liikunnanedistämistyötä (Ewles & Simnett 1995, 29; Rimpelä 2005b) työn luonteen tarjoamien mahdollisuuksien perusteella (Miilunpalo ym. 1995; Simonsen-Rehn ym. 2009; Terveyden edistämisen laatusuositus 2007, 47). Ikäkausittain vaihteleva liikunnan erityismerkitys (Vuolle 2000) pitää heijastua myös liikunnan edistämisen sisältöihin ja menetelmiin. Yleisesti terveydenedistämistä kuvaava (Bangkok Charter 2005; Rimpelä 2006; Smith ym. 2006) voitaisiin ymmärtää paremmin eri ammattiryhmien tämänhetkisen terveydenedistämistyön kuvaamisen pohjalta (Morse 2004). Tämä olikin yhtenä teemana Euroopan vuoden 2008 terveydenedistämiskongressissa (IUHPE 2008).

Tämä laadullinen tutkimus pyrkii tuottamaan tietoa siitä, minkälainen rooli lapsiperheiden parissa toimivalla terveydenhoitajien ammattiryhmällä voi olla lapsen liikunnan edistämässä siinä elämänvaiheessa, jolloin lapsen terveille elintavoille ja asenteille luodaan tärkeää perustaa [health career -model (Tones & Green 2004, 62-64; Tones & Tilford 2001, 195-199)]. Lapsuuden liikunnan merkitystä on lähestytty terveydenhuollossa lähes yksinomaan sairauksien hoitamisen, sairastumisen riskin tai sairauksien ehkäisemisen kautta (Flynn ym. 2006; Gunner ym. 2005; International Obesity Task Force 2005; Käypä hoitosuositus 2005; Resolution WHA 57.17 2004; WHO 2003). Varhaislapsuuden liikunnan merkitys on poikkeuksellisen laaja suhteessa muihin ikäkausiin jokaisen yksilön kohdalla: ensimmäisen ikävuoden aikana tapahtuva liikkumisen kehitys (Gallahue & Ozmun 2002, 24-49; Salpa 2007) mahdollistaa motoristen perustaitojen hankkimisen leikki-ikässä ja luo näin pohjan toimintakyvylle ja



fyysisesti aktiiviselle tulevaisuudelle. Liikuntaa tulisikin arvostaa terveydenhuollossa lapsen kokonaisvaltaisen kasvun ja kehityksen tukijana unohtamatta sosiaalista ja kognitiivista kehitystä (Numminen 2000). Lisäksi liikunta mahdollistaa optimaalisen terveyden ja hyvinvoinnin saavuttamisen (Ottawa Charter 1986) sekä itsensä toteuttamisen. Liikunta sanaa käytetäänkin tässä tutkimuksessa sen laajimmassa merkityksessä (Cavill ym. 2006b, 15-16; Laitakari & Miihlunpalo 1998; Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005) kuvaamaan kaikkea fyysistä aktiivisuutta – vauvavaiheen lattialla ryömimistä ja kontaten kotiympäristöön tutustumista, leikki-ikäisen spontaaneja pihaleikkejä, perheen yhteistä fyysistä aktiivisuutta tai esikouluikäisen tavoitteellista pyöräilytaitojen harjoittelua sekä organisoitua liikunnanharrastamista. Liikunta nähdään tässä tutkimuksessa tämän hetken ja tulevaisuuden voimavarana (Pelkonen & Hakulinen 2002) ja osana varhaislapsuudessa tapahtuvaa hyvinvointioppimista (Rimpelä 2009). Varhaislapsuudessa perheen merkitys on erityisen suuri ja siksi perheen yhteisen liikunnan tukemisen tulisi näkyä terveydenedistämistyössä (WHO 1999, 21-26, 88-89).

Ilmainen lastenneuvolajärjestelmä kattaa koko Suomen ja lähes kaikki lapsiperheet ovat palvelun asiakkaina siihen asti kunnes lapsi siirtyy kouluterveydenhuollon pariin. Lastenneuvolakäyntejä oli vuonna 2006 yhteensä 1 240 500 (Tilastokeskus 2007a, 518). Koska suurin osa määräaikaistarkastuksista – nykyisten suositusten (STM 2004b, 106) mukaan keskimäärin 16 käyntikertaa – toteutuu terveydenhoitajan vastaanotoilla, voidaan terveydenhoitajaa pitää lastenneuvolatyön merkittävimpänä voimavarana (Paavilainen 2002; STM 2004b, 27). Lastenneuvolatyötä ei ole aiemmin tutkittu liikunnan näkökulmasta, vaikka suomalainen lastenneuvolajärjestelmä on kansainvälisesti ainutlaatuinen ja Suomi esitellään liikunnan edistämisen mallimaana (Cavill ym. 2006a; Vuori ym. 2004). Lastenneuvolatyön mahdollisuudet lapsiperheiden liikunnallisessa aktiivinnissa on sen sijaan jo havaittu (Fogelholm ym. 2007, 78, 105; Koskenkorva & Lahti-Koski 2006). Kansainvälisesti vertailtuna suomalaisen lastenneuvolatyön merkitys korostuu myöhäisen koulunaloitustiän, palvelun kattavuuden ja kontaktien säännöllisyyden vuoksi. Lasten terveydenhuollossa toimivien hoitoalan ammattilaisten työnkuvan yhteneväisyydet huomioon ottaen tämän tutkimuksen tulokset voivat toimia käytännön esimerkkinä ja kehittämistyön innoittajana myös kansainvälisesti. Siksi osa artikkeleista on julkaistu kansainvälisissä julkaisuissa ja tutkimustuloksia on esitetty jo tutkimusentekovaiheessa kansainvälisissä kongresseissa.

Lastenneuvolatoimintaa ohjaa lainsäädäntö (Kansanterveyslaki 1972; Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005) sekä kansainväliset ja kansalliset terveyspoliittiset ohjelmat ja suositukset. Tämän väitöskirjatutkimuksen aikana lastenneuvolan toimintaa linjaavat ohjeet vaihtuivat (Lääkintöhallitus 1991; STM 2004a, 2004b). Ennen uusien ohjeiden ilmestymistä väitöskirjatutkija perehtyi terveydenhuollon ja terveyttä edistävän liikunnan kehittämissasiakirjoihin esitutkimuksen avulla (I osajulkaisu).

Kuvailevan tutkimuksen merkitystä on korostettu perustana terveydenhuollon interventioiden kehittämiseksi lähinnä asiakkaan näkökulmasta (Lobo

2005). Tässä tutkimuksessa ei ole kyse liikunnanedistämisestä interventiona (ks. Sallis ym. 2000; Sääkslahti 2005), vaan siitä, miten rutiinityötä voidaan terveydenhuollossa tehdä liikuntaa edistävällä tavalla. Tämän kuvailevan tutkimuksen tulokset perustuvat terveydenhoitajien omiin kokemuksiin ja näkemyksiin lastenneuvolatyöstä. Tutkimuksen tavoitteisiin sopi parhaiten aineistonkeruumenetelmistä focus group -menetelmä (Morgan 1997; Krueger & Casey 2000; Litva & Jacoby 2007; Pötsönen & Välimaa 1998), josta tässä raportissa käytetään myös nimitystä ryhmäkeskustelu. Käytetyn aineistonkeruumenetelmän etuna on, että keskusteluihin osallistuvien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen ansioista näkökulmat tulevat ilmi monipuolisemmin kuin yksittäisten terveydenhoitajien haastatteluissa. Samalla tutkimukseen osallistuvat terveydenhoitajat refleктоivat omia kokemuksiaan lastenneuvolatyöstä. Tällainen kuvaileva analyysi saattaa innoittaa terveydenhuollon työntekijöiden ohella muitakin tutkimuksen lukijoita miettimään työtään tarkemmin tämän tutkimuksen näkökulmasta. Tavoitteena on, että tutkijoiden ja kehittämistyötä tekevien henkilöiden lisäksi mahdollisimman moni terveydenhuollon käytännön työntekijä jaksaisi perehtyä tähän raporttiin. Siksi se on kirjoitettu suomeksi.

Tutkimuksen terveydenhoitajat koottiin harkinnanvaraisen näytteen avulla Länsi-Suomen erään maakunnan erikokoisista kunnista. Alkuperäisenä tarkoituksena ei ollut tehdä vertailua paikkakuntatyypeittäin, mutta analyysin myötä nousi esille muutamia erityispiirteitä, jotka tässä raportissa esitetään. Tutkimuksessa käytettiin kehysanalyyttistä tarkastelutapaa (Goffman 1974; Purroila 2002) ja laadullisista analyysimenetelmistä sisällönanalyysiä Tuomen ja Sarajärven kuvaamalla tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111). Lisäksi käytettiin yksinkertaista mainintojen laskemista havainnollistamaan mainintojen määrää ja erilaisten tekijöiden painottumista aineistossa (Silverman 2001, 37). Tutkimustulosten avulla lukijoille tarjoutuu tilaisuus tutustua terveydenhoitajan työhön havainnollistavien esimerkkien avulla. Suorat lainaukset ryhmäkeskusteluista esitetään säilyttämällä alkuperäinen murre.

Vaikka yhdessä osatutkimuksista käsiteltiin liikunnanedistämistyötä rajoittavia tekijöitä, painotettiin tässä tutkimuksessa terveydenhoitajien mahdollisuuksia edistää lasten ja perheiden liikuntaa lastenneuvolatyössä. Tutkimustuloksia sekä niihin perustuvaa mallia lapsen ja perheen liikunnan edistämisestä voidaan tulevaisuudessa käyttää pohjana arviointityölle. Lisäksi tämä tutkimus tuottaa kuvailevaa tietoa liikunnanedistämistyön toteuttamismahdollisuuksista lastenneuvolassa. Tutkimus laajentaa kuvaa yhden ammattiryhmän roolista lasten ja perheiden liikunnan edistämisessä. Samalla tämän ajankohtaisen tutkimuksen tulokset luovat pohjaa liikunnanedistämistyön kehittämiseksi osana terveyden edistämistä. Neuvolatyön rooli liikunnanedistämässä on nostettu esille uusimmissa politiikkaohjelmissa (Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007-2011, 2007, 62-65; Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007, 8), kansallisen liikuntaohjelman suunnittelussa (OPM 2008, 36 ja 72) sekä valtioneuvoston periaatepäätöksissä (Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista 2008; Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista 2008; 10-11, 19).

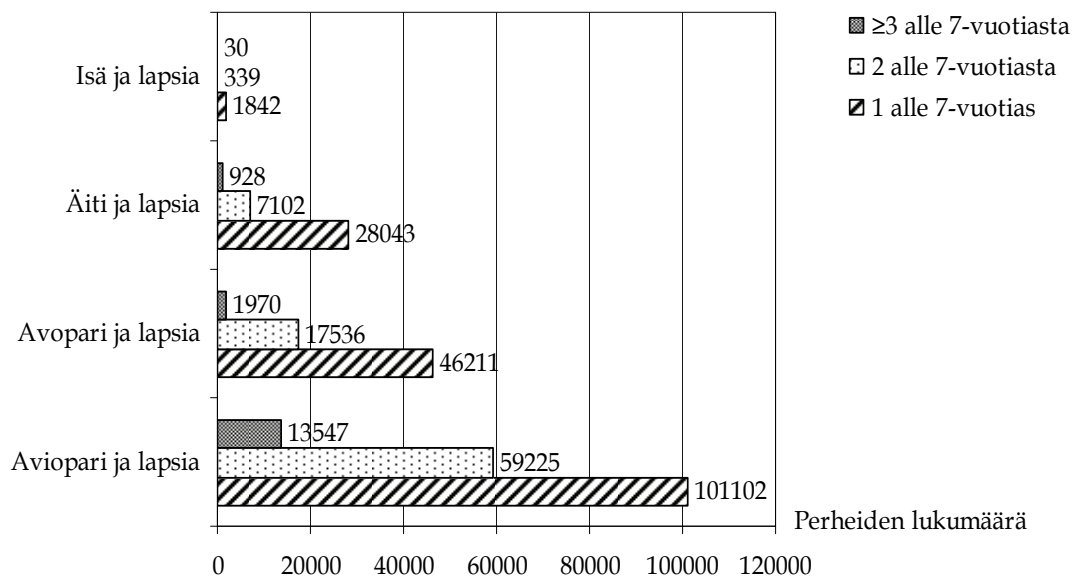
## 2 LASTENNEUVOLA

### 2.1 Kattava lapsiperheiden palvelujärjestelmä

Suomalainen lastenneuvola vastaa perusterveydenhuollon alkuperäistä tarkoitusta (WHO 1978): palvelu on koko maan kattava, asiakkaalle ilmainen ja kohdistuu koko ikäryhmään. Lisäksi kynnys lastenneuvolapalveluiden käyttämiseen on matala (Pelkonen ym. 2005). Lastenneuvolan asiakkaana onkin lähes jokainen suomalainen lapsiperhe (Taskinen 2007), jossa on alle kouluikäinen lapsi. Vuoden 2006 lopussa alle kouluikäisiä lapsia oli Suomessa 401941. Heistä poikia oli 205496 ja tyttöjä 196445. Alle kouluikäisten lasten perheitä oli yhteensä 277875. (Tilastokeskus 2007a, 13; Tilastokeskus 2007c, 125.) Perheistä suurin osa on perinteisiä ydinperheitä. Kuviossa 1 on esitetty lapsiperheiden lukumäärä Suomessa perhetyypin ja alle kouluikäisten lasten lukumäärän mukaan vuoden 2006 tietojen perusteella.

Etenkin suurissa kunnissa tai kuntayhtymissä lastenneuvolatyö toteutuu väestövastuun periaatteella (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 42), mikä edellyttää yhteistyötä vastattaessa tietyn alueen eri-ikäisten asukkaiden terveyden hoitamisesta ja edistämisestä. Lastenneuvolan moniammatilliseen tiimiin kuuluvat terveydenhoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, psykologi, puheterapeutti, suuhygienisti, ravitsemusterapeutti ja perhetyöntekijä (STM 2004b, 27-38). Väestövastuuseen pohjautuva malli muistuttaa kansainvälisesti tunnettua yhteisöhoitotyötä [community health nursing (Koponen ym. 1996; Simoila 1994; Spradley & Allender 1996)] ja perhekeskeistä hoitotyötä [family nursing (Duffy ym. 1998; Hakulinen 1998; Simoila 1994; Viljanen 1999)].

Vuoden 2007 lastenneuvolatoiminnan (N= 187 terveyskeskusta) selvityksessä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) suurimman väestöpohjan lastenneuvolat saivat korkeimmat laatuksiteeripisteet. Alustavina kriteereinä käytettiin muun muassa lastenneuvolatyön organisointia, erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden tilastointia sekä terveydenhoitajan ja lääkärin tekemien määräaikaistarkastusten toteutumista. Lääneittäin tarkasteltuna Länsi-Suomen läänin jakauma oli positiivisin. (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 32-34.)



KUVIO 1 Perheiden lukumäärä kuvattuna perhetyypin ja alle 7-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan Suomessa vuoden 2006 lopussa (Tilastokeskus 2007b)

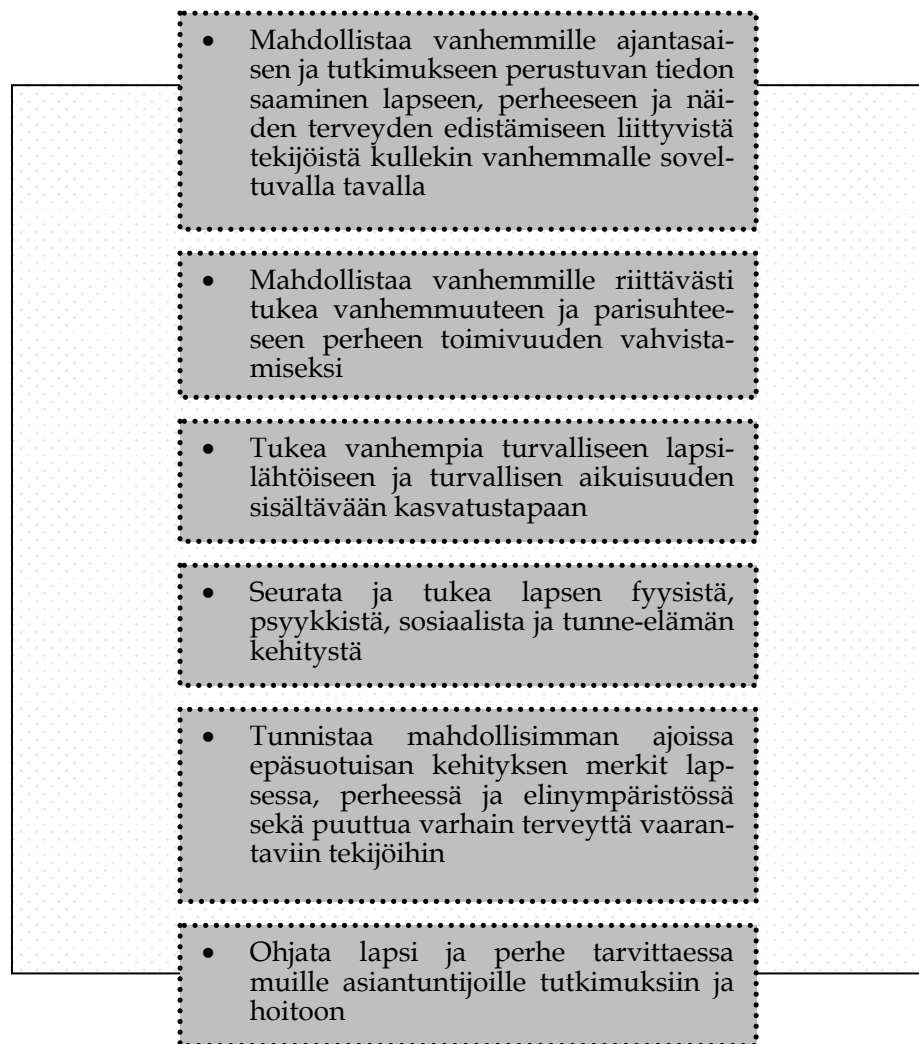
## 2.2 Neuvolan perustehtävä ja toimintaa ohjaavat periaatteet

Suomalaisella lastenneuvolatyöllä on ollut keskeinen merkitys ennaltaehkäisevässä kansanterveystyössä 1940-luvulta alkaen (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Koponen 1997, 8-11; Laki kunnallisista terveysisäristä 1944) ja lastenneuvolatyötä on pidetty terveyden edistämisen edelläkävijänä Suomessa (Liimatainen 2002; Lindholm 2007). Neuvolan perinteisenä tehtävänä nähdään lapsen kasvun ja kehityksen seuranta ja seulonta sekä kasvattaminen terveisiin elintapoihin (Simell & Simell 1997; Terho 1988). Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007, 10) mukaan nykyajan neuvolalta odotetaan yhä aktiivisempaa roolia elintapaneuvonnassa.

Nykyisten sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden (STM 2004a, 20) mukaan lastenneuvolan yleistavoitteena on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin paraneminen etenkin erityistukea tarvitsevisä perheissä. Lisäksi tavoitteena on, että seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyisen. Kuviossa 2 on esitetty lastenneuvolan tehtävät lapsen ja perheen tasoilla (STM 2004a, 21). Tarkan ym. tutkimustulosten mukaan (Tarkka ym. 2002) ensimmäistä lastaan odottavat äidit toivovat terveydenhoitajan seuraavan lapsen kasvua ja kehitystä ja antavan tietoa kehityksestä sekä sen edistämisestä, mutta halusivat lisäksi terveydenhoitajan olevan kiinnostunut myös äidin voinnista ja jaksamisesta. Eräs tutkimukseen osallistujista totesi: "terveydenhoitajan tulisi neuvoa enemmän äidin

hyvinvointia, liikuntaa ja ravintoa koskevissa asioissa.” (Tarkka ym. 2002.) Samoin Lohinivan (1999, 64) tutkimuksessa ilmeni, että erityisesti pienten lasten vanhemmat pitivät tärkeänä lapsen fyysisen kasvun ja kehityksen seurantaa. Viljamaan tutkimuksessa (Viljamaa 2003, 91-92) juuri lapsen terveyden ja kehityksen tukeminen nousivat vanhempien tärkeimmäksi neuvolaan kohdistuvaksi palveluodotukseksi jokaisessa vanhemmuuden vaiheessa.

#### LASTENNEUVOLAN TEHTÄVÄT LAPSEN JA PERHEEN TASOILLA:



KUVIO 2 Lastenneuvolan tehtävät lapsen ja perheen tasoilla (STM 2004a, 21)

Vaikka neuvolatyön tulee olla ”yksilöllistä seurantaa ja tukea vauvasta kouluikään ” (STM 2004a, 12), on työn taustalla kuitenkin periaatteena perhekeskeisyys. Perhekeskeisyys tulisi merkitä (STM 2004b, 18) muun muassa sitä, että äiti, isä ja lapsi/lapset ovat neuvolan asiakkaina [vrt! ”family as client” (Harron Hanson 2005)] ja että neuvolatyössä otetaan huomioon yksittäisen perheen

elämäntilanne, tottumukset ja ympäristö. (STM 2004b, 18-19; Viljanen 1999.) Tutkimustulosten perusteella (Paavilainen 2002; Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000; Viljamaa 2003; Viljanen 1999) vaikuttaa siltä, että neuvolassa työn kohteena on lapsi tai äiti, ei perhe kokonaisuutena. Isien suhteen neuvolatoiminnan on todettu kehittyneen silti aivan viime vuosina myönteiseen suuntaan (STM 2008b). Kuitenkin on vielä ilmeistä, että perhekeskeisyys merkitsee Harmon Hansonin (2005) kuvaamaa käsitettä "family as context", siis yksilön hoitoa perhetausta huomioon ottaen (Simoila 1994, 119-121, 124-125).

Lastenneuvolan asiakkaana olleista vanhemmista 22 % koki saaneensa palvelua, jossa perhekeskeisyyden edellytykset toteutuivat (Viljamaa 2003, 75). Lohinivan (1999, 61) tutkimuksessa neuvolaterveydenhoitajat näkivät työnsä perhekeskeiseksi ja koko perheen hyvinvointia edistäväksi. Heidän mielestään lapsi nähdään perheensä ja yhteisönsä jäsenenä ja perheen tukeminen tapahtuu sen yksittäisten perheenjäsenten kautta. Tämän tutkimuksen teoreettisessa osassa tunnustetaan myös kyseinen näkökulma: ensisijaisesti puhutaan alle kouluikäisen lapsen liikunnasta ja liikunnan merkityksestä lapselle, vaikka näkökulmana onkin lopulta myös yksittäisten perheenjäsenten ja koko perheen liikunnan aktivointi ja sitä kautta kaikkien suomalaisten lapsiperheiden liikunnan edistäminen.

Asiantuntijat ovat esittäneet tarpeen perhekeskeisyyden lisäämiseksi (Paavilainen 2002; Vehviläinen-Julkunen 1990) sekä toiveen perhekeskeisyyden konkretisoimiseksi lastenneuvolatyössä (Tarkka ym. 2002). Tämä väitöskirjatutkimus pyrkii osaltaan konkretisoimaan perhekeskeisyyttä lastenneuvolatyössä liikunnan näkökulmasta tarkasteltuna.

Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys neuvolatyön periaatteina edellyttävät lapsen ja perheen tuntemista. Simonsen-Rehnin perusterveydenhuollon palveluita koskevassa tutkimuksessa juuri asiakkaiden terveyden ja elinolosuhteiden tunteminen – lähinnä väestötasolla – lisäsi työntekijöiden toteuttamaa terveyttä edistävää työtä (Simonsen-Rehn ym. 2009). Liikunnan näkökulmasta tarkasteltuna yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys merkitsevät lapsen kehitystason ja -ympäristön, erityistarpeiden, vahvuuksien, kiinnostuksen ja kokemusten tuntemista sekä perheen arjen, kiinnostuksen kohteiden ja mahdollisuuksien tuntemista (asuinympäristö, liikuntavälineet).

Voimavarasuuntautuneessa lähestymistavassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan tietoisten valintojen tukemista ja riskitekijöiden korostamisen sijasta keskitytään asiakkaan kokonaiselämäntilanteeseen (Liimatainen ym. 2001). Voimavarojen oletetaan edistävän lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä suojaavan perheenjäsenien terveyttä. Esimerkiksi Sirviön lapsiperheiden osallisuutta terveyden edistämiseksi käsitelleessä tutkimuksessa (Sirviö 2006) terveydenhoitajat toivat esiin, että liikunta voitaisiin nähdä perheen voimavaroja vahvistavaksi tekijäksi. Eräs tutkimukseen osallistunut terveydenhoitaja ilmaisi asian seuraavasti: "Mutta toisaalta on niitä perheitä missä selvästi näkkee, että vanhemmilla mennee hyvin ja lapsilla mennee hyvin ja ollaan iltaisin kotona ja käyvään paistamassa makkaraa jossain, käyvään uimahallissa uimassa. Eli

tehhään ihan semmosia tavallisia asioita ja ollaan siellä kotona, ollaan keskenään...” [terveydenhoitajan puheenvuorosta (Sirviö 2006, 69)].

Lastenneuvolatyötä tutkittaessa on esitetty tarve tunnistaa perheitä kuormittavia ja perheille voimia antavia tekijöitä sekä vahvistaa perheiden voimavaroja (Hakulinen & Pelkonen 2002; Pelkonen ym. 2005). Lapsen liikunnan ja perheen yhteisen liikunnan tukeminen nähdään tässä tutkimuksessa yhtenä keinona perheiden ulkoisten [esim. fyysinen kunto, liikunta ilon ja virkistystyksen tuottajana (Hakulinen & Pelkonen 2002)] ja sisäisten voimavarojen [esim. perheen kiinteys (WHO 1999, 21-26, 88-89)] vahvistamiseen.

### 2.3 Terveydenhoitaja lastenneuvolan voimavarana

Suomessa oli vuonna 2006 kaikkiaan 14492 terveydenhoitajaa (Tilastokeskus 2007a, 517), joista äitiys- ja lastenneuvolatyössä toimivien määräksi arvioidaan 2275 (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 109). Äitiys- ja lastenneuvolatyötä koskevassa tutkimuksessa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005) mukana olleista lastenneuvolan terveydenhoitajista [N=1282] pelkästään lastenneuvolatyötä teki vain joka kymmenes terveydenhoitaja. Yleisin terveydenhoitajan työnkuva oli laaja-alainen, mikä tarkoittaa Koposen (1997) mukaan sitä, että lastenneuvolan lisäksi työtehtäviin voi kuulua esimerkiksi äitiysneuvolatyö, kouluterveydenhuolto, kotisairaanhoido ja avovastaanotto. Terveydenhuoltojärjestelmien organisatorisista eroista huolimatta suomalaisen lastenneuvolan terveydenhoitajan työ muistuttaa eri ammattinimikkeillä [BVC-sjuksköterska, community health nurse, district nurse, distriktssköterska, health visitor, public health nurse] toimivien hoitajien työtä useissa muissa maissa. (Baggens 2004; CHNAC 2003; Cookfair & Jones 1996, 66-84; Ellefsen 2001; Forbes ym. 2007; Hanafin ym. 2002; Hassmiller 2000; Kalnins 2002; Koponen, 1997, 12; Robertson 1991, 55-116; Smith 2004; Socialstyrelsen 1991.) Näiden hoitajien työ on ollut perinteisesti terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää kansanterveystyötä (Besner 2004; Forbes ym. 2007; Koponen 1997; Robertson 1991, 1-12; Simoila 1994; Sourtzi ym. 1996; Spradley & Allender 1996).

Koposen aineistossa (Koponen & Kalkas 1997) sekä äitiys- että lastenneuvolatyö suuntautuivat muita perusterveydenhuollon työmuotoja enemmän ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen. Lisäksi ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen olivat aiheena vastaanotoilla useimmin erityisesti maaseututerveydenhoitajien keskuudessa. (Koponen & Kalkas 1997.) Simonsen-Rehn ym. (2009) terveydenhuollon työntekijäryhmiä koskeneessa tutkimuksessa juuri terveydenhoitajat toteuttivat aktiivisimmin terveyttä edistävää työtä. Kyselylomakkeessa liikunta oli mukana. Miilunpalon ym. (1995) terveysneuvontaa koskeneessa tutkimuksessa mukana oli lääkäreitä (n=211), fysioterapeutteja (156) ja avoterveydenhuollossa toimivia terveydenhoitajia (n=214). Hoitajien ryhmässä ei ollut terveydenhoitajia lastenneuvolasta, ainoastaan äitiysneuvolasta. Tulosten mukaan terveydenhoitajat pitivät terveellisiin elintapoihin kohdistuvaa

neuvontaa tärkeänä ja terveydenhoitajien neuvonnassa korostuivat sisältöinä ravinto ja liikunta, kun taas esimerkiksi fysioterapeuttien toteuttamassa neuvonnassa sisältönä oli useimmiten liikunta. Liikuntaneuvontaa sisältyi myös lähes kolmasosaan terveydenhoitajien vastaanottokäynneistä. Terveydenhoitajien positiivisia tutkimustuloksia tutkija selitti sillä, että terveydenhoitajat työskentelevät pääasiassa terveiden asiakkaiden parissa. Edellä esitettyjen tutkimusten tulokset (Miilunpalo ym. 1995; Simonsen-Rehn ym. 2009) antavat aiheen olettaa, että myös lastenneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat edistävivät liikuntaa työssään. Miilunpalo ym. tutkimuksen kanssa samansuuntaisia tuloksia esitti Douglas ym. (2006) tutkiessaan terveydenhoitajien asenteita Skotlannissa. Kyseisessä tutkimuksessa aikuisten perusterveydenhuollon terveydenhoitajat eivät kuitenkaan tunteneet ajankohtaisia liikuntasuosituksia.

Lastenneuvolan terveydenhoitaja tapaa perusterveydenhuollon työntekijänä ja ainoana perheen ulkopuolisena tahona jokaisen suomalaisen lapsen ja hänen perheensä edustajan säännöllisin väliajoin vauvavaiheesta koulunaloitukseen määrääikaistarkastusten yhteydessä. Lastenneuvolan määrääikaistarkastusten ohjelmaan kuuluu yhden alkuvaiheen kotikäynnin lisäksi yhdeksän tarkastusta ennen ensimmäistä ikävuotta ja kuusi tarkastusta 1. ja 6. ikävuosien aikana. Lapsen ollessa viisivuotias tehdään laajennettu terveystarkastus nykyisten ohjeiden mukaisesti. (STM 2004a.) Hakulinen-Viitanen ym. (2005) tutkimuksen mukaan yli kolmasosa terveydenhoitajista käytti määrääikaistarkastuksiin 60 minuuttia tai enemmän aikaa. Tapaamisten yhteydessä terveydenhoitajalla on suora vaikutusmahdollisuus lapseen ja epäsuorasti lapseen perheen edustajan – useimmiten äidin – kautta. Lastenneuvolakäynteihin osallistuu isistä noin kolmasosa (STM 2008b, 24).

Hakulinen-Viitanen ym. (2005) tutkimuksen mukaan lastenneuvolan määrääikaistarkastuksista puutteellisimmin toteutuivat imeväisikäisten lasten tarkastukset. Läänien ja terveyskeskusten välillä esiintyi vaihtelua. Länsi-Suomen läänissä terveydenhoitajan tekemien tarkastusten määrä imeväisikäisille oli suositusten mukainen kolmasosassa terveyskeskuksia. Leikki-ikäisten tarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti lähes kaikissa terveyskeskuksissa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005.)

Terveydenhoitajilla on lastenneuvolatoiminnan tutkimuksen mukaan (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 31) paljon päätösvaltaa työssään. Terveydenhoitajalla on mahdollisuus esittää lisäkäyntejä yksilöllisesti perheiden yksilöllisten tarpeiden perusteella (STM 2004a, 128). Tällaisia tarpeita voisivat olla liikunnan edistämisen näkökulmasta esimerkiksi perheen inaktiivisuus, lapsen ylipaino tai paikkakunnalle muuttanut perhe.

Lapsen varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, parisuhdeongelmat, perheväkivalta ja mielenterveysongelmat (STM 2004b, 14) ovat tuoneet lisäpaineita terveydenhoitajan työhön viime vuosina (Kangaspunta ym. 2004; Rimpelä 2007; STM 2004b, 14). Muutospaine ilmenee myös siinä, että sekä äitiys- että lastenneuvolatyötä käsitteli vuosien 1990-2003 aikana 144 tutkimusta (Pelkonen ym. 2005). Tutkimuksista 71 kohdistui terveydenhuollon työntekijöihin. Mikään niistä ei kuitenkaan sivunnut liikunnanedistämistyötä lastenneuvolassa.



## 3 LIKUNNAN EDISTÄMISEN VAATIMUS TERVEYDENHUOLLOSSA

### 3.1 Liikunnan edistäminen ajankohtaisena haasteena

Bangkok Charterissa (2005) terveyden edistäminen määritellään olevan "the process of enabling people to increase control over their health and its determinants and thereby improve health. It is a core function of public health and contributes to the work of tackling communicable and noncommunicable diseases and other threats to health". Suomessa kansanterveyslain uudistus (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005) nimeää terveyden edistämisen kansanterveystyön - näin ollen myös lastenneuvolatyön - ydintehtäväksi. Vaikka terveyden edistäminen on kunnassa kaikkien eri tahojen tehtävä, on se yksi luonnollisin osa terveydenhuollon tehtäväkenttää (Cavill ym. 2006b, 16; Perttilä 1999; Resolution WHA 57.17 2004; STM 2001; WHO 1999).

Asiakkaan liikunnan edistäminen on liitetty traditionaalisesti terveydenhuollon ehkäisevään työhön ja terveyden edistämiseen osana terveellisten elintapojen edistämistä (Lalonde report 1974). Erityisesti 2000-luvulla liikunta on noussut uudelleen yhdeksi terveyden edistämisen aihealueeksi ja terveyden edistämistyön painopistealueeksi sekä kansainvälisesti (Cavill ym. 2006b; European Commission 2007; WHO 2003; WHO 2007) että kansallisesti (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007, 25, 47-49; Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007). Eurooppalaisessa viitekehyksessä liikunnan edistäminen esitetään myös kansanterveystyön perustavaa laatua olevaksi osaksi. Euroopan unionin kansanterveystyössä liikunta esitetään terveyden taustatekijäksi ja yhdeksi avaintekijäksi terveellisten elintapojen edistämässä. Vähäinen liikunta mainitaan yhtenä seitsemästä eniten terveyttä uhkaavasta riskitekijästä. Erityisesti ennaltaehkäisyä ja edistämistyötä korostetaan lasten kohdalla vuosien 2008-2013 ohjelmassa. (Decisions adopted jointly... 2007; European Commission 2007, 7; WHO 2007.) Terveydenhuollon ammattilaisiin suuntautunutta painetta liikunnan edistämiseen kuvaa se, että WHO:n Euroopan alueella oli dokumentoitu 129 kansallisen tason ja 23 paikallisen tason asiakirjaa terveyttä edistävästä liikunnasta syksyyn 2006 mennessä (Kahlmeier ym. 2007). Euroopan unionin vaikutuksen koko ajan lisääntyessä (STM 2006, 29) on tärkeää, että eurooppalaiset linjaukset otetaan huomioon myös kansallisesti.

Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista (2008) tuo esille neuvolatyön liikuntaneuvonnan merkityksen lasten liikuntataitojen oppimisen ja liikunnallisen elämäntavan omaksumisen kannalta. Lisäksi korostetaan toimenpiteitä terveysalan ammattilaisten liikuntakasvatus- ja neuvontataitojen osaamisen lisäämiseksi. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämissälinjoista (2008, 10) korostaa samoin neuvolan henkilökunnan roolia ja osaamista sekä käytettävissä olevien menetelmien merkitystä lasten liikuntatottumusten arvioinnissa, elintapaongelmien havaitsemisessa ja ohjauksessa. Lisäksi edellytetään terveysalan koulutuksen tarjoavan perustietoa liikunnan merkityksestä terveydelle ja hyvinvoinnille. (Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan... 2008, 18.)

Lastenneuvolan liikunnanedistämistyön merkitys on noussut asiakirjoissa huomattavasti verrattuna tämän väitöstutkimuksen alkuvaiheeseen. Ensimmäisen osatutkimuksen (I) tavoitteena oli selvittää, minkälaiset lastenneuvoloiden liikunnanedistämisen osa-alueet tulevat esille terveydenhuollon ja terveyttä edistävän liikunnan kehittämissäasiakirjoissa. Asiakirja-aineistossa ei esiintynyt ollenkaan suoraan lastenneuvolan liikunnanedistämistyöhön kohdistuvaa tekstiä. Konkretisoinnin tuloksena esitettiin liikunnanedistämisen osa-alueet, joiden tulisi toteutua lastenneuvolatyössä. Näitä osa-alueita käytettiin lopullisen tutkimuksen keskustelurungon kehittämisessä (taulukko 1 sivulla 31).

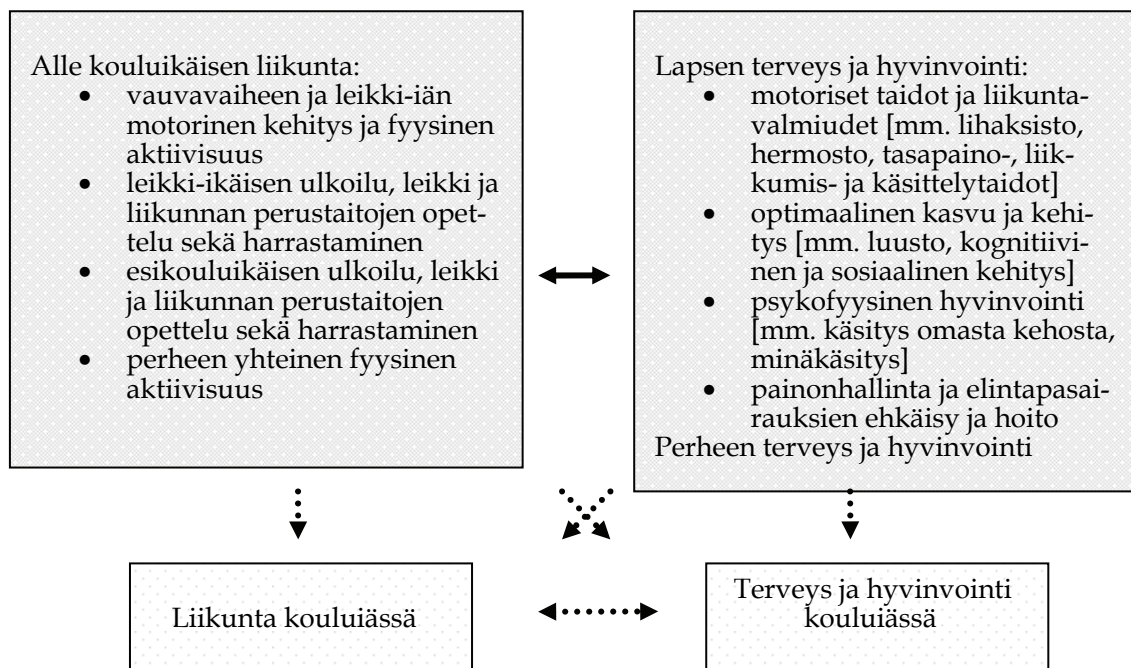
### **3.2 Varhaislapsuuden liikunnan erityismerkitys terveydelle ja hyvinvoinnille**

Maailman terveysjärjestön mukaan varhaislapsuuden terveydellä on erityismerkityksensä, koska lapsen terveys määrittää tulevaisuuden terveyttä. Erityisesti korostetaan vuosia 0 - 5/6 kriittisimpänä vaiheena terveellisten elintapojen muodostumiselle (WHO 2005). Vaikka lasten terveys ja hyvinvointi on myös Suomessa yksi terveyden edistämisen ja kansanterveystyön painopistealue, puuttuu kansallisen tason tilastotieto Suomessa erityisesti alle 11-vuotiaiden lasten terveydestä ja perheiden hyvinvoinnista (Mäki ym. 2008). Lasten terveysseuranta on kuitenkin parhaillaan kehittämisen kohteena niin Suomessa [LATE-hanke (Mäki ym. 2008)] kuin yleensä Euroopassa (Rigby ym. 2003).

Vaikka alle kouluikäisten lasten terveyttä on tutkittu vähän, voidaan esittää muutamia tuloksia sellaisista tutkimuksista, joissa kohderyhmänä on ollut lähes kyseinen ikäryhmä ja tutkimustieto on merkityksellistä liikunnan edistämistä tarkasteltaessa. Vuoden 1996 koulutulokkaita tutkittaessa (Sihvola 2000) oli lihaviin (suhteellinen paino  $\geq 20$ ) osuus 13 % tytöistä ja pojista (N=1820). Stigman ym. (2008) tuoreessa tutkimuksessa 8-vuotiaista lapsista (N=304) 19% oli ylipainoisia tai lihavia. Sihvolan koulutulokastutkimuksessa (Sihvola 2000) ja Gisslerin kohorttitutkimuksessa (Gissler 1999) lähes joka kymmenennellä lapsella oli jokin pitkäaikaissairaus. Motorisia ongelmia arvellaan olevan noin 5-10 %:lla 4-5-vuotiaista lapsista (STM 2004a, 198-199).

Vielä 2000-luvun alussa oli olemassa vain vähän tutkimustietoa alle kouluikäisten liikunnasta (Telama ym. 2001). Viime vuosina valmistuneissa liikuntatieteen ja erityispedagogiikan väitöskirjatutkimuksissa on tuotu esille varhaislapsuuden fyysisen aktiivisuuden ja motoristen taitojen (Halme 2008; Iivonen 2008; Sääkslahti 2005, 15-28; Viholainen 2006) monimuotoinen merkitys lapsen kokonaisvaltaiselle kasvulle ja kehitykselle (Halme 2008). Sääkslahden tutkimuksessa (2005) todettiin, että jo kuusivuotiaiden lasten fyysisessä aktiivisuudessa on suuria yksilöllisiä eroja. Galluuttutkimuksen mukaan (Liikuntatutkimus 2005-2006, 2006) 14 % 3-6-vuotiaista lapsista ei harrasta ollenkaan liikuntaa ja urheilua, ei omatoimisesti eikä organisoidusti. Tuossa ikäryhmässä urheiluseurassa oli 28 % lapsista. Kerran viikossa urheiluseurassa harrastavien 3-6-vuotiaiden määrä on 75 %, kaksi kertaa viikossa harrastaa joka viides lapsi ja kolme kertaa viikossa 7 % lapsista. Kaikkiaan 3-18 -vuotiaiden aineistossa liikunnan ja urheilun harrastaminen urheiluseurassa oli vähäisintä maaseutumaisissa kunnissa (32 %) ja aktiivisinta kaupunkimaisissa kunnissa ja pääkaupunkiseudulla (44 % ja 53 %). Toisaalta paikkakuntatyyppi ei aiheuttanut liikunnan harrastamisessa merkittäviä eroja. Näin ollen tutkijat päättelivät, että maaseutumaisissa kunnissa lapset ”harrastavat liikuntaa kavereiden ja ystävien kanssa yhdessä omatoimisesti”. (Liikuntatutkimus 2005-2006, 2006.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan liikuntaa jokaisen lapsen terveyden ja hyvinvoinnin voimavarana, jota terveydenhuollon ammattilaisten tulisi työssään tukea (kuvio 3). Samalla liikunnan oppiminen ja liikuntaan oppiminen nähdään osana hyvinvointioppimista (Rimpelä 2009), johon vaikuttavat ennen kouluikää erilaiset kehitysympäristöt – ennen kaikkea perhe.



KUVIO 3 Alle kouluikäisen lapsen liikunnan erityismerkitys (Fogelholm 2005; Gallahue & Ozmun 2002; Malina 2001; Numminen 2005; Pönkkö 1999; Sääkslahti 2005; Tammelin 2003; Vuolle 2000; WHO 2005)

## 4 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TEHTÄVÄT

### 4.1 Tutkimuksen teoreettinen malli

On kai meillä ny siinä sitte asiakkaina just tämmöne, mitä pitäs just alkaa siitä vastasyntyneestä asti ni opettamaan se siihen liikunnalliseen elämäntapaan kannustamalla perhettä kokonaan siihen liikkumiseen. Sehän on nyt sitte mistä se ihmisen elämä oikee alkaa tää liikunnallinen elämäki. [Tutkimukseen osallistuneen terveydenhoitajan puheenvuorosta (Th23, lähiö)]

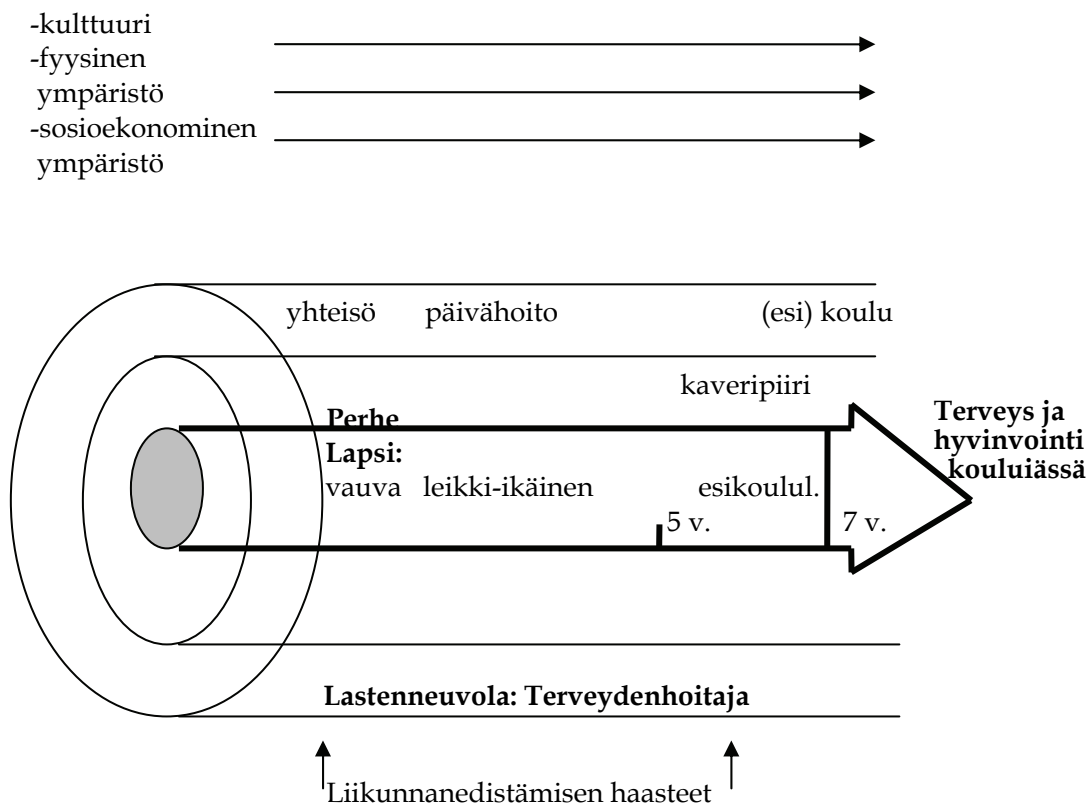
Tutkimuksen viitekehystenä käytetään terveyden edistämisen tutkimusalueelta health career -mallia, jonka ovat luoneet professorit Keith Tones ja Sylvia Tilford Leo Baricin työn innoittamina. Alkuperäinen malli kuvaa eri tekijöiden osuutta yksilön terveystyöskäytymiseen, asenteisiin ja arvostuksiin, "terveysuraan", elämänkaaren aikana. (Tones & Green 2004, 62-64; Tones & Tilford 2001, 195-199.) Tätä tutkimusta varten malli tiivistettiin kohdistumaan ainoastaan varhaislapsuuteen (kuviokuva 4). Kansainvälisesti tarkasteltuna lapsuus olisi voitu jakaa 5-vuotisjaksoihin (NASPE 2002; Rigby ym. 2003; Tones & Tilford 2001, 196; WHO 2005), mutta suomalaisessa tutkimuksessa oli kuitenkin luonteva ottaa malliin aika syntymästä koulunaloitusikäen, seitsemänteen ikävuo-teen asti. Juuri tuon ikävaiheen lapsi on lastenneuvolan asiakkaana. Tämän tutkimuksen malli esittää yksilön "liikuntauran" kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ennen kouluikää. Mallissa tavoitteena on, että lapsi saisi perheessään ja kasvuympäristössään niin monipuolisia ja positiivisia kokemuksia liikunnasta ja sellaista tukea ja mallia perheeltä ja terveydenhuollosta, että hän voisi siirtyä kouluvaiheeseen omista lähtökohdistaan käsin parhaalla mahdollisella tavalla motorisesti kehittyneenä sekä fyysisesti aktiivisena ja uskoen itseensä ja liikunnallisiin taitoihinsa. Näiden asioiden uskotaan luovan osaltaan pohjaa lapsen kokonaisvaltaiselle terveydelle ja hyvinvoinnille kouluiässä (WHO 2005, 47-48).

Alkuperäinen malli korostaa primaarisosialisaation vahvaa vaikutusta lapsen terveyttä edistävien asenteiden, tietojen ja taitojen kehittymiseen. Tätä symboloi perheen sijoittuminen mallin keskiössä olevan, lapsen eri ikävaiheita

kuvaavan ytimen välittömään läheisyyteen. Mallissa tuodaan esille se, että jo ennen kouluikää lapsen elämässä on perheen lisäksi taustatekijöitä ja kehitysympäristöjä, joilla on osuutensa lapsen fyysisesti aktiivisen elintavan muotoutumiseen. Tämän tutkimuksen kontekstissa taustatekijöitä ovat esimerkiksi lasten liikunnan korostuminen liikuntakulttuurissa, paikkakunnan liikuntatarjonta lapsiperheille ja lapsille, paikkakunnan fyysiset olosuhteet [maaseutu - kaupunki: keskusta-alue/asumalähiö] ja sosioekonomiset tekijät (Cavill ym. 2006b, 15; Sallis ym. 1998; USDHHS ym. 1999, 117-142).

Ennen kouluikää alkuperäisessä mallissa korostuu perheen lisäksi paikallisen yhteisön ja päivähoidossa sekä terveydenhuollossa toimivien asiantuntijoiden (maternity services: antenatal classes, health visitor) merkitys. Suomessa lastenneuvola toimii myös äitiysneuvolan jatkumona. Suomessa päivähoidon palvelujen parissa olevien lasten osuus on pienempi kuin lastenneuvolan palveluita käyttävien osuus. Kunnan järjestämässä päivähoidossa on 0-6 -vuotiaista lapsista suurissa kunnissa (yli 75 000 asukasta) 49 %, keskisuurissa kunnissa (10000-75000 asukasta) 46 % lapsista ja pienissä kunnissa (alle 10000 asukasta) 42 % lapsista. (Färkkilä ym. 2006, 12.)

Optimaalista lapsen terveysuran kehittymisen kannalta olisi, jos perheen ulkopuolisten asiantuntijatahojen roolit lapsen terveydenedistämässä olisivat samansuuntaiset tai toisiaan täydentävät.



KUVIO 4 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuen K. Tonesin ja S. Tilfordin health career - malliin [mukaeltu kehittäjiensä 11.2.2005 antamalla luvalla (Tones & Green 2004, 62-64; Tones & Tilford 2001, 195-199)]

Tässä tutkimuksessa käytetyn teoreettisen mallin kanssa yhdensuuntaisia ajatuksia ovat esittäneet esimerkiksi Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999) kirjoittaessaan perheen vaikutuksesta liikunnan merkityksen sisäistämiseksi perheen hoitotyössä sekä Koivusilta ym. (2001) tarkastellessaan koululaisten terveyden kehittymistä. Myös heidän mukaansa elämänkaaren eri vaiheissa opitut terveelliset elintavat valmistavat yksilöä seuraavaan elämänvaiheeseen.

## 4.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät

Tässä väitöskirjatutkimuksessa käytetään monitieteistä lähestymistapaa, mikä on tyypillistä terveyden edistämisen tutkimukselle (Lahtinen ym. 2003; Smith ym. 2006). Terveyden edistämisen alueelta käsitellään terveyttä edistävien lastenneuvolapalveluiden kehittämistä [health services -research sector], lasten terveyttä [child health -sector] ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen välillistä kehittämistä. Lastenneuvola osana kansanterveystyötä sekä kaikkien lasten ja lapsiperheiden perusterveydenhuollon palvelujärjestelmänä tuo tutkimukseen kansanterveystyön näkökulmaa. Lapsen ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvointi tutkimuksen lopullisena päämääränä määrittää tulevaisuuden terveyttä ja siirtää terveyttä seuraaville sukupolville (WHO 2005, 47-48). Ilman liikuntatieteellistä asiantuntemusta liikunnan edistämistä olisi hyvin vaikea tutkia.

Yksittäisen ammattiryhmän omaan kokemukseen ja näkemykseen perustuva tutkimustieto liikunnan edistämisestä puuttuu, vaikka eri ammattiryhmillä voidaan olettaa olevan erilaiset mahdollisuudet liikunnan edistämiseen [vrt. terveyden edistäminen (Ewles & Simnett 1995, 29)]. Kuvailevan tutkimustiedon merkitystä ja tarvetta lisää juuri terveydenhoitajien työn yleismaailmallinen luonne ja lasten liikunnan avainasema terveyden edistämistyössä. Erityisesti puuttuu tutkimustieto, joka ottaa huomioon asiakkaan - liikunnanedistämisen kohteen - erityisominaisuudet: iän, kehitystason ja ympäristötekijät. Tämä tutkimus osallistuu terveyttä edistävän työn arviointiin ja tuottaa tietoa terveyden edistämisen kehittämisen pohjaksi tekemällä ensimmäistä kertaa näkyväksi terveydenhoitajien roolia ja heidän toteuttamaansa liikuntaa edistävää työtä alle kouluikäisten lasten ja lapsiperheiden parissa. Liikunnanedistämisen konkretisoinnin avulla terveydenhuollon työntekijät, päätöksentekijät ja tutkijat sekä muut ammattilaiset saavat kuvan liikunnanedistämistyön toteuttamisesta ja toteutumisen mahdollisuuksista sekä kehittämismahdollisuuksista lapsiperheiden terveydenhuollossa.

Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, miten terveydenhoitajien ammattikunta suhtautuu varhaislapsuuden liikuntaan, miten liikunnanedistämistyö ilmenee heidän päivittäisessä työssään ja mitkä tekijät heidän mielestään mahdollistavat liikuntaa edistävän työn. Koska lastenneuvolajärjestelmä on ainoa kaikkiin suomalaisiin lapsiperheisiin kohdistuva terveydenhuollon järjestelmä varhaislapsuudessa ja terveydenhoitaja tapaa lapsen ja perheen edustajan

useimmin vastaanottojen aikana, valittiin lastenneuvolan terveydenhoitajat kohderyhmäksi.

Lasten liikunnan edistäminen tulisi toteutua luontevana osana terveydenhoitajan arkipäivän työtä – ei niinkään irrallisena interventiona – ja siksi tässä tutkimuksessa vastataan siihen, miten terveydenhoitajat kokevat edistävänsä lasten liikuntaa määräaikaistarkastusten yhteydessä. Vastapainoksi sille että lastenneuvolatyöhön on kohdistettu viime vuosina paljon kehittämisvaatimuksia ja tutkimuksia organisaation ulkopuolelta, haluttiin tässä tutkimuksessa kuulla nimenomaan terveydenhoitajien omia kokemuksia, näkemyksiä ja perusteluja heidän mahdollisuuksistaan lasten liikunnan edistämistyöhön.

Tutkimustulokset antavat kuvan siitä, mitä terveydenhoitajien ammattiryhmältä on realistista odottaa lasten ja perheiden liikunnan edistämisen näkökulmasta. Uusi, käytännön arkeen sidottu kartoittava ja kuvaileva tutkimustieto tarjoaa hyödyllistä tietoa terveydenhuollon päättäjille ja kehittäjille, terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksen toteuttajille ja kehittäjille sekä tulevaisuuden tutkijoille. Tämänkaltainen tutkimus voi lisäksi innostaa muitakin terveydenhuollon ammattilaisia analysoimaan omaa terveyttä ja liikuntaa edistävää työtään entistä tarkemmin. Erityisesti lastenneuvoloiden terveydenhoitajat voivat tutkimustiedon avulla saada henkilökohtaista innoitusta lapsiperheiden liikunnan edistämiseen ja toisaalta heille tarjoutuu tilaisuus verrata omaa terveyttä edistävää työtään muiden terveydenhoitajien kokemuksiin.

Tämän tutkimuksen tehtävinä oli:

1. Tutkia lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien suhtautumista liikuntaan pohjana terveyden edistämistyölle
  - a. selvittämällä ja kuvaamalla terveydenhoitajien eri näkökulmat varhaislapsuuden liikuntaan (II osajulkaisu) sekä
  - b. etsimällä näiden näkökulmien yhteiset piirteet (yhteenveto).
2. Tutkia terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, miten liikunnan edistäminen ilmenee lastenneuvolatyössä
  - a. selvittämällä ja kuvaamalla liikunnan edistämisen sisältö ja menetelmät (III osajulkaisu) sekä
  - b. luomalla kuvaava malli liikunnan edistämisestä lastenneuvolatyössä (yhteenveto).
3. Tutkia terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia liikunnan edistämistyön toteuttamismahdollisuuksista
  - a. selvittämällä erilaisten liikunnan edistämistyötä määrittävien tekijöiden painottuminen,
  - b. kartoittamalla ja kuvaamalla terveydenhoitajien kehittämisedotukset (IV osajulkaisu) sekä
  - b. tarkastelemalla mahdollistavien tekijöiden suhdetta liikunnan edistämisen keinoihin (yhteenveto).

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TOTEUTUS

### 5.1 Focus group -aineistonkeruumenetelmä

... en mä ainakin o niinko ikin ite miettiny, et edistetäänkö [liikuntaa] ja miten se otetaan mukaan, mut et näin ko joutuu miettimään, ni sen huomaa, miten oleellinen osa se on ihan kaikessa. (Th5, maaseutu2)

Koska tutkimustavoitteena on kuvata liikunnanedistämistyötä osana terveydenhoitajien työkäytäntöä, päädyttiin tässä tutkimuksessa laadullisen tutkimusotteen käyttämiseen (Hirsjärvi ym. 2004, 151-157). Kuvailevaa tutkimusta on perusteltu juuri kokemuseräisen tiedon jakamisella (European Public Health Association 2005). Yleisesti laadullisten tutkimusten etuna pidetään sitä, että ne tuovat esiin uusia aihepiirejä ja tuottavat näin uutta teoritietoa kehittämistyön pohjaksi (Kearney 2001; Pelkonen ym. 2005).

Laadullisten menetelmien tärkeyttä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä on perusteltu sillä, että ne mahdollistavat kokemusten ja käytäntöjen ohella työntekijöiden asenteiden ja näkemysten tutkimisen (Litva & Jacoby 2007; Morgan 1997, 10, 20; Silverman 2001, 88). Laadullisen aineistonkeruumenetelmän käyttö on suositeltavaa etenkin silloin, kun voidaan arvella, että tiedonantajilla ei ole aivan selkeää kuvaa tutkimuksen aiheena olevasta asiasta [”stg that may not be very clear in informants’ minds”, (Litva & Jacoby 2007)]. Tämän tutkimuksen lähtökohta oli, että liikunnanedistämisestä ei ole selkeää käsitystä edes terveydenhoitajilla itsellään, koska liikunnan edistämistä ei ole tutkittu ja ”jaettu ymmärrys” sen sisällöstä puuttuu (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 16; Seedhouse 2000; Ståhl ym. 2001). Lisäksi liikunnanedistämistä koskevissa ohjeissa ja linjauksissa puhutaan liikunnan edistämisestä laajana käsitteenä, eikä liikuntaa edistävää työtä ole suomalaisessa terveydenhuollossa konkretisoitu ikäkausittain (vrt! Patrick ym. 2001). Terveyden edistäminen yläkäsitteenäkin voi olla vielä epäselvä (Rimpelä 2005a).

Focus group -menetelmän (Morgan 1997; Patton 1990, 335-337) käyttö aineistonkeruussa Krueger ja Caseyn (Krueger & Casey 2000, 167-168) esittämällä akateemisella tavalla [myös (Patton 1990, 461)] oli tarkoituksenmukaisinta tä-



män tutkimuksen kannalta, kun otettiin huomioon tutkimustehtävät, aineiston tuottamisen tehokkuus ja henkilöresurssit. Vaikka kyseisessä aineistonkeruumenetelmässä ryhmäkeskustelun vetäjä ylläpitää keskustelua ryhmässä ennalta valitsemastaan aiheesta [fokus] ennalta laaditun keskustelurungon mukaan, on osallistujilla mahdollisuus esittää kysymyksiä toisilleen, vertailla kokemuksiaan ja innostaa toinen toisiaan käsittelemään mielenkiintoa herättäviä aiheita syvällisemmin. Järjestämällä ja arvioimalla näitä focus ryhmissä esitettyjä terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia on mahdollista koota kuvaus, jossa tulee esiin yksittäisten henkilöiden näkemysten lisäksi ne näkökulmat, jotka ovat tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä yhteisiä. Lisäksi henkilöiden välinen vuorovaikutus tuottaa enemmän tietoa terveydenhoitajien työstä kuin yksilöhaastattelut. Focus ryhmät mahdollistavat vuorovaikutusta tarkastelevien menetelmien kehittämisen (Duggleby 2005), mitä ei ole tutkijoiden (Webb & Kevern 2001) mielestä riittävästi toteutettu tähän mennessä.

### 5.1.1 Harkinnanvarainen näyte

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että sekä lastenneuvolatyön toteutus (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) että terveydenhuollon työntekijöiden terveyttä edistävä työ vaihtelevat alueittain (Koponen & Kalkas 1997; Simonsen-Rehn ym. 2009). Liikuntamahdollisuudet ja perheen arjen liikuntaympäristöt ovat myös erilaisia erityyppisillä paikkakunnilla (Edwards & Tsouros 2006). Erityisesti pienillä lapsilla on todettu fyysisen ympäristön ja ulkonaliikkumisen yhteys fyysiseen aktiivisuuteen (Sallis ym. 1998). Lisäksi yhteisön toiminta ja merkitys saattaa olla erilainen esimerkiksi suuren kaupungin keskustassa kuin sen asumalähiöalueilla (Dwyer ym. 2003). Lisäksi Suomessa suositaan juuri paikallista hyvinvointitutkimusta (Karvonen ym. 2003). Alueellisen vaihtelun kattavuuden saavuttamiseksi päädyttiin tässä tutkimuksessa harkinnanvaraisen näytteen valintaan.

Alkuperäisenä tarkoituksena ei ollut tehdä vertailuja erityyppisten paikkakuntien välillä, vaan tavoitteena oli saada mahdollisimman laaja kuva tutkimusalueesta. Valintakriteerinä lastenneuvolan paikkakunnan koon ja alueen muiden ominaisuuksien lisäksi (suuren kaupungin keskusta tai lähiöalue) oli, että kaikki valittujen paikkakuntien tai alueiden lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat voisivat osallistua ryhmäkeskusteluun. Näin välttyttäisiin siltä, että vain kaikkein aktiivisimmat terveydenhoitajat (Paavilainen 2002) osallistuisivat tutkimukseen. Morgan (1997) pitääkin focus group tutkimuksessa tärkeänä aineistonkeruun kattavuutta, eikä niinkään korosta yleistettävyyden vaatimusta. Koska ihannelukumääränä focus group -ryhmissä pidetään kuudesta kahdeksaan osallistujaa (Patton 1990), oli tässä tutkimuksessa lisäkriteerinä se, että näytteeseen valituissa lastenneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien lukumäärä olisi keskimäärin kuusi. Tuo ryhmäkokoo mahdollistaisi aiheen monipuolisen käsittelyn ja kaikkien osallistujien osallistumisen keskusteluun.

Lopulliseen tutkimusjoukkoon valittiin Länsi-Suomen läänin erään maakunnan 14 eri lastenneuvolan terveydenhoitajia (N=26) kahdeksan eri kunnan alueen lastenneuvoloista. Maaseututerveydenhoitajien ryhmään kutsuttiin seit-

semän terveydenhoitajaa kuudesta pienestä (< 10000 asukasta) maaseutukunnasta. Keskisuuren kunnan (10000–74499 asukasta) ryhmään kutsuttiin seitsemän terveydenhoitajaa. Suuren kaupungin (≥ 75000 asukasta) keskustan lastenneuvolasta kutsuttiin kuusi terveydenhoitajaa. Kuudesta eri lähiöalueesta kutsuttiin kuusi terveydenhoitajaa.

### 5.1.2 Tarkentuva ryhmäkeskustelu

Focus ryhmät voidaan Morganin (1997) mukaan suunnitella rakenteeltaan hyvin vapaamuotoisiksi – jopa aivoriihen tapaan toimiviksi – tai tiukan jäsennellyiksi, kuten esimerkiksi delfi-tutkimus. Tämän tutkimuksen tavoitteisiin soveltuvi parhaiten tarkentuva ryhmäkeskustelu [funnel approach (Morgan 1997, 41-42)], joka rakentui kaksivaiheisesti. Ensimmäinen, niin sanottu yleiskeskusteluvaihe sisälsi mahdollisimman vähän keskustelun ylläpitäjän puuttumista keskustelun kulkuun (Morgan 1997, 51-54). Tavoitteena oli vapaamuotoinen keskustelu siitä, *miten* liikunnanedistäminen ilmenee terveydenhoitajien näkemysten ja kokemusten mukaan lastenneuvolan päivittäisessä työssä. Toisessa, tarkentavassa vaiheessa käsiteltiin tutkimuksen teemaa jäsennellymmiin, ennalta laaditun keskustelurungon mukaan. Toisen vaiheen teemat olivat esitutkimuksen (I-osatutkimus) tuloksena syntyneet viisi eri liikunnanedistämisen osaluetta. Teemojen käsittely mahdollisti myös keskusteluun osallistujien aktiivisen vuorovaikutuksen. Keskustelun ylläpitäjä ainoastaan rajasi, että keskustelu pysyi käsiteltävän aiheen puitteissa. Taulukossa 1 on kuvattu ryhmäkeskusteluiden kulku.

TAULUKKO 1 Haastattelijan ylläpitämät keskusteluteemat ja ryhmäkeskusteluiden aikana esitetyt pääkysymykset (I)

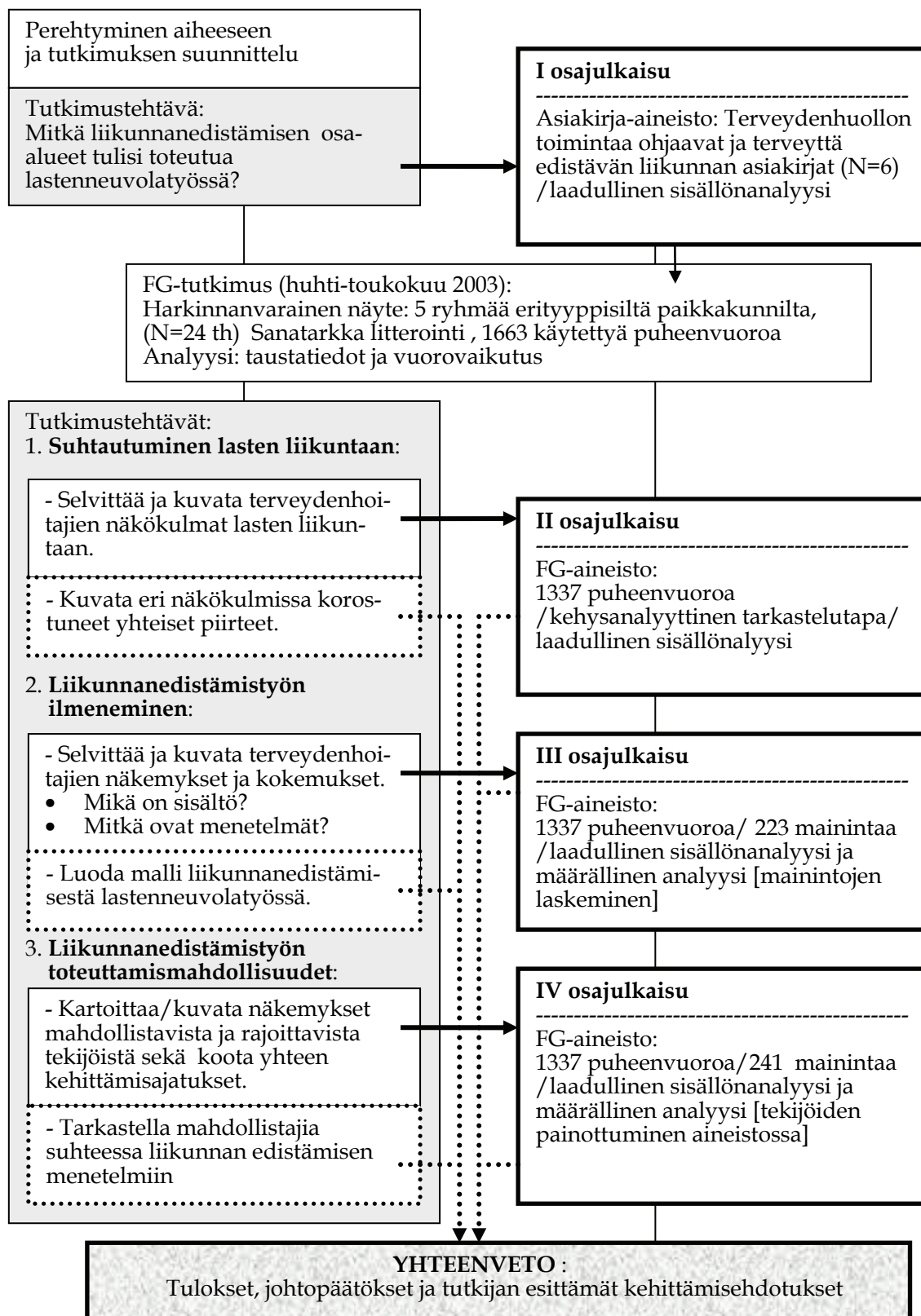
Ryhmäkeskustelun vaihe	Teemat ja pääkysymykset
Yleiskeskustelu ~1 tunti	Terveydenhoitajien liikunnanedistämistyö integroituna lastenneuvolatyöhön <i>"Miten liikunnanedistäminen ilmenee päivittäisessä työssäsi lastenneuvolassa?"</i>
Tarkentava keskustelu ~1 tunti	Motorisen kehityksen arviointi ja seuranta Fyysisen aktiivisuuden arviointi ja seuranta Liikunnallinen aktivointi ja tukeminen Liikuntaneuvonta Yhteistyö <i>"Miten [käsiteltävää teema] toteutuu työssäsi?"</i> <i>"Miten [käsiteltävää teema] voisi toteutua ihannetapauksessa?"</i> <i>"Mitkä tekijät rajoittavat toteutumista?"</i>

## 5.2 Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen kulkua esitellään kuviossa 5. Ennen varsinaista focus group – tutkimusta tutkija perehtyi terveydenhuollon toimintaa ohjaaviin asiakirjoihin ja terveyttä edistävän liikunnan kehittämisasiakirjoihin esitutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli esittää mitkä liikunnanedistämisen osa-alueet tulisi toteutua lastenneuvolatyössä (I osajulkaisu).

*Ryhmäkeskusteluiden toteutus.* Ryhmäkeskustelujen toteutusta edelsi tutkijan perehtyminen kohteeksi valitun maakunnan kuntien lukumäärään, väestömäärään ja terveydenhuoltopalveluiden organisointiin. Tutkija otti yhteyttä asukasmääriltään tarkoitukseen sopivien terveyskeskusten tai kuntainliittojen vastuuhenkilöihin, jotka tiesivät lastenneuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien lukumäärän. Ryhmäkeskusteluiden järjestäminen vaati yksilöllisiä toimenpiteitä: joissain kunnissa saatiin suullinen tutkimuslupa johtavalta hoitajalta, joissain kunnissa vaadittiin kirjallinen lupa. Terveydenhoitajien suostumuksen jälkeen tehtiin työvuorolistojen laatijoiden kanssa suunnitelma ryhmäkeskusteluihin sopivista muutamista ajankohdista, jotka tutkija esitti puhelimitse kutsutuille henkilöille. Päivämäärien valinta tapahtui sähköpostilistojen välityksellä ryhmittäin siten, että jokainen terveydenhoitaja sai esittää mielipiteensä tarjolla olleiden ryhmäkeskusteluaikojen sopivuudesta. Keskustelut järjestettiin päivien loppupuolelle niin että osallistumisen jälkeen oli mahdollisuus päästä suoraan kotiin.

Lopulliset ryhmäkeskustelut toteutettiin keväällä 2003 (9.4, 5.5, 7.5, 14.5 ja 15.5) yhden itsenäisen terveyskeskuksen ja kolmen kuntaliitoksen lastenneuvoloiden eri toimipisteissä työskentelevien terveydenhoitajien kanssa. Ryhmäkeskusteluja toteutettiin viisi. Osanottajien lukumäärä vaihteli kolmesta kuuteen. Tulososassa viitataan paikkakuntakohtaisiin keskusteluryhmiin seuraavasti: maaseutu1 (n=3), maaseutu2 (n=4), keskisuuri kunta (n=5), keskusta (n=6) ja lähiö (n=6). Kaikki muut paitsi maaseuturyhmät videoitiin. Maaseuturyhmien haastattelut suoritettiin kahdessa eri terveyskeskuksessa johtuen pitkistä etäisyyksistä. Muut ryhmäkeskustelut suoritettiin sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen samassa ryhmätilassa. Ryhmäkeskusteluihin otti osaa 92.3 % kutsutuista (N=24). Keskisuuren kaupungin kaksi terveydenhoitajaa oli estynyt osallistumasta: toinen oli vuosilomalla ja toinen täydennyskoulutuksessa. Tarkempi selvitys tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista on esitetty aineiston kuvailun yhteydessä. Ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden henkilöiden matkakustannukset korvattiin. Lisäksi kaikille lastenneuvoloille annettiin kirja lasten liikunnasta. Jokaiselle osallistuneelle kunnalle tai kuntayhtymälle annettiin video lasten liikunnasta lainattavaksi terveydenhuollon toimijoille. Liitteessä 1 (sivu 99) on kuvattu tarkemmin ryhmäkeskusteluiden järjestämistä vaatineet toimenpiteet.



KUVIO 5 Kuvaus tutkimuksen kulusta [katkoviivalla kehystetyt alueet sisältävät osajulkaisuissa esittämättömiä tuloksia]

*Väitöskirjatutkimuksen yhteenveto.* Kuvioista 5 ilmenee yhteenvedon muotoutuminen eri osajulkaisujen tuloksista sekä uusista tuloksista. Aiemmin julkaisematon osuus on kuviossa esitetty katkoviivoilla kehystettynä alueena tutkimustehtävien kohdalla. Tutkimuksen tulososassa viittaukset osajulkaisuissa esitettyyn materiaaliin osoitetaan alaotsikoihin lisätyillä roomalaisilla numeroilla vastaavasti kuin kuviossa 5. Väitöskirjan yhteenvedossa esitetään näiden artikkelien päätulokset liittämällä tulokset myös toisiinsa – erityisesti sitomalla neljännen artikkelin tulokset kolmannen artikkelin tuloksiin. Tässä yhteenvedossa toistetaan alkuperäisartikkeleiden tuloksia, koska osa artikkeleista on julkaistu vain englannin kielellä.

### 5.3 Analyysimenetelmät

Jo tutkimusta suunniteltaessa päädyttiin siihen, että aineiston analyysissä tarkasteltaisiin ainoastaan verbaalista osuutta ryhmäkeskusteluissa (Morgan 1997, 8). Itse ryhmäkeskusteluissa keskustelun ylläpitäjä luonnollisesti observoi jatkuvasti myös osallistujien ilmeitä ja eleitä pitäessään yllä keskustelua ja mahdollistaessaan osallistujien tasapuolisen osallistumisen keskusteluun. Videointi toteutettiin litteroinnin helpottamiseksi ja litteroinnin luotettavuuden parantamiseksi. Litteroinnissa aineistona oli kaikkien viiden haastatteluryhmän ääninauhamateriaali (kaksinkertainen äänitys) sekä kolmen haastatteluryhmän videonauhat. Videoaineisto digitoitiin heti haastattelujen jälkeen. Tutkija suoritti kahden ensimmäisen ryhmän sanatarkan puhtaaksikirjoituksen haastattelukevään aikana. Muiden ryhmien keskustelut litteroitiin kesällä 2003.

#### 5.3.1 Laadullinen sisällönanalyysi

Laadullisen sisällönanalyysin perimmäisenä tarkoituksena on yksinkertaistaa ja tiivistää tutkimusaineistoa (Huberman & Miles 1994). Varsinaisessa focus group -tutkimuksessa käytettiin laadullista sisällönanalyysiä ryhmäkeskustelujen vuorovaikutuksen sisällön kuvaamisessa, varhaislapsuuden liikuntaan kohdistuvien näkökulmien selvittämisessä ja kuvaamisessa kehysanalyyttisen tarkastelun yhteydessä (II), liikunnanedistämisen sisällön ja keinojen selvittämisessä ja kuvaamisessa (III) sekä kartoitettaessa liikunnanedistämistyön toteuttamismahdollisuuksia (IV). Lisäksi aineistosta poimittiin tulososaan mahdollisimman kuvaavia esimerkkejä. Analyysi tehtiin aina myös keskusteluryhmittäin, vaikka tulososassa esitetäänkin tulokset useimmiten koko aineiston osalta. Ryhmäkohtainen analyysi toi esille erilaisia painotuksia, jotka tuloksissa tullaan esittämään.

*Vuorovaikutuksen analyysi.* Tutkimuskirjallisuuden perusteella tiedettiin, että ryhmäkeskusteluissa osallistujat voivat innostaa toisiaan aiheen käsittelyyn, vertailevat kokemuksiaan ja näkemyksiään, vahvistavat toistensa näkemyksiä tai esittävät tarkennuksia toistensa puheenvuoroihin (Webb & Kevern 2001).

Tässä tutkimuksessa analysoitiin terveydenhoitajien keskinäistä vuorovaikutusta, koska focus group -menetelmän erityisvahvuutena pidetään juuri aineiston syntymistä vuorovaikutuksen tuloksena (Morgan 1997, 2; Webb & Kevern 2001). Lisäksi focus group -tutkimuksia on kritisoitu erityisesti vuorovaikutus-analyysin ja analyysin raportoinnin puutteellisuudesta (Kitzinger 1994; Webb & Kevern 2001).

*Näkökulmien analyysi.* Keskustellessaan liikunnan edistämisestä terveydenhoitajat esittivät käsityksiään lasten liikunnasta ja sen merkityksestä. Useimmiten tämä tapahtui aivan spontaanisti. Noiden käsitysten ajateltiin kuvastavan terveydenhoitajien asenteita ja arvostuksia lasten liikunnan edistämiseen (CHNAC 2003) sekä heijastavan terveydenhoitajien kokemuksia lastenneurolatyon käytännöstä (Liimatainen 2002) ja olevan näin pohjana terveyttä edistävälle työlle lastenneurolassa. Toisaalta tässä tutkimuksessa esille tulleet näkökulmat myös toimivat ikään kuin tulkintakehyksenä tutkimuksen muille tuloksille.

Jo aineistonkeruuvaiheen aikana tutkija ryhmäkeskustelujen vetäjänä pystyi tunnistamaan terveydenhoitajien erilaisia näkökulmia lasten liikuntaan. Näkökulmien tarkastelun syventäminen tapahtui käyttämällä Erving Goffmanin (Goffman 1974) kehysanalyysiä tavalla, jota Puroila sovelsi päiväkotien arkeen kohdistuvassa tutkimuksessaan (Puroila 2002) haastatteluaineisto-osuuden analyysissä. Perusoletuksena kehysanalyysin käytölle tässä focus group -tutkimuksessa oli, että kehykset muodostuvat niistä näkökulmista, joista terveydenhoitajat tarkastelevat lasten liikuntaa. Tässä tutkimuksessa näkökulmat koostuivat liikunnan merkitystä ja määrittäjiä käsittelevistä sanallisista ilmauksista. Nämä ilmaukset voitiin eksplikoida kehyksiksi, joita ei olisi olemassa ilman ryhmäkeskustelun sisältämää sosiaalista tilannetta.

Aineistonkeruuvaiheen ja toistuvan lukemisen perusteella tutkija havaitsi kolme eri näkökulmaa, joiden kautta terveydenhoitajat tarkastelivat lasten liikuntaa: ympäristö, luonnollisuus sekä hyvinvointi ja terveys. Lukemisen aikana sivujen marginaaleihin kirjoitettuja avainsanoja olivat: koti, piha, lattia, päiväkotikoti (ympäristö), kokonaisvaltaisuus, luonnollisuus, ulkoleikit, normaali (luonnollisuus), ylipaino, levottomuus, neurologinen kehitys, itsetunto (hyvinvointi ja terveys). Tässä vaiheessa näkökulmat nimettiin kehyksiksi: *ympäristön* kehys, *luonnollisuuden* kehys sekä *hyvinvoinnin ja terveyden* kehys. Kehysten nimeämisen jälkeen koko aineisto luokiteltiin näiden kehysten valossa (syväanalyysivaihe). Tämän vaiheen tehtävänä oli tuottaa tarkempaa tietoa siitä, minkälaisia ajattelutapoja kehyksiin kytkeytyi. Eri kehyksiin liitetyt ilmaukset kerättiin yhteen dokumenttiin keskusteluryhmittäin. Syväanalyysivaiheessa havaittiin, että ympäristön näkökulma sisälsi sekä fyysisen että sosiaalisen ympäristön merkityksen lapsen liikunnan määrittäjinä. Lisäksi sosiaalisen ympäristön osuudessa painottui voimakkaasti vanhempien ja perheen merkitys, joten tämä näkökulma nimettiin vielä itsenäiseksi kehykseksi: *perheen* kehykseksi. Koska syväanalyysivaihe toteutettiin jokaiselle haastatteluryhmälle erikseen, pystyttiin nostamaan muutamia paikkakuntakohtaisia erityispiirteitä esiin tulosten esittelyssä.

Taulukossa 3 (sivu 44) tulososan yhteydessä on esitetty esimerkki lopullisen ympäristön kehysten luokittelusta.

*Liikunnanedistämisanalyysi.* Tavoitteena oli kuvata terveydenhoitajien liikunnanedistämistyö tiivistetyssä muodossa siten, että tutkimuskysymyksiin saataisiin mahdollisimman yksityiskohtainen vastaus (Patton 1990). Tämä tehtiin luokittelun avulla. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutkija etsi aineistosta kaikki liikunnanedistämistä käsitelleet konkreettiset maininnat. Analyysiyksikkö, maininta, oli yksi lausahdus, lause tai useampi lause, joka sisälsi selkeän viittauksen liikunnanedistämiseen lastenneuvolatyössä. Kaikki maininnat vietiin erilliseen dokumenttiin. Johtuen ryhmäkeskusteluiden kaksivaiheisesta luonteesta valittiin vaiheessa I esitetyt maininnat luokittelun perusteeksi. Näin luokittelu kuvasi keskustelun sitä vaihetta, jossa terveydenhoitajat keskustelivat vapaamuotoisesti ilman tutkijan ennalta esittämiä keskusteluaiheita. Toistuvien lukukertojen perusteella ilmeisin erottelukey oli aineiston jako lapsen tai perheen/perheenjäsenen liikuntaa käsitteleviin mainintoihin. Maininnat järjestettiin koko ajan uudelleen luokitteluperusteiden edetessä. Huberman ja Miles (1994) mainitsevat kyseisen analyysimenettelyn etuna sen, että järjestetty matriisi tuo perustiedon visuaalisesti selkeästi tutkijan silmien ulottuville ja vastaavasti luokittelun eteneminen helpottuu.

Analyysin lopputuloksena saatiin luokittelu, joka muodostui kuudesta tutkijan nimeämästä pääkategoriasta. Pääkategoriat käsittelivät lapsi- tai perhekeskeistä arviointia sekä aktivointia ja tukemista. Alakategorioita muodostui neljätoista. Luokittelu esimerkkeineen on esitetty liitteessä 2 (sivu 100). Ryhmäkeskusteluiden II-vaiheen mainintoja käyttämällä tarkistettiin luokittelun lopullisuus. Tarkistuksen avulla voitiin todeta, että kaikki maininnat voitiin luokitella alustavan luokittelun periaatteiden mukaisesti. Näin luokittelua voidaan pitää aineistolähtöisenä, ei teorialähtöisenä. Lisäksi voitiin todeta, että saturaatio saavutettiin jo I-vaiheen mainintojen luokittelun jälkeen.

Luokittelurungon valmistumisen jälkeen suoritettiin koko aineiston mainintojen sisällön syväanalyysi tarkastelemalla vakuuttavuutta eri luokkien maininnoissa. Tässä kiinnitettiin erityistä huomiota sellaisiin terveydenhoitajien käyttämiin sanoihin tai sanontoihin kuin "aina", "joka käynnillä" ja "siinä tapauksessa, että". Syväanalyysi lisäsi luokitteluun syvyyttä ja antoi yksityiskohtaisempia vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Tutkija luokitteli uudelleen kahden ryhmäkeskustelun valmiiksi poimitut liikunnanedistämismaininnat: suuren kaupungin keskustaryhmän kohdalla yhteneväisyysprosentti oli 80 % pääluokkatasolla sekä keskisuuren kunnan kohdalla 92 % pääluokkatasolla. Eniten epätarkkuuksia luokittelussa aiheuttivat maininnat, joissa puhuttiin esimerkiksi äiti-lapsi -ryhmistä tai vauvauinnista. Näissä luonteenomaista on useamman henkilön mukanaolo, jolloin irrallisuudessa yhteydessä olleita mainintoja uudelleenluokiteltaessa oli vaikea sanoa, oliko tavoitteena lapsen fyysinen aktivointi vai perheen fyysinen aktivointi. Uudelleenluokittelussa vain yhden maininnan kohdalla luokitus siirtyi arviointia koskevasta luokasta aktivointiin ja tukemiseen. Kyseessä oli maininta: "Et sillai sit jolleki o sanonuki, et teit ei näy lainkaan siell ulkon. Et käytteks te?"

Alkuperäisessä luokittelussa maininta merkittiin luokkaan 3.1 (liite 2, sivu 100) ja uudelleen luokittelussa laitettiin luokkaan 6.1 eli perheen liikunnan merkityksen esiin nostamiseen puheessa. Alkuperäisessä luokittelussa tutkija pystyi katsomaan laajemmin tekstistä kontekstin, ja siitä selvisi, että tuossa kohdassa terveydenhoitaja tarkoitti perheen fyysisen aktiivisuuden arviointia.

*Toteuttamismahdollisuuksien analyysi.* Aineistolähtöisessä analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä Tuomen ja Sarajärven (2002, 111) kuvaamalla tavalla. Analyysiyksikkönä oli yksi tai useampi virke, joka sisälsi ilmauksen samasta ydinasiasta. Analyysiyksikkö sisälsi siis maininnan liikunnan edistämistä mahdollistavasta tekijästä, rajoittavasta tekijästä tai kehittämistä vaativasta tekijästä. Analyysissä poimittiin litteroidusta tekstistä terveydenhoitajien esittämät maininnat yksi tutkimuskysymys kerrallaan. Analyysi toteutettiin keskusteluryhmittäin. Liitteen 3 taulukoissa (sivu 102) on esitetty esimerkkejä luokittelusta tutkimuskysymyksittäin. Seuraavassa vaiheessa pelkistettiin mainintojen sisällöt ja samansisältöiset maininnat koottiin yhteen alakategorioiksi. Alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi, joita muodostui kolme: terveydenhoitajan ominaisuudet, lastenneuvolatyön luonne sekä yhteistyö ja tiedottaminen. Eri tutkimuskysymysten kohdalla näiden pääkategorioiden sisältämät alakategoriat poikkesivat toisistaan. Tulososan taulukosta 5 (sivu 63) ilmenevät pääkategoriat ja alakategoriat tutkimuskysymysten mukaan.

### 5.3.2 Määrällinen analyysi

Yksinkertainen mainintojen laskeminen voi olla perusteltua tutkimuksen kuvauksessa etenkin silloin, kun luokittelu on toteutettu aineistolähtöisesti (Silverman 2001, 27). Määrällistä analyysiä käytettiin tässä tutkimuksessa täydentämään laadullista sisällönanalyysiä (Morgan 1997): kuvattaessa terveydenhoitajien välisen vuorovaikutuksen määrää ryhmäkeskusteluissa sekä kuvattaessa liikunnanedistämismainintojen määrää tutkimuksen eri vaiheissa. Toisaalta mainintojen määrä kuvasi myös terveydenhoitajien kokemusten määrää ja käytännön esimerkkien lukumäärää liikunnanedistämisestä. Liikunnanedistämisen sisällön ja keinojen havainnollistamisessa (kuviot 9 ja 10, sivut 53 ja 56) yhdistettiin laadullisen sisällönanalyysin tulokset määrälliseen analyysiin.

Lisäksi määrällistä analyysiä käytettiin tarkasteltaessa liikunnanedistämisen toteuttamismahdollisuuksia. Analyysissä laskettiin kategorioiden mainintojen lukumäärä ja prosentuaalinen osuus kaikista maininnoista yläkategorioitain. Tämä analyysi toteutettiin ryhmittäin, jotta pystyttiin tarkastelemaan mainintojen painottumista aineistossa. Lisäksi terveydenhoitajien taustatietoja analysoitiin määrällisesti (vaihtelu, keskiarvot ja lukumäärä).



## 6 AINEISTON KUVAILU

### 6.1 Terveydenhoitajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien (N=24) taustatiedot on kuvattu taulukossa 2. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet terveydenhoitajat olivat naisia. Nuorin heistä oli 31-vuotias ja vanhin 55-vuotias. Ikävuosien keskiarvo oli 46,2 vuotta. Lastenneuvolatyökokemusta terveydenhoitajilla oli 2–25 vuotta. Työkokemusvuosien keskiarvo oli 13,9 vuotta. Tutkimukseen osallistuneita terveydenhoitajia voidaan pitää keskimääräisen iän ja lastenneuvolatyökokemuksen perusteella kokeneena työntekijäjoukkona. Ainoastaan kolmella terveydenhoitajalla oli työkokemusta kolme vuotta tai vähemmän. Tutkimukseen osallistui 92,3 % kutsutuista terveydenhoitajista.

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat hankkineet terveydenhoitajan pätevyyden eri tavoin: useimmiten sairaanhoitajan pohjatutkintoon perustuvana terveydenhoitajan koulutuksena. Kukaan heistä ei ollut suorittanut ammatikorkeakoulututkintoa. Kestoltaan 2,5 vuoden mittaisen sairaanhoitajakoulutuksen oli suorittanut 14 osallistujaa 1970-luvulla ja kuusi osallistujaa 80-luvulla. Neljä osallistujaa oli suorittanut terveydenhoitajan tutkinnon [ilman sairaanhoitajan tutkintoa] 90-luvulla. Vuoden mittaisen terveydenhoitajan erikoistumisen oli suorittanut 70-luvulla kaksi terveydenhoitajaa, 80-luvulla 16 terveydenhoitajaa ja 90-luvulla kaksi terveydenhoitajaa.

Kahdenkymmenen osallistujan sairaanhoitajan peruskoulutukseen oli kuulunut liikunnanopetusta. Tuolloin liikunnanopetuksen toteutus oli ollut samantyyppistä kuin lukioaikana, ilman erityisiä ammatillisia tavoitteita. Terveydenhoitajakoulutuksen aikana yhdeksällä tutkimukseen osallistuneista oli ollut ammatillisia sisältöalueita liikunnasta: esimerkiksi liikunnanohjaustuokioita, ryhdin tarkastuksessa toteutettua ohjausta ja terveisiin elämäntapoihin kohdistuvaa neuvontaa. Liikunnan sisältöjä oli integroitu terveyskasvatukseen tai muihin oppiaineisiin. Maaseuturyhmän terveydenhoitaja muisteli opetusta seuraavasti:

No sairaanhoitaja-opistossa ei oo kyllä ollu mitään liikunnasta. Mutta tota, terveydenhoitajakoulutuksessa muistan vauvojen liikunnasta ja liikunnan edistämisestä. Muistan kyllä vieläkin hyvin, ko vauvat laitettiin lattialle, ja että niitte motorista kehitystä edistettäisiin ja virikkeitä ympärille. Et sen mä kyllä muistan, mutt en mitään muuta muista. Et se on kyllä semmone iskostunu, että mää oon varmaan kaikille äideille neuvonu mahdollisimman pian laittaa lapset lattialle...Ja sit on tasapainon kehittymisestä ni muistan, et oli koulutuksessa puhetta. Liikunnan avulla niinku eri asentoja. Mut en mä mitään muuta kyllä muista. (Th5, maaseutu2)

TAULUKKO 2 Ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden terveydenhoitajien (N=24) taustatiedot

Taustatiedot	n	%
Terveydenhoitajan työpaikkakunta		
Pieni maaseutukunta (< 10000 asukasta)	7	29
Keskisuuri kunta (10000–74499 asukasta)	5	21
Suuren kunnan keskusta (≥ 75000 asukasta)	6	25
Suuren kunnan asumalähiö	6	25
Ikäryhmä (ka 46,2 vuotta)		
31–40 vuotta	4	17
41–50 vuotta	16	66
51–60 vuotta	4	17
Työkokemus lastenneuvolatyöstä (ka 13,9 vuotta)		
3 vuotta tai vähemmän	3	13
4–10 vuotta	2	8
11–17 vuotta	12	50
18–24 vuotta	6	25
25 vuotta tai enemmän	1	4
Ammatillinen peruskoulutus		
Sairaanhoitajan tutkintoon perustuva terveydenhoitajakoulutus	20	83
Terveydenhoitajakoulutus	4	17
Koulutusmuoto		
Ns. vanhamuotoinen koulutus <sup>a</sup>	20	83
Uusimuotoinen koulutus <sup>b</sup>	3	13
Aikuiskoulutus <sup>c</sup>	1	4
Amk-koulutus	0	0

<sup>a</sup> sairaanhoitajakoulutuksen sisältävä terveydenhoitajakoulutus

<sup>b</sup> ylioppilaspohjainen terveydenhoitajakoulutus

<sup>c</sup> sairaanhoitajan tutkintoon ja työkokemukseen perustuva terveydenhoitajakoulutus

Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat työskentelevänsä väestövastuuperiaatteella joko virallisesti tai epävirallisesti. Kaikkien terveydenhoitajien työ kuului joko Koposen (1997) kuvaamaan laaja-alaiseen tai puolittain laaja-alaiseen terveydenhoitajan työhön. Suurin osa terveydenhoitajista (n=17) työskenteli 4–8 eri sektorilla. Yleisimmin työtehtäviin kuului joitain seuraavista alueista: äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, perhesuunnittelu, aikuisten terveys-tarkastukset, avoterveydenhuollon vastaanotto, kotisairaanhoito, diabetes- tai ravintoneuvonta. Loput seitsemän terveydenhoitajaa työskentelivät kahdella tai

kolmella terveydenhuollon sektorilla. Työtehtäviä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

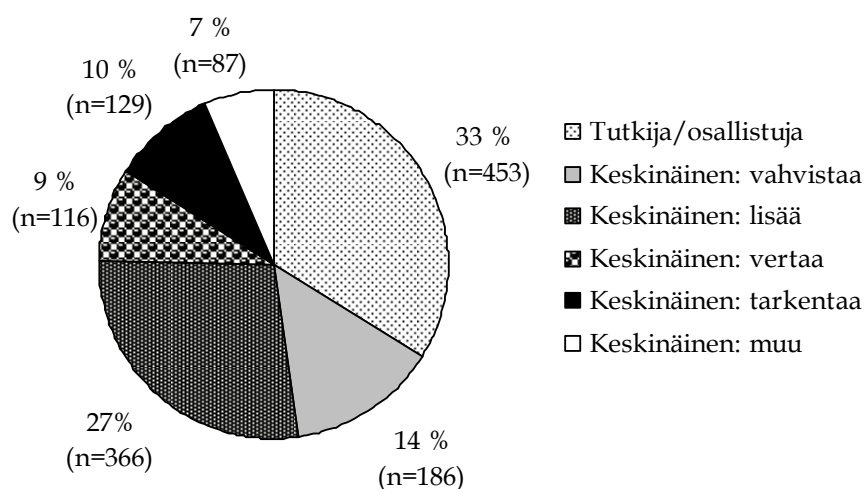
Juu mul o kaikkii erilaista eli nyt mull o ollu lastenneuvolaa. Sit mul on diabetesvastaanotto. Sit mul on aikuisneuvolassa aamuvastaanotto ja ravitsemusneuvontaa. Ja sit mul on ehkäisyneuvola. Ja kutsuntatarkastukset ja nelikymppisten miesten ikäkausitarkastukset. (Th6, maaseutu2)

## 6.2 Vuorovaikutus ryhmäkeskusteluissa

Focus group -tutkimuksen aineistonkeruun onnistumista kuvaa se, minkälaisen vuorovaikutuksen perusteella tutkimustulokset ovat syntyneet. Siksi aineiston kuvailussa esitetään tulokset terveydenhoitajien välisestä vuorovaikutuksesta.

Tämän tutkimuksen litteroidut ryhmäkeskustelut sisälsivät 1663 puheenvuoroa. Näistä puheenvuoroista 1337 esitettiin varsinaisen tutkimusteeman käsitteilyn aikana. Muut esitettiin ryhmäkeskustelun alussa, jossa haastatteli kävi läpi ryhmäkeskustelun kulkua ja käytettiin niin sanottuja lämmittäviä puheenvuoroja. Kaikista analyysialueessa esitetyistä puheenvuoroista (n=1337) terveydenhoitajien keskinäistä vuorovaikutusta sisälsi 66 % puheenvuoroista (n=884).

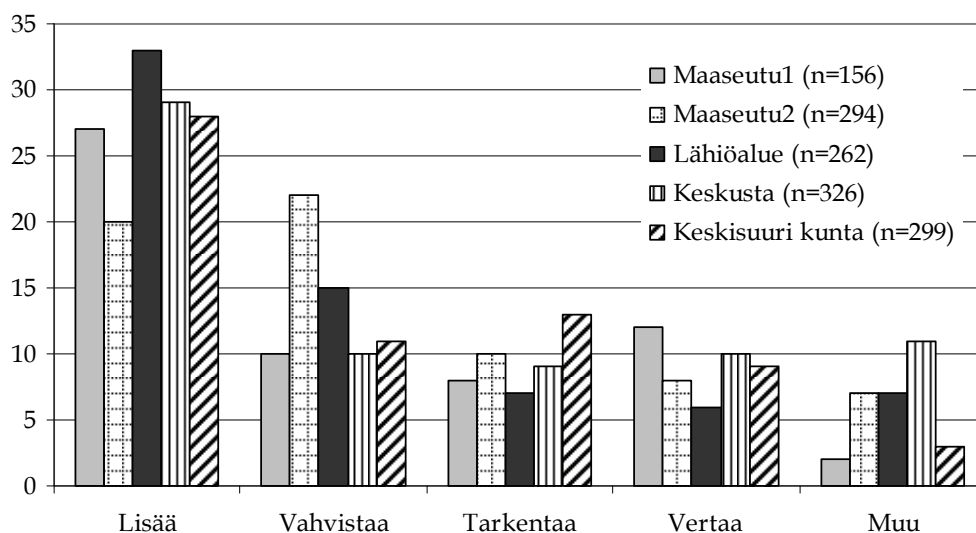
Terveydenhoitajien keskinäistä vuorovaikutusta sisältävien puheenvuorojen alkuosat analysoitiin tarkemmin. Kaikista puheenvuoroista 27 %:ssa (n=366) osallistuja esitti lisää kokemuksiaan tai näkökulmiaan puheena olevaan aiheeseen, 14 %:ssa (n=186) osallistuja vahvisti esitettyjä asioita, 10 %:ssa (n=129) tarkensi jotain käsiteltävää asiaa ja 9 %:ssa (n=116) vertaili kokemuksia.



KUVIO 6 Tutkija/terveydenhoitaja ja terveydenhoitajien [N=24] välinen vuorovaikutus prosentteina (%) ryhmäkeskusteluissa [n=5] varsinaisen tutkimusteeman aikana [puheenvuoroja yhteensä 1 337]

Loput 7 % puheenvuoroista sisälsi muuta, esimerkiksi kysymyksiä muille osallistujille tai tutkijalle. Kuviossa 6 on kuvattu tutkimuksen vuorovaikutusta sekä tutkijan ja osallistujien välillä että terveydenhoitajien välillä.

Vuorovaikutuksen laatua tarkasteltiin myös keskusteluryhmittäin (kuvio 7). Vuorovaikutuksen analyysin perusteella voidaan sanoa, että focus group –aineistonkeruumenetelmä tarjosi mahdollisuuden monipuoliseen vuorovaikutukseen ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden välillä. Tämä ilmeni erityisesti siten, että terveydenhoitajat intoutuivat esittämään lisää kokemuksiaan ja näkemyksiään käsiteltävänä olleesta aiheesta. Erityisesti maaseudun toisessa ryhmässä esitettiin myös paljon vahvistavia puheenvuoroja, mikä saattaa kuvata suurempaa ryhmän sisäistä jaettua kokemusta asiasta.



KUVIO 7 Terveydenhoitajien (N=24) keskinäistä vuorovaikutusta sisältäneiden puheenvuorojen prosentuaaliset osuudet (%) kaikista tutkimusteeman aikana käytetyistä puheenvuoroista (n=1337) keskusteluryhmittäin

Vuorovaikutuksen luonnetta kuvaa myös se, että pisin terveydenhoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen jakso – ilman tutkijan väliintuloa – oli kestoltaan 25 peräkkäistä lähiöterveydenhoitajaryhmän puheenvuoroa. Esimerkki pienten maaseutukuntien ryhmäkeskustelusta, johon osallistui neljä terveydenhoitajaa:

Th5 [lisää]: Mut se meil o hyöty, et me tunnetaan täällä maaseudulla kaikki vanhemmat ja perheet ja lapset ja isovanhemmat ja. Ja sillälailla niinku pystyy tavallaan suuntaamaan semmosille perheille, jos tietää että on tämmästä passiivisuutta ja on muuta ongelmaa. Et ko osahan on, vanhemmat on hyvin aktiivisia ja innokkaita, ni voi tavallaan [...] jo panostaa sinne minne pitääkin.

Th6 [tarkentaa]: Ja toisaalta tiedetään suvun sairaudetkin, että jos on vielä niinko suuri riski sairastua ni voidaan siihen vedota. Niinko että liikunnalla ja painonhallinnalla pystytään ennaltaehkäisemään näitäkin sairauksia, jos on nyt vaikka diabetes suvussa. Ja sitte tuli toisaalt mieleen [...] maalla on niinku se etu, et täällä voi päästää niinku lapsen herkemmin esimerkiksi hiihteleeen pihalle. Saatikka, jos asuu jossain suuress kaupungiss mis ei voi päästää lapsia yksinensä mihinkään.

Th7 [lisää]: Ja se tuntuu olevan kans yks semmonen asia, että ko näitä lapsia on vähän, ni siell voi kaikki neki, jotka ei o nii kauheen taitavia, ni kuulua johonkin semmosseen porukkaan - esimerkiks joku jääkiekko. Että sun ei tartte olla niin huippupelaaja, että sä voit mennä johonki sinne pelaamaan. Vaan että saadaan yleensä se porukka edes kokoon, niin siinä tarvitaan ne kaikki, ketä jollaki kylällä sattuu oleen. Että jaa ne on vähän isommat ja pienemmät yhdess, ni siinäkin tulee vähän eri ikäsiä sillai, nin tulee sitäkin puolta. Ainakin tuoll meillä tuntuu, että on niin vähän niitä lapsia että ei oikeen tahdo, ne pääsee sitte kaikki sit mukaan...

Th5 [tarkentaa]: Ja hiihtokilpailuihin voi kaikki osallistua ja pääsee kaikki palkinnoille. Joo kyllä!

Th7 [vahvistaa]: Ja ihan tosiaan, ne ei tuu ikän oikeastaan mikään porukka niin täyteen, etteikö sinne sopisi. Et vaikka jotain ilmottautumisiakin on muskariinkin. Niin, mun mielestäni sin o kaikki kyl sopinu tähän asti, jotka o ilmoittautunu että...

Th4 [lisää]: Ja yleensä ne ei o rahakaan esteenä. Että ne ei ole yleensä kauheen maksullisia, että joihinki o pieni korvaus mut sit tämmöset just hiihtokisat ja yleisurheilukisat, niin ne ei maksa mitään.

Th5 [vahvistaa]: Ei ja liikuntakoulu ei maksa mitään. Eikä kunnan järjestämät kaikki systeemit, niin ne on kyllä yleensä ilmasia. Että ainoo varmaan mikä meilläki on se muskari, mikä maksaa...

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Terveydenhoitajien suhtautuminen lasten liikuntaan

Keskustellessaan varhaislapsuuden liikunnasta terveydenhoitajat tarkastelivat liikuntaa 1. ympäristön, 2. perheen, 3. luonnollisuuden sekä 4. hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmista. Tuloksissa näitä näkökulmia kuvataan yleisellä tasolla, mutta esitetään myös ryhmäkohtaiset painotuserot, mikäli niitä ilmeni. Taulukossa 3 on esitetty esimerkki luokittelusta koskien ympäristön kehystä.

#### 7.1.1 Ympäristön kehys: Ympäristö liikunnan mahdollistajana (II)

Et meil ei o vaikeuksia niinku puhua esimerkiks hiihtämisestä. Ett se o luonnollista, että ko kerran on pihaa tossa jokaisella ympäristössä ja sitte vielä on hyvät mahdollisuudet tällä hetkellä ainakin meillä täällä. (Th4, maaseutu2)

Kuten taulukosta 3 ilmenee, ympäristön kehyksessä terveydenhoitajat tarkastelivat fyysistä ja sosiaalista ympäristöä lasten liikuntaa määrittävinä tekijöinä. Lisäksi liikunta nähtiin välineenä tutustua ympäristöön: "Nii ja sit se, ett kattoo se sillo sit jo pienenä, sillo ko laps lähtee liikenteeseen; konttaamaan tai pysyttynousemaan. Ni ett sitä kotii pitää kattoo semmoseks, et se laps saa siell johonki tutustuuki (Th23, lähiö)."

Ympäristöä käsiteltiin jokaisessa ryhmässä kunnan liikuntatarjonnan näkökulmasta. Mainittiin vauvauinti, satuliikuntaryhmät, "äiti-lapsi -jumpat" sekä mahdollisuudet jääkiekon ja jalkapallon, kansantanssien tai telinevoimistelun harrastamiseen. Lisäksi tuotiin esiin luonnon tarjoamat mahdollisuudet organisoimattomaan liikuntaan. Esimerkiksi eräs terveydenhoitaja analysoi ympäristön merkitystä liikuntataitojen oppimiseen seuraavasti:

Ja sit näin maaseudulla selvitellään kyllä, jos siinä pyöräily on ongelmaa, että se ei oikein luista. Eikä oikeen lapsi o innostunu siitä...Jos on kauhee santapiha, niin se ei onnistukaan. Et täällä keskustassa lapset kun kulkee asfaltin päällä, nin ne oppii ihan 4, 3-4 vuotiaasta jo mennä huristeleen kohta ilman apupyöriäkin. Mutta sitte sellasessa pihass, missä on santaa paljon tai on joku jyrkkä rinne, niin ei oo ihan mahdollisuuksiakaan. (Th4, maaseutu2)

TAULUKKO 3 Esimerkki luokittelusta ympäristön kehyksessä

Alkuperäinen terveydenhoitajan esittämä maininta	Analyysi ja tulkinta	Alakategoria	Yläkategoria
<p>“...että se [kodin] <i>lattia</i> o paljo parempi paikka ko se <i>babysitteri</i>. Et siin pääsee sit harjottelemaa...”</p> <p>“...näit tämmässii kaikkii <i>lisävempaimii</i> [hyppykiikut, kävelytuot] vauvoille ja sit o tullu nämä <i>televisiot</i> ja kaikki muut, mitkä sit taas estää sitä normaaliu lapsen liikkumishaluu.”</p> <p>“...<i>maalla</i> on niinku se etu, et täällä voi päästää niinku lapsen herkemmin esimerkiksi hiihteelen <i>pihalle</i>.”</p> <p>“Esimerkiksi täältä [erästä <i>keskusta-alueen</i> paikasta] ko lähdet ulkoilemaan, niin heti kävelet ovesta ulos, niin sieltä saattaa vilahtaa niin <i>pakettiauto</i> heti siinä pihas pihasta ...”</p> <p>“...Et <i>maaseudulla</i> ja vähän kauempana asuvilla on niinko paljo paremmat <i>mahdollisuudet</i> tämmässiin leikkeihin, ulkoleikkeihin, ko sitte tuoll <i>kaupunkialueella</i>.”</p> <p>“...<i>puisto X</i> on loistava...semmonen paikka, et ko sinne menee ni siellä on kaikenikäisille kyllä ni tota puuhaa. Juoksemista ja kiipeemistä ja keinumista.”</p> <p>“Äiti mihin <i>puuhun</i> mä voisni kiivetä? Et ei löydä - tai ei o semmosia <i>puita</i> mihi voisni kiivetä!”</p> <p>“Talvell tuli mieleen et ihan niinku mäenlaskuki. Ni kui hyvä liikuntamuoto o! Mut ei kai niit <i>mäkiikä</i> o sit <i>kaupungiss</i> ihan vaan sillai. Et ei se o niin helppo lähtee.”</p> <p>“On <i>jääkiekkoo, jalkapalloo</i>, mitä kaikkii niit on et tua, <i>luisteluu</i> ja <i>tanhuu</i> ja <i>telinevoimisteluu</i>...Osa käy tietysti [viereisessä kunnassa].”</p> <p>“...ett meenki <i>kunnassa</i> on jotain tiettyjä tyypillisiä niinku <i>liikuntajuttuja</i> kesällä ja sitten on talvella erikseen.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koti vauvavaiheen motoristen taitojen harjoittelupaikkana</li> <li>• Passivoiva kotiympäristö liikkumisinnon heikentäjänä</li> <li>• Maaseudun lähiympäristö mahdollistaa ulkoliikunnan</li> <li>• Turvallisuusriskit heikentävät liikkumista kaupungissa</li> <li>• Maaseutu tarjoaa hyvät mahdollisuudet ulkoleikkeihin</li> <li>• Puistot liikunnan mahdollistajina</li> <li>• Ympäristön virikkeettömyys heikentää liikuntamahdollisuuksia</li> <li>• Ympäristön virikkeet puuttuvat kaupunkialueilta</li> <li>• Paikkakunnan tai lähikunnan liikuntatarjonta liikunnan mahdollistajana</li> <li>• Kunnan liikuntatarjonta eri vuodenaikoina liikunnan mahdollistajana</li> </ul>	<p>Koti ja pihapiiri liikunnan määrittäjänä</p> <p>Lähiympäristö ja paikkakunnan ominaisuudet liikunnan määrittäjänä</p> <p>Paikkakunnan liikuntatarjonta liikunnan mahdollistajana</p>	<p>Fyysinen ympäristö lapsen liikunnan määrittäjänä</p> <p>jatkuu</p>

Alkuperäinen terveydenhoitajan esittämä maininta	Analyysi ja tulkinta	Alakategoria	Yläkategoria
<p>“...ainaki poikalapsil, ko siell [päiväkodissa] ei sais oikee juost eikä eikä kiivet eikä muut.”</p> <p>“Semmosta kehonhahmottamista, ja sit muitaki hahmotusasioita. ...Kiva huomata, et päiväkodeiss. Ainakin et ketä siell on, ni niill on aika paljo kaikkii. Vesiliikuntaan on kannustettu, et.”</p> <p>“Niil on nyt ulkopuolinen, se joka sitä luistelukouluuki vetää, ni [paikkakunnan jääkiekkoseura] vai mikä se on. Ni siell päiväkodeiss semmosen maksullisen niinku mahdollisuuden, et saa osallistuu luistelukouluu.”</p> <p>“Ne on ajoissa kyl ulkona... ja sit ne o viel toisen kerran... niill on semmone rytmi et tuo ketä perhepäivähoidoss on.”</p> <p>“Eikä niitä ny paljo voi lapsii ennää päästää oikee neuvolaiäss ollenkaan ulos tuolla ko ne assuu jossain tietys lähiössä, ni tota noi niin siell o niin rauhatonta siell niit ei voi.”</p> <p>“Ettei enää ehkä niit semmossii lapsiporukoitakaan muodostu enää sillai. Ko ny muistaa, mitä o ollu nämä kaikki... mitä niit käyti näitä: kymment tikkuu ja jotain tällasii. Et oli isot lapsiryhmät, jotka sit iltasinki oli pihalla ja tota pelattiin pii ...mitä ne ny kaikkii ne leikit oli ni... ei semmost varmaa ole.”</p> <p>“Et vaik joku tämmäne kerrostaloalueki. Ni ei siell nii paljo välttämättä sit semmossii samanikäsi lapsii o, ko alkaa niit kavereit kysymää. Vanhuksii assuu nii paljo jo kerr.. näiss.”</p> <p>“Ja hiihtokilpailuihin [maaseudulla] voi kaikki osallistua ja pääsee kaikki palkinnoille. Joo kyllä!”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Päiväkodin säännöt poikien aktiivisen liikkumisen rajoittajana</li> <li>• Päiväkotien monipuolinen liikuntatarjonta liikunnan mahdollistajana</li> <li>• Päiväkoti- ja seurayhteistyö liikunnan organisoijana</li> <li>• Perhepäivähoitajat ulkoilun aktivoijina</li> <li>• Sosiaalisen ympäristön rauhattomuus passivoijana</li> <li>• Sosiaalisten pihaleikkien väheneminen</li> <li>• Leikkikavereiden vähäinen määrä</li> <li>• Liikuntaan osallistumisen helpous maaseudulla</li> </ul>	<p>Päivähoito liikunnan määrittäjänä</p> <p>Sosiaaliset ympäristötekijät liikunnan määrittäjinä</p>	<p>Sosiaalinen ympäristö liikunnan määrittäjänä</p>



Terveydenhoitajat puhuivat ympäristön merkityksestä aktivoivana tekijänä. Tässä yhteydessä mainittiin leikkikentät ja leikkipuistot. Terveydenhoitajat nostivat puheessaan esiin pallojen käytön kotiympäristössä, erityisliikuntavälineet [esim. sukset, luistimet] sekä arkiliikuntavälineet: lastenistuimet, apupyörät ja pyöräilykypärän käytön. Terveydenhoitajat keskustelivat myös kodin merkityksestä harrastusten passivoijana: tv, videot ja tietokoneet ja tietokonepelit puhuttivat tässä yhteydessä. Erityisesti lähiöiden terveydenhoitajien mielestä hyvin tekninen ympäristö lisää passiivisuutta.

Ympäristön kehyksessä keskusteltiin kodin ja liikkumisympäristön turvallisuudesta. Suuren kaupungin keskustan terveydenhoitajaryhmässä esitettiin, että lapsen liikkumisvarmuus lisääntyy lapsen pyöräillessä kaupungissa liikennevalo-ohjatuilla kaduilla. Lisäksi terveydenhoitajat nostivat keskustelussa esiin vilkkaasti liikennöidyt pihat. Lähiöterveydenhoitajat totesivat ympäristön olevan liian levoton, jotta pienten lasten voisi antaa leikkiä pihalla yksin. Maaseudun ryhmä piti ympäristöä turvallisena liikkua.

Ympäristön kehyksessä terveydenhoitajat kiinnittivät puheessaan huomiota myös lumen vähäisyyteen talvisin. He arvelivat, että vähäinen lumen määrä saattaa olla syy siihen, etteivät vanhemmat enää motivoitu hankkimaan lapsilleen suksia. Tämä on saattanut johtaa heidän mielestään lasten perinteisten hiihtotaitojen heikkenemiseen.

Fyysisen ympäristön lisäksi terveydenhoitajat puhuivat sosiaalisen ympäristön merkityksestä. Vaikutti siltä, että terveydenhoitajat ovat hyvin tietoisia päiväkotien tarjoamasta liikunnasta ja osoittivat keskustelussa arvostavansa päiväkotien henkilökunnan ja perhepäivähoitajien toimintaa lasten aktivoimiseksi. Erityisesti mainittiin päiväkotien tapa viedä lapset luistelemaan ja uimaan sekä perhepäivähoitajien säännöllinen ulkoilu lasten kanssa.

Lähiöterveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että nykyaikana lapset eivät koonnu yhteen leikkimään samalla tavoin kuin aikaisemmin. Toisaalta taas tuotiin esiin, että päiväaikaan pihalla ei ole paljoakaan lapsia. Maaseudun terveydenhoitajat korostivat sosiaalisen osallistumisen helppoutta. Maaseudulla jokainen lapsi tarvitaan mukaan osallistumaan, jotta saadaan joukkue aikaiseksi. Osallistumisessa taidot eivät ratkaise, vaan jokainen otetaan mukaan. Samoin maaseuturyhmät korostivat, että useimmat harrastuksista ovat halpoja ja kilpailuissa jokainen saa palkinnon. Maaseudun terveydenhoitajat mainitsivat eduksi myös sen, että he pystyvät seuraamaan esimerkiksi yksilöiden osallistumista kilpailutoimintaan lukemalla paikallislehtiä. Pitkät etäisyydet koettiin maaseudun ongelmaksi, mutta esimerkiksi eräässä maaseutukunnassa terveydenhoitaja tiesi kunnan järjestävän viikoittain kuljetuksen viereisen kunnan uimahalliin.

### 7.1.2 Perheen kehys: Vanhemmat liikunnan mahdollistajina tai estäjinä (II)

Jos ei lapselle tarjoa erilaisia mahdollisuuksia, ni eihän lapsi osaakaan olla kiinnostunut...Ni ko on sit varmaan meilläkin joitakin perheitä, missä vanhemmat ei o ite innostuneita, tai intressit on muualla. Ni eikä nää sitä tarpeellisuutta. (Th5, maaseutu2)

Perheen kehyksessä terveydenhoitajat keskustelivat vanhempien roolista liikunnan määrittäjinä. Lisäksi mainittiin muutaman kerran sisarusten ja isovanhempien osuus lapsen aktiivinnissa. Liikunnasta puhuttiin tässä kehyksessä perheen yhteisenä aktiviteettina; luonto-, pyörä- ja marjaretkinä, leikkipuistoissa käymisenä ja yhteisinä uintikokemuksina.

Et perhe menee esimerkiks yhtenä päivänä viikos koko perhe uimaan. Ja pienet lapset ko on, ni vanhemmat voi vuorotella ja käydä uimas. Et se olis semmone joku yks juttu, perheen yhteinen. Et se olis must tärkeet, et perheet enemmä olis yhdessä ja tekis jotain liikunnallistakin. (Th18, keskusta)

Vanhempien omat kiinnostuksen kohteet ja aktiivisuus nähtiin lapsen liikunnan mahdollistajina. Terveydenhoitajat korostivat, että juuri vanhemmat tarjoavat lapselle tilaisuuden tutustua ympäristöön. Vanhemmat mahdollistavat aktiivisuuden ostamalla lapselle liikuntavälineitä, mutta toisaalta vanhempia on myös kehoitettava olemaan ostamatta turhia apuvälineitä. Tätä seikkaa korostettiin jokaisessa ryhmäkeskustelussa: "Niinko alle vuoden ikäsill se tahtoo olla, ett vanhemmat haluis kaikkii hyppykiikkuu ja kaikennäkösii kävelytelinettä, ja niit kyll täytyy toppuutella siinä (Th12, keskisuuri kunta)."

Vanhempien oletettiin opettavan lapselle perinteisiä sisä- ja ulkoleikkejä: "Ja just ulkoleikit ja sisäleikit ja muut tämmöset, jotka niinku vanhemman kuuluu opettaa lapselle (Th17, keskusta)" ja esimerkiksi hiihdon, luistelun ja uinnin alkeistaitoja. Terveydenhoitajien mielestä juuri hiihto ja luistelu vaativat vanhemmilta paljon enemmän aktiivisuutta kuin vain välineiden hankinnan tai kuljetuksen järjestämisen. Nykyajan vanhempien sitoutuneisuutta lasten harrastuksiin käsiteltiin keskusteluissa. Terveydenhoitajien mielestä sitoutuneisuus on kahtiajakautunutta: toiset vanhemmat ovat todella sitoutuneita ja toiset taas eivät ollenkaan. Erityisesti maaseudun ryhmä totesi vanhempien voimakkaan sitoutumisen tarpeen. Kuljetukset pitää aina järjestää. Yleisesti terveydenhoitajat ilmaisivat arvostavansa niitä vanhempia, jotka opettavat lapsilleen liikuntataitoja. Samoin ajateltiin vanhemmista, jotka ottavat aktiivisesti liikunnan mukaan vammaisen lapsen kuntoutusprosessiin.

Terveydenhoitajien mukaan vanhemmat voivat myös rajoittaa lapsen fyysisistä aktiivisuutta vauvavaiheesta alkaen pitämällä lasta istuimessa sen sijaan, että antaisivat lapsen tutustua aktiivisesti ympäristöönsä. Terveydenhoitajien mielestä monet nykyajan vanhemmat pitävät myös vauvoja liian paljon sylissä.

Ni mull o tullu mieleen, et nykypäivänä vanhemmat laittaa näitä pieniä vauvoja tosi vähän lattialle niin et ne oppis siellä liikkumaa. Niitä pidetään vaan sylissä koko ajan. Ja sit ne o sellasii pullajalkoja, semmosii, et ne ei opi ollenkaa liikumaanka. Ko ne o aina vaan sylissä. (Th3, maaseutu1)

Samaa teemaa käsiteltiin myös vanhempien lasten kohdalla:

Ni tuo o just sitä, ko näkee tosiaan aika isoi lapsii, ko lykätään jossakin rattaissa vielä. Et saatikka, että laps opetettas kävelemään niinku pienest saakka. Siihen et sill on jalat ja se osaa kävellä. Niin, et ei sitä tartte työntää rattaissa. (Th17, keskusta)

Joidenkin vanhempien todettiin myös ylihuolehtivaisuudellaan haittaavan lapsen liikuntaa: ”Ja just se, että ko monta kertaa vanhemmat on niinku ylivarovaisia ja ylihuolehtivaisia. Et niinku kieltää kiipeemästä ja kieltää tekemästä jotain just tämmöstä mikä kehittäis hirveesti sitä motorista puolta (Th14, keskusta).” Varovainen kohtelu koskee terveydenhoitajien mielestä erityisesti perheen ainoita lapsia tai lapsia, joilla on erityisen tuen tarve (esim. vammaisuus).

Terveydenhoitajat toivat keskusteluissa esiin, että kaikilla vanhemmilla ei ole resursseja analysoida lasten liikunnan merkitystä. Yksi terveydenhoitajista sanoi tämän mahdollisesti olevan seurausta liikuntatuntien vähäisyydestä kouluelämässä. Tulevaisuuden vanhemmat eivät opi arvostamaan liikuntaa ja analysoimaan sen merkitystä.

Terveydenhoitajat keskustelivat paljon vanhempien toimimisesta lastensa roolimalleina: ”Mää usein sano tälläi kesälläki, et voiko hieno nyt ko kesä tulee, ni pääsette pyöräilee: et laps sin pyörätaa. Ja laps kerkee sielt vähä näkemäänki. Ja saa samall itseasiass sitä mallii, että itteki liikutaan (Th19, lähiö).” Myös sisarusten merkitys nostettiin esiin:

Mul tuli ny just poika kaksivuotistarkastukse. Se isovelji o kova urheilija, mottomatki isoveljet kovia urheilee. Ja vähä semmone oikee vipeltäjä. Ni äiti oli pistäny sil sukset jalkaa, ko se oli väkisi sisäl niitä lykänny jalkaas. Ni se meni komeesti. Suksil kaksivuotias. Olisi halunnu nähdä. (Th3, maaseutu1)

### 7.1.3 Luonnollisuuden kehys: Liikunta osana lapsen kehitystä ja arkea (II)

Nimenomaan, se o menny täss muutamii vuosii sitte ni tuli niit kaikennäkösii näit vempaimii nii kauheesti et niit saa niinko toppuutella et olis kohtuus kaikessa, et niiss ollaa sit jatkuvasti. Ain ko ollaa lattialla, et se laps ei saa semmost omatahtista liikuntaa lainka harjotellakaa ja niit taitoja siinä. (Th23, lähiö)

Luonnollisuuden kehyksessä terveydenhoitajat pitivät liikuntaa lapsen ja perheen arjen kuvaajana. Liikuntaa pidettiin osana lapsen elämää. ”Jokaisella lapsella on luontainen halu liikkua (Th3, maaseutu1)”, kuten eräs terveydenhoitaja asian ilmaisi.

Että tota, jos ajattelee niinko lapsen liikunnallisten taitojen kehittämistä, ni ei hän siin välttämättä tarvi ol ulkopuolisii virikkeitä eikä semmosii. [...] Et mää oo kyll sen verran vanhanaikane, et mä katon sitä aina sitä, et jos on hirvee kiire paikasta toiseen: muskarista satujumppaan ja muuta. Ni, se voi mennä niinko liialliseksi... (Th17, keskusta)

Terveydenhoitajat käyttivät luonnollisuuden kehyksessä lapsen liikunnasta ilmaisuja: touhuaminen, ulkoilu ja leikki. Heidän mielestään alle kouluikäisten lasten liikunta tulisi integroitua lapsen arjen toimintaan: ulkona pelaamiseen, kiipeilyyn, hyppimiseen ja tasapainoiluun.

Et tuleeko se sen normaalin leikinki muodossa jo, et on semmone hyppivä ja kiipeilevä ja menee ja tekee kaikennäköst ja juoksee tuoll ulkona. Ja et ei se tartte ol silti mikään harrastuskaa välttämättä ollenkaan. (Th20, lähiö)

Ryhmäkeskusteluissa terveydenhoitajat pitivät liikuntaa itsestäänselvänä kokonaiskehitykseen kuuluvana osana. Siksi he eivät mielestään ole edes ikinä ajatelleetkaan edistäväänsä liikuntaa erityisesti. Keskusteluissa korostui lasten tarkastusten kokonaisvaltaisuus:

Ja, et vaik ei niitä varmasti ainakaan silleen tarkasti mieti, et ne just olisi liikunnan lokeroon. Ko se on niin kokonaisvaltainen se lapsen tarkastus. Siihen liittyy niin monta asiaa, nin mun ei tu ainakaan mietitty erikseen niitä, et mikä kuuluu liikuntaan ja mikä on ravitsemusta ja mikä on sitä vuorovaikutusta. (Th5, maaseutu2)

Terveydenhoitajat puhuivat myös lapsen motorisen kehityksen laajasta vaihte-  
lusta: "Toiset lapset eivät käytä apupyöriä enää nelivuotiaina. Lapset ovat niin erilaisia (Th17, keskusta)."

Liikunnan oletettiin kuvaavan perheen yleistä aktiivisuustasoa jokapäiväisessä elämässä. Esimerkiksi tapa, jolla neuvolaan kuljetaan, antaa tietoa terveydenhoitajille: "Se tulee usein sieltä rivien välistä, jotku tulee kovalla tohinalla kävelle suht kohti semmose matkaa reippaasti. Ja et niinku ei sitä ain tarvi niinku, et kyl se ihmisen elämäntavan ja tyylin niinko näkee jo niin monesta asiasta (Th11, keskisuuri kunta)." Terveydenhoitajat tekevät johtopäätöksiä luonnollisessa keskustelussa asiakkaan kanssa: "Niinko sillai siinä luonnollisessa keskustelussa. Et ei sitä välttämättä nii - puhutaan siitä päiväohjelmasta ja kaikesta tekemisestä. Ja kaikki niinko ohjaus, niinko jollaki tavalla on semmosta luonnollista, siihen jokapäiväiseen elämään liittyvää (Th11, keskisuuri kunta)."

Terveydenhoitajien mielestä suurperheiden lapset kasvatetaan realistisemmin, mikä ilmenee esimerkiksi vanhempien vähäisempänä huolena koskien lapsen motorista kehitystä.

Lapsen liikunta tulisi terveydenhoitajien mielestä liittyä sellaiseen vuorokaudenaikaan, jolloin lapset ovat aktiivisimmillaan: "Ja katsoo sitä lapsen jaksamista, eikä sellasta et ollaan hirveen aikataulutettu. Ja ainakin silloin, jos on päivähoitossa, se vie jo aika paljon voimia (Th12, keskisuuri kunta)." Luonnollisuuden kehityksessä terveydenhoitajat puhuivat lisäksi elämysten jatkuvasta etsinnästä ja ihmisten etäntymisestä luonnosta:

Vai haetaanko liian paljon niitä elämyksiä ja ihmeitä. Et tommone joku käpyjen keräily tai tavallinen kukkien keräily tai jotain tommosta ihan tavallista mikä voi olla ihan. Syksyllä lehtien, kirkkaiden lehtien hakeminen. Ei se lapsella tartte olla nii ihmeellistä. Et ei osata ilmeisesti enää tämmästä. Täytyy olla tietokonetta ja vempeltä! (Th24, lähio)

#### 7.1.4 Hyvinvoinnin ja terveyden kehys:

##### Liikunta terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä (II)

Et oikeastaan sitä vasta oikee alkaa ajattelemaan, niinku [eräs osallistujista] heti ensimmäiseksi sano, et sitä ko on ylipainonen sitä sitä oikeen ohjataan et nyt pitäis tehdä sitä ja tätä. Ja sitä tietysti näillä, jos on jottain mutko niitä on ny aika harvoin onneks näitä pitkäaikaissairaita. Niillähän on se sitä ihan elintärkeää niitten liikunta. (Th23, lähio)

Hyvinvoinnin ja terveyden kehyksessä terveydenhoitajat tarkastelivat liikunnan merkitystä suhteessa lapsen normaaliin kasvuun: "Pitäs se luumassa lasten kerätä koko elämää varte lapsena, et tulis vahvat luut (Th18, keskusta)" ja suhteessa kokonaiskehitykseen: "Sitte o kuitenkin, ko lapsen neurologises kehityksessäki kuitenkin se liikuntahan on aika oleellinen osa (Th5, maaseutu2)." Lisäksi terveydenhoitajat perustelivat varhaislapsuuden liikunnan tärkeyttä pohjana lapsen kehonkuvan kehittymiselle ja myöhemmin itsetunnolle. Tässä yhteydessä korostettiin onnistumisen kokemista ja ilon merkitystä. Ryhmäkeskusteluissa terveydenhoitajat puhuivat myös liikunnan merkityksestä lapsen sosiaaliselle kehitykselle: "Kyll se on sosiaalinen puoli ja suuri siinä sitte: pystyy liikkumaan siellä toisten joukossa ja olla samanlainen ko muut, et ei ole sit semmone kankee ja kömpelö ja ei osaa ja. Sitä äkkii joutuu silmätikuks (Th21, lähiö)." Eriytyisesti terveydenhoitajat korostivat itsetunnon merkitystä ja sosiaalisen osallistumisen merkitystä silloin, kun lapsella on ylipainoa.

Motorisista taidoista luistelu-, hiihto-, uinti- ja pyöräilytaitojen merkitystä korostettiin olennaisina kouluvalmiustaitoina liikuntatuntien ja välituntileikkien näkökulmasta. Kuten eräs osallistuja totesi: "Samallai välitunnill hypitään naruu ja kaikki nämä perustaidot mitä siellä välitunnill tehdään. Ni kyll nii helppommi pääsee kaveripiiriin, ko pystyy menee siellä muitten mukana (Th11, keskisuuri kunta)." Arkojen lasten kohdalla korostettiin ei-kilpailullisen ryhmäliikunnan merkitystä. Muita kouluvalmiuksia koskevia teemoja olivat keskittymistäidon ja kestävyiden kehittyminen liikunnan avulla:

Onhan sill merkityst just siin, et sit ko alkaa nää kouluvuodet ni just sillai nää kyyditykset ja kaikki. Helposti sit viedään lasta koululle ja haetaan koulusta. Et jos se on tottunu liikkumaan pienest asti, ei se o sit niin vaikee päästää sitä lasta menemään kävellen kouluun jonku tietyn matkan ja sit myöhemmin pyörällä. Et se olis niinko tavallaan helpompaa sitte ko laps olis tottunu pienestä asti liikkumaan. (Th10, keskisuuri kunta)

Hyvinvoinnin ja terveyden kehyksessä kiinnitettiin huomiota liikuntaan erityistilanteissa (esimerkiksi ryhtivirheet) tai siinä tapauksessa, että lapsella on joitain erityistarpeita. Sylivauvaikäisen lapsen kohdalla puhuttiin vatsavaivoista: "No, mun tuli vauvat ensimmäisen jotenki mieleen. Et siitähä hyvinki paljon ilmavaivase vauva, tai muute niit kehotetaan tekemään semmost ilmavaivajumppaa jalat koukkuun ojennus ja kierittelyä (Th21, lähiö)." Levottomien tai aggressiivisten lasten kohdalla puhuttiin liikunnasta ylimääräisen energian purkajana. Liikunnalla koettiin olevan erityismerkitystä lisäksi ylivilkkaile ja kömpelöille lapsille. Eräs terveydenhoitaja pohti liikunnan merkitystä ylivilkkaile seuraavasti: "Ja monta kertaa ni tämmäne ohjattu ja yhdessäoleva liikunta tämmäsilä ylivilkkailekin lapsille niin olis tosi hyvä (Th5, maaseutu2)." Ruokahaluttomille lapsille suositeltiin ulkoilua ruokahalun palauttamiseksi. Samoin ulkoilua suositeltiin niille lapsille, joilla oli nukkumisongelmia. Joka ryhmässä puhuttiin liikunnan merkityksestä ylipainoisille lapsille. Terveydenhoitajat kokivat, että lapsen ylipaino ja kömpelyys ovat hienovaraisia asioita: "Vanhemmat on tosi herkkiä. Et jos lapsi on kömpelö tai on ylipainonen, ni niitten kans täytyy olla tosi hienovarasia, ett miten sen asian esittää (Th17, kes-

kusta).” Eräs terveydenhoitaja totesi, että hänen mielestään heidän tulisi perustella enemmän liikuntaa kaikille tasapuolisesti, ei ainoastaan yli-painoisille.

Vammaisten lasten kohdalla terveydenhoitajat pitivät itseään tukipilareina vanhemmille: vanhemmat voivat koota voimiaan ja tarkastella tilannetta terveydenhoitajan kanssa. Vaikka terveydenhoitajat pitivät liikuntaa tärkeänä erityislapsille, varsinkin uimataidon merkitystä korostettiin, ilmaisivat he yleisesti ottaen avuttomuutensa vaativampia erityistarpeita omaavien lasten (vaikeavammaiset, näkö- ja liikuntavammaiset) tapauksissa:

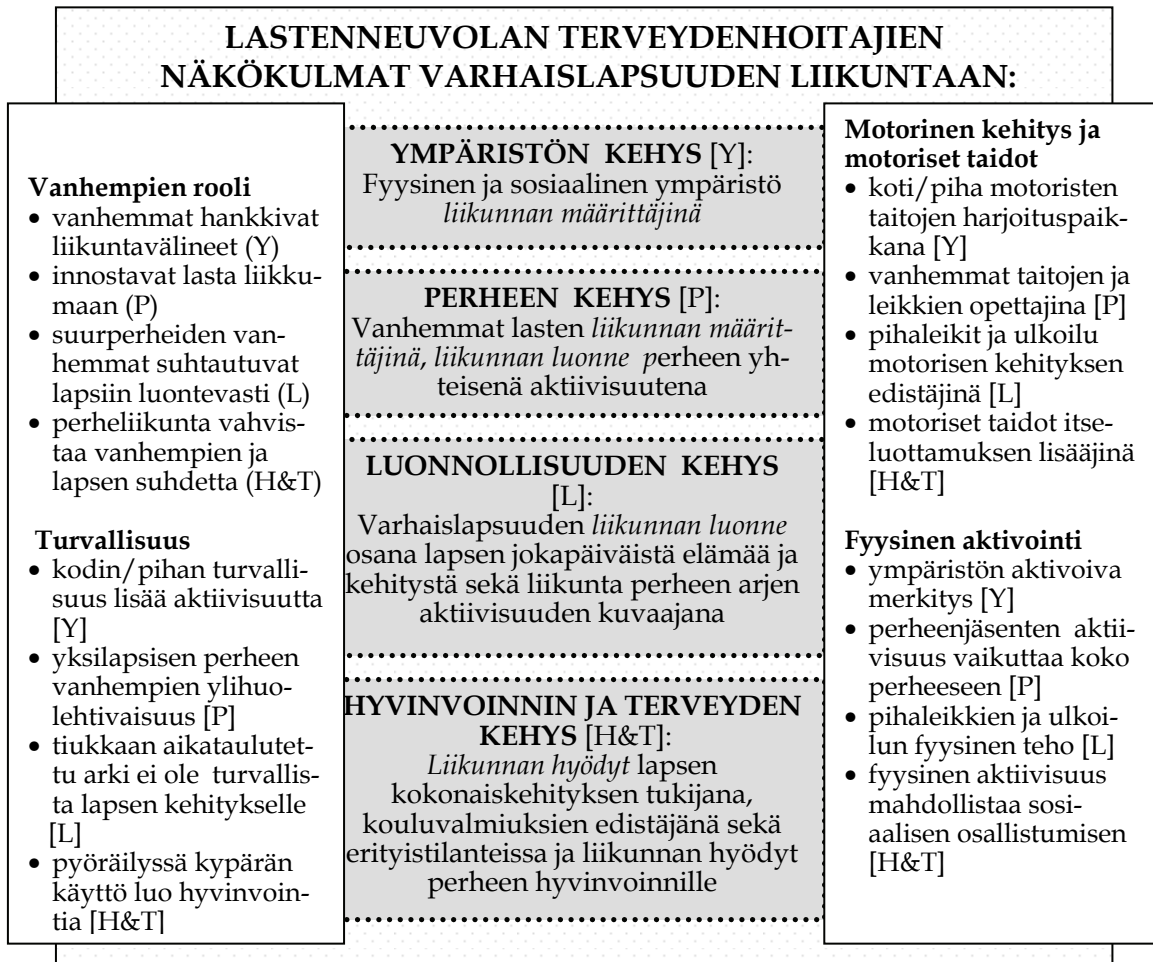
Th6 (maaseutu2): Tuntuu, että nää erityislapsen liikunta-asiat on niin semmosta kuitenkin, että itellä ei o ehkä semmosseen valmiutta sitte. Ja niill on nää erityistyöntekijöiden vastaanotot sillai et ei o sillai, ei koe tarpeelliseks niinkun niihin asioihin sillai.

Th5 (maaseutu2): Muutenki tuntuu tosiaan nää erityislapsen ni [syvä huokaus], kyl mun täytyy myöntää, et ne jää niinko vähän kaikki aina näis neuvola-asioissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden kehyksessä liikunnan merkitystä tarkasteltiin myös perheen, lähinnä kuitenkin äidin näkökulmasta muutamissa puheenvuoroissa. Korostettiin perheen yhteistä liikuntaa tukena varhaiselle vuorovaikutukselle ja erityislapsille: ”Ja ehkä just, kun puhutaan niin paljon kuitenkin näist käytöshäiriöistä ja näin, ja siinä korostuu että on hyvä olla perhe mukana. Näis kaikis nuorten ja lasten touhuissa, ni tämän päivän niinku tämä suuntaus o just tämä, että vanhemmat ois sitte mukana myöskin (Th4, maaseutu2).” Äidin liikunnan tärkeyttä korostettiin myös paino-ongelmien yhteydessä. Erityisesti ulkoilun merkitystä käsiteltiin keinona selviytyä arjesta vauvan kanssa.

### 7.1.5 Näkökulmien yhteiset piirteet

Eri näkökulmissa ilmeni terveydenhoitajien ajatukset varhaislapsuuden liikunnan määrittäjästä, liikunnan luonteesta sekä liikunnan hyödyistä varhaislapsuudessa. Ympäristön ja perheen kehyksissä terveydenhoitajat toivat esiin fyysisen ja sosiaalisen ympäristön merkityksen lapsen liikunnan määrittäjinä. Vanhempien merkitystä korostettiin erityisesti perheen kehyksessä. Varhaislapsuuden liikunnan luonne nostettiin esiin luonnollisuuden ja perheen kehyksissä. Luonnollisuuden kehyksessä tuotiin esiin lapsuuden liikunta osana lapsen kokonaiskasvua ja kehitystä sekä lapsen jokapäiväistä elämää. Samoin kyseisessä kehyksessä lapsen liikunnan koettiin myös kuvaavan perheen arjen yleistä aktiivisuutta. Perheen kehyksessä nähtiin liikunnan luonne perheen yhteisenä toimintana; perheliikuntana. Terveyden ja hyvinvoinnin kehyksessä terveydenhoitajat tarkastelivat liikunnan hyötyjä pääasiassa lapselle, mutta myös perheelle. Terveydenhoitajat tunnistivat liikunnan monipuoliset hyödyt lapsen kokonaiskehitykselle, tuleville kouluvuosille sekä lapsen, mutta myös koko perheen, terveydelle ja hyvinvoinnille erityistilanteissa. Erityisesti jokaisessa kehyksessä tarkasteltiin motorista kehitystä ja motorisia taitoja, vanhempien roolia, aktiivointia ja turvallisuutta kehyksen omista lähtökohdista käsin. Kuviossa 8 on esitettyä yhteenveto eri näkökulmista.

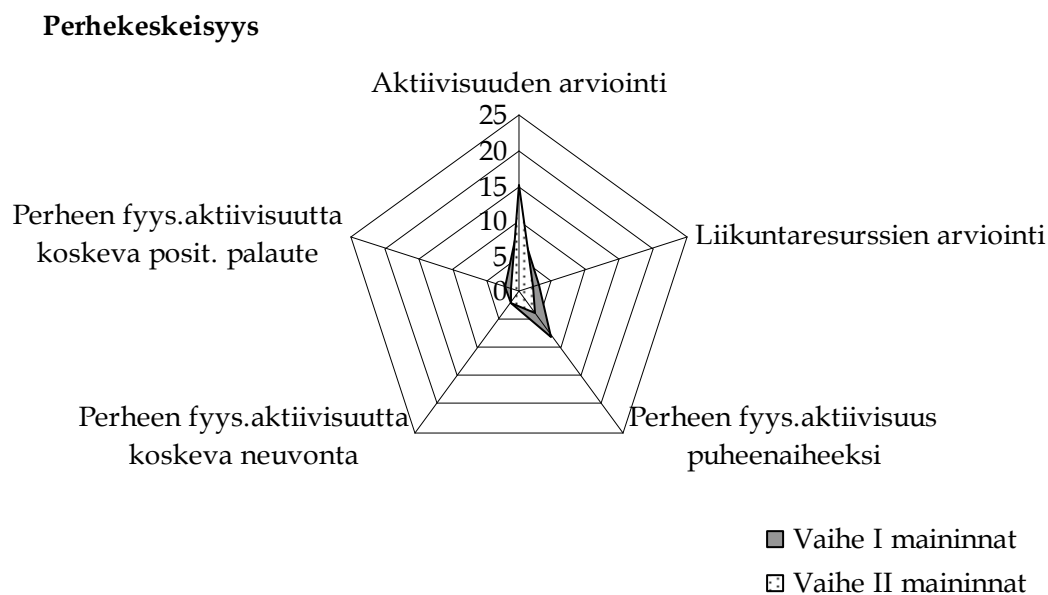
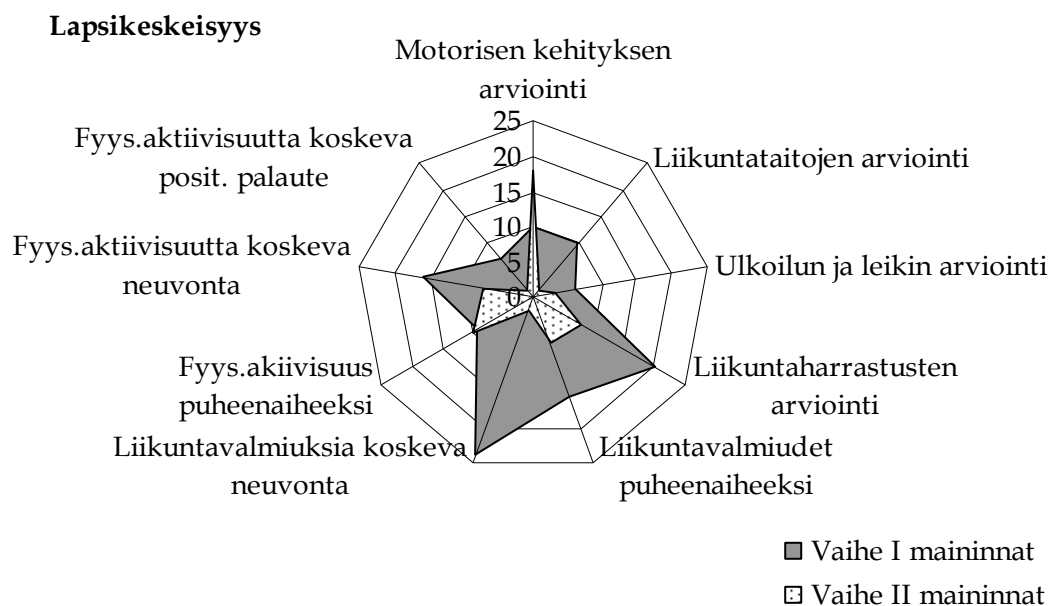


KUVIO 8 Terveystenhoitajien näkökulmat varhaislapsuuden liikuntaan täydennettynä kaikissa kehyksissä toistuneilla teemoilla

## 7.2 Liikunnan edistäminen lastenneuvolatyössä

### 7.2.1 Liikunnan edistämisen sisältö (III)

Terveystenhoitajien esittämät, heidän omaa liikunnan edistämistyötään kuvaavat maininnat voitiin luokitella joko *lapsikeskeisiksi* tai *perhekeskeisiksi* maininnoiksi. Lapsikeskeisyys viittaa sellaisiin mainintoihin, joissa puhutaan lapsen liikuntavalmiuksista tai fyysisestä aktiivisuudesta tai näitä käsittelevistä aiheista. Perhekeskeisyys-käsitettä käytetään tässä tutkimuksessa, jos maininnan sisältö viittasi koko perheen tai yksittäisen perheenjäsenen liikuntaan. Kuviossa 9 on esitetty lapsikeskeisten ja perhekeskeisten mainintojen tarkempi erittely. Kuviossa esitetyn pinta-alan laajuus symboloi lapsi- tai perhekeskeisten aiheiden käsittelyn laajuutta yleiskeskusteluvaiheessa [harmaa alue] ja tarkentavassa vaiheessa [pilkullinen alue].



KUVIO 9 Terveydenhoitajien ryhmäkeskussteluissa esitettyjen lapsikeskeisten (n=174) ja perhekeskeisten (n=49) liikunnanedistämismainintojen vertailu

Yleisesti ottaen terveydenhoitajien maininnat käsittelivät lapsen iänmukaista motorista kehitystä ja liikuntataitoja eri ikävaiheissa. Vauvavaiheessa korostui esimerkiksi vauvan lihasjäntevyys, suojarefleksit sekä päänkannatus ja myöhemmin ryömiminen, konttaaminen, istuminen ja kävely. Leikki-ikäisen kohdalla puhuttiin motorisista perustaidoista, kuten yhdellä jalalla hyppelystä, tasapainoilusta, viivaa pitkin kulkemisesta sekä käsittelytaidoista (Gallahue & Ozmun 2002; Numminen 1995, 2005). Viisivuotiaiden kohdalla puhuttiin karkeamotorisista taidoista sekä hiihto-, luistelu- ja pyöräilytaidoista. Uintitaidot nostettiin esiin muutamassa puheenvuorossa. Kaikki edellä mainitut osa-alueet



luokiteltiin liikunnanedistämisen sisällön tarkastelussa *lapsen liikuntavalmiudet*-luokkiin. Taulukossa 4 lapsen liikuntavalmiuksia käsitellään pääluokissa 1 ja 4.

TAULUKKO 4 Liikunnanedistämismainintojen (N=223) jakauma ryhmäkeskustelun vaiheiden mukaan

Pääkategoriat ja alakategoriat	Mainintojen määrä
	FG-vaiheittain: I + II
1. Lapsen liikuntavalmiuksien arviointi	20+19
1.1 Motorisen kehityksen arviointi	10+18
1.2 Liikuntataitojen arviointi	10+1
2. Lapsen fyysisen aktiivisuuden arviointi	26+11
2.1 Ulkoilun ja leikin arviointi	6+3
2.2 Liikuntaharrastusten arviointi	20+8
3. Perheen fyysisen aktiivisuuden arviointi	13+17
3.1 Aktiivisuuden arviointi	10+15
3.2 Resurssien arviointi	3+2
4. Lapsen liikuntavalmiuksien aktivointi ja tukeminen	39+9
4.1 Merkityksen esiinnostaminen puheessa	15+7
4.2 Neuvonta ja ohjaus	24+2
5. Lapsen fyysisen aktiivisuuden aktivointi ja tukeminen	32+18
5.1 Merkityksen esiinnostaminen puheessa	9+10
5.2 Neuvonta ja ohjaus	16+7
5.3 Positiivinen palaute	7+1
6. Perheen liikunnan aktivointi ja tukeminen	12+7
6.1 Merkityksen esiinnostaminen puheessa	8+4
6.2 Neuvonta ja ohjaus	2+2
6.3 Positiivinen palaute	2+1
<b>Yhteensä</b>	<b>142+81</b>

Lisäksi terveydenhoitajat esittivät keskusteluissaan lapsen ulkoiluun, leikkiin ja liikuntaharrastuksiin viittaavia mainintoja. Nämä nimettiin vastaavasti *lapsen fyysiseksi aktiivisuudeksi*. Taulukossa 4 kyseiset maininnat on luokiteltu pääluokkiin 2 ja 5. Lapsen liikuntavalmiuksia ja lapsen fyysistä aktiivisuutta koskevia mainintoja oli aineistossa saman verran, 87 kumpaakin. Kaikkiaan lapsikeskeisiä terveydenhoitajien esittämiä mainintoja oli 174.

Perhekeskeiset maininnat (taulukko 4, pääluokat 3 ja 6) käsittelivät perheen yleistä aktiivisuustasoa tai yksittäisen perheenjäsenen liikuntaaktiivisuutta, yleisimmin äidin liikuntaa. Muutamat maininnat käsittelivät myös perheen mahdollisuuksia liikunnan harrastamiseen. Kaikkiaan perhekeskeisiä mainintoja oli 49. Taulukossa 4 esitettyjen vaiheittaisten frekvenssien perusteella koko aineiston maininnoista 78 % oli lapsikeskeisiä ja 22 % perhekeskeisiä. Kaikkien pääluokkien mainintoja löytyi jo yleiskeskusteluvaiheesta, mikä ilmenee taulukosta 4. Yhteensä 11-17 terveydenhoitajaa esitti osatutkimuksessa III eri pääkategorioihin sisältyneitä mainintoja. Tämä on osoitus siitä, että tulokset eivät kuvaa ainoastaan yksittäisten terveydenhoitajien näkemyksiä.

## 7.2.2 Liikunnanedistämisen menetelmät (III)

Liikunnanedistämismaininnoissa voitiin erottaa sekä arviointia että aktivointia ja tukemista eri muodoissa käsitteleviä mainintoja. Arviointi kuvaa myös määräraikaistarkastuksissa toteutettavaa seurantaa. Kuviossa 10 on esitetty tarkempi rakenne arvioivista sekä aktivoivista ja tukevista maininnoista. Seuraavassa osassa täydennetään kuvion tietoja esittämällä kuvailevia tuloksia laadullisesta analyysistä.

### 7.2.2.1 Arviointi

Terveydenhoitajien mielestä *lapsen liikuntavalmiuksien arviointi* (taulukko 4, sivu 54) on ollut jo vuosikymmeniä yksi heidän työnsä peruselementeistä. He sanoivat motorisen kehityksen arvioinnin toteutuvan jokaisen lapsen kohdalla ohjeiden mukaisesti ja asiallisesti dokumentoiden.

Jokaisella neuvolakäynnillä katotaan, että mitä tää lapsen pitäisi osata ja minkälaisessa kehityksessä sen pitäisi mennä. Ja joka kerta katotaan, missä vaiheessa menee motoriikka...Se viisvuotistarkastus on se kaiken huippu, missä teetetään semmone iso tehtäväsarja, missä pitää sitte osata jo vaikka mitä. Liikunnallisesti ja käden taidoista ja muista taidoist. (Th1, maaseutu1)

Liikuntavalmiuksien arviointi korostuu terveydenhoitajien mukaan sylvauvaiheesta aina 1,5 vuoden ikään. Varhaisvaiheessa lapsen iänmukaista motorista kehitystä arvioidaan tiiviisti 2 viikon iässä suoritetusta kotikäynnistä alkaen.

Semmosen pienen vastasyntyneen kohdallahan tietysti ensimmäiseks katsoo sen lapsen jäntevyyden ja kuinka tää lapsi käyttää käsiä, jalkoja siin ihan, ko makaa. Et onks ne symmetriset tai epäsymmetriset? Ja sit kaikki nää heijasteet. Mää ainakin katson tämmöseltä vauvalta ni joka kerta et. Ensimmäiseks nää morotukset ja kävelyheijasteet. (Th5, maaseutu2)

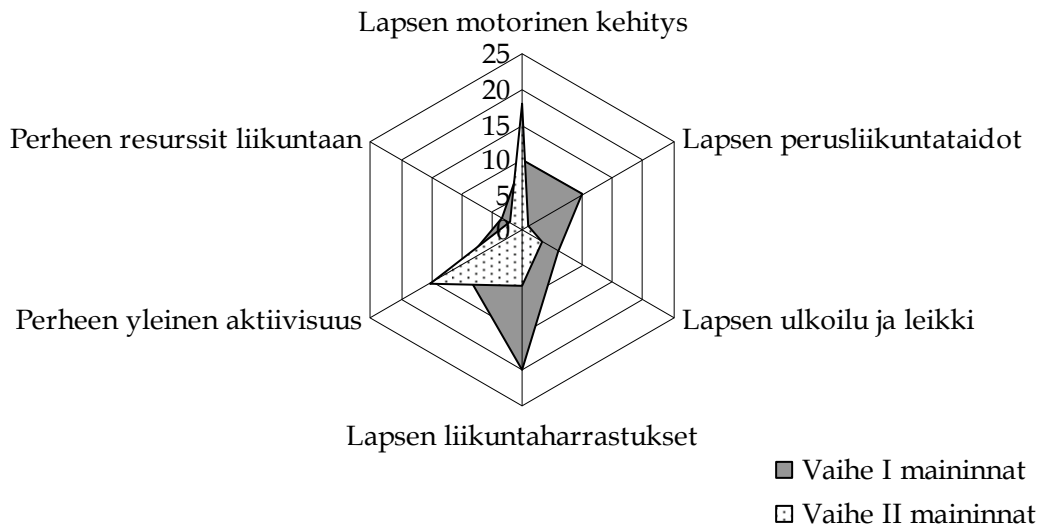
Liikuntataidoista arvioidaan ja seurataan pyöräilyn alkeistaitojen, luistelun ja hiihdon sekä myös uinnin alkeistaitojen hallintaa ja harjoittelua:

Ni ja neljävuotiaanaki mää usein tulee just tämä keskustelun aiheeks tämä, ett onko apupyörät? On semmossii lapsii toisii, jotka o neljävuotiaana jättäny apupyörät pojjes ja huristelee. Ja toisill voi oll kuusvuotiaana sitte vielä. Et siit näkee sen, et lapset on erilaisii. (Th17, keskusta)

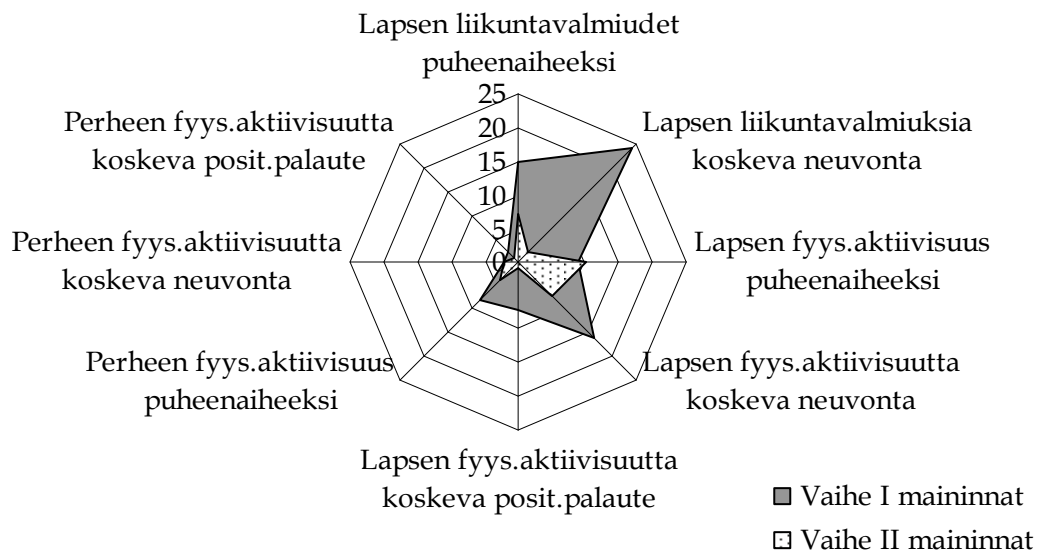
Erityisesti taitojen arviointia korostettiin viisivuotistarkastuksen yhteydessä: "Taitoja kysytään enemmänki mun mielest siinä meen ruksituslistass, just että ett tota hiihtää, luistelee (Th17, keskusta)."

...ja sit viisvuotisseulonta, mikä meillä on, ni siinä mennään tää karkeamotoriikka vielä tarkemmin läpi. Eli hyppäämiset yhdellä jalalla ja seisomiset ja tashahyyt, varpaillaseisomiset ja. Se on kans ihan tämmäne valmis seula, mikä meillä on tehty. (Th4, maaseutu2)

### Arviointi



### Aktivointi ja tukeminen



KUVIO 10 Terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluissa esitettyjen arvioivien (n=106) sekä aktivoivien ja tukevien (n=117) liikunnanedistämismainintojen vertailu

Eräs nuorimmista terveydenhoitajista esitti huolestuneisuutensa erottaa lapsen poikkeava kehitys normaalista kehityksestä. Terveydenhoitajien mukaan yleinen tapa oli ohjata tuossa tilanteessa lapsi neuvolan fysioterapeutin, lääkärin tai psykologin vastaanotolle. Terveydenhoitajat käyttivät lapsen liikunnallisten valmiuksien arviointiin valmiita testejä [esim. Lene (Valtonen ym. 2004a)] esimerkiksi viisivuotistarkastuksen yhteydessä. Lisäksi arviointimenetelmänä käytettiin kyselemistä ja vapaata observointia.

*Lapsen fyysisen aktiivisuuden arviointi* (taulukko 4, sivu 54) sisälsi ulkoilun määrän arviointia: "Ja ko sekään ihan pelkästään se ulos meneminen ja ulkona

oleminen, se ei o mikään itsestässelvyyys. Sitäki täytyy niinku ain oikeen kysyy ja tarkistaa. Et kui paljo ulkoillaan (Th21, lähiö).” Lisäksi arvioitiin lasten fyysistä aktiivisuutta leikeissä: ”Mun tuli tuost muute mieleen, et hirveen usein kuulee sillai, ko kysyy vähän niin päin et niinko lapseltaki itseltää. Ko o ensin kavereita, et mitä te siell ulkon sit leikitte, et mitä ulkon leikitään (Th21, lähiö).”

Lapsen fyysistä aktiivisuutta arvioitaessa arvioitiin myös liikuntaharrastuksia: ”Ja leikki-ikäsen kanssa jutellaan lapsen kanssa näist harrastuksista: Ja ootko hiihtäny? Ja pallopeleistä ja potkupallosta ja luistelusta (Th5, maaseutu2).” Fyysisen aktiivisuuden arviointi ei vaikuttanut toteutuvan yhtä systemaattisesti kuin liikuntavalmiuksien arviointi. Muutamat terveydenhoitajat korostivat, että liikuntaharrastuksista puhutaan ainoastaan, jos vanhemmat tuovat ne esille.

Fyysisen aktiivisuuden arviointi oli luonteeltaan valikoivaa ja sitä toteutettiin esimerkiksi ylipainoisen lapsen kohdalla: ”Mun mielest semmoses tapauksess, et jos on lapsella esimerkiks ylipainoa. Ni siinä kohtaa tulee käyty läpi, et onks minkämoinen liikunnallisuus (Th9, keskisuuri kunta).” Lisäksi arviointia toteutettiin asento- tai ryhtivirheiden yhteydessä: ”Sit toi jalkaholvit, mikä o iso, matalat jalkaholvit, ni sit neuvotaa ja kysellää, et harrastaako liikuntaa. Käyks josaki tanssi- tai satutansseis tai jazztansseis, misä ne kaikis käy ja jumpas? (Th3, maaseutu1)”

Terveydenhoitajat kertoivat suorittavansa vapaata observointia esimerkiksi kulkiessaan kotikäynneillä. Jos terveydenhoitaja asui samalla paikkakunnalla, ilmoitti hän myös vapaa-aikanaan tekevänsä havaintoja lasten aktiivisuudesta.

Terveydenhoitajat kiinnittivät huomioita liikunnan harrastamiseen eri vuodenaikoina. Terveydenhoitajat ilmoittivat kyselevänsä kesäaikana esimerkiksi edellisen talven harrastuksista, koska kahdesta ikävuodesta eteenpäin vastaanottoja on vain kerran vuodessa. Terveydenhoitajien mielestä alle kouluikäisten lasten kohdalla ei vielä tarvitse arvioida liian kuormittavien harrastusten määrää. Terveydenhoitajat alkavat arvioida passivoivien harrastusten määrää neljästä ikävuodesta eteenpäin. Säännönmukaisesti tuo arviointi sisältyy viisivuotistarkastukseen: ”Eli meillä on sellane kysymys siellä, että kuinka paljo lapsi katselee televisiota tai pelaa pelejä. Eli 5-vuotistarkastus on sellainen, että äidille tulee omia kysymyksiä tai isälle siitä lapsesta ja päivittäisistä toiminnoista. (Th2, maaseutu1) ”

*Perheen fyysisen aktiivisuuden arviointi* (taulukko 4, sivu 54) oli kolmas pääluokista. Siihen kuului perheen yleisen aktiivisuuden arviointi ja lisäksi terveydenhoitajat arvioivat liikunnan harrastamiseen liittyviä resursseja perheessä. Terveydenhoitajat tekivät johtopäätöksiä perheen fyysisestä aktiivisuudesta yleisen aktiivisuuden perusteella:

Lähtee ihan siitä, et ku kysytään, et miten sen perheen päivä menee. Et mitä siell perheessä tehdään päivän aikana: että onko se toimintaa vai onko se istumista ja television kattelua että. Et se on ainakin se, joka tulee joka kerta. (Th1, maaseutu1)

Terveydenhoitajat arvioivat äidin hyvinvointia ja tekivät samassa päätelmiä liikunnasta äidin rentoutumiskeinona. Poikkeuksellisissa tapauksissa myös isän liikuntaharrastuksia kyseltiin:

Kerta siinä sitte, ko se äiti on se vauvan kans, ni siitähän saa sen kuvan, ko kysyy äidiltä: että miten sinä jaksat? Että onko sulla ittellä vapaa-aikaa? Miten sä toimit silloin? Ja... eli sieltä niinko moni sanoo, että sitt mä lähden lenkille, ett isä on vauvan kans. Eli siitähän saa jo sitten sen jo kuvan. Ahaa, ett on tämmöstä. Ja mitenkä isä viettää vapaa-aikaansa, jos on. (Th2, maaseutu1)

Terveydenhoitajat saivat tietoa esimerkiksi sisarusten osallistumisesta urheilukilpailuihin lukemalla paikallislehtiä. Arvioidessaan perheen resurkseja liikunnan harrastamiseen terveydenhoitajat saattoivat kysellä esimerkiksi perheen mahdollisuuksista kuljettaa lapsia uimahalliin tai mahdollisuuksista ostaa urheiluvälineitä.

### 7.2.2.2 Aktivointi ja tukeminen

*Lapsen liikuntavoimien aktivointi ja tukeminen* (taulukko 4, sivu 54) toteutui nostamalla vastaanotoilla esiin lapsen motorisen kehityksen ja liikuntataitojen merkityksen eri ikävaiheissa.

Mää ainakin paljon puhun just vatsallaan makuuttamisesta, vaikka ei sitä nyt nukuttamista suositella. Mut kuitenkin että selkä- ja vatsa, selkä ja niskalihakset vahvistuu. Ja siinä joutuu näkee vauvakin vähän vaivaa, että sieltä näkee, ni siinä liikunnalliset taidot myös kehittyy. (Th24, lähiö)

Kyl mä ainaki vanhemmille aina sanonki, siinä kun ne o - käy mul lastenneuvolan puolell, et olis hyvä, kun harjottelisitte näitä taitoja. Että jos ne tulee sit ihan koulussaki teitä vastaan, että niit o harjoiteltu, lapsella on paljon helpompi mennä sinne ryhmään. Kun se on jo kokeillu hiihtämistä ja kun se menee uimaan uimahalliin isossa porukassa. Se ei tarvi niin kauheesti pelätä, et se uppoo, kun se on jo kokeillu millai siel vedessä ollaan. Että ja siltä konstilta mun mielestä se menee niille vanhemmille aika helposti, et ne huomaa, et ai jaa, siit voi olla sille lapselle semmostaki hyötyä. (joo) Et alkavat harjoitella. (Th1, maaseutu1)

Terveydenhoitajat kertoivat, että he puhuvat vastaanotoilla esimerkiksi läheisen fyysisen kosketuksen merkityksestä motorisen kehityksen edistäjänä vauvavaiheessa.

Mut sittehän ihan jo valmennuksessa, jos lähetään vielä aikasemmin, ni valmennuksen aikana niin lastenhoitotunnilla. Niin mä ainakin käyn sitä lapsen käsittelyä ja sylhoidon, kuinka se edistää sitä motoriikkaa. Ja ja hän joutuu itte hakemaan tukea ja just tää käsittelyohjeita. Mitkä olis hyviä sen liikunnan kehittämisen kannalta ja nosto-otteita ja...et niinku sieltä asti jo. (Th14, keskust)

Kertomalla vastaanotolla esimerkiksi paikkakunnan mahdollisuuksista vauvaintiin terveydenhoitajat pyrkivät aktivoimaan lapsen motorista kehitystä. Muutamat terveydenhoitajat sanoivat myös nostavansa ennen lapsen kou-

luunmenovaihetta keskusteluissa esiin perusliikuntataitojen merkityksen sosiaalistumiselle ja itseluottamukselle sekä leikkeihin osallistumiselle.

Mä kyllä kaikille muuten sanon ainaki - siinä viis kuusvuotiaana - että se on semmone taito mikä täytyy opetella kengännauhojen ja luistimien solmiminen ja monojen, koska sitte ko mennään liikuntatunneille, opettajilla on muksuja siellä vaik kui paljo ei se ehdi kaikkien kengännauhoja sitoon. Et periaattees niinko sillai kyllä laittaa sen tiedon niille, että niiden täytyy tätä hommaa tehdä ja harjootella. (Th1, maaseutu1)

Samaa korostan kans just et, kouluss ois hyvä osata kuitenkin sitte nää taidot. Että lapsen ei tartte tuntee alemmuudentuntoo kun ne ei osaakaan hiihtää tai ei osaakaan luistella ja sitä puolta. (Th3, maaseutu1)

Lisäksi aktivointi ja tukeminen toteutuu antamalla liikuntavalmiuksia koskevia ohjeita ja neuvoja. Terveystenhoitajat kertoivat ohjaavansa vauvaikäisen lapsen vanhempia pitämään lasta mahdollisimman paljon lattiatasossa, jotta lapsi innostuisi liikkumaan ja näin hänen motoriikkansa kehittyisi: "Ainakin ihan pikkuvauvaiheessa se, ett niit ei pidetä babysittereissä vaan ohjataan pitämään lattialla. Ne pääsee ite siinä liikkumaan. Se on must ainaki yks heti alussa. (Th9, keskisuuri kunta)" Toisaalta terveystenhoitajat kertoivat joutuvansa myös neuvomaan varhaisvaiheessa vanhempia, jotta he eivät ostaisi turhia apuvälineitä edistääkseen lapsen taitoa itsenäiseen istumiseen tai kävelyyn: "Niinko alle vuoden ikäsill se tahtoo olla, ett vanhemmat haluis kaikkii hyppykiikkuu ja kaikennäkösii kävelytelinettä, ja niit kyll täytyy toppuutella siinä (Th12, keskisuuri kunta)." Leikki-ikäisen ryhdin tarkastusta terveystenhoitajat pitivät optimaalisena ajankohtana neuvoille, jos ongelmia ilmeni:

Mut yleensä ain tos ko tekee noita ryhtitarkastuksia ja huom sit tai jotain tämmöstä että huomaa, että on joku tasapaino vähän semmone. Ni siinä voi niinko sitte antaa ihan sitä, että minkä tyyppistä liikkumista nyt voi tehdä, et mitkä niinko kehittää sitä ja sen semmosta. (Th7, maaseutu2)

Lapsen ulkoilun, leikin ja liikuntaharrastusten nostaminen esille vastaanotoilla, fyysiseen aktiivisuuteen liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä aktiivisuuteen liittyvä positiivinen palaute luokiteltiin *lapsen fyysisen aktiivisuuden aktivointiin ja tukemiseen* (taulukko 4, sivu 54). Terveystenhoitajat pyrkivät lapsen fyysiseen aktivointiin esimerkiksi nostamalla esiin ulkoilun merkityksen jo vauvaiheesta alkaen.

Ja ehkä siin tulee aktivoituu yks asia, et tuntuu, et perheet o aika vähä tai kaikki lapset ei o riittävästi ihan suor... ihan vaan ulkona, ni kyl siit tulee jonku verran kans keskusteluu, et yrittää niinko siihe niinko aktivoid et lapset ois ulkona riittävästi. Semmose keskustelu mää usein otan kyllä. (Th11, keskisuuri kunta)

Leikki-ikäisten kohdalla he puhuivat passivoivien harrastusten rajoittamisen merkityksestä: "Ni se o semmonen asia, mist tulee puhuttuu kyllä niistä niitte leikki-ikästen kohdalla, et minkä verran teillä lapset pelaa. Ja siitä rajottamisesta ja muista semmosista (Th18, keskusta)." Kertomalla vanhemmille kunnan lii-

kuntatarjonnasta terveydenhoitajat pyrkivät aktivoimaan lapsia: "...tai tarvittaessa sitten kertoo siitä, minkäomoinen on niinku [kysessä olevassa] kunnassa on aika hyvin tarjolla lapsille liikuntakerhoja ja kesällä liikuntakouluja vai. Onks ne kouluja? (Th6, maaseutu1)"

Neuvoja ja ohjeita annettiin useimmiten erityistarpeissa tai -tilanteissa. Terveydenhoitajat mainitsivat esimerkiksi ruokahaluttomat lapset ja 'huonot maidonjuojat', uniongelmaiset lapset, levottomat tai aggressiiviset lapset sekä passiiviset lapset ja perheet.

Mul tulee viel mieleen semmone tost liikunna edistämisest niinko et ko luusto...et just se, ett jos o joku *huono maidonjuoja* joku tommone leikki-ikäne tai muu ja vähä nihkeesti ni syö. Ni kyl mää silloinki kehota harrastaa sit liikuntaa ko se kuitenkin sit niit luita vahvistaa - se liikunta. (Th19, lähiö)

...ko ei hanki illall nukahtaa ja yöll o *levottomii* ja kaikkii tämmösii et haluu sitä seurusteluu sillo. Ni sittenhän siin tulee ain sitä puhuttuu, et täytyy niinko lapsen kans päivällä tosiaan liikkuu ja. Et se sais toteutettuu sitä, ettei se sit yöllä ja illalla yrittäs alkaa liikkumaa. (Th23, lähiö)

...jossa *painokäyrä* näyttää, että nyt nyt on paino noussut. Ja ihan näytetään vanhemmalle, että nyt ollaan tällasessa ja tällasessa tilanteessa, että mietitään, että mistähän se mahtais johtua. Ja mietitään niihin keinoja ja sitten esitetään, että laihdutuskuurille ei tarvi nyt ryhtyä, mutta liikuntaa vois vähän lisätä. (Th4, maaseutu2)

Aktivoidakseen passiivisten perheiden lapsia terveydenhoitajat suosittelivat liikuntavälineiden hankintaa tai ohjasivat käyttämään yhteiskunnan tarjoamia liikuntapalveluita.

...ja uimisesta ni, kyl jos ei vanhemmat o ite ite harrasta uintia tai o halukkaita opettaan, ni kyl mä yritän kannustaa, ko meil o joka kesä uimakoulu järjestetään kunnan puolesta, että. (Th5, maaseutu2)

...ja on, kui paljo o kuusvuotiait, et ei o suksia....Luistimet ehkä on, mut kyll sitä ain tulee sillo tällö vastaan, et ei oo mitää, ei kumpaakaan ei suksia eikä luistimia. Sillo mää ohjaan kyll kirpparille et löytyy luistimia kyll siellä. Et ees luistimet pitäis olla. (Th21, lähiö)

Lisäksi jos tiedettiin perhe passiiviseksi, näissä tapauksissa suositeltiin esimerkiksi kunnallista päivähoitoa tai avointa päiväkotia lapselle muutamaksi päiväksi viikossa. Yksi perustelu oli lapsen ulkoiluun vaikuttaminen.

...yksinhuoltajaäidillä...Omat voimavarat on rajalliset ja omat kyvytkin on rajalliset - niin aktivoida lasta. Ni sit me ollaan ihan ohjattu kunnan niinko hoitoon tohon päiväkodille. Ja silloin yhteistyössä ihan tehty tällasta kuntoutussuunnitelmaa, jossa on mukana psykologi, äiti, päiväkodin työntekijä ja neuvola...Ja tää liikunnallinen puoli on erikoisesti tullu siinä tilanteessa esille. Että ohjataan, et se laps ite kävelee ja ja ohjataan siellä päiväkodilla... (Th4, maaseutu2)

Aineistossa oli muutama maininta positiivisesta palautteesta fyysisesti aktiivisille perheille, joilla oli niin sanottu normaali lapsi tai erityistarpeita omaava lapsi.

*Perheen fyysisen aktiivisuuden aktivointi ja tukeminen* toteutui terveydenhoitajien työssä kolmella tavalla: nostamalla esiin perheen tai yksittäisten perheenjäsenten liikunnan merkitys, antamalla perheliikuntaa koskevia neuvoja ja ohjeita tai joissain tapauksissa antamalla positiivista palautetta perheen aktiivisuudesta (taulukko 4, sivu 54). Terveydenhoitajat kertoivat nostavansa perheen yhteisen liikunnan merkityksen esiin esimerkiksi puhuessaan yhteisestä ulkoliikunnasta, vanhempien merkityksestä roolimallina, tai puhuessaan kunnan liikuntapalveluista. Erityisesti aktivointi ja tuki kohdistui passiivisiin perheisiin tai perheisiin, jotka olivat juuri muuttaneet paikkakunnalle. Terveydenhoitajat esittivät käytännön ratkaisuehdotuksia yhteiseen ulkoliikuntaan tai perheen yhteiseen uintiin. Positiivinen palaute kohdistui erityisesti ylipainoisen lapsen perheelle.

### **7.2.3 Malli liikunnanedistämistä lastenneuvolatyössä**

Tutkimustulosten perusteella kehiteltiin yksinkertainen malli, joka kuvaa liikunnan edistämistä lastenneuvolatyössä (kuviot 11, sivu 62). Mallin mukaan lastenneuvolan terveydenhoitajan työssään toteuttama liikunnan edistäminen merkitsee parhaimmillaan [opportunistic approach (WHO 2007, 22)] lapsen liikuntavalmiuksien ja lapsen sekä perheen liikunnan arviointia ja lapsen liikuntavalmiuksien sekä lapsen ja perheen liikunnan aktivointia ja tukemista. Mallin kehittäminen perustui terveydenhoitajien esittämiin liikunnanedistämismainintoihin, jotka kuvastivat terveydenhoitajien omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä liikunnanedistämistä lastenneuvolan kotikäynnillä ja määräraikaistarkastuksissa. Malliin on merkitty näkyviin kolme eri tasoa, joilla viitataan liikunnanedistämisen keinoihin [I-taso] ja sisältöön [tasot II ja III].

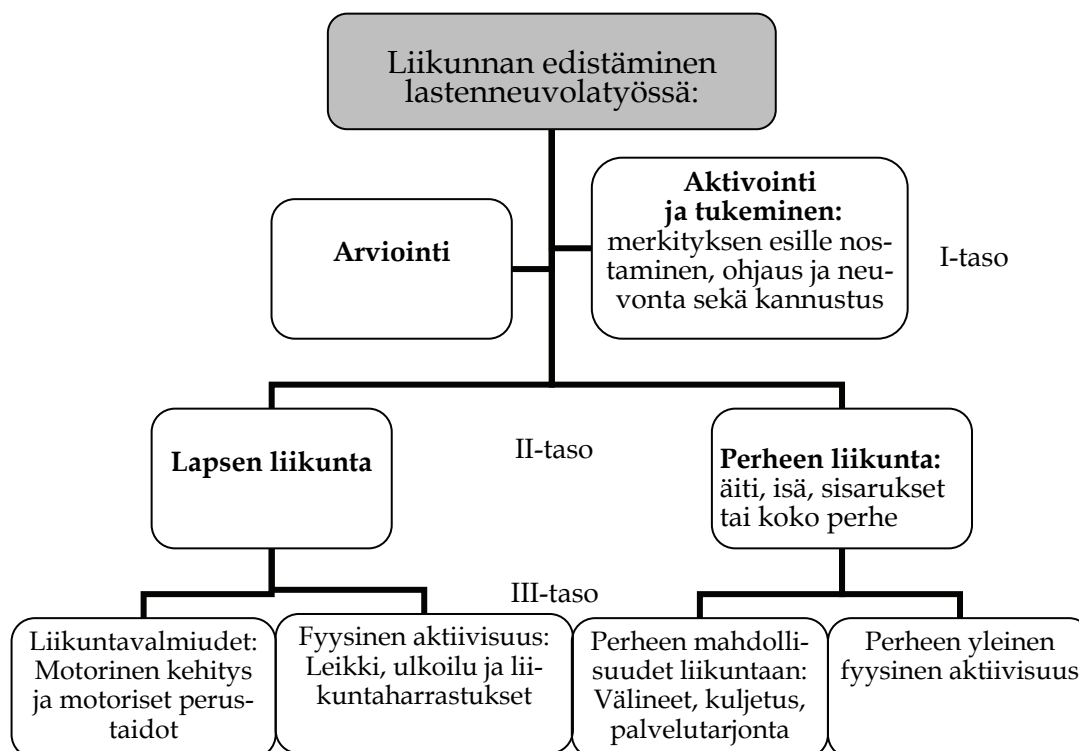
## **7.3 Liikunnanedistämisen toteuttamismahdollisuudet**

### **7.3.1 Liikunnanedistämistä määrittävien tekijöiden painottuminen (IV)**

Mut muutenha terveydenhoitajall on siis kaikki mahdollisuudet... Ja niin paljon ko terveydenhoitajal itellä riittää tietoo ja taitoo, ni voi tota tehdä ja kertoa. (Th 5, maaseutu2)

Ryhmäkeskusteluista poimittiin luokittelua varten 85 mainintaa, joissa esiintyi liikunnanedistämistä mahdollistava tekijä ja vastaavasti 81 mainintaa, joissa kuvattiin rajoittavia tekijöitä. Kehittämisehdotuksia sisältäviä mainintoja poimittiin 75. Maininnat luokiteltiin tutkimuskysymys kerrallaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tuloksena syntyi kolme yläkategoriaa: terveydenhoitajan ominaisuudet, lastenneuvolatyön luonne tai yhteistyö ja tiedottaminen. Alakategoriat vaihtelivat tutkimuskysymyksittäin. Liitteessä 3 (sivut 102-104) on taulukoitu esimerkkejä luokittelusta jokaisen yläkategorian kohdalta. Taulukosta 5 (sivu 63) on tarkistettavissa eri tekijöiden painottuminen keskusteluissa.





KUVIO 11 Malli liikunnanedistämisestä lastenneuvolatyössä

Taulukossa esitetään a. luokitettujen mainintojen lukumäärät tutkimuskysymyksittäin, b. niiden ryhmien lukumäärä, joissa luokitettu tekijä on mainittu sekä c. luokitettujen tekijöiden mainintojen prosentuaalinen osuus kaikista maininnoista tutkimuskysymyksittäin.

Liikunnanedistämistyötä mahdollistavissa tekijöistä terveydenhoitajat painottivat eniten lastenneuvolatyön luonnetta ja siinä erityisesti väestövastuutyön suomia mahdollisuuksia: terveydenhoitajat korostivat jokaisessa ryhmässä lapsen, perheen ja suvunkin asiakkuutta väestövastuutyössä. Tämä edistää perheiden yksilöllistä tuntemista. Erityisesti maaseudun terveydenhoitajat kokivat asiakkaan yksilöllisen tuntemisen vahvuudekseen. Tärkeänä pidettiin myös terveydenhoitajan työskentelyä asuinpaikkakunnallaan, mikä mahdollistaa paikallisten asukkaiden aktiivisuuden seuraamisen vapaa-aikana ja lisää paikkakunnan palvelutarjonnan tuntemista. Yhtä paljon korostettiin juuri liikunnan järjestäjätahojen toteuttamaa yhteistyötä ja tiedottamista liikuntapalveluista.

Eniten liikunnanedistämistyötä rajoittavista tekijöistä painottuivat terveydenhoitajan ominaisuudet: terveydenhoitajien tiedon puute ja heidän kokemansa epävarmuus neuvonnan vaikuttavuudesta. Tiedon puute koski erityisesti liikuntatietoutta, erityisryhmien liikuntaa ja liikuntatarjontaa. Aika- ja materiaalliresurssit koettiin myös rajoittaviksi tekijöiksi.

TAULUKKO 5 Liikunnanedistämistä mahdollistavien, rajoittavien ja kehittämis ehdotuksia sisältävien mainintojen (n=241) painottuminen terveydenhoitajien (N=24) ryhmäkeskusteluissa (R<sub>n</sub>=5)

Yläkategoria		Mahdollistajat			Rajoittajat			Kehittämis ehdotukset				
		R <sub>n</sub> <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	n/N(%) <sup>c</sup>	R <sub>n</sub> <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	n/N(%) <sup>c</sup>	R <sub>n</sub> <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	n/N(%) <sup>c</sup>		
Terveydenhoitajan ominaisuudet	-Työskentely asuinpaikkakunnalla	4	9	11%	- Tiedon puute (liikunta, erityisryhmien liikunta ja liikuntatarjonta)	4	18	22%	- Vuorovaikutustaidot (rohkeus, innostavuus ja konkretisointikyky)	3	3	4%
	- Aktiivisuus tiedonhaussa ja tieto liikuntapalveluista	5	7	8%	- Epävarmuus neuvonnan vaikuttavuudesta	4	16	20%	- Työn suunnitelmallisuus	3	3	4%
	- Liikunta-asenne ja fyysinen aktiivisuus	4	7	8%	- Valmius sähköiseen tiedonhakuun ja kirjaamiseen	2	4	5%	- Perustelujen esittäminen	2	3	4%
	- Valmiudet ja työkokemus	2	5	6%				- Perus- ja täydennyskoulutus	2	3	4%	
	Yht.		(28)	(33%)	Yht.		(38)	(47%)	Yht.		(12)	(16%)
Lasten-neuvolatyön luonne	- Väestövastuutyön suomat mahdollisuudet	5	18	21%	- Aika- ja materiaali-resurssit	4	10	12%	- Lapsen ja perheen fyysisen aktiivisuuden sekä lapsen motorisen kehityksen dokumentointi	4	13	17%
	- Ikäkausitarkastukset	3	9	11%	- Vaikeudet lapsen motorisen kehityksen arvioinnissa	4	4	5%	- Oheismateriaalin tuottaminen	3	11	15%
	- Motorisen kehityksen säännöllinen arviointi ja dokumentointi	3	5	6%	- Dokumentoinnin ja tiedon siirtymisen puutteellisuus	2	6	7%	- Liikunnan integrointi yhteisöllisiin työmenetelmiin	4	7	9%
	- Liikuntaa edistävät strategiat	1	2	2%	- Työtehtävien laajuus	2	4	5%	- Jatko-ohjauksen selkiyttäminen	1	3	4%
	Yht.		(34)	(40%)	Yht.		(30)	(36.5%)	Yht.		(34)	(45%)
Yhteistyö ja tiedottaminen	- Liikunnan järjestäjät	4	9	11%	- Puutteet tiedottamisessa	3	9	11%	- Tiedottaminen ja palvelutarjonnan koordinointi	4	24	32%
	- Päiväkoti	5	7	8%	- Yhteistyöresurssit	3	3	4%	- Liikunta yhteistyötapahtumiin	2	5	7%
	- Terveydenhuollon omat toimijat	4	7	8%	- Työn yleinen kuormittavuus	1	1	1.5%				
	Yht.		(23)	(27%)	Yht.		(13)	(16.5%)	Yht.		(29)	(39%)
Yht.		85	100%	Yht.		81	100%	Yht.		75	100%	

<sup>a</sup> niiden ryhmien lukumäärä, joissa luokitettu tekijä mainittiin, <sup>b</sup> kategorian mainintojen lukumäärä, <sup>c</sup> kategorian mainintojen prosentuaalinen osuus sarakemaintojen kokonaismäärästä yläkategorioittain

### 7.3.2 Terveydenhoitajien esittämät kehittämisehdotukset (IV)

*Terveydenhoitajien valmiuksien kehittäminen.* Terveydenhoitajat kokivat tarvetta kehittää vuorovaikutustaan innostavammaksi ja rohkaisevammaksi: "...et saisitte perheen innostumaan. Et ne on semmossia, et mihin toivois jotain joskus apua, et miten osais tuoda ne niin houkuttelevana (Th5, maaseutu2)." Lisäksi terveydenhoitajat kokivat, että heidän tulisi esittää enemmän perusteluja liikunnalle: "Joskus mä ajattelen, ett sitä vois ainakin perustella niinko vanhemmille paremmin. Ett minkä takia ois lapselle hyödyllistä tehdä mitäkkin (Th5, maaseutu2)." Perustelujen puuttuminen puhutti erästä terveydenhoitajaa, koska hänen mielestään perusteluja esitetään "vanhemmille ja iäkkäille, mut ei nii lasten kohdalla. Ilman muuta työkäisille ja verenpainepotilaille yrittää selittää ja perustella. Mut jos o kysymyksess lapsiperheet, ni ei sitä ilman muut tuu kyll (Th17, keskusta)".

Vuorovaikutustaitojen osalta terveydenhoitajat mainitsivat lisäksi ne tilanteet, joissa tarvitaan hienovaraisuutta lapsen ollessa kömpelö tai ylipainoinen. "Punaisen langan löytymisellä" kuvattiin tarvetta lisätä suunnitelmallisuutta omaan työhön.

Terveydenhoitajat kaipasivat liikunnan sisältöjä sekä perus- että täydennyskoulutukseen kehittämään terveydenhoitajien liikunnanedistämismuotoja. Vaikka terveydenhoitajien mielestä liikunta on terveyskeskustasolla nousnut merkittäväksi osaksi terveysneuvontaa, ei liikuntaan liittyvää koulutusta ole silti järjestetty terveydenhuollossa.

Et silti kyllä jossakin vaiheess on tarvinnu ottaa selvää se, että mikä on nykysuositus, nykykäsitys, et sää osaat just siin ohess näil aikuisilleki antaa...onks se nyt sitte joka päivä pitäs se puol tuntii harrastaa vai onko se kolme kertaa vai mitä? Ja et ne muuttuu. Ja et kyl se aika tärkeet, et sitä ois tämmösess täydennyskoulutuksess - myös meille. Että, et ko tutkitaan aina liikunta-asioitaki. Ni sitte, että mikä o uusin tieto, et mitä meitä tulis niinko välittää ihmisill. (Th17, keskusta)

*Lastenneuvolatyön kehittäminen.* Lastenneuvolatyön dokumentointia haluttiin kehittää siten, että liikunnalla olisi oma kohtansa lomakkeissa, jotta liikunta tulisi dokumentoitua:

Jos sä huomaat, et siin lapsess on niinko jotain häiriöö. Ja on niinko vanhemmill helpompi perustella, että näitä asioita niinko tän ikäsen kuulus jo osata tehdä. Ja mun mielestä tää vaatis jotain lisäselvittelyä. Mut jos ei o missään sanottu [kirjattu] mustaa valkosella, ni on kauheen vaikee mennä sanomaan vanhemmalle, että kyll täss nyt on jotain [ongelmaa]. (Th5, maaseutu2)

Terveydenhoitajat arvelivat, että viisivuotistarkastuksen motorisen arvioinnin luotettavuus lisääntyisi, jos fysioterapeutti voisi osallistua niihin. Jatko-ohjaukseen toivottiin selkeitä toimintamalleja.

Neuvolatyössä perheille jaettava materiaali ja terveydenhoitajien oma tukimateriaali kaipaavat terveydenhoitajien mielestä ajantasaistamista. Terveydenhoitajat esittivät lisäksi kehittämisajatuksia työmenetelmiin: pohdittiin

perheliikunnan sisällyttämistä perhevalmennukseen sekä ideoitiin vanhempien liikunnallisia ryhmätapaamisia.

*Yhteistyön ja tiedottamisen kehittäminen.* Terveystenhoitajat toivoivat saavansa neuvolaan tietoa erityisesti alle kouluikäisten lasten, perheiden ja erityisryhmien liikuntatarjonnasta. Terveystenhoitajat pohtivat lisäksi, kenen toimenkuvaan terveydenhuollossa liikunnan koordinointi kuuluisi. Liikunnan yhdyshenkilön tulisi heidän mielestään ”pitää tietonsa ajan tasalla” liikunnan suhteen, koota palvelut yhteen, ”hahmottaa kokonaisuus” yhteistyössä, informoida terveydenhuollon työntekijöitä sekä innostaa heitä liikunnan edistämistyössä. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilön resurssit eivät heidän mielestään riitä tähän.

Mut oisko sit hyvä ja et jollaki tavall meä organisaatios ois joku semmone, joka ois jollaki tavall perehtyny näihin liikunta-asioihin. Samalla lailla, ko on johonki muuhunki - on astmaa ja diabeteksee - ja joku tämmönen, joka pitäs tietonsa ajan tasalla. (Th17, keskusta)

Ni siin mieless se ois tietysti hyvä, et ois yks lappu, mist löytys. Tai paikka ainaki mist löytys ne. Ko sillo ko ne vanhemmat kysyy ja on kiinnostuneit, ni ois hieno, ko vois antaa et tässä. Et jos ne ei löydä sitä tietoo, ni se helposti jää... Varsinki ne, jotka ei sit nii innokkait oo, että lähtis sitä sit pidemmält selvittämää. (Th15, keskusta)

Terveystenhoitajat pohtivat myös mahdollisuuksia terveydenhuollon ja muiden yhteistyötahojen järjestämiin teematapahtumiin, joiden yhteydessä neuvottaisiin lapsia ja perheitä kunnan liikuntapalveluiden pariin.

### **7.3.3 Mahdollistajien suhde liikunnan edistämisen menetelmiin**

Osajulkaisun III tulosten perusteella liikunnan edistäminen voidaan jakaa arvioivaan työhön sekä aktivoivaan ja tukevaan työhön. Kuviossa 12 esitetään osajulkaisujen III ja IV tulosten sekä tutkijan johtopäätösten perusteella liikunnan edistämisen mahdollistajat. Lisäksi tässä kohdassa yhdistettiin kuvioon terveydenhoitajien esittämät kehittämissuositukset liikunnan edistämistyön mahdollistajina.



KUVIO 12 Liikunnanedistämisen mahdollistajien suhde arviointiin sekä aktivointiin ja tukemiseen liikunnanedistämistyössä

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

#### 8.1.1 Monipuoliset näkökulmat lasten liikuntaan

*Päätulos:* Tähän tutkimukseen osallistuneet kokeneet terveydenhoitajat lähestyivät varhaislapsuuden liikuntaa monipuolisesti ympäristön, perheen, luonnollisuuden sekä hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmista. Näkökulmissa korostui fyysisen ja sosiaalisen ympäristön – erityisesti perheen – merkitys lapsen liikuntaa edistävänä tai ehkäisevänä tekijänä. Lisäksi terveydenhoitajat toivat esille liikunnan luontaisen roolin lapsen elämässä ja tarkastelivat liikunnan monipuolista merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille. Monipuolisten näkökulmien johdosta terveydenhoitajien valmiudet liikunnan edistämistyöhön vaikuttivat hyviltä.

Näkökulmissa terveydenhoitajat toivat esille ympäristön ja palvelutarjonnan osuuden liikunnan edistämisessä (Ottawa Charter 1986). Fyysisen ja sosiaalisen ympäristön erilaisuutta käsiteltiin myös ryhmäkeskusteluissa. Näkökulmissa korostui perheen yhteinen liikunta Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007, 8) mukaisesti. Maailman terveysjärjestö on korostanut perheen yhteistä liikuntaa erityisesti perheen koheesion näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat tarkastelivat vanhempien merkitystä roolimallina sekä lasten liikunnan tukijana, mikä on lastenneuvolatyötä koskevien ohjeiden mukaista. Vaikka terveyden ja hyvinvoinnin kehyksessä perusteltiin liikunnan merkitystä esimerkiksi lapsen kasvulle ja kehitykselle sekä lapsen itsetunnolle ja sosiaalistumiselle, esitettiin perusteluja lähinnä sairauksien näkökulmasta. Liikunnan kohdalla terveydenhuollossa tulisi kuitenkin suosia väestönäkökulmaa, jolloin liikunnan merkitys nostetaan esille kaikille asiakkaille ennalta ehkäisy- ja terveyden edistämisen perusteella (Blair 2000; Cavill ym. 2006b, 15; Resolution WHA 57.17 2004; WHO 2003). Terveydenhoitajien suhtautumisessa varhaislapsuuden liikuntaan oli havaittavissa yhteneväisyyksiä terveyden edistämisen kansainvälisiin linjauksiin ja suomalaisiin terveydenhuollon linjauk-

siin. Tämän vaiheen tutkimustulosten perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä siitä, miten liikunnan edistäminen todellisuudessa toteutuu.

### 8.1.2 Liikunnanedistämisen monimuotoisuus ja painotukset

*Päätulos:* Tämän tutkimuksen mukaan liikunnan edistäminen lastenneuvolatyössä merkitsee parhaimmillaan sitä, että terveydenhoitaja sekä arvioi että aktivoi ja tukee jokaisen lapsen liikuntavalmiuksia ja lapsen ja koko perheen fyysisistä aktiivisuutta. Tämän tutkimuksen vakuuttavuustarkastelun perusteella aktivointi ja tukeminen toteutuu siten, että terveydenhoitaja nostaa liikuntavalmiuksien tai lapsen ja perheen liikunnan merkityksen esille vastaanotoilla, antaa ohjeita ja neuvoja sekä harvoin kannustuksen avulla. Liikunnan edistämisen kohteena ovat yleisemmin lapsen liikuntavalmiudet kuin fyysinen aktiivisuus ja vähäisemmissä määrin koko perheen liikunta. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että jokaisen lapsen kohdalla toteutuu ainoastaan liikuntavalmiuksien arviointi. Muu arvioiva sekä aktivoiva ja tukeva työ vaikuttaa toteutuvan valikoivasti, lapsen erityistarpeiden perusteella. Tällaisia erityistarpeita ovat esimerkiksi ylipaino, kömpelyys, ryhtivirheet, unettomuus, ruokahallittomuus tai fyysisesti passiivinen perhe.

*Mahdollisuudet monimuotoiseen liikunnanedistämistyöhön.* Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitajilla näyttäisi olevan runsaasti mahdollisuuksia edistää sekä lapsen että perheen liikuntaa. Jotta lastenneuvolatyössä toteutuisi jokaisen lapsen ja perheen liikunnan edistäminen, tulisi terveydenhoitajan kyetä tarttumaan kaikkiin mahdollisiin tilanteisiin. Ryhmäkeskusteluiden perusteella tällaisia konkreettisia tilanteita ovat esimerkiksi vauvavaiheen motorisen kehityksen arviointi, selän tai alaraajojen asennon tutkiminen sekä painokäyrien käsittely vanhempien kanssa. Lisäksi terveydenhoitaja täyttää erilaisia lomakkeita [esim. voimavara- ja mielialamittaria, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; STM 2004a)], joita käsiteltäessä olisi luontevaa ottaa myös liikunnan merkitys puheeksi ja motivoida perheen yhteiseen liikuntaan. Lastenneuvolatyö pääasiassa terveiden lasten ja perheiden parissa vaikuttaa varmasti siihen, että terveyttä edistävät elintavat on helppo ottaa esille vastaanotoilla.

*Vahvuus liikuntavalmiuksien arvioinnissa.* Valtioneuvoston periaatepäätöksessä liikunnan edistämisen linjoista (2008, 4) korostetaan liikuntataitojen oppimista varhaislapsuudessa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhoitajien toteuttamassa arvioinnissa korostuvat juuri lapsen motorinen kehitys ja motoriset perustaidot. Arviointi toteutuu seurantatyypillisesti. Tähän vaikuttaa määräaikaistarkastusten säännöllisyys. Tämä laadullinen tutkimus, samoin kuin aiempi julkaisematon Laasonen tutkimus (Laasonen 2005) osoittavat, että lastenneuvola on luonteva taho väestötason lasten terveysseurannan toteuttamiseen (Mäki ym. 2008) ainakin liikuntavalmiuksien osalta. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen tulokset osoittavat terveydenhoitajien arvioivan motorista kehitystä lastenneuvolatyön ohjeiden mukaisesti (Lääkintöhallitus 1991; STM 2004a). Ohjeet nostavat esille ikäkausittaisen motorisen kehityksen ja motoristen taitojen arvioinnin merkityksen lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnis-

sa vauvavaiheesta kouluikään. Lisäksi motorisen kehityksen arviointi mahdollistaa varhaisen puuttumisen periaatteen toteutumisen, jota myös ohjeissa korostetaan (STM 2004a). Rimpelän ym. (2006) tutkimuksen mukaan terveyskeskuksista (N= 214) 77 % käytti erityistä leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmää. Hakulinen-Viitasen ym. (2008, 27) tutkimuksen mukaan ohjeiden mukaista Lene-menetelmää (Valtonen ym. 2004a, 2004b, 2007) käytti 63% terveyskeskuksista. Koska useimmiten laaja terveystarkastus tehdään lastenneuvoloissa juuri viisivuotiaille lapsille (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 26), ovat perustaidot ja lapsen kokemukset esimerkiksi hiihdossa, luistelussa ja pyöräilyssä myös arvioinnin kohteina. Nämä ovat taitoja, joita juuri tuossa ikävaiheessa on jo yleensä harjoiteltu.

*Vähäinen perheen liikunnan edistämisen osuus.* Tutkimustulosten perusteella perheen liikunta oli vain harvoin liikunnanedistämistyön kohteena, huolimatta perheen liikunnan merkityksen korostumisesta lastenneuvolatyön ohjeissa (STM 2004a, 198-199). Perheliikunnan asema voisi parantua lastenneuvolatyössä, jos otettaisiin käyttöön esimerkiksi itsearviointiin perustuvia arviointi-, seuranta- ja kirjaamismenetelmiä, kuten ainakin Pender (1996, 138) on ehdottanut. Arviointi voisi käsitellä myös perheen mahdollisuuksia liikuntaan, liikuntaa rajoittavia tekijöitä sekä kiinnostuksen kohteita ja vahvuuksia. Tuotetun tiedon perusteella terveydenhoitajat voisivat kannustaa perheitä yksilöllisesti aktiiviseen arjen liikuntaan ja omaehtoiseen liikuntaan sekä ohjata heitä yhteiskunnan liikuntapalveluiden käyttäjiksi. Lasten terveysseurantatutkimuksessa (Mäki ym. 2008) arvioidaan myös perheen fyysisen aktiivisuuden määrää. Yleisesti ottaen tämä väitöstutkimus vahvisti käsitystä siitä, että vaikka terveydenhuollon asiakkaana lastenneuvolassa on lapsen lisäksi koko perhe, kohdistuu terveyttä edistävä työ - tässä tapauksessa liikunnan näkökulmasta tarkasteltuna - pääasiassa lapseen tai äitiin, harvoin perheeseen.

Kotikäyntien yhteydessä terveydenhoitajalla on tilaisuus tutustua konkreettisesti perheen koti- ja pihaympäristöön sekä lähiympäristöön ja nostaa esille ympäristön ja paikkakunnan liikuntamahdollisuudet. Tämä on erityisesti mahdollista niille terveydenhoitajille, jotka tuntevat itse paikkakunnan erityisominaisuudet ja palvelutarjonnan. Varsinkin perheen vanhempien lasten liikunnalliset kiinnostuksen kohteet ja harrastukset sekä heille hankitut liikuntavälineet heijastavat perheen liikunta-asenteita ja arvostuksia. Näitä asioita terveydenhoitajalla on mahdollisuus havainnoida kotikäynnin aikana.

*Hoidollisen näkökulman korostuminen.* Jokaisen lapsen tai perheen fyysisen aktiivisuuden arviointi tai aktivointi ja tukeminen eivät näyttäneet ilmeisiltä tämän tutkimuksen perusteella. Aktivointi ja tukeminen vaikutti olevan enemmän valikoivaa luonteeltaan verrattuna arvioivaan työhön; aktivointia ja tukemista toteutetaan pääasiassa silloin, kun lapsella on ylipainoa tai jotain muuta erityisen tuen tarvetta. Tavallaan tämä tutkimustulos on terveydenhuollon linjan suuntainen. Lastenneuvolatyön ohjeiden mukaanhan tavoitteena on lapsen hyvinvoinnin ja terveyden paraneminen, etenkin erityistä tukea tarvitsevissa perheissä (STM 2004a, 20). Toisaalta terveydenhoitajien mielestä heillä ei ole myöskään valmiuksia "liikuntareseptin" antamiseen eikä kykyä liikunnan sy-



vällisempään perusteluun. Raution (2006) tutkimustulosten perusteella tämä tulos ei ole yllättävä, koska ainakaan nykymuotoisessa koulutuksessa ei ole liikuntafysiologian eikä soveltavan liikunnan sisältöjä. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat ilmaisivat neuvottomuutensa liikunnanedistämistyössä silloin, kun kyseessä on lapsi, jolla on liikunta-, näkö- tai muu vamma. Nykyaikaisen koulutuksen tulisi taata, että terveydenhoitajat olisivat tietoisia kaikkien lasten mahdollisuuksista liikuntaan ja yhteiskunnan tarjoamista liikuntapalveluista alle kouluikäisille lapsille ja perheille. Tämä koskee myös niitä lapsia, joilla on pitkäaikaissairaus tai vaikea-asteinen vamma (Palsio 2002; Rintala ym. 2002; Robertson 1991, 169-188).

Liikunnanedistämisen tulisi toteutua kannustavasti ja asiakaskeskeisesti. Siinä pitäisi korostua yksilölliset kiinnostuksen kohteet, vahvuudet ja perheiden voimavarat (Laitakari & Miilunpalo 1998). Liikunnanedistämistyön puutteellisen toteutumisen saattavat aiheuttaa useat eri tekijät. Ensinnäkin, lastenneuvolatyössä ei ole yksityiskohtaisia ohjeita lapsen ja perheen fyysisen aktiivisuuden arviointiin tai aktivointiin ja tukemiseen. Toisaalta terveydenhoitajilla ei ole ehkä koulutuksessaankaan ollut liikunnan sisältöjä ja siksi heillä ei ole mahdollisesti valmiuksia syvällisempään liikunnanedistämistyöhön ja perheiden motiivointiin. Tämä huolenaihe ja kehittämistarve on tuotu esiin Suomessa sekä sosiaali- ja terveysministeriön että terveydenedistämiskeskuksen tahoilta (Fogelholm ym. 2007, 85-86; Rautio 2006, 56; Segercrantz 2006). Juuri koulutuksessa luodaan arvopohja (CHNAC, 2003; Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005) sekä hankitaan sisällölliset ja menetelmälliset valmiudet tulevaisuuden terveydenedistämistyölle (Jaroma 2000; Liimatainen 2002; Poskiparta ym. 2000). Näiden edellä mainittujen syiden lisäksi terveydenhoitajilla on nykyaikana käsiteltävänä koko joukko aiheita vastaanottojen yhteydessä. Saattaa olla, että on helpompi tarttua paineen alla niihin asioihin, jotka ovat itselle selkeämpiä ja joihin on saanut koulutuksessaan enemmän valmiuksia.

Tutkimusaineistossa ei tullut paljonkaan esille terveydenhoitajien vuoro-vaikutusta asiakkaana olevan lapsen kanssa. Saattaa olla, että terveydenhoitajilta puuttuu taito arvioivaan ja motivoivaan keskusteluun leikki-ikäisten ja esikouluikäisten lasten kanssa koskien lasten liikunnallisia kiinnostuksen kohteita ja toiveita. Tähän epäkohtaan tulisi myös koulutuksessa vastata.

### 8.1.3 Toteuttamismahdollisuudet

*Päätulos:* Terveydenhoitajien mielestä liikunnanedistämistyön toteutus riippuu terveydenhoitajan ominaisuuksista, lastenneuvolatyön luonteesta sekä yhteistyöstä ja liikuntapalveluita koskevasta tiedottamisesta. Erityisesti maaseudun terveydenhoitajat esittivät vahvuudekseen asiakasperheiden, jopa sukujen yksilöllisen tuntemisen, mikä luo hyvän perustan yksilölliselle liikunnanedistämistyölle. Terveydenhoitajien esittämät kehittämissuositukset käsittelivät kaikkia kolmea yläkategoriaa ja kohdistuivat pääosin tekijöihin, jotka ovat yhteydessä lapsen ja perheen liikunnan aktivointiin ja tukemiseen. Voimakkaimmin esitettiin tarve kehittää liikuntapalvelutarjonnan koordinoitua ja palveluista tiedottamista.

Tutkimustuloksia tulkittaessa voidaan sanoa, että kokeneella, lastenneuvolapaikkakunnalla asuvalla, itsekin liikuntaan positiivisesti suhtautuvalla maaseudun lastenneuvolassa toimivalla terveydenhoitajalla näyttäisi olevan parhaat mahdollisuudet lapsi- ja perhekeskeisen liikunnanedistämistyön toteuttamiseen. Maaseututerveydenhoitajien työn on jo aiemmissakin tutkimuksissa (Koponen & Kalkas 1997) todettu luovan parhaat edellytykset terveydenedistämistyölle.

Aiemmissa tutkimuksissa on myös tuotu esiin terveydenedistämistyön riippuvuus yhteistyöstä (Simonsen-Rehn ym. 2009). Tulevaisuuden terveydenhoitajan ominaisuuksiin ja yhteistyövalmiuksiin voidaan vaikuttaa erityisesti peruskoulutuksen kautta. Suurin osa kehittämis ehdotuksista koski tekijöitä, jotka ovat yhteydessä aktivoivaan ja tukevaan työhön. Tämä tulos on johdonmukainen sen tutkimustuloksen kanssa, että juuri arvioiva osuus näyttää toteutuvan parhaiten liikunnanedistämistyössä.

Lastenneuvolatyön kehittämisen kannalta erityisesti muutama terveydenhoitajan viittaus liikunnan näkökulman sisällyttämisestä yhteisöllisiin menetelmiin vaikuttaa käyttökelpoiselta. Esimerkiksi yhteisen ulkoilu- tai harrastusryhmän muodostuminen osaksi ryhmäneuvolan toimintaa on todettu jo käytännössä toimivaksi (Haanpää 2008). Ryhmäneuvolassa vanhemmille tarjoutuu tilaisuus jakaa kokemuksia paikkakunnan liikuntamahdollisuuksien käytöstä ja aktivoida toinen toistaan liikkumiseen. Lisäksi terveydenhoitajan esitykset päiväkotien vanhempaintilaisuuksissa liikunnan merkityksestä lapsen kasvun ja kehityksen kannalta sekä liikunnan ja terveyden yhteyksistä toisi osaltaan arvostusta lasten terveydenhuoltotyölle.

Liikuntapalveluista tiedottamisen merkityksen voimakas korostuminen oli yllättävää, koska kyseessä on sen ikäinen asiakasryhmä, jonka liikunnan olettaisi tapahtuvan pääasiassa koti- ja pihaympäristössä leikin ja ulkoilun lomassa. Asiantuntijat ovat kuitenkin todenneet (Laakso ym. 2006), että liikuntaa pidetään nykyään enemmän organisoituna toimintana kuin lapsen leikkinä ja ulkoiluna. Terveysalan koulutuksen aikana olisi mahdollisuus vaikuttaa siihen, että tulevat terveydenhoitajat arvostaisivat varhaislapsuuden liikuntaa myös perhe- ja liikuntana, arjen ulkoiluna ja sisä- ja pihaleikkeinä sekä perusliikuntataitojen kehittäjänä.

#### **8.1.4 Suuntaaminen lapsen kouluvaiheeseen**

Tämän tutkimuksen taustalla olevan teoreettisen mallin perusajatuksena oli, että yksilön elämän kehitysvaihe ikään kuin valmistaa siirtymistä seuraavaan kehitysvaiheeseen - kouluun. Juuri tuota valmistautumista terveydenhoitajan tulisi myös arvioida ja tukea liikunnan näkökulmasta. Siksi kouluvaiheeseen suuntaaminen esitetään erikseen, vaikka se ei ollutkaan varsinaisena tutkimustehtävänä.

*Suhtautuminen liikuntaan koulunkäyntiin valmentavana tekijänä.* Terveydenhoitajat tarkastelivat kouluvaiheeseen siirtymistä terveyden ja hyvinvoinnin kehityksessä korostamalla liikuntaa yhtenä kouluvalmiuksia luovana ja vahvistavana tekijänä. He puhuivat motoristen perustaitojen (esim. luistelu-, hiihto- ja

uintitaidot) oppimisen merkityksestä koulun liikuntatunteihin valmistavina taitoina sekä sosiaaliseen osallistumisen edellytyksenä esimerkiksi välituntien aikana tapahtuvissa spontaaneissa leikeissä ja peleissä. Perheen kehyksessä tuli ilmi, että terveydenhoitajien mielestä juuri vanhempien tehtävä on näiden perustaitojen opettaminen lapsille. Tämä edellyttää tietysti myös liikuntavälineiden lainaamista tai hankkimista. Lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin kehyksessä puhuttiin pyöräilytaitojen oppimisesta koulumatkojen kulkemista ajatellen. Liikunnan merkityksestä puhuttiin myös fyysisen jaksamisen kannalta. Lisäksi tuotiin esiin liikunnan merkitys keskittymiselle, sosiaalisille valmiuksille, itsetunnon ja minäkuvan kehittämiseksi.

*Liikuntavalmiuksien nostaminen puheeksi ennen kouluunmenoa.* Tutkimustuloksissa tuli muutamia viitteitä siitä, että terveydenhoitajat nostavat ennen kouluunmenoa keskusteluissa esille liikuntataitoja, jotka edistävät koulussa selviytymistä. Näkökulmatarkastelussa esitettyjen luistelu-, hiihto- ja pyöräilytaitojen lisäksi tässä kohdassa mainittiin uinnin alkeistaidot ja veteen totuttelun merkitys ennen koulun aloitusta. Samoin puhuttiin motivoinnista kengännauhojen solmimisen opetteluun, jotta koulussa lapsi sitten itse pystyisi solmimaan luis-tinnauhat.

*Terveydenhoitajat itse eivät tuoneet esille yhteistyötä tulevan koulun kanssa.* Kun tiedetään, että pelkästään kunnallisessa päivähoitossa olevista lapsista 7 % on erityisen tuen tarpeessa (Färkkilä ym. 2006), voisi olettaa, että lastenneuvolassa käyvien lasten osalta tuo luku olisi vielä suurempi. Osa erityisen tuen tarpeessa olevista lapsista tarvitsee myös kouluunmenovaiheessa tukitoimia tai erityisjärjestelyjä koululiikuntaan osallistumiseksi. Terveydenhoitajan voisi olettaa perheen tuntijana pohtivan perheen kanssa hyvissä ajoin ennen kouluunsiirtymisvaihetta erilaisia tukimuotoja ja erityistarpeita liikunnan suhteen. Tällaista asiantuntijuutta (Paavilainen 2002) varmasti myös vanhemmat odottavat terveydenhoitajalta.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen tarkastelu

Tutkimuksen ja sen tulosten totuusarvoa ja merkitystä tarkastellaan arvioimalla niitä tutkimusprosessin aikaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen uskottavuuteen, siirrettävyyteen, luotettavuuteen ja vahvistuvuuteen (Denzin 1994; Litva & Jakoby 2007; Tuomi & Sarajärvi 2002, 131-146). Pohjana käytetään erään focus group -tutkimuksen luotettavuusarviointia (Litva & Jakoby 2007). Tarkastelua laajennettiin kattamaan myös tutkimuksen suunnittelu, aihe sekä tulosten julkaisu ja esittäminen. Luotettavuustarkastelun yhteydessä viitataan myös eettisiin ratkaisuihin.

*Tutkimusaihe ja asetelma.* Tutkija käytti lähes vuoden tutkimusalueeseen perehtymiseen. Tuolloin selvisi, että liikunnan edistäminen perusterveydenhuollossa on alue, josta terveydenhuollon työntekijöillä ei ole selkeää käsitystä. Kuitenkin muutamat teoriatarkastelussa esitetyt tutkimustulokset viittasivat siihen, että ter-

veydenhuollon työntekijät haluaisivat edistää liikuntaa työssään. Samankaltainen esiymmärrys tutkijalla oli pitämänsä aiemman täydennyskoulutuskokemuksen perusteella. Tutkimuksen menetelmiä suunniteltaessa voitiin siis todeta, että liikunnan edistäminen kuuluisi terveydenhoitajien työtodellisuuteen.

Jo suunnitteluvaiheessa tutkija tiedosti, että terveydenhoitajien aikataulu oli tiivis, työhön sisältyi paljon kirjaamista ja terveydenhoitajat olivat ilmeisesti täyttäneet paljon kyselylomakkeita, koska lastenneurolatyö on ollut lukuisten tutkimusten kohteena. Terveydenhoitajat eräänlaisina puheen ammattilaisina saattaisivat nauttia luonnolliseen, aiheeltaan tutkijalähtöiseen [researcher-provoked (Silverman 2001, 159)], mutta muutoin vuorovaikutukselliseen keskusteluun osallistumisesta ryhmässä (Fontana & Frey 2000; Krueger 1988, 18 ja 44). Samalla he voisivat tuoda esille omia näkemyksiään asiasta, johon heidän ei tarvitsisi valmistautua millään erityisellä tavalla. Näin he tuntuivat ehkä saavansa mahdollisuuden vaikuttaa tulevaisuuden kehittämistyöhön. Tutkijaa itseään kiehtoi myös ajatus keskustelunomaisesta tutkimuksesta, jossa voisi hyödyntää pitkäaikaisen kokemuksen sosiaali- ja terveystieteen opettajana; opetuskeskustelujen innoittajana ja ryhmänhallintataitojen toteuttajana (Patton 1990, 336). Toisaalta, akateemisen focus group -menetelmän periaatteita (Krueger & Casey 2000, 167-168) noudattaakseen tutkijan oli ulospäin suuntautuvana persoonana tietoisesti valmistauduttava omaan rooliinsa ainoastaan keskustelun ylläpitäjänä ja suuntaajana ja vältettävä hallitsevaa roolia keskusteluissa (Fontana & Frey 2000).

Tutkimussuunnitelmavaiheessa tutkijatriangulaatio helpotti poikkitieteellisen näkökulman syntymistä (Patton 1990, 464-472). Väitöskirjatutkimuksen ohjaajat edustivat tutkimuksen aihetta tukevia tieteenaloja ja väitöskirjatutkijalla oli kokemusta moninaisesta opetus-, tutkimus-, arviointi- ja kehittämistyöstä. Alustava suunnitelma oli käyttää laadullista tutkimusta pohjatietona valtakunnalliselle kyselylomaketutkimukselle. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa kuitenkin selvisi, että suunnitelma oli liian kunnianhimoisen toteutettavaksi, etenkin kun focus group -vaihe oli jo suunniteltu huolellisesti tuottamaan tieteellisiin julkaisuihin soveltuvaa materiaalia (Krueger 1988, 125). Näin päätettiin tehdä focus group -tutkimus itsenäisenä tutkimuksena, mikä asettaa erityisen suuret vaatimukset tutkimusasetelmalle (Morgan 1997, 3, 17-22). Koko tutkimussuunnitelman hyväksymismenettelyä liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa sekä tiedekunnan jatkokoulutustyöryhmässä ja lisäksi apurahojen hakuprosessia yleensä voidaan menettelytavoiltaan verrata asiantuntijapaneelin käyttämiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999).

*Tutkimuksen ympäristö.* Tutkimuksen teoreettisessa osassa pyrittiin antamaan lukijoille käsitys lastenneurolajärjestelmästä, avaintiedonantajien työympäristöstä ja heidän työnkuvastaan. Kansainvälisissä osajulkaisuissa juuri palvelujärjestelmän kuvaus ja terveydenhoitajan yleismaailmallinen ammattikuva nousivat merkittävään asemaan. Oletettavaa on, että osajulkaisuissa pystyttiin vakuuttamaan arvioitsijoille aiheen universaali luonne ja merkittävyys lasten terveydenhuollolle. Siirrettävyyttä lisää se, että tutkimuksessa on selvitetty yk-

sityiskohtaisesti osallistujien valinta ja se, miltä alueelta he tulivat ja missä ja miten tutkimus toteutettiin (Litva & Jakoby 2007).

*Näyte.* Tutkimuksessa käytetyn harkinnanvaraisen näytteen (N=24) perustelu pyrittiin esittämään tarkoin osajulkaisuissa ja yhteenvedossa. Osallistumisprosentti oli korkea, vaikka osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Korkea osallistumisprosentti merkitsi sitä, että tutkimusjoukkoon eivät valikoituneet esimerkiksi vain tutkimusaiheeseen positiivisesti suhtautuvat tai aktiiviset terveydenhoitajat. Tutkija oli ilmeisesti onnistunut motivoimaan osallistujat hyvin noudattamalla Kruegerin (1988, 98-100) yksityiskohtaisia ohjeita motivoinnista. Vaikka terveydenhoitajat noudattivat aktiivisesti kutsua osallistua tutkimukseen ja näin saatiin triangulaatiota aikaiseksi, ei näyte kuitenkaan edustanut kaikkia ikäryhmiä ja koulutustaustoja. Aineiston kuvailussa voitiin todeta, että näytteeseen osallistuneet henkilöt olivat lastenneuvolatyössä kokeneita, mikä korreloi tietysti myös osallistujien ikään. Lisäksi suurimmalla osalla oli ollut terveysalan koulutuksessa jonkin verran liikunnan sisältöjä. Kansainvälisesti vertailluna tämä vaikuttaa ainutlaatuiselta tilanteelta. Toisaalta näytteestä puuttivat ammattikorkeakoulusta valmistuneet terveydenhoitajat, mikä oli harmillista etenkin, kun liikunnan näkökulman on todettu terveysalan amk-koulutuksessa vähentyneen (Javanainen 2000; Rautio 2006, 56). Jos terveydenhoitajajoukossa olisi ollut vähän lastenneuvolatyöstä kokemusta omaavia, myös ammattikorkeakoulutaustaisia terveydenhoitajia, olisivat tutkimustulokset saattaneet muodostua toisenlaisiksi.

Focus group -tutkimuksen yhtenä haittana on pidetty suurta vaivannäköä osallistujaryhmien kokoamisessa (Krueger 1988, 47; Morgan 1997, 33). Ryhmän kerääminen ja organisointi sekä yhteistyö osallistujien ja työvuoroista vastaavien henkilöiden kanssa vaati paljon aikaa ja energiaa tutkijalta, mutta oli sitä minkä hän liikunnanopettajana ja organisoijana kokee vahvuudekseen. Ehkä juuri siksi osallistumisprosentti oli suuri ja järjestelyt sujuivat ongelmitta. Tutkijan on dokumentoitava ja päivitettävä sopimia asioita ja yhteystietoja tekemällä muistiinpanoja koko ajan huolellisesti, jotta osallistujat kokevat tulevansa kunnioitetuiksi (Krueger 1988, 98). Tutkijan todellisuutta oli se, että tutkimusryhmittäin luotiin sähköpostilistat, joiden välityksellä tiedotettiin tutkimuksen kulusta, sovitettiin ryhmäkeskusteluajoista ja muistutettiin tulevasta keskustelusta.

*Aineistonkeruu.* Tutkimuksessa oli alun perin tarkoitus toteuttaa neljä ryhmäkeskustelua, mikä on Kruegerin (1988, 97-98) mielestä minimimäärä. Morgan (1997, 34, 43-44) taas toteaa, että ryhmiä tulee olla kolmesta viiteen. Hänen kokemuksensa perusteella suurempi ryhmien määrä tuo harvoin lisätietoa. Yleisesti Krueger (1988, 41) on todennut ryhmäkeskustelusta aineistonkeruumenetelmänä, että "focus groups are valid if they are used carefully for a problem that is suitable for focus group inquiry". Aineistonkeruun uskottavuutta ja luotettavuutta lisäsi se, että tutkimukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla oli paljon kokemusta tutkimuksen aiheesta ja lisäksi tulostenkin mukaan tutkimusteema nivoutui konkreettisesti heidän työhönsä. Tutkimuksessa käytettyjen "kun ajattelet työtäsi lastenneuvolassa" kysymysten avulla saatiin keskustelu liitettyä terveydenhoitajien käytännön työhön [think back -questions (Krueger

1988, 59-71; Litva & Jakoby 2007; Morgan 1997, 11 ja 46; Silverman 2001, 88)]. Käytännön työn tutkimiseen focus group -menetelmä on todettu erittäin sopivaksi (Litva & Jakoby 2007). Tuo kysymyksen sitominen lastenneuvolatyön määräaikaistarkastuksiin lisäsi varmasti myös tutkimuksen validiteettia, koska näin osallistuja erotteli kokemuksensa työskentelystään kouluterveydenhuollossa. Toisaalta kysymys saattoi myös sitoa terveydenhoitajia liikaa tarkastelemaan juuri määräaikaistarkastuksia, josta seurasi traditionaalinen aiheen käsittely yhteisökeskeisten menetelmien [ryhmäneuvolat, yhteistyötapahtumat ym.] käsittelyn jäädessä vähäisemmälle huomiolle. Tutkimuksessa käytettiin myös ”miten” kysymyksiä, joiden käyttöä focus group-tutkimuksessa suositellaan (Krueger 1988, 59-71; Litva & Jakoby 2007, 162-175). Niiden käyttämisen lukija voi tarkistaa ryhmäkeskustelun kulkua kuvaavasta taulukosta 1 (sivulla 31).

Focus group -tutkimuksen olennaisin piirre on Morganin (1997, 6) mukaan se, että vaikka tutkimuksen aihe perustuu tutkijan kiinnostukseen, perustuu tutkimuksesta saatava tieto ryhmän keskinäiseen vuorovaikutukseen. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus eri ryhmäkeskusteluissa todettiin monipuoliseksi. Vuorovaikutus on esitetty tarkasti aineiston kuvailussa. Sieltä lukija voi tarkistaa vuorovaikutuksen määrää ja laatua sekä tutkijan ja tutkittavien välillä että tutkimustulosten kannalta olennaisemmasta vuorovaikutuksesta osallistujien välillä. Tutkimusteeman käsittely olisi ehkä vielä monipuolistunut, jos tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ikärakenne ja koulutustausta olisi ollut vaihtelevampi. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on todettu, että ryhmän sosiaalinen tilanne ikään kuin kontrolloi sisäisesti osallistujia puhumaan mahdollisimman totuudenmukaisesti (Patton 1990, 335-336). Asia tuli ilmi myös tässä tutkimuksessa: jos osallistuja kertoi erittäin aktiivisesta toiminnastaan, saattoi seuraava terveydenhoitaja esittää välittömästi oman näkökulmansa asiaan todeten realistisesti, että hän itse ei ainakaan ole yhtä aktiivinen toiminnassaan.

Asiantuntijoiden (Fontana & Frey 2000; Morgan 1997, 6) mukaan tutkijan on päätettävä ryhmäkeskustelun muodollisuuden aste, joka on riippuvainen tutkimuksen tavoitteesta. Tämän tutkimuksen validiteetin kannalta oli olennaista toteuttaa keskustelu kaksivaiheisena, jotta voitiin tarkastella, ovatko asiat nousseet keskustelunaiheeksi terveydenhoitajien esittäminä, siis yleisimmin yleiskeskusteluvaiheessa, vai tutkijan innoittamana keskustelun tarkentavassa vaiheessa.

Focus group -tutkimuksen periaatteiden mukaisesti ryhmäkeskusteluiden toteutuksen tulee olla keskustelua edistävä (Krueger 1988, 47). Aineistonkeruun aikana tutkijan ja tutkittavien suhde oli välitöntä ja luontevaa. Terveydenhoitajat vaikuttivat olevansa erittäin kiinnostuneita tutkimusaiheesta ja olivat aktiivisia. Ryhmäkeskusteluiden jaloittelutauolla he jatkoivat keskustelua asiasta. Osallistujien aktiivisuutta osoittaa se, että kun tutkija otti jälkikäteen heihin yhteyttä selvittääkseen osallistujien täsmälliset iät tutkimuksen ajankohtana keskiarvon laskemista varten [yhden artikkelirefereen toive], vastasi jokainen osallistuja nopealla aikataululla ja osoitti näin kunnioitusta myös tutkimusta kohtaan. Taustatietolomakkeessa tutkija oli kysynyt ainoastaan ikäryhmää hienotunteisuussyistä.

Alkuvaiheessa harkinnassa olleella observointitutkimuksella ei olisi pystytty tavoittamaan kaikkea sitä tietoa, mitä tässä tutkimuksessa saatiin. Tulosten mukaan terveydenhoitaja tekee päätelmiä myös sanattomasti tilanteessa – esimerkiksi tarkkailemalla lasta ja äitiä vastaanotoilla – ja pelkästään observoimalla tätä arvioivaa työtä olisi ollut vaikea saada selville. Siksi on tärkeää kuunnella myös terveydenhoitajien omia perusteluja työlleen. Ruotsalaisten terveydenhoitajien toteuttamaa vastaavaa sanatonta observointia arviointityössä on kuvattu myös Hydenin ja Baggensin (2004) tutkimuksessa.

*Aineiston analyysi.* Tarkasteltaessa ryhmäkeskustelun luotettavuutta, on erityisesti kiinnitettävä huomioita aineiston käsittelyn ja analyysin systemaattisuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden on todettu paranevan, jos haastattelut toteuttaa, litteroi ja analysoi yksi henkilö, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin. Analyysissä noudatettiin tarkasti Krueger ja Casey esittämiä akateemisen ryhmäkeskustelun periaatteita (Krueger & Casey 2000, 167-168). Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi se, että koko aineisto (Silverman 2001, 247-248) litteroitiin sanatarkasti ääni- tai videonauhoilta, jolloin jokainen maininta on tarkistettavissa sellaisessa muodossa kuin se todellisessa tilanteessa esitettiin. Ensimmäisen ryhmäkeskustelun jälkeen tutkija aloitti välittömästi litteroinnin. Tuossa keskustelussa oli mukana vain kolme terveydenhoitajaa. Silti litterointi tuotti kahdenkin magnetofonin kanssa ongelmia. Erityisen vaikea oli tunnistaa puhujat toisistaan. Päälekkäin puhumista tapahtui kuitenkin vähän, koska keskustelun ylläpitäjä kiinnitti tähän asiaan heti alkuvaiheessa huomiota. Ensimmäisten ryhmien jälkeen järjestettiin tekninen avustaja videoimaan muut ryhmäkeskustelut. Koska jäljellä olleissa kolmessa ryhmäkeskustelussa osallistujien määrä oli suurempi, halusi tutkija keskittyä kokonaan keskustelun ylläpitämiseen ja tutkimusajan tehokkaaseen käyttöön ja varmistua siitä, että litterointi on mahdollista tehdä myöhemmin luotettavasti.

Tutkimuksen aihe ja tarkoitus ohjaavat tutkimuksen analyysiä (Krueger 1988, 107). Tällä tutkimuksella pyrittiin selvittämään ja kuvailemaan terveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia tutkimusaiheesta. Aineiston analyysi on kuvattu yksityiskohtaisesti ja konkreettisia esimerkkejä käyttämällä sekä osajulkaisuissa että yhteenvedossa. (Krueger 1988, 122-131; Kyngäs & Vanhanen 1999; Morgan 1997, 64.) Ryhmäkeskusteluissa käytetyt kysymykset tuottivat juuri sellaista materiaalia, mistä maininnat oli suhteellisen helppo poimia tutkimuskysymyksittäin analyysiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka perustuu jatkuvaan vertaamiseen ja vuoropuheluun muodostettujen tai muodostumassa olevien kategorioiden välillä (Litva & Jakoby 2007; Silverman 2001, 247-248). Luokittelu tapahtui pääosin aineistolähtöisesti (Patton 1990, 390-391), vaikka tutkija nimesikin tuloksina syntyneet kehykset tai kategoriat. Ainoastaan vuorovaikutuksen sisällön luokittelussa käytettiin muiden tutkijoiden esittämiä ajatuksia ja näkemyksiä luokittelun apuna. Luokittelun uskottavuutta ja luotettavaa toteuttamista paransi se, että tutkija pystyi jatkuvasti palaamaan alkuperäisiin mainintoihin. Luokittelu toteutettiin joka tutkimuskysymyksessä koko aineiston osalta (Silverman 2001, 247-248), jokaisen ryhmäkeskustelun osalta ja vielä erikseen ryhmäkeskusteluvaiheittain, jos se oli tutkimuskysy-

myksen kannalta olennaista. Luokittelussa ei ollut mahdollista käyttää rinnakkaisluokittelijaa tehtävän työläyden vuoksi, mutta tärkeää oli, että analyysin suorittajalla oli runsaasti aikaa työhönsä (Krueger & Casey 2000; Tuomi & Sarajärvi 2002). Tutkija itse kuitenkin toteutti uudelleenluokittelun lähinnä oman toimintansa arvioimiseksi toisen tutkimustehtävän kohdalla kahden ryhmäkeskustelun osalta saaden yhtäpitävyysprosenttien keskiarvoksi 86 % mainintojen pääluokkatasolla, mitä voidaan pitää luotettavuuden rajoissa olevana (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139). Tietokonepohjaisen analyysiohjelman käyttö olisi helpottanut luokittelun luotettavuustarkastuksen tekemistä, mutta ei olisi antanut vastausta mainintojen poimimisen luotettavuudesta.

Tutkimuksen tulosten perusteella kehitelty malli (Patton 1990) liikunnan edistämisestä perustui terveydenhoitajien esittämiin liikunnanedistämismainintoihin, jotka kuvastivat terveydenhoitajien omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä liikunnanedistämisestä lastenneuvolan kotikäynnillä ja määräaikaistarkastuksissa. Tutkimuksen lukija voi tarkistaa mallin yhteyden aineistoon tutkimustuloksista. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Mallia voidaan soveltaa sisältämään myös yhteisöllisemmän näkökulman lastenneuvolatyössä, esimerkiksi terveydenhoitajan osallistuessa päiväkotien vanhempainiltoihin tai ryhmäneuvoloiden toimintaan. Malli edustaa ikään kuin opportunistista mallia, jossa tuodaan ilmi mahdollisuudet liikunnanedistämiseen. Vakuuttavuustarkasteluhan toi liikunnanedistämistyön ilmi suppeampana.

Osallistujista käytettiin litteroinnissa oikeita etunimiä koko analyysin ajan, koska nimet tulivat ilmi videoilta ja tutkija oli myös nähnyt suuren vaivan oppiakseen tuntemaan henkilöt etunimiltä. Litteroinnissa käytettiin koodia "etunimi" tai "etunimi2" samannimisten henkilöiden kohdalla. Jotta tutkija pystyi tekemään luotettavasti analyysiä, muutettiin nimet vasta lopuksi vastaamaan erillisiä identifiointitietoja. Identifiointitiedot tutkija antoi sillä perusteella, missä järjestyksessä ryhmäkeskustelut toteutettiin. Terveydenhoitajat saivat juoksevan numeron.

Analyysin aikana oli mahdollisuus käyttää tutkijatriangulaatiota keskusteltaessa ohjaajien kanssa eri ratkaisuista. Lisäksi käytettiin laadullisen ja määrällisen tiedon yhdistämistä menetelmällisenä triangulaationa (Patton 1990, 10-11). Osallistujatasolla mainintojen määrä laskettiin osajulkaisussa III, kun haluttiin selvittää, moniko terveydenhoitaja oli esittänyt mainintoja pääluokkatasolla. (Patton 1990, 464-472.)

*Tutkimustulosten julkaisu ja esittäminen.* Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen julkisuus on merkittävä luotettavuustekijä. Tämän väitöskirjaprosessin aikana eri vaiheiden tutkimustuloksia tuotiin julkisuuteen ja asetettiin arvioinnin kohteeksi: valmistamalla osajulkaisut referee-menettelyyn, tarjoamalla kongressiesityksiä ja esittämällä kansainvälisiä esityksiä (Puuska & Miettinen 2008). Osallistuminen eri tieteenalojen kongresseihin mahdollisti palautteen saamisen usealta eri asiantuntijataholta. Kansainvälisissä julkaisuissa saatiin erityisesti positiivista palautetta kattavasta aineistonkeruusta, analyysin selkeydestä ja tutkimusjoukon monipuolisesta kuvailusta. Kongressiesitysten yhteydessä vastaavasti positiivinen palaute kohdistui vuorovaikutuksen tutkimisi-



seen, johon idean tuotti kansainvälisen osajulkaisun arvioitsija. Kaikki abstraktit hyväksyttiin kongresseihin ilman tarkennus- tai muutosehdotuksia. Vahvimmin tutkimuksen arvostus näkyi terveyden edistämisen kongressissa, jossa suullinen esitys oli valittu pääsaliesitykseksi Torinossa syksyllä 2008.

Yhteenvedo-osan kirjoittamisessa on noudatettu Pattonin (1990, 374-376) tapaa, jossa suositellaan erottelemaan varsinainen kuvaileva tutkimustulososa tutkijan esittämästä tulosten tulkinnasta. Tulosten tulkinnassa tutkija pyrkii asettamaan tulokset laajempaan kontekstiin, etsii tuloksille selityksiä ja merkityksiä ja tuottaa tulosten perusteella erilaisia malleja. Tässä tutkimuksessa tuotettu malli esitettiin tästä poiketen jo tulososassa, koska malli pohjautui suoraan esitettyihin tuloksiin. Yhteenvedo-osuudessa on pyritty antamaan mahdollisimman monipuolinen ja elävä kuva tutkimuksen eri vaiheista. Tuloksiin on sisällytetty paljon terveydenhoitajien alkuperäisilmaisuja (Patton 1990, 428-431). Suorista lainauksista lukija voi itse arvioida tutkijan tekemiä johtopäätöksiä. Tutkija tiedostaa raportoinnissa sen tosiasian, että suurin osa tutkimuksen julkisuudesta riippuu nykyaikana sähköisestä julkaisusta (Krueger & Casey 2000, 154-155) ja suurin osa lukijakunnasta tullaan saavuttamaan tuon ilmaisen kanavan välityksellä: siksi erityisesti englanninkielisten osajulkaisujen tuloksista on tehty kattavat käännökset. Väitöstutkimuksen tulosten levittäminen jatkuu silti tulevaisuudessa ammatillisissa julkaisuissa.

### 8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

*Liikunnanedistämisen systematisoiminen ja kehittäminen.* Jotta lastenneuvolan – tai tulevaisuuden perhekeskuksen (STM 2004b; Viitala 2007) – terveydenhoitajien työhön hyvin nivoutuva lapsen motoristen perustaitojen arviointi säilyisi yhtenä lastenneuvolatyön vahvuutena, kaivataan kehittämistyötä erityisesti arvioinnin systematisoimiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi sekä kirjaamisen kehittämiseksi. Tähän saadaan tulevaisuudessa tukea jo meneillään olevasta tutkimus- ja kehittämistyöstä (Laasonen 2005; Mäki ym. 2008). Fyysisen aktiivisuuden ja liikuntaneuvonnan mukanaolo neuvolan sähköisessä potilasasiakirjassa olisi keskeinen kehittämisaihe, koska kirjaamisen myötä saadaan systemaattisuutta seurantaan ja ajan myötä myös toimintakäytäntöihin.

Valtioneuvoston 28.5.2009 hyväksymän uuden asetuksen (STM 2008a) mukaan laaja terveystarkastus tulee suorittaa kolme kertaa lastenneuvolan aikana: lapsen ollessa neljän kuukauden ikäinen, puolitoistavuotias sekä neljävuotias. Laajoissa terveystarkastuksissa sekä lapsen että perheen liikunnanedistäminen tulee olla asetuksen mukaan sisältöalueena (STM 2008a, 28-32). Nykyisen viisivuotistarkastuksen suorittaminen jo neljävuotiaana lisää esimerkiksi motoristen ongelmien havaitsemisen jälkeen aikaa lapsen motoriikan ja motoristen perustaitojen tukemiseen ennen koulunaloituskäynnin alkua (vrt. Valtonen 2009).

Lapsen tulevaa kouluaikaa silmälläpitäen ei tulisi unohtaa motoristen perustaitojen merkityksen esille nostamista. Kyse ei ole taidon täydellisestä hallinnasta, vaan siitä, että vanhemmat huomaisivat ajatella lapsen valmiuksien

tukemista myös koulun liikuntatuntien sekä välituntileikkien ja lapsen pätevydentunteen kannalta. Tämän näkökulman kyseisen tutkimuksen kokeneet terveydenhoitajat mainitsivatkin useaan otteeseen.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat korostivat työkokemuksen merkitystä motoristen perustaitojen arvioinnissa. Arvioinnin luotettavuuden parantamiseksi etenkin kokemattomat terveydenhoitajat ja opiskelijat hyötyisivät visuaalisesta materiaalista [videoleikkeet/dvd], joka koskisi lapsen eri ikävaiheiden motorista kehitystä ja kehityksen tutkimisen toteuttamista käytännössä. Esimerkkeinä voisivat toimia kirjat varhaisimman vaiheen motorisesta kehityksestä (Salpa 2007) ja ideakirja vanhemmille vauvan motoriikkaa edistävästä leikkimisestä (Wegloop & Spliid 2008). Lapsen motorisen kehityksen ja sen yleisimpien ongelmien kuvaamisen ohella tulisi myös havainnollistaa arviointimenetelmät esimerkiksi Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen www-sivustolla.

Väestötasoisten terveystietojen keräämisen ohella on tärkeää, että arviointitietoa hyödynnetään jokaisen lapsen ja perheen kohdalla yksilöllisellä tavalla, positiivista palautetta unohtamatta. Samoin seurattaessa lastenneuvoloiden laatu-kriteerien täyttymistä yleisellä tasolla on muistettava, että lastenneuvolassa työntekijät ovat läheisessä ja vuorovaikutuksellisessa suhteessa jokaiseen suomalaiseseen lapsiperheeseen. Vaikka alustavia lastenneuvolatyön laatu-kriteerejä jaettaessa suuren väestömäärän terveyskeskukset pärjäsivät hyvin (Hakulinen-Viitanen ym. 2008), on huomionarvoista, että tämän tutkimuksen tulosten ja aiempien tutkimusten perusteella (Koponen & Kalkas 1997) näyttäisi siltä, että maaseudun terveydenhoitajien olisi helpointa toteuttaa terveyttä edistävää työtä yksilöllisten tarpeiden mukaan myös liikunnan näkökulmasta tarkasteltuna.

Tämän tutkimuksen perusteella terveydenhoitajat nostavat esiin juuri oikeita alueita: lapsen ulkoilun, leikin ja harrastusten ohella perheen arjen yhteisen aktiivisuuden. Silti tutkimustulosten perusteella erityisesti jokaisen lapsen ja perheen liikuntaa aktivoiva ja tukeva työ lastenneuvolassa kaipaa kehittämistä. Kehittämisehdotuksia esiteltiin jo tulosten tarkastelun ja osajulkaisujen yhteydessä. Mikäli terveysseurannassa tullaan tulevaisuudessa systemaattisesti arvioimaan ja seuraamaan lapsen, vanhempien ja perheen fyysistä aktiivisuutta vaikka kotona täytettävien lomakkeiden avulla, tulee arviointitietojen käsittely luomaan tilaisuuksia liikunnan aktivoimiseen ja tukemiseen. Käytäntöjen systematisoimiseksi perheille jaettava materiaali tulisi yhtenäistää valtakunnalliseen käyttöön. Tällöin materiaalin tuottaminen ei kuormittaisi jokaista lastenneuvolaa tai kuntaa erikseen.

*Ammatilliseen peruskoulutukseen liikunnan edistämisen opintojakso.* Suomalaisen terveysalan peruskoulutuksen arviointiin ja kehittämiseen on esitetty lukuisia velvoitteita [esim. (Seegercrantz 2006; Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007, 5; Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista 2008, 4-5; Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista 2008)]. Noihin velvoitteisiin tulisi vastata, jotta terveydenhoitajien ammattikunta pystyisi edes tulevaisuudessa edistämään lasten ja perheiden liikuntaa oletetulla tavalla.

Tulevaisuudessa pitäisi arvioida erityisesti sitä, minkälaiset spesifit liikunnan edistämisvalmiudet nykyiset terveydenhoitajaopiskelijat saavat koulutuksensa aikana. Vallitseva käsitys liikunnan substanssiosaamisesta ei ole kovin positiivinen [esim. (Fogelholm ym. 2007, 85-86; Rautio 2006, 56; STM 1998, 44)]. Yleisiin terveydenedistämisvalmiuksiin on jo esitetty valtakunnalliset kriteerit (OPM 2006, 85-91). Kriteerit tulisi myös luoda kansanterveydellisesti merkittävistä sisältöalueista, kuten liikunnasta [vrt. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007, 25 ja 47-49; Rautio 2006, 78-82)]. Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien sisällön tutkiminen on todettu kuitenkin vaikeaksi (Poskiparta ym. 2000). Yksinkertaisinta saattaisi olla suorittaa tutkimus, jossa kohderyhmänä olisivat valmistumisvaiheen terveydenhoitajaopiskelijat. Tämän väitöskirjatutkimuksen toteutus voisi toimia pohjana kyseiselle tutkimukselle. Esimerkiksi Raution (2006) tutkimuksessa kohderyhmänä olivat koulutuksesta vastaavat henkilöt. Terveysalan opintojaksoihin osallistuneiden opiskelijoiden ja opettajien käsityksissä on kuitenkin osoittautunut olevan eroja, kun tarkasteltiin terveyttä edistävää näkökulmaa opetuksessa (Liimatainen 2002). Pelkästään pätevien liikuntatieteiden sisältöalueen asiantuntijoiden [liikuntatieteiden maisteri] lukumäärä voisi antaa ensimmäisen kuvan liikunnan sisältöalueen asiantuntemuksesta sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa.

Erityisen mielenkiintoista olisi tutkia koulutuksessa esiintulevaa tietoperustaa ja käytettävän opetusmateriaalin (esim. Armanto & Koistinen 2007) näkökulmaa liikunnanedistämiseen. Tarkastellaanko liikuntaa terveysalan oppikirjoissa hoitamisen näkökulmasta vai käsitelläänkö yksilön, perheen ja yhteisön liikunnan arviointia (Pender 1996, 115-183) osana terveystieteen laajempaa arviointia pohjana lasten ja perheiden liikunnanedistämiseksi. Käytettävissä oleva kirjallisuus ei luo pelkästään teoreettista perustaa, vaan muokkaa myös tulevien terveydenedistäjien asenteita ja arvostuksia. Kaikille yhteisessä peruskoulutuksessa, pätevien opettajien ohjauksella pystytään ammattikorkeakoulupedagogiikan suuntaisesti asettamaan opetukselle tiedollisten tavoitteiden lisäksi asenteellisia ja yhteistyön sekä asianajamisen tavoitteita. Eri-laisissa työelämäyhteyksissä on mahdollista harjoitella liikunnanedistämistyötä käytännössä (vrt. Liimatainen 2001) ja tutustua lapsille ja perheille suunnattuun liikuntatarjontaan.

*Lastenneuvolatyön kehittäminen.* Jos terveydenhoitajalla olisi mahdollisuus keskittyä ainoastaan äitiys- ja lastenneuvolatyöhön, pystyisi hän varmasti syventymään paremmin myös lasten ja perheiden liikunnan edistämiseen. Kun tilanne väestövastuutyössä on kuitenkin toinen, tulee myös terveyskeskuksissa miettiä – tämän tutkimuksen terveydenhoitajien esityksen mukaisesti – kenen tehtäväkuvaan liikunnan palvelutarjonnan koordinointi, tiedottaminen ja muu vastaava kehittämistyö kuuluu. Olisiko tulevaisuuden perhepalvelukeskuksessa tarvetta liikunnan ammattilaiselle, jolla olisi osaamista erityisliikunnan alueella? Hän voisi motivoida ja tukea koko henkilökuntaa toteuttamaan eri ikäryhmiä ja erityisryhmiä aktivoivaa liikunnanedistämistyötä.

## SUMMARY

### Background

Nearly all Finnish children below the school age make use of free of charge child health clinic [CHC] services organized by municipalities. As part of maternal and child health care [MCHC], child health clinics represent primary health care based on family nursing practice. The main aim of child health clinics is to enhance the health and well-being of the child and the whole family, especially in families with additional need for support (STM 2004a). Public health nurses – as members of the team of health professionals – are considered the most important resource, with approximately 16 scheduled check-ups with the child and the family. Despite organizational differences in health care, the work of Finnish public health nurses and their contribution to child health resembles the work of health visitors and community nurses elsewhere (Baggens 2004; Besner 2004; CHNAC 2003, Cookfair & Jones 1996, 66-84; Ellefsen 2001; Forbes et al. 2007; Hanafin et al. 2002; Smith 2004).

Numerous documents on health care, health promotion or physical activity challenge health professionals to integrate physical activity promotion into their daily routines (Cavill et al. 2006b, 18-19, 23; Department of Health 2004; Patrick et al. 2001; STM 2004a, 198-199; WHO 2007, 21-22). The foundation of motor skills as well as the basis for a physically active and healthy future are laid before school age. The health career model (Tones & Green 2004, 62-64; Tones & Tilford 2001, 195-199) presented in Figure 1 as a frame of reference in this study demonstrates the importance of the family and the role of health professionals in child health clinics and later on in school health care [SHC]. The importance of the family is evidently biggest in early childhood. Therefore, particularly in child health clinics physical activity promotion should include physical activity carried out within the family.

However, not much is known so far about public health nurses' opportunities for physical activity promotion in nursing practice in child health clinics. Especially public health nurses dealing with healthy living habits (cf. Besner 2004; Miilunpalo et al. 1995) should have an ideal opportunity to promote physical activity due to their knowledge of the strengths and risks of their clients (cf. Sihvola 2000, 86) facilitated by regular contacts with the child and the representative of the family, mostly the mother.

### The purpose of the research

The main purpose of this thesis was to further an understanding concerning the role of public health nurses in physical activity promotion as part of total health care aimed at children in early childhood and their families. The aim of the preliminary phase of this thesis was to give a short account of different areas in physical activity promotion in child health care settings [first original article (I)].

The data consisted of four documents on health care and two documents on physical activity promotion. The next phase, explorative focus group research, concentrated on public health nurses' views and experiences on physical activity promotion. The first aim of the actual focus group research was to find out how public health nurses approach physical activity of children in early childhood in general (II). The second aim was to explore how public health nurses incorporate physical activity promotion into their daily routines in child health clinic settings (III). The third aim was to analyze opportunities for physical activity promotion in more detail through determinants of physical activity promotion and to specify health professionals' developmental ideas concerning it (IV). The focus of articles is presented within the frame of reference in Figure 1. The figure demonstrates some of the results (II) and therefore differs from the original frame of reference presented earlier on page 26.

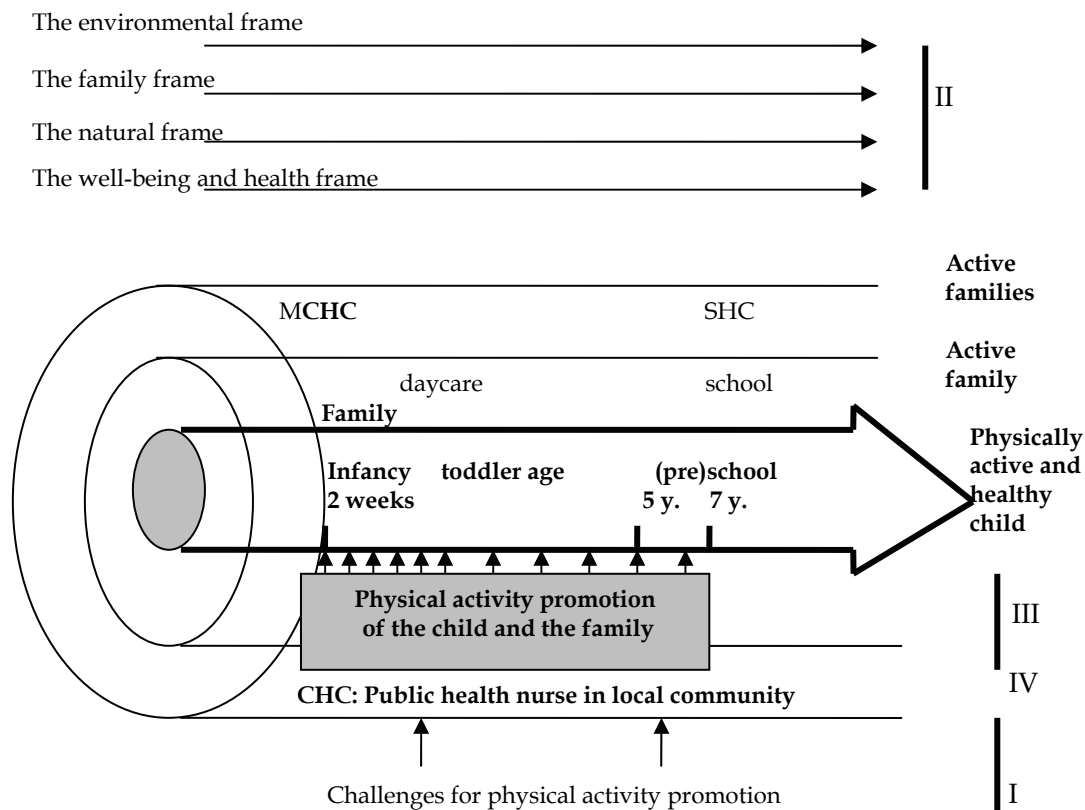


FIGURE 1 The theoretical model of the research (Tones & Green 2004; Tones & Tilford 2001) with specific attention to the focus of the original articles I-IV

## Research methods

Five regional focus groups (Krueger & Casey 2000; Morgan 1997) were used to capture nurses' experiences on physical activity promotion. Funnel-based focus groups were planned and implemented in an academic manner according to Krueger and Casey (2000, 167-168). The focus group guide was based on the

findings of the first original article (I). Deliberate sampling was carried out in Western Finland, one of the 19 regions of Finland. The sampling was driven by the research questions, by reported regional variations in child health services and in nurses' health promotion work, by anticipated environmental options for physical activity and national strategies preferring local research. The aim was to recruit all nurses [preferably six to eight (Patton 1990)] who worked in the selected clinics in order to minimize bias. Therefore, selection criteria related to the rural, urban or suburban working environment of the participants, and to the optimum number of people in each focus group.

In spring 2003, 92.3% of the public health nurses invited from the selected eight municipalities attended focus groups. Finally, groups A and B consisted of all public health nurses ( $n=3+4$ ) working in six small rural municipalities with less than 10,000 inhabitants. Due to long distances, focus group discussions were run in two groups. Group C consisted of public health nurses ( $n=5$ ) working in a middle-sized urban municipality with more than 10,000 inhabitants. In group C, one of those invited attended in-service training and one had holidays and was thus unable to participate. Group D consisted of all invited public health nurses ( $n=6$ ) working in the urban population centre of a large municipality with more than 75,000 inhabitants. Group E consisted of all public health nurses ( $n=6$ ) working in six residential suburbs of a large municipality. All focus groups were audiotaped by two tape recorders. Focus groups C-E were also videotaped due to a larger number of participants. Verbatim transcripts were analysed by qualitative and quantitative methods. The aim of the qualitative content analysis used was to present the data in a condensed way by identifying the categories that answered the research questions in as much detail as possible. In the quantitative analyses, the numbers of statements were computed for validity checking, but also to demonstrate the numbers in proportion to the concrete examples given by the nurses from their experiences with child health clinic work.

Participants in focus groups were professionally experienced (mean 13.9 years), female (mean 46.2 years) nurses with some training in health-enhancing physical activity during their professional studies. The most common caseload incorporated several fields of activity: maternity and child health, school health, family planning, adult health, outpatient clinics, home nursing, diabetes or nutrition counselling. The focus groups met approximately for two hours and provided lively interaction between the participants.

## Results

Frame analytical approach (Goffman 1974; Puroila 2002), complemented by qualitative content analysis, revealed public health nurses' multidimensional approaches to physical activity in early childhood. Public health nurses approached early childhood physical activity through the environmental frame, the family frame, the natural frame, and the well-being and health frame (II). The importance of physical and social environment, particularly the role of parents, was highlighted as determinants of a child's physical activity. The natural

characteristics of physical activity of children and the benefits of physical activity for well-being and health in general were focused on within these frames. Despite nurses' multidimensional approaches to physical activity, no conclusions could be drawn at this phase of research as to how these approaches come true in actual health care settings.

According to the further findings (III), physical activity promotion in child health clinics means, at its best, evaluation of physical abilities including the child's motor development and evaluation of physical activities of the child and the family as well as activation and support of physical abilities of the child and physical activities of the child and the family. Activation and support is carried out by bringing these issues up for discussion during check-ups, by giving advice and counselling, and rarely by reinforcement. Most of the statements (78% out of 223) presented by the public health nurses in this study were child-centred. The forcefulness of the statements revealed that assessment of physical abilities including motor development was the only topic applied with every child. Other topics were targeted more selectively at children and families with additional needs, e.g. overweight, clumsy, insomniac, or restless children and sedentary families. The findings from this phase of the study are summarized in an opportunistic model created for physical activity promotion (Figure 2).

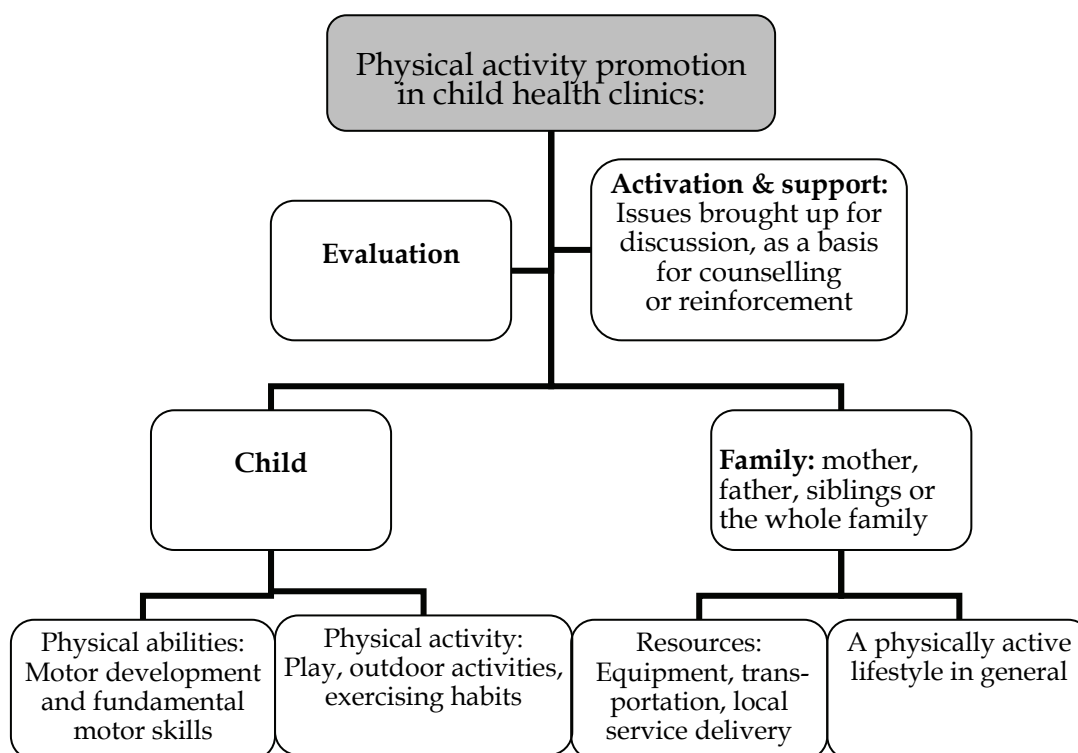


FIGURE 2 An opportunistic (WHO 2007, 22) model for physical activity promotion in Finnish child health clinics

The personal characteristics and abilities of public health nurses, the nature of child health clinic work in general, and collaboration as well as information on

service delivery in physical activity in the community were listed as determinants of physical activity promotion (IV). Particularly rural nurses highlighted their individual knowledge of clients, families and even generations as a basis for physical activity promotion. Developmental issues dealt with the same three main categories. Most of the developmental ideas were related to issues facilitating activation and support. The coordination of information in service delivery and access to information on service delivery in general were most focused on.

## Conclusions

Public health nurses in the present sample were professionally experienced and had some training in health-enhancing physical activity during nursing education. In an international comparison, the nurses in this study might represent an overly optimistic group because of their educational background. Even in national comparison, the physical activity perspective in compulsory studies has decreased radically in Finnish nursing training after a nursing education reform implemented in the 1990s (Fogelholm et al. 2007, 85-86; Rautio 2006, 56; Segercrantz 2006). Students have criticized this issue in the evaluation of modern nursing education (Perälä & Ponkala 1999, 116). Students have evidently realized what skills they need in the health education and health promotion of their future clients (Liimatainen 2002), and have therefore missed compulsory studies in physical education. As health promotion values, beliefs, and skills for collaboration are built during professional studies and furthermore are known to ground practice in health care (cf. CHNAC 2003), the results of this research might in this perspective only imply the most optimistic opportunities of public health nurses' role in physical activity promotion today.

Furthermore, the recent governmental principles in Finland (Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista 2008; Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämissinjoista 2008, 10, 18) stress the importance of developing the training of health professionals to meet the needs of physical activity promotion within their daily routines with clients. The criteria for training in health promotion in general have been set by the Finnish Ministry of Education (OPM 2006). However, specific content areas like physical activity are not included in these criteria. Therefore, developmental actions are warranted in the curricula of nursing training, particularly in public health nursing.

The above-mentioned governmental principles emphasize particularly the role of child health clinics in promoting healthy lifestyles in children, as in paying attention to motor skills developed through physical activity. In the focus groups of this study, public health nurses approached the importance of physical activity from various dimensions. Those dimensions reflected international and national strategies for health promotion and health care (Ottawa Charter 1986; STM 2004b). Moreover, physical abilities and motor skills were focused on in every frame. However, according to nurses' self-reports, multidimensional approaches did not explicitly turn into reality in daily routines with every child



and every family. Rural nurses seemed to have good opportunities for individual promotion thanks to their specific knowledge of the clients. Koponen & Kalkas (1997) have published this kind of evidence earlier within the context of health promotion in general.

The important role of nurses in assessment of motor development and fundamental motor skills and the strengths in its implementation might be consequences of proper guidelines in assessment and obligations for systematic documentation. Finnish guidelines emphasize the importance of individual motor development and rudimentary or fundamental motor skills as a basis for healthy growth and development of children from early infancy onwards. On the one hand, the guidelines emphasize the importance of detecting delayed motor development for early interventions. (STM 2004a.) On the other hand, specific screening tools have been developed (Valtonen et al. 2004b) and are in good use all over Finland (Rimpelä et al. 2006). Furthermore, the importance of assessment is evidently going to be strengthened by new demands for national health screening (Mäki et al. 2008). That might also include physical activity of the child and of the family. Therefore, new assessment tools concerning the physical activity of the child and of the family (cf. Pender 1996, 135-138) should be developed.

However, nurses' role in the activation and support of physical activity of the child or that of the whole family is not evident for everyone. The nurses often only addressed physical activity as a reaction to obesity or other health concerns of the child or the family. This might be due to lack of existing guidelines for activation and support, due to absence of training or due to lack of time. With limited time resources and fewer skills it may be easier to address more obvious issues. However, inspirational physical activity promotion, taking into account individual interests, strengths and resources, in addition to encouragement, should be directed at every child and every family. The need for promoting physical activity for the whole family has been stated in international (WHO 1999, 21-26, 88-89) and national guidelines (Government resolution 2002). Activation and support could also be developed by adding physical activity aspects to the existing battery aimed at evaluating family resources.

The need to provide evidence of best practice particularly in physical activity promotion actions in various countries with active physical activity policy has been stated (Bauman & Craig 2005). This research shed some light on the important role of public health nurses in physical activity promotion as part of total child and family health care in Finland. Further research and development actions are warranted in nursing practice and in nursing training to help future health professionals meet the growing needs of physical activity promotion of young children and their families.

## LÄHTEET

- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.
- Baggens, C. A. L. 2004. The institution enters the family home: home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. *Journal of Community Health Nursing* 21(1), 15-27.
- Bangkok Charter. 2005. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. 2005. 6<sup>th</sup> global conference on health promotion, Bangkok, Thailand. August 2005.
- Bauman, A. & Craig, C. L. 2005. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity [Commentary]. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2, 10. URL (consulted 8 March 2009): <http://www.ijbnpa.org/content/2/1/10>
- Besner, J. 2004. Nurses' role in advancing primary health care: a call to action. *Primary Health Care Research and Development* 5, 351-358.
- Blair, M. 2000. Public health: taking a population perspective on child health. *Archives of Disease in Childhood* 83 (1), 7-9.
- Canadian Paediatric Society. 2002. Healthy active living for children and youth [Position statement, HAL 02-02]. *Paediatrics and Child Health* 7(5), 339-345.
- Cavill, N., Foster, C., Oja, P. & Martin, B. W. 2006a. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion & Education* 13(2), 104-111.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (Eds.) 2006b. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- CHNAC [Community Health Nurses' Association of Canada]. 2003. Canadian community health nursing standards of practice. Ottawa: Community Health Nurses' Association of Canada.
- Cookfair, J. M. & Jones, K. 1996. Health care delivery systems. In J. M. Cookfair (Ed.) *Nursing care in the community*. (2nd ed.) St. Louis, MO: Mosby, 65-84.
- Decisions adopted jointly by the European Parliament and the council. 2007. Decision No. 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). *Official Journal of the European Union*, 20.11.2007.
- Denzin, N. K. 1994. The art and politics of interpretation. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 500-515.
- Department of Health. 2004. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. Report from the Chief Medical Officer, URL (consulted 7 March 2009):

- [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4080981.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4080981.pdf)
- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A. & Meloni, S. 2006. Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 159-168.
- Duffy, M. E., Vehviläinen-Julkunen, K., Huber, D. & Varjoranta, P. 1998. Family nursing practice in public health: Finland and Utah. *Public Health Nursing* 15(4), 281-287.
- Duggleby, W. 2005. What about focus group interaction data? *Qualitative Health Research* 15, 832-840.
- Dwyer J. J. M., Hansen, B., Barrera, M., Allison, K., Ceolin-Celestini, S., Koenig, D., Young, D., Good, M. & Rees, T. 2003. Maximizing children's physical activity: an evaluability assessment to plan a community-based, multi-strategy approach in an ethno-racially and socio-economically diverse city. *Health Promotion International* 18(3), 199-208.
- Edwards, P. & Tsouros, A. 2006. Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ellefsen, B. 2001. Changes in health visitors' work. *Journal of Advanced Nursing* 34(3), 346-355.
- European Commission. 2007. Healthier together in the European Union. Health and consumer protection. Brussels: Directorate-General, European Communities.
- European Public Health Association. 2005. 10 statements on the future of public health in Europe. report 2004-1, URL (consulted 6 March 2009): [http://www.eupha.org/documents/publications/eupha\\_10\\_statements.pdf](http://www.eupha.org/documents/publications/eupha_10_statements.pdf)
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. *Terveyden edistämisen opas [Promoting health - a practical guide]*. Suomentaja P. Ovaska-Romano. Keuruu: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Flynn, M. A. T., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C. & Tough, S. C. 2006. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity reviews* 7 (Suppl. 1), 7-66.
- Fogelholm, M. 2005. Lapset ja nuoret. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 159-170.
- Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. (toim.) 2007. *Liikunta - hyvinvointipoliittinen mahdollisuus*. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Helsinki.
- Fontana, A. & Frey, J. H. 2000. The interview. From structured questions to negotiated text. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage, 645-672.

- Forbes, A., While, A., Ullman, R. & Murgatroyd, B. 2007. The contribution of nurses to child health and child health services: findings of a scoping exercise. *Journal of Child Health Care* 11(3): 231-247.
- Färkkilä, N., Kahiluoto, T. & Kivistö, M. 2006. Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:16. Helsinki.
- Gallahue, D. L. & Ozmun, J. C. 2002. *Understanding motor development: infants, children, adolescents, adults*. (5th ed.) Dubuque, IA: McGraw-Hill.
- Gissler, M. 1999. Administrative registers in health research – A cohort study of Finnish children born in 1987. Stakes. Research report 97. Jyväskylä.
- Goffman, E. 1974. *Frame analysis. An essay on the organization of experience*. Boston, MA: Northeastern University.
- Government resolution. 2002. Government resolution on policies to develop health-enhancing physical activity in Finland. 2002, April 18. Ministry of Social Affairs and Health.
- Gunner, K. B., Atkinson, P. M., Nichols, J. & Eissa, M. A. 2005. Health promotion strategies to encourage physical activity in infants, toddlers, and preschoolers. *Journal of Pediatric Health Care* 19, 253-258.
- Haanpää, E-L. 2008. Ryhmäneuvoloista hyviä kokemuksia. *Porin kaupungin henkilöstölehti Karhunpalvelus* 2, 5.
- Hakulinen, T. 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis* 585.
- Hakulinen, T. & Pelkonen, M. 2002. Lapsiperheen arjen voimavarojen tunnistaminen. *Sairaanhoitaja* 75(5), 15-17.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21/2008. Helsinki.
- Halme, T. 2008. Fyysismotorinen suorituskyky ja sitä selittävät tekijät 3-8-vuotiailla lapsilla. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja* 207. Jyväskylä.
- Hanafin, S., Houston, A. M. & Cowley, S. 2002. Vertical equity in service provision: a model for the Irish public health nursing service. *Journal of Advanced Nursing* 39(1), 68-76.
- Harmon Hanson, S. M. 2005. Family health care nursing: an introduction. In S. M. Harmon Hanson, V. Gedaly-Duff & J. Rowe Kaakinen (Eds.) *Family health nursing: theory, practice, and research*. (3rd ed.) Philadelphia, PA: F. A. Davis, 3-37.
- Hassmiller, S. B. 2000. Public health and primary health care systems and health care transformation. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.) *Community & public health nursing*. (5th ed.) New York: Mosby, 42-59.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Tammi.

- Huberman, A. M. & Miles, M. B. 1994. Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 428-444.
- Hyden, L-D. & Baggens, C. 2004. Joint working relationships: Children, parents and child healthcare nurses at work. *Communication & Medicine* 1(1): 71-83.
- Iivonen, S. 2008. Early Steps -liikuntaohjelman yhteydet 4-5 -vuotiaiden päiväkotilasten motoristen perustaitojen kehitykseen. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 131.
- International Obesity Task Force. 2005, March. EU Platform Briefing Paper. URL (consulted 6 March 2009): <http://www.iotf.org/media/euobesity3.pdf>
- IUHPE. 2008. 8<sup>th</sup> European conference on health promotion and education. Turin. Italy. 9-13 September. URL (consulted 7 March 2009): <http://www.hp08torino.org/eng/argomenti.htm>
- Jaroma, A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet.
- Javanainen, T. 2000. Terveyttä edistävä liikunta sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa. *Terveydenhoitaja*, 33(5), 18-21.
- Javanainen, T. 2001. Mitä liikuntakoulutus antaa terveydenhuollon ammattilaiselle? KKI-katselmus. 17-18.5.2001. Järjestäjinä Lounais-Suomen Liikunta ja Urheilu ry, Porin kaupunki, KKI-ohjelma ja LIKES-tutkimuskeskus.
- Kahlmeier, S., Racioppi, F. & Martin, B. W. January 2007. HEPA Europe's contributions to healthy living and Move for Health in the European region [Feature]. Bulletin No. 49: Healthy Living Move for Health. International Council of Sport Science and Physical Education.
- Kalnins, I. 2002. Latvian community nurses practising in a time of turmoil: a thin line of defence for children at risk. *International Nursing Review* 49, 111-121.
- Kangaspunta, R., Kilkku, N., Punamäki, R. & Kaltiala-Heino, R. 2004. Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena. Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola -projektista. *Suomen Lääkärilehti* 59(38): 3521-3525.
- Kansanterveyslaki 1972. 66/28.1.1972.
- Karvonen, S., Rimpelä, M. & Luopa, P. 2003. Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa: Peruseräraportti 2000-2002. *Stakesin tutkimuksia* 131.
- Kearney, M. H. 2001. Levels and application of qualitative research evidence. *Research in Nursing and Health* 24, 145-153.
- Kitzinger, J. 1994. The methodology of focus group interviews: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 16, 103-121.

- Koivusilta, L. K., Rimpelä, A. H., Rimpelä, M. & Vikat, A. 2001. Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Education Research* 16(2), 201-214.
- Koponen, P. 1997. Public health nursing in primary health care based on the population responsibility principle. *Acta Universitatis Tamperensis* 581.
- Koponen, P. & Kalkas, H. 1997. Practice patterns of Finnish public health nurses. *International Journal of Nursing Practice* 3, 97-104.
- Koponen, P., Oksanen, H., Perttilä, K. & Aro, S. 1996. Population views on access to community nursing services in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 24, 727-735.
- Koskenkorva, J. & Lahti-Koski, M. 2006. Neuvokas perhe – Apua neuvoloiden liikunta- ja ravitsemusohjaukseen. *Bolus* 4, 20-21.
- Krueger, R. A. 1988. Focus groups. A practical guide for applied research. Newbury Park, CA: Sage.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. 2000. Focus groups: a practical guide for applied research. (3rd ed.) London: Sage.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- Käypä hoito –suositus. 2005. Lasten lihavuus. *Duodecim* 18, 2016-2024.
- Laakso, L., Nupponen, H., Rimpelä, A. & Telama, R. 2006. Suomalaisten nuorten liikunta-aktiivisuus. Katsaus nykytilaan, trendeihin ja ennusteisiin. *Liikunta & Tiede* 43(1), 4-13.
- Laasonen, K. 2005. Lasten motoristen taitojen arviointi. Teoksessa P. Rintala, T. Ahonen, M. Cantell & A. Nissinen (toim.) *Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin*. Keuruu: PS-kustannus, 197-216.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveystieteiden tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Helsinki.
- Laitakari, J. & Miilunpalo, S. 1998. How can physical activity be changed – Basic concepts and general principles in the promotion of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling* 33, 47-59.
- Laki kunnallisista terveystieteistä 220/1944.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005. 928/25.11.2005.
- Lalonde report. 1974. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada.
- Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007-2011. 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus. Opetusministeriö.
- Liikuntatutkimus 2005-2006. 2006. Lapset ja nuoret. Suomen Liikunta ja Urheilu. Julkaisusarja 4/06.
- Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakoulu-opiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 90.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P. & Sjögren, A. 2001. The development of reflective learning in the context of health promotion during nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 34, 648-658.

- Lindholm, M. 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 19-25.
- Litva, A. & Jacoby, A. 2007. Qualitative research: critical appraisal. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds.) The evidence-based practice manual for nurses. (2nd ed.) Edinburgh: Elsevier, 154-183.
- Lobo, M. L. 2005. Descriptive research is the bench science of nursing [Editorial]. *Western Journal of Nursing Research* 27(1), 5-6.
- Lohiniva, V. 1999. Terveystenhoitajan työ ja kvaifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. Medica D 509.
- Lääkintöhallitus. 1991. Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Malina, R. M. 2001. Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood. *American Journal of Human Biology* 13(2), 162-172.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J. & Vuori, I. 1995. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. *Patient Education and Counseling* 25 (3), 317-328.
- Morgan, D. L. 1997. Focus groups as qualitative research. (2nd ed.) Newbury Park, CA: Sage.
- Morse, J. M. 2004. The complexities of health promotion [Editorial]. *Qualitative Health Research* 14(1), 3-4.
- Mäki, P., Laatikainen, T., Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T., LATE-työryhmä. 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen - LATE-hanke. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B28/2008. Helsinki.
- NASPE. [National Association for Sport and Physical Education]. 2002. Active Start: A statement of physical activity guidelines for children birth to five years. New York: AAHPERD.
- Numminen, P. 1995. Alle kouluikäisten lasten havaintomotorisia ja motorisia perustaitoja mittaavan APM-testistön käsikirja. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 98.
- Numminen, P. 2000. Millainen merkitys liikunnalla on varhaislapsuudessa? Teoksessa Mari Miettinen (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi - miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Jyväskylä, 49-53.
- Numminen, P. 2005. Avaa ovi lapsen maailmaan. Tampere: Pilot-kustannus.
- OPM. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- OPM. 2008. Liikkuva ja hyvinvoiva Suomi 2010-luvulla. Ehdotus kansalliseksi liikuntaohjelmaksi julkisen ohjauksen näkökulmasta. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:14.

- Ottawa Charter. 1986. The Ottawa Charter for health promotion. Adopted at the international conference of health promotion. Ottawa, Ontario, Canada. November 17-21.
- Paavilainen, E. 2002. Lastenneuvolat lasten ja perheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa T. Koivisto, S. Muurinen, A. Peiponen & E. Rajalahti (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen*. Helsinki: Tammi, 53-61.
- Palsio, M. 2002. Vaikeavammaiset lapset. Teoksessa E. Mälkiä & P. Rintala (toim.) *Uusi erityisliikunta. Liikunnan sovellukset erityisryhmille*. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 154. Helsinki, 146-157.
- Patrick, K., Spear, B., Holt, K. & Sofka, D. (Eds.) 2001. *Bright futures in practice: physical activity*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Patton, M. Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. (2nd ed.) Newbury Park, CA: Sage.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa: Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: WSOY, 14-24.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14,5, 202-212.
- Pelkonen, M., Hakulinen, T. & Perälä, M-L. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: analyysi Suomessa vuosina 1990-2003 tehdyistä tutkimuksista. *Hoitotiede* 17, 43-53.
- Pelkonen, M. & Löthman-Kilpeläinen, L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2000: 10. Helsinki.
- Pender, N. J. 1996. *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed.) Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. *Stakes. Tutkimuksia* 103. Helsinki.
- Perälä, M-L. & Ponkala, O. (toim.) 1999. *Tietoa ja taitoa terveysalalle. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja*, 8. Helsinki.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Sjögren, A. 2000. Health promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland. *Nurse Education Today* 20, 629-637.
- Puroila, A-M. 2002. Kohtaamisia päiväkotiarjessa - kehysanalyttinen näkökulma varhaiskasvatukseen. *Acta Universitatis Ouluensis E* 51.
- Puuska, H-M. & Miettinen, M. 2008. *Julkaisukäytännöt eri tieteenaloilla. Opetusministeriön julkaisuja* 2008:33.
- Pönkkö, A. 1999. Vanhemmat ja lastentarhanopettajat päiväkotilasten minäkäsityksen tukena. *Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health* 62.



- Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9.
- Rautio, M. 2006. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveystieteiden osastolla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:49. Helsinki.
- Resolution WHA 57.17. 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Copenhagen: World Health Organization. URL (consulted 6 March 2009):  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
- Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. 2003. Child health indicators for Europe. A priority for a caring society. *European Journal of Public Health* 13(suppl. 3), 38-46.
- Rimpelä, M. 2005a. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1. Käsitteitä ja lakeja. *Suomen Lääkärilehti* 60(44), 4523-26.
- Rimpelä, M. 2005b. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. *Suomen Lääkärilehti* 60(45), 4651-55.
- Rimpelä, M. 2006. Terveydenedistämistä ja sen rakentuminen. Tulevaisuuden hyvinvointipalvelut – yhteistyöohjelman avajaisseminaari. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tampere 14.12.2006.
- Rimpelä, M. 2007. Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena: Ideasta toteutukseen. Stakes. Tiedosta hyvinvointia. Tulostettu 7 maaliskuuta 2009  
[http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/84D6E4FF-7522-4B5C-B5FA-2A74E7FC8087/0/Hyvinvointineuvolalapsiperheidentukena\\_final.pdf](http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/84D6E4FF-7522-4B5C-B5FA-2A74E7FC8087/0/Hyvinvointineuvolalapsiperheidentukena_final.pdf)
- Rimpelä, M. 2009. Yhteistyössä on voimaa. Nuori Suomi. Päivähoito liikkeellä – lehti.
- Rimpelä, M., Rigoff, A-M., Wiss, K. & Hakulinen-Viitanen, T. 2006. Seulontatutkimukset 3-7 -vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Stakes. Työpapereita 17. Helsinki.
- Rintala, P., Ahonen, T. & Cantell, M. 2002. Motorinen kehitys ja erilaiset häiriöt. Teoksessa E. Mälkiä & P. Rintala (toim.) Uusi erityisliikunta. Liikunnan sovellukset erityisryhmille. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 154. Helsinki, 142-145.
- Robertson, C. 1991. Health visiting in practice. (2nd ed.) London: Churchill Livingstone.
- Sallis, J. F., Bauman, A. & Pratt, M. 1998. Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine* 15, 379-397.
- Sallis, J. F., Patrick, K., Frank, E., Pratt, M., Wechsler, H. & Galuska, D. A. 2000. Interventions in health care settings to promote healthful eating and physical activity in children and adolescents. *Preventive Medicine* 31(2), 112-120.
- Salpa, P. 2007. Lapsen liikkumisen kehitys. Ensimmäinen ikävuosi. Helsinki: Tammi.

- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005. Helsinki.
- Seedhouse, D. 2000. Health promotion. Philosophy, prejudice and practice. (2nd ed.) New York: Wiley.
- Segercrantz, T. 2006. Terveysliikunnan ammatillisen opetuksen kehittäminen ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja yliopistokoulutuksessa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2006. Helsinki.
- Sihvola, S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 751.
- Silverman, D. 2001. Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. (2nd ed.) London: Sage.
- Simell, O. & Simell, T. 1997. Neuvola terveyskasvattajana. Teoksessa O. Simell (toim.) Neuvolakirja. (5. painos) Vammala: Orion, 12-27.
- Simoila, R. 1994. Terveydenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Stakesin tutkimuksia 48. Helsinki.
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J., Brommels, M. & Suominen, S. 2009. Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 37(1), 4-12.
- Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132.
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. 2006. WHO Health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International* 21(4), 340-345.
- Smith, M. A. 2004. Health visiting: the public health role. *Journal of Advanced Nursing* 45(1), 17-25.
- Socialstyrelsen. 1991. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sourtzi, P., Nolan, P. & Andrews, R. 1996. Evaluation of health promotion activities in community nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1214-1223.
- Spradley, B. W. & Allender, J. A. 1996. Community health nursing: concepts and practice. (4th ed.) New York: Lippincott.
- Stigman, S., Rintala, P., Kukkonen-Harjula, K., Kujala, U., Rinne, M. & Fogelholm, M. 2008. Eight-year-old children with high cardiorespiratory fitness have lower overall and abdominal fatness. *International Journal of Pediatric Obesity*, June 26, 1-9.
- Ståhl, T., Kannas, L. & Perttilä, K. 2001. Mitä päättäjät ymmärtävät terveystieteillä? Analyysi terveystieteiden jäsentymisestä. *Liikunta & Tiede* 38(2), 44-51.

- STM. 1998. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:27.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- STM. 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14.
- STM. 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13.
- STM. 2006. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.
- STM. 2008a. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmämuistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37.
- STM. 2008b. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:14.
- Sääkslahti, A. 2005. Liikuntaintervention vaikutus 3-7-vuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja motorisiin taitoihin sekä fyysisen aktiivisuuden yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 104.
- Tammelin, T. 2003. Physical activity from adolescence to adulthood and health-related fitness at age 31. Cross-sectional and longitudinal analyses of the Northern Finland birth cohort of 1966. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica D* 771.
- Tarkka, M-T., Lehti, K., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2002. First-time mothers' expectations of public health nurses in Finland. *Primary Health Care Research and Development* 3, 96-104.
- Taskinen, S. 2007. Katsaus lasten ja nuorten palvelujen kehitykseen. Teoksessa M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 13-28.
- Telama, R., Välimäki, I., Nupponen, H., Numminen, P., Sääkslahti, A. & Raitakari, O. 2001. Suomalaisten lasten ja nuorten liikunta tänään. *Duodecim* 117: 1382-1388.
- Terho, A. 1988. Lastenneuvolat ja kouluterveydenhuolto. Teoksessa Tuula Tamminen (toim.) Perusterveydenhuolto. Porvoo: WSOY, 75-84.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma.
- Tilastokeskus. 2007a. Perheet 2006. Suomen virallinen tilasto. Helsinki. Multiprint.
- Tilastokeskus. 2007b. PX-Web-tietokannat. Tulostettu 10.3.2009 ([http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/perh/perh\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/perh/perh_fi.asp) )
- Tilastokeskus. 2007c. Suomen tilastollinen vuosikirja 2007. Helsinki: Tilastokeskus.

- Tones, K. & Green, J. 2004. Health promotion. Planning and strategies. London: Sage.
- Tones, K. & Tilford, S. 2001. Health promotion: effectiveness, efficiency and equity. (3rd ed.) London: Nelson Thornes.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- USDHHS. 1999. Promoting physical activity. A guide to community action. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista. 11.12.2008.
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10.
- Valtonen, R. 2009. Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4-6 -vuotiailla sekä ongelmien yhteys koulusuoritukseen. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 357.
- Valtonen, R., Ahonen, T. & Lyytinen, P. 2004a. Lapsen kehityksen seuranta neuvolassa Lene-menetelmällä. Suomen Lääkärilehti 59(38), 3485-3489.
- Valtonen, R., Ahonen, T., Lyytinen, P. & Lyytinen, H. 2004b. Co-occurrence of developmental delays in a screening study of 4-year-old Finnish children. *Developmental Medicine & Child Neurology* 46(7), 436-443.
- Valtonen, R., Mustonen, K., Lyytinen, P. & Ahonen, T. 2007. Lene-arvio apuna 1. luokalla ilmenevien oppimisvaikeuksien ennakoinnissa. Suomen Lääkärilehti 62(4), 275-281.
- Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2005:17. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Nursing in child health care: Maintaining awareness of the child's development and care. Publications of the University of Kuopio. Social Sciences. Original Reports 3/1990.
- Viholainen, H. 2006. Suvussa esiintyvän lukemisasikeusriskin yhteys motoriseen ja kielelliseen kehitykseen. Tallaako lapsi kielensä päälle? Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 282.
- Viitala, R. 2007. Perhekeskus - lapsi- ja perhepalvelujen uusi tapa toimia. Teoksessa M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 44-54.
- Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 212.
- Viljanen, K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Perhe hoitotyössä. Porvoo: WSOY, 290-306.

- Vuolle, P. 2000. Liikunnan merkitys rakentuu elämänkaarella. Teoksessa M. Miettinen (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi – miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Jyväskylä, 23-46.
- Vuori, I., Lankenau, B. & Pratt, M. 2004. Physical activity policy and program development: The experience in Finland. *Public Health Reports* 119, 331-345.
- Webb, C. & Kevern, J. 2001. Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 33(6), 798-805.
- Wegloop, M. V. & Spliid, L. 2008. Leikitä vauvaa. Liikuntaleikkejä 0-12 kuukauden ikäisille [Leg med din baby 0-12 månader]. Suomentaja P. Kivelä. Helsinki: WSOY.
- WHO. 1978. Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September.
- WHO. 1999. Health 21: Health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization Technical report Series 916. Geneva.
- WHO. 2005. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL (consulted 6 March 2009):  
<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>
- WHO. 2007. Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## LIITE 1

### *Ryhmäkeskustelujen käytännön järjestelyt*

Tilojen varaukset ja järjestelyt tutkija hoiti hyvissä ajoin. Maaseuturyhmien toteuttamispaikat olivat tutkijalle uusia. Puhelimitse piti selvittää ryhmäkeskustelutilan järjestelymahdollisuudet ja mahdolliset häiriötekijät. Yli tunti ennen ryhmäkeskustelun alkua tutkija saapui paikalle suorittamaan lopullisia järjestelyjä. Huone tuuletettiin, pöydät järjestettiin mahdollisimman neliömäiseen muotoon (Morgan 1997, 55) niin, että kaikille osallistujille tuli oma henkilökohtainen tila ja katsekontaktimahdollisuus. Kahdelle pienelle haastattelunauhurille katsottiin parhaat mahdolliset äänityssuunnat jokaisen osallistujan äänen tavoittamiseksi. Erityisen tärkeää oli harkita tutkijan oma paikka keskustelun ylläpitäjänä. Tutkijan tuli voida seurata kaikkien tasapuolista osallistumista ja nähdä keskustelijoiden ilmeet ja eleet. Huomioiden perusteella tutkija pystyi aktivoimaan hiljaimpiakin keskusteluun ja suunnata kysymyksiä heille. (Morgan 1997, 54-58.) Henkilökohtaisuutta lisäsi se, että jokaisen edessä oli nimilappu. Sen perusteella tutkija saattoi puhutella osallistujia etunimeltä. Jos ryhmässä oli työntekijöitä samasta lastenneuvolan toimipisteestä, järjesti tutkija istumapaikat kauemmas toisistaan, jos se oli mahdollista. Jos tutkija pystyi toteamaan osallistujan puhe-  
liaisuuden jo ennen varsinaista tutkimustilannetta, sijoitettiin kyseinen henkilö istumaan tutkijan läheisyyteen. Fläppitaulu sijaitsi tutkijan tuolin takana. Siihen oli kirjoitettu aukeama kerrallaan tarkentavan vaiheen keskustelun teemat. Ne paljastettiin yksi kerrallaan muistin virkistämiseksi.

Tekninen avustaja hoiti järjestelyt muissa kuin maaseuturyhmissä. Paikallaan pysyvälle kameralle haettiin sopivin mahdollinen paikka. Avustaja istui huomaamattomasti vaatenaulakon takana. Vaatenaulakon avulla tila oli jaettu osiin. Suuri viherkasvi siirrettiin oppilaitoksen käytävästä muuttamaan tilan tunnelmaa viihtyisämmäksi. Seinän vierustalle oli aseteltu voileivät ja juotavat välipalaksi keskustelun alkuun ja vaiheiden välissä olevaa jaloittelutaukoa varten. Aloitusvaiheessa osallistujat täyttivät taustatietolomakkeen. Ryhmäkeskustelun alkaessa tutkija vielä kertasi videoinnin merkityksen litteroinnin helpottamiseksi, vaikka asia oli jo puhelimestakin kerrottu. Kaikki osallistujat olivat tietoisia videoinnin merkityksestä ja olivat suostuneet siihen.



LIITEKUVA 1 Ryhmäkeskustelun fyysiset järjestelyt

## LIITE 2

### LIITETAULUKKO 1 Esimerkkejä liikunnanedistämismainintojen luokittelusta

Pääkategoria	Alakategoria	Esimerkkejä maininnoista:
1. <i>Lapsen</i> liikunta- valmiuksien arviointi	1.1 Motorisen kehityksen arviointi	- Ja just aika pitkälti sen arvioimiseksi ni mää tota yleensä otan aina lapsen syliini ihan joka käynnillä sillo sillo tota vauvaiässä iha, et niinko arvioi sitä miltä se laps tuntuu käsissä, siit se oikeastaan lähtee. - Ja tarkastuksissahan tulee aina näitä liikunnallisii valmiuksiaahan käydään eri vaiheissa läpi. Tosi et koska ryömii ja konttaa. Koska istuu ja nousee pystyyn? Kävelee ja juoksee ja potkii palloa ja kiipelee. - Yhdellä jalalla hyppely ja siitä nähdään sitä tasapainoo...ett tavallaan arvioidaan, että nyt tämän ikäsen lapsen ehkä olis jo hyvä osata tämäki asia, ennenkun hänen on mahdollista hänen niinku pyörälläkään esimerkiks osata ilman apupyöriä ajaa.
	1.2 Liikuntataitojen arviointi	- Ja leikki-ikäsen kanssa jutellaan...Kysytään tästä pyöräilystä, että kuinka se sujuu? Ja osaaks sää ajaa ilman apupyöriä? - Kysytään [hiihtäminen/luistelu] kuusvuotiaana ainakin ihan luettelon mukaan niin. Siellä viimeistään kysytään.
2. <i>Lapsen</i> fyysisen aktiivisuuden arviointi	2.1 Ulkoilun ja leikin määrän ja laadun arviointi	- ...ko kysyy vähän niin päin et niinko lapseltaki itseltää. Ko o ensin kavereita, et mitä te siellä ulkon sit leikitte, et mitä ulkon leikitään...
	2.2 Liikuntaharrastusten arviointi	- ...ja pyöräileksää. Ni kyllä ne tulee niinko lapselta kysytyy... - Mun mielest semmoses tapauksess, et jos on lapsella esimerkiks ylipainoa. Ni siinä kohtaa tulee käyty läpi, et onks minkämoinen liikunnallisuus... - ...eli silloin [vammainen tai pitkäaikaissairas lapsi] niiss tarkastuksiss niinku sit kysytään, et mitä teillä niinko kuuluu siihen. Et käyttkö te jossain niinko just uimassa tai eli tällasta kysyy.
3. <i>Perheen</i> fyysisen aktiivisuuden arviointi	3.1 Aktiivisuuden arviointi	- Ni se on - lähtee ja ihan siitä, et ku kysytään, et miten sen perheen päivä menee. Et mitä siellä perheessä tehdään päivän aikana että onko se toimintaa vai onko se istumista ja television kattelua että. - Kyll äidilt ainaki tulee kysytyä, mitä sä harrastat ja. Vähemmän isä...
	3.2 Resurssien arviointi	- Tietysti täytyy ensiks selvittää, että onko lapsel hankittu suksia ja onko hankittu pyörää ja?

jatkuu

Pääkategoria	Alakategoria	Esimerkkejä maininnoista:
4. <i>Lapsen</i> liikuntavalmiuksien aktivointi ja tukeminen	4.1 Liikuntavalmiuksien merkityksen esiinnostaminen puheessa	- Ni kyl määki ainaki paljo just puhu sitä, että se lattia o paljo parempi paikka ko se babysitteri. Et siin pääsee sit harjottelemaa. Siit ei koskaan putoo, putoo eikä tota noi käy haavereit sillai sit sen kanssa. Ja sitte pääsee niinku harjottelee sitä kääntymist ja sitä niinko korostaa aika paljo kyllä - vauvoil just. - Ja sit puhutaan sit et mis iäss sitä ny sit vois jo alkaa harjottelemaa ja koska ottaa apupyörät pois ja kaikenäköst muuta liikuntaa. Sit näät luistelut ja hiihdot ja sun muut.
	4.2 Liikuntavalmiuksia koskeva neuvonta ja ohjaus	- Ja sitte neuvotaan, jos ei vielä 6-7 kuukauden ikänen oikeen o kiinnostunut muuta kuin vaan oleen, niin sitten vaan neuvotaan, että pistetään lattialle ja siinä hän ite niinku lähtee tekemään. Tai pistetään joku virikettä sinne eteenpäin, että se laps niinku ite ite hoksa. - Mut yleensä ain tos ko tekee noita ryhtitarkastuksia ja huom sit tai jotain tämmöstä että huomaa, että on joku tasapaino vähän semmone. Ni siinä voi niinko sitte antaa ihan sitä, että minkätyyppistä liikkumista nyt voi tehdä.
5. <i>Lapsen</i> fyysisen aktiivisuuden aktivointi ja tukeminen	5.1 Fyysisen aktiivisuuden merkityksen esiinnostaminen puheessa	- Ja sit tietysti jo ihan siit ihan ensikäynnellä ko ne käy neuvolassa, ni siinähän puhutaan täst ulkoiluttamisesta. - ...Tosiaan niitä uimakoulujuuttui...ja sit yritetään muistuttaa alueen lapsille ja tai vanhemmille sit, et nyt alkais taas...
	5.2 Fyysistä aktiivisuutta koskeva neuvonta ja ohjaus	- Se sit taas, kun on on koton olevii leikki-ikäsi, jotka sit syö huonosti ni jo siitäkin ain niinko...tulee neuvottuu sit, et täytys oll ulkona paljon ja ulkoiltuu, ni taas ruokakin maistus paremmin. - Mul tulee mieleen ylipainoset. Et ko o ylipainosii, ni mää ainakin kehotan lisäämään sitä liikuntaa. Ja keksimään jotain kivaa liikunnallist harrastust.
	5.3 Fyysistä aktiivisuutta koskeva positiivinen palaute	-...että jos tota tietää ja tuntee perheen, ett viedään lasta ja harrastetaan liikuntaa, ni tulee tosi usein sanottua, ett se on tosi hienoa, että viittitte lapsen kanssa tehdä näin!
6. <i>Perheen</i> fyysisen aktiivisuuden aktivointi ja tukeminen	6.1 Fyysisen aktiivisuuden merkityksen esiinnostaminen puheessa	- Ni tota noi sitäki, sitä sit ain joutuu ottaa puheeksi tietysti et, että tota lähdettä yhdess ulos.
	6.2 Fyysistä aktiivisuutta koskeva neuvonta ja ohjaus	- Kyll mää ainakin mont kertaa ota niinko perheen semmonen yhteinen joku harrastus. Et perhe menee esimerkiks yhtenä päivänä viikos koko perhe uimaan. Ja pienet lapset ko on ni vanhemmat voi vuorotella ja käydä uimas. Et se olis semmone semmone joku yks juttu, perheen yhteinen.
	6.3 Fyysistä aktiivisuutta koskeva positiivinen palaute	-Kyll mä ainakin yritän kannustaa, koska tämmäset äitilapsjumpatkin niin, se on sitä äidin ja lapsen yhdessäoloo kuitenkin lisään.



### LIITE 3

LIITETAULUKKO 2 Esimerkki liikunnanedistämisen mahdollistajia käsittelevien mainintojen (N=28) pelkistämisestä ja luokittamisesta alakategorioihin *Terveydenhoitajan ominaisuudet* yläkategorian osalta

Alkuperäiset maininnat	Pelkistetty sisältö	Alakategoria
"Mut muutenha terveydenhoitajall on siis kaikki mahdollisuudet... Ja niin paljon ko terveydenhoitajal itellä riittää tietoo ja taitoo, ni voi tota tehä ja kertoo."	-Th:n tieto ja taito	Th:n valmiudet ja työkokemus
"Mut sit taas toisaalta, jos on tämmöst kehityksen viivästymää. Ni tota, kyllähän ne sitte niinku siinä aika helposti huomaa, ko kerran kattoo paljon lapsii."	-Th:n työkokemus	
"Eli se on niinko vaan siitä, mitä sää lehdest satut näkeen ja leikkaat ylös sitte... et se on vaan itte omasta terveydenhoitajan aktiivisuudesta."	-Th:n aktiivisuus kerätä tietoa lehdistä	Th:n aktiivisuus tiedonhaussa ja tieto liikuntapalveluista
"...että tota netti on tuonut mahdollisuudet. Ja vieny näit rajoja pois. Mutta tietysti se vaatii sitä aktiivisuutta, että käy katsomassa sivuja."	-Th:n aktiivisuus hakea tietoa netistä	
"...se tietysti riippuu meist itestä, et millai me ollaa omaksuttu tää liikunnallinen elämäntapa... Terveydenhoitajatki o erilaisii, et ei ne niinko sit koe kaikkii asioit nii tärkeeks."	-Th:n liikunnallinen elämäntapa ja arvostus	Th:n liikunta-asenne ja fyysinen aktiivisuus
"Ja kyll se oma terveydenhoitajan asennekin siihen liikkumiseen. Ni kyllä sekin heijastuu varmasti siihen, miten sä käsittelet sitä vanhempien kanssa sitä liikkumista."	-Th:n asenne liikuntaan	
"Nii ja sit se taas heijastuu siihen, millais sää sit ohjaat niitä perheitä. Millai sää ite liikut."	-Th:n oma fyysinen aktiivisuus	
"Ja pienellä paikkakunnalla on se etu, ku hiihtokilpailun tulokset on lehdess ja kaikki maastajuoksu ja kesäkisat. Ni sieltäkin näkee niinko, et ai jaa, ton perheen lapset on ollu tuolla. Ja tietää jo sillai pohjatietoa neuvolakäynnille..."	-Th:n mahdollisuus seurata perheiden fyysistä aktiivisuutta lukemalla paikkakunnan lehtiä	Th:n työskentely asuinpaikkakunnalla
"Ja tota kyllä kyllä täs on jo tullut esille ni kyllä pienellä paikkakunnalla on se etu, että pystytään hyvin seuraamaan, että ketkä liikkuu ja siitä voidaan sitten keskustella ja kannustaa eteenpäin."	-Th:n mahdollisuus seurata perheiden fyysistä aktiivisuutta vapaa-aikana	

LIITETAULUKKO 3 Esimerkki liikunnanedistämisen rajoittajia käsittelevien mainintojen (N=30) pelkistämisestä ja luokittamisesta alakategorioihin *Lastenneuvolatyön luonne* yläkategorian osalta.

Alkuperäiset maininnat	Pelkistetty sisältö	Alakategoria
"Et tarkastukseen ei voi varata niin paljon aikaa et ehtis nää kaikki asiat käymään läpi."	-Käytettävän ajan rajallisuus	Aika- ja materiaaliressurit
"Mut ett ei meil varsinaisesti liikunnast o minkäänäköstä, mitä vois käteen antaa. Et kertoo että, tai niinku materiaalin avulla, ett mitä tän ikäsen kans vois tehdä ja harrastaa ja!"	-Materiaalin puute	
"Et se mikä sen perheen se suurin ongelma ain on, et ko mee pitäs kuitenkin sen mukkaan, mikä on perheen tarpeet. Että jos siellä on tosiaan niinko monesti on kasvatusasiat semmoset, jotka vaatii niinku panostusta. Ni, sillo saattaa sit joku muu asia jäädä."	-Käsiteltävien asioiden monimuotoisuus	Työtehtävien laajuus
"Monesti se 3-4 vuotias jää. Jos kaikki o ollu ihan suht koht ok, ni se jää hiukan semmoselle, ett katotaan et päällisin puolin ihan. Et ei siihen niin hirveesti paneuduta."	-Leikki-ikäisten tarkastusten pintapuolisuus	Vastaanottojen vähäisyys leikki-iässä
"Ni just varmaa o arkoja ehkä että, jos mä ny leimaan tämän tai jotenkin. Et täss tulee joku leimaaminen, että vanhemmat pahastuu täst, jos ne näkee tämän tämmästä. Tai sit että ne kokee tämän että, että täs ois jotakin häikkää."	-Arkuus dokumentoinnissa johtuen lapsen leimaamisen pelosta	Dokumentoinnin ja tiedon siirtymisen puutteellisuus
"Nii-i ja voi olla, että sitteki se jää täyttämäti. Must se on vähän semmone kaavake [perhetieto], et se niinku jää."	-Puutteellinen dokumentointi	
"Et tiedon siirto muualle, et ittekun tietää ne ni aattelee et kyllä mä nää tiedän mut sitte jos hän muuttaaki muualle, ni sielt sit on otettava selvää et ei se välttämättä löydy sielt."	-Puutteellinen tiedon siirtyminen	
"Mikä siin o sit epänormaalia, mistä sen sit ain tietää. Ja mikä on ihan normaalin rajoissa vielä?"	-Vaikeudet motorisen arvioinnin tekemisessä	Vaikeudet motorisen kehityksen arvioinnissa
"Mut edelleenkin se lähettäminen, et kuinka herkästi sillee sit lähetetään eteenpäin. Ni musta se ei o helppoa, et siihen, eikä siit oo sovittu varmaan fysioterapeuttien kanssa et."	-Vaikeudet jatko-ohjauksessa	Epäselvyys jatko-ohjauksessa
"Mut siinäkin on jotenki, mul on ainakin vieläkin se, et mihin mää sit ohjaan sen viisvuotiaan, jos se on vähän kömpelö. Niin mikä sen paikka sitten on?"	-Jatko-ohjauksen epäselvyys: viisi-vuotistarkastuksen yhteydessä	

LIITETAULUKKO 4 Esimerkki kehittämisehdotuksia käsittelevien mainintojen (N=29) pelkistämisestä ja luokittamisesta alakategorioihin *Yhteistyö ja tiedottaminen* yläkategorian osalta

Alkuperäiset maininnat	Pelkistetty sisältö	Alakategoria
"Ja toisaalta toivois, et neuvolaanki tulis sitä materiaalia: tuolta liikuntavirastoista ja naisvoimistelijoista...Että missä toimii vauvajumppaa ja muksujumppaa ja vesijumppaa..."	-Tiedottamisen lisääminen lasten ja perheiden liikunnasta	Tiedottaminen ja palvelutarjonnan koordinointi
"...nyt tuli sitte [kotiin] vapaa-aikavirastosta tämmöne esite. Mut mun mielestä, kyllä se kuulus tull työpaikalle. Ja oll työpaikall saatavilla semmonen ajantasalla oleva opas."	-Lastenneuvolaan kohdistuva tiedottaminen liikuntapalveluista	
"Ja varsinki ku täss ollaan niinku tämmäsen neljän kunnan alueella ja sitten meillä on vielä lisäksi omia naapurikuntia... meidän kunnan väki käy [viereinen kunta] harrastuksissa. Ni niin tätä tiedottamista saisi olla!"	-Liikuntapalveluista tiedottaminen kuntarajojen yli	
"Liikunnan yhdyshenkilö, samoin kuin astma ja diabetes: pitäisi tietonsa ajan tasalla liikunnan suhteen - kaikkien eri ikäryhmien liikunnan, ei vain erityisryhmien - hahmottaa kokonaisuuden yhteistyössä, informois ja innostaisi meitä ja lähettäisi niinko vinkkejä..."	-Liikunnan yhdyshenkilön tarve	
"...Et joku semmone [tempaus], et lapset vois tehdä ja touhuta ja vanhemmat tutustuis esimerkiks just näihi mahdollisuuksii mitä paikkakunnall o. Ja jotain tämmästä, ja he sais varmaan yhteistyöt just seuroista."	-Liikuntapalveluiden markkinointi perheille tapahtumien yhteydessä	Liikunta yhteistyötapahtumiin
"...Ja tota se on just sitä sitte et siinä niinko yhdistetään voimat just. Että on tämmösiä asioita just, saattaa olla sitte millo mikäki: ruokailust puhuminen tai tai sitte nukkumisest puhuminen. Ja liikunta o yks asia ja mikä voitaa ottaa semmoseks teemaks [päiväkotien vanhempainilloissa]...et sil vois saada suuremma teho..."	-Liikunta yhdeksi teemaksi päiväkotien vanhempainiltoihin	