

**Perheen hyvinvoinnin ja ylisukupolvisuuden yhteys neuvolan  
arvioon nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta**

Marjo Ronkainen

Erityispedagogiikan pro gradu -tutkielma  
Kevätlukukausi 2019  
Kasvatustieteiden ja psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

**Ronkainen, Marjo. 2019. Perheen hyvinvoinnin ja ylisukupolvisuuden yhteys neuvolan arvioon nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta. Erityispedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen ja psykologian laitos. 43 sivua.**

Lapsen hyvinvointi muodostuu suuresti perheen ja vanhempien hyvinvoinnin kautta. Lastenneuvola on yksi merkittävin lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäjä. Tutkimuksessa selvitettiin, onko perheen hyvinvoinnilla ja ylisukupolvisuudella yhteyttä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Tutkimusaineisto on saatu *Nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä terveys, hyvinvointi ja palvelut* -kyselytutkimuksesta (NEVA), joka on osa *Tasa-arvon kysymykset lasten päivähoiton, esiopetuksen ja hoidon tukien järjestelmässä* (CHILDCARE) -hanketta. CHILDCARE -hankkeen on rahoittanut Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvosto (SA293049).

Tutkimusaineistona käytettiin neuvolan arvioita 734 lapsen tuen ja hoidon tarpeesta sekä vanhempien vastauksia (N = 286–335) eri hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Hyvinvointia kuvaavat ulottuvuudet olivat perheen subjektiivinen ja objektiivinen terveydentila, psyykinen kuormittuneisuus, taloudellinen tilanne, vanhempana toimiminen (vanhemman ja lapsen välinen suhde, avun ja tuen saaminen, huolenaiheet), elämän merkityksellisyyden kokemus sekä ylisukupolvinen siirtymä. Aineisto analysoitiin lineaarisella regressioanalyysillä.

Neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta oli yhteydessä vanhemman avun ja tuen saaminen vanhemmuuteen sekä kokemus elämän merkityksellisyydestä. Mitä enemmän vanhempi sai apua ja tukea vanhemmuuteen, sitä vähemmän neuvola arvioi nelivuotiaalla lapsella olevan tuen ja hoidon tarvetta. Samoin mitä enemmän vanhempi koki elämän merkityksellisyyttä, sitä vähemmän neuvola arvioi nelivuotiaalla lapsella olevan tuen ja hoidon tarvetta. Neuvolapalveluiden kehittäminen muun muassa vertaistukiryhmien ja niihin osallistumisen mahdollistaminen eri kanavien kautta voi olla yksi tapa tarjota apua ja tukea niille vanhemmille, joilla ei ole laajaa tukiverkostoa tai jotka eivät koe niin paljon elämän merkityksellisyyttä.

Asiasanat: perhe, hyvinvointi, ylisukupolvisuus, neuvola, tuen ja hoidon tarve

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

<b>1</b>	<b>HYVINVOINNIN ULOTTUVUUDET .....</b>	<b>4</b>
1.1	Elintaso ja terveys .....	7
1.2	Sosiaaliset suhteet ja tuki.....	9
1.3	Itsensä toteuttamisen muodot.....	11
1.4	Ylisukupolvinen siirtymä.....	13
1.5	Tutkimuskysymykset .....	14
<b>2</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>15</b>
2.1	Tutkittavat ja aineiston keruu .....	15
2.2	Tutkimusmenetelmät.....	17
2.2.1	Mittarit ja muuttujat .....	17
2.2.2	Aineiston analyysi .....	21
<b>3</b>	<b>TULOKSET .....</b>	<b>24</b>
3.1	Elintasolla ja terveydellä ei yhteyttä neuvolan arvioon.....	24
3.2	Vanhempänä toimimisen yhteys neuvolan arvioon .....	25
3.3	Elämän merkityksellisyyden yhteys neuvolan arvioon .....	26
3.4	Ylisukupolvisuudella ei yhteyttä neuvolan arvioon.....	26
<b>4</b>	<b>POHDINTA .....</b>	<b>26</b>
4.1	Tulosten tarkastelua.....	27
4.2	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset .....	31
4.3	Jatkotutkimushaasteet .....	32
<b>5</b>	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>LIITTEET .....</b>	<b>43</b>

# 1 HYVINVOINNIN ULOTTUVUUDET

Terveys ja hyvinvointi ovat ihmiselämän tärkeimpiä osa-alueita. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden tarkoittavan täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, ei pelkästään sairauden tai vaivojen puutetta (World Health Organization, 2018). Määritelmä on kuitenkin kiistanalainen, sillä täydellistä hyvinvointia kaikilla osa-alueilla on mahdoton saavuttaa. Terveyden voisi ennemminkin määritellä muuttuvana tilana, johon vaikuttavat sairaudet ja elinympäristö, mutta myös ihmisen oma kokemus ja asenteet. (Huttunen, 2018.)

Samoin hyvinvointia voidaan määritellä, tarkastella ja mitata eri näkökulmista. Suomalainen sosiologi Erik Allardt (1976) jaottelee hyvinvoinnin kolmeen ulottuvuuteen: *having*, *loving* ja *being*. *Having* viittaa elintasoon ja fysiologisiin tarpeisiin, kuten terveyteen, ravitsemukseen, koulutukseen ja työllisyyteen. *Loving* eli yhteisyyssuhteet puolestaan kuvaa ihmissuhteita muiden kanssa. Tähän hyvinvoinnin osa-alueeseen kuuluu, että ihminen saa rakkautta ja hellyyttä, sekä myös antaa niitä muille. *Being* tarkoittaa erilaisia itsensä toteuttamisen muotoja, jotka tekevät ihmisestä persoonan ja yksilön. (Allardt, 1976, 37-49.) Allardt'n teoriassa oleellinen osa on resurssin käsite. Ihmisillä on erilaisia resursseja ja tarpeita. Tyydytetyt tarpeet voivat toimia resursseina, joilla voi tyydyttää muita tarpeita. Tästä Allardt antaa esimerkiksi yksilön, jonka ei jatkuvasti tarvitse kokea nälkää, vaan pystyy sen sijaan keskittymään muiden tarpeiden tyydyttämiseen. (Allardt, 1976, 36.) Hyvinvointi on siis tila, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada tarpeensa tyydytettyä (Allardt, 1976, 23).

Allardt'n teoria hyvinvoinnin ulottuvuuksista on hyvin nykyaikainen siinä mielessä, että se käsittää hyvinvoinnin monien nykyisten määritelmien tapaan moniulotteisena ilmiönä. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee hyvinvoinnin samoin kolmen ulottuvuuden kautta, joita ovat terveys, materiaallinen hyvinvointi sekä koettu hyvinvointi tai elämänlaatu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015). Kolmen hyvinvoinnin ulottuvuuden

mallia on soveltanut myös Keyes (2002), joka määrittelee mielenterveyden ja hyvinvoinnin koostuvan psykologisesta, emotionaalista ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Psykologisen hyvinvoinnin katsotaan koostuvan itsehyväksynnästä, ympäristön hallinnasta, elämän merkityksellisyydestä, myönteisistä suhteista toisten kanssa, henkilökohtaisesta kehityksestä sekä itsemääräytyvyydestä (Ryff & Keyes, 1995). Emotionaalinen hyvinvointi puolestaan käsittää mielialan, elämään tyytyväisyyden sekä onnellisuuden, ja sosiaalinen hyvinvointi koostuu tuotteliaasta toiminnasta, merkityksellisistä ihmissuhteista ja kyvystä mukautua muutoksiin (Keyes, 2002; Kokko ym., 2013). Keyesin malli sopii hyvin kuvaamaan myös suomalaisen aikuisväestön hyvinvointia (Kokko ym., 2013). Korkean hyvinvoinnin ja hyvän mielenterveyden on todettu ennustavan aikuisilla muun muassa vähäisiä terveysrajoitteita päivittäisissä toiminnoissa ja vähemmän työpäivien menetyksiä (Keyes, 2005).

Lapsiperheiden hyvinvointi koostuu muun muassa edellä mainituista asioista, ja vanhemman hyvinvoinnilla on todettu selkeästi olevan yhteys myös lasten hyvinvointiin esimerkiksi taloudellisen tilanteen ja terveystyöskäytymisen kautta. (Lammi-Taskula & Karvonen, 2014, 14). Vanhemman hyvinvointi on siis lapsenkin hyvinvoinnin kannalta tärkeää, sillä tiedetään, että sukupolvelta toiselle siirtyy henkisiä, sosiaalisia, aineellisia ja kulttuurisia elämänhallinnan voimavaroja (R. Paananen & Gissler, 2014, 208). Tiedetään, että suomalaisista lapsiperheistä valtaosa voi hyvin, mutta pieni vähemmistö kärsii vaikeasta pahoinvoinnista. (Lammi-Taskula & Karvonen, 2014, 13).

Suomessa yksi tärkeimmistä lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäjistä on lastenneuvola, jonka yleistavoitteena on kohottaa lasten fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja perheiden hyvinvointia. Neuvolassa pyritään erityisesti huomioimaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja kaventamaan perheiden välisiä terveyseroja. Muita yksilöllisiä tavoitteita ovat muun muassa jokaisen lapsen yksilöllisen huolenpidon varmistaminen, tuki persoonallisuuden kehittymiseen, vanhemman ja lapsen turvallisen kiintymyssuhteen syntyminen sekä vanhempien parisuhteesta ja vanhemmuudesta huolehtiminen siten, että he

pystyvät pitämään huolta lapsestaan ja tukemaan lapsensa kehitystä. Tavoitteita ja tehtäviä on aina yksilötasolta yhteiskunnan tasolle asti. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004b, 16-17.)

Lastenneuvolassa lasten ja perheiden hyvinvointia seurataan laajoissa terveystarkastuksissa, jotka järjestetään, kun lapsi on 4 kk:n, 18 kk:n ja 4 vuoden ikäinen. Laajojen terveystarkastusten pyrkimyksenä on selvittää koko perheen hyvinvointitilanne ja yhteistyössä vahvistaa koko perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia, varhentaan tuen tarpeiden tunnistamista, varmistaa tuen oikea-aikainen antaminen ja järjestäminen sekä tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja kaventaa perheiden terveyseroja. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, 13-14.) Laajan terveystarkastuksen tekevät yhteistyössä aina sekä terveydenhoitaja tai kätilö että lääkäri. Laajaan terveystarkastukseen kutsutaan molemmat lapsen vanhemmat ja sen erottaa pelkästä terveystarkastuksesta se, että se sisältää arvion myös vanhempien hyvinvoinnista. Siihen sisältyy lisäksi arvion pyytäminen varhaiskasvatukselta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009, 33.)

Tässä tutkimuksessa lapsen tilannetta tarkastellaan suhteessa vanhemman hyvinvointiin, jota jäsennetään Allardtin (1976) teorian pohjalta. Tutkimuksessa halutaan selvittää, kuinka perheen hyvinvointiin liittyvät tekijät sekä vanhempien omien kasvuaikeiden kokemukset ovat yhteydessä neuvolan arvioon heidän nelivuotiaiden lastensa tuen ja hoidon tarpeesta. Näkökulma on kiinnostava, kun otetaan huomioon neuvolan tehtävän koko perheen hyvinvoinnin edistäjänä. Lapsen hyvinvoinnin edellytysten katsotaan muodostuvan kotona (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, 32) ja erityisesti perhesuhteilla on yhteys lapsen subjektiiviseen hyvinvointiin (Goswami, 2012). Esimerkiksi aiemmin tehdyn tutkimuksen perusteella tiedetään, että vanhempien terveyskäyttäytyminen, kuten tupakointi ja ruokailutottumukset, on yhteydessä neuvolan terveydenhoitajien huoliin myös lapsen terveydestä (Poutiainen ym., 2016). Tämä tutkimus voi kertoa, missä määrin perheen, erityisesti vanhempien, kokonaisvaltainen hyvinvointi saattaa vaikuttaa neuvolan näkemukseen myös lapsen hyvinvoinnista.

Tutkimuksen ensimmäisessä luvussa käsitellään eri näkökulmia perheen hyvinvointiin Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien teorian kautta sekä esitellään neljäntenä näkökulmana hyvinvoinnin ylisukupolvinen siirtymä. Luvun lopussa esitellään myös tutkimuskysymykset. Toisessa luvussa kuvaillaan tutkimuksen toteuttamista, käytetyt mittarit ja muuttujat sekä aineiston analyysi. Kolmannessa luvussa esitellään saadut tulokset tutkimuskysymyksittäin. Lopuksi vielä pohditaan saatuja tuloksia, tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia sekä jatkotutkimushaasteita.

## 1.1 Elintaso ja terveys

Allardtin (1976) teorian mukaisesti ensimmäinen hyvinvoinnin ulottuvuus *having* käsittää elintason ja terveyteen liittyvät osatekijät. Elintasosta puhuttaessa tarkoitetaan yleisesti sellaisia osatekijöitä, joita jokainen ihminen tarvitsee elääkseen. Osatekijät voivat toimia resursseina toisten hyvinvoinnin osatekijöiden saavuttamisessa, mutta ne ovat arvokkaita myös itsessään. Esimerkiksi tietty tulotaso voidaan nähdä tavoiteltavana päämääränä, mutta myös keinona eli resurssina saavuttaa jotain. (Allardt, 1976, 51.)

Allardt huomauttaa, ettei kuitenkaan ole aivan yksiselitteistä jaotella esimerkiksi koulutusta ja työtä kuuluvaksi tiukasti elintason ulottuvuuteen. Koulutus voidaan nähdä tärkeänä tulojen hankkimisen kannalta, ja siksi olevan elintason yksi osatekijä. Toisaalta kouluttautuminen voi toimia itsensä sivistämisenä, jolloin se voidaan jaotella hyvinvoinnin kolmanteen ulottuvuuteen, itsensä toteuttamisen muodoksi. (Allardt, 1976, 40.) Samoin voidaan päätellä työpaikan toimivan joko elintason tai itsensä toteuttamisen osatekijänä, tai henkilöstä riippuen molempina samaan aikaan.

Allardtin mukaan on selvää, että elintaso ja terveys ovat oleellinen osa ihmisten hyvinvointia. Riittävän elintaso ja terveyden avulla ihminen pystyy täyttämään muita fysiologisia tarpeitaan. Allardt esittelee Abraham Maslown tarvehierarkian, jossa elintaso ja terveys ovat kaiken pohja, jotka jokaisen täytyy täyttää ja vasta sitten ihminen voisi täyttää muita tarpeitaan. (Allardt, 1976, 41.)

Tässä tutkimuksessa Allardtin *having*-ulottuvuuden näkökulmasta elintasoja tarkastellaan erityisesti taloudellisen tilanteen ja terveyden osatekijöiden kautta.

Suomessa terveyden eriarvoistumisen on havaittu kasvaneen, vaikka terveyserojen kaventaminen on ollut terveystoliittinen tavoite jo pitkään ja suomalaisten keskimääräinen terveydentila on viime vuosikymmeninä kohonnut. Terveyden eriarvoisuudella viitataan sosioekonomisten erojen kautta syntyneeseen terveyden epäoikeudenmukaisiin eroihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 22-23.) On huomattu, että työttömät arvioivat terveytensä keskimäärin heikommaksi kuin työssäkäyvät. Samoin on havaittu, että mitä alhaisempi koulutustaso henkilöllä on, sitä alhaisemmaksi hän arvioi oman terveydentilansa. (Palosuo ym., 2007, 67, 71.) Itsearvioidun terveydentilan on todettu ympäri maailman olevan yhteydessä kuolleisuuteen (Demirchyan ym., 2012; Heistaro ym., 2001; Shen ym., 2014), jonka takia olisikin ensiarvoisen tärkeää saada kavennettua terveyden eriarvoistumista.

Työttömyyden ja matalan koulutustason on todettu olevan yhteydessä myös erilaisiin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen ja ahdistuneisuuteen (Suvisaari ym., 2009, 292). On arvioitu, että Suomessa jopa joka neljänneksellä on havaittavissa joitakin mielenterveyden häiriöitä. Vakavammat mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä alempaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvilla ihmisillä, mutta lievempien häiriöiden, kuten stressikokemuksien, yhteys ei ole niin selvä, vaan ne ovat osittain yleisempiä ylempään sosioekonomiseen asemaan kuuluvilla (Palosuo ym., 2007, 94.). On esitetty, että juuri huonompi mielenterveys olisi yhteydessä siihen, että ihminen päätyy työttömäksi (Butterworth ym., 2012). Brittiläisessä tutkimuksessa havaittiin, että työllisestä työttömäksi jääminen ennusti huomattavasti huonompaa psykologista hyvinvointia. Kuitenkaan siirtymä työttömyydestä työllisyyteen ei vastaavasti ennustanut niin vahvasti parempaa psykologista hyvinvointia. (Flint ym., 2013.)

Taloudellinen tilanne ja vanhempien työllisyys voivat olla monin tavoin yhteydessä myös lasten hyvinvointiin. Lapsilla, joiden vanhemmat ovat olleet ainakin kuusi kuukautta työttöminä, on havaittu enemmän erilaisia

psykosomaattisia oireita ja kroonisia sairauksia, sekä heidän on todettu kokevan ylipäänsä matalampaa hyvinvointia kuin lapset, joiden vanhemmista ainakin yksi on ansiotyössä (Pedersen & Madsen, 2002). Lisäksi tiedetään, että heikko taloudellinen tilanne ja köyhyys aiheuttavat vanhemmille stressiä varojen riittämisestä (Russell ym., 2008). Stressi taloudellisesta tilanteesta puolestaan vaikuttaisi olevan kielteisesti yhteydessä vanhemman kokemaan stressiin (Minnes ym., 2015).

## 1.2 Sosiaaliset suhteet ja tuki

Toinen hyvinvoinnin ulottuvuus on Allardtin (1976) mukaan *loving* eli yhteisyyssuhteet. Yhteisyyssuhteilla viitataan erilaisiin sosiaalisiin suhteisiin, joiden lähtökohtana on ihmisen tarve toveruudelle sekä tarve kuulua jäsenenä sosiaalisten suhteiden verkostoon ja sitä kautta osoittaa ja saada kokea pitämisen sekä välittämisen tunteita. Tärkeää on suhteiden symmetrisyys, eli että ihminen on sekä myönteisten tunteiden ja välittämisen vastaanottaja että antava osapuoli. (Allardt, 1976, 43.) Yhteisyyssuhteissa oleellista on niiden kielellinen luonne. Jotta suhteet voisivat olla symmetrisiä, ihmisten on kyettävä ymmärtämään toisiaan, pystyttävä asettumaan toisen asemaan ja heillä on oltava jokin yhteinen kieli. Ihmisten välinen yhteisyys käy ilmi kielellisissä tapahtumissa. (Allardt, 1976, 45.)

Yhteisyyssuhteet toimivat tärkeänä resurssina toteuttaa yksilön muita arvoja ja tarpeita. Niitä voidaan tarkastella myös laajemmassa mittakaavassa, kuten tiettyjen ryhmien, alueiden tai kansojen näkökulmasta. Yhteisyyssuhteiden puute on yksilölle ongelmallista, mutta Allardtin mukaan myös niiden olemassaololla voi olla kielteisiä seurauksia. Hänen mukaansa monet yhteisyydet edellyttävät muiden sulkemista ulkopuolelle ja mainitsee myös, että kansallinen solidaarisuus voi aiheuttaa pahaa. (Allardt, 1976, 44.) Tässä tutkimuksessa yhteisyyssuhteita tarkastellaan yksilö- ja perhetasolla.

Ihmisten sosiaalista kanssakäymistä, suhteiden rakennetta ja niiden yhteyttä terveyteen ja hyvinvointiin ovat teorisoineet yli vuosisadan ajan

psykiatrit, sosiologit, antropologit ja muiden tieteenalojen tutkijat. 1970- ja 80-luvuilla havaittiin, että sosiaalisten siteiden ja verkostojen puute ennustivat kuolleisuutta useiden eri kuolinsyiden kohdalla. Sosiaalisten suhteiden yhteyttä terveyteen ei ole kiistetty, mutta havaintoa kuolleisuuden yhteyteen kritisoitiin mittaamisen validiudesta. (Berkman & Kawachi, 2000, 142.) Sosiaalisten suhteiden rakenteiden tutkimisesta siirryttiin tutkimaan sitä, mitä sosiaaliset suhteet *tarjoavat* eli muun muassa sosiaalista tukea (Berkman & Kawachi, 2000, 144). Sosiaalinen tuki viittaa suhteiden toiminnalliseen puoleen, joka on mitattavissa psykologisesti tunteiden kautta (House, 1987, 137). Sosiaalisen tuen todettiin olevan vahvasti myönteisesti yhteydessä mielenterveyteen ja stressiin. Havaittiin myös, että juuri sosiaalinen tuki on yksi merkittävimmistä tekijöistä, jonka sosiaaliset siteet ja verkostot tarjoavat. (Berkman & Kawachi, 2000, 144.)

Sosiaalisen tuen ja stressin yhteyksien yksi tunnetuimmista tutkijoista on Sidney Cobb. Hänen teoriansa mukaan sosiaalinen tuki helpottaa kriiseistä selviytymistä ja sopeutumista muutoksiin. Se toimii niin sanotusti puskurina stressaaville elämäntilanteille. (Cobb, 1976.) Lisäksi on esitetty, että sosiaalinen tuki edistää vaikeuksista selviytymistä ja vähentää stressaavan asian vaikutusta, ja että usko siihen, että sosiaalista tukea on saatavilla, vaikuttaa stressaavan tilanteen arvioon, joka siten vaimentaa stressin vaikutusta terveyteen (Cohen ym., 2000, 31-32.)

Sosiaalinen tuki on tehokas selviytymiskeino erityisesti silloin, kun sitä saa henkilöltä, joka elää samankaltaisessa elämäntilanteessa tai pystyy muiden kokemustensa kautta eläytymään tuettavan kokemaan tunteeseen (Thoits, 1986). Useimmiten kumppani on se henkilö, jolta tukea haetaan ja saadaan. Erityisesti suomalaisten miesten kohdalla näyttäisi siltä, että he hakevat sosiaalista ja henkistä tukea useimmiten kumppaniltaan. Naiset puolestaan voivat hakea sitä myös muulta lähipiiriltä ja ystäviltä, erityisesti jos kyseessä on parisuhteen ristiriidat. (Kontula, 2013.) Toisaalta on havaittu, että sosiaalinen tuki kumppanilta on tärkeää erityisesti äideille. Äidit, jotka saavat kumppaniltaan sosiaalista tukea lapsen syntymän aikaan, ovat raportoineet vähemmän mielenterveyden ongelmia lapsen ollessa 5-vuotias. (Meadows, 2011, 201.) Äidin

paremman mielenterveyden lisäksi kumppanilta saadun sosiaalisen tuen ja lapsen kielenkehityksen välillä on löydetty yhteys. Äidin hyvä mielenterveys mahdollistaa suotuisan oppimisympäristön, joka puolestaan on myönteisesti yhteydessä lapsen kielenkehitykseen. (Chang, 2017, 16-17.)

Sosiaalisen tuen merkitys korostuu, kun lapsella on todettu joitakin erityisen tuen tarpeita, sillä vanhemman kokema stressi on usein korkeampaa kuin vanhemmilla, joiden lapsilla ei ole erityisen tuen tarpeita. Tällöin sosiaalinen tuki paitsi perheeltä, myös vanhempien ystäviltä, sukulaisilta sekä koululta ja muilta organisaatioilta on tarpeen. (Heiman & Berger, 2008, 297.) Samoin vanhemman masennuksen yhteydessä sosiaalisen tuen on todettu voivan toimia eräänlaisena puskurina vanhemman ja lapsen kommunikoinnin välillä. Tällöin kuitenkin on oleellista, että sosiaalista tukea saa henkilöltä, joka on sitä terveydellisesti kykenevä antamaan. (Lee ym., 2009)

### 1.3 Itsensä toteuttamisen muodot

Allardt (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksista *being* eli itsensä toteuttamisen muodot, on vaikeimmin määritettävissä ja mitattavissa. Sillä viitataan yksilön itsensä arvokkaina pitämiin asioihin, joita hän tavoittelee ja ilmentää, sekä oman persoonallisuuden kehittämiseen. Joidenkin ihmisten ja kulttuurien kohdalla näytettävissä olevat saavutukset ja muut mitattavat asiat saattavat olla arvokkaita, mutta eivät aina. Ulottuvuuden ymmärrystä helpottaakseen Allardt (1976) nostaa esiin korvaamattomuuden käsitteen. Mitä vaikeammin ihminen nähdään olevan korvattavissa esimerkiksi ihmissuhteissa tai töissä, sitä enemmän hänet nähdään myös persoonana ja yksilönä. Allardt esittelee seuraavien osatekijöiden kattavan itsensä toteuttamisen arvoluokan:

*"-yksilöä pidetään persoonana (tietty määrä korvaamattomuutta)*

*-yksilö saa osakseen arvonantoa (status)*

*-yksilöllä on mahdollisuuksia harrastuksiin ja vapaa-ajan toimintaan (tekeminen)*

*-yksilöllä on mahdollisuuksia poliittiseen osallistumiseen (poliittiset resurssit)"*

(Allardt, 1976, 47.)

Kokemus oman elämänsä merkityksellisyydestä ja arvokkuudesta on oleellinen osa hyvinvointia (Ryff, 1995). Se on vahvasti mielenterveyteen liittyvä osa-alue (Ryff, 1989, 1071), mutta tässä tutkimuksessa se tulkitaan liittyvän Allardtin (1976) teoriassa itsensä toteuttamisen muodoksi, koska olennaisia tekijöitä kummankin käsitteen määrittelyssä ovat muun muassa yksilön päämäärät ja tavoitteet, koettu arvonanto sekä kokemus tavoitteiden saavutettavuudesta. Myönteisesti toimivalla ihmisellä on tavoitteita, jokin tarkoitus ja suunta elämässään, jotka yhdessä luovat hänelle tunteen, että elämä on merkityksellistä (Ryff, 1989, 1071).

Samoin elämänlaatu -käsitteen määrittelyssä vaikuttaisi olevan samankaltaisia ulottuvuuksia kuin Allardtin (1976) itsensä toteuttamisen muodoissa, sillä molemmissa oleellisia osa-alueita ovat muun muassa yksilön arvot ja tavoitteet. WHO (1998) määrittelee elämänlaadun tarkoittavan yksilön kokemusta elämästään suhteessa kulttuuriin ja arvomaailmaan, jossa hän elää. Elämänlaadun kokemus on yhteydessä yksilön tavoitteisiin, odotuksiin, arvoihin ja huoliin. Yksilön fyysinen terveys, psykologinen hyvinvointi, henkilökohtaiset uskomukset, sosiaaliset suhteet sekä suhde ympäristöönsä ovat kaikki monimutkaisesti yhteydessä kokemukseen elämänlaadusta. (World Health Organization, 1998.) Suomessa on havaittu, että suomalaisten kokema elämänlaatu on yleisesti korkea myöhäiseen ikään asti. On kuitenkin löydetty kolme ryhmää, joilla erityisesti on riski heikentyneeseen elämänlaatuun: sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat ja työttömät nuoret, yli 80-vuotiaat naiset sekä ihmiset, joilla on heikot fyysiset ja psyykkiset voimavarat. (Vaarama ym., 2010.)

Vapaa-ajan harrastukset ja muut ajanviettotavat mahdollistavat ihmisille itsensä toteuttamisen heille mieluisalla tavalla. Harrastukset voivat pohjautua henkilön arvoihin tai olla sellaisia, joissa ihminen kokee myönteisiä tunteita. Vapaa-ajan toiminta on usein eri kulttuureissa erilaista, mutta niille on yhteistä merkitysten rakentaminen. Merkityksiä rakentavat toiminnat voivat parantaa ihmisten elämänlaatua. Vapaa-ajan merkitykset rakentuvat erilaisten tunteiden ja tilanteiden kautta. Erityisesti on havaittu, että vapaa-ajan toiminnoissa

merkityksiä rakentavat koetut myönteiset tunteet ja hyvinvointi, myönteisen identiteetin ja itsetunnon rakentuminen, sosiaalisten, kulttuuristen ja henkisten yhteyksien syntyminen sekä vapaa-ajan toiminnan myötävaikutus oppimiseen ja ihmisen kehittymiseen. Tällaisten kokemusten on havaittu edistävän ihmisten kokemusta korkeammasta elämänlaadusta. (Iwasaki, 2007.) Näiden merkitystä rakentavien tilanteiden kantavana teemana on ”lieventää pahaa ja kasvattaa hyvää” (Iwasaki, 2008, 243) eli toimia ikään kuin puskurina elämän kielteisille puolille tuomalla elämään iloa.

#### 1.4 Ylisukupolvinen siirtymä

Sukupolvien välillä voi siirtyä tai ”periytyä” useita erilaisia ilmiöitä koulutuksesta alkoholinkäyttöön. Aiheesta on tehty useita tutkimuksia erityisesti haitallisten tai kielteisten siirtymien näkökulmasta. Esimerkiksi ylipainon (Costa-Font & Gil, 2013), tupakoinnin (Pan & Han, 2017) ja runsaan alkoholinkäytön (Handley & Chassin, 2009) on todettu voivan periytyä sukupolvelta toiselle. Mahdollisiksi syiksi on ehdotettu sekä osittain geneettistä periytyvyyttä että ympäristön vaikutusta sekä lapsuudessa ja nuoruudessa opittua terveyskäyttäytymistä. Kielteiset tai haitalliset siirtymät sukupolvien välillä näyttäisivät olevan yhteydessä alempaan sosioekonomiseen asemaan ja työttömyyteen. (Costa-Font & Gil, 2013; Handley & Chassin, 2009; Pan & Han, 2017.)

Suomessa on huomattu juurikin työttömyyden, koulupudokkuuden ja toimeentuloasiakkuuden voivan periytyä ylisukupolvisesti. Huono-osaisuuden periytyvyyden on arveltu johtuvan tietynlaisten arvojen ja asenteiden periytyvyydestä. Esimerkiksi työttömyyden periytyvyyden taustalla voi olla, ettei työttömien vanhempien lapsi koe työttömyyttä yhtä leimaavaksi kuin muut. Koulupudokkuus puolestaan voi selittyä vanhempien arvoilla ja asenteilla koulua kohtaan, mutta myös kulttuuristen resurssien puutteella. Tutkimuksessa ei havaittu, että esimerkiksi koulutus olisi poistanut tai heikentänyt

ylisukupolvisuuden vaikutusta, vaan niiden yhteys oli itsenäinen ja suora. (Vauhkonen ym., 2017.)

Toinen suomalainen tutkimus selvitti, kuinka vanhempien sosioekonomiset tekijät lapsuuden aikana selittivät lasten ammatillisia lopputulemia aikuisuudessa. Tutkijat havaitsivat, että sisarusten välisessä tarkastelussa tärkeimpänä selittäjänä vaihtelussa oli vanhempien koulutus, sosiaalinen asema ja vähiten tärkeänä tulotaso. Isien sosiaalinen asema selitti hieman äitejä enemmän lasten ammatillisia lopputuloksia. (Erola ym., 2016.) Toisaalta on todettu, että erityisesti perheen taloudelliset ongelmat heikentävät lasten mahdollisuuksia itsenäiseen elämään ja näkyvät hoitoa vaativina mielenterveyden ongelmina. (R. Paananen & Gissler, 2014, 212).

Vanhemman mielenterveyden ongelmat usein lisäävät riskiä lasten hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin. On havaittu, että psykiatrisessa hoidossa olleiden vanhempien lapset saivat muita useammin toimeentulotukea, heillä ei ole tutkintoa peruskoulun jälkeen, kävivät psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai käyttivät psyykenlääkkeitä, saivat rikostuomion ja olivat sijoitettuina kodin ulkopuolelle. (R. Paananen & Gissler, 2014) Vanhemman kokemat mielenterveyden ongelmat, kuten henkinen ahdistus ja stressi, voi välittyä lapselle ja vaikuttaa lapsen elämän tyytyväisyyteen kielteisesti. Lapsi voi kokea matalaa elämän tyytyväisyyttä vielä pidemmän aikaa, vaikka vanhemman tilanne olisikin jo parantunut (Powdthavee & Vignoles, 2008, 415-417).

## 1.5 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten perheen hyvinvointi ja vanhempien omien kasvuaikojen kokemukset ovat yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Hyvinvointia tarkastellaan Allardt'n (1976) teorian mukaisesti kolmen hyvinvoinnin ulottuvuuden *having*, *loving* ja *being* kautta. Teorian mukaisesti *having* -ulottuvuutta tarkastellaan vanhempien subjektiivisen kokemuksen kautta heidän fyysisestä ja psyykkisestä

terveydentilastaan sekä talouden tulojen riittävydestä. *Loving* -ulottuvuuteen on jaoteltu kysymykset koskien vanhemman ja lapsen keskinäistä suhdetta, vanhemmuuden huolia, sekä keneltä ja mistä vanhemmat ovat saaneet tukea ja apua vanhemmuuteen. Kolmatta ulottuvuutta *being* kuvataan vanhempien arvioilla liittyen elämän merkityksellisyyteen ja sen päämääriin ja tarkoituksiin. Lisäksi tarkasteluun on otettu ylisukupolvisuuden käsite, jota tarkastellaan vanhempien kasvuajan kokemuksilla koskien heidän kotiolojaan, vanhempiensa alkoholinkäyttöä ja terveydentilaa sekä koulukiusaamista. Tutkimuskysymyksiksi muodostettiin seuraavat neljä kysymystä:

- 1) Ovatko vanhemman terveydentila sekä kokemus taloudellisen tilanteen riittävydestä yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta?
- 2) Onko vanhempana toimiminen yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta? Vanhempana toimiminen tarkoittaa tässä yhteydessä vanhemman arviota hänen ja lapsensa suhteen laadusta, kokemusta huolista sekä arviota tuen ja avun saamisen riittävydestä.
- 3) Onko vanhemman kokemus oman elämän merkityksellisyydestä yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta?
- 4) Onko vanhemman kasvuajan kokemuksilla yhteys neuvolan tekemään arvioon lapsen tuen ja hoidon tarpeesta?

## 2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 2.1 Tutkittavat ja aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto on saatu *Nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä terveys, hyvinvointi ja palvelut* -kyselytutkimuksesta (NEVA), jonka tavoitteena oli

kerätä tietoja pikkulapsiperheiden elämästä ja samalla pilotoida vastaavan kansallisen tiedonkeruun tapaa. NEVA -tiedonkeruu on osa *Tasa-arvon kysymykset lasten päivähoidon, esiopetuksen ja hoidon tukien järjestelmässä* (CHILDCARE) -hanketta, jonka on rahoittanut Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvosto (SA293049). Hanke on toteutettu yhteistyössä Jyväskylän yliopiston, Tampereen yliopiston ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Hankkeella on Jyväskylän yliopiston eettisen toimikunnan ennakoarviointi tutkimuksen eettisestä hyväksynnästä.

NEVA -tiedonkeruu järjestettiin vuoden 2016 syksyllä. (Närvi ym., 2018, 6.) Aineisto kerättiin vanhemmille, neuvolalle ja varhaiskasvatukselle suunnatuilla kyselyillä. Neuvola oli kyselyihin vastaamisen kannalta tärkeässä asemassa, sillä neuvolan terveydenhoitajat esittelivät tutkimuksen ja tiedustelivat vanhempien halukkuutta osallistua siihen. Lisäksi ennen nelivuotiaiden laajaa terveystarkastusta NEVA -tiedonkeruusta tiedotettiin kuntien neuvolatoimintaa koskevilla verkkosivuilla. Terveystarkastuksessa neuvolan terveydenhoitaja kertoi vanhemmille tutkimuksesta ja kannusti osallistumiseen. Vanhemmat saivat tiedotteen ja heiltä kysyttiin halukkuutta osallistua tiedonkeruuseen. Ne vanhemmat, jotka halusivat osallistua, täyttivät *suostumuslomakkeen* ja saivat sähköisen linkin kyselylomakkeeseen. Kyselylomake oli mahdollista saada myös paperisena.

Nelivuotiaiden lasten terveystarkastusten jälkeen terveydenhoitajat täyttivät lapsikohtaisen sähköisen kyselylomakkeen. He myös liittivät mukaan kyselylomakkeeseen varhaiskasvatuksen arvion niistä lapsista, joista se oli saatavilla. (Närvi ym., 2018, 8.) Varhaiskasvatuksen arvio lapsista tehtiin ennen neuvolan terveystarkastusta varhaiskasvatussuunnitelman laadinnan yhteydessä yhdessä vanhempien kanssa, jos he halusivat osallistua tiedonkeruuseen (Närvi ym., 2018, 9)

Vanhempien täyttämä kysely sisälsi kysymyksiä koskien muun muassa lasten hoitojärjestelyjä, perheen arjen sujumista, terveydentilaa, huolia, avun ja tuen saantia sekä palveluiden käyttöä. Terveydenhoitajien täyttämä kysely

puolestaan keskittyi lapsen kehitykseen ja terveyteen, lapsen ja/tai vanhempien tuen tarpeeseen sekä palveluohjaukseen. (Närvi ym., 2018, 8.)

NEVA-tutkimukseen osallistui 35 neuvolaa ja 139 terveydenhoitajaa viidessä kunnassa: Helsingissä, Jyväskylässä, Tampereella, Salossa ja Ulvilassa. Lopullisessa aineistossa on terveydenhoitajien vastaukset 736 lapsesta, joiden lisäksi 347 lapsesta vanhemman (yleensä äidin) vastaukset ja 345 lapsesta lisäksi varhaiskasvatuksen vastaukset. (Närvi ym., 2018, 7-10.) Tässä tutkimuksessa neuvolan terveydenhoitajien vastauksista otettiin mukaan 734 arviota lapsesta. Vanhempien täyttämässä kyselyssä vastausmäärät vaihtelivat kysymyksen mukaan 286:n ja 335:n vastauksen välillä.

## 2.2 Tutkimusmenetelmät

### 2.2.1 Mittarit ja muuttujat

*Selitettävä muuttuja oli lapsen tuen tarve*, ja sitä arvioitiin neuvolan kyselyssä kysymyksellä numero 11.: ”Tunnistitko lapsen, vanhemman tai perheen tilanteessa tuen tai hoidon tarvetta seuraavissa asioissa tarkastuksen perusteella?”. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat *ei lainkaan, vähän, jonkin verran, paljon ja en tiedä*. Tuen tai hoidon tarvetta tiedusteltiin 11 kehityksen ja hyvinvoinnin osa-alueen osalta: 1) Fyysinen kasvu tai terveydentila, 2) Ikätasoinen kehitys, 3) Sisäänpäin suuntautuvat psyykkiset oireet (esim. Ilottomuus, masentuneisuus, vetäytyminen, ahdistuneisuus, itsetuhoisuus), 4) Ulospäin suuntautuvat psyykkiset oireet (esim. Uhmakkuus, aggressiivisuus, levottomuus tai toisten häiritsevä käytös), 5) Vuorovaikutuskyky ja/tai sosiaaliset taidot, 6) Liikuntatottumukset, 7) Ravitsemustottumukset, 8) Riittävä uni, 9) Median käyttö (internet, pelit, tv), 10) Suhteet sisaruksiin (vastataan jos lapsella sisaruksia) ja 11) Kaltoinkohtelu (pahoinpitely, laiminlyönti, kurittaminen). Kuhunkin osa-alueeseen annetut vastaukset koodattiin kaksiluokkaiseksi niin, että vastausvaihtoehdot *ei lainkaan* ja *vähän* saivat arvon 0, ja *jonkin verran* ja *paljon* saivat arvon 1. Vastausvaihtoehdot *en tiedä* koodattiin puuttuvaksi tiedoksi.

Kaksiluokkaisista muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja. Cronbachin alfa-kerroin muuttujalle oli 0,66.

*Selittävät muuttujat* valittiin vanhemmille suunnatusta kyselystä. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli *having-ulottuvuuteen liittyen perheen terveydentilaa ja kokemusta taloudellisen tilanteen riittävydestä* mitattiin neljällä kysymyksellä. Terveyskysymyksistä kaksi koski perheenjäsenten subjektiivista ja objektiivista fyysistä terveydentilaa ja kolmas kysymys vanhemman psyykkistä kuormittuneisuutta. Fyysistä terveydentilaa mitattiin kysymyksillä numero 47. *"Millainen on nelivuotiaan lapsesi, sinun ja puolisosasi terveydentila?"* ja 48. *"Onko lapsella, sinulla tai puolisollassi jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma?"*. Subjektiivista terveydentilaa koskeneessa kysymyksessä numero 47 vastausvaihtoehtoina olivat 1 = *erittäin hyvä*, 2 = *melko hyvä*, 3 = *keskinkertainen ja melko* tai 4 = *erittäin huono*. Objektiivista terveydentilaa koskeneessa kysymyksessä numero 48. vastausvaihtoehtoina olivat 2 = *kyllä* ja 1 = *ei*. Analyysiin ei otettu mukaan lasta koskevia vastauksia, koska tutkimuksessa selvitettiin ainoastaan neuvolan arviota nelivuotiaan lapsen hyvinvoinnista, ei vanhempien.

Vanhemman psyykkistä kuormittuneisuutta mitattiin kysymyksellä numero 58. *"Kuinka suuren osan ajasta olet neljän viimeisen viikon aikana?"* (Aalto ym., 1995; Stewart ym., 1988). Psyykkistä kuormittuneisuutta mittaava standardoitu MHI-5-34-mielenterveysindeksi (Mental Health Inventory) sisältyy myös kansainvälisesti tunnettuun ja laajasti käytettyyn SF-36-terveyskyselyyn (Paananen ym., 2018, 364). Kuormittuneisuutta mittaavia väitteitä oli viisi: 1) *Ollut hyvin hermostunut*, 2) *Tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää sinua*, 3) *Tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi*, 4) *Tuntenut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi* ja 5) *Ollut onnellinen*. Vastausvaihtoehtoina oli 1 = *koko ajan*, 2 = *suurimman osan aikaa*, 3 = *jonkin aikaa*, 4 = *vähän aikaa* ja 5 = *en lainkaan*. Väitteet 3 ja 5 käännettiin samansuuntaiseksi muiden väittämien kanssa, jotta niistä voitaisiin laskea keskiarvosummamuuttuja. Keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa -kerroin oli 0,76.

Kokemusta taloudellisen tilanteen riittävydestä mitattiin kysymyksellä numero 78. ”Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla...”. Vastausvaihtoehdoksi annettiin 1 = erittäin hankalaa, 2 = hankalaa, 3 = melko hankalaa, 4 = melko helppoa, 5 = helppoa ja 6 = hyvin helppoa.

Toinen tutkimuskysymys eli *loving-ulottuvuus käsittelee vanhempiana toimimista*, ja sitä mitattiin kolmella kysymyspatteristolla: vanhemman suhteella lapseen, vanhemmuuden huolilla ja sosiaalisen tuella. Ensimmäiseksi muuttujaksi valittiin kysymys numero 50. *Millaiseksi kuvaisit suhteesi nelivuotiaaseen lapseesi?* Vastausvaihtoehdot olivat 5-portaisella asteikolla 1 = erittäin hyvä... 5 = erittäin huono.

Vanhemmuuden huolia mitattiin kysymyksellä numero 61. ”Oletko ollut huolissasi viimeisten 12 kk aikana seuraavista vanhemmuuteen tai perheeseen liittyvistä asioista?”. Huolenaiheita esitettiin yhteensä yhdeksän: 1) omien vanhempiana olemisen taitojen riittävyys, 2) oma jaksaminen, 3) maltin menettäminen ristiriitatilanteissa lapsen kanssa, 4) sisarusten väliset suhteet, 5) yksinäisyys tai vastuun kantaminen yksin huoltajana, 6) lapsen tapaamisjärjestelyt (vanhempien erotilanne), 7) perheenjäsenen mielenterveysongelmat tai vakava sairaus, 8) oma tai läheisen netin liika-/ ongelmakäyttö tai ongelmapelaaminen ja 9) jokin muu huoli, mikä? Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat 1 = ei huolta, 2 = lievä huoli ja 3 = selvä huoli. Yhdeksäs huolenaihe jokin muu huoli jätettiin analyysistä pois.

Huolenaiheille suoritettiin eksploratiivinen faktorianalyysi (Tabachnick & Fidell, 2013). Faktorointimenetelmäksi valittiin pääakselifaktorointi (engl. principal axis factoring), koska muuttujat olivat hieman vinoja (Fabrigar ym., 1999). Faktoreiden annettiin korreloida, jonka takia valittiin vinokulmainen rotaatio Promax. Kolmella huolenaiheella (*sisarusten väliset suhteet, perheenjäsenen mielenterveysongelmat tai vakava sairaus ja oma tai läheisen netin liika-/ ongelmakäyttö*) oli liian pieni kommunaliteetti (< 0,32; Tabachnik & Fidell, 2013), joten ne jätettiin analyysistä pois. Muuttujista muodostui kaksi faktoria: 1) vanhemmuuden huolet, johon latautui huolista ”omien vanhempiana olemisen taitojen riittävyys” ja ”oma jaksaminen ja maltin menettäminen ristiriitatilanteessa lapsen kanssa” ja 2) eroon

liittyvät huolet, johon latautui huoliväittämistä *"yksinäisyys tai vastuun kantaminen yksin huoltajana"* ja *"lapsen tapaamisjärjestelyt"*. (Kts. Liite 1. Huolenaihedden faktorirakenne.) Faktoreiden selitysosuus oli 56,2 %. Kahdesta faktorista muodostettiin omat keskiarvosummamuuttujat. Ensimmäisen faktorin keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin oli 0,78 ja toisen faktorin 0,6.

Sosiaalista tukea mittaava muuttuja muodostettiin kysymyksestä numero 84.: *"Minkä verran ja keneltä olet lähipiirissäsi saanut konkreettista apua tai henkistä tukea vanhemmuuteen?"*. Eri avun ja tuen lähteiksi nimettiin *puolisolta tai lapsen toiselta huoltajalta, omilta vanhemmilta, puolison vanhemmilta, omilta tai puolison sisaruksilta, muilta sukulaisilta, ystävilta, naapureilta ja työtovereilta*. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin 1 = *en ole/ei koske minua*, 2 = *ei lainkaan*, 3 = *jonkin verran* ja 4 = *riittävästi*. Muuttujasta muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jolle Cronbachin alfa-kerroin oli 0,69.

Kolmanteen tutkimuskysymyksen *being-ulottuvuuden eli elämän merkityksellisyyden* mittariksi valittiin kysymys numero 55.: *"Kuinka hyvin seuraavat väittämät kuvaavat tuntemuksiasi tällä hetkellä?"*. Väittämiä oli yhteensä kahdeksan: 1) *Tunnen, että elämälläni on päämäärä ja tarkoitus*, 2) *Tunnen olevani arvokas*, 3) *Pystyn tekemään elämäni liittyviä päätöksiä*, 4) *Pystyn toimimaan sen mukaisesti mitä itse pidän tärkeänä*, 5) *Koen elämäni olevan hyvin hallinnassani*, 6) *Koen pärjääväni elämässäni*, 7) *Jos joudun vaikeuksiin, keksin niihin yleensä ratkaisun* ja 8) *Tiedän, kenen puoleen kääntyä, jos on vaikeaa*. Vastausvaihtoehdot olivat likertasteikolla 1 = *täysin samaa mieltä...* 5 = *täysin eri mieltä*. Muuttujasta muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jolle Cronbachin alfa-kerroin oli 0,89.

Neljättä tutkimuskysymystä varten selvitettiin *vanhemman kokemuksia omista kasvuajoistaan* kysymyksellä numero 82.: *"Kun ajattelet kasvuaikaasi, siis aikaa ennen kuin täytit 16 vuotta, niin..."* Kysymyksiä oli yhteensä kymmenen: 1) *Oliko perheelläsi taloudellisia vaikeuksia*, 2) *Oliko isäsi tai äitisi usein työttömänä, vaikka olisi halunnut tehdä työtä*, 3) *Oliko isälläsi tai äidilläsi joku vakava sairaus tai vamma*, 4) *Oliko isälläsi ongelmia alkoholin vuoksi*, 5) *Oliko äidilläsi ongelmia alkoholin vuoksi*, 6) *Oliko isälläsi jokin mielenterveysongelma (esim. masennus, ahdistus, skitsofrenia,*

*psykoosi*), 7) *Oliko äidilläsi jokin mielenterveysongelma (esim. masennus, ahdistus, skitsofrenia, psykoosi)*, 8) *Esiintyikö perheessäs vakavia ristiriitaisuuksia*, 9) *Erosivatko vanhempasi ja* 10) *Kiusattiinko sinua koulussa*. Vastausvaihtoehtoina oli 1 = *ei*, 2 = *kyllä* ja 3 = *en osaa sanoa*. Muuttuja koodattiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi niin, että vastausvaihtoehdot *ei* ja *en osaa sanoa* saivat arvon 0 ja vastausvaihtoehto *kyllä* sai arvon 1. Muuttujasta muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jolle Cronbachin alfa-kerroin oli 0,67.

Vanhempien taustatekijöistä vakioitiin heidän *koulutustasonsa*, sillä 81 % vastanneista vanhemmista olivat korkeakoulutettuja (Närvi ym., 2018). Koulutustasona tiedusteltiin vanhempien ammatillista koulutusta, mihin vastausvaihtoehtoina olivat *ei ammatillista koulutusta, ammattikoulu tai -kurseja, ammatillinen opisto tai ammattikorkeakoulu sekä yliopisto- tai korkeakoulututkinto*. Muuttuja koodattiin kaksiluokkaiseksi siten, että kaksi ensimmäistä vastausvaihtoehtoa saivat arvon 0 ja kaksi viimeistä arvon 1.

## 2.2.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS 24 -ohjelmistolla. Selitettävä muuttuja oli neuvolan arvio nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta, joka oli keskiarvosummamuuttuja. Selittäviksi muuttujiksi valittiin kaikki hyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavat muuttujat sekä vanhempien omaa lapsuusajan kokemuksia kuvaava keskiarvosummamuuttuja. Aineisto analysoitiin lineaarisella regressioanalyysillä, joka sopii hyvin selvittämään useamman selittävän muuttujan yhteyden vähintään välimatka-asteikolliseen selitettävään muuttujaan (Nummenmaa, 2009, 315). Lineaarisen regressioanalyysin taustaoletukset olivat kunnossa. Taulukossa 1 on esitelty kaikkien käytettyjen muuttujien keskiarvot ja -hajonnat sekä vastaajamäärät. Taulukossa 2 puolestaan esitellään kaikkien muuttujien väliset korrelaatiot.

**Taulukko 1.** Kuvailevat tiedot tutkimuksen muuttujista.

	Keskiarvo	Keskihajonta	N
1. Neuvolan arvio lapsen tuen ja hoidon tarpeesta	0,10	0,15	734
2. Vanhemman terveydentila	1,59	0,69	335
3. Puolison terveydentila	1,57	0,68	308
4. Vanhemman sairaus tai muu terveysongelma	1,24	0,43	334
5. Puolison sairaus tai muu terveysongelma	1,14	0,34	308
6. Perheen muiden lasten sairaus tai muu terveysongelma	1,09	0,29	286
7. Psyykkinen kuormittuneisuus	4,06	0,50	332
8. Taloudellinen tilanne	4,14	1,01	332
9. Vanhemman ja lapsen suhde	1,13	0,34	333
10. Huoli vanhemmuudesta	1,67	0,55	332
11. Huoli erosta	1,21	0,45	324
12. Avun ja tuen saaminen	0,71	0,20	328
13. Elämän merkityksellisyys	1,53	0,53	332
14. Vanhemman kasvuaika	0,19	0,19	329
15. Koulutus	0,44	0,50	326

**Taulukko 2.** Linearisessa regressioanalyysissä käytettyjen muuttujien keskinäiset Pearsonin korrelaatiokertoimet.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Neuvolan arvio lapsen tuen ja hoidon tarpeesta	1														
2. Vanhemman terveydentila	0,09	1													
3. Puolison terveydentila	0,14*	0,50***	1												
4. Vanhemman sairaus tai muu terveysongelma	0,06	0,42***	0,10	1											
5. Puolison sairaus tai muu terveysongelma	0,03	0,08	0,42***	0,13*	1										
6. Perheen muiden lasten sairaus tai muu terveysongelma	0,06	0,24***	0,11	0,20**	0,13*	1									
7. Psyykinen kuormittuneisuus	-0,11*	-0,34***	-0,22***	-0,16**	-0,08	-0,08	1								
8. Taloudellinen tilanne	-0,02	-0,22***	-0,19**	-0,13*	-0,09	-0,12*	0,26***	1							
9. Vanhemman ja lapsen suhde	0,10	0,21***	0,22***	0,12*	0,02	0,03	-0,25***	-0,08	1						
10. Huoli vanhemmuudesta	0,14*	0,31***	0,18**	0,14**	0,06	0,09	-0,57***	-0,19**	0,36***	1					
11. Huoli erosta	0,14*	0,20***	0,25***	0,12*	0,18**	0,14*	-0,34***	-0,23***	0,10	0,36***	1				
12. Avun ja tuen saaminen	-0,17**	-0,20***	-0,11	0,05	-0,10	-0,06	0,24***	0,20***	-0,06	-0,16**	-0,24***	1			
13. Elämän merkityksellisyys	0,13*	0,32***	0,30***	0,09	0,03	0,04	-0,58***	-0,15**	0,30***	0,43***	0,30***	-0,29***	1		
14. Vanhemman kasvu-aika	0,10	0,23***	0,10	0,24***	0,07	0,08	-0,20***	-0,11*	0,11	0,20***	0,21***	-0,10	0,20***	1	
15. Koulutustaso	0,04	-0,04	-0,08	-0,03	0,10	0,08	-0,02	0,25***	-0,09	0,04	-0,11	0,04	-0,08	-0,20***	1

Huom. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3 TULOKSET

#### 3.1 Elintasolla ja terveydellä ei yhteyttä neuvolan arvioon

Ensimmäisenä selvitettiin, ovatko having-ulottuvuuden muuttujat eli perheen fyysinen ja psyykkinen terveydentila sekä vanhemman kokemus taloudellisen tilanteen riittävydestä yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Vastaajien koulutustaso vakioitiin analyysissä. Kaikkien muuttujien standardoidut regressiokertoimet on esitelty taulukossa 3. Taulukon 3 perusteella puolison terveydentila näyttäisi olevan yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta: mitä huonommaksi vastannut huoltaja arvio puolisonsa terveydentilan, sitä enemmän neuvola arvio nelivuotiaalla lapsella olevan tuen ja hoidon tarvetta ( $F(8, 261) = 1,19, p = 0,308, R^2 = 0,035$ ). Muut tekijät eivät olleet yhteydessä neuvolan arvioihin

**Taulukko 3.** Lineaarisen regressioanalyysin tulokset terveyden ja taloudellisen tilanteen yhteydestä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta.

	Neuvolan arvio nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta	
	$\beta$	$r$
Vanhemman terveydentila	-0,05	0,09
Puolison terveydentila	0,17*	0,14*
Vanhemman sairaus tai muu terveysongelma	0,05	0,06
Puolison sairaus tai muu terveysongelma	-0,06	0,03
Perheen muiden lasten sairaus tai muu terveysongelma	0,04	0,06
Psyykkinen kuormittuneisuus	-0,10	-0,11*
Taloudellinen tilanne	0,02	-0,02
Koulutustaso	0,04	0,04

Huom. \*  $p < 0,05$

$\beta$  = Standardoitu regressiokerroin

$r$  = Pearsonin korrelaatiokerroin

### 3.2 Vanhempana toimimisen yhteys neuvolan arvioon

Toisena tarkasteltiin loving-ulottuvuuteen sisällytettyjä selittäjiä eli vanhempana toimimisen yhteyttä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Vastaaajien koulutustaso vakioitiin analyysissä. Vanhempana toimiminen käsittää tässä tutkimuksessa vanhemman ja lapsen välisen suhteen, vanhemman kokemat perheeseen ja lapseen liittyvät huolet sekä henkisen avun ja tuen saamisen. Nämä kolme tekijää olivat yhteydessä neuvolan arvioon lapsen tuen ja hoidon tarpeesta ( $F(4, 300) = 3,93, p = 0,004, R^2 = 0,053$ ), ja erityisesti henkisen avun ja tuen saaminen usealta eri ihmiseltä on myönteisesti yhteydessä arvioon. Kaikki standardoidut regressiokertoimet on esitelty taulukossa 4. Mitä enemmän vanhemmat saivat henkistä apua ja tukea vanhemmuuteen muilta ihmisiltä, sitä vähemmän neuvolan arvion mukaan nelivuotiailla lapsilla oli tuen ja hoidon tarvetta. Muut muuttujat eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä neuvolan arvioihin lapsen tuen ja hoidon tarpeesta. Vanhemman ja lapsen välinen suhde, vanhemman huolenaiheet sekä henkisen tuen ja avun saaminen selittävät yhteensä 5,3 % neuvolan arvioiden vaihtelusta.

**Taulukko 4.** Lineaarisen regressioanalyysin tulokset vanhempana toimimisen yhteydestä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta.

	Neuvolan arvio nelivuotiaan lapsen tuen ja hoidon tarpeesta	
	$\beta$	$r$
Vanhemman ja lapsen suhde	0,06	0,10
Huoli vanhemmuudesta	0,06	0,14*
Huoli erosta	0,08	0,14*
Avun ja tuen saaminen	-0,14*	-0,17**
Koulutustaso	0,05	0,04

Huom. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

$\beta$  = Standardoitu regressiokerroin

$r$  = Pearsonin korrelaatiokerroin

### 3.3 Elämän merkityksellisyyden yhteys neuvolan arvioon

Kolmantena tarkasteltiin being-ulottuvuuteen sisällytetyn selittäjän eli vanhemman kokeman elämän merkityksellisyyden yhteyttä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Vastaajien koulutustaso vakioitiin analyysissä. Kokemus elämän merkityksellisyydestä on yhteydessä neuvolan arvioon lapsista ( $F(2, 305) = 3,14, p = 0,045, R^2 = 0,02$ ). Mitä enemmän vanhempi kokee elämän merkityksellisyyttä, sitä vähemmän nelivuotiailla lapsilla on neuvolan mukaan tuen ja hoidon tarvetta. Muuttujan standardoitu regressiokerroin on 0,16. Vanhempien kokemus elämän merkityksellisyydestä selittää 2 % neuvolan arvioiden vaihtelusta.

### 3.4 Ylisukupolvisuudella ei yhteyttä neuvolan arvioon

Viimeisenä tarkasteltiin vanhemman kasvuajan kokemusten eli ylisukupolvisuuden yhteyttä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Vastaajien koulutustaso vakioitiin analyysissä. Vanhemman kasvuajan kokemukset eivät olleet yhteydessä neuvolan arvioihin ( $F(2, 305) = 1,85, p = 0,158, R^2 = 0,012$ ). Muuttujan standardoitu regressiokerroin on 0,11.

## 4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, kuinka perheen hyvinvointi ja vanhempien kasvuajan kokemukset olivat yhteydessä neuvolan arvioihin nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Tutkimuksen viitekehyksenä käytettiin Erik Allardtin (1976) teoriaa hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Tutkimuksessa havaittiin, että henkisen tuen ja avun saaminen vanhemmuuteen ja vanhemman kokemus elämän merkityksellisyydestä olivat yhteydessä neuvolan arvioihin. Mitä enemmän vanhempi sai henkistä tukea ja apua vanhemmuuteen muilta ihmisiltä, sitä vähemmän nelivuotiailla lapsilla neuvolan arvion mukaan oli tuen ja hoidon tarpeita.

Lisäksi mitä enemmän vanhempi koki elämän merkityksellisyyttä, sitä vähemmän neuvola arvioi nelivuotiailla lapsilla olevan tuen ja hoidon tarpeita. Sen sijaan perheenjäsenten terveydentila, taloudellinen tilanne, vanhemman ja lapsen välinen suhde, vanhemman huolenaiheet ja kasvuaikeiden kokemukset eivät olleet yhteydessä neuvolan arvioihin nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta.

#### 4.1 Tulosten tarkastelua

Tulos siitä, että vanhemman muilta ihmisiltä saamalla henkisellä tuella ja avulla vanhemmuuteen on yhteys neuvolan arvioon lapsen ja tuen tarpeesta, on yhteneväinen muiden tutkimusten kanssa. Tiedetään, että sosiaalinen tuki helpottaa erilaisista kriiseistä selviytymistä (Cobb, 1976), ja että se edistää vaikeuksista selviytymistä ja vähentää stressin vaikutusta terveyteen (Cohen ym., 2000, 31-32). Useissa tutkimuksissa sen on havaittu olevan myös yhteydessä parempaan mielenterveyteen (Berkman & Kawachi, 2000; Chang, 2017; Meadows, 2011). Tässä tutkimuksessa voidaan huomata sama yhteys muun muassa vanhempien avun ja tuen saamisella sekä vanhemman terveydentilan ja mielialan välillä.

Neuvolassa kiinnitetään huomiota, onko perheellä olemassa riittävä tukiverkosto (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, 26). Mahdollisesti se, että vanhempi pystyy osoittamaan, että hänellä on lähellä ihmisiä, joihin voi tukeutua, vaikuttaa siihen, miten neuvolassa suhtaudutaan lapsen tuen ja hoidon tarpeisiin. Kun vanhemmalla on olemassa tukiverkosto, neuvolan ei kenties ole tarpeen olla niin huolissaan esimerkiksi vanhemman jaksamisesta tai lapsen kehityksestä, kuin jos verrataan tilannetta vanhempaan, jolla ei ole tukiverkosta.

Elämän merkityksellisyyden havaittiin myös olevan yhteydessä neuvolan arvioihin lapsen tuen ja hoidon tarpeesta. Kokemus elämän merkityksellisyydestä ilmentää psyykkistä hyvinvointia, ja että ihmisellä on elämässään päämääriä ja hän kokee saavansa osakseen arvonantoa (Ryff, 1989, 1071). Laajassa terveystarkastuksessa keskustellaan lapsen liittyvien asioiden lisäksi myös vanhempien hyvinvoinnista sekä yleisesti vanhempien vahvuuksista ja ilonaiheista

(Hakulinen-Viitanen ym., 2012, 37). Tämän tutkimuksen vanhemmat kokivat pääasiassa hyvin korkeaa elämän merkityksellisyyttä. Mahdollisesti se on ilmennyt myös neuvolan terveydenhoitajan kanssa keskustellessa ja kenties osoittanut vanhempien psyykkistä vahvuutta ja myönteistä elämänsäasettämistä, jolloin terveydenhoitajan ei ole "tarvinnut" huolestua lapsen kehityksestä. Lisäksi on oleellista huomioda, että vanhemman ja lapsen kokema tyytyväisyys elämään ovat myönteisesti yhteydessä toisiinsa (Hoy ym., 2013). Näin ollen terveydenhoitajat ovat ehkä voineet todeta saman yhteyden vanhempien ja nelivuotiaiden lasten välillä.

Tämän tutkimuksen vanhemmista suurimmalla osalla (81 %) oli jokin korkeakoulututkinto. Aiemmista tutkimuksista tiedetään muun muassa, että matalalla koulutustasolla on kielteinen yhteys sekä oman terveydentilan arvioon (Palosuo ym., 2007) että erilaisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyteen (Suvisaari ym., 2009). Tämän tutkimuksen vanhemmista, noin 90 % arvioivat terveydentilansa vähintään melko hyväksi. Voidaan siis siinä mielessä sanoa, että tulokset olivat aiempien tutkimusten kanssa yhteneviä: tämän tutkimuksen vanhemmat olivat korkeasti koulutautuneita ja he arvioivat terveytensä vähintään melko hyväksi. Elintasolla ja erityisesti taloudellisella tilanteella on monissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteys niin vanhempien kuin lastenkin fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Palosuo ym., 2007; Pedersen & Madsen, 2002). On siksi hieman yllättävää, ettei vanhempien arvio talouden tulojen riittävydestä ollut yhteydessä neuvolan arvioihin nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Saattaa olla, että tutkimuksen vanhempien korkea koulutustasolla on tähän jokin yhteys, sillä koulutuksen tiedetään muun muassa kohentavan yleistä elämänlaatua ja tulotasoa (Vaarama ym., 2014).

Ylisukupolvisuudella ei tässä tutkimuksessa ollut yhteyttä neuvolan arvioihin nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Muista tutkimuksista kuitenkin tiedetään muun muassa, että haitalliset siirtymät ovat yleisempiä alempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvilla ja työttömien perheissä, ja että taustalla on mahdollisesti geneettinen periytymistä, ympäristön vaikutusta sekä opitut terveyskäyttäytymisen mallit lapsena ja nuoruudessa (Costa-Font & Gil, 2013; Handley & Chassin, 2009; Pan & Han, 2017). Voi olla, että tutkittavien vanhempien

hyvinvointi on ollut niin hyvää, tai heillä ei esiintynyt tyypillisesti ylisukupolvittain siirtyviä ongelmia, ettei sen takia yhteyttä löydetty. Toisaalta voi myös olla, että tämän tutkimuksen mittaustapa ei sopinut ylisukupolvisen siirtymän mittaamiseen. Nyt tutkimuksessa muodostettiin yksi summamuuttuja kuvaamaan ylisukupolvisuutta, joka ehkä oli liian yksinkertaistettu malli.

Myöskään vanhempien huolenaiheilla ei ollut tässä tutkimuksessa yhteyttä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Huolet erosta ja vanhemmuudesta korreloivat kuitenkin neuvolan arvion kanssa ennen niiden lisäämistä lineaariseen regressioanalyysiin yhdessä vanhemman ja lapsen välisen suhteen, vanhempien saaman avun ja tuen sekä vakioidun koulutustason kanssa. Näistä tekijöistä ainoastaan vanhemman avun ja tuen saanti oli yhteydessä neuvolan arvioon. Mahdollisesti sosiaalinen tuki on toiminut suojaavana tekijänä huolenaiheille, kuten myös muissa tutkimuksissa on todettu (Cobb, 1976; Cohen ym., 2000).

Vaikka tämän tutkimuksen vanhemmat kokivat pääasiassa korkeaa hyvinvointia kaikilla tutkituilla osa-alueilla, voidaan pohtia, olisivatko tulokset olleet erilaisia, jos vanhempien kokemaa hyvinvointia olisi ollut matalampaa. Henkiset resurssit, kuten ihmisen resilienssi, voivat selittää, miten ihminen selviytyy jopa hankalista elämäntilanteista. Resilienssillä tarkoitetaan ihmisen selviytymiskykyä. Resilienssiin kuuluu olennaisesti altistuminen vakavalle uhalle tai vastoinkäymiselle ja myönteinen sopeutuminen tilanteeseen (Luthar ym., 2000, 543). Resilientit ihmiset pystyvät mukautumaan ja selviytymään hankalista tilanteista heidän "riskitekijöistään", kuten köyhyydestä tai traumalle altistumisesta, huolimatta (Masten, 2018, 13). Lisäksi resilienteillä aikuisilla on todettu olevan myös parempi subjektiivinen terveydentila (Kinnunen ym., 2012).

Resilienssin rinnalla voidaan esitellä stressin ja selviytymisstrategioiden prosessimalli, joka teorisoi perheen toimintaa stressin alla. Teorian mukaan selviytyminen tapahtuu monimutkaisessa vuorovaikutuksessa yksilön ja ympäristön välillä. Stressin ja selviytymisstrategioiden prosessimalli ottaa huomioon erilaiset selviytymisresurssit, kuten yksilön fyysinen terveys, ideologiset uskomukset,

sosiaalinen tuki ja taloudellinen tilanne. Oleellista on, että teoria olettaa yksilön käsittelevän stressiä parhaalla mahdollisella tavalla. (Armstrong ym., 2005, 270-271.) Resilienssi ja stressin ja selviytymisstrategioiden prosessimalli selittävät osaltaan, miten perheet ja yksilöt selviytyvät erilaisista elämän haasteista huolimatta. Kun otetaan nämä huomioon, voidaan todeta, ettei hypoteettinen matala hyvinvointikaan *välttämättä* olisi kaikkien tutkittavien kohdalla muuttanut tuloksia.

Saadut tulokset herättävät kuitenkin miettimään, onko neuvoloissa olemassa joitakin "sokeita pisteitä" eli asioita tai ongelmia, joita ei pystytä näkemään tai arvioimaan. Neuvolan peruseriaatteena on tunnistaa lapsen ja perheiden tuen tarve ja puuttua mahdollisiin ongelmiin mahdollisimman varhain. Tiedetään kuitenkin, että perheiden tuen tarpeen tunnistamisessa on puutteita sekä perheen itsensä että neuvolan terveydenhoitajien puolelta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004a, 98.) On esimerkiksi viitteitä siitä, että lasten psyykkisiä ongelmia, lasten seksuaalista hyväksikäyttöä, perheväkivaltaa ja päihdeongelmia tunnistetaan neuvolassa huonoiten. Lisäksi joissakin tapauksissa on todettu, että terveydenhoitaja on vältellyt huolen esiin ottamista, koska on pelännyt yhteistyösuhteen huononevan. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004a, 99.) Tällaisten vakavien ongelmien tunnistamiseksi on ehdottoman tärkeää, että neuvolan terveydenhoitajat saavat tarvitsemansa koulutuksen ongelmien tunnistamiseksi ja tukea työpaikallaan, jotta he pystyvät ottamaan aiheen puheeksi vanhempien kanssa.

Tämän tutkimuksen mukaan neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta olivat yhteydessä vanhemman saama henkinen apu ja tuki vanhemmuuteen sekä vanhemman kokemus elämän merkityksellisyydestä. Nämä tekijät olivat yhteydessä neuvolan arvioon niin, että neuvola arvioi nelivuotiaalla lapsella olevan vähemmän tuen ja hoidon tarvetta. Vaikuttaisi siltä, että neuvolassa perheen sosiaaliset ja psyykkiset resurssit on huomioitu perheen vahvuutena. Viljamaan (2003) tutkimuksen mukaan vanhemmat arvostavat neuvoloiden lapsikeskeisyyttä, mutta osa vanhemmista kaipasi enemmän vanhemmuuden tukemista. Viljamaa arvelee, että saman terveydenhoitajan kanssa työskentely äitiysneuvolasta lastenneuvolaan sekä erilaisten vertaistukiryhmien ja

tukiryhmämuotojen käyttäminen voisivat palvella niitä vanhempia, jotka kaipaavat enemmän tukea vanhemmuuteen (Viljamaa, 2003, 115-116). Koska tässä tutkimuksessa tulokset osoittivat sosiaalisen tuen olevan neuvolassa arvostettu resurssi, voidaan yhtyä Viljamaan (2003) ehdotukseen neuvolan tarjoamista monimuotoisista tukiryhmistä niille, jotka sitä tarvitsevat ja kaipaavat. Yhtenä esimerkkinä voidaan mainita myös Viljamaan (2003) ehdottama verkossa toimiva tukiryhmä.

## 4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksen vahvuutena oli kattava määrä tutkittavia. Tutkittavien otoskoko vaihteli 286:n ja 335:n välillä kysymyksen mukaan, joka on riittävä otoskoko lineaarisen regressioanalyysin toteuttamiseksi (Nummenmaa, 2009, 316). Perheen hyvinvointia tarkasteltiin Allardtin (1976) teorian mukaisesti useasta hyvinvoinnin ulottuvuudesta käsin. Näin voitiin tarkastella pienen lapsen hyvinvointia useista hänen kasvuympäristönsä tekijöistä käsin ja siten saatiin kattava käsitys sekä lapsen että koko hänen perheensä hyvinvoinnista. Tutkimus antoi uutta tietoa siitä, mitkä perheen hyvinvointiin liittyvät ulottuvuudet ovat yhteydessä neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta. Merkittävimmin esiin nousi vanhemman saaman sosiaalisen avun ja tuen yhteys neuvolan arvioon ja toiseksi vanhemman kokemus elämän merkityksellisyydestä. Koko perheen hyvinvointi on siis ainakin näiltä osin neuvolan tarkastelun alla.

Samalla on kuitenkin huomioitava, että vaikka tutkittavien otoskoko oli kattava, niin se oli koulutustason ja sukupuolen osalta hyvin homogeeninen, sillä suurin osa tutkittavista oli korkeakoulutettuja naisia (Närvi ym., 2018, 11). Naisten suurempi määrä vastaa kuitenkin neuvolan terveystarkastuksiin osallistuvien sukupuolta, vaikka neuvola kutsuukin molemmat vanhemmat paikalle (Hakulinen-Viitanen ym., 2012, 23) ja nykyään yhä useammin molemmat vanhemmista osallistuvat terveystarkastuksiin (Lammi-Taskula & Karvonen, 2014, 249). Koska suurin osa vastanneista vanhemmista olivat naisia, ei äitien ja isien vastauksia pystytty

vertailemaan. Jää siis hieman epäselväksi, olisivatko tutkimuksen tulokset olleet erilaisia, jos useampi isä olisi vastannut tutkimukseen. Lisäksi on muistettava, että nelivuotiaat lapset ovat hyvin nuoria. Heistä on ehkä joitakin tuen ja hoidon tarpeita nähtävissä, mutta selviä diagnooseja tai lausuntoja ei ollut käytettävissä. Tässä tutkimuksessa oli käytettävissä vain yksi neuvolan arvio lasten tuen ja hoidon tarpeesta, jolloin voi olla, ettei kokonaiskuvaa lapsen hyvinvoinnista tiedetä.

### 4.3 Jatkotutkimushaasteet

Koska tämän tutkimuksen aineisto on saatu kansallista tiedonkeruuta pilotoivasta *Nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä terveys, hyvinvointi ja palvelut* -kyselytutkimuksesta (NEVA), voisi olla mielenkiintoista toteuttaa samankaltainen tutkimus suuremmalla ja oletettavasti heterogeenisemmällä otoksella. Tällöin olisi mahdollista myös verrata, kuinka suuri vaikutus esimerkiksi koulutustaustan samankaltaisuudella oli tämän tutkimuksen tuloksiin. Samoin, jos tutkittavissa olisi tasaisemmin sekä äitejä että isiä, voitaisiin tuloksia verrata keskenään esimerkiksi sosiaalisen tuen tulosten kohdalla. Tällöin saataisiin tietoa siitä, onko sosiaalisella tuella erilainen merkitys äideille ja isille.

Edellä myös pohdittiin, olisivatko tulokset olleet erilaiset, jos tutkittavien kokemus hyvinvointi olisi ollut matalampaa. Resilienssi tuo mielenkiintoisen näkökulman hyvinvointiin. Jonkinlainen kahden hyvinvointiryhmän vertailu suhteessa esimerkiksi neuvolan arvioon nelivuotiaiden lasten tuen ja hoidon tarpeesta voisi tuottaa mahdollisesta vanhemman resilienssistä tärkeää tietoa.

Viimeisenä mainittakoon vielä neuvolan nykyisen tilanteen tutkiminen. Tulosten tarkastelun yhteydessä käsiteltiin neuvolan "sokeita pisteitä", joista ei kovin paljon onnistuttu löytämään tietoa ja se, mitä löydettiin, oli peräisin 2000-luvun alkupuolelta. Mitä ovat siis neuvolan nykyiset "sokeat pisteet" vai onko niitä? Millaisia haasteita neuvola kokee tänä päivänä? Mitä sanottavaa perheillä on tämän päivän neuvolasta?

## 5 LÄHTEET

- Aalto, A., Aro, S., Aro, A. R. & Mähönen, M. (1995). *Rand 36-item health survey 1.0. suomenkielinen versio terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselystä*. Helsinki: Stakes.
- Allardt, E. (1976). *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Porvoo, Helsinki: WSOY.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S. & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269-281.  
doi://dx.doi.org/10.1007/s10826-005-5054-4
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Butterworth, P., Leach, L., Pirkis, J. & Kelaher, M. (2012). Poor mental health influences risk and duration of unemployment: A prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1013-1021. doi:10.1007/s00127-011-0409-1
- Chang, Y. E. (2017). Pathways from mothers' early social support to children's language development at age 3. *Infant and Child Development*, 26(6), 1-22.  
doi://dx.doi.org/10.1002/icd.2025
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003

- Cohen, S., Underwood, L. G. & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Costa-Font, J. & Gil, J. (2013). Intergenerational and socioeconomic gradients of child obesity. *Social Science & Medicine*, 93, 29.  
doi://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.035
- Demirchyan, A., Petrosyan, V. & Thompson, M. E. (2012). Gender differences in predictors of self-rated health in armenia: A population-based study of an economy in transition. *International Journal for Equity in Health*, 11, 67.  
doi://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1186/1475-9276-11-67
- Erola, J., Jalonen, S. & Lehti, H. (2016). Parental education, class and income over early life course and children's achievement. *Research in Social Stratification and Mobility*, 44(44), 33-43. doi:10.1016/j.rssm.2016.01.003
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research.&nbsp;    
*Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Flint, E., Bartley, M., Shelton, N. & Sacker, A. (2013). Do labour market status transitions predict changes in psychological well-being?
- Goswami, H. (2012). Social relationships and children's subjective well-being. *Social Indicators Research*, 107(3), 575-588. doi://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9864-z

- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. (2012). *Laaja terveystarkastus: Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon*. Opas 22 Anonymous THL.
- Handley, E. D. & Chassin, L. (2009). Intergenerational transmission of alcohol expectancies in a high-risk sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 675-682.
- Heiman, T. & Berger, O. (2008). Parents of children with asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 29(4), 289-300.  
doi://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2007.05.005
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. & Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: A long term prospective study in eastern finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 55(4), 227-232.  
doi:10.1136/jech.55.4.227
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146. doi:10.1007/BF01107897
- Hoy, B., Suldo, S. & Mendez, L. (2013). Links between parents' and children's levels of gratitude, life satisfaction, and hope. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1343-1361. doi:10.1007/s10902-012-9386-7

Huttunen, J. (2018). Lääkärikirja duodecim: Mitä terveys on? Haettu osoitteesta

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)

Iwasaki, Y. (2007). Leisure and quality of life in an international and multicultural

context: What are major pathways linking leisure to quality of life? *Social*

*Indicators Research*, 82(2), 233-264. doi://dx.doi.org/10.1007/s11205-006-9032-z

Iwasaki, Y. (2008). Pathways to meaning-making through leisure-like pursuits in

global contexts. *Journal of Leisure Research*, 40(2), 231-249.

doi://dx.doi.org/10.1080/00222216.2008.11950139

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to

flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

doi:10.2307/3090197

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? investigating axioms of

the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

73(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539

Kinnunen, M., Feldt, T., Kokko, K., Tolvanen, A., Kinnunen, U., Leppänen, E. &

Pulkkinen, L. (2012). Personality profiles and health: Longitudinal evidence

among finnish adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 512-522.

doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00969.x

- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A. & Feldt, T. (2013). Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 99-114. doi:10.1007/s10902-011-9318-y
- Kontula, O. (2013). Yhdessä vai erikseen?  
tutkimus suomalaisten parisuhteiden vahvuuksista,  
ristiriidoista ja erojen syistä. perhebarometri 2013. *Väestöntutkimuslaitos – Katsauksia E47/2013*,
- Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (2014). Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. ().  
Helsinki: THL.
- Lee, C. S., Anderson, J. R., Horowitz, J. L. & August, G. J. (2009). Family income and parenting: The role of parental depression and social support. *Family Relations*, 58(4), 417-430. doi://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1111/j.1741-3729.2009.00563.x
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.  
doi:10.1111/1467-8624.00164
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31.  
doi:10.1111/jftr.12255

- Meadows, S. O. (2011). The association between perceptions of social support and maternal mental health: A cumulative perspective. *Journal of Family Issues*, 32(2), 181-208. doi://dx.doi.org/10.1177/0192513X10375064
- Minnes, P., Perry, A. & Weiss, J. A. (2015). Predictors of distress and well-being in parents of young children with developmental delays and disabilities: The importance of parent perceptions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(6), 551-560. doi:10.1111/jir.12160
- Närvi, J., Lammi-Taskula, J., Hietamäki, J., Malander, J. & Repo, K. (2018). Nelivuotiaiden lasten hyvinvointi ja palvelut: CHILDCARE-hankkeen NEVA-kyselytutkimuksen tuloksia viidestä kunnasta. Helsinki: THL.
- Nummenmaa, L. (2009). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät* (3.). Helsinki: Tammi.
- Paananen, R. & Gissler, M. (2014). Hyvinvointi ulottuu yli sukupolvien. Teoksessa J. Lammi-Taskula & S. Karvonen (toim.), *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. (). Helsinki: THL.
- Paananen, Räikkönen, E. & Karila, K. (2018). Yksivuotiaiden lasten huoltajien subjektiivisen varhaiskasvatusoikeuden rajaamiseen liittyvät asenteet ja niitä selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka*, 83(4), 360-373.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., . . . (toim.). (2007). *Terveysten eriarvoisuus suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen*

*muutokset*

1980–2005 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

- Pan, J. & Han, W. (2017). Exploring the intergenerational persistence of health behaviour: An empirical study of smoking from china. *BMC Public Health*, 17, n/a. doi://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4480-8
- Pedersen, C. R. & Madsen, M. (2002). Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: A comparative study in five nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 56(11), 861-867. doi:10.1136/jech.56.11.861
- Poutiainen, H., Hakulinen, T., Maki, P. & Laatikainen, T. (2016). Family characteristics and parents' and children's health behaviour are associated with public health nurses' concerns at children's health examinations. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 584-595. doi://dx.doi.org/10.1111/ijn.12478
- Powdthavee, N. & Vignoles, A. (2008). Mental health of parents and life satisfaction of children: A within-family analysis of intergenerational transmission of well-being. *Social Indicators Research*, 88(3), 397-422. doi://dx.doi.org/10.1007/s11205-007-9223-2
- Russell, M., Harris, B. & Gockel, A. (2008). Parenting in poverty: Perspectives of high-risk parents. *Journal of Children and Poverty*, 14(1), 83-98. doi:10.1080/10796120701871322

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Shen, C., Schooling, C. M., Chan, W. M., Zhou, J. X., Johnston, J. M., Lee, S. Y. & Lam, T. H. (2014). *Self-rated health and mortality in a prospective chinese elderly cohort study in hong kong* Preventive Medicine 67 Anonymous
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2004a). *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena: Opas työntekijöille* Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14 Anonymous . Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2004b). *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille.* Anonymous . Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011.* Anonymous . Helsinki: STM:n julkaisuja 2008:16.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet*. Anonymous . Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.

Stewart, A., Hays, R. & Ware, J. (1988). The MOS short form general health survey: Reliability and validity in a patient population&nbsp;*Medical Care*, (26), 724-735.

Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S. I., Perälä, J., . . . Lönnqvist, J. (2009). Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine*, 39(2), 287-99.  
doi://dx.doi.org/10.1017/S0033291708003632

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. (6 th). Boston: Pearson Education.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2015). Hyvinvointi. Haettu osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423. doi:10.1037/0022-006X.54.4.416

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. (toim.). (2014). *Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen*. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M. & Meriläinen, S. (toim.). (2010). *Suomalaisten*

*kokema*

*elämänlaatu nuoruudesta*

*vanhuuteen*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vauhkonen, T., Kallio, J. & Erola, J. (2017). Sosiaalisen huono-osaisuuden

ylisukupolvisuus suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 5(82)

Viljamaa, M. A. (2003). *Neuvola tänään ja huomenna. vanhemmuuden tukeminen,*

*perhekeskeisyys ja vertaistuki*. ProQuest Dissertations Publishing.

World Health Organization. (1998). *Annotated bibliography of the WHO quality of life*

*assessment instrument - WHOQOL* Encyclopedia of American Studies Anonymous

World Health Organization. (2018). About WHO. Haettu osoitteesta

<http://www.who.int/about/mission/en/>

## 6 LIITTEET

### Liite 1. Huolenaiheiden faktorirakenne.

Huolenaiheet	1. Vanhemmuuden huolet	2. Eroon liittyvät huolet
Omien vanhempana olemisen taitojen riittävyys	<b>0,84</b>	-0,11
Oma jaksaminen	<b>0,62</b>	0,18
Maltin menettäminen ristiriitatilanteessa lapsen kanssa	<b>0,78</b>	-0,05
Yksinäisyys tai vastuun kantaminen yksin huoltajana	0,04	<b>0,92</b>
Lapsen tapaamisjärjestelyt	-0,08	<b>0,50</b>