

**VANHEMPIEN MINÄPYSTYVYYDEN MUUTOS
MENTALISAATIOPERUSTEISEN PERHEINTERVENTION AIKANA**

Satu Willgren

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2023

TIIVISTELMÄ

Willgren, S. 2023. Vanhempien minäpystyvyyden muutos mentalisaatioperusteisen perheintervention aikana. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden tutkimuskeskuksen pro gradu -tutkielma, 45 s., 1 liite.

Lasten ylipaino ja lihavuus yleistyvät huolestuttavasti kehittyneissä maissa ja niistä on tullut kansanterveydellinen ongelma myös meillä Suomessa. Vanhemmat ovat avainasemassa lasten terveellisten elintapojen mahdollistajina. Kyvykäs vanhemmuus takaa lapselle suotuisan kasvuympäristön ja riittävän kyvykkään vanhemmuuden keskeisimpänä tekijänä on pidetty vanhemman kokemusta hänen minäpystyvyydestään.

Tässä määrällisessä tutkimuksessa selvitettiin ylipainoisten lasten vanhempien minäpystyvyyden muutosta mentalisaatioperusteisen perheintervention aikana. Tutkimuksessa selvitettiin minäpystyvyyden muutosta alku- ja loppumittausten välisinä keskiarvo- ja mediaanieroina. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös vanhempien sukupuolen ja interventioryhmän toteutumisajankohdan vaikutuksia minäpystyvyyden muutokseen. Tutkimusaineisto on osa Aamos Kuntoutus- ja terapiapalveluiden Lapsen arvokas keho - kehittämishankkeessa vuosina 2022–2023 vanhemmilta kerättyä aineistoa.

Tutkimukseen osallistui 11 vanhempaa, joilla oli ylipainoinen 7–12-vuotias lapsi. Äitejä tutkimukseen osallistui seitsemän ja isä neljä. Lapsista kymmenen oli poikia ja yksi oli tyttö. Vanhemmat olivat iältään 33–52-vuotiaita. Vanhemmat osallistuivat hankkeen perheinterventioihin. Vanhemmat täyttivät vanhemman minäpystyvyyttä mittaavan kyselymittarin intervention alussa ja lopussa. Alkumittaukset tehtiin heinä- ja elokuussa 2022 ja loppumittaukset tammikuussa 2023. Minäpystyvyyttä mitattiin vanhemmuuden minäpystyvyyttä mittaavalla PSE-kyselymittarilla, josta muodostettiin minäpystyvyyttä kuvaavat summamuuttujat alku- ja loppumittauspisteissä. Aineiston analysointi suoritettiin Wilcoxonin testillä ja ohjelmistona käytettiin IBM SPSS Statistics 28.0 ohjelmistoa.

Tulosten mukaan interventio ei muuttanut vanhempien minäpystyvyyttä tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,414$). Intervention aikana kuuden tutkittavan minäpystyvyys lisääntyi, neljän väheni ja yhden pysyi ennallaan. Tutkittavien minäpystyvyyden muutospisteet vaihtelivat alku- ja loppumittauspisteen välillä (-)8 ja (+)10 pisteen välillä. Tutkittavien pistemuutoksen keskiarvo oli ($\bar{x}=1,09$, $Md=1,00$). Isien pistemuutoksen keskiarvo ($\bar{x}=2,25$, $Md=0,00$) oli suurempi kuin äitien ($\bar{x}=0,43$, $Md=1,00$) ja arkisin kokoontuneen ryhmän pistemuutoksen keskiarvo ($\bar{x}=1,33$, $Md=1,00$) oli viikonloppuisin kokoontunutta ryhmää ($\bar{x}=0,80$, $Md=-1,00$) suurempi.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että yksilökohtaiset erot tutkittavien minäpystyvyydessä sekä perheintervention aikana tapahtuneissa minäpystyvyyden muutospisteissä olivat suuria. Sen vuoksi minäpystyvyyserojen huomioiminen interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa olisi jatkossa tärkeää. Intervention toteutumisajankohta vaikutti tutkittavien interventioon sitoutumiseen. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta isommilla otoskoilla ja pidemmällä seuranta-ajalla toteutuneista perheinterventiotutkimuksista.

Asiasanat: minäpystyvyys, vanhemmuus, ylipainoinen lapsi, perheinterventio, mentalisaatio

ABSTRACT

Willgren, S. 2023. Change in parents' self-efficacy during a mentalization-based family intervention. The Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 45 pp., 1 appendix.

Childhood overweight and obesity are becoming alarmingly common in developed countries and have become a public health problem. Finland is not an exception. Parents have a key role to play in enabling children to lead healthy lifestyles. Competent parenting provides a favourable environment for children to grow up in, and the central factor of sufficiently competent parenting has been considered to be the parent's experience of his or her self-efficacy.

This quantitative study researched the change in self-efficacy of parents of overweight children during a family intervention based on mentalization. The study investigated the change in self-efficacy as the difference means and medians between the initial and final measurements. The study also examined the effects of parents' gender and the time of implementation of the intervention group on the change in self-efficacy. The research material is part of the material collected from parents in the 2022-2023 project Lapsen arvokas keho of the Aamos Kuntoutus ja terapiapalvelut.

11 parents, who had an overweight 7–12-year-old child, participated in the study. There were seven mothers and four fathers in participants. Ten of the parents' children were boys and one was a girl. The parents were 33-52 years old. The parents participated in the project's family interventions. Parents filled out a questionnaire measuring parental self-efficacy at the beginning and at the end of the intervention. The initial measurements were made in July and August 2022 and the final measurements in January 2023. Self-efficacy was measured with the PSE- questionnaire measuring parenting self-efficacy, from which variables of sum describing self-efficacy were formed from the initial and final measurement points. The data was analysed with IBM SPSS Statistics 28.0 software and the methods used were Wilcoxon's test.

According to the results, the intervention did not change the parents' self-efficacy statistically significantly ($p=0.414$). During the intervention, the self-efficacy of six parents increased, four decreased and one remained unchanged. The participants' self-efficacy change scores varied between (-)8 and (+)10 points between the initial and final measurement points. The mean score change for all subjects was ($\bar{x}=1.09$, $Md=1,00$). The average score change of fathers ($\bar{x}=2.25$, $Md=0,00$) was higher than that of mothers ($\bar{x}=0.43$, $Md=1,00$) and the average score change of the group that gathered on weekdays ($\bar{x}=1.33$, $Md=1,00$) was higher than the group that gathered on weekends ($\bar{x}=0.80$, $Md=-1,00$).

The results show that there were considerable individual differences in the self-efficacy of the participants and in the change points in self-efficacy during the family intervention. Therefore it would be important to take these differences into account in the design and implementation of interventions. The timing of the intervention influenced the participants' engagement in the intervention. In the future, more research on the family intervention studies with larger sample sizes and longer follow-up periods is needed.

Key words: self-efficacy, parenthood, overweight child, family intervention, mentalization

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	LASTEN YLIPAINOISUUS	2
2.1	Lapsen ylipaino ja lihavuus	2
2.2	Lapsen ylipainon ja lihavuuden määrittely.....	2
2.3	Lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys Suomessa.....	3
2.4	Lasten ylipainon ja lihavuuden taustat	4
3	KYVYKÄS VANHEMMUUS	5
3.1	Vanhemmuuden käsite	5
3.2	Ylipainoisen lapsen vanhemmuus	6
3.3	Vanhemman minäpystyvyys	7
3.4	Minäpystyvyyden muutos ja tutkimuksissa käytetyt mittarit	8
4	MENTALISAATIO	11
4.1	Mentalisaation teoreettinen käsite	11
4.2	Mentalisaatio vanhemmuudessa.....	11
4.3	Mentalisaatioperusteinen toimintamalli vanhemmuuden tukemisessa.....	12
5	PERHEINTERVENTIOT LASTEN PAINONHALLINNAN TUKEMISESSA.....	14
5.1	Perheinterventiot aiemmissä tutkimuksissa	14
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
7.1	Tutkimusasetelma.....	18
7.2	Intervention kuvaus	19
7.3	Tutkittavat.....	21
7.4	Tulosmuuttujan kuvaus	22
7.5	Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti.....	23

7.6 Tilastolliset menetelmät.....	24
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	26
8.1 Tutkittavien lähtötason ominaisuudet.....	26
8.2 Minäpystyvyys	26
8.3 Katoanalyysi	29
9 POHDINTA.....	31
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	31
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	33
9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	
Liite 1: PSE-mittari	

1 JOHDANTO

Lasten ylipaino ja lihavuus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma Suomessa ja sen esiintyvyys on lisääntynyt voimakkaasti viimeisten vuosikymmenten aikana (Väisänen ym. 2013; Fogelholm 2011). Lapsen ylipainolla ja lihavuudella on yhteys lapsen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Käypä hoito-suositus 2020). Lasten ylipainon ja lihavuuden taustat liittyvät usein lapsen yksilöllisiin sekä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Perheen elintavoilla, vanhempien voimavaroilla sekä kasvatuskäytännöillä on myös erittäin merkityksellinen rooli lasten ylipainon taustatekijöinä (Lagerström 2006).

Vanhemmuuden laatu vaikuttaa Johnsonin ym. (2014) mukaan lapsen hyvinvointiin ja lisäksi Faithin ym. (2003) sekä Westin ym. (2010) tutkimusten mukaan sillä voi olla yhteyttä lapsuusiän lihavuuteen. Riittävän kyvykäs vanhemmuus takaa lapselle suotuisan kasvu- ja kehitysympäristön. Kyvykkään vanhemmuuden merkittävimpänä tekijänä on Johnsonin ym. (2014) sekä Colemanin ja Karrakerin (1998) mukaan vanhemman kokemus hänen minäpystyvyydestään (self-efficacy). Vanhemman minäpystyvyys ilmenee vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen laadussa sekä vanhemman toteuttamissa kasvatuskäytännöissä (van Rijen ym. 2014; Jones & Printz 2005). Vanhemman minäpystyvyyden on arvioitu olevan yksi tärkeä tekijä lasten painonhallintaan liittyvien perheinterventioiden toiminnan ja tutkimuksen kohde (Döring ym. 2021; Jones & Prinz 2005).

Mentalisaatioon pohjautuvilla toimintamalleilla pyritään vahvistamaan vanhempien vanhemmuustaitoja. Mentalisaation vahvistamiseen pohjautuvien toimintamallien käytön on havaittu Camoiranon (2017) sekä Souranderin ym. (2021) tutkimusten mukaan vahvistavan vanhempien minäpystyvyyttä, riittävän hyvän vanhemmuuden syntymistä ja toteutumista sekä lapsen turvallisen kiintymyssuhteen syntymistä. Näiden vanhemmuutta vahvistavien vaikutustensa vuoksi mentalisaation vahvistamiseen tähtäävät toimintamallit ovat tärkeitä tutkimuskohteita vanhemmuuden tukemisessa (Sourander ym. 2021).

Tämän pro gradututkielman tarkoituksena on selvittää, missä määrin ylipainoisten lasten vanhempien minäpystyvyys muuttui mentalisaatioperusteisen perheintervention aikana.

Pro gradu- tutkielmaa tehdään yhteistyössä Aamos Kuntoutus- ja terapiapalveluiden Lapsen arvokas keho -kehittämishankkeen kanssa.

2 LASTEN YLIPAINOISUUS

2.1 Lapsen ylipaino ja lihavuus

Lasten ylipaino ja lihavuus ovat huolestuttavasti yleistyneet maailmanlaajuisesti viimeisten vuosikymmenien aikana (Dinkel ym. 2017; Bagherniya ym. 2018; MacPhee 2008). Lasten ylipainosta ja lihavuudesta on aikuisten ylipainon ja lihavuuden ohella tullut Väisäsen ym. (2013) sekä Fogelholmin (2011) mukaan merkittävä kansanterveydellinen ongelma myös Suomessa. Lasten ylipaino ja lihavuus on kehittyneissä maissa yleisintä Pohjois-Amerikassa ja vähäisintä Itä-Euroopan maissa (Dzielska ym. 2020). WHO:n (2022) raportin mukaan miltei joka kolmas eurooppalainen lapsi on ylipainoinen tai lihava. THL:n (2021) tilastoraportin mukaan suomalaisten lasten ylipainon ja lihavuuden yleisyys on korkealla tasolla ja Dzielskan ym. (2020) mukaan se on keskimäärin eurooppalaista tasoa.

Ylipainolla ja lihavuudella on yhteys lapsen kokonaisvaltaiseen psykososiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin ja lisäksi lihavuuden on todettu olevan yhteydessä myös sydän ja verisuonisairauksien riskin lisääntymiseen aikuisuudessa (Borrel ym. 2013; Käypä hoitosuositus 2020). Vaikka useat haittavaikutukset terveydessä näkyvätkin usein vasta vuosien päästä aikuisiällä, voi lapsella olla terveydellisiä haasteita esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta sekä psykososiaalisia ongelmia jo lapsuusiässä (Käypä hoitosuositus 2020). Fogelholmin (2005) sekä Borrelin ym. (2013) mukaan lasten ylipainon ja lihavuuden tuomat haasteet voivat näkyä lapsen arjessa mm. koulukiusaamisena, itsetunto-ongelmina, heikentyneenä fyysisenä toimintakykynä sekä unettomuutena.

2.2 Lapsen ylipainon ja lihavuuden määrittely

Lasten ylipainon ja lihavuuden arviointimenetelmät perustuvat joko pituuspainon (pituuteen suhteutettu paino) tai painoindeksiin BMI (Body mass index) määrittämiseen (Saari ym. 2011, Styne ym. 2017). Suomessa yleisimmin käytetty määritelmä perustuu lapsen pituuspainon määrittämiseen. Pituuspaino kuvaa lapsen painoa verrattuna samaa sukupuolta olevien samanpituisten suomalaisten lasten keskipainoon (Käypä hoito-suositus 2020). Ylipainossa pituusprosentti yli 7- vuotiailla on +20–40 % ja lihavuudessa yli 40 % (Käypä hoito-suositus 2020). Kansainvälisesti käytetyin menetelmä lasten ylipainon ja lihavuuden arvioinnissa on

painoindeksin määrittäminen, joka antaa viitteitä myös rasvakudoksen määrästä lapsilla. Lapsen painoindeksi eli BMI-arvo voidaan muuttaa myös ISO-BMI:ksi eli painoindeksiksi, joka kuvaa sitä painoindeksiä, joka lapsella tulisi olemaan aikuisena, mikäli hänen painon kehityksensä jatkuisi samalla tavalla. Mikäli käytetään ISO-BMI:tä, niin tällöin voidaan soveltaa aikuisten ylipainon ja lihavuuden rajoja. Nämä rajat ovat ylipainon osalta ISO-BMI yli 25 kg/m² ja lihavuuden ISO-BMI yli 30 kg/m² (Käypä hoito-suositus 2020).

TAULUKKO 1. Lasten ylipainon ja lihavuuden määritelmät Suomessa (Käypä hoito-suositus 2020).

	Ylipaino	Lihavuus
ISO-BMI (≥ 2 v)*	25–29,9 kg/m ²	≥ 30 kg/m ²
Pituuspaino < 7 v	10–20 %	> 20 %
Pituuspaino ≥ 7 v	20–40 %	> 40 %

* Yli 2-vuotiailla lapsilla ISO-BMI (aikuista vastaava painoindeksi) kuvaa painoindeksiä, joka lapsella on tulevaisuudessa aikuisena, jos hänen painoindeksinsä pysyy ikätovereihin verrattuna samalla tasolla.

2.3 Lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys Suomessa

Vuorelan (2011) väitöskirjan mukaan lapsuusiässä alkanut ylipaino jatkuu usein myös nuoruuteen ja aikuisuuteen. Lihavat lapset ovat lihavia myös nuorina ja lihavat nuoret ovat lihavia myös aikuisina. THL:n (2021) tilastoraportin mukaan ylipaino ja lihavuus ovat suomessa pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Ylipainoisia (BMI >25) oli 2–16 vuotiaista pojista 29 prosenttia ja tyttöjä vastaavasti 19 prosenttia. Lihavia (BMI >30) oli pojista 8 prosenttia ja tytöistä 4 prosenttia. Ylipainon ja lihavuuden yleisyys vaihtelee myös sairaanhoitopiireittäin suomessa. Ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys on vähäisintä Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiireissä ja yleisintä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Voidaan siis sanoa, että ylipaino ja lihavuus ovat lapsilla yleisempiä maaseudulla kuin kaupungeissa ja taajamissa. Erot olivat noin 10 prosentin luokkaa vähäisimmän ja yleisimmän esiintyvyyden välillä (pojat 24/35 % ja tytöt 15/22 %). THL:n vuoden 2021 tilastot perustuvat perusterveydenhuollon hoitoilmoituksista (Avohilmo) saatuihin lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa mitattuihin pituus- ja painotietoihin.

2.4 Lasten ylipainon ja lihavuuden taustat

Pohjimmiltaan lasten ja nuorten ylipainossa sekä lihavuudessa on kyse liiallisen energian saannin ja liian vähäisen energian kulutuksen suhteesta (Väisänen ym. 2013). Lasten ylipainon ja lihavuuden taustat ovat hyvin moninaiset. Taustalla voi olla Lagströmin (2006) mukaan useita erilaisia yksilöllisiä sekä yhteiskunnallisia tekijöitä. Taustalla on usein perheen elintapoihin, vanhempien voimavaroihin ja kasvatuskäytäntöihin liittyviä tekijöitä. Lisäksi psykososiaaliset tekijät, perintötekijät sekä elinympäristön muuttuminen vähemmän energiaa kuluttavaksi ovat usein lasten ja nuorten ylipainoon sekä lihavuuteen taustalla. Myös perheen taloudellisilla tekijöillä ja vanhempien koulutuksellisilla tekijöillä on merkitystä perheen elintapoihin ja sitä myöten lasten ylipainoon ja lihavuuteen. Lisäksi vanhempien oman ylipainoisuuden on todettu olevan merkittävä riskitekijä lapsen ylipainoisuudelle (Reilly ym. 2005; Vakkila 2005).

Vanhemmilla on erittäin tärkeä ja merkityksellinen rooli lasten ylipainon ja lihavuuden hoidossa, sillä he toimivat perheen ravitsemuksellisten ja liikunnallisten elintapojen mahdollistajina ja tukijoina (Epstein 2012; Magarey ym. 2011; Faith ym. 2012; Väisänen ym. 2013). Väisänen ym. (2013) tutkimuksen mukaan vanhempia motivoivat elintapojen muuttamiseen tiedot ylipainon aiheuttamista terveysriskeistä, käytännönläheiset ruokavalio-ohjeistukset, vertaistuki muilta perheiltä, positiivinen palaute sekä laihtumisesta saatavat terveyshyödyt. Näiden lisäksi vanhempien motivoitumista edistivät lapsen elämänlaadun ja onnellisuuden kokemuksen kohentuminen sekä kiusaamisen vähentyminen (Väisänen ym. 2013).

Lapsille suunnatun lihavuuden käypä hoito-suosituksen mukaan lasten ylipainon ja lihavuuden hoidossa tärkeintä on lapsen ja koko perheen elintapojen muuttaminen terveyttä edistäväksi ja tässä toiminnassa tulee tukea ja huomioida koko perhettä (Käypä hoito-suositus 2020). Elintapaohjaus ja elintapahoito toimivat sekä ennaltaehkäisevänä toimintana että varsinaisena hoitomuotona lasten ylipainon ja lihavuuden kontekstissa.

3 KYVYKÄS VANHEMMUUS

3.1 Vanhemmuuden käsite

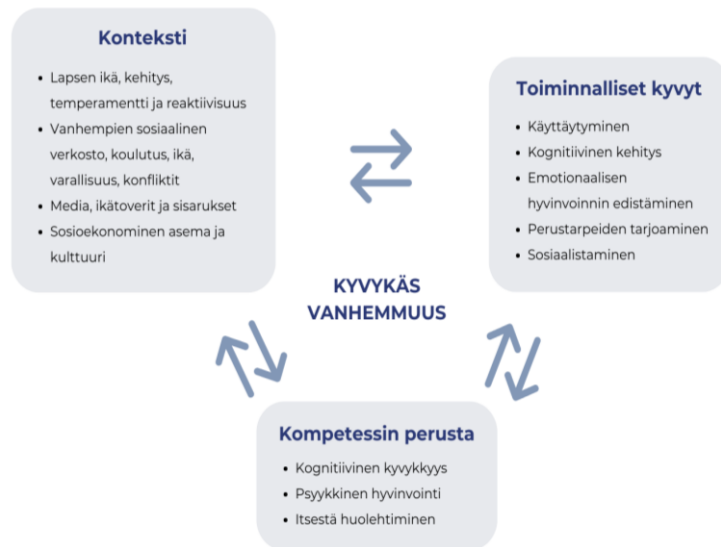
Vanhemmuuden käsitteelle on ominaista sen moninaisuus sekä epämääräisyys, eikä sille ole olemassa yksiselitteistä määritelmää tai viitekehystä (Hoghughi 2002; Johnson ym. 2014). Vanhemmuus voi olla juridista-, biologista-, psyykkistä tai sosiaalista vanhemmuutta (Vileń ym. 2014). Perinteisen kasvattamisen (parenting) käsitteen rinnalle on viime vuosien aikana tullut vanhemmuuden (parenthood) käsite. Kasvattamisen käsitteellä kuvataan vanhemman käytännön toimintaa ja kasvatuskäytäntöjä vanhempana. Vanhemmuuden käsitteellä kuvataan sen sijaan laaja-alaisesti lapsen ja vanhemman välillä tapahtuvaa vuorovaikutusta, vanhemman yksilöllistä tapa toimia vanhempana sekä vanhemman omaa henkilökohtaista vanhemmuuden kasvuprosessia (Johnson ym. 2014; Salo 2011).

Vanhempien kokemusten mukaan he tuntevat usein riittämättömyyttä omassa vanhemmuudessaan (Lammi-Taskula 2014; Bardy 2002). Vanhemmat kokevat, että haastavimpia asioita vanhemmuudessa on kasvattajana olemisen epävarmuus, epävarmuuden sietäminen sekä johdonmukaisessa kasvatuksessa ja rajojen asettamisessa pysyminen. Näiden tekijöiden lisäksi vanhemmat kokevat huolestuneisuutta omasta onnistumisestaan ja jaksamisestaan vanhemmuuden tehtävässä (Lammi-Taskula 2014; Määttä & Rantala 2010).

Sosioekonomiset tekijät vaikuttavat vanhempien kokemaan elämänlaatuun ja näin ollen sosioekonomiset tekijät osaltaan vaikuttavat myös vanhemmuuteen (Emerson ym. 2010; Smith & Grzywacs 2014). Yksilökeskeinen ja länsimainen kulttuurimme yksinpärjäämisen tavoitteluneen on Roskamin ym. (2021) mukaan riski vanhempien uupumiselle ja vanhemmuuden haasteellisuutta voivat lisätä myös sosiaalisen tuen sekä tukiverkoston puute (Roskam ym. 2021; Leahy-Warren ym. 2012).

Vanhemmuuden laadun on todettu vaikuttavan lapsen hyvinvointiin, mutta riittävän laadukkaan vanhemmuuden yhtenäiset määritelmät ja kriteerit puuttuvat (Johnson 2014). Kyvykkäällä eli kompetentilla vanhemmuudella tarkoitetaan vanhemman riittävää toimintakykyä vanhempana. Vanhemmuuden kompetenssiin voidaan määritellä kuuluvaksi myös lapsen kanssa arjessa tapahtuvat vanhemman vuorovaikutukselliset ja kasvatukselliset käytännöt ja toimintatavat (Neitola 2011). Kyvykästä vanhemmuutta voidaan kuvata ja määritellä myös vanhemmuuden

taitojen (parenting skills) avulla, jolloin nähdään, että riittävän kyvykäs vanhemmuus nähdään vanhemman riittävinä tiedollisina ja taidollisina vanhemmuuden valmiuksina. Näiden tekijöiden lisäksi vanhemmalla tulisi olla riittävän hyvä henkinen hyvinvointi sekä itsestä huolehtimisen taito (Johnson ym. 2014). Johnsonin ym. (2014) kehittämässä kyvykkään vanhemmuuden mallissa on keskiössä vanhemman henkilökohtainen henkinen kasvuprosessi sekä siihen vaikuttavat ympäristöön liittyvät tekijät ja sosiaaliset suhteet. Kuvassa 1 on kuvattu Johnsonin ym. (2014) luoman kyvykkään vanhemmuuden malli.



KUVA1. Kyvykkään vanhemmuuden malli Johnsonia ym. (2014) mukailleen.

3.2 Ylipainoisen lapsen vanhemmuus

Ylipainoisen lapsen vanhemmuuteen saattaa liittyä monenlaisia vanhemmuutta kuormittavia tekijöitä. Lasten ylipaino koetaan usein herkkänä asiana ja siihen saattaa liittyä häpeää ja syyllisyyttä. Vanhemmat joutuvat usein miettimään, miten ylipainosta puhutaan ja miten sitä käsitellään lapsen kanssa. Sydänliiton Neuvokasperheen (2021) tekemässä haastattelukyselyssä ylipainoisten lasten vanhemmat kaipasivat tukea vanhemmuuteensa sekä tietoa lapsen ylipainoon liittyvistä terveysriskeistä. He toivoivat myös keinoja teoreettisten ohjeiden viemisestä käytännön arkipäivään. Lisäksi he kaipasivat vertaistukea toisilta samassa tilanteessa olevilta vanhemmilta. Näiden edellä mainittujen vanhempien toiveiden on myös Väisäsen ym. (2013) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todettu olevan merkittäviä vanhempien motivoitumista lisääviä tekijöitä lasten elintapojen muuttamisessa.

Myös aiemmissa tutkimuksissa vanhempien on todettu toivovan tukea toisilta samassa elämäntilanteessa olevilta vanhemmilta (Rodriquez ym. 2010; Armstrong ym. 2019; Roskam ym. 2021). Vertaistuen on todettu vahvistavan vanhempien kokeman minäpystyvyyden sekä voimaantumisen tunteita mm. Rodriquezin ym. (2010), Shillingin ym. (2013) sekä Armstrongin ym. (2019) tutkimuksissa. Armstrongin ym. (2005) mukaan vertaistuessa vanhemmat saavat tiedollista ja käytännön apua sekä emotionaalista henkistä tukea toisiltaan. Uudenlaiset tiedot ja taidot auttavat vanhempia erilaisten näkökulmien havaitsemisessa ja nämä uudet näkökulmat saattavat auttaa vanhemmuuteen liittyvien asioiden ratkaisemisessa. Vertaistuessa vanhempien sosiaaliset verkostot myös laajenevat. Vertaistuki voi tarjota vanhemmille kokemuksia, että haasteellisista asioista ja tilanteista huolimatta he ovat hyviä vanhempia, sillä muillakin vanhemmilla on samankaltaisia tilanteita tai kokemuksia vanhemmuudessa (Shilling ym. 2013).

3.3 Vanhemman minäpystyvyys

Kyvykkään vanhemmuuden keskeisimpänä tekijänä on Johnsonin ym. (2014) sekä Colemanin ja Karrakerin (1998) mukaan pidetty vanhemman omaa kokemusta ja näkemystä hänen minäpystyvyydestään. Minäpystyvyys on Banduran sosiaalis-kognitiivisen teorian mukaan keskeinen determinantti eli määrittävä tekijä ihmisen käyttäytymisen ja mahdollisen käyttäytymisen muutoksen taustalla. Banduran (1986) teoriassa käyttäytymiseen vaikuttavina tekijöinä korostuvat yksilön omat yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät sekä ympäristön vaikutukset. Banduran (1977) mukaan minäpystyvyyden käsitteellä kuvataan yksilön kokemusta hänen omasta pystyvyydestään selviytyä sekä käyttää omia taitojaan ja kykyjään erilaisissa haastavissa elämäntilanteissa. Minäpystyvyyden tunteen rakentumiseen vaikuttavat monet erilaiset tekijät, kuten yksilön omat elämäkokemukset, luonteenpiirteet, persoonallisuus sekä elämän laaja-alaisesti tarkasteltavat olosuhteet ja ympäristölliset tekijät. Yksilön kokemus hänen minäpystyvyydestään ei olekaan siten erillisten taitojen mittari, vaan sillä pyritään kuvaamaan sitä tunnetta ja kokemuksellista olotilaa, joka ihmisellä on omasta pystyvyydestään käyttäen omia taitoja erilaisissa tilanteissa (Bandura 1977).

Vanhemman minäpystyvyydellä (parental self-efficacy) tarkoitetaan vanhemman omaa uskoa ja luottamusta omiin kykyihinsä ja taitoihinsa vanhemmuudessa ja käsite on johdettu alkuperäisestä Banduran minäpystyvyyden käsitteestä (Jones & Printz 2005). Vanhemman

minäpystyvyydellä on todettu olevan vaikutusta vanhemmuuden kyvykkyyteen ja minäpystyvyyden vahvuus näkyy mm. vanhemman kasvatuskäytännöissä sekä vuorovaikutuksen laadussa lapsen kanssa (van Rijen ym. 2014; Jones & Printz 2005). Vanhemman vahvalla minäpystyvyydellä on todettu Mathewsin ym. (2022) mukaan positiivisia vaikutuksia vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen sekä vanhemman omaan mielenterveyteen. Vanhemman vahva minäpystyvyyden tunne vaikuttaa Salon ym. (2022) mukaan myönteisesti perheen sisäiseen kommunikaatioon sekä perheen sisäisiin ja ulkoisiin ihmissuhteisiin. Salon ym. (2022) tutkimuksessa havaittiin myös, että matalan minäpystyvyyden omaavat vanhemmat kokivat enemmän yksinäisyyttä ja heidän lapsillaan oli enemmän yksinäisyyden kokemuksia sekä heikommat sosiaaliset taidot. Vanhemman vahvan minäpystyvyyden tunteen on todettu vaikuttavan myös lapseen kohdistuvan hoivan määrän lisääntymiseen sekä kasvuympäristön laatuun myönteisesti. Näiden lisäksi vahvan minäpystyvyyden tunteen on todettu vaikuttavan vanhempien stressaantuneisuutta lieventäen (Sevigny & Loutzenhiser 2009).

Vanhemmuuden laadulla on Faithin ym. (2003) sekä Westin ym. (2010) mukaan havaittu olevan yhteyttä lapsuusiän lihavuuteen. "Tehoton" vanhemmuus ja vanhemman matala minäpystyvyys voivat Westin ym. (2010) mukaan toimia riskitekijöinä lapsuusiän lihavuudelle. Vanhemmuuden taitojen ja vanhemman minäpystyvyyden vahvistamisella saattaa Westin ym. (2010) mukaan olla yhteyttä lasten painonkehityksen tukemisessa terveellisempään suuntaan. Tulevaisuudessa tarvitaankin Westin ym. (2010) mukaan lisää tutkimustietoa isommista tutkimusryhmistä identifioimaan tätä mahdollista yhteyttä sekä yhteyttä selittäviä tekijöitä.

3.4 Minäpystyvyyden muutos ja tutkimuksissa käytetyt mittarit

Elämäntapa-interventiotutkimuksissa on havaittu tutkittavien minäpystyvyydessä monen suuntaisia muutoksia erilaisten interventioiden aikana. Lähtötasoltaan matalamman minäpystyvyyden omaavilla tutkittavilla minäpystyvyyden todettiin nousevan tilastollisesti merkitsevästi mm. Blockin ym. (2008) tutkimuksessa. Toisaalta korkeamman minäpystyvyyden omaavilla tutkittavilla todettiin jopa intervention aikaista minäpystyvyyden heikentymistä esimerkiksi Andersonin ym. (2011) sekä Vlaarin ym. (2017) tutkimuksissa. Vuoren ym. (2018) tutkimuksessa sen sijaan vanhempien arviot vanhemmuuden minäpystyvyyden tunteesta osoittautuivat varsin pysyviksi eri mittausajankohtien välillä.

Piercen ym. (2010) sekä Weaverin ym. (2008) tutkimuksissa äitien minäpystyvyyden todettiin pysyvän melko samalla tasolla koko pikkulapsivaiheen ajan ja taaperoiikäisten lasten vanhempien minäpystyvyyden on todettu pysyvän melko tasaisena lasten taaperoiän ajan mm. Junttilan ym. (2015) tutkimuksessa. Äidit ovat useissa tutkimuksissa arvioineet oman minäpystyvyytensä vahvemmaksi kuin isät (Junttila & Vauras 2014; Junttila ym. 2015; Sevigny & Loutzenhiser 2011; Biehle & Michelson 2011; Salonen ym. 2009).

Minäpystyvyyden arvioimiseen ja mittaamiseen kehitetty alkuperäinen mittari on Schwarzerin ja Jerusalem (1995) kehittämä yleinen minäpystyvyyden mittari ”General Self Efficacy Scale” (GSE). Tästä mittarista on kehitetty sittemmin monia erilaisia, eri mittaisia ja erilaisiin kohderyhmiin sekä kieliin soveltuvia minäpystyvyydsmittareita.

Vanhempien minäpystyvyyttä on kansainvälisissä tutkimuksissa mitattu monin erilaisin minäpystyvyyttä mittaavin kyselylomakkein ja mittarein. Tunnetuin lienee Coleman & Karrakerin (2003) Yhdysvalloissa kehittämä ”Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale” (SEPTI-TS). Tästä minäpystyvyyds-mittarista on kehitetty useita lyhennettyjä versioita eri maiden kulttuureihin ja tarpeisiin paremmin soveltuviksi, kuten mm. van Rijen ym. (2014) sekä Junttilan ym. (2015) standardoima Parental self efficacy-kyselymittari (PSE). Matthews ym. (2022) ovat lisäksi kehittäneet SEPTI-TS:stä ”Me as a Parent Scale” (MaaPs-SF) kyselymittarin. Lyhennetyissä minäpystyvyydsmittareissa väittämien määrää on vähennetty alkuperäiseen mittariin verrattuna olennaisesti ja väittämien sisältöä on muokattu kunkin maan vanhemmuuskulttuuriin ja tarpeisiin paremmin soveltuviksi.

Useat vanhemmuuden minäpystyvyyttä käsitelleet tutkimukset ovat käyttäneet myös ns. muokattuja minäpystyvyydsmittareita erilaisiin kohderyhmiin sekä tutkimuskysymyksiin paremmin soveltuviksi. Näistä esimerkkinä mm. Personin (2021) tutkimus, jossa vanhempien minäpystyvyyttä mitattiin ”Parental Self-Efficacy for Promoting Healthy Physical Activity and Dietary Behaviors in Children Scale” (PSEPAD) mittarilla. Vanhemmuuden kyvykkyyttä ja minäpystyvyyttä on kansainvälisissä tutkimuksissa mitattu myös käsitteillä pystyvyys, itsetunto sekä tyytyväisyys elämään (Coleman & Karraker 1998; Gilmore & Cuskelly 2009; Johnson ym. 2014). Vanhemmuuden kyvykkyyttä on Gilmoren ja Cuskellyn (2008) tutkimuksen mukaan mitattu lisäksi mm. ”Parenting Sense of Competence Scale” (PSOC) mittarilla, vanhemman kokemaa stressiä ja sen hallinnan taitoja ”Parental Stress indexillä” (PSI),

vanhemmuuden taitoja ”Parental Scale” (PS) kyselyllä sekä elämän laatua ja henkistä hyvinvointia mm. ”Quality of life Scale” mittarilla (QOLS).

Minäpystyvyyttä mittaavien mittareiden moninaisuuden ja kansainvälisesti yleisesti hyväksytyyn ja yhdenmukaisen mittarin puute on useissa tutkimuksissa todettu olevan tutkimusten luotettavuutta ja vertailtavuutta heikentävä tekijä (Matthews ym. 2022; Junttila ym. 2015; van Rijen ym. 2014).

4 MENTALISAATIO

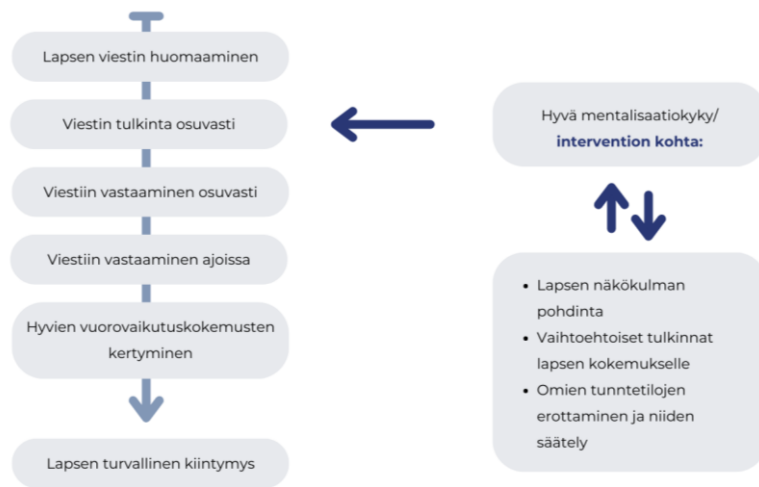
4.1 Mentalisaation teoreettinen käsite

Mentalisaatiolla tarkoitetaan Pajulon ym. (2015) mukaan yksilöllä olevaa kykyä, jonka avulla hän pohtii omaa ja toisen ihmisen näkökulmaa ja kokemuksia. Mentalisaatio tarkoittaa myös mielen ja kokemusten tiedostavaa huomioimista. Mentalisaatiolla tarkoitetaan myös halua huomioida tunteita, mielentiloja ja aikomuksia niin itsensä kuin toisissa ihmisissä sekä sen epävarmuuden ymmärtämistä ja sietämistä, että kaikki tunteet tai ajatukset eivät näyttäydy ihmisissä ulospäin (Pajulo ym. 2015). Hyvän mentalisaatiokyvyn omaava yksilö pystyy tunnistamaan ja säätelemään omia tunnetilojaan ja siten edistämään ihmissuhteidensa vakautta ja perheen sisäistä kommunikaatiota. Mentalisaatio edellyttää yksilöltä monenlaisia kognitiivisia kykyjä, kuten esimerkiksi empatiaa, mutta mentalisaatio on empatian käsitettä laajempi kokonaisuus. Mentalisaation avulla tunteiden ja muiden mielen tilojen lisäksi huomioidaan yksilön tarkoitusperiä ja toiveita. Mentalisaatiota pidetäänkin psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden merkittävänä tekijänä sekä suojaavana kykynä ihmiselämän kriiseissä. Mentalisaatioon perustuvat hoitomenetelmät ovat erityisen käyttökelpoisia yksilöiden, parisuhteiden, perheiden, ja monenlaisten ryhmien ja yhteisöjen hoidossa, koska mentalisaatio kohdistuu sekä yksilöihin itsessään että heidän ympärillensä oleviin ihmisiin (Pajulo ym. 2015).

4.2 Mentalisaatio vanhemmuudessa

Vanhemmuuden mentalisaatiolla kuvataan vanhemman kykyä havaita ja pohtia lapsen tunteita ja kokemuksia arkisissa tilanteissa. Vanhemman mentalisaatiokyvyllä on yhteyttä lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen, lapsen suotuisan tunne-elämän, kognitiivisen kehityksen ja turvallisen kiintymyssuhteen kehittymiseen (Camoirano 2017; Pajulo ym. 2015). Mentalisaation avulla vanhemmuudessa mahdollistuu myös vanhemman herkkyys tulkita ja ymmärtää lapsen viestejä riittävästi, oikein ja oikea- aikaisesti. Mentalisaation avulla lapsen turvallinen kiintymyssuhde omaan vanhempansa mahdollistuu (Pajulo & Pyykkönen 2011). Näiden vanhemmuutta tukevien vaikutustensa vuoksi vanhemmuuden mentalisaation vahvistamiseen tähtäävät työskentely- ja hoitomuodot ovat tärkeitä tutkimus- ja

sovelluskohteita (Sourander ym. 2021). Kuvassa 2 on havainnollistettu vanhemman mentalisaatiokykyä, vuorovaikutusta lapsen kanssa sekä intervention kohdistumista.



KUVA 2. Vanhemman mentalisaatiokyky, vuorovaikutuksen herkkyyys lapsen kanssa sekä intervention kohdistuminen Pajuloo ym. (2015) mukailleen.

Vanhemman mentalisaatiokyvyssä korostuvat vanhemman kyvyt ajatella ja ymmärtää lapsen oman ajattelun, tunteiden ja kokemusten yksilöllisyyttä lapsen ikä- ja kehitystaso huomioiden. Arjen haastavissa hetkissä olisi ensiarvoisen tärkeää, että vanhempi kykenisi näkemään lapsen käyttäytymisen taakse ja pohtimaan mitä, miksi ja miten lapsi kokee ja tuntee toimiessaan tietyllä ehkä jopa haastavalla tavalla. Tämän kaltaisen pohtimisen yrittäminen voi jo Pajulon ja Pyykkösen (2011) sekä Sladen (2008) mukaan muuttaa vanhemman asennetta ja toimintaa lapsen käyttäytymistä kohtaan.

4.3 Mentalisaatioperusteinen toimintamalli vanhemmuuden tukemisessa

Mentalisaatiota vahvistamalla on saatu merkittäviä tuloksia vanhemman vuorovaikutustapojen muuttamisessa (Camoirano 2017: Sourander ym. 2021). Nämä mentalisaation vahvistamiseen keskittyvät toimintamallit ovat olleet Sladen (2005) mukaan tehokkaampia muuttamaan vanhemman toimintatapoja kuin esimerkiksi mielikuvaharjoittelu, käyttäytymistekniset interventiot tai vuorovaikutuksen ”varsinainen” opettaminen vanhemmille. Vanhemmuuden näkökulmasta mentalisaation tavoitteena on saada vanhempi pohtimaan omia tunteitaan, kokemuksiaan ja toimintaansa sen näkemyksen kautta, miten nämä vanhemman omat

toimintamallit ja tunteet vaikuttavat lapsen näkökulmasta samaan tilanteeseen. Vaikutukset lapsen tunteisiin ja hänen käyttäytymiseensä ovat tällöin pohdinnan keskiössä. Mentalisaatioon perustuvassa työskentelyssä toiminnan keskiössä on vanhemman pysähtyminen huomaamaan haastavat tilanteet perheen arjessa sekä omien ja lapsen tunteiden ja toimintatapojen ymmärtävä reflektointi (Slade 2005).

Kansainvälisesti vanhempien mentalisaatioon perustuvia interventioita on toteutettu vielä melko vähän, mutta viimeisen vuosikymmenen aikana tutkimuksellinen mielenkiinto vanhemmuuden mentalisaatioon on kuitenkin selvästi lisääntynyt. Tutkimukset ovat toistaiseksi keskittyneet lähinnä erityisryhmiin kuuluvien vanhempien, kuten masentuneiden, päihdeongelmaisten tai adoptioon päätyvien vanhempien kohderyhmiin (Suchman ym. 2010; Pajulo ym. 2015; Adkings ym. 2018). Näiden lisäksi Camoiranon (2017) mukaan äitien mentalisaatiota on tutkittu isiä enemmän. Myös ennaltaehkäisevästä näkökulmasta vanhempien mentalisaatiota on tutkittu vielä varsin vähän ja sitä tarvitaankin Souranderin ym. (2021) mukaan tulevaisuudessa merkittävästi lisää. Lähivuosina on julkaistu muutamia vanhempien mentalisaatiota tutkivia kirjallisuuskatsauksia mm. Camoiranon (2017) sekä Katznelsonin (2014) laajat katsaukset. Tutkimukset ovat antaneet lupaavia tuloksia mentalisaatioperusteisesta toimintamallista vanhemmuuden tukemisessa. Edellä mainittujen katsausten mukaan vanhempien mentalisaation vahvistamiseen perustuvien toimintamallien käyttö vanhemmuuden tukemisessa vahvistaa vanhemman minäpystyvyyttä, riittävän hyvän vanhemmuuden syntymistä ja toteutumista sekä lapsen turvallisen kiintymyssuhteen syntymistä.

Suomessa on kehitetty mentalisaatioon perustuva perheryhmätoimintamalli ensimmäistä lastaan odottaville perheille neuvoloiden käyttöön. Tämän toimintamallin tavoitteena on ehkäistä vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia ensimmäistä lasta odottavissa perheissä (Kalland ym. 2016). Sourander ym. (2021) ovat lisäksi tehneet vanhempien kokemuksia kartoittavan laadullisen tutkimuksen mentalisaatioperusteisesta toimintamallista (Families First toimintamalli) ensimmäistä lasta odottavien perheiden keskuudessa. Tutkimuksen päätuloksina vanhemmat kokivat toimintamallin erittäin hyödylliseksi vertaistuen tärkeyden, lapsen ymmärryksen lisääntymisen, oman ajattelun ja toiminnan ymmärryksen lisääntymisen, lapsi vanhempi suhteen merkityksen ja perheen kokeman osallisuuden vahvistumisen näkökulmista.

5 PERHEINTERVENTIOT LASTEN PAINONHALLINNAN TUKEMISESSA

5.1 Perheinterventiot aiemmissä tutkimuksissa

Perheinterventiotutkimusten teoreettisena mallina toimii Bagherniyan ym. (2018) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan useimmiten sosiaalis-kognitiivinen teoria, joka painottaa sosiaalisten suhteiden, yhteisöjen ja ympäristöjen merkitystä käyttäytymisen muutoksen taustalla. Sosiaalis-kognitiivisen teoria painottaa minäpystyvyyden merkitystä terveystyttäytymisen tai sen muutoksen taustalla. Sosiaalis-kognitiivisen teorian näkemyksen mukaan minäpystyvyyttä vahvistamalla pyritään painonhallintaan liittyvissä interventioissa vaikuttamaan terveelliseen ravitsemukseen liittyvien valintojen tekemiseen sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Näiden lisäksi yhteisöllisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin kiinnitetään erityistä huomiota (Bagherniya ym. 2018). On arveltu, että vanhemman minäpystyvyys vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen vanhemmuuden taitojen ja hänen käyttämiensä kasvatuskäytäntöjen kautta. Tämän vuoksi vanhemman minäpystyvyyden on arvioitu olevan sopiva ja tarkoituksenmukainen kohde lasten painonhallintaan liittyvien perheinterventioiden toiminnan ja tutkimuksen kohde (Döring ym. 2021; Jones & Prinz 2005). Varsinainen tutkimusnäyttö vanhemman minäpystyvyyden vaikutuksista lasten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on vielä kuitenkin varsin vähäistä (Döring ym. 2021).

Muina teoreettisina malleina on perheinterventiotutkimuksissa Bagherniyan ym. (2018) mukaan käytetty myös transteoreettista muutosvaihemallia ja itsesäätelyteoriaa. Motivoivaa haastattelua on lisäksi käytetty perheinterventiotutkimuksissa vanhempien tukemisen työvälineenä, kuten mm. Nyberg ym. (2016) tutkimuksessa. Myös vanhempien minäpystyvyyden vahvistamisessa voidaan käyttää motivoivan haastattelun työmenetelmää, jonka on todettu edistävän aikuisten ravitsemukseen liittyvien tekijöiden ja liikuntatottumusten omaksumisessa sekä lisäävän painonpudotusta nimenomaan aikuisten painonhallintaan liittyvissä tutkimuksissa (Armstrong ym. 2011; Martins & McNeil 2009; Hardcastle ym. 2013). Perheinterventiotutkimuksissa on kuvattu hyvin niukalti teorioiden ja teoreettisten mallien taustoja, komponentteja tai niiden konkreettisia vaikuttimia tutkimusten taustalla. Tämä kuvaamisen puute on osaltaan heikentänyt tutkimusten taustalla olevien teoreettisten näkökulmien sisällöllistä hahmottamista (Bagherniya ym. 2018).

Perheessä vanhemmat ovat keskeisessä roolissa lastensa terveellisen ravitsemuksen, liikunnallisten elämäntapojen sekä sosiaalisten kontaktien ja mm. harrastusten mahdollistajina (Lindsay ym. 2005; Freeman ym. 2012). Vanhemmat toimivat lapsilleen myös tärkeinä roolimalleina ja esimerkkeinä terveellisten elintapojen toteuttajina (Norman ym. 2016). Perheinterventioissa korostuvat lasten ja vanhempien tunteiden huomaaminen, niiden reflektointi, mallioppiminen sekä motivaatio tehdä terveyden kannalta myönteisiä valintoja (McAlister ym. 2008; Prochaska ym. 2008).

Lasten painonhallintainterventioita on toteutettu perheinterventioina monenlaisissa toimintaympäristöissä, kuten kouluissa, klinikoilla sekä kodeissa (Bagherniya ym. 2018). Viimeisten vuosien aikana on julkaistu myös muutamia internetin välityksellä toteutuneita interventiotutkimuksia (Dinkel ym. 2017).

Koko perheen osallistavat interventiot on useissa tutkimuksissa todettu vaikuttavimmiksi intervention muodoiksi lasten painonhallintaan liittyvissä interventiotutkimuksissa (Dinkel ym. 2017; Nyberg ym. 2016; Epstein ym. 2012; West ym. 2009). Perheinterventiot ovat vaikuttavimpia erityisesti silloin, kun vähintään yksi perheen vanhemmista osallistuu lapsen kanssa yhdessä interventioon ja interventio toiminta sisältää yhteisöllistä toimintaa muiden perheiden kanssa (Cronk ym. 2011; Dinkel ym. 2017). Perhelähtöisten interventioiden on todettu olevan tehokkainta silloin, kun intervention toiminta kohdistuu nimenomaan ylipainoisen lapsen vanhempiin ja vanhemmuuskäytänteisiin (Coppins ym. 2011; Watson ym. 2011). Myös Robertsonin ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että vanhemmuustaitoihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota interventioissa, mikäli halutaan saada aikaan pysyviä muutoksia lasten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Robertsonin ym. (2011) sekä Bolesin ym. (2010) mukaan tulevaisuudessa on kehitettävä uusia, innovatiivisia ja kokeilevia perheinterventioita lasten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisemiseksi, jotta ne olisivat entistäkin tehokkaampia ja vaikuttavampia.

Nybergin ym. (2016) sekä Westin ym. (2016) painonhallintaan liittyvissä perheinterventiotutkimuksissa on havaittu myönteisiä vaikutuksia interventioihin osallistuvien lasten kokonaisvaltaisessa terveydessä. Tutkimusten mittareina käytettiin lapsen BMI:tä, kuntoa ja/tai fyysistä aktiivisuutta arvioivia mittareita sekä syömiseen ja ravitsemukseen liittyviä kyselyitä (Nyberg ym. 2016; West ym. 2009). Myös lapsen terveystietoisuutta ja minäpystyvyyttä mittaavia kyselyitä on käytetty mm. Dinkelin ym. (2017) tutkimuksessa.

Useimmiten lasten fyysistä aktiivisuutta on tutkimuksissa mitattu kiihtyvyyssanturilla kuten mm. Nybergin ym. (2016) sekä Kokon ym. (2021) raportoimassa LIITU-2020 tutkimuksessa. Vanhempien BMI:tä, kuntoa sekä heidän kokemukseensa perustuvaa elämänlaatua on myös mitattu eräissä tutkimuksissa (Edmunds ym. 2001; McCormick 2008; Robertson ym., 2012; Sacher ym, 2010).

Perheinterventiotutkimusten mittaukset on useimmiten tehty ennen ja jälkeen intervention. Muutamissa tutkimuksissa on käytetty lisäksi myös seurantamittausta 5–12 kk:n intervention päättymisen jälkeen (Nyberg ym. 2016; West ym. 2009;). Mittausmenetelmien ja mittareiden erilaisuuden ja moninaisuuden on todettu olevan tutkimustulosten vertailtavuutta heikentävä tekijä (Matthews ym. 2022; Junntila ym. 2015; van Rijen ym.2014). Mittareiden moninaisuuden vuoksi onkin todettava, että tutkimusten tuloksia ei liene syytä arvioida toisiinsa verraten, vaan tutkimustulokset ovat siten aina tutkimuskohtaisia.

Tulokset perheinterventioiden vaikutuksista ovat pääosin myönteisiä, joskin hieman toisistaan eriäviä. Perheinterventioissa on saatu myönteisiä vaikutuksia perheen ruokailutottumusten muutoksista terveellisempään ja enemmän kasviksia ja hedelmiä sisältävään suuntaan (Döring ym. 2021; Dinkel ym. 2017; Nyberg ym. 2016). Dinkelin ym. (2017) tutkimuksessa fyysisen aktiivisuuden todettiin myös lisääntyneen interventioryhmissä hieman kontrolliryhmiä enemmän. Vanhempien kokeman minäpystyvyyden on todettu parantuneen intervention sisältämien vertaistukikokemusten myötä mm. Dinkelin. ym (2017), Shillingin ym. (2013) sekä Nybergin ym. (2016) tutkimuksissa. Varsinaisia kehon mittauksia, kuten mm. pituus, paino ja BMI-mittauksia sisältävien interventiotutkimusten näyttö on sen sijaan jäänyt melko heikoiksi ja todellista tilastollista tutkimusnäyttöä perheinterventioiden vaikutuksista lasten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyssä tai hoidossa ei ole saatu. Syyksi on arvioitu tutkimusten liian lyhyttä kestoja ja tulevaisuuden tutkimustarpeina on useissa tutkimuksissa nähtykin vaikutusten pidemmän ajan seurannan tärkeys (Nyberg ym. 2016; Dinkel ym. 2017). Yksilöllisesti suunniteltujen perheinterventiotutkimusten tarve erilaisten kohderyhmien osalta on havaittu mm. Dinkelin ym. (2017) tutkimuksessa.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, muuttuiko vanhempien minäpystyvyys mentalisaatioperusteisen perheryhmäintervention aikana. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Aamos Kuntoutus- ja terapiapalveluiden Lapsen arvokas keho- kehittämishankkeen perheinterventioon osallistuneet vanhemmat, joilla on ylipainoinen lapsi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälainen oli tutkimukseen osallistuneiden vanhempien minäpystyvyys?
2. Missä määrin interventio muutti vanhempien minäpystyvyyttä alku- ja loppumittauksen välillä?
3. Miten vanhemman sukupuoli tai interventioryhmän toteutumisajankohta vaikutti minäpystyvyyden muuttumiseen intervention aikana?
4. Miten tutkimuksen keskeyttäneet vanhemmat erosivat intervention loppuun asti suorittaneista?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus on osa Lapsen arvokas keho- kehittämishanketta, joka on Aamos Kuntoutus- ja terapiapalveluiden vuosina 2022–2024 toteuttama kehittämishanke. Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää alakouluikäisten (7–12-vuotiaiden) ylipainoisten lasten perheille psykososiaalisen tuen malli perheiden hyvinvoinnin ja terveyttä edistävien toimintatapojen vahvistamiseksi. Kehittämishankkeen tavoitteita ovat ylipainoisen lapsen kehittyvyvyyden ja itsetunnon vahvistaminen, ylipainoisen lapsen vanhempien minäpystyvyyden vahvistaminen, myönteinen muutos perheenjäsenten suhtautumisessa ruokailuun ja liikkumiseen sekä ylipainoisten lasten nähdynsi tuleminen mediassa arvostavassa ja hyväksyvässä valossa. Lapsen arvokas keho kehittämishankkeen ryhmien tuotoksena syntyy arviointitietoa, jonka perusteella kehitetään ylipainoisten lasten psykososiaalinen ryhmätoimintamalli. Kuvassa 3 on kuvattuna kehittämishankkeen suunnitelma ja aikataulu.



KUVA 3. Kehittämishankkeen suunnitelma ja aikataulu.

Tutkimusaineisto kerättiin Varsinais-Suomalaisilta Lapsen arvokas keho- kehittämishankkeen perheinterventioon osallistuneilta ylipainoisten lasten vanhemmilta. Tutkimukseen osallistuminen oli vanhemmille vapaaehtoista ja heille toimitettiin tutkimustiedote sekä tietoturvaseloste. Kutsu tutkimukseen osallistumiseen esitettiin perheintervention ensimmäisessä tapaamisessa hanketyöntekijöiden toimesta. Hanketyöntekijät toimivat tutkimushankkeen yhteyshenkilöinä hankkeen osalta. Kaikilta tutkimukseen osallistuvilta vanhemmilta pyydettiin kirjallinen lupa tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimusaineisto kerättiin perheinterventioon kuuluvissa vanhempien keskinäisissä tapaamisissa PSE- kyselymittarilla. Kyselymittarilla mitattiin vanhemman minäpystyvyyttä

sekä alku- että loppumittauksissa. Vanhempien vastaukset numerokoodattiin, jotta osallistujien anonymiteetti voitiin säilyttää ja siten myös alku- ja loppumittauksien tiedot voitiin yhdistää saman henkilön vastauksiksi. Hanketyöntekijät antoivat kyselyä koskevat yleiset ohjeet kyselyn alussa vanhemmille.

7.2 Intervention kuvaus

Intervention kohderyhmänä olivat 7-12-vuotiaiden lasten vanhemmat, jotka asuivat Varsinais-Suomen alueella ja joilla oli huolia lapsen ylipainoon liittyen tai lapsella oli kouluterveydenhuollossa todettu ylipaino (ISO-BMI >25m²). Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena oli nimenomaan vanhempien minäpystyvyyden muutos intervention aikana, joten sen vuoksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lähemmin juuri vanhemmille kohdennettua interventiota.

Ryhmien ohjauksesta vastasivat hanketyöntekijät sekä tarvittaessa avustavia työntekijöitä.

Intervention toimintaperiaatteina toimivat mentalisaatioperusteisen toimintatavan sekä dialogisuuden hyödyntäminen kaikessa toiminnassa. Vertaistuen mahdollistuminen ja sen hyödyntäminen vanhempien tukemisessa oli erityisesti huomioitu intervention toteutuksessa. Intervention suunnittelussa oli pyritty huomioimaan perheiden yhdessä tekemisen ja kiireettömän yhteisen ajan mahdollistuminen.

Toiminnan yhtenä tavoitteena oli vanhemman minäpystyvyyden vahvistuminen, jonka seurauksena vanhempi tulee tietoisemmaksi oman vanhemmuutensa voimavaroista ja kuormitustekijöistä. Interventiolla pyrittiin tukemaan vanhempia lapsen mielen, tunteiden, ajatusten ja toiveiden tavoittamisessa. Reflektointia tehtiin yhdessä pohtien mm. mitä tapahtui, miksi, mitä ajatuksia tilanne herätti jne. Perheet ovat oman elämänsä asiantuntijoita, joten tasavertaisuuden periaate oli toiminnan keskiössä. Työntekijät toimivat perheiden kanssakulkijoina arvostaen perheen omaa asiantuntijuutta. Vanhempien interventiossa keskustelua ohjattiin mentalisaatioperusteisella ohjatulla keskustelulla.

Interventio toteutui joko 3 x lauantai päivinä (6 h) tai 6 x arki- iltaisin (2 h/kerta). Yhdessä ryhmässä oli kerrallaan 2–12 vanhempaa. Intervention kokonaiskesto vaihteli hankkeen ensimmäisen vuoden aikana neljästä kuuteen kuukauteen. Intervention kokonaiskeston

vaihteluun vaikutti interventioryhmien erilaiset toteuttamistavat ja myös hanketyöntekijöiden toteuttamat erilaiset aikataululliset rytmitykset tapaamisille. Näillä rytmityskokeiluilla pyrittiin etsimään sekä intervention vaikuttavuutta edistäviä sekä perheiden arkeen parhaiten soveltuvia rytmityksiä.

Hankkeen ensimmäisenä vuotena vanhempien intervention ryhmätapaamisten teemat olivat: 1) Ruokailu: esimerkiksi ruokailutottumukset, ateriarytmit, kaupassa käyminen, ruuanlaitto, kuka päättää, mitä syödään, minkälainen suhde herkkuihin, tunteiden ja vireystilan vaikutus syömiseen, ruokailutilanteet kodin ulkopuolella. 2) Arjen aktiivisuus: rentoutuminen ja lepääminen: esimerkiksi mitä lapsi tekee mielellään, mitkä innostavat lasta liikkumaan, vanhemman suhde liikkumiseen, vanhemman omien ajatusten ja asenteiden, pelkojen vaikutus lapsen liikkumiseen. 3) Vanhemman oma kehosuhde sekä suhde lapsen kehoon: esimerkiksi miten puhun omasta tai lapsen kehosta, miten meidän perheessä puhutaan muiden kehoista, miten katson itseäni ja lastani? Vanhempien minäpystyvyyttä mitattiin PSE (Parental Self Efficacy) kyselymittarin avulla intervention alussa ja lopussa.

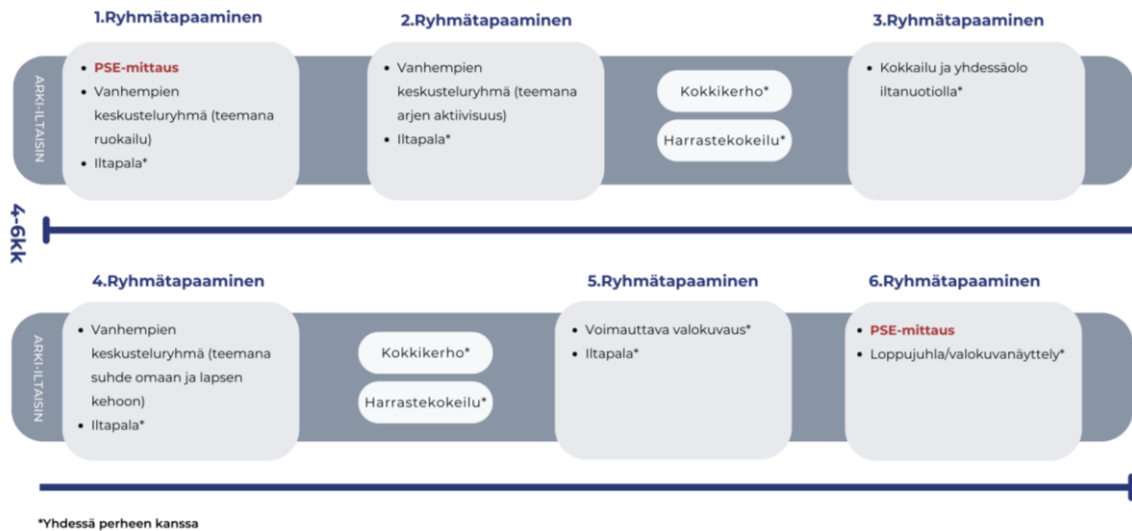
Vanhempien intervention aikana lapsilla oli oma interventio- ohjelmansa, jossa hyödynnettiin luontoympäristöä ja seikkailullisia menetelmiä. Lasten ryhmissä tehtiin yhteistyötä, ongelmanratkaisua ja oman kehon käyttöä vaativia tehtäviä yhdessä toisten lasten kanssa. Toiminnassa korostettiin lapsen vahvuuksien esille tuomista sekä vältettiin kilpailuasetelmaa lasten välillä.

Näiden edellä mainittujen teemojen lisäksi interventioon sisältyivät perheiden yhdessä tekemiseen pohjautuvat ”voimauttava valokuvaus” toiminta sekä kokkailua luonnossa. Voimauttava valokuvaus on valokuvaamiseen liittyvä työmenetelmä, mutta menetelmässä tärkeintä ei ole itse valokuvat, vaan katsomisen tapa sekä kyky nähdä maailmaa toisen ihmisen erilaisesta kokemuksesta käsin. Valokuvaaminen on konkreettinen apuväline toisen näkökulman havaitsemiselle. Valokuvausprosessin tuloksena mahdollistuu ”uusin silmin näkemistä”, joka tuottaa ihmisten välille uudenlaisia tunteita. Lähtökohtana on hyvän näkyväksi tekeminen tietoisena valintana.

Jokainen perhe osallistui näiden yhteisten toimintojen lisäksi vielä kaksi kertaa kokkikerhoihin sekä harrastekokeiluihin. Intervention sisältö ja kulku toteutusaikoinen on kuvattu tarkemmin kuvioissa 3 ja 4.



KUVA 4. Viikonloppuintervention sisältö ja kulku.



KUVA 5. Arki-intervention sisältö ja kulku.

7.3 Tutkittavat

Intervention osallistuneet vanhemmat olivat alakouluikäisten lasten vanhempia, jotka hakeutuivat kehittämishankkeen järjestämään perheintervention lapsen ylipainoon liittyvien huolien vuoksi joko omatoimisesti tai kouluterveydenhuollon ohjaamina. Tutkittavat rekrytoitiin tutkimukseen perheintervention ensimmäisellä tapaamiskerralla hanketyöntekijöiden toimesta. Tutkimukseen osallistui 11 vanhempaa, joista seitsemän oli äitejä ja neljä isiä. Tutkittavat jakaantuivat intervention toteutumisajankohdan mukaan joko

arkisin tai viikonloppuisin kokoontuviin pienryhmiin, joissa toimi mukana myös koulutettu hanketyöntekijä. Tutkimuksen alkumittauspisteessä tutkittavia oli kaikkiaan 19, mutta tämän tutkimuksen aineisto (n=11) koostui tutkimukseen osallistuneista vanhemmista, jolle tehtiin minäpystyvyyden mittaukset molemmissa intervention mittauspisteissä eli alku- ja loppumittauspisteissä.

7.4 Tulomuuttujan kuvaus

Tutkimuksessa käytettiin PSE- (Parental Self-efficacy) kyselymittaria, jonka vanhemmat täyttivät intervention alussa ja lopussa. PSE- kyselymittari pohjautuu Coleman & Karrakerin (2003) kehittämään ”Self -Efficacy of the Parenting Task Index Toddlers Scalen”(SEPTI-TS) mittariin. Tässä tutkimuksessa käytetty PSE- kyselymittari on lyhennelty ja sitä on muokattu suomalaisen vanhemmuuskulttuuriin paremmin soveltuvaksi. Kyselylomake on standardoitu Turun yliopistossa Juntilan ym. (2015) työryhmän tutkimuksessa ja lisäksi se on todettu luotettavaksi mm. Kelan LAKU-perhekuntoutuksen tuloksellisuutta, soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä arvioivassa Vuoren ym. (2018) tutkimuksessa. Vuoren ym. (2018) tutkimuksessa PSE-mittarilla mitattuna vanhempien arviot vanhemmuuden minäpystyvyyden tunteesta ovat osoittautuneet pysyviksi eri mittausajankohtien välillä. Lisäksi kyseistä PSE-kyselymittaria on käytetty aiemmin MLL:n lasten ja nuorten kuntoutussäätiön (nykyään Aamos Kuntoutus- ja terapiapalvelut) tyttö olet helmi kehittämishankkeessa, jossa mittari todettiin myös vanhempien näkökulmasta helppokäyttöiseksi, selkeäksi ja riittävän kevyeksi.

PSE-kyselymittarissa oli väittämiä viidestä eri vanhemmuuden osa-alueesta, joita olivat läsnäolo, emotionaalinen tuki, rutiinit, leikki ja opettaminen. Kyselymittarissa oli kaikkiaan 11 väittämää, joihin vanhempien tuli arvioida väittämien kuvaavuutta joko vanhempaan itseensä tai omaan kokemukseensa 6-portaisella asteikolla, jossa 1 = ”ei sovi minuun lainkaan” ja 6 = ”sopii minuun erittäin hyvin”. Kyselymittari antaa tuloksena 1–6 pistettä/väittäjä ja yhteenlasketut pistemäärät vaihtelevat 6–60 välillä. Kuva PSE-mittarista on liitteessä 1.

Vanhempien minäpystyvyyttä mitattiin alkumittauspisteessä A ja loppumittauspisteessä B. Tutkimuskysymysten kannalta oli tarkoituksenmukaista muodostaa ainoastaan yksi summamuuttuja kummastakin mittauspisteestä. Summamuuttujat A ja B olivat vanhemman minäpystyvyyttä mittaavan mittarin yhteenlaskettujen pisteiden summat. Lisäksi osallistujat

jaettiin kahteen ryhmään sukupuolen (äiti/isä) sekä interventionryhmän toteutumisajankohdan (viikonloppuisin/arkisin kokoontuneet ryhmät) mukaan ja näissä alaryhmissä tutkittiin minäpystyvyyss pisteitä sekä pistemuutosten keskiarvoja sekä niiden eroja alku- ja loppumittauspisteiden välillä.

7.5 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen minäpystyvyyttä mittaavan kyselymittarin luotettavuutta eli reliabiliteettia laskettiin Cronbachin alfa - kertoimen avulla. Cronbachin alfa -kertoimella mitataan osioiden keskinäistä yhdenmukaisuutta eli sitä, kuinka hyvin yksittäiset kyselymittarin kysymykset mittaavat samaa asiaa (Metsämuuronen 2005, 102). Alfa-kerroin voi vaihdella välillä 0–1. Mitä suurempi alfa-kerroin on, sitä parempi on kyselymittarin reliabiliteetti. Hyvän reliabiliteetin alfa-kerroin tulisi Nummenmaan (2009, 378-379) mukaan olla yli 0.70 ja kyselymittaritutkimuksissa hyvä reliabiliteetti on 0.80 ja heikko alle 0.50. Tässä tutkimuksessa PSE-kyselymittarin Cronbachin alfa-kerroin oli 0.79 eli tutkimuksessa käytetyn kyselymittarin reliabiliteetin voidaan sanoa olevan hyvä.

Tutkimuksen validiteetilla puolestaan tarkoitetaan Metsämuuronen (2006, 66) sekä Nummenmaan (2009, 361) mukaan tutkimuksen pätevyyttä. Kyselytutkimuksissa tutkimuksen validiteettiin vaikuttaa lisäksi merkittävästi se, pystytäänkö tutkimuskysymyksillä vastaamaan tutkimusongelmaan. Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimus yleistettävissä ja jos on, niin mihin ryhmiin se on yleistettävissä. Ulkoista validiteettia arvioitaessa tarkastellaan yleensä tutkimuksen tutkimusasetelmaa sekä otantaa. (Metsämuuronen 2006, 55–57). Tämän tutkimuksen ulkoista validiteettia arvioitaessa sen vahvuutena on pitkittäinen tutkimusasetelma, joka tarjoaa mahdollisuuden tarkastella intervention aikana tapahtuvia muutoksia vanhempien minäpystyvyydessä. Toisaalta ulkoista validiteettia heikentää pieni tutkimusaineisto (n=11) sekä interventioon osallistuvien vanhempien omaehtoisen ja aktiivisen roolin huomioiminen tutkimuksen otoksen muodostumista tarkasteltaessa. Tutkimuksen aineiston muodostivat vanhemmat, jotka tulivat hankkeen interventioon mukaan omien tarpeittensa motivoimina. He kokivat huolia lapsen ylipainon kanssa ja hakivat huoliinsa aktiivisesti apua ja tukea. Lisäksi heillä oli riittävästi voimavaroja ja innostuneisuutta lähteä usean kuukauden kestävään

interventioon, johon he osallistuivat lapsen kanssa. Tutkimuksen tulokset ovat tämän tutkimusaineiston tuloksia ja tuloksia ei voida yleistää kaikkiin vanhempiin.

Sisäisellä validiteetilla kuvataan tutkimukseen valittuja teorioita ja niiden valintaa, keskeisiä käsitteitä, mittarin muodostamista sekä sitä, mitaako mittari sitä, mitä sen on tarkoitus mitata? (Metsämuuronen 2006, 57). Tämän tutkimuksen taustalla on sosiaaliskognitiivinen teoria ja sen keskeinen käsite minäpystyvyys. Tämän lisäksi sosiaaliskognitiivinen teoria korostaa vertaisoppimista ja sitä hyödynnettiin merkittävästi tämän tutkimuksen interventiossa. Teoreettisen viitekehyksen sekä keskeisimpien käsitteiden valintaan vaikuttivat aiempi tutkimuskirjallisuus vanhemmuuden minäpystyvyyden tukemisesta sekä hankkeen jo aiemmin päättämät toimintamallit.

Lapsen arvokas keho- hankkeessa oli jo aiemmin päätetty käyttää PSE-mittaria vanhempien minäpystyvyyden mittaamiseen, joten sen valintaan ei tämän tutkimuksen tekijä päässyt vaikuttamaan. PSE- mittari on laadittu aiemman kansainvälisesti luotetuksi todetun Coleman & Karrakerin (2003) ”Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale” mittarin pohjalta. Tässä tutkimuksessa käytetty mittari on todettu luotettavaksi vanhemman minäpystyvyyden mittariksi mm. Juntilan ym. (2015) sekä Vuoren ym. (2018) tutkimuksissa.

7.6 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 28.0 ohjelmalla. Frekvensseillä kuvattiin interventioon osallistuneiden vanhempien ominaisuuksia lähtötasolla. Päätulosmuuttujan eli minäpystyvyyden jakautuneisuus testattiin ja se todettiin riittämättömäksi parametrisiä testejä varten. Tämän vuoksi tavanomaisia parametrisiä analyysimenetelmiä ei voitu käyttää. Analyysissä käytettiin toistettujen mittausten t-testin epäparametrinen vastinetta, joka oli kahden riippuvan otoksen vertailuun tarkoitettu ja järjestyslukuihin perustuva Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testi. Wilcoxonin testiä käytetään Nummenmaan (2021, 371) mukaan analyysimenetelmänä, kun parametristen testien oletukset eivät täyty, otoskoko on pieni ja tutkittavaa tekijää mitataan toisistaan riippuvista ja yleensä samoista havainnoista kahdesti. Wilcoxonin testillä tutkittiin, tapahtuiko tutkittavien minäpystyvyydessä tilastollisesti merkitsevää muutosta intervention alku- ja

loppumittauspisteen välillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin < 0.05 ja tuloksien raportoinnissa käytettiin eksaktia p-arvoa.

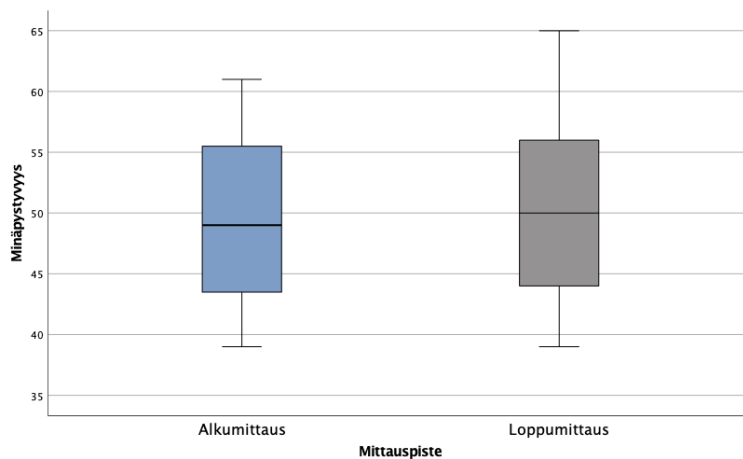
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Tutkittavien lähtötason ominaisuudet

Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat mukana Lapsen arvokas keho kehittämishankkeen perheinterventiossa, johon he tulivat lapsen ylipainoon liittyvien huolien tai kouluterveydenhuollon ohjaamina. Tutkimukseen osallistui yhteensä (n=11) vanhempaa. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat tutkimuksen alussa iältään 33-52-vuotiaita (\bar{x} =41,6). Vanhemmista suurempi osa (64 %) oli äitejä ja loput (36 %) isiä. Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien lapset olivat iältään 7-12-vuotiaita (\bar{x} = 9,78) ja heistä kymmenen oli poikia ja yksi oli tyttö. Interventoryhmät olivat miltei yhtä suuria. Vanhemmista viisi osallistui viikonloppuisin tapahtuviin ja kuusi arki- iltaisin tapahtuviin interventiotapaamisiin.

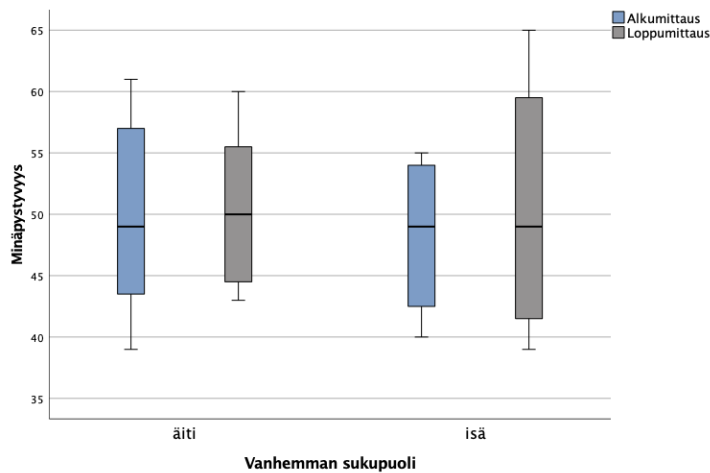
8.2 Minäpystyvyys

Tutkimuksen alussa kaikkien tutkittavien minäpystyvyyspisteet vaihtelivat 39- ja 61- pisteen välillä ja minäpystyvyyspisteiden keskiarvo (\bar{x}) oli 49,36 (Md=49,0) pistettä. Äitien minäpystyvyyspisteiden keskiarvo oli alkumittauksessa (\bar{x} =50,00, Md=49,0) ja isien (\bar{x} =48,25, Md=49,0). Arkisin kokoontuneen ryhmän minäpystyvyyspisteiden keskiarvo oli alkumittauksessa (\bar{x} =55,33, Md=55,5) ja viikonloppuisin kokoontuneen ryhmän (\bar{x} =42,20, Md=42,0). Kuvassa 6 on kuvattuna kaikkien tutkittavien minäpystyvyyspisteet intervention alku- ja loppumittauspisteissä.



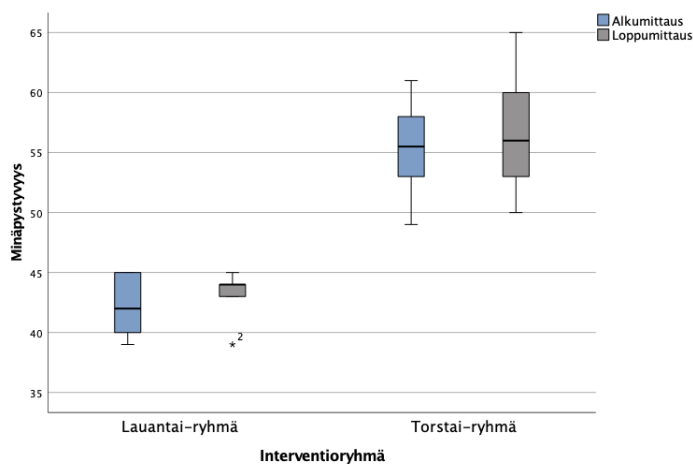
KUVA 6. Tutkittavien minäpystyvyyspisteet intervention alku- ja loppumittauspisteissä.

Tutkimuksen loppumittauspisteessä tutkittavien minäpystyvyyss pisteet vaihtelivat 39 ja 65 pisteen välillä ja minäpystyvyyss pisteiden keskiarvo oli ($\bar{x}=50,45$, $Md=50,0$). Isien minäpystyvyyss pisteiden keskiarvo oli loppumittauksessa ($\bar{x}=50,50$, $Md=49,0$) ja äitien ($\bar{x}=50,43$, $Md=50,0$). Kuvassa 7 on kuvattuna intervention alku- ja loppumittauspisteissä mitatut minäpystyvyyss pisteet eroteltuna vanhempien sukupuolen mukaan.



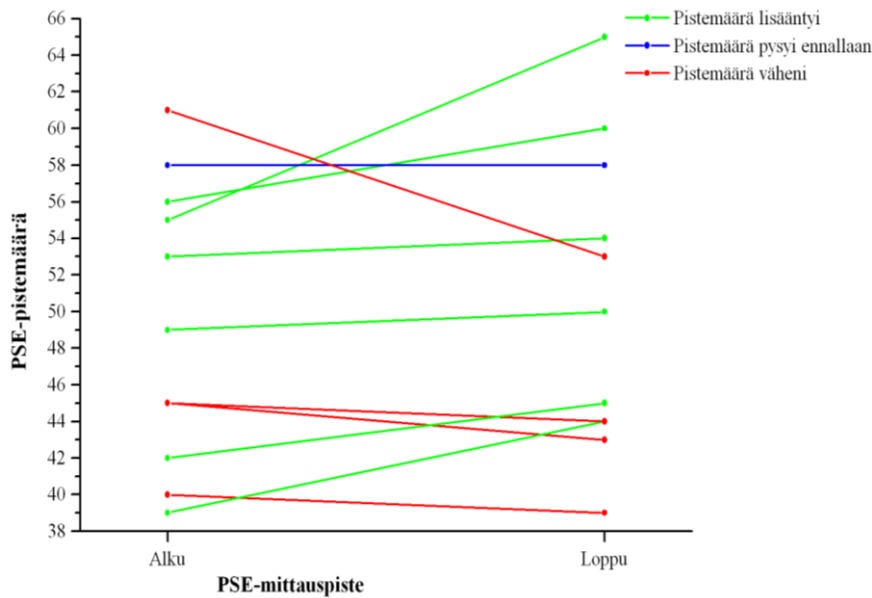
KUVA 7. Intervention aikana mitatut minäpystyvyyss pisteet vanhempien sukupuolen mukaan eroteltuna.

Viikonloppuisin kokoontuneen ryhmän minäpystyvyyss pisteiden keskiarvo oli loppumittauspisteessä ($\bar{x}=43,00$, $Md=44,0$) ja arkisin kokoontuneen ryhmän ($\bar{x}=56,67$, $Md=56,0$). Kuvassa 8 on kuvattuna intervention aikana mitatut minäpystyvyyss pisteet interventioryhmien tapaamisajankohdan mukaan.



KUVA 8. Intervention aikana mitatut minäpystyvyyss pisteet eroteltuna interventioryhmän tapaamisajankohdan mukaan.

Interventio ei muuttanut vanhempien minäpystyvyyttä tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,383$, eksakti $p=0,414$, standardoitu testisuure= $(-)$ 0,872). On kuitenkin huomioitava, että intervention aikana kuuden vanhemman minäpystyvyys lisääntyi, neljän heikentyi ja yhden vanhemman minäpystyvyys säilyi samalla tasolla alku- ja loppumittauspisteissä. Kuvassa 9 on kuvattuna intervention aikana mitatut vanhempien yksilökohtaiset minäpystyvyyss pisteet sekä minäpystyvyyden muuttuminen muutossuuntineen.



KUVA 9. Vanhempien yksilökohtaiset minäpystyvyyss pisteet intervention aikana sekä minäpystyvyyden muuttuminen muutossuuntineen.

Tutkittavien minäpystyvyyden pistemuutos alku- ja loppumittauspisteen välillä vaihteli $(-)$ 8 ja $(+)$ 10 pisteen välillä ($\bar{x}=1,09$, $Md=1,00$). Isien pistemuutoksen keskiarvo oli ($\bar{x}=2,25$, $Md=0,00$) ja äitien ($\bar{x}=0,43$, $Md=1,00$). Viikonloppuisin kokoontuneen ryhmän pistemuutoksen keskiarvo oli ($\bar{x}=0,80$, $Md=-1,00$) ja arkisin kokoontuneen ryhmän ($\bar{x}=1,33$, $Md=1,00$). Taulukossa 2 on alaryhmittäin eroteltuna intervention aikana mitatut minäpystyvyyss pisteet tunnuslukuineen sekä pistemuutosten keskiarvot.

TAULUKKO 2. Intervention aikana mitattujen minäpystyvyyss pisteiden sekä pistemuutosten keskiarvot alaryhmittäin eroteltuna.

Tutkittavat	n	Mittaus A (\bar{x})	VV	Md	sd	Mittaus B (\bar{x})	VV	Md	sd	Pistemuutos (\bar{x})	VV	Md	sd
Äidit	7	50,00	39-61	49,0	8,485	50,43	43-60	50,0	6,852	0,43	(-8) - (+5)	1,00	4,429
Isät	4	48,25	40-55	49,0	6,994	50,50	39-65	49,0	11,504	2,25	(-1) - (+10)	0,00	5,252
LA-ryhmä	5	42,20	39-45	42,0	2,775	43,00	39-45	44,0	2,345	0,80	(-2) - (+5)	-1,00	3,033
TO-ryhmä	6	55,33	49-60	55,5	4,131	56,67	50-65	56,0	5,428	1,33	(-8) - (+10)	1,00	5,854
Yhteensä	11	49,36	39-61	49,0	7,659	50,45	39-65	50,0	8,238	1,09 *	(-8) - (+10)	1,00	4,571

* p-arvo=0.414

n=tutkittavien lukumäärä, \bar{x} = keskiarvo, VV=vaihteluväli, Md=mediaani, sd=keskihajonta

8.3 Katoanalyysi

Tutkimuksen alkaessa perheintervention aloitti 19 vanhempaa. Tutkimusaineisto pieneni lopullisessa analyysissä 11 vanhempaan, koska kahdeksan vanhemman loppumittaustiedon puuttuminen esti heidän mittaustulostensa käyttämisen lopullisessa aineiston analyysissä. Näistä vanhemmista neljä ilmoitti keskeyttäneensä intervention ja neljältä puuttui loppumittaustieto. Suuren katoprosentin (42 %) vuoksi osana tutkimusta tehtiin myös katoanalyysi, jolla pyrittiin selvittämään eroavaisuuksia keskeyttäneiden ja intervention loppuun asti suorittaneiden vanhempien välillä alkumittaustilanteessa.

Intervention keskeyttäneistä vanhemmista (n=8) kuusi oli äitejä ja kaksi isää. Heidän ikänsä vaihteli 36–54 vuoden välillä (\bar{x} = 46). Vanhempien lapset olivat iältään 7–13-vuotiaita (\bar{x} =9,75) ja heissä oli yhtä paljon tyttöjä (4) ja poikia (4). Keskeyttäneistä vanhemmista seitsemän (88 %) oli osallistunut viikonloppuisin tapahtuviin interventiotapaamisiin ja vain yksi (12 %) arkisin tapahtuviin tapaamisiin. Keskeyttäneiden vanhempien minäpystyvyyden keskiarvo alkumittauspisteessä oli (\bar{x} =51,13, Md=49,5).

Katoanalyysin perusteella voidaan todeta, että intervention keskeyttäneet vanhemmat olivat keskimäärin hieman vanhempia, kuin intervention loppuun asti suorittaneet. Keskeyttäneissä vanhemmissa oli enemmän äitejä kuin isiä, sillä intervention aloittaneista äideistä 46 % (6/13)

ja isistä 33 % (2/6) jätti intervention kesken. Keskeyttäneiden vanhempien lapset olivat keskimäärin samanikäisiä kuin intervention loppuun asti suorittaneiden lapset. Tyttöjen vanhemmista 80 % (4/5) ja poikien vanhemmista 29 % (4/14) keskeytti intervention. Viikonloppuisin kokoontuneesta interventioryhmästä vanhempia keskeytti enemmän kuin arkiryhmästä. Intervention toteuttamisajankohdalla näyttäisi siten olevan vaikutusta tutkittavien intervention loppuun asti suorittamiseen. Arkisin tapahtuviin interventiotapaamisiin sitoutumisen voidaan siten ajatella olleen viikonloppuisin kokoontunutta interventioryhmää vahvempaa.

Intervention keskeyttäneiden vanhempien minäpystyvyys oli alkumittauspisteessä keskimäärin hieman intervention loppuun asti suorittaneita korkeampi. Yhtenä mahdollisena syynä voi olla, että alkumittauksessa korkeammat minäpystyvyyspisteet saaneet vanhemmat keskeyttivät intervention sen loppuun asti suorittaneita herkemmin. Keskeyttämisen todelliset syyt jäivät tässä tutkimuksessa kuitenkin epäselviksi.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, tapahtuiko mentalisaatioperusteisen perheintervention aikana muutosta vanhempien minäpystyvyydessä sekä oliko vanhemman sukupuolella tai interventioryhmän toteuttamisajankohdalla vaikutusta minäpystyvyyden muuttumiseen. Tässä tutkimuksessa interventiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta vanhempien minäpystyvyyteen. Tulos oli samansuuntainen kuin aiemmin julkaistussa Vuoren ym. (2018) tutkimuksessa, jossa käytettiin samaa PSE-mittaria kuin tässä tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa vanhempien minäpystyvyydspisteet olivat jo intervention alkumittauspisteessä keskimäärin melko korkeat ja ne pysyivät varsin samansuuruisina koko intervention ajan. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös suomalaisesta Vuoren ym. (2018) tutkimuksessa, jossa vanhempien arviot heidän minäpystyvyydestään osoittautuivat varsin pysyviksi eri mittausajankohtien välillä. Toisaalta tämän tutkimuksen tulosten mukaan yksilökohtaiset erot vanhempien minäpystyvyydessä ja myös sen muutospisteissä olivat melko suuria.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuuden tutkittavan vanhemman minäpystyvyys lisääntyi, neljän heikentyi ja yhden tutkittavan minäpystyvyys pysyi samana intervention aikana. Myös aiemmissa Blockin ym. (2008), Andersonin ym. (2011) sekä Vlaarin ym. (2017) tutkimuksissa on todettu vaihtelevia piste-eroja tutkittavien minäpystyvyyden muutoksissa. Blockin ym. (2008) tutkimuksessa intervention alussa matalampia minäpystyvyydspisteitä saaneiden tulokset nousivat tilastollisesti merkitsevästi intervention aikana. Anderssonin ym. (2011) sekä Vlaarin ym. (2017) tutkimuksissa sen sijaan todettiin, että intervention alussa korkeampia minäpystyvyydspisteitä saaneiden arvot jopa heikentyivät intervention aikana. Tässä tutkimuksessa samankaltaisia minäpystyvyyden lähtötasoon perustuvia muutoksia ei ollut havaittavissa, eikä sen vuoksi tämän kaltaisia johtopäätöksiä voida tämän tutkimuksen tulosten perusteella tehdä.

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että äidit arvioivat minäpystyvyytensä isiä korkeammiksi (Junttila & Vauras 2014; Junttila ym. 2015; Sevigny & Loutzenhiser 2011; Biehl & Michelson 2011; Salonen ym. 2009). Tässä tutkimuksessa vanhempien minäpystyvyyden erot sukupuolen

mukaisesti tarkasteltuna olivat alkumittauspisteessä melko pienet. Kuitenkin äidit arvioivat minäpystyvyytensä aiempien tutkimusten mukaisesti alkumittauspisteessä hieman isää korkeammiksi. Sen sijaan intervention loppumittauspisteessä isät arvioivat minäpystyvyytensä äitejä korkeammiksi. Tutkittavien minäpystyvyyden keskiarvoeroja tarkastelemalla näyttää siltä, että isien minäpystyvyys lisääntyi intervention aikana keskimäärin äitejä enemmän. Pienen tutkimusaineiston koon vuoksi tilastollista merkitsevyyttä ei testattu erikseen osaryhmittäin. Tämän vuoksi ei osaryhmittäisistä tuloksista voitu myöskään tehdä tarkkoja johtopäätöksiä tai yleistyksiä perusjoukkoon.

Intervention toteutumisajankohdan mukaan tarkasteltuna vanhempien minäpystyvyydessä oli merkittävä ero ryhmien välillä. Viikonloppuisin kokoontuneen ryhmän minäpystyvyydspisteet olivat jo alkumittauspisteessä matalammat kuin arkisin kokoontuneen ryhmän ja myös pistemuutoksen keskiarvo jäi viikonloppuryhmän osalta pienemmäksi kuin arkisin kokoontuneen ryhmän. Interventioiden toteutumisajankohtien ja interventioihin sitoutumisen välisiä yhteyksiä tarkastelevia tutkimuksia ei ole tietävästi aiemmin tehty, joten tämä tutkimus antoi osaltaan uutta tietoa näiden tekijöiden välisistä mahdollisista yhteyksistä.

Perheinterventioita on Bagherniyan ym. (2018) mukaan aiemmin toteutettu paljon mm. kouluissa, kodeissa sekä erilaisissa toimintapisteissä. Tämän tutkimuksen toimintaympäristönä toimi pääosin luontoympäristö. Luontoympäristöä hyödyntäviä perheinterventiotutkimuksia on toistaiseksi toteutettu melko vähän, mutta tämän kehittämishankkeen innoittamana niitä toteutuneen tulevaisuudessa varmasti lisää.

Tämän kehittämishankkeen perheintervention suunnittelussa huomioitiin aiempien vanhempien minäpystyvyyttä käsitelleiden tutkimusten tuloksia mm. toimintamallien ja perheen osallistamisen näkökulmista. Perhelähtöisten interventioiden on todettu olevan Coppinsin (2011), Dinkelin ym. (2017) sekä Nybergin ym. (2016) tutkimuksissa vaikuttavimpia silloin, kun ne osallistavat koko perhettä ja kohdistuvat juuri vanhempiin sekä heidän vanhemmuuskäytänteisiinsä. Tämän kehittämishankkeen perheinterventioon osallistui ainakin toinen perheen vanhemmista ja vähintään yksi perheen lapsista. Interventiolla pyrittiin mentalisaatioperusteisin keinoin vahvistamaan vanhempien minäpystyvyyttä sekä lisäämään vanhempien vanhemmuustaitoja, sillä mentalisaatioperusteisilla toimintamalleilla on myös Camoiranon (2017) sekä Kaznelsonin (2014) mukaan havaittu vanhempien minäpystyvyyttä ja vanhemmuustaitoja lisääviä vaikutuksia.

Tämän tutkimuksen kohteena oleva interventio kohdistui vanhempiin, mutta tutkimuksessa jäi kuitenkin epäselväksi, mitkä tekijät interventiossa olivat merkittävässä roolissa vanhempien minäpystyvyyden muuttumiseen. Aiempien tutkimusten mukaan vanhempien kokeman minäpystyvyyden on todettu parantuneen nimenomaan intervention sisältämien yhteisöllisyyden sekä vertaistukikokemusten myötä (Dinkel ym. 2017; Shilling ym. 2013; Nyberg ym. 2016). Vertaistuella oli myös merkittävä rooli myös tämän tutkimuksen interventiossa. Toisaalta myöskään muita intervention sisältämiä elementtejä ja toimintoja ei pystytä erottelemaan, vaan tämän tutkimuksen tulosten oletetaan muodostuvan intervention kokonaisvaikutuksesta.

Suurin osa kansainvälisistä vanhemmuuden minäpystyvyyttä käsitelleistä tutkimuksista on toteutettu vanhempien kokemukseen perustuvien laadullisten tutkimusmenetelmien ja määrällistä tutkimusta on tehty vain vähän. Tämä tutkimus toi osaltaan lisää määrällistä tutkimustietoa vanhempien minäpystyvyyden muutoksista. Toisaalta laadullisten tutkimusmenetelmien olisi voitu saada lisää tärkeää tietoa vanhempien näkemyksistä ja kokemuksista.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen vahvuutena oli pitkittäinen tutkimusasetelma, joka sopi hyvin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulosten voidaan siten ajatella tapahtuneen intervention aikana ja sen vaikutuksesta. Toisaalta tutkittavien elämään saattoi yhtäaikaaisesti vaikuttaa myös monenlaisia ulkopuolisia asioita ja tekijöitä, joilla voi olla vaikutuksia tutkimuksen tulokseen, mutta niiden vaikutusta ei tässä tutkimuksessa huomioitu.

Tutkimusaineisto (n=11) oli tässä tutkimuksessa pieni, joten yksittäisten poikkeavien mittaustulosten vaikutus tutkimuksen lopputulokseen oli merkittävä. Pienen tutkimusaineiston vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voitu yleistää perusjoukkoon. Lisäksi tutkimuksen tutkimusaineisto oli valikoitunut vanhemmista, jotka olivat omien tarpeidensa tai huoliensa myötä osallistuneet hankkeen interventioon, joten aineiston ei voida sanoa olevan vaikutukseton.

Minäpystyvyyden mittarina käytettiin tässä tutkimuksessa PSE-kyselymittaria, jonka olivat tutkimuksessaan standardoineet ja käyttäneet myös Junttila ym. (2015) sekä Vuori ym. (2018). Tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuutta eli reliabiliteettia laskettiin Cronbachin alfa - kertoimen avulla ja kertoimen tulos oli 0.79, joten kyselymittarin reliabiliteetin voidaan sanoa olevan hyvä. PSE- mittari on kuitenkin toistaiseksi vielä melko vähän tutkimuksissa käytetty minäpystyvyydsmittari ja sen vuoksi mittarin tulosten vertailtavuus esimerkiksi kansainvälisiin tutkimustuloksiin oli haasteellista. On myös mahdollista, että tässä tutkimuksessa käytetty mittari ei ole yhtä herkkä muutoksille, kuin kansainvälisissä tutkimuksissa käytetyt minäpystyvyydsmittarit, joiden avulla on saatu myös tilastollisesti merkitseviä tuloksia vanhempien minäpystyvyyden muutoksissa, kuten mm. Blockin ym. (2008) tutkimuksessa.

Intervention aikaisia minäpystyvyyden muutoksia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa lähes samankokoisissa alaryhmissä ja näiden ryhmien sisäisiä sekä niiden välisiä intervention aikaisia muutoseroja verrattiin keskenään. Alaryhmät muodostuivat äitien ja isien välisestä sekä arkisin ja viikonloppuisin toteutuneista ryhmistä. Ryhmien välinen vertailu mahdollisti sen, että voitiin havaita intervention aikaisia eroja tutkittavien minäpystyvyydessä alaryhmittäin tarkasteltuna. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimus on raportoitu avoimesti ja selkeästi koko tutkimusprosessin ajalta.

Tämän tutkimuksen intervention kesto ja samalla sen seuranta- aika oli melko lyhyt, neljä kuukautta. Tulosten vaikuttavuuden tutkiminen pidemmältä aikaväliltä ei kuulunut tämän tutkimuksen sisältöön, mutta sen avulla olisi voitu toteuttaa pidemmän aikavälin seurantaa. Myös aiemmissa Nybergin ym. (2016) sekä Dinkelin ym. (2017) tutkimuksissa on havaittu, että perheinterventioiden seurannat ovat usein kestoaltaan liian lyhyitä, jotta niiden voitaisiin sanoa olevan vaikuttavia pidemmällä aikavälillä. Interventioiden seurannan tulisi olla kestoaltaan vähintään kuusi kuukautta, mielellään jopa 12–24 kuukautta (Dinkel ym. 2017).

Yleiset eettiset periaatteet huomioitiin tässä tutkimuksessa huolellisesti. Tutkimuksen aihe valittiin Mannerheimin lastensuojeluliiton lasten- ja nuorten kuntoutuskeskuksen ”Lapsen arvokas keho” hankkeen tarpeiden perusteella. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heitä informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä kirjallisesti. Lisäksi hanketyöntekijät vastasivat tutkittavien kysymyksiin suullisesti ensimmäisellä interventiotapaamiskerralla. Tutkittavia informoitiin tutkimuksen aineiston käsittelystä ja säilyttämisestä tutkimustiedotteella. Kaikki tutkittavat allekirjoittivat myös kirjallisen

suostumuslomakkeen. Tästä tutkimuksesta ei katsottu aiheutuvan tutkittavilla minkäänlaista haittaa.

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) hyvää tieteellistä käytäntöä. ”Lapsen arvokas keho” hankkeessa kerätyn valmiin aineiston käsittelyssä ja säilyttämisessä noudatettiin erityistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Aineisto tallennettiin turvallisesti käyttöehtoja, salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Yksittäisten tutkittavien henkilöllisyys salattiin tutkijalta koko tutkimusprosessin ajaksi tutkittavien anonymiteetin varmistamiseksi. Lähdeviittausten huolellisella käytöllä on pyritty kunnioittamaan ja ottamaan huomioon muiden tutkijoiden aiemmin tekemä työ.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- Interventiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta tutkittavien minäpystyvyyteen.
- Yksilökohtaiset erot tutkittavien minäpystyvyydessä sekä intervention aikana tapahtuneissa minäpystyvyyden muutosasteissa olivat suuria.
- Intervention toteuttamisajankohta vaikutti tutkittavien interventioon sitoutumiseen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää vanhemmille suunnattujen ja vanhempien minäpystyvyyden myönteistä kehittymistä tavoittelevien interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa. ”Lapsen arvokas keho” hanke voi osaltaan hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia hankkeen ensimmäisen vuoden arvioinnissa sekä sen kehittämisessä. Hankkeen toteuttaman intervention tulevaisuuden kehittämisen kannalta olisi myös ensiarvoisen tärkeää kysyä interventiosta poisjääneiltä todellisia syitä poisjäämisten taustalla.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimustietoa vanhemmuuden minäpystyvyydestä sekä siihen liittyvistä tekijöistä. Monimenetelmällistä tutkimustietoa tarvitaan suuremmilla otoskoilla ja pidemmällä seuranta-ajoilla tehdyistä interventiotutkimuksista.

Yksilökohtaisten minäpystyvyyserojen huomioiminen interventtioiden suunnittelussa ja toteutuksessa olisi huomioitava nykyistä paremmin, jotta pystyttäisiin yksilöllisemmin vastaamaan kunkin vanhemman oman minäpystyvyytensä mukaisiin tarpeisiin. Lisäksi tarvitaan tutkimustietoa siitä, miten interventtioiden toteuttamisajankohdat vaikuttavat osallistujien interventioihin sitoutumiseen. Tämän tiedon avulla olisi mahdollista toteuttaa interventioita siten, että huomioitaisiin toteuttamisajankohtiin liittyvät tekijät, jotka mahdollisesti liittyvät vanhempien pysymiseen interventioissa niiden päättymiseen asti.

Olisi kiinnostavaa saada tutkimusnäyttöä myös siitä, voidaanko vanhempien minäpystyvyyttä vahvistamalla ennaltaehkäistä lasten ja nuorten ylipainoa sekä osallistuvatko korkeamman minäpystyvyyden omaavat vanhemmat aktiivisemmin erilaisiin interventioihin, kuin matalamman minäpystyvyyden omaavat vanhemmat? Tulevaisuuden yhtenä kehittämiskohteena on tavoittaa matalamman minäpystyvyyden omaavat vanhemmat ja saada heidät osallistumaan erilaisiin interventioihin, joissa tavoitellaan vanhempien minäpystyvyyden kohentamista ja siten myös vanhemmuuden laadun kehittymistä myönteiseen suuntaan.

LÄHTEET

- Adkins, T., Lyuten, P & Fonagy, P. 2018. Development and preliminary evaluation of family minds: A mentalization-based psychoeducation program for foster parents. *Journal of Child and Family Studies*, 27 (8), 2519-2532. Viitattu 11.12.2022. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1080-x>
- Anderson-Bill, E. S., Winett, R. A., Wojcik, J. R. & Winett, S. G. 2011a. Web-based guide to health: relationship of theoretical variables to change in physical activity, nutrition and weight at 16-months. *Journal of medical Internet research* 13 (1). doi:10.2196/jmir.1614
- Armstrong M., Mottershead T., Ronksley, P., Sigal, R., Campbell, T & Hemmelgarn, B. 2011. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011;12 (9), 709–23. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x
- Armstrong, J., Paskal, K., Elliott, C., Wray, J., Davidson, E., Mizen, J & Girdler, S. 2019. What makes playgroups therapeutic? A scoping review to identify the active ingredients of therapeutic and supported playgroups. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 26 (2), 81–102. doi:10.1080/11038128.2018.1498919
- Bagherniya, M., Taghipour, A., Sharma, M., Sahebkar, A., Contento, I., Keshavarz, S., Mostafavi Darani F & Safarian M. 2018. Obesity intervention programs among adolescents using social cognitive theory: a systematic literature review. *Health Education Res.* 2018 Feb 1;33 (1), 26-39. doi:10.1093/her/cyx079
- Bandura, A.1977. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. doi:10.1037//0033-295x.84.2.191
- Bandura, A. 1986. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. Viitattu 5.10.2022. <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>
- Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: W. H. Freeman and Company.
- Bardy, M. 2002. Mistä vanhemmuus tehdään? Teoksessa L. Kolbe ja K. Järvinen (toim.) *Onks ketään kotona?* Helsinki: Tammi, 35-52.
- Biehle, S & Micklson, K. 2011. Personal and co-parent predictors of parenting efficacy across the transition to parenthood. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 30 (9), 985-1010. Viitattu 10.11.2022. doi:<https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.985>

- Block, G., Sternfeld, B., Block, C. H., Block, T. J. & Norris, J., ym. 2008. Development of Alive! (A Lifestyle Intervention Via Email), and its effect on health-related quality of life, presenteeism, and other behavioral outcomes: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research* 10 (4). doi:10.2196/jmir.1112
- Boles, R., Scharf, C & Stark, L. 2010. Developing a Treatment program for obesity in preschool-age children: preliminary data. *Children's Health Care* (39), 34-58. doi:10.1080/02739610903455137
- Camoirano, A. 2017. Mentalizing makes parenting work: A Review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, 8 (1-12). doi:10.3389/fpsyg.2017.00014
- Coleman, P & Karraker, K. 1998. Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18 (1), 47–85. doi:10.1006/drev.1997.0448
- Coppins, D., Margetts, B., Brown, M., Garret, f & Huelin, S. 2011. Effectiveness of a multi-disciplinary family-based programme for treating childhood obesity (The Family Project). *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (8), 903-909. doi:10.1038/ejcn.2011.43
- Cronk, C., Hoffmann, R., Mueller, M., Zerpa-Uriona, V., Dasgupta, M., & Enriquez, F. 2011. Effects of a culturally tailored intervention on changes in body mass index and health-related quality of life of Latino children and their parents. *American Journal of Health Promotion*, 25 (4). doi:10.4278/ajhp.091222-quant-396
- Dzielska, A., Gudelj Rakic, J., Kelly, Colette., Nemeth, A`., Castetbon, K & Dalmaso, P. 2020. Overweight, Underweight and Body Image. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, S. Budisavljevic, T.Torsheim, A. Jåstad, A. Cosma, C. Kelly & A. Arnarsson (toim.) Spotlight on adolescent health and well-being; Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Kööpenhamina:WHO, 15-17.
- Dinkel, D., Tibbits, M., Hanigan, E., Nielsen, K., Jorgensen, L & Grant, K. 2017. Healthy Families: A Family-Based Community Intervention To Address Childhood Obesity. *Journal of Community Health Nursing* 34 (4), 190-202. doi:10.1080/07370016.2017.1369808
- Döring, N., Ghaderi, A., Enö-Persson, J., Tynelius, P., Rasmussen, F & Bohman, B. 2021. Effects of the PRIMROSE prevention trial of childhood obesity on parental self-efficacy. *British Medical Journal Pediatrics* 21 (388) doi:10.1186/s12887-021-02862-2

- Edmunds, L., Waters, E & Elliott, E. 2001. Evidence based management of childhood obesity. *BMJ: British Medical Journal*, 323. s. 916. doi:10.1136/bmj.323.7318.916
- Emerson, E., McCulloh, A., Graham, H., Blacher, J., Llwellyn. G & Hatton, C. 2010. Socioeconomic circumstances and risk of psychiatric disorders among parents of children with early cognitive delay. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 115 (1), 30-42. doi:10.1352/1944-7558-115.1.30
- Epstein, L., Raja, S., Daniel, T., Paluch, R., Wilfley, D., Saelens, B., & Roemmich, J. 2012. The built environment moderates effects of family-based childhood obesity treatment over 2 years. *Annals of Behavioral Medicine* (44), 248–258. doi:10.1007/s12160-012-9383-4
- Faith M., Horn, L., Appel, l., Burke L ym. 2012. Evaluating Parents and Adult Caregivers as “Agents of Change” for Treating Obese Children: Evidence for Parent Behavior Change Strategies and Research Gaps: A Scientific Statement From The American Hearth Association. *Circulation* 6:125 (9), 1186-207.doi:10.1161/CIR.0b013e31824607ee
- Fogelholm, M. 2011. Lapset ja nuoret. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori, T. Vasankari (toim.) *Terveystieteiden tutkimuskeskus. Duodecim ja UKK-instituutti*, 76–87.
- Freeman, E., Fletcher, R., Collins, C. E., Morgan, P. J., Burrows, T & Callister, R. 2012. Preventing and treating childhood obesity: Time to target fathers. *International Journal of Obesity*, 36, 12–15. doi:10.1038/ijo.2011.198
- Gilmore, L & Cuskelly, M. 2009. Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child: care, health and development*, 35 (1), 48–55. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00867.x
- Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M., Harley, R & Hagger, M. 2013. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12- month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013,10 (40). doi:10.1186/1479-5868-10-40
- Hoghugh, M. 2004. Parenting – An Introduction. Teoksessa M. Hoghugh & N. Long (toim.) *The Handbook of Parenting*. London: SAGE Publications Ltd,1-18.
- Jones, T. & Prinz, R. 2005. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology review* 25 (3), 341–363. doi:10.1016/j.cpr.2004.12.004

- Johnson, B., Berdahl, L., Horne, M., Richter, E. & Walters, M. 2014. A Parenting Competency Model. *Parenting: Science and Practice* 14 (2), 92–120.
doi:10.1080/15295192.2014.914361
- Junttila, N., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J & Räihä, H. 2015. Measuring Multidimensional Parental Self-Efficacy of Mothers and Fathers of Children Ages 1.5 and 3 Years. *Family Relations* (64), 665–680. doi:10.1111/fare.12161
- Kalland, M., Å, Fagerlund., M, Von Koskull & M, Pajulo M. 2016. Families First: development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. doi:10.1017/S146342361500016X
- Kauppi, A & Takalo, A. 2014. Mentalisaation psykoanalyttiset juuret. Teoksessa A. Viinikka (toim.) *Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa*. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2014, 8–25.
- Katznelson, H. 2014. Reflective functioning: A Review. *Clinical Psychology Review* 34 (2), 107-117. doi:10.1016/j.cpr.2013.12.003
- Korpi-Hyövälti, E & Linjama, H. 2008. Kansalliset tilastot eivät kerro koko totuutta lasten lihavuudesta. *Suomen lääkirlehti* 63 (36), 2889.
- Käypä hoito-suositus (lihavuus; lapset). 2020. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 1.11.2022.
<https://www.kaypahoito.fi/khp00051>
- Lagström, H. 2006. Yleisyys ja muutokset Suomessa. Teoksessa: P. Mustajoki., M.Fogelholm., A.Rissanen & M.Uusitupa (toim.) *Lihavuus: Ongelma ja hoito*. Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
- Lammi-Taskula, J. & Salmi, M. 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: THL, 144–159.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G & Concoran, P. 2012. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 3-4, 388- 397. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Kokko, S., Hämylä, R & Martin, L (toim.) *Nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa. (LIITU-tutkimuksen tuloksia 2020)*. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:1. Viitattu 9.3.2023.
<https://www.liikuntaneuvosto.fi/wp-content/uploads/2021/05/Nuorten-liikuntakayttaytyminen-Suomessa-LIITU-tutkimuksen-tuloksia-2020.pdf>

- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J., & Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The Future of Children*, 16, 169–186.
doi:10.1353/foc.2006.0006
- Magarey, A., Perry, R., Baur, L., Steinbeck, k., Sawyer, M., Hills, A., Wilson, G., Lee, A & Daniels, L. 2011. A Parent- Led Family Focused Treatment Program for Overweight Children Aged 5-9 Years. The PEACH RCT. *Pediatrics* 127, 214-222.
doi:10.1542/peds.2009-1432
- Matthews, J., Millward, C., Hayes, I & Wade, C. 2022. Development and Validation of a Short-Form Parenting Self-Efficacy Scale: Me as a Parent Scale (MaaPs-SF). *Journal of Child and Family Studies* (31), 2292–2302. doi:10.1007/s10826-022-02327-9
- Martins, R & McNeil, D. 2009. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review* 29 (4), 283–93. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.001
- MacPhee, M. 2008. Global Childhood Obesity: How to Curb an Epidemic. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children & Families* 23 (1), 1-4.
doi:10.1016/j.pedn.2007.11.004
- McAlister, A., Perry, C & Parcel, G. 2008. How individuals environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th edition pp. 169–188). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McCormick, D., Ramirez, M., Caldwell, S., Ripley., & Wilkey, D 2008. YMCA program for childhood obesity: A case series. *Clinical Pediatrics*, 47, 693–697.
doi:10.1177/0009922808315826
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.
- Määttä, P. & Rantala, A. 2010. Tavallisen erityinen lapsi: Yhdessä tekemisen toimintamalleja. Jyväskylä: PS-kustannus, 85–88.
- Neitola, M. 2011. Lapsen sosiaalisen kompetenssin tukeminen –Vanhempien epäsuorat ja suorat vaikutustavat. Turun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Kokoelmat 2128. Viitattu 28.10.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4815-4>
- Nummenmaa, L. 2021. Tilastotieteen käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

- Norman, Å., Nyberg, G., Schäfer-Elinder, L & Berlin, A. 2016. One size does not fit all qualitative process evaluation of the Healthy School Start parental support programme to prevent overweight and obesity among children in disadvantaged areas in Sweden. *BMC Public Health* 16 (37). doi:10.1186/s12889-016-2701-1
- Nyberg, G., Norman, Å., Sundblom, E., Zeebari, Z & Schäfer-Elinder, L. 2016. Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13 (4). doi:10.1371/journal.pone.0116876
- Pajulo, M., Salo, S & Pyykkönen, N. 2015. Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim* 131 (11). Viitattu 3.11.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12278#s2>
- Pajulo, M & Pyykkönen, N. 2011. Mentalisaatiokyky varhaisessa vanhemmuudessa. Teoksessa J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen*. Helsinki: WSOY, 71-94.
- Persson, J. 2019. *Family-Based Prevention of Childhood Obesity: Long-Term Outcomes, Challenges and Implications for Future Research*, Karolinska Institutet (Sweden). Viitattu 7.1.2022. <https://www.proquest.com/docview/2595983317/previewPDF/A6DAD120224A4C93PQ/1?accountid=11774>
- Pierce, T., Boivin, M., Frenette, E., Forget-Dubois, N., Dionne, G & Tremblay, R. 2010. Maternal self-efficacy and hostile-reactive parenting from infancy to toddlerhood. *Infant Behavioral and Development* 33 (2), 149-158. doi:10.1016/j.infbeh.2009.12.005
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change pg. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.) *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 4th edition, 97–122. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Reilly, J., Armstrong, J., Dorosty, A., Emmet, P., Ness., Rogres, I., Steer, c & Sherif, A. 2005. Early risk factors for obesity in childhood: cohort study. *British Medical Journal* 330,1357. doi:10.1136/bmj.38470.670903.E0
- Robertson, W., Thorogood, M., Inglis, N., Grainger, C & Stewart-Brown, S. 2012. Two-year follow-up of the ‘Families for Health’ programme for the treatment of childhood obesity. *Child: Care, Health and Development* 38, 229–236. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01237.x

- Rodriguez, J., Olin, S., Hoagwood, K., Shen, S., Burton, G., Radigan, M & Jensen, P. 2010. The Development and Evaluation of a Parent Empowerment Program for Family Peer Advocates. *Journal of Child and Family Studies* 2011 (20), 397–405.
doi:10.1007/s10826-010-9405-4
- Roskam, I., Brianda, M., Gallée, L., Hatta, O., Lin, G & Miklajczak, M. 2021. Parental burnout around the globe: A 42-country study - International Investigation of Parental Burnout (IIPB) Consortium. In *Affective science*. doi:10.1007/s42761-020-00028-4
- Saari A., Sankilampi U., Hannila ML ym. 2022. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Ann Med* 43 (3), 235-48.
doi:10.3109/07853890.2010.515603
- Sacher, P., Kolotourou, M., Chadwick, P., Cole, T., Lawson, M., Lucas, A & Singhal, A. 2010. Randomized controlled trial of the MEND program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18, 62–68. doi:10.1038/oby.2009.433
- Salo, A-E., Junttila, E & Vauras, M. 2022. Parental Self-Efficacy and Intra- and Ekstra- familiar Relationships. *Journal of Child and Family Studies* (31), 2714–2729.
- Salo, S. 2011. Parisuhdeongelmat ja lasten psyykinen hyvinvointi: kaksi tutkimusnäkökulmaa. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos. Kokoelmat 1682. Viitattu 17.10.2022.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4447-6>
- Salonen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A-L., Isoaho, H & Tarkka, M. 2009. Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 65 (11), 2323-2336. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. 1995. Generalized Self-Efficacy scale. Teoksessa J. Weinman., S. Wright & M. Johnston. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. s. 35-37. Windsor, UK.
- Sevigny, P. & Loutzenhiser, L. 2009. Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: care, health and development*, 36 (2), 179– 189.
doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x
- Shilling, V., Morris, C., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O., Rogers, m & Logan, S. 2013. Peer support for parents of children with chronic disabling conditions: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Developmental Medicine & Child Neurology* 55, 602–609. doi:10.1111/dmcn.12091

- Slade A. 2008. Working with parents in child psychotherapy: Engaging the reflective function. Teoksessa F. Busch (toim.) *Mentalization: theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. Mahwah: Analytic Press 2008, 207-234.
- Slade A. 2005. Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev* 2005 (7), 269-281. doi:10.1080/14616730500245906
- Styne D., Arslanian S., Connor E ym. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017 (102), 709-757. doi:10.1210/jc.2016-2573
- Smith, A & Grzywacs, J. 2014. Health and well-being in middlelife parents of children with special needs. *Families, Systems and Health*. 32 (3), 303-312. doi:10.1037/fsh0000049
- Suchman N., C, DeCoste., N, Castiglioni., T, McMahon., B, Rounsaville & L, Mayes. 2010. The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attach Human Devopement* 2010 (12), 483–504. doi:10.1002/imhj.20303
- Sydänliitto, Neuvokasperhe. 2021. Ylipainoisten lasten vanhempien haastattelututkimus. Viitattu 23.11.2022. <https://neuvokasperhe.fi/artikkeli/tama-toimii-meilla-perheiden-omia-vinkkejaja-painonhallintaan/>
- THL. 2021. Lasten ja nuorten lihavuus 2021. Viitattu 1.11.2022. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lapset-nuoret-ja-perheet/lasten-ja-nuorten-ylipaino-ja-lihavuus>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus- epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 23.10.2022. https://www.tenk.fi/si-%20tes/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vakkila, J. 2005. Lasten ja Nuorten ravinto ja liikuntatottumukset vaikuttavat terveydentilaan aikuisenakin. *Terveystieteiden tutkimus* 38 (8), 22–23.
- Verduci, E., Di Profio, E., Fiore, G & Zuccotti, G. 2022. Integrated Approaches to Combatting Childhood Obesity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 78 (2), 8–19. doi:10.1159/000524962
- Vilén, M; Hansen, M; Janhunen, T; Kytöpuu, K; Salo, S; Seppänen, S & Tapio, N. 2014. Perhe ja perhetyö. Teoksessa: M. Vilen; P. Seppänen; N. Tapio & R. Toivanen (toim.) *Kohtaamisia lapsiperheissä: menetelmiä perhetyöhön*. 2. painos. Helsinki: Kirjapaja Oy, 10–12.

- Vlaar, E. M. A., Nierkens, V., Nicolaou, M., Middelkoop, B. J. C., & Busschers, W. B. 2017. Effectiveness of a targeted lifestyle intervention in primary care on diet and physical activity among South Asians at risk for diabetes: 2-year results of a randomised controlled trial in the Netherlands. *BMJ Open* 7 (6). doi:10.1136/bmjopen-2016-012221
- Vuorela, N. 2011. Body Mass Index, Overweight and Obesity Among Children in Finland- A Retrospective Epidemiological Study in Pirkanmaa District Spanning Over Four Decades. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 1611.
- Vuorela, N., Saha, M & Salo, M. 2011. Change of prevalence of obesity in Finnish children- Comparison between 1974 and 2001. *Acta paediatrica*. 2011 Jan, 100 (1), 109–15. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01980.x
- Vuori, M., Tuulio-Henriksen, A & Autti-Rämö, I. 2018. Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, sovelutuvuus ja hyväksyttävyyys. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 11/2018. Viitattu 14.12.2022. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/267194/Raportteja11_saavutettava.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kaakinen P & Kyngäs, H. 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihaviiden lapsien elintapojen muuttamiseen: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 25 (2), 141-154.
- Watson, P., Dugdill, L., Pickering, K., Bostock, S., Staniford, L., Hargreaves, J & Cable, N. 2011. A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): Relationship between adult and child BMI change. *Annals of Human Biology* 38 (4), 445-452. doi:10.3109/03014460.2011.590531
- Weaver, C., Shaw, D., Dishion, T & Wilson, M. 2008. Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. *Infant Behavior and Development* 31 (4), 594-605. doi:10.1016/j.infbeh.2008.07.006
- West, F., Sanders, R., Cleghorn, G & Davies, P. 2010. Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy* 2010 (48), 1170–1179. doi:10.1016/j.brat.2010.08.008
- WHO. 2022. Who European regional obesity report 2022. Viitattu 10.6.2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LIITE 1. Lapsen arvokas keho- kehittämishankkeessa käytetty PSE- mittari.

KYSELYLOMAKE VANHEMMALLE

Nimi: _____ Päivämäärä: _____

Seuraavat kysymykset käsittelevät tarkemmin ajatuksiasi ja kokemuksiasi vanhemmuudesta ja suhdetta lapseen, jonka kanssa osallistut Lapsen arvokas keho -toimintaan.

Rastita kunkin väitteen kohdalla sopiva vaihtoehto sen mukaan kuin koet sen sopivan kokemuksiisi viimeisen kuukauden ajalta.

Sopii minuun:	Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Melko huonosti	Huonosti	Ei lainkaan
---------------	-------------------	-------	----------------	-------------------	----------	----------------

a) Olen hyvä järjestämään lapselle

b) Minun on vaikea päättää lapselle sopivista säännöistä.

c) Olen riittävän hoivaava vanhempi

d) Tunnen, ettei lapsi kuuntele minua, kun haluaisin hänen tekevän jotakin.

e) En osallistu lapsen päiväkodin-/

f) Minulla on enemmän vaikeuksia rajojen asettamisessa kuin muissa vanhemmuuteen liittyvissä asioissa.

g) Turhaudun helposti auttaessani lasta koulutehtävissään.

h) Näen vaivaa huolehtiakseni siitä, että lapsi saa erilaisia mukavia kokemuksia.

i) Rakastavana vanhempana oleminen

j) Huomaan vähätteleväni lapsen oireita toivoen, että ne menisivät ohi.

k) Rohkaisen lasta riittävän usein