


MAARET VUORENMAA

Äitien ja isien osallisuus perheessä
ja lasten palveluissa sekä
osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät





MAARET VUORENMAA

Äitien ja isien osallisuus perheessä
ja lasten palveluissa sekä
osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
15. päivänä tammikuuta 2016 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

MAARET VUORENMAA

Äitien ja isien osallisuus perheessä
ja lasten palveluissa sekä
osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Acta Universitatis Tamperensis 2134
Tampere University Press
Tampere 2016

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Ohjaajat

Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto
Dosentti Marja-Leena Perälä
Oulun yliopisto

Esitarkastajat

Professori Helvi Kyngäs
Oulun yliopisto
Dosentti Päivi Santalahti
Turun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2016 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Myynti:

verkkokauppa@juvenesprint.fi
<https://verkkokauppa.juvenes.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 2134
ISBN 978-952-03-0018-0 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1631
ISBN 978-952-03-0019-7 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2016



Amandalle ja Jennylle

Kiitokset

Väitöskirjan tekeminen on ollut yksi elämäni huikkeimmista ja ainutlaatuisimmista matkoista. Haluan kiittää lämpimästi jokaista, joka on kulkenut tätä matkaa kanssani. Syvät kiitokseni haluan osoittaa ohjaajilleni professori Päivi Åstedt-Kurjelle ja tutkimusprofessori Marja-Leena Perälälle sekä seurantaryhmäni jäsenille professori Marja Kaunoselle ja TtT Nina Halmeelle. Teiltä saamani ohjaus on aina ollut kannustavaa ja voimaannuttavaa. Haluan kiittää teitä myös siitä, että olette antaneet minulle tilaa kehittyä ja kasvaa tutkijana. Kiitos, että olette luottaneet minuun.

Esitarkastajiani professori Helvi Kyngästä ja dosentti Päivi Santalahtea haluan lämpimästi kiittää arvokkaista ja osuvista kommentteista, joiden avulla sain mahdollisuuden kohentaa ja viimeistellä väitöskirjaani. Monet kiitokset professori Pertti Tötölle, professori Tapio Nummelle ja FM Anna-Maija Koivistolle avusta, tuesta ja innostavista keskusteluista tilastollisten menetelmien ihmeellisessä maailmassa.

Minulla on ollut suuri etuoikeus tehdä väitöskirjaa kokopäiväisenä työnä. Siitä haluan osoittaa syvimmit kiitokseni Hoitotieteen valtakunnalliselle tohtorikoulutusverkostolle. Se on taloudellisen tuen lisäksi mahdollistanut myös verkostoitumisen tohtoriopiskelijoiden kanssa ympäri Suomen. Teitä jokaista haluan kiittää hyvästä yhteishengestä. Erityiskiitokset haluan osoittaa Marja Härkäselle ja Reeta Lamminpäälle lukuisista keskusteluista ja aina iloisista tapaamisista.

On ollut suuri ilo ja onni saada kasvaa tutkijaksi osana tieteellistä yhteisöä. Haluan kiittää Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikön koko henkilökuntaa ystävyydestä ja kollegiaalisuudesta. Kiitän lämpimästi myös jokaista seminaariryhmämme tohtoriopiskelijaa kannustavasta ja rakentavasta yhteishengestä. Erityiskiitokset haluan osoittaa Mira Paloselle ja Riikka Ikoselle, joiden kanssa olen saanut jakaa tutkimukseen liittyviä iloja ja suruja aikaa ja paikkaa katsomatta. Kiitän teitä myös ystävyydestä ja monista hilpeistä hetkistä näiden vuosien aikana.

Kiitän kaikkia ystäviäni siitä, että olette jokainen omalla tavallanne pitäneet huolta siitä, että minulla on ollut myös tutkimuksen ulkopuolista elämää. Kiitos, että olette hyväksyneet nekin ajat, kun väitöskirja on vienyt mennessään ja yhteydenpito unohtunut. Haluan osoittaa lämpimät kiitokseni Terhi Anttiselle, Katri Salmiselle, Reija Lahtiselle ja Päivi Stenbergille. Erityiskiitokset haluan osoittaa

pitkäaikaisimmalle ystävälleni Leena Heinoselle, jonka kanssa olen saanut pohtia elämän ihmeellisyyksiä jo kohta neljäkymmentä vuotta.

Tälle matkalle lähtiessäni työskentelin Mannerheimin lastensuojeluliitossa. Kiitän kaikkia silloisia työkavereitani ymmärtäväisestä asenteesta innokasta tutkijanalkua kohtaan. Erityisesti haluan kiittää Marita Viertosta ja Risto Tervosta tuesta, kannustuksesta ja vankkumattomasta uskosta kykyihini selviytyä tästäkin projektista.

Musiikilla ja liikunnalla on aina ollut tärkeä rooli elämässäni ja molempien merkitys jaksamiselleni väitöskirjaprosessin aikana on ollut oleellinen. Haluan osoittaa kiitokseni Apulanta-yhtyeelle, jonka musiikki on minua inspiroinut, innoittanut ja kantanut vaikeiden hetkien yli myös tämän matkan aikana. Haluan kiittää myös Ylöjärven ja Tampereen kaupunkeja hyvin hoidetuista lenkkipoluista ja hiihtoladuista, joiden merkitys henkiselle ja fyysiselle hyvinvoinnilleni on ollut tärkeä.

Haluan osoittaa lämpimät kiitokseni äidilleni Annelille ja veljelleni Petrille. Olen aina voinut luottaa siihen, että olette elämässäni läsnä ja meidän perheellemme luonteenomaisella tavalla tuette ja kannustatte. Sydämässäni lähetän syvät kiitokseni myös edesmenneelle isälleni Eskolle. Kiitokset ansaitsee myös perheemme koira Manteli, joka on tuonut lämpöä ja läheisyyttä välillä yksinäiseen puurtamiseen.

Syvimmät kiitokseni haluan osoittaa rakkaimmilleni, Jennylle ja Amandalle. Te olette elämäni suurin ihme ja loputon ilon ja inspiraation lähde. Kiitän teitä olemassaolostanne ja mielen virkeänä pitävästä seurastanne. Kiitän teitä myös kärsivällisestä ja ymmärtäväisestä suhtautumisestanne ajoittain hajamieliseen ja tutkimukseensa uppoutuneeseen äitiin. Toivon, että monivuotisen tutkimusmatkani seuraaminen ja siinä mukana eläminen on sytyttänyt myös teissä palon ikuisen oppimiseen ja itsensä kehittämiseen. Omistan väitöskirjani teille muistutukseksi siitä, että omia unelmia kannattaa aina tavoitella.

Ylöjärven Vuorentaustassa 10. joulukuuta 2015, hiihtokelejä odotellessa

Maaret Vuorenmaa

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida vanhempien osallisuutta kartoittavan Geneerinen vanhempien osallisuus -mittarin (G-FES) validiteettia ja reliabiliteettia, kuvata äitien ja isien arviota osallisuutensa toteutumisesta omassa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä sekä selittää vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä.

Aineisto kerättiin postikyselynä suomenkielisiltä, alle 9-vuotiaiden lasten äideiltä (n = 571) ja isiltä (n = 384) vuonna 2009. Osallistujat poimittiin ositetulla satunnaisotannalla Väestötietokeskuksen väestötietojärjestelmästä. Tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausasetelmaa. Vanhemmat arvioivat osallisuutensa toteutumista lastenneuvolassa, kouluterveydenhuollossa, päivähoidossa, esiopetuksessa ja perusopetuksessa. Aineisto analysoitiin määrällisesti käyttäen kuvailevia menetelmiä, tilastollisia testejä ja monimuuttujamallinnuksia.

G-FES-mittari osoittautui validiksi ja reliaabeliksi mittariksi, joka soveltuu äitien ja isien osallisuuden tarkasteluun suomalaisessa kontekstissa. Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien osallisuus perheessä ja oman lapsen palveluissa oli vahvaa ja palveluiden kehittämisessä keskinkertaista. Äidit arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa hieman vahvemiksi kuin isät.

Vanhemmuuden huolet, stressi arkielämässä ja hankaluudet saada lähipiiriltä apua olivat vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Vanhempien riittävät vaikuttamismahdollisuudet ja päätöksentekoon osallistuminen oman lapsen palvelutapaamisissa sekä riittävät vaikuttamismahdollisuudet kunnan lasten ja perheiden palveluihin ja tiedonsaanti niistä olivat puolestaan osallisuuteen vahvistavasti yhteydessä. Lisäksi monet vanhempien lapsuudenperheessä esiintyneet vaikeudet olivat vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Altistuminen lapsuudenaikana kiusaamiselle oli äitien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä.

Tuloksia voidaan hyödyntää perheiden hyvinvoinnin tukemisessa ja vanhempien osallisuutta vahvistavien interventtioiden kehittämisessä ja arvioinnissa.

Avainsanat: osallisuus, vanhemmat, perheiden palvelut, reliabiliteetti, validiteetti

Abstract

The aims of this study were to evaluate the validity and reliability of the Generic Family Empowerment Scale (G-FES), to describe maternal and paternal empowerment in the family, services that the child uses and improving the family service system as well as evaluate factors that are related to parental empowerment.

The data were collected by post in 2009 from Finnish mothers (n = 571) and fathers (n = 384) of children ages 0–9. Parents were drawn from the Population Register Centre's information system using stratified random sampling. The study design was cross-sectional. Parents evaluated their empowerment in the child health clinic, school health care, day care, preschool and primary school. The data were analyzed using descriptive methods, statistical tests and multivariate modelling.

The G-FES proved to be a valid and reliable instrument that is suitable for evaluating empowerment of mothers and fathers in Finnish context. Among the study participants, parental empowerment in the family and the child's services was high. In the improvement of services, parental empowerment was moderate. Mothers felt somewhat more empowered in the family and their child's services than fathers did.

Parenthood concerns, stress in everyday life, and difficulties in getting help from the social network were the factors that were negatively associated with parental empowerment. Sufficient perceived influence and shared decision-making on family service appointments as well as sufficient perceived influence on the provision of municipal services and access to adequate information about municipal services were the factors that were positively associated with parental empowerment. Additionally, several adversities that were occurred in the childhood family were negatively associated with parental empowerment. Bullying at school was negatively associated with maternal empowerment.

The findings of this study can be utilized in supporting families' wellbeing and in creating and evaluating interventions to reinforce parental empowerment.

Key terms: empowerment, family services, parents, reliability, validity

Sisällys

1	Johdanto.....	15
2	Teoreettiset lähtökohdat	19
2.1	Osallisuus	19
2.1.1	Osallisuus käsitteenä.....	19
2.1.2	Vanhempien osallisuus.....	23
2.2	Vanhempien osallisuutta tarkastelevien tutkimusten kohderyhmät ja osallisuuden arvioinnissa käytetyt menetelmät.....	25
2.2.1	Kohderyhmät.....	25
2.2.2	Arviointimenetelmät.....	27
2.3	Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät.....	31
2.3.1	Säädökset osallisuudesta ja osallisuuden toteutumisen taustalla olevat tekijät.....	31
2.3.2	Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät: taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet.....	32
2.4	Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	36
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	38
4	Tutkimuksen empiirinen toteutus.....	39
4.1	Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku.....	39
4.2	Mittarit	40
4.2.1	Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari (G-FES).....	40
4.2.2	Muut tutkimuksessa käytettävät mittarit ja muuttujat	41
4.3	Aineisto.....	45
4.3.1	Aineiston muodostuminen	45
4.3.2	Tutkimukseen osallistuneet	46
4.4	Aineiston analyysi	47
5	Tulokset	52
5.1	G-FES-mittarin validiteetti ja reliabiliteetti.....	52
5.1.1	Rakennevaliditeetti	52
5.1.2	Erotteluvaliditeetti.....	54
5.1.3	Reliabiliteetti.....	55
5.2	Äitien osallisuus.....	56
5.2.1	Äitien osallisuuden toteutuminen	56

5.2.2	Äitien osallisuuden yhteydessä olevat tekijät.....	56
5.3	Isien osallisuus	61
5.3.1	Isien osallisuuden toteutuminen	61
5.3.2	Isien osallisuuden yhteydessä olevat tekijät.....	62
5.4	Yhteenveto tuloksista	67
6	Pohdinta	68
6.1	Tutkimuksen eettisyys	68
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	69
6.3	Tulosten tarkastelu.....	74
6.4	Tulosten hyödyntäminen ja ehdotukset vanhempien osallisuuden tukemiseksi.....	83
6.5	Jatkotutkimusaiheet	86
7	Johtopäätökset	87
	Lähteet	88
	Litteet	108
	Alkuperäisjulkaisut.....	132

Tekstissä olevat kuvat

- Kuvio 1. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa kuvatuista vanhempien osallisuuden osa-alueista ja osallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä
- Kuvio 2. Äitien osallisuutta perheessä kuvaava lineaarinen regressiomalli
- Kuvio 3. Äitien osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava lineaarinen regressiomalli
- Kuvio 4. Äitien osallisuutta lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä kuvaava lineaarinen regressiomalli
- Kuvio 5. Isien osallisuutta perheessä kuvaava lineaarinen regressiomalli
- Kuvio 6. Isien osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava lineaarinen regressiomalli
- Kuvio 7. Isien osallisuutta lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä kuvaava lineaarinen regressiomalli

Tekstissä olevat taulukot

- Taulukko 1. Tutkimuksen kulku
- Taulukko 2. Kooste tutkimuksessa käytetyistä mittareista ja muuttujista
- Taulukko 3. G-FES-mittarin väittämien selitysosuudet ja faktorilataukset konfirmatorisen faktorianalyysin (CFA) mukaan

Tekstissä olevat lyhenteet

α	Cronbachin alpha
β	Regressiokerroin
CFA	Konfirmatorinen faktorianalyysi
CFI	Comparative Fit Index
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health
d	Cohenin d-arvo
df	Vapausaste
FES	The Family Empowerment Scale
G-FES	Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari
Ka	Aritmeettinen keskiarvo
Kh	Keskihajonta
χ^2	Khiin neliö
λ	Faktorilataus
Linda	Suomen yliopisto- ja korkeakoulukirjastojen kirjakokoelmien yhteistietokanta
Medic	Suomalainen lääketieteen ja terveydenhuollon viitekanta
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
η^2	Eetan neliö -arvo
n	Aliotoksen koko
N	Otoksen koko
p	Todennäköisyys
PsycINFO	Psykologian viitetietokanta
Q ₁ , Q ₃	Ala- ja yläkvartiili
r	Pearsonin korrelaatiokerroin
r ²	Selitysosuus
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
S.E	Keskivirhe
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TLI	Tucker Lewis Index
Tol	Toleranssi
VIF	Variance inflation factor

Lista liitteistä

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Kooste vanhempien osallisuutta arvioivista mittareista
- Liite 3. Äitien ja isien taustatiedot, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet
- Liite 4. G-FES-mittarin reliabiliteetti osioanalyysien mukaan
- Liite 5. G-FES-mittarin reliabiliteetti Cronbachin alpha kertoimen mukaan
- Liite 6. Vanhempien osallisuuden toteutuminen
- Liite 7. Äitien osallisuuteen erikseen yhteydessä olevat taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet
- Liite 8. Isien osallisuuteen erikseen yhteydessä olevat taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet
- Liite 9. Alkuperäinen FES-mittari
- Liite 10. Kooste tutkimuksista, joissa on käytetty FES-mittaria

Alkuperäisartikkelit

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin alkuperäisartikkeleihin. Niihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla.

- I Vuorenmaa M, Halme N, Åstedt-Kurki P, Kaunonen M & Perälä M-L. 2014. The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children. *Child: Care, Health and Development* 40 (4), 597–606. doi: 10.1111/cch.12081
- II Vuorenmaa M, Perälä M-L, Halme N, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2015. Associations between family characteristics and parental empowerment in the family, family service situations and the family service system. *Child: Care, Health and Development (painossa)*. doi: 10.1111/cch.12267
- III Vuorenmaa M, Halme N, Perälä M-L, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2015. Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences (painossa)*. doi: 10.1111/scs.12243
- IV Vuorenmaa M, Halme N, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P & Perälä M-L. Determinants of maternal and paternal empowerment: exploring the role of childhood adversities. Lähetetty arvioitavaksi.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa. Yhteenveto-osassa esitetään myös artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

1 Johdanto

Vanhempien osallisuus tarkoittaa prosessia, jonka myötä vanhemmat saavuttavat sellaisia tietoja, taitoja ja voimavaroja, joiden avulla he pystyvät hallinnoimaan perhe-elämäänsä, vaikuttamaan oman perheensä asioihinsa ja niiden käsittelyyn sekä osallistumaan perheille suunnattujen palveluiden ja ympäröivän yhteisön kehittämiseen (Koren ym. 1992, Warren ym. 2011). Osallisuus on yhteydessä omien mahdollisuuksien ja potentiaalain tiedostamiseen, niiden käyttöön saamiseen, jakamiseen sekä puutteiden kompensointiin, ja siksi osallisuutta pidetään keskeisenä yksilön terveyttä ja yleistä hyvinvointia tuottavana tekijänä (WHO 1998, Tengländ 2007, Black & Lobo 2008, Heidenmann & Almeida 2010). Laajemmin osallisuus on yhteydessä yhteiskunnan cheyteen ja sosiaaliseen tasa-arvoon (WHO 2005, EU 2007, STM 2010b) ja se on osa ihmisarvoon liittyvää oikeutta osallistua omaan arkeen, tulla kuulluksi ja osallistua itseä ja yhteisöä koskevaan päätöksentekoon (Halttunen-Sommerdahl 2006, STM 2010a). Suomen perustuslain (731/2000) mukaan kansalaisilla on oikeus vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja osallistua yhteiskunnan toimintaan ja sen kehittämiseen. Lainsäädäntö määrää myös kansalaisten oikeuksista vaikuttaa ja osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon omassa asuinkunnassaan (kuntalaki 731/2000) ja yhteiskunnan eri palveluissa (esim. terveydenhuoltolaki 1326/2010, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Vanhempien osallisuuden on todettu olevan yhteydessä perheiden yhtenäisyyteen ja toimintakykyyn (Gavin & Wysocki 2006, Hansen ym. 2012) sekä perheenjäsenien välisen suhteen ja vuorovaikutuksen toimivuuteen (Cunningham ym. 1999, Melnyk ym. 2008, Gorvine 2010). Se on ollut yhteydessä myös vanhempien vähäisempiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin (Gerkenmeyer ym. 2008 & 2011, Benson & Kersh 2011, Weiss ym. 2012) sekä vanhemmuuden stressiin (Cunningham ym. 1999, Melnyk ym. 2008, Semke ym. 2010). Lisäksi vanhempien osallisuuden ja lapsen hyvinvoinnin ja kehityksen välillä on todettu olevan yhteyttä. Esimerkiksi lapsen vahvempi itsetunto (You & Nguyen 2011), vähäisempi häiriökäyttäytyminen (Bourke-Taylor ym. 2009, Weiss ym. 2012) sekä suotuisa emotionaalinen, kielellinen, kognitiivinen ja motorinen kehitys (Bronte-Tinkew ym. 2008, Kurani ym. 2009) on ollut yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen. Vanhempien osallisuuden on todettu olevan yhteydessä myös lapsen hoidon jatkuvuuteen (deMelo ym. 2014,

Zanello ym. 2015) ja myönteisempiin hoitotuloksiin (Florian & Elad 1998, Robinson ym. 2011, Järvikoski ym. 2013). Vanhempien kyky etsiä, vastaanottaa ja hyödyntää niin lähipiiriltä kuin palveluista saatavaa tukea sekä myönteisempi kokemus palveluiden saavutettavuudesta ja riittävydestä on myös ollut yhteydessä vanhempien osallisuuteen (Denboba ym. 2006, Halme ym. 2014).

Vanhempien osallisuuden on todettu olevan oleellinen tekijä perheiden jokapäiväiselle arjen hyvinvoinnille sekä perheiden kyvyille kohdata elämänmuutoksia ja selviytyä haastavista elämäntilanteista (Florian & Elad 1998, Liu ym. 2010, Lambard ym. 2013, Martins ym. 2013). Yleisesti ottaen suomalaiset lapsiperheet voivat hyvin. Samaan aikaan perheiden arki on kuitenkin moninaistunut yhteiskunnallisen kehityksen seurauksena ja arjen haasteet ovat erilaisia kuin aikaisemmin. Tyypillistä tämän päivän vanhemmuudelle on muun muassa perherakenteiden monimuotoistuminen ja usein etäällä olevat sukulais- ja läheisverkostot (Janhunen & Oulasmaa 2008). Myös työelämässä tapahtuneilla muutoksilla on merkittävä vaikutus perheiden arkeen ja hyvinvointiin. Työelämän hektisyys, työstressi ja epätyypilliset työsuhteet, sekä toisaalta epävarmuus töiden jatkumisesta, huoli työttömyydestä ja toimeentulosta koettelevat vanhempia ja luovat paineita perheenjäsenien välisille suhteille. Lapsiperheiden vanhempien kamppailu vanhemmuuden, työn ja toimeentulon yhteensovittamisen kanssa on jokapäiväistä arkista tasapainoilua ajankäytön ja voimavarojen riittämisestä työssä ja kotona. (Hiihlamo 2003, Lammi-Taskula & Salmi 2009.)

Valtaosa suomalaisista vanhemmista pärjää arjen haasteiden kanssa hyvin. Vanhempien kokema huoli voimavaroistaan vanhempana on silti varsin yleistä, sillä lähes puolet alaikäisten lasten vanhemmista kantaa huolta jaksamisestaan. Huolen taustalla on monia tekijöitä liittyen muun muassa toimeentuloon, työkuormitukseen, parisuhteeseen, yksinäisyyteen ja omaan tai perheenjäsenen terveydentilaan. (Lammi-Taskula & Salmi 2009.) Vanhempien jaksamattomuutta, riittämättömäksi arvioitua vanhemmuutta, avuttomuutta ja osaamattomuutta on todettu olevan myös lapsiperheiden vakavien ongelmien taustalla (Hiitola 2008). Lapsiperheissä aineellinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi määrittävätkin paljolti vanhempien mukaan. Ulkoisesti samankaltaiset olosuhteet eivät kuitenkaan tarkoita samanlaista hyvinvointia perheissä (Black & Lobo 2008). Resurssien määrän lisäksi vanhempien kyky hyödyntää olemassa olevia resursseja on oleellista arjen haasteiden kanssa selviytymiselle (Zimmerman 1995, Liu ym. 2010, Sekki & Korvela 2014).

Perusta elämänmittaiselle hyvinvoinnille ja terveydelle luodaan lapsuudessa (Janhunen & Oulasmaa 2008). Lapsuuden olosuhteilla on tärkeä merkitys kasvavan lapsen hyvinvoinnille tässä ja nyt, mutta niiden vaikutus myös myöhemmälle elämälle

on merkityksellinen (Weissman ym. 2006, Farrell ym. 2012). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että henkiset, aineelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset elämänhallinnan voimavarat ovat usein ylisukupolvaisia (Skouteris ym. 2010, Paananen & Gissler 2011). Yleinen luottamuksen tunne toisia ihmisiä ja julkisia instituutioita kohtaan (Harding ym. 2010, Kortteinen & Elovainio 2012), taloudellinen tilanne (Airio & Niemelä 2002, Kataja ym. 2014), koulutustaso (Myrskylä 2009, Farrell ym. 2012) ja yleiset elämäntavat (Kestilä ym. 2006, Skouteris ym. 2010) ovat esimerkiksi tekijöitä, joiden on todettu siirtyvän vanhemmilta lapsille.

Lasten ja perheiden universaaleissa palveluissa toimivilla työntekijöillä on merkittävä rooli perheiden hyvinvoinnin ja vanhempien osallisuuden tukemisessa ja vahvistamisessa, sillä ne tavoittavat lähes kaikki lapsiperheet Suomessa. Vuonna 2013 erilaisten perhepalvelujen piirissä oli kaikkiaan yli miljoona 0–17-vuotiaasta lasta perheineen (Tilastokeskus 2014). Palvelut vaihtuvat lapsen kasvun myötä, ja useat perheet käyttävät samanaikaisesti monia palveluita. Lähes kaikki alle kouluikäisten lasten perheet ovat äitiys- ja lastenneuvoloiden palvelujen piirissä (STM 2009) ja kaksi kolmesta 1–6-vuotiaasta lapsesta on päivähoitossa (THL 2014). Esiopetus tavoittaa kaikki 6-vuotiaiden lasten perheet ja perusopetus sekä kouluterveydenhuolto kaikki 7–15-vuotiaiden lasten ja nuorten perheet (perusopetuslaki 628/1998, OKM 2013, oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013, Finlex 2015).

Vanhempien osallisuuden toteutumiselle palveluissa on olennaista työntekijöiden tapa kohdata perheet. Työntekijät luovat puitteet sille, onko vanhemmilla mahdollisuus tulla palvelutilanteessa kuulluksi, voivatko he turvallisesti kertoa huolistaan ja tuen tarpeistaan ja saavatko he riittävästi tietoa, jonka turvin on mahdollista osallistua päätöksentekoon. Vanhempien osallisuuden toteutumisen tukemisessa on todettu puutteita, vaikka työntekijät pitävät perheiden osallisuutta tärkeänä ja sen vahvistamista merkityksellisenä osana omaa työtään. Monella työntekijällä on epäselvyyttä siitä, mitä osallisuudella itse asiassa tarkoitetaan ja miten sitä käytännössä parhaiten voisi ja pitäisi vahvistaa. (Connor & Wilson 2006, Corbally ym. 2007, Cawley & McNamara 2011.)

Tietoa siitä, miten suomalaisten vanhempien osallisuus lapsiperheissä ja lasten ja perheiden universaalien palvelujen kontekstissa toteutuu tai mitkä tekijät osallisuuteen ovat yhteydessä, on niukasti. Suurin osa vanhempien osallisuutta tarkastelevista tutkimuksista kohdistuu perheisiin, joiden lapsella on todettu kasvuun tai kehitykseen liittyviä erityistarpeita tai yksittäisiin palvelutilanteisiin tai -muotoihin. Lisäksi valtaosa aiempiin tutkimuksiin osallistuneista vanhemmista on äitejä, joten tietoa isien osallisuudesta on hyvin vähän. Viimeisten vuosikymmenien aikana perhesuhteet Suomessa ja monissa muissa länsimaissa ovat muuttuneet ja isien

osallistuminen lastensa hoivaan ja huolenpitoon samoin kuin lasten ja perheiden palveluihin on lisääntynyt huomattavasti (Wall & Arnold 2007, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2009). On todennäköistä, että äitien ja isien osallisuuteen liittyy erilaisia tekijöitä, sillä äitiyden ja isyyden tiedetään olevan osin erilaista (Sevon & Huttunen 2004). Äidit ja isät luovat usein myös erityyppisen suhteen lapseen (Mykkänen 2010) ja heillä on erilaisia palveluihin liittyviä huomion ja tuen odotuksia ja tarpeita (Whiteside-Mansell 2001, Mykkänen 2010).

Vanhempien osallisuutta tarkastelevien tutkimusten tulosten vertailu on hankalaa, sillä niissä käytetyt arviointimenetelmät vaihtelevat. Suomessa ei ole aikaisemmin ollut saatavilla mittaria, jonka avulla voidaan tarkastella vanhempien omaa arviota osallisuudestaan. Yhtenäinen ja luotettava arviointimenetelmä mahdollistaa käsitteen yhdenmukaisen ymmärryksen kehittymisen ja luotettavan tiedon saamisen. Yhdenmukainen ja käytäntöön sopiva ymmärrys siitä, mitä vanhempien osallisuudella tarkoitetaan sekä yleistettävä ja vertailukelpoinen tieto vanhempien osallisuuden toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä luovat puolestaan edellytykset osallisuuden tukemiselle ja sitä vahvistavien toimintatapojen ja interventioiden suunnittelulle, toteutukselle ja seurannalle.

Tämän hoitotieteellisen väitöskirjan tarkoituksena on arvioida vanhempien osallisuutta kartoittavan Geneerinen vanhempien osallisuus -mittarin (G-FES) validiteettia ja reliabiliteettia, kuvata äitien ja isien arviota osallisuutensa toteutumisesta omassa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä sekä selittää vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa kuvattu kirjallisuus perustuu vuosien 2012 ja 2015 välisenä aikana toteutettuihin ja kesäkuussa 2015 päivitettyihin hakuihin kansainvälisistä tietokannoista MEDLINE, CINAHL ja PsycINFO ja suomalaisista tietokannoista Linda ja Medic. Kaikki haut rajattiin suomen- ja englanninkielisiin tieteellisiin julkaisuihin. Kirjallisuutta haettiin lisäksi käsihakuna tietokantahakujen tuloksena löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloista ja mukaan otettiin myös joitakin aikarajauksia vanhempia keskeisiksi osoittautuneita julkaisuja. *Osallisuutta* käsittelevät haut rajattiin vuosien 2000–2015 julkaistuihin tieteellisiin julkaisuihin. *Vanhempien osallisuutta* käsittelevät haut rajattiin vuosien 2005–2015 aikana julkaistuihin tieteellisiin julkaisuihin. Hauissa, joiden tarkoituksena oli löytää kaikki *Family Empowerment Scale* -mittaria (FES) käsittelevät tieteelliset julkaisut, ei käytetty aikarajauksia. Vanhempien osallisuutta käsitteleviä viitteitä löytyi yli 3000. Teoreettisissa lähtökohdissa kuvattu vanhempien osallisuus pohjautuu 178 julkaisuun, joihin päädyttiin hakujen tuloksena löydettyjen julkaisuiden otsikoiden (n = 1016), tiivistelmien (n = 309) ja koko tekstien arvioinnin perusteella.

Suomenkielisinä hakutermeinä käytettiin yksittäisinä hakusanoina ja niiden erilaisina yhdistelminä seuraavia termejä: *vanhemmat, äidit, isät, vanhemmuus, äitiys, isyys, perhe, osallisuus, voimaantuminen, voimavaraistuminen, osallistuminen, vaikuttaminen, vaikuttamismahdollisuudet, päätöksenteko, arviointi, arviointimenetelmä, mittari*. Englanninkielisinä hakutermeinä käytettiin seuraavia termejä: *parents, mothers, fathers, parental, maternal, paternal, family, involvement, inclusion, social engagement, empowerment, participation, influence, decision-making, Family Empowerment Scale, instrument, measure*.

2.1 Osallisuus

2.1.1 Osallisuus käsitteenä

Osallisuus on abstrakti, monitieteinen ja moniulotteinen käsite, jonka määrittely on osoittautunut vaikeaksi ja hankalasti konkretisoitavaksi, eikä sille ole laajasta käytöstä

huolimatta muodostunut yhtenäistä määritelmää. Osallisuudella on lukuisia lähikäsitteitä eikä käsitteiden keskinäinen suhde ole suomenkielisessä tai englanninkielisessä kirjallisuudessa yksiselitteinen. Erityisesti käsitteitä osallistuminen (*participation*), voimaantuminen (*empowerment*) ja minä-pystyvyys (*self-efficacy*) käytetään kirjallisuudessa epäjohdonmukaisesti ja niillä voidaan tarkoittaa osallisuuden kanssa samaa asiaa, osallisuuden osatekijöitä, sen edellytyksiä tai seurauksia. Osallisuuden käsitteelle ei ole yksiselitteistä englanninkielistä vastinetta vaan eri käsitteitä, joilla kuvataan osallisuutta, on lukuisia. Yleisimmin käytettyjä käsitteitä edellä mainittujen lisäksi ovat *involvement*, *inclusion*, *citizen engagement*, *citizen participation* ja *social engagement*.

Sivistyssanakirja (2015) määrittelee osallisuuden osallisena olemiseksi. Osallisena oleminen puolestaan tarkoittaa henkilöä, jolla on osuus johonkin toimintaan tai etuun, joka on mukana jossakin, on osaa ottava ja osallistuva. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2009) kuvaa osallisuutta mukanaolona, vaikuttamisena ja huolenpitoa sekä yhteisesti rakennetusta hyvinvoinnista osalliseksi pääsemisenä. Yleisesti osallisuus on määritelty kuulumiseksi johonkin, itseä ja ympäristöä koskeviin asioihin vaikuttamiseksi, vastuun ottamiseksi seurauksista sekä toimimiseksi aktiivisesti ja sitoutuneesti (Kirby ym. 2003, Freire 2005, Hammel ym. 2007, Kivilakoski ym. 2012, Nivala & Rynnänen 2013).

Käsitteenä osallisuus ilmaantui enenevästi suomalaisen julkiseen keskusteluun 1990-luvulla, jolloin se kytkeytyi julkisen hallinnon pyrkimyksiin edistää kansalaisosallistumista. Vuonna 1997 Sisäasiainministeriö asetti valtakunnallisen osallisuushankkeen, jonka tarkoituksena oli edistää kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Osallisuushankkeessa osallisuutta hahmoteltiin jaotteleamalla se tieto-, suunnittelu-, toiminta- ja päätösosallisuuteen. *Tieto-osallisuuteen* liittyy oikeus tiedon saamiseen ja tuottamiseen liittyen kaikkiin niihin asioihin, jotka koskevat itseä ja joista on oikeus olla tietoinen. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi tieto palveluista ja valmistelussa olevista asioista kunnassa. *Suunnitteluosallisuus* liittyy asioiden valmisteluvaiheeseen, jossa ihmisellä on mahdollisuus osallistua häntä itseään koskevan toiminnan suunnitteluun ja kertoa mielipiteensä. *Toimintaosallisuus* tarkoittaa ihmisen mahdollisuutta konkreettiseen osallistumiseen erilaisiin toimintoihin tai tehtäviin. (Kohonen & Tiala 2002, Valtioneuvoston selonteko 2002.) Tässä tutkimuksessa toiminnalla ei tarkoiteta ainoastaan konkreettista toimimista, eikä osallisuus ole riippuvainen yksilön fyysisestä toimintakyvystä. *Päätösosallisuus* tarkoittaa ihmisen mahdollisuutta osallistua häntä itseään koskeviin päätöksiin (Kohonen & Tiala 2002, Valtioneuvoston selonteko 2002).

Osallisuutta on tarkasteltu myös sen puuttumisen näkökulmasta. Osallisuuden vastakäsitteinä yleisimmin mainittuja ovat osattomuus, passiivisuus, syrjäytyminen ja vieraantuminen (Zimmerman 2000, Kiilakoski 2007, Nivala & Rynnänen 2013). Osattomuuteen kuuluu ulkopuolisuuden kokemus ja vaille jääminen yhteiskunnan tarjoamista mahdollisuuksista ja voimavaroista (Paju 2007, Siltaniemi ym. 2008), ja sitä on kuvattu myös voimattomuutena, toivottomuutena tai avuttomuutena (Scheel & Rieckman 1998, Zimmerman 2000). Passiivisuus taas liittyy yhteiskunnalliseen osallistumiseen, jolloin ei-osallinen kokee, ettei hänellä ole mitään yhtymäkohtia esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon (Paju 2007). Syrjäytyminen viittaa yleisesti yhteiskunnan perustoimintojen ulkopuolelle joutumisen prosessiin, kun taas vieraantuminen tarkoittaa suhteen kadottamista niin itsen, ympäröivään yhteisöön kuin yhteiskuntaan (Kiilakoski 2007).

Osallisuus ilmenee eri tasoilla. *Osallisuus omassa elämässä* tarkoittaa ihmisen osallistumista omaa elämäänsä koskeviin valintoihin ja päätöksiin (Cowden & Singh 2007, Hammel ym. 2007, Hardina 2008). *Osallisuus omien asioiden käsittelyssä* tarkoittaa ihmisen kykyä ja mahdollisuutta kertoa esimerkiksi palvelutilanteessa oma näkemyksensä ja mielipiteensä omasta tilanteestaan, vaikuttaa työskentelyprosessiin sekä osallistua ja vaikuttaa itseään koskeviin suunnitelmiin ja päätöksentekoon (Kujala 2003, Hammel ym. 2007, Oranen 2013). Sosiaali-, terveys- ja opetuspalveluissa asiakkaan osallisuuteen kuuluu palvelun käyttäjien asiantuntijuuden hyväksyminen, huomioiminen ja hyödyntäminen (Laitila 2010). Pohjolan (2010) mukaan osallisuus palveluissa toteutuu, kun työntekijällä on ammatillinen ja asiakkaalla oman elämänsä asiantuntijuus ja näiden suhde on tasapainossa. *Osallisuus ympäröivässä yhteisössä ja palveluissa* tarkoittaa ihmisen kykyä ja mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa yhteisten asioiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin (Baffour ym. 2006, Hammel ym. 2007, Hardina 2008) kertomalla palveluihin liittyvistä odotuksistaan, kokemuksistaan, tarpeistaan ja ideoistaan (Cowden & Singh 2007, Laitila 2010, Oranen 2013).

Keskusteluun osallisuudesta ja osattomuudesta liittyy myös vallankäyttö siitä, kuka arvottaa osallisuuden ja millä perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) määrittelee osallisuuden jokaisen ihmisen omakohtaiseksi kokemukseksi suhteestaan ympäröiviin ihmisiin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Osallisuuden kokemuksen syntyminen on yksilöllistä, ja se vaihtelee elämäntilanteiden ja -vaiheiden mukaan (Gallant ym. 2002, Hotari ym. 2009, Raivio & Karjalainen 2013, Kivistö 2014). Osallisuuden kokemus edellyttää tietoa ja sen ymmärtämistä sekä tietoisuutta toiminta- ja vaikuttamismahdollisuuksista (Freire 2005, Warren 2008, Luhtasela 2009). Kokemusta osallisuudesta ei voida synnyttää eikä syntynyttä kokemusta

toisaalta kieltää. Osallisuuden kokemus voi syntyä ilman näkyviä osallistumisen mahdollisuuksia, mutta se voi myös jäädä syntymättä osallistamisyhteyksistä huolimatta. (Hotari ym. 2009.) Osallisuuden kokemuksen keskeinen määrittelykriteeri on yksilön oma tunne siitä, onko hän osallinen (Gretschel 2002, Hotari ym. 2009).

Osallistumisen käsite liitetään 1960- ja 1970-luvuilla tapahtuneeseen kansalaisten poliittiseen aktivoitumiseen, jolloin pidettiin tärkeänä, että tavallisella ihmisellä tulisi olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa julkisiin toimintoihin ja niitä koskeviin päätöksiin (Richardson 1983). Arnstein julkaisi vuonna 1969 nuorten osallistumisen ja osallisuuden yhteyttä kuvaavan tikapuumallin. Mallia on käytetty laajasti, sitä on sovellettu erilaisiin konteksteihin ja edelleen monet osallisuuden määritelmät pohjautuvat siihen (esim. Gretschel 2002). Malleissa alimmalla portaalla olevalla yksilöllä on vain vähän mahdollisuuksia osallistua vaikuttamiseen ja päätöksentekoon, jolloin hänen osallisuutensa on heikko. Mitä korkeammalle portaita kiivetään, sitä enemmän yksilöllä on osallistumismahdollisuuksia ja sitä osallisempi hän on. (Arnstein 1969.) Tikapuumalleja on kritisoitu siitä, että niissä osallisuus nähdään yksilöotteisena toimintana, joissa osallisuus on jotain, jota tarjotaan yksilölle ulkopuolelta (Thomas 2002, Tritter & McCallum 2006). Lisäksi vaarana on pidetty sitä, että osallisuuden edistäminen pelkistyy mekaaniseksi toimintamalleiksi, jos osallisuutta tarkastellaan yksinomaan kansalaisten osallistumisen näkökulmasta (Helne 2002, Nivala & Rynänen 2013).

2010-luvun suomalaisessa keskustelussa osallisuus ymmärretään osallistumista laajemmaksi käsitteeksi ja osallistuminen nähdään yhtenä osallisuuden osatekijänä (OM 2005, Julkunen & Heikkilä 2007, Laitila 2010, Valkama 2012). Osallisuus voidaan saavuttaa, kun kansalaisella on mahdollisuus tuoda esiin näkemyksiään, vaikuttaa, olla päättämässä ja kantaa vastuuta (Gretschel 2002, Kirby ym. 2003). Osallistava osallistuminen on vapaaehtoista ja se voi tapahtua yksilön, ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskunnan tasolla (Koskiahho 2002, Hammel ym. 2007). Osallistuminen ei takaa osallisuutta, mutta voi vahvistaa sitä (Gretschel 2002, Hammel ym. 2007, Kiilakoski 2007, Nivala & Rynänen 2013, Kivistö 2014).

Osallisuus yhdistetään *voimaantumisen* ja *minä-pystyvyyden* käsitteisiin niin kiinteästi, että niitä käytetään kirjallisuudessa usein toistensa synonyymeina (esim. Bandura 1997, Lavernack 2007, Warren 2008, Rouvinen-Wilenius & Leino 2011). Voimaantuminen on määritelty yksilön sisäiseksi voimavaraksi ja henkilökohtaiseksi ja sosiaaliseksi prosessiksi, joka lähtee ihmisestä itsestään, eikä voimaa voi sellaisenaan antaa toiselle (Siitonen 1999, Lavernack 2007). Voimaantuminen tarkoittaa hallinnan ja pystyvyyden tunnetta, itsetuntoa, kompetenssia ja varmuutta

(Boehm & Staples 2004, Stajduhar ym. 2011). Voimaantuminen on määritelty mahdollisuuksien ja voimavarojen löytämiseksi, toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamiseksi (Grossberg 1995, Zimmerman 1995, Liu ym. 2010), sitoutuneisuudeksi (Siitonen 1999, Stajduhar ym. 2011) sekä kyvyksi asettaa ja saavuttaa päämääriä (Rodwell 1996). Yksilön voimaantuminen vaikuttaa myös yhteisöön, ja vahvistaa sen mahdollisuuksia kohentaa esimerkiksi paikallisia elinolosuhteita (Lavernack 2007, Narayan 2007, Maton 2008). Minä-pystyvyyttä pidetään yhdistävänä tekijänä tiedostamisen ja toiminnan välillä (Bandura 1997, Walker ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa osallisuudella tarkoitetaan yksilön omakohtaista arviota tietämyksestään sekä kyvystään toimia, vaikuttaa ja ottaa osaa päätöksentekoon itseä, perhettä ja ympäröivää yhteisöä koskevissa asioissa. Osallistuminen ja voimaantuminen ovat osallisuuden osatekijöitä. Osallistumisella tarkoitetaan yksilön osallistumisesta vaikuttamiseen ja päätöksentekoon. Voimaantuminen luo edellytykset osallisuuden toteutumiselle. Seuraavassa luvussa kuvataan tarkemmin, mitä erityisesti vanhempien osallisuudella tarkoitetaan.

2.1.2 Vanhempien osallisuus

Vanhempien osallisuutta on tutkittu useilla tieteenaloilla. Suomalaista tutkimusta on tehty hoitotieteessä (Sirviö 2006, Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008), kasvatustieteissä (Räty ym. 2009) ja sosiaalitieteissä (Järvikoski ym. 2013). Kansainvälistä tutkimusta vanhempien osallisuudesta on tehty hoitotieteessä (Wakimizu ym. 2011), psykologiassa (esim. Koren ym. 1992, Boehm & Staples 2004), sosiaalitieteissä (Gutiérrez & Lewis 1994), kasvatustieteissä (Addi-Racah & Arviv-Elyashin 2008) ja filosofiassa (Kim 2012).

Vanhempien osallisuus *perheessä* tarkoittaa vanhemman luottamusta omiin taitoihinsa, tietoihinsa ja toimintakykyynsä, joiden avulla vanhempi kykenee huolehtimaan lapsestaan, kasvattamaan häntä ja pitämään perhe-elämänsä hallinnassa (Koren ym. 1992, Hintermair 2006, Luong ym. 2009, Warren ym. 2011). Osallisuuteen kuuluu vanhemman tietoisuus ja realistinen ymmärrys perheen elämäntilanteesta sekä kyky jäsentää ja järjellä sitä (Gavin & Wysocki 2006, Weiss ym. 2012, Järvikoski ym. 2013, Benson 2014, Jurkowski ym. 2014). Osallisuuteen kuuluu myös vanhemman kyky tiedostaa, käyttää ja hankkia voimavaroja perheen hyvinvoinnin edistämiseksi (Hoffman ym. 2007, Croom ym. 2011, Freiberg ym.

2014, Jurkowski ym. 2014). Vanhemman kyky hankkia aktiivisesti tietoa ja taitoja, tehdä päätöksiä sekä kehittää ja omaksua uusia, perheen hyvinvointia edistäviä toimintatapoja on myös osallisuutta (Dunst & Trivette 2009, DePape & Lindsay 2015).

Vanhempien osallisuutta pidetään edellytyksenä perheen kyvyille kohdata elämänmuutoksia, selviytyä haastavista elämäntilanteista ja kehittyä kyvykkäämmäksi tulevien haasteiden kohtaamisessa ja niistä selviytymisessä (Florian & Elad 1998, Liu ym. 2010, Lambard ym. 2013, Martins ym. 2013). Vanhemman kyky maksimoida omat ja perheensä voimavarat ja näin taata lapselle myönteiset kasvuolosuhteet myös silloin, kun perhe kohtaa vastoinkäymisiä on vanhempien osallisuutta (Croom ym. 2011, Freiberg ym. 2014). Vanhempien osallisuuteen kuuluu myös vanhemmuuteen liittyvän epävarmuuden kanssa toimeen tuleminen ja epärealististen huolien väheneminen (Penticuff & Arheart 2005). Vanhemman osallisuutta on kuvattu prosessina, jossa vanhemman turhautuminen, pelko tai voimattomuuden tunne synnyttävät vanhemmassa päätöksen selviytyä haastavasta tilanteesta ja suunnata voimavarojaan tulevaisuuteen sen sijaan, että suostuisi antamaan avuttomuuden tunteelleen periksi (Luong ym. 2009, Wakimizu ym. 2010).

Vanhempien osallisuutta on kuvattu poluksi vahvaan vanhemmuuteen, jolloin vanhempi omaksuu aktiivisen roolin lapsen elämässä (Cunningham ym. 1999, Hintermair 2006, Warren ym. 2011, Howell ym. 2015). Vanhemman kyky kasvattaa lasta lapsen vahvuuksiin keskittymällä, mutta myös ohjaamalla ja tukemalla lasta pärjäämään rajoitteidensa kanssa on osallisuutta (Koren ym. 1992, Murray ym. 2013, DePape & Lindsay 2015). Joissakin määritelmässä vanhemman osallisuus on tyypistynyt tarkoittamaan yhdessäoloa lapsen kanssa ja konkreettista osallistumista lapsen ja kodin hoitoon (Gavin & Wysocki 2006, Castillo ym. 2011, Perry & Langley 2013) sekä määrällisesti arvioitavaksi vanhemman saatavilla oloksi, vastuullisuudeksi ja vuorovaikutukseksi (Gorvine 2010).

Vanhempien osallisuus *lapsen asioiden käsittelyssä* tarkoittaa vanhemman osallistumista ja vaikuttamista aina, kun lapseen liittyviä päätöksiä tehdään esimerkiksi perheen käyttämissä palveluissa tai vapaa-ajan toimintaympäristöissä (Koren ym. 1992, Aujoulat ym. 2008, Wataker ym. 2012). Osallisuus on vanhemman tietoisuutta asiantuntijuudestaan sekä ensisijaisesta oikeudestaan ja vastuustansa omaan lapseensa liittyen (Bumpus ym. 1999). Vanhemman kyky hankkia lapselle omatoimisesti palveluita, toimia aktiivisesti lapsensa puolesta puhujana, ottaa osaa lapsensa hoidon suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen sekä kantaa vastuuta ja ratkoa ongelmia yhteistyössä työntekijöiden kanssa on myös osallisuutta (Aujoulat ym. 2008, Liu ym. 2010, Martins ym. 2013, deMelo ym. 2014, Freiberg ym.

2014). Joissakin määritelmissä pelkkä vanhemman konkreettinen osallistuminen lapsen palvelutapaamisiin tai osallistuminen lapsen hoitamiseen sairaalassa on määritelty osallisuudeksi (Garfield & Isacco 2006, Gorvine 2010).

Vanhempien osallisuus *ympäriässä yhteisössä ja yhteiskunnassa* tarkoittaa vanhemman vaikuttamista ja päätöksentekoon osallistumista yleisesti lapsia ja perheitä koskevissa asioissa (Kim 2012, Murray ym. 2013, Freiberg ym. 2014). Vanhemman kyky toimia yhteistyössä esimerkiksi kunnan päättäjien kanssa, ja tietoisuus perheiden oikeuksista, on vanhempien osallisuutta (Koren ym. 1992, Freiberg ym. 2014). Lisäksi vanhemman osallistuminen esimerkiksi lapsiystävällisen ja turvallisen yhteisön kehittämiseen ja toimiminen lapsen kehitystä tukevissa yhteisöissä, kuten vanhempainyhdistyksessä tai urheiluseurassa on vanhempien osallisuutta (Nobles & Frankenberg 2009, El Nokali ym. 2010, Altschul 2011, You & Nguyen 2011).

Tässä tutkimuksessa vanhempien osallisuudella tarkoitetaan vanhempien omaa arviota kyvystään pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa, osallistua vaikuttamiseen ja päätöksentekoon oman lapsensa käyttämissä tai tarvitsemisissä palveluissa sekä vaikuttaa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluihin.

2.2 Vanhempien osallisuutta tarkastelevien tutkimusten kohderyhmät ja osallisuuden arvioinnissa käytetyt menetelmät

2.2.1 Kohderyhmät

Suomalaisten vanhempien osallisuutta tarkastelevia tutkimuksia on vähän. Vanhempien osallisuutta on tarkasteltu tilanteissa, joissa alakouluikäinen lapsi on sairaalahoitossa (Sirviö 2006, Kelo ym. 2012) tai kuntoutuksessa (Järvikoski ym. 2013). Lisäksi vanhempien osallisuutta on tarkasteltu alakouluikäisen lapsen koulunkäyntiin (Räty ym. 2009) ja kouluterveydenhuoltoon (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008) liittyen.

Valtaosa vanhempien osallisuutta tarkastelevista tutkimuksista on tehty Yhdysvalloissa (esim. Koren ym. 1992, Lambarrd ym. 2013, Warren ym. 2015). Tutkimusta on lisäksi tehty laajasti eri puolilla maailmaa, esimerkiksi Kanadassa (Aston ym. 2006, Law ym. 2011), Australiassa (Rickards ym. 2007 & 2008, Bourke-Taylor ym. 2009 & 2012), Brasiliassa (Martins ym. 2013), Etelä-Afrikassa (Herbst & Maree ym. 2006), Japanissa (Wakimizu ym. 2010 & 2011), Intiassa (Kurani ym. 2009),

Pakistanissa (Yousafzai ym. 2011) ja Israelissa (Florian & Elad 1998, Ingberg & Most 2012). Euroopassa tutkimusta on tehty ainakin Norjassa (Øien ym. 2009, Wataker ym. 2012), Iso-Britanniassa (esim. Young ym. 2006, Swallow ym. 2014), Irlannissa (Coyne & Cowley ym. 2006), Hollannissa (Latour ym. 2011 & 2013), Saksassa (Hintermair 2006), Portugalissa (deMelo ym. 2014), Kreikassa (Matziou ym. 2011) ja Italiassa (Zanello ym. 2015).

Vanhempien osallisuutta tarkastelevat tutkimukset kohdistuvat pääosin perheisiin, joiden lapsella on todettu jokin erityistarve. Yleisimmin erityistarpeet ovat liittyneet lapsen kehitykseen, oppimiseen ja/tai käyttäytymiseen (esim. Koren ym. 1992, Curtis & Singh 1996, Yatchmenoff ym. 1998, Brookman-Frazee ym. 2010a & 2010b, Wakimizu ym. 2011). Tavallisimpia lasten diagnooseja ovat olleet CP-oireyhtymä (Akey ym. 2000, Young ym. 2006, Law ym. 2011), aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (Farber & Maharaj 2005, Fiks ym. 2010 & 2011) ja erilaiset autismin kirjoon kuuluvat häiriöt, kuten autismi tai Aspergerin oireyhtymä (Bourke-Taylor ym. 2009 & 2012, Banach ym. 2010, Wakimizu ym. 2011, Mulligan ym. 2012, DePape & Lindsay 2015). Vanhempien osallisuutta on tarkasteltu myös tilanteissa, joissa lapsella on todettu jokin somaattinen vaiva tai sairaus, kuten diabetes (Florian & Elad 1998, Robinson ym. 2011, Hansen ym. 2012), ruoka-allergia (Kim ym. 2005, Warren ym. 2015), astma (Martinez ym. 2009, Payroovee ym. 2014) tai krooninen munuaissairaus (Ghazavi ym. 2014, Swallow ym. 2012 & 2014). Lasten ikä tutkimuksissa on vaihdellut vastasyntyneistä 46-vuotiaisiin, mutta valtaosa tutkimuksista on kohdistunut alle 19-vuotiaiden lasten perheisiin.

Vanhempien osallisuutta on tarkasteltu myös kansainvälisesti tiettyihin palveluihin ja tilanteisiin liittyen. Tutkimusta vanhempien osallisuudesta on tehty tilanteissa, joissa vauva on hoidettavana vastasyntyneiden teho-osastolla (Herbst & Maree 2006, Melnyk ym. 2008, Wataker ym. 2012) tai vanhempi lapsi on sairaalahoidossa (Coyne & Cowley 2007, Matziou ym. 2011, deMelo ym. 2014). Vanhempien osallisuutta on tarkasteltu myös lääkärin vastaanotolla (Merenstein ym. 2005, Galil ym. 2006, Croom ym. 2011, Fiks ym. 2011) ja lapsen koulunkäyntiin liittyen (Anderson & Minke 2007, Esquivel ym. 2008, El Nokali ym. 2010, Semke ym. 2010).

Vanhempien osallisuutta on tutkittu myös tilanteissa, joissa perheen elämäntilanteeseen liittyy riskitekijöitä tai ongelmia. Tutkimus on kohdistunut perheisiin, jotka ovat köyhiä ja elävät turvattomalla asuinalueella (Caldwell ym. 2011, Kim 2012, Lambard ym. 2013, Hand ym. 2014, Jurkowski ym. 2014, Aldoory ym. 2015) ja perheisiin, jotka edustavat etnistä vähemmistöä (Mendez 2010). Myös

perheväkivallalle altistuneiden äitien osallisuuden toteutumista on tarkasteltu (Samuels-Dennis ym. 2013, Howell ym. 2015).

Tutkimuksia, jotka kohdistuvat vanhempien osallisuuteen tilanteissa, joissa lapsella tai perheellä ei ole erityistarpeita, on niukasti. Day ja Padilla-Walker (2009) tarkastelivat tutkimuksessaan, miten vanhempien osallisuus lapsen koulunkäynnissä on yhteydessä lapsen käyttäytymiseen ja yleiseen hyvinvointiin. Galovan ja työtoverit (2014) taas tarkastelivat, miten isien osallisuus perhe-elämässä on yhteydessä perheenjäsenien välisiin suhteisiin ja vanhempien parisuhdetyytyväisyyteen. Nachshen ja Minnes (2005) sekä Ingberg ja Most (2012) vertailivat tutkimuksissaan erityistarpeita omaavien lasten ja tavanomaisesti kehittyvien lasten vanhempien osallisuutta.

Olemassa oleva tieto vanhempien osallisuudesta perustuu pääosin tietoon äitien osallisuudesta. Valtaosassa tutkimuksista äitien osuus vastaajista on ollut yli 80 prosenttia (esim. Mendez 2010, Wakimizu ym. 2010, Lambard ym. 2013, Hand ym. 2014). Lisäksi monissa tutkimuksissa, joissa vastaajina on ollut riittävän suuri määrä äitejä ja isiä, osallisuutta ei ole tarkasteltu erikseen sukupuolen mukaan (esim. Herbst & Maree 2006, Hintermair 2006, McKenna ym. 2010, Chiu ym. 2013, Kelo ym. 2013, Zanello ym. 2015). Tutkimusta, jossa äitien ja isien osallisuutta on tarkasteltu erikseen, on melko niukasti (Singh ym. 1997, Gavin & Wysocki 2006, Day & Padilla-Walker 2009, Rätty ym. 2009, Hansen ym. 2012, Ingberg & Most 2012, Warren ym. 2015). Pelkästään isiin kohdistuva osallisuuden tutkimus tarkastelee osallisuutta lähinnä isän konkreettisena osallistumisena lapsen hoitoon ja kasvatukseen (Garfield & Isacco 2006, Bronte-Tinkew ym. 2008, Castillo ym. 2011, Perry & Langley 2013).

2.2.2 Arviointimenetelmät

Vanhempien osallisuutta on tutkittu *laadullisin* menetelmin. Yleisin aineiston keruutapa on ollut yksilö- tai ryhmähaastattelu (esim. Herbst & Maree 2006, Mulligan ym. 2012, Martins ym. 2013). Tämän lisäksi aineistoa on kerätty myös havainnoimalla (Alderson ym. 2006, MacNeill 2009) ja osallistavaa menetelmää käyttäen (MacNeill 2009, Yousafzai ym. 2011, Aldoory ym. 2015). Tavallisimmin käytetty analyysimenetelmä on ollut sisällönanalyysi (esim. Luong ym. 2009, Kelo ym. 2013), mutta myös temaattista analyysia (Yousafzai ym. 2011, Murray ym. 2013), grounded theory -menetelmää (Coyne & Cowley 2007, Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008, Fiks ym. 2011) ja etnografista menetelmää (Alderson ym. 2006) on käytetty.

Vanhempien osallisuutta on tutkittu runsaasti myös *määrällisin* keinoin. Osallisuutta tarkastelevia mittareita on useita. Osa mittareista tarkastelee kapealaisyisesti vain yhtä osallisuuden osa-alueita tai kontekstia, kun taas osa mittareista tarkastelee osallisuuden osa-alueita laajasti. Esimerkiksi Father Involvement Scale -mittari (Finley & Schawartz 2004) tarkastelee vain isän arviota määrällisestä osallistumisestaan lapsen kasvatukseen ja hoivaan ja Parental Involvement and Engagement Scale -mittari (Kurani ym. 2004) vanhempien osallisuutta lapsen oppimisessa ja koulunkäynnin tukemisessa. Psychological Empowerment Scale -mittari (Akey 1996) puolestaan tarkastelee laajasti vanhempien arviota elämänhallinnastaan, luottamuksestaan vanhempana ja kyvystään vaikuttaa oman lapsensa palveluihin sekä arviota perheen sosiaalisista suhteista.

Liitteeseen 2 on kerätty kooste mittareista, joiden avulla vanhempien osallisuutta on vuosien 2005–2015 aikana julkaistuissa tutkimuksissa tarkasteltu. Kooste sisältää vain ne mittarit, joissa osallisuutta tarkastellaan vanhempien itsensä arvioimana. Seuraavissa kappaleissa kuvataan, millaisia osallisuuden osa-alueita mittarit arvioivat. Tarkemmin mittareista kuvataan vain Family Empowerment Scale -mittari (FES, Koren ym. 1992), koska tässä tutkimuksessa käytetty Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari (G-FES) pohjautuu siihen.

Useat mittarit kartoittavat vanhempien *luottamusta vanhempana toimimisessa* (Dunst 1989, Johnston & Mash 1989, Zahr 1991, Koren ym. 1992, Melnyk 1994, Raviv & Bartal 1995, Frick ym. 1999, Wataker ym. 2012, Freiberg ym. 2014, Jurkowski ym. 2014, Melnyk ym. 2014). Osa mittareista kartoittaa vanhempien luottamusta selviytymiseensä erityisesti lapsen sairauden hoitoon liittyvissä asioissa (DesJardin 2003, Iannotti ym. 2006, Degeneffe ym. 2011, Knafl ym. 2011). Mittarit arvioivat myös vanhemman kykyä edistää lapsen oppimista ja kehittymistä (Hoover-Dempsey ym. 1992, Miller-Johnson ym. 1995, Hoover-Dempsey & Sandler 1997, DesJardin 2003, Kurani ym. 2004). Joissakin mittareissa vanhemman konkreettista osallistumista lapsensa hoivaamiseen ja kasvatukseen sekä yhdessäoloa lapsen kanssa arvioidaan osallisuutena (Johnston & Mash 1989, McBride & Mills 1993, Wysocki & Gavin 2004).

Moni mittari kartoittaa myös vanhempien arviota *omasta osaamisestaan, toimintatavoistaan ja jaksamisestaan*. Tyypillisimmin mittarit kartoittavat vanhempien arviota omista tiedoistaan ja taidoistaan lapseen, vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyen (Koren ym. 1992, Melnyk 1994, Akey 1996, Singh ym. 1996, Johnson ym. 2005, Degeneffe ym. 2011, Melnyk ym. 2014). Mittarit kartoittavat myös vanhempien arviota kyvystään tunnistaa ja hyödyntää omia voimavarojaan (Spreitzer 1995, Johnson ym. 2005, Liu ym. 2010) ja hallita perhe-elämää (Antonovsky & Sourani

1988, Koren ym. 1992, Akey 1996, Johnson ym. 2005). Osa mittareista arvioi myös vanhempien kykyä sosiaalsiin suhteisiin (Sherer ym. 1982, Akey 1996, Kim & Park 2004, Johnson ym. 2005, Freiberg ym. 2014). Mittarit arvioivat myös vanhempien jaksamista vanhempana (Kim & Park 2004, Johnson ym. 2005, Degeneffe ym. 2011).

Useat mittarit kartoittavat vanhempien arvioita *oman lapsensa hoitoon ja palveluihin* liittyen. Osa mittareista kartoittaa vanhempien konkreettista osallistumista oman lapsensa palveluissa (Singh ym. 1996, Fantuzzo ym. 2000, Ygge & Arnetz 2001, Latour ym. 2011). Mittarit arvioivat myös vanhempien arviota kyvystään osallistua lapsensa hoidon tai palveluiden suunnitteluun ja lasta koskevaan päätöksentekoon (Koren ym. 1992, Singh ym. 1996, Latour ym. 2011) sekä yhteistyöhön lasta hoitavien työntekijöiden kanssa (Koren ym. 1992, Hoover-Dempsey & Sandler 1997, Latour ym. 2011, Freiberg ym. 2014). Mittarit arvioivat myös vanhempien ymmärrystä oman lapsensa palveluista (Koren ym. 1992, Akey 1996, Degeneffe ym. 2011) ja palvelujärjestelmästä yleensä (Koren ym. 1992). Harva mittari arvioi vanhempien arviota kyvystään osallistua palveluiden kehittämiseen (Koren ym. 1992, Kim & Park 2004, Degeneffe ym. 2011).

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat sekä laadullisten että määrällisten menetelmien olevan vanhempien osallisuuden tarkastelussa toimivia. Molemmilla tavoilla on tuotettu monipuolista tietoa ja tavoitettu esimerkiksi riskiryhmiin kuuluvia vanhempia. Syvällisintä tietoa vanhempien osallisuuden kokemuksista on saatu laadullisilla menetelmillä. Toisaalta kyselytutkimuksilla on saatu hyödyllistä tietoa osallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä ja osallisuutta vahvistavien toimintatapojen vaikuttavuudesta. Vastausaktiivisuus kyselytutkimuksissa on kuitenkin jäänyt pääosin korkeintaan kohtalaiseksi, kun laadullisilla menetelmillä kato on ollut pienempi.

Family Empowerment Scale -mittari (FES)

Family Empowerment Scale -mittari (FES) on kehitetty v. 1992 Yhdysvalloissa mittaamaan sellaisten vanhempien osallisuutta, joiden lapsella on tunne-elämän häiriöitä. Mittari pohjautuu kirjallisuuteen ja keskusteluihin niin vanhempien, joiden lapsella on tunne-elämän häiriöitä kuin heidän kanssaan työskentelevien työntekijöiden kanssa. Mittarin rakenne oli alun perin kaksiosainen muodostuen osallisuuden eri osa-alueista (perhe, oman lapsen palvelut, palveluiden kehittäminen) ja osallisuuden ilmentymisestä (mitä vanhempi ajattelee, tietää ja tekee). (Koren ym. 1992.)

FES-mittaria testattiin alkuvaiheessa pilottitutkimuksen avulla, johon osallistui 94 vanhempaa, joiden lapsella oli tunne-elämän häiriöitä. Osa vanhemmista osallistui lisäksi ryhmiin, joissa arvioitiin mittarin luettavuutta, selkeyttä ja sisältöä. Vanhempien palautteen ja pilottitutkimuksen tulosten pohjalta mittaria kehitettiin. Muokkausten jälkeen mittarin validiteettia ja reliabiliteettia arvioitiin tutkimuksessa, johon osallistui 440 vanhempaa. Tilastolliset testit osoittivat, että osallisuus jakautui kolmeen osa-alueeseen. Sen sijaan osallisuuden vastaavuus siihen, mitä vanhempi ajattelee, tietää ja tekee, oli minimaalinen. Näiden tulosten pohjalta FES-mittari sisältää kolme osa-aluetta ja 34 väittämää: perhe (12 väittämää), oman lapsen palvelut (12 väittämää) ja palveluiden kehittäminen (10 väittämää). (Koren ym. 1992, Liite 9.)

FES-mittaria on käytetty yli 50 kansainvälisessä tutkimuksessa (Liite 10). Sitä on käytetty useassa maassa, kuten Yhdysvalloissa (Koren ym. 1992, Gerkenmeyer ym. 2008), Australiassa (Walsh & Lord 2004), Israelissa (Itzhaky & Schwartz 2000) ja Japanissa (Wakimizu ym. 2011) sekä usealle eri kielelle käännettynä, esimerkiksi hepreaksi (Itzhaky & Schwartz 2000), japaniksi (Wakimizu ym. 2011) ja espanjaksi (Martinez ym. 2009). Suomessa FES-mittaria ei ole käytetty. Euroopassa mittaria on käytetty vain yhdessä ruotsalaisessa tutkimuksessa puhelinhaastattelun pohjana. Tutkimus ei kohdistunut vanhempiin, vaan siinä tarkasteltiin aikuisten älyllisesti kehitysvammaisten henkilöiden arvioita osallisuudestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä (Renblad 2003). Mittaria on tutkimuksissa käytetty kokonaisuutena tai siitä on otettu mukaan vain yksi tai kaksi osa-aluetta. Mittaria on myös lyhennetty (esim. Farber & Maharaj 2005, Kim ym. 2005) ja muokattu esimerkiksi koulukontekstiin (McConaughy ym. 1999 & 2000) ja Japanin yhteiskuntaan (Wakimizu ym. 2011) paremmin sopivaksi.

FES-mittaria on käytetty vanhempien osallisuuden arvioinnin lisäksi arvioimaan esimerkiksi aikuisten mielenterveyden ongelmista kärsivien perheenjäsenten (Vandiver ym. 1995, Dixon ym. 2001, 2004 & 2011), pahoinpideltyjen naisten (Ben-Porat & Itzhaky 2008) ja vertaistukihenkilöiden (Rodriquez ym. 2011) osallisuutta. Mittari on muokattu mittaamaan myös nuorten omaa arviota osallisuudestaan (Powers ym. 2001a & 2001b).

FES-mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on arvioitu kattavasti ja mittarin psykometrisia ominaisuuksia voidaan pitää suhteellisen vakaina alkuperäisenä (Koren ym. 1992, Gerkenmeyer ym. 2008), käännettynä (Itzhaky & Schwartz 2000, Wakimizu ym. 2011) ja muokattuna (Dempsey & Dunst 2004, Nachshen & Minnes 2005). FES-mittarin yhtäpitävyysvaliditeettia (Akey ym. 2000, Weiss & Lunsy 2011) ja erotteluväliteettia (Singh ym. 1997, Martinez ym. 2009) pidetään hyväksyttävänä. FES-mittarin toistettavuus (Koren ym. 1992) ja sisäinen johdonmukaisuus (esim.

Koren ym. 1992, Gerkenmeyer ym. 2008, Wakimizu ym. 2011) ovat niin ikään todettu hyväksyttäviksi. Mittarin rakennevaliditeetin arvioinnissa tutkijat ovat kuitenkin päätyneet kolmen faktorin ratkaisun (Koren ym. 1992, Gerkenmeyer ym. 2008) lisäksi myös neljän (Singh ym. 1995) ja yhden (Dempsey & Dunst 2004) faktorin ratkaisuihin, mikä viittaa siihen, että mittarin rakenne saattaa olla riippuvainen kohderyhmästä ja kontekstista.

2.3 Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

2.3.1 Säädökset osallisuudesta ja osallisuuden toteutumisen taustalla olevat tekijät

Suomen *lainsäädäntö* edellyttää, että kansalaisten osallisuus toteutuu. Perustuslain (731/2000) mukaan kansalaisilla on oikeus vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan sekä oikeus vaikuttaa ja osallistua elinympäristönsä ja yhteiskunnan kehittämiseen. Kuntalaki (410/2015) puolestaan määrää kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista. Lainsäädäntöön sisältyy lisäksi useita säännöksiä, jotka edistävät kansalaisten osallisuutta (esim. viranomaisen toiminnan julkisuudesta annettu laki 756/2015). Lait potilaan (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan (812/2000) asemasta ja oikeuksista, terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) turvaavat asiakkaiden mahdollisuudet osallistua itseään koskevien asioiden käsittelyyn. Perusopetuslaki (628/1998), nuorisolaki (72/2006) ja lastensuojelulaki (417/2007) sekä YK:n lapsen oikeuksien sopimus (1989) puolestaan korostavat lasten ja nuorten oikeutta osallisuuteen. (Finlex 2015.)

Monet *strategiat* ja *kehittämishjelmat* korostavat kansalaisten osallisuutta. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategian tavoitteena on yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä (STM 2010b). Eurooppa 2020 -strategian yhtenä keskeisenä tavoitteena on kansalaisten sosiaalisen osallisuuden kohentaminen (EU 2010). Kaste 2012–2015 -kehittämishjelman tavoitteena on parantaa erityisesti riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen (STM 2012). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2012–2015 puolestaan korostaa lasten ja nuorten kasvamista osallisuuteen (OKM 2012).

Maailman terveysjärjestö ja Euroopan Unioni korostavat kansalaisten osallisuutta myös *asiakkaina* yhteiskunnan eri palveluissa (WHO 2005, EU 2007). Euroopan Unionin terveysstrategia (2007) korostaa asiakkaiden mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon. *Työskentely- ja toimintatavat* palvelujärjestelmässä luovat puitteet, joiden rajoissa asiakkaalla on mahdollisuus tulla kuulluksi, osallistua keskusteluun ja vaikuttaa omien asioidensa käsittelyyn ja palveluiden kehittämiseen (Benson ym. 2008, Nummela 2011, Oranen 2013).

Osallisuuteen *kasvetaan yhteisön jäsenenä* ja tunteen kehittymiseen vaikuttavat läheiset suhteet ja lähiympäristö (Hämäläinen 2008). Merkityksellistä osallisuuteen kasvamisessa on, millaisia mukana olemisen ja mukaan kuulumisen kokemuksia yksilöt saavat (Nivala & Rynnänen 2013). Freiren (2005) mukaan kasvatus joko kannustaa uskomaan muuttumisen mahdollisuuteen tai passivoi alistumaan olemassa olevaan tilanteeseen. Elämäkokemukset vaikuttavat osallisuuteen, ja toisaalta osallisuus värittää kokemuksia (Hammel ym. 2007).

Osallisuuden kokemus on yhteydessä myös *yksilön persoonallisuuteen* (Hanhivaara 2006, Wallerstein 2006). Persoonallisuus muotoutuu ja muuttuu läpi elämän vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Persoonallisuus ohjaa kaikkea yksilön toimintaa ja määrittää sen, millaisia merkityksiä hän antaa asioille ja miten hän tulkitsee ympäristöään. (Keltikangas-Järvinen 2004.)

2.3.2 Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät: taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

Perherakenteen yhteydestä vanhempien osallisuuteen on vähän tietoa. On osoitettu, että kahden aikuisen perheissä elävien vanhempien osallisuus on vahvempaa kuin yhden aikuisen perheissä elävien (Scheel & Rieckmann 1998, Perry & Langley 2013), mutta esimerkiksi Singhin ja työtovereiden (1997) tutkimuksessa yhteyttä perherakenteen ja osallisuuden välillä ei todettu. Lapsen kanssa eri osoitteessa asuvien isien osallisuus lapsen elämässä on ollut heikompaa kuin lapsen kanssa asuvilla isillä (Flouri 2007, Gorvine 2010, Castillo ym. 2011, Perry & Langley 2013). Tutkimustulokset perheen koon ja vanhempien osallisuuden välisestä yhteydestä ovat ristiriitaisia. Osassa tutkimuksista yhteyttä ei ole todettu (Scheel & Rieckmann 1998, Resendez ym. 2000), ja osassa tulokset lasten lukumäärän suhteen ovat ristiriitaisia. Mikäli perheessä on erityistarpeita omaavan lapsen lisäksi muita lapsia, on vanhempien osallisuuden todettu olevan heikompaa (Wakimizu ym. 2011).

Ennenaikaisena syntyneen vauvan vanhempien osallisuuden on taas todettu olevan vahvempaa silloin, kun perheessä on muitakin lapsia (Melnik ym. 2014).

Tutkimustulokset *äitien ja isien* osallisuuden samankaltaisuudesta tai eroavaisuuksista ovat ristiriitaisia. Osassa tutkimuksista äitien osallisuus on ollut isien osallisuutta vahvempaa (Curtis & Singh 1996, Singh ym. 1997, Rätty ym. 2009, Warren ym. 2015), mutta osassa tutkimuksista vanhempien osallisuuden välillä ei ole todettu eroja (Hintermair 2006, Warren ym. 2015).

Vanhempien iän, koulutuksen, työtilanteen ja perheen taloudellisen tilanteen yhteydestä vanhempien osallisuuteen on aikaisemmissa tutkimuksissa saatu ristiriitaisia tuloksia. Osallisuuden on todettu olevan vahvempaa sekä iältään vanhemmilla (Nobles & Frankenberg 2009, Castillo ym. 2011) että nuoremmilla (Wakimizu ym. 2011, Chiu ym. 2013, Melnik ym. 2014) vanhemmilla. Vastaavasti vanhemman korkeamman koulutuksen on todettu olevan joissakin tutkimuksissa yhteydessä vahvempaan (Scheel & Rieckman 1998, Nobles & Frankenberg 2009, Rätty ym. 2009, Castillo ym. 2011) ja joissakin tutkimuksissa heikompaan (Curtis & Singh 1996, Singh ym. 1997, Walsh & Lord 2004, Melnik ym. 2014) osallisuuteen. Työelämässä palkansaajana tai yrittäjänä olevien vanhempien osallisuus on ollut vahvempaa kuin eri syistä työelämän ulkopuolella olevien vanhempien (Scheel & Rieckmann 1998, Melnik ym. 2014). Toisaalta isät ovat arvioineet osallisuutensa sitä heikommaksi, mitä enemmän viikoittaisia työtunteja he ovat tehneet (Ingberg & Most 2012). Perheen suotuisa taloudellinen tilanne on suurimmassa osassa tutkimuksista ollut yhteydessä vanhempien vahvaan osallisuuteen (Denboba ym. 2006, Nobles & Frankenberg 2009, Altschul 2011, Castillo ym. 2011, Chiu ym. 2013). Sen sijaan Melnikin ja työtovereiden (2014) tutkimuksessa vanhempien hyvä tulotaso oli yhteydessä heidän heikkoon osallisuuteensa.

Vanhempien terveydentilan on osoitettu olevan yhteydessä vanhempien osallisuuteen, mutta tietoa terveyden eri osatekijöiden ja osallisuuden välisestä yhteydestä on rajatusti. Hyväksi koetun psykososiaalisen terveyden on todettu olevan yhteydessä vahvempaan (Nachshen & Minnes 2005, Weiss & Lunsky 2011, Weiss ym. 2012, Chiu ym. 2013) ja masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön heikompaan osallisuuteen (Martinez ym. 2009, Lambard ym. 2013, Minnes ym. 2015). Vanhemman kokemus vakaasta itsetunnosta ja elämäntilanteen hallinnasta on ollut yhteydessä vahvempaan osallisuuteen (Itzhaky & Schwartz 2000, Farber & Maharaj 2005, Hintermair 2006, Rodger ym. 2011, Weiss & Lunsky 2011, Ingberg & Most 2012). Sen sijaan vanhemman somaattisen terveyden yhteydestä vanhempien osallisuuteen ei ole tietoa.

Lapsen iän ja yleisen terveydentilan yhteydestä vanhempien osallisuuteen ei tiettävästi ole tietoa silloin, kun lapsella ei ole erityistarpeita. Erityistarpeita omaavan lapsen iällä on todettu olevan negatiivinen yhteys vanhempien osallisuuteen, sillä iältään vanhempien lasten vanhempien osallisuus on ollut heikompaa kuin nuorempien lasten vanhempien (Florian & Elad 1998, Resendez ym. 2000, Dunst & Dempsey 2007, Chiu ym. 2013). Nachshenin ja Minnesin (2005) tutkimuksessa vanhempien osallisuudessa ei ollut eroja sen perusteella, oliko lapsella todettu poikkeavuutta kehityksessä vai ei. Lapsen diagnoosien lukumäärän ja vakavuuden sekä oireiden hankaluuden sen sijaan on todettu olevan yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen (Singh ym. 1997, Resendez ym. 2000, Nachshen & Minnes 2005, Wakimizu ym. 2011). Toisaalta lapsen erityistarpeiden on todettu olevan yhteydessä myös äitien vahvaan osallisuuteen. Tuloksen on tulkittu johtuvan siitä, että lapsen erityistarpeista johtuen äidin kyky päätöksentekoon, toimintatapojen muuttamiseen ja palveluiden hankkimiseen on kehittyntä (Yousafzai ym. 2011).

Aikaisempien tutkimusten mukaan *huolet, stressi ja erilaiset hankaluudet perheen arjessa* ovat vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Vanhemmuuteen (Scheel & Rieckmann 1998, Nachshen & Minnes 2005, Hintermair 2006, Melnyk ym. 2008 & 2014) sekä lapsen kehitykseen, käyttäytymiseen ja oppimiseen (Thompson ym. 1997, Scheel & Rieckmann 1998, Yatchmenoff ym. 1998, Nachshen & Minnes 2005, Hintermair 2006, Weiss & Lunsky 2011) liittyvät huolet ja stressi ovat olleet yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen. Lisäksi taloudellisten huolien ja muiden perheen elämää kuormittavien stressitekijöiden on osoitettu olevan yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen (Thompson ym. 1997, Weiss & Lunsky 2011, Lambard ym. 2013). Vanhemman positiiviset kokemukset omasta vanhemmuudestaan ja pärjäämisestään (Kang ym. 2008, Semke ym. 2010, Wakimizu ym. 2011, Weiss & Lunsky 2011, Minnes ym. 2015) sekä toimiva perhearki (Scheel & Rieckman 1998, Anderson & Minke 2007, Ingberg & Most 2012) ovat sen sijaan olleet yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen.

Sosiaalisilla subteilla on todettu olevan vahva yhteys vanhempien osallisuuteen. Ristiriidat ja hankaluudet perheenjäsenien välisissä suhteissa ovat olleet yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen (Thompson ym. 1997, Samuels-Dennis ym. 2013). Hyvässä parisuhteessa elävien vanhempien osallisuuden taas on todettu olevan vahvempaa kuin vanhempien, jotka ovat suhteeseensa tyytymättömiä (Benson & Kersh 2011, Castillo ym. 2011, Perry & Langley 2013). Läheisiltä saatavan avun ja tuen on osoitettu olevan yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen (Thompson ym. 1997, Nachshen & Minnes 2005, Hintermair 2006, Benson & Kersh 2011, Wakimizu ym. 2011, Samuels-Dennis ym. 2013). Myös vertaistuen saamisen

on todettu olevan yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen (Singh ym. 1997, Kang ym. 2008, Banach ym. 2010, Wright & Wooden 2013, Swallow ym. 2014).

Vanhemman *kokemukset oman lapsensa palveluissa* ovat aikaisemman tutkimuksen mukaan yhteydessä vanhempien osallisuuteen. Vanhemman konkreettinen osallistuminen lapsensa palvelutapaamisiin ja hoitamiseen esimerkiksi sairaalassa on ollut yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen (Curtis & Singh 1996, Garfield & Isacco 2006, Herbst & Maree 2006, Wataker ym. 2012). Mitä toimivammaksi, kunnioittavammaksi ja tasavertaisemmaksi vanhemmat ovat suhdettaan lasta hoitavien työntekijöiden kanssa pitäneet, sitä vahvemmassi he ovat arvioineet osallisuutensa (McConaughy ym. 1999 & 2000, Dempsey & Dunst 2004, Esquivel ym. 2008, Croom ym. 2011, Fordham ym. 2012, Wataker ym. 2012). Vanhemman kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä mahdollisuudesta kertoa oma mielipiteensä ja esittää kysymyksiä on ollut yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen (Herbst & Maree 2006, Esquivel ym. 2008, Croom ym. 2011, Rosenthal & Nolan 2013). Avoimen ja ajantasaisen tiedonsaannin lapsen tilanteesta on osoitettu olevan yhteydessä vahvempaan ja puutteellisesti toteutuneen tiedonkulun heikompaan osallisuuteen (Herbst & Maree 2006, Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008, Croom ym. 2011, Fordham ym. 2012, Wataker ym. 2012, Kelo ym. 2013, Swallow ym. 2014). Vanhemman osallistuminen lapsen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon on ollut yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen (Curtis & Singh 1996, Thompson ym. 1997, McConaughy ym. 1999 & 2000, Dempsey & Dunst 2004, Galil ym. 2006, Herbst & Maree 2006, Wataker ym. 2012).

Tietoa vanhempien osallisuuden ja *lasten ja perheiden palvelujärjestelmän* yhteyksistä on vähän. Fordhamin ja työtovereiden (2012) tutkimuksessa tiedonsaanti oman kunnan palveluista oli yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen. Palveluiden saumattomuuden on myös osoitettu olevan yhteydessä vanhempien vahvaan osallisuuteen (Thompson ym. 1997, Fordham ym. 2012, Patel & Corter 2013). Vanhempien myönteinen arvio vaikuttamismahdollisuuksistaan omassa yhteisössään (Itzhaky & Schwartz 2000) sekä konkreettinen osallistuminen erilaisiin lasten ja perheiden palveluiden kehittämiseen tähtääviin toimiin (Koren ym. 1992, Itzhaky & Schwartz 2000) on ollut yhteydessä vahvempaan osallisuuteen.

Lapsuudenaikaisien kokemusten yhteydestä osallisuuteen vanhempana ei tiettävästi ole aiempaa tutkimusta. Lapsuudenaikaisen kaltoinkohtelun tiedetään kuitenkin olevan yhteydessä negatiiviseen mielikuvaan itsestä vanhempana sekä heikkoon itseluottamukseen vanhempana (DiLillo & Damashek 2003, Caldwell ym. 2011). Lapsena koettu pelko omaan lapsuudenperheeseen liittyen on ollut yhteydessä

vanhempien lisääntyneeseen huoleen omasta jaksamisestaan (Lammi-Taskula & Salmi 2009). Lisäksi lapsuuden ja nuoruuden aikaisten elinolosuhteiden tiedetään vaikuttavan myöhempään elämään monin tavoin ja epäsuotuisien olosuhteiden olevan hyvinvoinnin riskitekijä (esim. Weissman ym. 2006, Paananen ym. 2012). Aiemmat tutkimukset osoittavat, että vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, samoin kuin vanhempien ero, vakavat ristiriidat perheessä ja taloudelliset paineet kasvattavat lasten riskiä mielenterveyden ongelmiin (Chapman ym. 2004, Weissman ym. 2006, Herrenkohl ym. 2012) ja somaattisiin sairauksiin (Felitti ym. 1998) aikuisuudessa. Vanhempien pitkäaikaisen työttömyyden ja somaattisten sairauksien on todettu olevan yhteydessä lasten heikommaksi koettuun terveyteen aikuisena (Kestilä 2008). Lapsuudenaikaisien ongelmien on todettu lisäävän riskiä esimerkiksi ahdistuneisuuteen, masennukseen ja päihdeongelmiin aikuisuudessa (Chapman ym. 2004, Weissman ym. 2006) sekä korkeampaan sukupuolitauteihin (Dube ym. 2003), sydän-verisuonisairauksiin ja syöpätauteihin (Felitti ym. 1998) sairastuvuuteen.

Koulu on lapselle merkityksellinen paikka ja kouluaikaisilla kokemuksilla tiedetään olevan pitkäaikaisia seurauksia (Salmon & West 2000, Salmivalli 2003, Copeland ym. 2013). *Koulukiusaaminen* on globaalisti yleinen ilmiö (Nansel ym. 2004), mutta sen yhteyksistä osallisuuteen vanhempana ei tiettävästi ole aikaisempaa tietoa. Koulukiusaamiselle altistumisen tiedetään kuitenkin kasvattavan masennuksen ja ahdistuneisuuden (Copeland ym. 2013) sekä heikomman itseluottamuksen (Salmon & West 2000) riskiä aikuisuudessa. Koulukiusatuksi joutuminen saattaa olla yhteydessä koululaisen henkilökohtaisiin tekijöihin kuten arkuuteen (Salmivalli 2003) tai ylipainoon (Mamun ym. 2013), mutta myös ristiriitojen perheessä (Stevens ym. 2002), heikommin toteutuvan vanhemmuuden (Shetgiri ym. 2012) ja taloudellisten vaikeuksien (Copeland ym. 2013) on osoitettu altistavan kiusaamiselle.

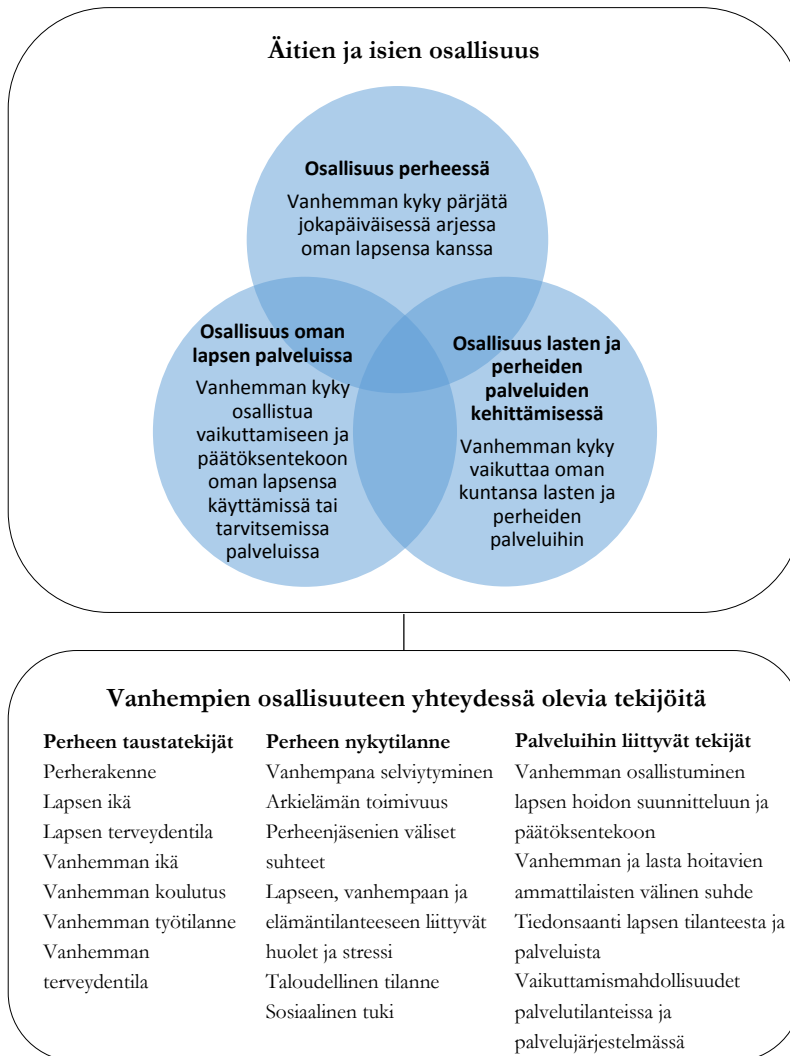
2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Vanhempien osallisuus on moniulotteinen käsite, jolle ei ole sen laajasta käytöstä huolimatta vakiintunut yhtenäistä määritelmää. Tässä tutkimuksessa vanhempien osallisuudella tarkoitetaan äitien ja isien arviota kyvystään pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa, osallistua vaikuttamiseen ja päätöksentekoon oman lapsensa käyttämissä tai tarvitsemisissä palveluissa sekä vaikuttaa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluihin. (Kuvio 1)

Vanhempien osallisuutta on tutkittu runsaasti useilla tieteenaloilla. Aikaisempi tutkimus on tehty valtaosin Yhdysvalloissa ja kohdistunut pääosin perheisiin, joiden

lapsella on kehitykseen liittyviä erityistarpeita. Lisäksi valtaosa tutkimuksiin osallistuneista vanhemmista on ollut äitejä, joten isien osallisuudesta on vähän tietoa.

Aikaisempi tutkimus osoittaa, että useat taustatekijät ja perheen nykytilanne sekä erilaiset palveluihin liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen. Tutkimustieto on kuitenkin osin ristiriitaista. Lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteydestä osallisuuteen vanhempana ei ole tietoa. Kuvioon 1 on koottu aikaisemman tiedon perusteella vanhempien osallisuuteen yleisimmin yhteydessä olevia tekijöitä.



Kuvio 1. Yhteenveto teoreettisissa lähtökohdissa kuvatuista vanhempien osallisuuden osa-alueista ja osallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida vanhempien osallisuutta kartoittavan Geneerinen vanhempien osallisuus -mittarin (G-FES) validiteettia ja reliabiliteettia, kuvata äitien ja isien omaa arviota osallisuutensa toteutumisesta omassa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä sekä selittää vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa G-FES-mittarin toimivuudesta suomalaisessa kontekstissa. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää perheiden hyvinvoinnin tukemisessa ja vanhempien osallisuutta vahvistavien toimintatapojen ja interventioiden kehittämisessä.

Tutkimustehtävinä ovat:

1. Arvioida Geneerinen vanhempien osallisuus -mittarin (G-FES) validiteettia ja reliabiliteettia (Artikkeli I, Yhteenveto)
2. Kuvata äitien ja isien osallisuuden toteutumista (Artikkelit I–IV, Yhteenveto) ja selittää, miten
 - 2.1 lapseen, vanhempaan ja perheen elämäntilanteeseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen (Artikkeli II, Yhteenveto)
 - 2.2 lapsen palveluihin sekä lasten ja perheiden palvelujärjestelmään liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen (Artikkeli III, Yhteenveto)
 - 2.3 vanhemman omassa lapsuudessa ilmenneet vaikeudet ovat yhteydessä osallisuuteen (Artikkeli IV, Yhteenveto)

4 Tutkimuksen empiirinen toteutus

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausasetelmaa. Vanhempien lapsuudenaikaisia vaikeuksia arvioitiin retrospektiivisesti. Vanhemmat arvioivat osallisuutensa toteutumista koko ikäryhmälle tarkoitetuissa lasten ja perheiden universaaleissa palveluissa, joita ovat lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, päivähoito, esiopetus ja perusopetus. Vanhemmat arvioivat osallisuutensa toteutumista niissä palveluissa, joita heidän lapsensa oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana. Tutkimuksen kulku esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksen kulku

Tarkoitus	Aineiston analyysi	Raportointi
Arvioida G-FES-mittarin validiteettia ja reliabiliteettia	Kuvailevat menetelmät, t-testi Varianssianalyysi (ANOVA) Korrelaatio (Pearson) Cronbachin alpha Konfirmatorinen faktorianalyysi	Artikkeli I, Yhteenveto
Kuvata äitien ja isien osallisuuden toteutumista	Kuvailevat menetelmät	Artikkelit I–IV, Yhteenveto
Selittää, miten taustatekijät ja perheen nykytilanne ovat yhteydessä äitien ja isien osallisuuteen	t-testi Varianssianalyysi (ANOVA) Lineaarinen regressioanalyysi	Artikkeli II, Yhteenveto
Selittää, miten taustatekijät ja palveluihin liittyvät tekijät ovat yhteydessä äitien ja isien osallisuuteen	t-testi Varianssianalyysi (ANOVA) Lineaarinen regressioanalyysi	Artikkeli III, Yhteenveto
Selittää, miten taustatekijät ja vanhemman omassa lapsuudessa ilmenneet vaikeudet ovat yhteydessä äitien ja isien osallisuuteen	Korrelaatio (Pearson) Lineaarinen regressioanalyysi	Artikkeli IV, Yhteenveto

4.2 Mittarit

4.2.1 Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari (G-FES)

Vanhempien osallisuutta arvioitiin Geneerinen vanhempien osallisuus -mittarin (G-FES) avulla. G-FES pohjautuu Family Empowerment Scale -mittariin (FES, Koren ym. 1992), joka on kehitetty arvioimaan vanhempien osallisuutta silloin, kun lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä. FES-mittari valittiin, koska käytettävissä olevista mittareista se vastasi vanhempien osallisuuden määritelmää kattavimmin ja vähiten konteksti- tai tilannesidonnaisesti.

FES-mittarin suomennos ja muokkaaminen toteutettiin Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) koordinoimana vuonna 2008. Käännöksen ja muokkauksen toteutti monitieteinen asiantuntijaryhmä, joka koostui lääketieteen, kasvatustieteen, yhteiskuntatieteen, hallintotieteen, hoitotieteen ja terveystaloustieteen asiantuntijoista. Mittaria muokattiin niin, että se soveltuisi paremmin arvioimaan vanhempien osallisuutta tilanteissa, joissa lapsella tai perheellä ei ole erityistarpeita. Väittämien ilmauksia muokattiin geneerisemmiksi (mm. lapsen vammat – lapsen rajoitteet, lapsen ongelmat – lapsen heikkoudet). Lisäksi FES-mittarin kolme väittämää, jotka käsittelivät vanhempien arvioita pärjäämisestään lapsen liittyvien pulmatilanteiden kanssa, yhdistettiin yhdeksi väittämäksi. FES-mittarin väittämät ”Kun lapseni kanssa ilmaantuu ongelmia, selviydyn niistä melko hyvin”, ”Uskon, että kykenen ratkaisemaan lapseeni liittyvät pulmatilanteet niiden ilmaantuessa” ja ”Kun kohtaan lapseeni liittyviä pulmatilanteita, päätän mitä teen ja sitten teen sen” yhdistettiin väittämäksi ”Lapseeni liittyvissä pulmatilanteissa pystyn päättämään ja toteuttamaan päätökseni”. Mittaria muokattiin myös niin, että se soveltuisi suomalaisen kontekstiin. Esimerkiksi FES-mittarin väittämä ”Minulla on hyvä käsitys siitä palvelujärjestelmästä, johon lapseni kuuluu” muokattiin muotoon ”Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista”. Lisäksi väittämä ”Tiedän, mitkä ovat vanhempien ja lasten oikeudet erityisopetuslakien mukaan” muokattiin muotoon ”Tiedän, mitkä ovat vanhempien ja lasten oikeudet”. Ammattikäytäntäjä teki suomennetulle versiolle takaisinkäännöksen. (Perälä ym. 2011, Artikkelit I.)

G-FES-mittari koostuu 32 väittämästä kolmella eri osa-alueella, joita ovat perhe, oman lapsen palvelut ja lasten ja perheiden palveluiden kehittäminen. *Osallisuutta perheessä* mitataan 10 väittämällä, jotka arvioivat vanhemman kykyä pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa. *Osallisuutta oman lapsen palveluissa* mitataan 12 väittämällä, jotka arvioivat vanhemman kykyä vaikuttaa ja osallistua

päätöksentekoon oman lapsensa käyttämissä tai tarvitsemisissä palveluissa. *Osallisuutta lasten ja perheiden palvelujen kehittämisessä* mitataan 10 väittämällä, jotka arvioivat vanhemman kykyä vaikuttaa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluihin.

G-FES-mittarissa on viisiportainen Likert-asteikko (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä, Liite 1). FES-mittarin asteikkoa (1 = ei koskaan, 5 = erittäin usein) muutettiin, koska osan perheistä tiedettiin käyttävän palveluita harvoin, eikä useutta kuvaavaa asteikkoa pidetty sen takia toimivana (Liite 9). Väittämien pistemääristä muodostettiin jokaista osallisuuden osa-aluetta kuvaava keskiarvosummamuuttuja (1–5), jossa arvo 1 tarkoittaa heikointa mahdollista ja arvo 5 vahvinta mahdollista osallisuutta. (Taulukko 3, Liite 1)

4.2.2 Muut tutkimuksessa käytettävät mittarit ja muuttujat

Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevina tekijöinä tarkasteltiin perheen taustatekijöitä, perheen nykytilannetta, palveluihin liittyviä tekijöitä ja vanhemman lapsuudenaikaisia vaikeuksia. Kooste tutkimuksessa käytetyistä muuttujista on taulukossa 2 ja kyselylomake esitetään liitteessä 1.

Taustatekijöinä (Artikkelit I–IV, Yhteenveto) tiedusteltiin vastaajan perherakennetta, siviilisäätystä, ikää, koulutusta, työtilannetta ja lasten lukumäärää perheessä, vanhemman arviota omasta, puolisonsa ja tutkimukseen valitun lapsen terveydentilasta, lapsen ikää, sukupuolta, lapsella mahdollisesti todettua pitkäaikaissairautta ja/tai poikkeamaa kasvussa, kehityksessä tai oppimisessa sekä lapsen hoitopaikkaa. Taustatekijöiden luokittelussa hyödynnettiin aikaisempia tutkimuksia (esim. Idler & Benyamini 1997, Mäki ym. 2010) ja tietokantoja (Eurostat, Tilastokeskus). Vastaajan *perherakenne* luokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi kahdella eri tavalla. Luokkia olivat ”kahden aikuisen perhe” ja ”yhden aikuisen perhe” sekä ”yhden aikuisen perhe tai uusperhe” ja ”ydinperhe”. *Siviilisäätty* luokiteltiin kolmeen luokkaan: ”avioliitto”, ”avoliitto” ja ”eronnut, naimaton tai leski”. *Vastaajan ikää* käytettiin analyyseissä jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana: ”≤ 30 vuotta”, ”31–40 vuotta” ja ”≥ 41 vuotta”. *Vastaajan koulutus* luokiteltiin neljä-, kolme- ja kaksiluokkaisiksi muuttujiksi. Neljäloukkaisen muuttujan luokkia olivat: ”perusasteen tutkinto”, ”toisen asteen tutkinto”, ”keskiasteen ja alemman korkeakouluasteen tutkinto” sekä ”vähintään ylemmän korkeakouluasteen tutkinto”. Kolmeloukkaisessa muuttujassa yhdistettiin perusasteen ja toisen asteen tutkinnot. Kaksiluokkaisen muuttujan luokkia olivat ”korkeintaan keskiasteen” ja ”vähintään alemman korkeakouluasteen” tutkinto. *Vastaajan työtilanne* luokiteltiin

kahteen luokkaan: ”palkansaaja tai yrittäjä” ja ”työtön, opiskelija, eläkeläinen tai vanhempainvapaalla oleva”. *Lasten lukumäärää* käytettiin jatkuvana muuttujana. *Vastaajan, puolison ja lapsen terveydentila* luokiteltiin kolme- ja kaksiluokkaisiksi muuttujiksi. Kolmeluokkaisen muuttujan luokkia olivat ”hyvä”, ”melko hyvä” ja ”keskinkertainen, melko huono tai huono”. Kaksiluokkaisessa muuttujassa yhdistettiin hyvä ja melko hyvä terveydentila. *Lapsen ikää* käytettiin analyyseissa jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana. Lapsen ikä luokiteltiin kahdella tavalla. Luokkia olivat ”≤ 2 vuotta”, ”3–5-vuotta” ja ”≥ 6 vuotta” sekä ”≤ 2 vuotta”, ”3–6-vuotta” ja ”≥ 7 vuotta”. *Lapsella todetut sairaudet ja poikkeamat* laskettiin yhteen ja luokiteltiin kahteen luokkaan: ”lapsella on todettu vähintään yksi pitkäaikais sairaus tai poikkeama” ja ”lapsella ei ole todettu kumpaakaan”. *Lapsen hoitopaikkaa* kuvaava muuttuja luokiteltiin jokaista hoitovaihtoehtoa kuvaavaksi dummy-muuttujaksi niin, että arvo 1 tarkoittaa lapsen olevan kyseisessä hoitopaikassa.

Perheen nykytilannetta (Artikkeli II, Yhteenveto) kartoitettiin 10 väittämällä, jotka kehitettiin tätä tutkimushanketta varten. Vanhemmilta tiedusteltiin lapsen fyysiseen terveyteen ja psykososiaalisen kehitykseen sekä vastaajan vanhemmuuden taitoihin, vastuun kantamiseen, maltin säilymiseen lapsen kanssa ja parisuhteeseen liittyviä *huolia*. Huolia kartoittavat kysymykset pohjautuvat osin Lasten mielenterveytyksen kehittämishankkeeseen (LAMIKE, esim. Kaukonen ym. 2011). Huolia kartoitettavia muuttujia käytettiin kaksiluokkaisina muuttujina: ”ei huolta” ja ”lievä tai selvä huoli”. Muiden perheen nykytilannetta kartoittavien kysymysten kehittämisessä on hyödynnetty Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyä (HYPA, Moisio 2006). *Perheen ja työn yhteensovittamisen onnistuneisuutta ja arjen toimivuutta* arvioitiin viisiportaisen asteikon avulla, jossa arvo 1 tarkoittaa ’ei ollenkaan hyvin’ ja arvo 5 ’erittäin hyvin’. Molempia muuttujia käytettiin jatkuvina ja kaksiluokkaisina muuttujina: ”on hankaluuksia (1–2)” ja ”ei ole hankaluuksia (3–5)”. *Perheen taloudellista pärjäämistä* tiedusteltiin kuusiportaisella kysymyksellä, jossa arvo 1 tarkoittaa pärjäämisen olevan erittäin vaikeaa ja arvo 6 pärjäämisen olevan erittäin helppoa. Muuttujaa käytettiin jatkuvana ja kaksiluokkaisena muuttujana: ”vaikeaa (1–3)” ja ”helppoa (4–6)”. *Perheen mahdollisuutta saada tarvittaessa apua lähipiiriltä* tiedusteltiin viisiportaisella kysymyksellä, jossa arvo 1 tarkoittaa avunsaannin olevan erittäin vaikeaa ja arvo 5 avunsaannin olevan erittäin helppoa. Avun saantia lähipiiriltä käytettiin jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana: ”vaikeaa (1–2)”, ”mahdollista (3)” ja ”helppoa (4–5)”.

Palveluihin liittyvinä tekijöinä (Artikkeli III, Yhteenveto) tiedusteltiin vanhempien arvioita sekä palvelutapaamisista, joissa he olivat olleet oman lapsensa kanssa että kunnan palvelujärjestelmästä. Väittämät ja mittarit kehitettiin tätä

tutkimushanketta varten aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen (Pelkonen ym. 1998, Perälä ym. 2003). Kysymykset muokattiin lasten ja perheiden palvelujärjestelmään sopiviksi. Vanhemmilta kysyttiin *päätöksenteon tapaa* viimeisimmässä palvelutilanteessa, jossa he olivat lapsen kanssa olleet. Päätöksenteontapa luokiteltiin kahteen luokkaan: ”työntekijälähtöinen” ja ”yhteistyössä tehty tai perhelähtöinen”. Lisäksi vanhemmilta kysyttiin *tiedonsaantia kunnan lasten ja perheiden palveluista* viisiportaisella kysymyksellä, jossa arvo 1 tarkoittaa ”täysin riittämätöntä” ja arvo 5 ”täysin riittävää” tiedonsaantia. Muuttujaa käytettiin jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana: ”riittämätön (< 2,5)”, ”keskinkertainen (2,5–3,5)” ja ”riittävä (> 3,5)” tiedonsaanti. Vanhempien arviota *lapsiperheiden mielipiteiden painoarvosta kunnallisessa päätöksenteossa* arvioitiin viisiportaisella kysymyksellä, jossa arvo 1 tarkoittaa ”täysin riittämätöntä” ja arvo 5 ”täysin riittävää” painoarvoa. Muuttujaa käytettiin jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana: ”riittämätön (1–2)”, ”keskinkertainen (3)” ja ”riittävä (4–5)” painoarvo. Vanhempien vaikuttamismahdollisuuksia kartoitettiin kahdella mittarilla. Mittari vanhempien *vaikuttamismahdollisuuksista viimeisimmässä palvelutapaamisessa* koostui kahdeksasta väittämästä, jotka kartoittivat vanhempien mahdollisuutta vaikuttaa tapaamisen sisältöön, käsiteltäviin asioihin ja päätöksentekoon. Väittämässä oli neliportainen asteikko (1 = ”täysin riittämättömästi”, 4 = ”täysin riittävästi”). Väittämien pistemääristä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja (1–4), jossa arvo 1 tarkoittaa riittämättömintä mahdollista ja arvo 4 riittäväintä mahdollista vaikuttamismahdollisuutta (Cronbachin alpha: äideillä $\alpha = 0,92$, isillä $\alpha = 0,95$). Keskiarvosummamuuttujaa käytettiin analyyseissa jatkuvana ja kaksiluokkaisena muuttujana: ”riittämättömät (≤ 2)” ja ”riittävät (> 2)” vaikuttamismahdollisuudet. Mittari vanhempien *vaikuttamismahdollisuuksista oman kuntansa lasten ja perheiden palveluihin* koostui viidestä väittämästä, jotka kartoittivat vanhempien mahdollisuuksia vaikuttaa työntekijän valintaan, palveluvalikoimaan, aukioloaikoihin, palvelujen antopaikkaan ja aikaan. Väittämässä oli viisiportainen Likert-asteikko (1 = erittäin vähän, 5 = erittäin paljon). Väittämien pistemääristä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja (1–5), jossa arvo 1 tarkoittaa vähäisintä mahdollista ja arvo 5 vahvinta mahdollista vaikuttamismahdollisuutta (Cronbachin alpha: äideillä $\alpha = 0,88$, isillä $\alpha = 0,90$). Keskiarvosummamuuttujaa käytettiin analyyseissa jatkuvana ja kolmeluokkaisena muuttujana: ”riittämättömät (< 2,5)”, ”keskinkertaiset (2,5–3,5)” ja ”riittävät (> 3,5)” vaikuttamismahdollisuudet.

Vanhempien lapsuudenaikaisia vaikeuksia (Artikkeli IV, Yhteenveto) kartoittava mittari on kehitetty Terveys 2000 -tutkimusta varten (Aromaa & Koskinen 2002). Mittari sisälsi 11 kysymystä, jotka alkoivat ”Kun muistelet aikaa, ennen kuin täytit 16 vuotta, esiintyikö...?”. Kysymyksillä kartoitettiin

lapsuudenperheen taloudellisten vaikeuksien, vanhemman/vanhempien pitkäaikaisen työttömyyden, vanhemman/vanhempien pitkäaikaisen tai vakavan sairauden, äidin/isän alkoholiongelman, äidin/isän mielenterveysongelman, vakavien ristiriitojen ja vanhempien eron esiintymistä sekä vastaajan oman vakavan sairauden esiintymistä ja koulukiusaamiselle altistumista vastaajan lapsuuden aikana. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä”, ”ei” ja ”en osaa sanoa”. Vastausvaihtoehtoa ”en osaa sanoa” ei käytetty analyyseissa. Äidin ja isän alkoholiongelmat sekä äidin ja isän mielenterveysongelmat yhdistettiin kaksiluokkaisiksi muuttujiksi, jonka luokkia olivat ”ongelma esiintyi molemmilla tai toisella vanhemmalla” ja ”ongelmaa ei esiintynyt kummallakaan vanhemmalla”. Lapsuudenaikaiset vaikeudet laskettiin myös yhteen kuvaamaan vaikeuksien kumuloitumista. Vaikeuksien yhteenlaskettu summa luokiteltiin neljään luokkaan: ”ei lainkaan vaikeuksia”, ”yksi vaikeus”, ”kaksi vaikeutta” ja ”vähintään kolme vaikeutta”.

Taulukko 2. Kooste tutkimuksessa käytetyistä mittareista ja muuttujista

Muuttujat (väittämien määrä)	Kysymykset / mittarit (mittarin väittämien määrä)	Asteikko
Vanhempien osallisuus (32 väittämää)	Osallisuus perheessä (10 väittämää)	Keskiarvo, 1–5↑
	Osallisuus oman lapsen palveluissa (12 väittämää)	Keskiarvo, 1–5↑
	Osallisuus lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä (10 väittämää)	Keskiarvo, 1–5↑
Taustatekijät (11 väittämää)	Perherakenne	Luokiteltu
	Siviilisäät	Luokiteltu
	Lasten lukumäärä perheessä	Jatkuva
	Vastaajan ikä	Jatkuva, luokiteltu
	Vastaajan koulutustaso	Luokiteltu
	Vastaajan työtilanne	Luokiteltu
	Vastaajan terveydentila	Luokiteltu
	Puolison terveydentila	Luokiteltu
	Tutkimukseen valitun lapsen terveydentila	Luokiteltu
	Lapsella todetut sairaudet /poikkeamat kehityksessä	Luokiteltu
	Lapsen ikä	Jatkuva, luokiteltu
Perheen nykytilanne (10 väittämää)	Lapsen, vanhemmuuteen tai elämäntilanteeseen liittyviä huolia	Luokiteltu
	Työn ja perheen yhteensovittaminen	1–5↑, luokiteltu
	Arjen toimivuus	1–5↑, luokiteltu
	Avun saaminen lähipiiriltä	1–5↑, luokiteltu
Palveluihin liittyvät tekijät (16 väittämää)	Taloudellinen tilanne	1–6↑, luokiteltu
	Tiedonsaanti lasten ja perheiden palveluista	1–5↑, luokiteltu
	Lapsiperheiden näkemysten painoarvo kunnallisessa päätöksenteossa	1–5↑, luokiteltu
	Päätöksenteon toteutuminen työntekijälähtöisesti	Luokiteltu
	Vaikuttamismahdollisuudet viimeisimmässä palvelutapaamisessa (8 väittämää)	Keskiarvo, 1–4↑, luokiteltu
Lapsuudenaikaiset vaikeudet (11 väittämää)	Vaikuttamismahdollisuudet kunnan lasten ja perheiden palveluihin (5 väittämää)	Keskiarvo, 1–5↑, luokiteltu
	Vastaajan lapsuudenperheeseen, vanhempiin ja itseen liittyviä kysymyksiä	Summa, luokiteltu

↑ Mitä korkeampi arvo, sitä positiivisempi arvio

4.3 Aineisto

4.3.1 Aineiston muodostuminen

Aineisto on kerätty osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen ja johtaminen - hanketta. Tutkimuksen kohderyhmä koostui alle 9-vuotiaiden lasten vanhemmista. Osallistujat poimittiin ositettua satunnaisotantaa hyödyntäen Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä. Osituksen perusteena olivat lasten ikäryhmät: 0–1-vuotiaat, 2–5-vuotiaat, 6-vuotiaat, 7-vuotiaat ja 8-vuotiaat. Kohderyhmän valinnan ja lasten ikäryhmien määrittelyn perusteena oli pyrkimys tavoittaa kattava otos suomenkielisiä pienten lasten vanhempia, jotka elävät erilaisissa elämäntilanteissa (esimerkiksi vauvavaihe) ja elämänkulkuun liittyvissä siirtymävaiheissa (esimerkiksi lapsen koulunkäynnin aloitus). Jokaiseen ikäryhmään poimittiin lapsen syntymäajan perusteella 320 äitiä ($N = 1600$) ja 320 isää ($N = 1600$). Tutkimukseen osallistuneet äidit ja isät olivat eri perheistä. Muina kriteereinä olivat: lapselta poimitaan vain äiti tai isä, äiti tai isä poimitaan vain kerran, vanhempi on lapsen huoltaja, vanhemman ei tarvitse asua samassa taloudessa lapsen kanssa, ja vanhemman äidinkieli on suomi.

Aineiston otoskoon riittävyys varmistettiin voimalaskelmin. Tutkimukselle määritettiin 95 prosentin merkitsevyytaso ($\alpha = 0,05$) ja 80 prosentin voimakkuus, mikä vastaa 20 prosentin todennäköisyyttä tyypin II virheelle. Voima-analyysin laskenta suoritettiin Statistics Calculator -ohjelmalla. Otoskoon tuli olla vähintään 270 vastaajaa. Ryhmien välisiä eroja testatessa jokaisessa vastaajaryhmässä tuli olla vähintään 10 vastaajaa. Lineaarissa regressiomallinnuksessa ryhmän koon tuli olla vähintään 163 vastaajaa, jotta saavutetaan efektikoko 0,15 silloin, kun malliin lisätään enintään 22 selittävää muuttujaa. (Cohen ym. 2003, Faul ym. 2009, Soper 2015.) Aineiston otoskoko arvioitaessa pyrittiin varmistamaan aineiston riittävyys erilaisiin ryhmävertailuihin (esimerkiksi eri ikäryhmiin kuuluvien lasten ja eri koulutustason omaavien äitien ja isien osallisuus) ja tutkimustuloksien yleistettävyyttä perusjoukkoa koskevaksi esimerkiksi asuinalueen ja perherakenteen suhteen. Lisäksi huomioitiin, että vastausaktiivisuus postikyselyihin on heikentynyt (esim. Burns & Grove 2001, Mealing ym. 2010). Näiden syiden takia voima-analyysin määrittämää otoskoko laajempaa aineiston keruuta pidettiin tarpeellisena.

Kyselylomake esiteltiin ennen varsinaista aineistonkeruuta vanhemmista koostuvan pilottiaineiston ($n = 13$) avulla. Vanhemmat arvioivat kyselylomakkeen sisältöä, väittämien ymmärrettävyyttä ja selkeyttä sekä lomakkeeseen vastaamiseen

kuluvaa aikaa. Muutoksia kyselylomakkeeseen tässä tutkimuksessa käytettyjen muuttujien osalta ei esitetauksen perusteella tehty.

Aineisto kerättiin postikyselynä vanhemmilta (N = 3200) kesäkuussa 2009. Niille vanhemmille, jotka eivät olleet vastanneet, lähetettiin kaksi muistutuskirjettä ja uusi kyselylomake elokuussa ja syyskuussa 2009. Asianmukaisesti täytettyjä kyselylomakkeita palautui yhteensä 955 kappaletta (vastausprosentti 30), joista äitien lomakkeita oli 571 (vastausprosentti 36) ja isien lomakkeita 384 (vastausprosentti 24).

4.3.2 Tutkimukseen osallistuneet

Tutkimukseen osallistuneiden *äitien* ikä vaihteli 20 ja 52 vuoden välillä (ka = 35,2; kh = 6,0). Valtaosa äideistä (90 %) eli kahden aikuisen perheessä. Vajaa puolet (42 %) äideistä ilmoitti korkeintaan keskiasteen tutkinnon korkeimmaksi koulutustasokseen ja reilu puolet (55 %) äideistä oli ansiotyössä tai toimi yrittäjänä. Valtaosa äideistä arvioi oman (87 %), puolisonsa (86 %) ja tutkimukseen valitun lapsensa (98 %) terveydentilan vähintään melko hyväksi. Lasten ikä vaihteli 2 kuukauden ja 8,8 vuoden välillä (ka = 5,2; kh = 2,5). Reilulla kolmasosalla lapsista (39 %) oli äidin mukaan todettu joko pitkäaikaissairaus tai poikkeamaa kasvussa, kehityksessä tai oppimisessa. Tavallisimpina sairauksina mainittiin lapsen allerginen ihottuma (11,2 %), ruoka-aine allergia (7,7 %), allerginen nuha (7,2 %) ja astma (4,9 %). Yleisimmät kasvuun tai kehitykseen liittyvät poikkeamat liittyivät puheen kehitykseen (6,1 %) ja näkökykyyn (3,0 %). Lapsista kolmannes (31 %) oli kotihoivossa, neljäsosa (26 %) kävi koulua ja loput olivat päivähoivossa ja/tai esiopetuksessa (43 %). (Artikkelit I–IV, Liite 3)

Tutkimukseen osallistuneiden *isien* ikä vaihteli 21 ja 61 vuoden välillä (ka = 38,2; kh = 6,8). Lähes kaikki isät (97 %) elivät kahden aikuisen perheessä. Vajaa puolet (43 %) isistä ilmoitti korkeintaan keskiasteen tutkinnon korkeimmaksi koulutustasokseen ja valtaosa (86 %) isistä oli ansiotyössä tai toimi yrittäjänä. Valtaosa isistä arvioi oman (86 %), puolisonsa (86 %) ja tutkimukseen valitun lapsensa (99 %) terveydentilan vähintään melko hyväksi. Lasten ikä vaihteli 3 kuukauden ja 8,8 vuoden välillä (ka = 5,4; kh = 2,4). Lähes joka toisella lapsista (41 %) oli isän mukaan todettu joko pitkäaikaissairaus tai poikkeamaa kasvussa, kehityksessä tai oppimisessa. Tavallisimpina sairauksina mainittiin lapsen allerginen ihottuma (9,1 %), ruoka-aine allergia (6,3 %), allerginen nuha (5,5 %) ja astma (3,6 %). Yleisimmät kasvuun tai kehitykseen liittyvät poikkeamat liittyivät puheen kehitykseen (6,0 %), näkökykyyn (4,4 %) ja tarkkaavaisuuteen ja käyttäytymiseen (4,2

%). Lapsista kolmannes (31 %) oli kotihoidossa, neljäsosa (28 %) kävi koulua ja loput olivat päivähoitossa ja/tai esiopetuksessa (39 %). (Artikkelit I–IV, Liite 3)

Katoanalyysin mukaan vastanneet ja tutkimukseen satunnaistetut vanhemmat eivät eronneet asuinpaikan, lapsen sukupuolen, lapsen iän tai perheen koon perusteella. Vastanneet vanhemmat olivat iäkkäämpiä kuin tutkimukseen satunnaistettu perusjoukko (Äidit: ka = 35,6; kh = 6,0 versus ka = 34,9; kh = 6,3; $p = 0,014$; Isät: ka = 38,7; kh = 6,8 versus ka = 37,5; kh = 6,5; $p = 0,003$). Vastanneet isät olivat useammin naimisissa tai elivät rekisteröidyssä parisuhteessa (77 % versus 71 %), elivät harvemmin avoliitossa (19 % versus 23 %) ja olivat harvemmin eronneita, naimattomia ja leskiä (4 % versus 6 %) kuin satunnaistettu perusjoukko ($p = 0,036$).

Vastanneiden vanhempien vastaavuutta koko populaatioon verrattiin niiden tekijöiden osalta, joista tiedot ovat saatavilla. Tutkimukseen vastanneet äidit elivät harvemmin yhden aikuisen perheessä kuin kaikkien lapsiperheiden äidit (10 % versus 18 %, Tilastokeskus 2014). Tutkimukseen vastasivat keskimääräistä harvemmin vanhemmat, jotka asuivat lapsensa kanssa eri osoitteessa (0,7 % vastanneista äideistä; 5,5 % vastanneista isistä). Lapsen sukupuoli ja ikä vaikuttavat siihen, kumman vanhemman luona lapsi asuu, mutta keskimäärin 3 % äideistä ja 18 % isistä asuu lapsen kanssa eri osoitteessa (Tilastokeskus 2015). Vastanneet vanhemmat olivat korkeammin koulutettuja kuin saman ikäinen aikuisväestö keskimäärin (vähintään alin korkea-asteen tutkinto: äidit 58 % versus 42 %; isät 57 % versus 28 %). Kyselylomake lähetettiin vain suomenkielisille vanhemmille, joiden osuus koko aikuisväestöstä vuonna 2009 oli 90 prosenttia. Aikuisväestöstä noin 5 prosenttia oli ruotsinkielisiä ja 5 prosenttia muun kielisiä. (Tilastokeskus 2014.) Edellä kuvatut seikat on otettava huomioon pohdittaessa aineiston edustavuutta ja tutkimustulosten yleistettävyyttä.

4.4 Aineiston analyysi

Osallisuutta arvioivissa muuttujissa puuttuvien arvojen määrä vaihteli 6,0 ja 8,4 prosentin välillä. Osallisuuteen yhteydessä olevissa muuttujissa puuttuvien arvojen määrä vaihteli 0 ja 12 prosentin välillä. Puuttuvia tietoja ei impuutoitu. Summamuuuttujia muodostettaessa mukaan otettiin niiden vastaajien tulokset, jotka olivat vastanneet vähintään 80 prosenttiin kyseisen mittarin kysymyksistä. Tämä tarkoittaa, että vastaaja oli voinut jättää vastaamatta korkeintaan 1–2 kysymykseen mittarin laajuudesta riippuen. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Nominaaliasteikollisten muuttujien uudelleen luokittelussa pyrittiin välttämään liian pieniä luokkia (< 10). Jatkuvien muuttujien normaaliutta arvioitiin tilastollisin testein (Kolmogorov-Smirnovin testi, vinousluku/ vinousluvun keskivirhe) ja graafisesti muuttujien histogrammeja tarkastelemalla. Tilastollisten testien perusteella normaaliololettamus ei toteutunut kaikkien muuttujien osalta. Vaikka graafisen tarkastelun perusteella muuttujien jakaumia voitiin pitää riittävän normaalisena, korrelaatio- ja ryhmien välistä eroa testaavat analyysit toteutettiin sekä parametrisia että parametrittomia testejä käyttäen. Koska tulokset eivät merkitsevästi eronneet toisistaan, tässä raportoidaan vain parametriset analyysit ja tulokset. Tilastollisen merkitsevyyden rajana kaikissa analyyseissa pidettiin $p < 0,05$. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Kaikki analyysit ja regressiomallinnukset toteutettiin erikseen jokaiselle vanhempien osallisuuden osa-alueella kuvaavalle keskiarvosummamuuttujalle. Lukuun ottamatta artikkelissa I kuvattua G-FES-mittarin validiteetin arviointia, kaikki analyysit toteutettiin erikseen äitien ja isien aineistoille.

G-FES-mittarin validiteetti ja reliabiliteetti (Artikkeli I ja Yhteenveto)

G-FES-mittarin *rakennevaliditeettia* arvioitiin konfirmatorisella faktorianalyysillä (CFA). Konfirmatorinen menetelmä valittiin, koska G-FES-mittarin faktorirakenteen oletettiin pohjautuvan FES-mittarin rakenteeseen (Koren ym. 1992) ja tarkoituksena oli testata, vahvistaako aineisto teoreettista mallia vanhempien osallisuuden kolmesta osa-alueesta (Munro 2005, Nummenmaa 2009). Faktoreiden annettiin teorian mukaisesti korreloida keskenään (Koren ym. 1992). Faktorimallin tilastollista sopivuutta ja hyvyttä arvioitiin useiden kriteerien avulla. Mallin riittävyttä arvioitiin khiin neliö -testillä, jonka p -arvoa $> 0,05$ pidetään hyväksyttävänä. Suurten aineistojen yhteydessä khiin neliö -testi suosittaa kuitenkin lähes aina mallin hylkäämistä, joten mallin riittävyttä arvioitiin myös suhteellisella khiin neliö -testillä, joka ottaa huomioon myös mallin vapausasteet. Suhteellisen khiin neliö -testin arvoa < 5 pidetään hyväksyttävänä. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) -testillä arvioitiin estimoidun mallin riittävyttä suhteessa täydelliseen malliin. Mallia pidetään riittävänä, jos $RMSEA < 0,05$ ja kohtalaisena, jos $RMSEA \leq 0,08$. Mallin riittävyttä arvioitiin myös yhteensopivuusindekseillä Comparative Fit Index (CFI) ja Tucker Lewis Index (TLI). Raja-arvoina hyvälle mallille pidetään arvoja $CFI > 0,90$ ja $TLI > 0,90$. (Bollen 1989, Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Erotteluvaliditeettia kuvaavia tilastollisia tunnuslukuja tarkasteltiin kuvailevilla menetelmillä ja ryhmien välisiä eroja testattiin riippumattomien otosten t-testillä ja yhdensuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Ryhmien välisten erojen efektiivisyyttä arvioitiin Cohenin d -arvon ja eetan neliöarvon (η^2) avulla. Cohenin d -arvo määriteltiin seuraavasti: $\leq 0,3$ pieni; $> 0,3 - \leq 0,5$ keskikokoinen; $> 0,5 - \leq 0,7$ suuri ja $> 0,7$ poikkeuksellisen suuri efektiivisyys (Cohen 1988). Eetan neliö kuvaa, kuinka paljon selittävä muuttuja kykenee selittämään selitettävän muuttujan vaihtelusta ja se voi saada arvoja 0 ja 1 välillä. Mitä lähempänä arvo on lukua 1, sitä suurempi efektiivisyys on. (Nummenmaa 2009.)

Reliabiliteettia arvioitiin Pearsonin korrelaatiokertoimella ja Cronbachin alpha -kertoimella. Osioanalyysitarkasteluissa sisäisen johdonmukaisuuden määriteltiin olevan hyväksyttävä silloin, kun väittämän ja toisten osa-alueiden välinen korrelaatiokerroin on matalampi kuin väittämän ja sen oman osa-alueen välinen korrelaatiokerroin. Cronbachin alpha tarkasteluissa mittaria pidettiin sisäisesti johdonmukaisena, kun alphan arvot ovat $\geq 0,80$. (Bollen 1989, Nummenmaa 2009.)

Validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelu koko vanhempien aineistossa toteutettiin IBM SPSS Statistics for Windows (versio 19.0) ja IBM SPSS AMOS rakenneyhtälömalli (versio 19) -ohjelmistoilla (Armonk, NY, IBM Corp). Validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelu erikseen äitien ja isien aineistoilla toteutettiin IBM SPSS Statistics for Windows (versio 21.0, Armonk, NY, IBM Corp) ja Mplus rakenneyhtälömalli (versio 6, Muthén & Muthén 2010) -ohjelmistoilla.

Vanhempien osallisuuden toteutuminen ja osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät (Artikkelit I–IV ja Yhteenveto)

Vanhempien *osallisuuden toteutumista* arvioitiin kuvailevilla menetelmillä, frekvenssi-, prosentti- ja keskilukuja käyttäen (Artikkelit I–III, Yhteenveto).

Taustatekijöiden yhteyttä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testillä, yhdensuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) (Artikkelit II ja III) ja lineaarisella regressioanalyysillä (Yhteenveto). Ensimmäiseksi muuttujat lisättiin analyysiin yksi kerrallaan. Taustatekijöiden yhteyttä yhdessä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin muodostamalla usean selittävän muuttujan lineaarinen regressiomalli askeltavaa (stepwise) menetelmää käyttäen. (Yhteenveto)

Perheen nykytilannetta kuvaavien muuttujien yhteyttä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testillä, yhdensuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) (Artikkeli II) ja lineaarisella regressioanalyysillä (Yhteenveto). Ensimmäiseksi muuttujat lisättiin analyysiin yksi kerrallaan. Seuraavaksi

nykytilannetta kuvaavien muuttujien yhteyttä yhdessä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin muodostamalla kaksi usean selittävän muuttujan lineaarista regressiomallia. Ensimmäiseen malliin lisättiin edellisissä analyyseissa tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneet taustatekijät ja perheen nykytilannetta kuvaavat muuttujat käyttäen pakotettua (enter) menetelmää (Artikkeli II). Toiseen malliin lisättiin kaikki nykytilannetta kuvaavat muuttujat yhdessä käyttäen askeltavaa (stepwise) menetelmää (Yhteenveto).

Palveluihin liittyvien tekijöiden yhteyttä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testillä, yhdensuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) (Artikkeli III) ja lineaarisella regressioanalyysillä (Yhteenveto). Ensimmäiseksi muuttujat lisättiin analyyseihin yksi kerrallaan. Seuraavaksi palveluihin liittyvien tekijöiden yhteyttä yhdessä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin muodostamalla kaksi usean selittävän muuttujan lineaarista regressiomallia. Ensimmäiseen malliin lisättiin edellisissä analyyseissa tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneet taustatekijät ja palveluihin liittyvät tekijät käyttäen pakotettua (enter) menetelmää (Artikkeli III). Toiseen malliin lisättiin kaikki palveluihin liittyvät tekijät yhdessä käyttäen askeltavaa (stepwise) menetelmää (Yhteenveto).

Vanhempien lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteyttä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä (Artikkeli IV ja Yhteenveto). Ensimmäiseksi muuttujat lisättiin analyysiin yksi kerrallaan. Seuraavaksi lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteyttä yhdessä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin muodostamalla kolme usean selittävän muuttujan lineaarista regressiomallia. Ensimmäiseen malliin lisättiin kaikki lapsuudenaikaisia vaikeuksia kuvaavat muuttujat yhdessä. Toiseen malliin lisättiin muuttuja, joka muodostui lapsuudenaikana esiintyneiden vaikeuksien yhteenlasketusta summasta. Ensimmäinen ja toinen malli vakioitiin vanhemman iällä, koulutuksella, työllisyystilanteella, lasten lukumäärällä ja perherakenteella. Menetelmänä käytettiin pakotettua (enter) regressioanalyysia. (Artikkeli IV) Kolmanteen malliin lisättiin kaikki lapsuudenaikaisia vaikeuksia kuvaavat muuttujat yhdessä käyttäen askeltavaa (stepwise) menetelmää (Yhteenveto). Vaikeuksien keskinäistä yhteyttä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella. Korrelaatiokertoimet tulkittiin seuraavasti: $< 0,3$ heikko; $0,3-0,5$ kohtalainen ja $> 0,5$ voimakas (Burns & Grove 2001).

Taustatekijöiden, perheen nykytilannetta kuvaavien muuttujien, palveluihin liittyvien tekijöiden ja vanhemman lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteyttä yhdessä vanhempien osallisuuteen tarkasteltiin muodostamalla usean selittävän muuttujan lineaarinen regressiomalli. Malliin lisättiin kaikissa edellisissä analyyseissa tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneet muuttujat. Regressiomalleja muodostettaessa testattiin

sekä pakotettua (enter) että askeltavaa (stepwise) menetelmää mallien luotettavuuden lisäämiseksi. Lopullisiin regressiomalleihin hyväksyttiin vain ne muuttujat, joiden t-testin p-arvo oli $< 0,05$. (Bollen 1989.)

Kaikkien regressiomallien sopivuutta arvioitiin tarkastelemalla selittävien muuttujien jäännösten jakautuneisuutta ja kolinearisuutta. Selittävien muuttujien jäännösten varianssien yhtä suuruutta arvioitiin Scatter Plot -hajontakuvion avulla ja jäännösten jakautuneisuutta normaalijakaumakuvion ja histogrammin avulla. Hyväksyttävänä pidettiin tilannetta, jossa varianssit ovat lähes yhtä suuria ja jäännösten jakauma lähes normaali. Selittävien muuttujien kolinearisuutta arvioitiin tunnusluvuilla Toleranssi (Tol) ja Variance inflation factor (VIF), jotka kuvaavat sitä osuutta muuttujan vaihtelusta, jota muut mallissa olevat muuttujat eivät selitä. Hyväksyttävänä pidettiin arvoja: Tol $> 0,59$ ja VIF < 5 . Koko mallin merkitsevyyttä testattiin F-testillä. Hyväksyttävänä pidettiin mallia, jonka F-testin p-arvo $< 0,05$. (Bollen 1989, Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Vanhempien osallisuuden toteutumista kuvaavat ja osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä selittävät analyysit toteutettiin IBM SPSS Statistics for Windows (versiot 19.0, 20.0 ja 21.0, Armonk, NY, IBM Corp) -ohjelmistolla.

5 Tulokset

5.1 G-FES-mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

5.1.1 Rakennevaliditeetti

Rakennevaliditeetilla tarkoitetaan mittarilla saatujen tulosten yhteneväisyyttä tutkittavan käsitteen teoreettisen mallin kanssa. Tässä luvussa kuvataan, miten G-FES-mittarin rakenne vastasi teoreettista mallia vanhempien osallisuuden kolmesta osa-alueesta. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Äitien osallisuutta kuvaavassa faktorimallissa väittämät latautuivat pääosin FES-mittarin mukaisesti kolmelle faktorille. Oman lapsen palveluita kuvaavan faktorin väittäjä numero 11 ”Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista” latautui sekä omalle faktorilleen ($\lambda = 0,27$) että palveluiden kehittämistä kuvaavalle faktorille ($\lambda = 0,39$), kun taas väittäjä numero 12 ”Työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni” latautui niin heikosti kaikille faktoreille, että se jätettiin niistä riippumattomaksi. Näitä väittämiä lukuun ottamatta väittämien ja faktoreiden väliset lataukset vaihtelivat välillä $\lambda = 0,41-0,79$ ($p < 0,001$). Faktorit korreloivat positiivisesti keskenään: $f(\text{osallisuus perheessä, osallisuus oman lapsen palveluissa}) = 0,58$, $f(\text{osallisuus perheessä, osallisuus palveluiden kehittämisessä}) = 0,36$ ja $f(\text{osallisuus oman lapsen palveluissa, osallisuus palveluiden kehittämisessä}) = 0,55$. Faktorimallin tilastollista sopivuutta kuvaavista tunnusluvuista suhteellinen khiin neliöarvo (χ^2) ja RMSEA osoittautuivat hyväksyttäväksi, kun taas yhteensopivuusindeksit CFI ja TLI eivät aivan yltäneet hyvän mallin raja-arvoihin. Faktorimallin tilastollista sopivuutta pidettiin kokonaisuutena hyvänä ($\chi^2(461) = 1235,87$; $p < 0,001$; suhteellinen $\chi^2 = 0,06$; CFI = 0,87; TLI = 0,86; RMSEA = 0,06).

Isien osallisuutta kuvaava faktorimalli osoittautui lähes samanlaiseksi kuin äideillä. Väittämät latautuivat alkuperäisen FES-mittarin mukaisesti kolmelle faktorille lukuun ottamatta kahta oman lapsen palveluita kuvaavan faktorin väittäjää. Samoin kuin äitien mallissa, myös isillä väittäjä numero 11 ”Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista” latautui sekä omalle faktorilleen ($\lambda = 0,37$) että palveluiden kehittämistä kuvaavalle faktorille ($\lambda = 0,36$) ja väittäjä numero 12 ”Työntekijöiden

pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni” latautui niin heikosti kaikille faktorille, että se jätettiin niistä riippumattomaksi. Näitä väittämiä lukuun ottamatta väittämien ja faktoreiden väliset lataukset vaihtelivat välillä $\lambda = 0,39-0,80$ ($p < 0,001$). Faktorit korreloivat positiivisesti keskenään: $f(\text{osallisuus perheessä, osallisuus oman lapsen palveluissa}) = 0,63$, $f(\text{osallisuus perheessä, osallisuus palveluiden kehittämisessä}) = 0,39$ ja $f(\text{osallisuus oman lapsen palveluissa, osallisuus palveluiden kehittämisessä}) = 0,59$. Faktorimallin tilastollista sopivuutta kuvaavista tunnusluvuista suhteellinen khiin neliöarvo (χ^2) ja RMSEA osoittautuivat hyväksyttäväksi, kun taas yhteensopivisuusindeksit CFI ja TLI eivät yltäneet hyvän mallin raja-arvoihin. Faktorimallin tilastollista sopivuutta pidettiin kokonaisuutena melko hyvänä ($\chi^2(461) = 1237,22$; $p < 0,001$; suhteellinen $\chi^2 = 0,07$; CFI = 0,83; TLI = 0,82; RMSEA = 0,07). (Taulukko 3)

Taulukko 3. G-FES-mittarin väittämien selitysosuudet ja faktorilataukset konfirmatorisen faktorianalysin (CFA) mukaan

	Äidit			Isät				
	r^2	Faktorilataukset			r^2	Faktorilataukset		
		F1	F2	F3		F1	F2	F3
Osallisuus perheessä								
1. Luotan kykyyni auttaa lastani kasvamaan ja kehittymään	50	,70			53	,73		
2. Tiedän, mitä teen, kun lapseni kanssa ilmaantuu ongelmia	41	,64			56	,75		
3. Perhe-elämäni on hallinnassa	36	,60			46	,68		
4. Hankin tietoa, joka auttaa ymmärtämään lastani paremmin	40	,63			50	,71		
5. Kun tarvitsen apua, pyydän sitä muilta	28	,53			36	,60		
6. Pyrin omaksumaan tapoja, joilla tuen lapsen kasvua ja kehitystä	51	,71			60	,78		
7. Huomioin lapseni vahvuudet ja heikkoudet	54	,73			65	,80		
8. Lapseeni liittyvissä pulmatilanteissa pystyn päättämään ja toteuttamaan päätökseni	52	,72			56	,75		
9. Ymmärrän hyvin lapsen rajoitteet	46	,68			57	,76		
10. Koen itseni hyväksi vanhemmaksi	46	,68			54	,74		
Osallisuus oman lapsen palveluissa								
1. Minulla on oikeus hyväksyä palvelut, joita lapseni saa	18		,43		28		,53	
2. Tiedän, mitä teen, kun epäilen lapseni saavan huonoa palvelua	36		,60		33		,58	
3. Varmistan, että työntekijät ymmärtävät näkemykseni lapseni tarvitsemista palveluista	47		,68		43		,65	
4. Kykenen päättämään lapseni palveluiden tarpeesta	52		,72		53		,73	
5. Osaan toimia työntekijöiden ja viranomaisten kanssa, kun päätetään lapseni palvelujen tarpeesta	46		,68		49		,70	
6. Pidän säännöllisesti yhteyttä lapselleni palveluja antaviin työntekijöihin	32		,57		28		,53	
7. Minun ja työntekijöiden mielipiteet ovat yhtä tärkeitä, kun päätetään lapseni asioista	17		,41		15		,39	
8. Annan palautetta lapselleni annetuista palveluista	35		,59		43		,65	
9. Tiedän, mitä palveluita lapseni tarvitsee	54		,73		58		,76	
10. Tarvittaessa haen omaaloitteisesti palveluja lapsilleni ja perheelleni	42		,65		47		,68	
11. Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista	34		,27	,39	42		,37	,36
12. Työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni		*	*	*		*	*	*

Taulukko 3. jatkuu

	Äidit			Isät				
	r ²	Faktorilataukset			r ²	Faktorilataukset		
		F1	F2	F3		F1	F2	F3
Osallisuus palveluiden kehittämisessä								
1. Minulla on taitoa / kykyä kehittää palveluita yhteisössäni	48			,69	49			,70
2. Olen tietoinen siitä, millaisia lapsiperheitä koskevia lainsäädännöllisiä ym. asioita valmistellaan	59			,77	59			,77
3. Ymmärrän, miten lasten palvelujärjestelmä toimii	63			,79	62			,79
4. Minulla on käsitys siitä, millainen on hyvä lasten palvelujärjestelmä	54			,74	55			,74
5. Autan muita perheitä saamaan heidän tarvitsemansa palvelut	47			,69	50			,71
6. Uskon, että me vanhempina voimme vaikuttaa lasten palveluihin	25			,50	35			,59
7. Kerron viranomaisille, kuinka lasten palveluja voidaan parantaa	55			,74	43			,66
8. Tiedän, miten saan viranomaiset kuuntelemaan minua	57			,75	48			,69
9. Tiedän mitkä ovat vanhempien ja lasten oikeudet	47			,68	50			,71
10. Tietoani ja kokemustani vanhempiana voitaisiin käyttää lasten ja perheiden palvelujen kehittämisessä	31			,55	36			,60

Faktorit: F1 Osallisuus perheessä, F2 Osallisuus oman lapsen palveluissa, F3 Osallisuus palveluiden kehittämisessä

r² Osuus (%) faktorin selittämästä varianssista (Squared Multiple Correlation)

* Väittämä ei latautunut millekään faktorille

5.1.2 Erotteluvaliditeetti

Erotteluvaliditeetilla tarkoitetaan mittarin kykyä erotella vastauksia. Tässä luvussa kuvataan, miten vastaukset jakautuvat mittarin vastausasteikolle ja miten mittari erotteli eri ryhmien vastauksia. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Äitien ja isien vastaukset jakautuivat koko vastausasteikolle painottuen vahvan osallisuuden suuntaan. *Väittämätasolla* minimiarvojen 1 (täysin eri mieltä) määrä vaihteli osallisuuden osa-alueilla äideillä: perhe = 0–1 %, oman lapsen palvelut = 0–5 % ja palveluiden kehittäminen = 3–19 %. Isillä arvojen 1 määrä vaihteli: perhe = 0–3 %, oman lapsen palvelut = 0–6 % ja palveluiden kehittäminen = 4–17 %. Maksimiarvojen 5 (täysin samaa mieltä) määrä väittämittäin vaihteli osallisuuden osa-alueilla äideillä: perhe = 39–70 %, oman lapsen palvelut = 14–67 % ja palveluiden kehittäminen = 6–25 %. Isillä arvojen 5 määrä vaihteli: perhe = 30–71 %, oman lapsen palvelut = 20–60 % ja palveluiden kehittäminen = 8–25 %.

Osallisuuden osa-alueiden *summamuuttujien keskiarvot* painoutuivat vahvan osallisuuden suuntaan. Äitien vastauksissa keskiarvot osa-alueittain vaihtelivat seuraavasti (% osuus vastauksista): perhe = 1,6 (0,2 %) - 5,0 (15,0 %), oman lapsen palvelut = 1,7 (0,2 %) - 5,0 (3,0 %) ja palveluiden kehittäminen = 1,0 (0,4 %) - 5,0 (2,0 %). Isien vastauksissa keskiarvot osa-alueittain vaihtelivat seuraavasti (% osuus vastauksista): perhe = 1,0 (0,4 %) - 5,0 (13,0 %), oman lapsen palvelut = 1,4 (5,0 %) - 5,0 (3,0 %) ja palveluiden kehittäminen = 1,0 (1,2 %) - 5,0 (2,0 %).

G-FES-mittari kykeni erottelemaan enemmän ja vähemmän osallisia vanhempia toisistaan. Tilastollisesti merkitseviä, mutta efektikooltaan vähäisiä ryhmien välisiä eroja oli esimerkiksi äitien ja isien osallisuudessa perheessä ($p < 0,01$; cohenin $d = 0,2$) ja oman lapsen palveluissa ($p < 0,05$; cohenin $d = 0,2$). (Artikkeli I) Efektikooltaan merkittävämpiä ryhmien välisiä eroja vanhempien osallisuudessa perheessä oli vanhemmuuden taitoihin (huolia/ei huolia, äidit: $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,15$; isät: $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,11$) ja arjen toimivuuteen liittyen (hankaluuksia/ ei hankaluuksia, äidit: $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,12$; isät $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,12$). (Artikkeli II)

G-FES-mittarin erotteluvaliditeettia pidettiin riittävänä.

5.1.3 Reliabiliteetti

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta, yhtenäisyyttä ja sisäistä johdonmukaisuutta. Tässä luvussa kuvataan, miten mittarin väittämät korreloivat samaan ja eri osa-alueeseen kuuluvien väittämien kanssa ja kuinka hyvin G-FES-mittarin väittämät mittaavat samaa asiaa. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.)

Osioanalyysien mukaan G-FES-mittarin väittämät korreloivat pääosin vahvemmin oman osa-alueensa kuin toisten osa-alueiden väittämien kanssa. Osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava väittäjä numero 11 ”Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista” korreloi oman osa-alueensa lisäksi melko voimakkaasti (äideillä ja isillä $r = 0,5$) myös osallisuutta palveluiden kehittämisessä mittaavan osa-alueen kanssa. Osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava väittäjä numero 12 ”Työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni” sen sijaan korreloi melko heikosti (äidit $r = 0,3$; isät $r = 0,4$) oman osa-alueensa kanssa. (Liite 4)

Cronbachin alpha -kertoimet vaihtelivat kaikilla äideillä $\alpha = 0,88$ – $0,90$ ja kaikilla isillä $\alpha = 0,85$ – $0,91$. Kertoimet osoittautuvat äideillä ja isillä hyväksyttäväksi ($\alpha > 0,80$) riippumatta lapsen iästä, hoitopaikasta tai siitä, oliko lapsella todettu jokin sairaus tai poikkeama kehityksessä, kasvussa tai oppimisessa. Esiopetuksessa olevien lasten äitien osallisuutta oman lapsensa palveluissa kuvaava alpha-arvo osoittautui ainoaksi kertoimeksi, joka ei aivan yltänyt hyväksyttäväksi ($\alpha = 0,79$). (Liite 5)

G-FES-mittarin reliabiliteettia pidettiin hyväksyttävänä.

5.2 Äitien osallisuus

5.2.1 Äitien osallisuuden toteutuminen

Äitien osallisuus *perheessä* osoittautui vahvaksi (ka = 4,4; kh = 0,5; Q₁ = 4,2; Q₃ = 4,8). Lähes kaikki äidit luottivat kykyynsä auttaa lastaan kasvamaan ja kehittymään (96 %), tiesivät, mitä tehdä, kun lapsen kanssa ilmaantuu ongelmia (96 %), pyrkivät omaksumaan tapoja, joilla tukea lapsensa kasvua ja kehitystä (97 %) ja huomioivat lapsensa vahvuudet ja heikkoudet (97 %). Äideistä 9 % vastasi, ettei pyydä apua muilta, vaikka sitä tarvitsisi.

Äitien osallisuus *oman lapsensa palveluissa* oli vahvaa (ka = 4,1; kh = 0,5; Q₁ = 3,8; Q₃ = 4,5). Suurin osa äideistä piti oikeutenaan hyväksyä lapsensa saamat palvelut (92 %), kykeni päättämään lapsensa palveluiden tarpeesta (91 %) ja osasi toimia yhteistyössä työntekijöiden kanssa päätettäessä lapsen palvelujen tarpeesta (90 %). Hieman yli puolet äideistä (56 %) oli sitä mieltä, että työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita perhe lapselle haluaa. Hyvänä käsitystään kunnan lasten palveluista piti puolet äideistä (54 %).

Äitien osallisuus *lasten ja perheiden palveluiden kehittämisesä* oli keskinkertaista (ka = 3,2; kh = 0,8; Q₁ = 2,7; Q₃ = 3,7). Äideistä valtaosa (74 %) uskoi, että vanhemmat voivat vaikuttaa kunnan lasten palveluihin. Alle kolmannes äideistä (29 %) oli tietoinen siitä, millaisia lapsiperheitä koskevia lainsäädännöllisiä asioita valmistellaan. Neljännes äideistä (27 %) kertoi viranomaisille, kuinka palveluita voitaisiin parantaa ja viidennes äideistä (19 %) tiesi, miten saada viranomaiset kuuntelemaan itseään. (Liite 6)

5.2.2 Äitien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

Äideistä kolmasosalla (35 %) oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä, neljäsosalla (28 %) maltin menettämisestä lapsensa kanssa ja reilulla kymmenesosalla (13 %) vastuun kantamisesta yksin vanhempana. Huolta parisuhteesta tai erosta oli kuudesosalla äideistä (15 %). Viidesosalla äideistä oli huolta lapsensa fyysisestä terveydestä (21 %) ja psykososiaalisesta kehityksestä (18 %). Äidit arvioivat

perheensä arjen toimivan melko hyvin (ka = 3,9; kh = 0,7) ja työn ja perheen yhteensovittamisen olevan kohtuullisen onnistunutta (ka = 3,6; kh = 0,7). Avun saaminen lähipiiriltä oli äitien mielestä melko helppoa (ka = 3,7; kh = 1,3). Perheensä taloudellista tilannetta äidit pitivät melko hyvänä (ka = 3,7; kh = 1,3). (Artikkeli II)

Äidit arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa viimeisimmässä palvelutapaamisessa lähes riittäviksi (ka = 3,3; kh = 0,6). Työntekijälähtöinen päätöksenteko oli toteutunut joka kuudennessa (15 %) tapaamisessa. Vaikuttamismahdollisuuksiaan lasten ja perheiden palveluihin äidit pitivät melko vähäisinä (ka = 2,2; kh = 0,9) ja lapsiperheiden näkemysten painoarvoa kunnallisessa päätöksenteossa vähäisenä (ka = 1,7; kh = 0,8). Tietoa kuntansa lasten ja perheiden palveluista äidit olivat saaneet melko riittävästi (ka = 3,3; kh = 1,0). (Artikkeli III)

Äideistä kolmasosa raportoi lapsuudenperheessään esiintyneen taloudellisia vaikeuksia (39 %) ja vakavia ristiriitoja (30 %) ja neljäsosa vanhempien alkoholiongelmia (25 %) ja vanhempien eron (23 %). Reilu kymmenesosa äideistä raportoi perheessään esiintyneen vanhempien työttömyyttä (13 %), sairautta (14 %) ja mielenterveysongelmia (11 %). Valtaosa äideistä oli ollut lapsuutensa terve (97 %). Kolmasosa (34 %) äideistä oli altistunut koulukiusaamiselle. (Artikkeli IV, Liite 3)

Taustatekijöiden, perheen nykytilanteen, palveluihin liittyvien tekijöiden ja lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys erikseen äitien osallisuuteen

Liitteeseen 7 on koottu kaikki taustatekijät, perheen nykytilannetta, palveluihin liittyviä tekijöitä ja lapsuudenaikaisia vaikeuksia kuvaavat muuttujat, jotka yksittäin olivat yhteydessä äitien osallisuuteen.

Perheen *taustatekijöiden* selitysosuus äitien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 6,7\%$), oman lapsen palveluissa ($r^2 = 7,1\%$) ja palveluihin kehittämisessä ($r^2 = 2,4\%$) oli melko vähäinen. Iältään vanhemmat äidit arvioivat osallisuuteensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa vahvemmaksi kuin nuoremmat äidit. Oma ja puolisonsa terveydentilaa vähintään melko hyvänä pitäneet äidit arvioivat osallisuutensa perheessään vahvemmaksi kuin terveydentilaa heikompana pitäneet äidit. Äidit, joiden lapsi oli päivähoitossa tai esiopetuksessa, arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä vahvemmaksi kuin äidit, joiden lapsi oli kotihoidossa tai kävi koulua. Lasten lukumäärä oli yhteydessä äitien osallisuuteen niin, että mitä enemmän äidillä oli lapsia, sitä vahvemmaksi äidit arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä.

Perheen nykytilanne selitti äitien osallisuuden vaihtelusta perheessä kolmanneksen ($r^2 = 32,6\%$) ja oman lapsensa palveluissa kymmenesosan ($r^2 = 9,6\%$). Perheen

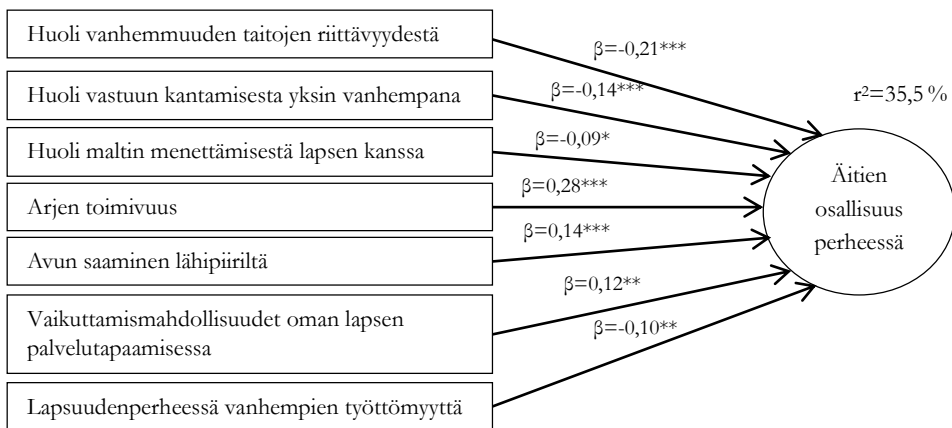
nykytilanteen selitysosuus osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä oli vähäisempi ($r^2 = 5,7 \%$). Äidit, joilla oli huolta omien vanhemmuuden taitojensa riittävydestä arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä heikommaksi kuin äidit, joilla huolta ei ollut. Äidit, joilla oli huolta vastuun kantamisesta yksin, arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa heikommaksi kuin äidit, joilla huolta ei ollut. Äidit, joilla oli huolta malin menettämisestä lapsensa kanssa, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi, kuin äidit, joilla huolta ei ollut. Mitä paremmaksi äidit arvioivat arkensa toimivuuden ja mitä helpommaksi he arvioivat avun saamisen lähipiiriltään, sitä vahvemmaksi äidit arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa. Mitä onnistuneemmaksi äidit arvioivat työn ja perheen yhteensovittamisen, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä. Äidit, joilla oli parisuhteeseen liittyviä huolia, arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä vahvemmaksi kuin äidit, joilla huolta ei ollut.

Palveluihin liittyvät tekijät selittivät noin kymmenesosan äitien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 10,8 \%$) ja oman lapsen palveluissa ($r^2 = 11,5 \%$). Palveluihin liittyvien kokemusten selitysosuus osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä oli vähäisempi ($r^2 = 5,7 \%$). Mitä riittävämmäksi äidit arvioivat tiedon saantinsa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluista, sitä vahvemmaksi äidit arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä. Mitä riittävämmäksi äidit arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa palvelutilanteissa, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa.

Lapsuudenaikaisien vaikeuksien selitysosuus äitien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 5,5 \%$), oman lapsen palveluissa ($r^2 = 1,0 \%$) ja palveluiden kehittämisessä ($r^2 = 1,0 \%$) oli kokonaisuutena vähäinen. Äidit, joiden vanhemmilla oli ollut mielenterveysongelmia tai jotka olivat altistuneet koulukiusaamiselle, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin äidit, jotka eivät olleet vastaavia vaikeuksia kohdanneet. Äidit, joiden lapsuudenperheessä oli esiintynyt taloudellisia vaikeuksia, arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa heikommaksi kuin muut äidit. Äidit, joiden vanhemmilla tai vanhemmilla oli ollut alkoholiongelmia, arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä heikommaksi kuin äidit, joiden vanhemmilla ei vastaavaa ongelmaa ollut ollut. (Liite 7)

Taustatekijöiden, perheen nykytilanteen, palveluihin liittyvien tekijöiden ja lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys yhdessä äitien osallisuuteen

Äitien arvio vanhemmuuden taidoistaan, vastuun kantamisesta vanhempana, maltin säilymisestä lapsen kanssa, arjen toimivuudesta, avun saamisesta lähipiiriltä ja vaikuttamismahdollisuuksista oman lapsen palvelutapaamisissa sekä työllisyystilanne omassa lapsuudenperheessä osoittautuivat *äitien osallisuutta perheessä* selittäviksi tekijöiksi. Äidit, joilla oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä, vastuun kantamisesta yksin vanhempana ja maltin menettämisestä lapsensa kanssa sekä äidit, joiden lapsuudenperheessä oli ollut työttömyyttä, arvioivat osallisuutensa heikommaksi kuin äidit, joilla vastaavia huolia ei ollut eikä lapsuudenperhe ollut kohdannut työttömyyttä. Mitä paremmaksi äidit arvioivat arkensa toimivuuden, mitä helpommaksi he arvioivat avun saamisen lähipiiriltään, ja mitä riittävämmäksi he arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa lapsen palvelutapaamisissa, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa perheessään. Regressiomalli selitti 35,5 prosenttia äitien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($F(df=7) = 40,509$; $S.E = 0,41$; $p < 0,001$). (Kuvio 2)



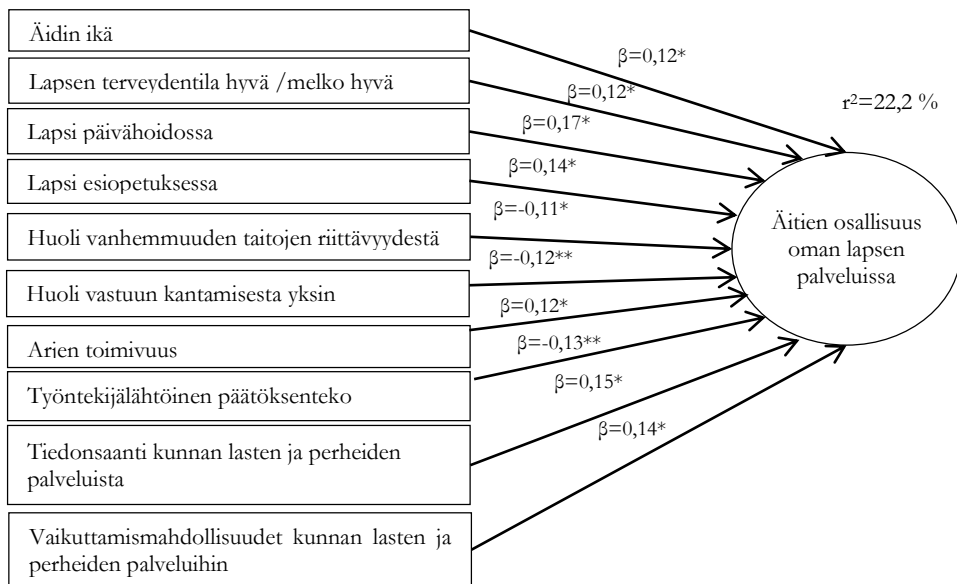
$F(df=7) = 40,509$; $S.E = 0,41$; $p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysaste; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 2. Äitien osallisuutta perheessä kuvaava lineaarinen regressiomalli

Äitien ikä, lapsen terveydentila, lapsen hoitopaikka sekä äitien arvio vanhemmuuden taidoistaan, vastuun kantamisesta vanhempana, arjen toimivuudesta ja päätöksenteon tapa palvelutapaamisissa sekä tiedonsaanti kunnan lasten ja perheiden palveluista ja vaikuttamismahdollisuudet niihin osoittautuivat *äitien osallisuutta oman*

lapsen palveluissa selittäviksi tekijöiksi. Iältään vanhemmat äidit sekä äidit, joiden lapsi oli päivähoitossa tai esiopetuksessa, arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa vahvemmassi kuin nuoremmat äidit ja äidit, joiden lapsi oli kotihoidossa tai kävi koulua. Äidit, joilla oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä ja vastuun kantamisesta yksin vanhempnana, arvioivat osallisuutensa heikommaksi kuin äidit, joilla vastaavia huolia ei ollut. Äidit, jotka palvelutapaamisessa olivat osallistuneet päätöksentekoon, arvioivat osallisuutensa vahvemmassi kuin äidit, jotka raportoivat työntekijälähtöisen päätöksenteon toteutumisesta. Mitä paremmaksi äidit arvioivat arkensa toimivuuden, ja mitä riittävämmäksi äidit arvioivat tiedonsaantinsa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluista sekä vaikuttamismahdollisuutensa niihin, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa. Regressiomalli selitti 22,2 prosenttia äitien osallisuuden vaihtelusta oman lapsen palveluissa ($F(df=10) = 14,692$; $S.E = 0,47$; $p < 0,001$). (Kuvio 3)



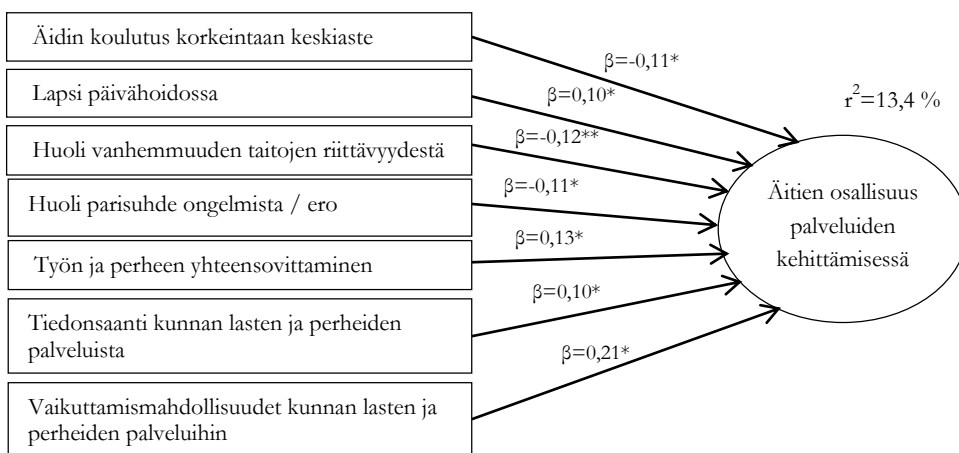
$F(df=10) = 14,692$; $S.E = 0,47$; $p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysosuus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 3. Äitien osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava lineaarinen regressiomalli

Äitien koulutus ja lapsen hoitopaikka, äitien arvio vanhemmuuden taidoistaan, parisuhteestaan ja työn ja perheen yhteensovittamisesta sekä tiedonsaanti kunnan lasten ja perheiden palveluista ja vaikuttamismahdollisuudet niihin osoittautuivat *äitien osallisuutta lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä* selittäviksi tekijöiksi. Äidit,

joilla oli korkeintaan keskiasteen koulutus, arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä heikommaksi kuin äidit, joilla oli korkeampi koulutus. Päivähoidossa olevien lasten äidit arvioivat osallisuutensa vahvemmaksi kuin äidit, joiden lapsi oli kotihoidossa, esiopetuksessa tai kävi koulua. Äidit, joilla oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä, arvioivat osallisuutensa heikommaksi kuin äidit, joilla huolta ei ollut. Äidit, joilla oli huolta parisuhteeseensa liittyen, arvioivat osallisuutensa vahvemmaksi kuin äidit, joilla huolta ei ollut. Mitä onnistuneemmaksi äidit arvioivat työn ja perheen yhteensovittamisen, ja mitä riittävämmäksi äidit arvioivat tiedonsaantinsa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluista sekä vaikuttamismahdollisuutensa niihin, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä. Regressiomalli selitti 13,4 prosenttia äitien osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä ($F(df=7) = 9,860$; $S.E = 0,73$; $p < 0,001$). (Kuvio 4)



$F(df=7) = 9,860$; $S.E = 0,73$; $p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysosuus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 4. Äitien osallisuutta palveluiden kehittämisessä kuvaava lineaarinen regressiomalli

5.3 Isien osallisuus

5.3.1 Isien osallisuuden toteutuminen

Isien osallisuus *perheessä* osoittautui vahvaksi ($ka = 4,3$; $kh = 0,6$; $Q_1 = 4,0$; $Q_3 = 4,8$). Lähes kaikki isät luottivat kykyynsä auttaa lastaan kasvamaan ja kehittymään (96 %),

huomioivat lapsensa vahvuudet ja heikkoudet (95 %) ja pystyivät pulmatilanteissa päättämään ja toteuttamaan päätöksensä (93 %). Isistä 14 % vastasi, ettei pyydä apua muilta, vaikka sitä tarvitsisi.

Isien osallisuus *oman lapsen palveluissa* osoittautui vahvaksi ($k_a = 4,0$; $k_h = 0,6$; $Q_1 = 3,7$; $Q_3 = 4,6$). Valtaosa isistä kykeni päättämään lapsensa palveluiden tarpeesta (69 %) ja osasi toimia yhteistyössä työntekijöiden kanssa lapsen palvelujen tarpeesta päätettäessä (89 %). Puolet isistä (57 %) piti säännöllisesti yhteyttä lastaan hoitaviin työntekijöihin. Yli puolet isistä (59 %) oli sitä mieltä, että työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita perhe lapselle haluaa. Hyvänä käsitystään kunnan lasten palveluista piti puolet isistä (56 %).

Isien osallisuus *lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä* osoittautui keskinertaiseksi ($k_a = 3,2$; $k_h = 0,8$; $Q_1 = 2,8$; $Q_3 = 3,7$). Kaksi kolmesta isästä (89 %) uskoi, että vanhemmat voivat vaikuttaa kunnan lasten palveluihin. Alle kolmannes isistä (28 %) oli tietoinen siitä, millaisia lapsiperheitä koskevia lainsäädännöllisiä asioita valmistellaan. Vajaa kolmannes isistä (29 %) kertoi viranomaisille, kuinka palveluita voitaisiin parantaa ja neljännes isistä (24 %) tiesi, miten saada viranomaiset kuuntelemaan itseään. (Liite 6)

5.3.2 Isien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

Isistä vajaalla neljäsosalla (22 %) oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä ja (24 %) maltin menettämisestä lapsensa kanssa ja harvalla (4 %) vastuun kantamisesta yksin vanhempana. Parisuhteeseen tai eroon liittyviä huolia oli kuudesosalla isistä (15 %). Kuudesosalla isistä oli huolta lapsensa fyysisestä terveydestä (15 %) ja psykososiaalisesta kehityksestä (13 %). Isät arvioivat perheensä arjen toimivan melko hyvin ($k_a = 3,9$; $k_h = 0,6$) ja työn ja perheen yhteensovittamisen olevan kohtuullisen onnistunutta ($k_a = 3,5$; $k_h = 0,8$). Avun saaminen lähipiiriltä oli isien mielestä melko helppoa ($k_a = 3,8$; $k_h = 0,9$). Perheensä taloudellista pärjäämistä isät pitivät helppona ($k_a = 3,9$; $k_h = 1,2$). (Artikkeli II)

Isät arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa viimeisimmässä palvelutapaamisessa lähes riittäviksi ($k_a = 3,3$; $k_h = 0,6$). Työntekijälähtöinen päätöksenteko oli toteutunut joka kuudennessa (13 %) tapaamisessa. Vaikuttamismahdollisuuksiaan lasten ja perheiden palveluihin isät pitivät melko vähäisinä ($k_a = 2,3$; $k_h = 0,9$) ja

lapsiperheiden näkemysten painoarvoa kunnallisessa päätöksenteossa vähäisenä ($ka = 1,8$; $kh = 0,8$). Tietoa lasten ja perheiden palveluista isät arvioivat saaneensa melko riittävästi ($ka = 3,5$; $kh = 0,9$). (Artikkeli III)

Isistä kolmasosa raportoi lapsuudenperheessään esiintyneen taloudellisia vaikeuksia (38 %) ja neljäsosa vakavia ristiriitoja (24 %) ja vanhempien alkoholiongelmia (22 %). Vajaa viidesosa isistä raportoi vanhempiensa erosta (18 %) ja vanhempansa pitkäaikaisesta sairaudesta (18 %) vastaajan lapsuuden aikana. Vajaa kymmenesosa isistä raportoi perheessään esiintyneen vanhempien työttömyyttä (9 %) ja mielenterveysongelmia (8 %). Lähes kaikki isät olivat olleet lapsuutensa aikana terveitä (98 %). Lähes kolmasosa isistä (30 %) oli altistunut koulukiusaamiselle. (Artikkeli IV, Liite 3)

Taustatekijöiden, perheen nykytilanteen, palveluihin liittyvien tekijöiden ja lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys erikseen isien osallisuuteen

Liitteeseen 8 on koottu kaikki taustatekijät, perheen nykytilannetta, palveluihin liittyviä tekijöitä ja lapsuudenaikaisia vaikeuksia kuvaavat muuttujat, jotka yksittäin olivat yhteydessä isien osallisuuteen.

Perheen *taustatekijät* selittivät kymmenesosan isien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 9,1$ %). Osallisuutta oman lapsen palveluissa ne eivät selittäneet lainkaan ja selitysosuus osallisuuden vaihtelulle palveluiden kehittämisessä oli vähäinen ($r^2 = 2,9$ %). Isät, jotka elivät kahden aikuisen perheessä, arvioivat osallisuutensa perheessään vahvemmaksi kuin isät, jotka olivat perheensä ainoita aikuisia. Puolisonsa terveydentilaa vähintään melko hyvänä pitäneet isät arvioivat osallisuutensa perheessään vahvemmaksi kuin puolisonsa terveydentilaa heikompana pitäneet isät. Isät, joilla oli korkeintaan keskiasteen koulutus arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin korkeammin koulutetut isät. Isät, joiden lapsi oli päivähoitossa, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin isät, joiden lapsi oli kotihoidossa, esiopetuksessa tai kävi koulua.

Perheen nykytilanne selitti reilun viidenneksen isien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 22,6$ %) ja kymmenesosan oman lapsen palveluissa ($r^2 = 11,0$ %). Perheen nykytilanteen selitysosuus osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä oli vähäisempi ($r^2 = 4,7$ %). Isät, joilla oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä, arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palvelujen kehittämisessä heikommaksi kuin isät, joilla huolta ei ollut. Isät, joilla oli huolta vastuun kantamisesta vanhempana yksin, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin isät, joilla huolta ei ollut. Mitä paremmaksi isät

arvioivat arkensa toimivuuden, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa perheessään. Mitä onnistuneemmaksi isät arvioivat työn ja perheen yhteensovittamisen, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa. Mitä helpommaksi isät arvioivat avun saamisen lähipiiriltään, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palvelujen kehittämisessä.

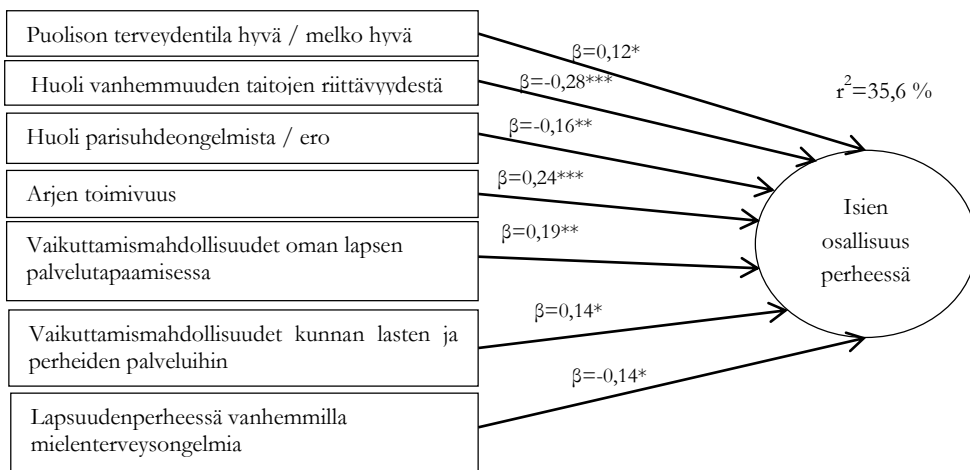
Palveluihin liittyvät tekijät selittivät reilun kymmenesosan isien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($r^2 = 11,4 \%$) ja oman lapsen palveluissa ($r^2 = 12,7 \%$) ja lähes viidenneksen osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä ($r^2 = 18,8 \%$). Mitä riittävämmäksi isät arvioivat tiedon saantinsa oman kuntansa lasten ja perheiden palveluista, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä. Mitä riittävämmäksi isät arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa lapsensa palvelutapaamisessa, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa. Mitä riittävämmäksi isät arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa kunnan lasten ja perheiden palveluihin, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä. Mitä paremmiksi isät arvioivat lapsiperheiden näkemysten painoarvon kunnallisessa päätöksenteossa, sitä vahvemmassi he arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa.

Lapsuudenaikaisien vaikeuksien selitysosuus isien osallisuuden vaihtelusta perheessä oli vähäinen ($r^2 = 3,4 \%$) eivätkä vaikeudet selittäneet lainkaan osallisuutta oman lapsen palveluissa tai palveluiden kehittämisessä. Isät, joiden lapsuudenperheessä oli ollut vakavia ristiriitoja, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin isät, joiden perheessä ristiriitoja ei ollut ollut. (Liite 8)

Taustatekijöiden, perheen nykytilanteen, palveluihin liittyvien tekijöiden ja lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys yhdessä isien osallisuuteen

Puolison terveydentila, isien arvio vanhemmuuden taidostaan, parisuhteestaan ja arjen toimivuudesta sekä vaikuttamismahdollisuudet lapsen palvelutapaamisessa ja oman kunnan lasten ja perheiden palveluihin sekä isien omien vanhempien mielenterveys lapsuuden aikana osoittautuivat *isien osallisuutta perheessä* selittäviksi tekijöiksi. Isät, jotka pitivät puolisonsa terveydentilaa vähintään melko hyvänä, arvioivat osallisuutensa perheessään vahvemmassi kuin isät, jotka pitivät puolisonsa terveydentilaa heikompana. Isät, joilla oli huolia vanhemmuuden taitojensa riittävydestä ja parisuhteestaan, arvioivat osallisuutensa heikommaksi kuin isät, joilla vastaavia huolia ei ollut. Mitä paremmaksi isät arvioivat arkensa toimivuuden ja mitä

riittävämmäksi he arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa lapsensa palvelutapaamisessa sekä oman kuntansa lasten ja perheiden palveluihin, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa perheessään. Isät, joiden vanhemmalla oli ollut mielenterveysongelmia isän lapsuuden aikana, arvioivat osallisuutensa perheessään heikommaksi kuin isät, joiden vanhemmilla ongelmia ei ollut ollut. Regressiomalli selitti 35,6 prosenttia isien osallisuuden vaihtelusta perheessä ($F(df=6) = 18,607$; $S.E = 0,49$; $p < 0,001$). (Kuvio 5)

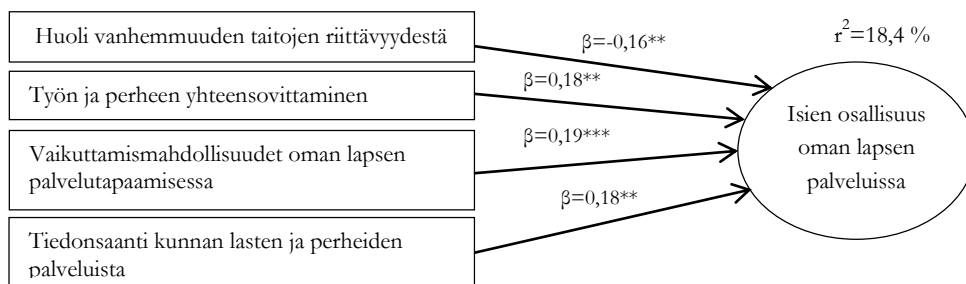


$F(df=6) = 18,607$; $S.E = 0,49$; $p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysosuus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 5. Isien osallisuutta perheessä kuvaava lineaarinen regressiomalli

Isien arvio vanhemmuuden taidoistaan, työn ja perheen yhteensovittamisesta sekä vaikuttamismahdollisuudet oman lapsen palvelutapaamisessa ja tiedonsaanti kunnan lasten ja perheiden palveluista osoittautuivat *isien osallisuutta oman lapsen palveluissa* selittäviksi tekijöiksi. Isät, joilla oli huolta vanhemmuuden taitojensa riittävydestä, arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa heikommaksi kuin isät, joilla huolta ei ollut. Mitä onnistuneemmaksi isät arvioivat työn ja perheen yhteensovittamisen, ja mitä riittävämmäksi he arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa palvelutapaamisessa sekä tiedonsaantinsa kunnan lasten ja perheiden palveluista, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa oman lapsensa palveluissa. Regressiomalli selitti 18,4 prosenttia isien osallisuuden vaihtelusta oman lapsen palveluissa ($F(df=4) = 18,792$; $S.E = 0,53$; $p < 0,001$). (Kuvio 6)

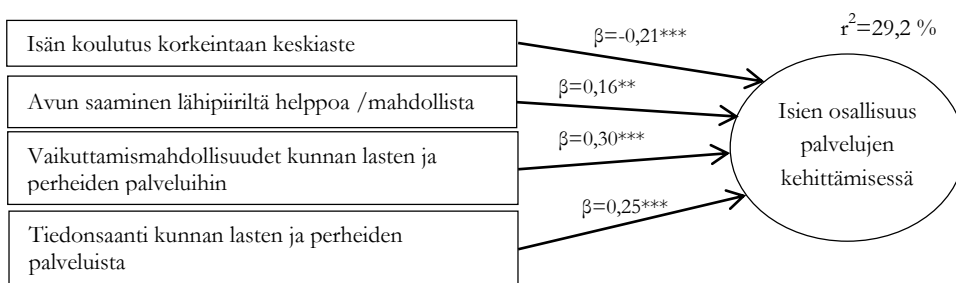


$F(df=4) = 18,792; S.E = 0,53; p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysosuus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 6. Isien osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaava lineaarinen regressiomalli

Isien koulutus ja avun saanti lähipiiriltä sekä vaikuttamismahdollisuudet kunnan lasten ja perheiden palveluihin ja tiedonsaanti niistä osoittautuivat *isien osallisuutta lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä* selittäviksi tekijöiksi. Isät, joilla oli korkeintaan keskiasteen koulutus, arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä heikommaksi kuin korkeammin koulutetut isät. Mitä helpommaksi isät arvioivat avun saamisen lähipiiriltään, ja mitä riittävämmäksi he arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa palvelutapaamisessa sekä tiedonsaantinsa kunnan lasten ja perheiden palveluista, sitä vahvemmasi he arvioivat osallisuutensa palveluiden kehittämisessä. Regressiomalli selitti 29,2 prosenttia isien osallisuuden vaihtelusta palveluiden kehittämisessä ($F(df=4) = 24,936; S.E. = 0,67; p < 0,001$). (Kuvio 7)



$F(df=4) = 24,549; S.E = 0,67; p < 0,001$

β = standardisoitu regressiokerroin; r^2 = korjattu selitysosuus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kuvio 7. Isien osallisuutta palveluiden kehittämisessä kuvaava lineaarinen regressiomalli

5.4 Yhteenveto tuloksista

Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari (G-FES) osoittautui validiksi ja reliabeliksi mittariksi, joka soveltuu osallisuuden arviointiin äideillä ja isillä riippumatta siitä, onko perheellä erityistarpeita tai mitä palveluita perhe käyttää.

Vanhempien osallisuus perheessä ja oman lapsen palveluissa oli vahvaa ja palveluiden kehittämisessä keskinkertaista. Äidit arvioivat osallisuutensa perheessään ja oman lapsensa palveluissa hieman vahvemmaksi kuin isät.

Taustatekijöiden yhteys äitien ja isien osallisuuteen oli kokonaisuutena melko vähäinen. Eniten ne selittivät isien osallisuuden vaihtelua perheessä. Vanhempien korkea koulutustaso ja perheenjäsenien hyvä terveydentila olivat vanhempien osallisuuteen vahvistavasti yhteydessä. Lisäksi äidin korkeampi ikä ja lapsen oleminen päivähoitossa tai esiopetuksessa olivat äitien osallisuuteen ja eläminen kahden aikuisen perheessä isien osallisuuteen vahvistavasti yhteydessä.

Perheen nykytilanne osoittautui tärkeäksi äitien ja isien osallisuudelle. Eniten nykytilanne selitti molempien vanhempien osallisuuden vaihtelua perheessä. Mitä paremmaksi vanhemmat arvioivat arkensa toimivuuden, mitä onnistuneemmaksi he arvioivat työn ja perheen yhteensovittamisen ja mitä helpommaksi he arvioivat avun saamisen lähipiiriltään, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa. Vanhemmuuden huolet olivat äitien ja isien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä.

Palveluihin liittyvät tekijät osoittautuivat tärkeiksi äitien ja isien osallisuudelle. Eniten ne selittivät isien osallisuuden vaihtelua palveluiden kehittämisessä. Mitä riittävämmäksi vanhemmat arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa oman lapsensa palvelutapaamisessa ja mitä riittävämmäksi he arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa kunnan lasten ja perheiden palveluihin sekä tiedonsaantinsa niistä, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa. Työntekijälähtöisen päätöksenteon toteutuminen palvelutapaamisessa oli vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä.

Lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys vanhempien osallisuuteen oli kokonaisuutena vähäinen. Eniten ne selittivät äitien osallisuuden vaihtelua perheessä. Lapsuudenperheessä esiintyneet taloudelliset vaikeudet ja vakavat ristiriidat sekä vanhempien pitkäaikainen työttömyys ja mielenterveys- sekä päihdeongelmat olivat vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Lisäksi altistuminen lapsuudenaikana kiusaamiselle oli äitien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuneita vanhempia tiedotettiin kirjallisesti tutkimuksesta, tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta Helsingin julistuksen ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti (Helsingin julistus 1964, TENK 2012). Kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista pidettiin osoituksena tutkimukseen suostumisesta. Tutkimukselle on saatu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eettisen toimikunnan puoltava lausunto (§ 43/2009).

Tutkimusaiheen valintaa pidettiin eettisesti perusteltuna, sillä aikaisempien tutkimusten mukaan vanhempien osallisuus on oleellinen tekijä perheiden hyvinvoinnille (esim. Hansen ym. 2012, Weiss ym. 2012). Suomalaisten vanhempien osallisuuden toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä on niukasti tietoa. Tutkittu tieto on tarpeellista perheiden osallisuuden tukemisessa ja osallisuutta vahvistavien toimintatapojen ja interventioiden suunnittelussa. Tutkimuksen aiheuttamia riskejä osallistujille pidettiin kokonaisuudessaan pieninä, sillä kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaamisen saattoi missä tahansa vaiheessa keskeyttää tai lopettaa kokonaan. Kyselylomake sisälsi kuitenkin kysymyksiä, joita vastaajat saattoivat pitää arkaluontoisina, ja jotka saattoivat nostaa vastaajien mieleen kipeitä muistoja esimerkiksi omasta lapsuudesta. (Kuula 2006, Polit & Beck 2006, Eriksson ym. 2008, TENK 2012.)

Eettisyys huomioitiin myös aineiston otoskokoa arvioitaessa. Voima-analyysin määrittämää otoskokoa laajempaa aineiston keruuta pidettiin eettisesti perusteltuna, sillä otoskoon riittävyys arvioinnissa tuli huomioida myös analyysimenetelmien vaatimukset ja edellytykset tulosten yleistettävyydelle. Matalasta vastausprosentista johtuva aineiston valikoituminen huomioidaan tulosten tulkinnassa. (Kuula 2006, Polit & Beck 2006, TENK 2012.)

Vastaajien tunnistetietoja käytettiin ainoastaan muistutuskirjeiden lähettämisessä ja katoanalyysin toteutuksessa. Tunnistetiedot eivät olleet osana varsinaista aineistoa. Tutkimusaineisto analysoitiin ja raportoitiin ilman tunnistetietoja eikä yksittäisiä vastaajia pysty tunnistamaan tutkimusraportista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

omistaa käytetyn aineiston, ja vastaa aineiston ja tunnistetietojen asianmukaisesta säilytyksestä. (Kuula 2006.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Otanta ja otoksen edustavuus

Osallistujat tutkimukseen poimittiin väestörekisteristä ositettua satunnaisotantaa käyttäen otantavirheen pienentämiseksi (Munro 2005). Osituksen perusteena olivat lasten ikäryhmät. Ositettua otantaa käytettiin, koska perusjoukkoa (alle 9-vuotiaiden lasten äidit ja isät) ei pidetty homogeenisenä, vaan eri-ikäisten lasten vanhempien osallisuuden oletettiin olevan erilaista ja heidän tiedettiin käyttävän osin erilaisia palveluita.

Otoskoon riittävyttä arvioitiin voima-analyysin avulla, jonka mukaan otoskoon tuli olla vähintään 270 vastaajaa. Tässä tutkimuksessa vastaajia oli yhteensä 955, joista äitejä oli 571 ja isiä 384. Sekä vanhempien että erikseen äitien ja isien otoskoko voidaan pitää riittävänä. Otoskoot olivat sopivia myös toteutettuihin analyyseihin nähden (Faul ym. 2009, Soper 2015). Suunniteltua pienemmäksi jäänyt otoskoko rajoitti kuitenkin vanhempien osallisuuden tarkastelua osituksen mukaisissa lasten ikäryhmissä.

Vastausprosentti tutkimuksessa jäi heikoksi. Vanhempia yritettiin motivoida vastaamaan kyselyyn kertomalla tiedotteessa tutkimuksen tärkeydestä. Lisäksi vastausaktiivisuutta yritettiin parantaa tarjoamalla vanhemmille kyselyyn vastaamalla mahdollisuus osallistua kahden tablettitietokoneen arvontaan. Vastaamatta jättäneille vanhemmille lähetettiin myös muistutuskirje ja uusi kyselylomake kaksi kertaa. Lopullinen vastausprosentti jäi kuitenkin 30 prosenttiin. Riittävälle vastausprosentille ei ole olemassa yksiselitteistä raja-arvoa, vaan tulkinnat hyväksyttävästä vastausprosentista vaihtelevat laajasti. Vaikka jotkin kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, ettei vastausprosentin ja tutkimuksen luotettavuuden välillä ole suoraa yhteyttä (Holbrook ym. 2007, Mealing ym. 2010, Morton ym. 2012), heikentää matala vastausprosentti väistämättä tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Heikkoa vastausaktiivisuutta selittää todennäköisesti monet tekijät. Kyselyn ajankohta vaikuttaa vastausprosenttiin, joten kyselyn ajoittaminen kesäkauteen lisäsi todennäköisesti kadon suuruutta. Kesälomakausi huomioitiin niin, että muistutuskirjeet lähetettiin vasta elokuussa ja syyskuussa. Yleensä muistutuskirje

lähetetään kahden viikon päästä ensimmäisestä postituksesta, joten viive saattoi myös lisätä katoa. Vastausaktiivisuutta heikensi todennäköisesti myös kyselylomakkeen pituus. Osa pilottitutkimukseen osallistuneista vanhemmista piti vastaamiseen kulunutta aikaa liian pitkänä. Lapsiperheissä elämä on usein kiireistä, eikä aikaa kyselyyn vastaamiseen ole välttämättä helppo järjestää. Lisäksi kadon suuruutta saattoi lisätä se, että kyselyssä kartoitettiin laajasti vanhempien arvioita perheestään ja palvelujärjestelmästä, mutta tutkimus ei kohdistunut selkeästi mihinkään teemaan. On myös esitetty, että tutkimuksiin osallistuvat ovat tyypillisesti terveempiä (Eastwood ym. 1996) ja aktiivisempia (Magill-Evans ym. 2006) kuin ne, jotka eivät osallistu. Edellisten seikkojen perusteella on todennäköistä, että tähän tutkimukseen osallistuivat keskimääräistä useammin motivoituneet, hyvinvoivat ja tutkimuksen aihepiiriä merkityksellisenä pitäneet vanhemmat, jotka elivät toimivaa perhearkea. Ottaen huomioon tämän tutkimuksen tulokset on todennäköistä, että osallisuutensa heikommaksi arvioineet vanhemmat jättivät useammin vastaamatta kyselyyn kuin osallisuutensa vahvemmaksi arvioineet.

Katoanalyysin mukaan tutkimukseen osallistujat vastasivat lapsen iän ja sukupuolen, perheen koon ja asuinalueen osalta tutkimukseen satunnaistettua kohderyhmää. Sen sijaan tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat hieman iäkkäämpiä ja isät elivät useammin avioliitossa kuin tutkimukseen satunnaistettu kohderyhmä. Perusjoukkoon verrattuna tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat myös keskimääräistä korkeammin koulutettuja ja asuivat harvemmin eri osoitteessa lapsensa kanssa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet äidit elivät yhden aikuisen perheessä perusjoukon äitejä harvemmin. Kaikki edellä mainitut tekijät rajoittavat tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä.

Kyselylomake lähetettiin vain vanhemmille, joiden äidinkieli on suomi. Aikaisempi tutkimus osoittaa ruotsinkielisten kokevan itsensä terveemmiksi ja osallistuvan aktiivisemmin yhdistystoimintaan kuin samalla alueella asuvien suomenkielisten (Hyypä & Mäki 2000), joten tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä ruotsinkielisiin vanhempiin. Tuloksia ei voida myöskään yleistää kuvaamaan muun kielisten, eri kansallisuuksiin tai etnisiin ryhmiin kuuluvien vanhempien osallisuutta.

Jatkossa tulisi pohtia tarkemmin, miten yhden aikuisen perheessä ja lapsen kanssa eri osoitteessa asuvia vanhempia voitaisiin tavoittaa, sillä vastuun kantaminen yksin ja lapsen kanssa eri osoitteessa asuminen asettaa osallisuuden toteutumislle lisähaasteita. Kielivähemmistöön tai etniseen vähemmistöön kuulumisen asettaa erityisiä haasteita osallisuuden toteutumislle palvelujärjestelmässä, joten myös heitä pitäisi pyrkiä tulevaisuuden tutkimuksissa tavoittamaan. Lisäksi olisi hyvä pohtia, miten

erilaisiin riskiryhmiin kuuluvia vanhempia voitaisiin tavoittaa tätä tutkimusta paremmin, sillä esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmien tiedetään olevan yhteydessä osallisuuteen (Martinez ym. 2009, Minnes ym. 2015). Aikaisemmissa vanhempien osallisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa erilaisiin riskiryhmiin kuuluvia vanhempia on onnistuttu tavoittamaan. Kyselytutkimukset ovat tällöin olleet selkeästi kohdennettuja tutkittavalle ryhmälle. Kyselytutkimuksissa kato on kuitenkin ollut suurempi kuin muilla tiedonkeruutavoilla toteutetuissa tutkimuksissa. Puhelinhaastattelu tai haastattelu, jossa haastattelija menee haastateltavan luo, voisivat olla aikaisempien tutkimusten perusteella toimivimpia tiedonkeruutapoja silloin, kun pyritään tavoittamaan vanhempia, joiden osallisuuden oletetaan olevan heikko.

Yhteenvetona todetaan, että aineisto oli valikoitunut niin, että se edustaa suomenkielisiä alle 9-vuotiaiden lasten vanhempia, jotka perusjoukkoon verrattuna ovat hieman iäkkäämpiä ja korkeammin koulutettuja sekä harvemmin yhden aikuisen perheessä ja lapsen kanssa eri osoitteessa asuvia. Todennäköisesti aineisto edustaa keskimääräistä vahvemmaksi osallisuutensa arvioivia vanhempia. Näin ollen on huomioitava, että vanhempien osallisuuden toteutuminen tässä tutkimuksessa on todennäköisesti vahvempaa kuin perusjoukossa. Sen sijaan tutkimuksessa todettuihin osallisuuden ja osallisuutta selittävien tekijöiden välisiin yhteyksiin aineiston valikoituminen vaikuttaa todennäköisesti vähemmän.

Mittareiden luotettavuus

Vanhemmat arvioivat osallisuutensa toteutumista G-FES-mittarilla, joka pohjautuu Yhdysvaltalaiseen FES-mittariin (Koren ym. 1992). FES-mittari valittiin, sillä sen arvioitiin vastaavan sisällöllisesti parhaiten teoreettisissa lähtökohdissa kuvattua vanhempien osallisuutta. On kuitenkin huomioitava, ettei FES-mittari, eikä siitä muokattu G-FES-mittari, arvioi vanhempien kaikkinaista osallisuutta. Mittarit eivät arvioi esimerkiksi lapsen ja vanhemman välistä yhdessäolon määrää tai laatua (Gavin & Wysocki 2006, Perry & Langley 2013) eivätkä vanhemman vaikuttamista turvallisen ja lapsiystävällisen ympäristön kehittämiseen (Nobles & Frasnkenberg 2009, El Nokali ym. 2010). FES-mittarin sisällön validiteetti on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu hyväksyttäväksi ja se on osoittautunut myös psykometrisiltä ominaisuuksiltaan suhteellisen vakaaksi (Koren ym. 1992, Gerkenmeyer ym. 2008). G-FES-mittarin luotettavuuden arviointia käsitellään tulosten tarkastelun yhteydessä.

Taustatekijöiden, perheen nykytilannetta ja palveluihin liittyviä tekijöitä kuvaavien muuttujien valinta perustui aikaisempaan tutkimustietoon vanhempien

osallisuudesta. Osa muuttujista ja mittareista kehitettiin tätä tutkimushanketta varten. Ne pohjautuvat aikaisempiin tutkimuksiin ja hankkeisiin (esim. Pelkonen ym. 1998, Perälä ym. 2003, Moisio 2006). Pilottitutkimukseen osallistuneet vanhemmat arvioivat väittämien olevan ymmärrettäviä ja selkeitä. Vanhempien vaikuttamismahdollisuuksia kartoittavien mittareiden sisäinen johdonmukaisuus osoittautui myös hyväksyttäväksi. Validoimattomat muuttujat ja mittarit saattavat kuitenkin heikentää tulosten luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta heikentää osaltaan myös se, että vanhempien työtilannetta kuvaavaa muuttujaa käytettiin kaksiluokkaisena muuttujana (työelämässä olevat ja työelämän ulkopuolella eri syistä olevat vanhemmat). Erityisesti vanhempien työttömyyden yhteyttä osallisuuteen olisi ollut hyvä tarkastella erikseen.

Lapsuudenaikaisia vaikeuksia kuvaavan mittarin valinta perustui aikaisempaan tietoon siitä, että lapsuudenaikaisilla kokemuksilla on pitkäaikaisia vaikutuksia (Weissman ym. 2006, Paananen ym. 2012). Lapsuudenaikaisia vaikeuksia kartoitettiin Suomessa kehitetyllä (Aromaa & Koskinen 2002) ja useissa kansallisissa tutkimuksissa (Kestilä ym. 2005 & 2006, Joutsenniemi ym. 2006, Kestilä 2008) käytetyllä mittarilla. Mittarin väittämät ovat sellaisia, joita kasvava suomalainen lapsi saattaa tyypillisesti kohdata.

Analyysimenetelmien luotettavuus

G-FES-mittarin toimivuutta arvioitiin vanhemmilla (Artikkeli I) ja erikseen äideillä ja isillä (Yhteenveto), mikä lisää arvioinnin luotettavuutta. Mittarin rakennevaliditeettia arvioitiin konfirmatorisella faktorianalyysillä huomioiden se, että mittaria käytettiin tässä tutkimuksessa ensimmäistä kertaa. G-FES-mittarin tulkittiin pohjautuvan niin vahvasti FES-mittariin, että konfirmatorista menetelmää pidettiin perusteltuna. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.) Mittarin luotettavuuden arviointia olisi voinut varmentaa vielä vertaamalla sitä toiseen samaa ilmiötä arvioivaan mittariin, mutta sitä ei tässä tutkimuksessa tehty, koska FES-mittari on todettu varsin luotettavaksi (esim. Koren ym. 1992, Weiss & Lunsby 2011). Lisäksi mittarin validiteettia olisi voinut varmentaa kohderyhmän vanhempia haastatteleamalla. Mittarin muutosherkkyyttä tai toistettavuutta ei arvioitu. Nämä seikat heikentävät arvioinnin luotettavuutta.

Vanhempien osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä arvioitiin useilla menetelmillä. Analyysien toteuttamisessa huomioidtiin, että kaikki jatkuvat muuttujat eivät noudattaneet täysin normaalijakaumaa. Sen takia tilastolliset testit toteutettiin sekä parametrisia että parametrittomia testejä käyttäen, mutta merkityksellisiä eroja ei todettu. Ryhmien välisien erojen tarkastelussa käytettiin riippumattomien otosten

t-testiä ja yhdensuuntaista varianssianalyysiä (Artikkelit I–III). Nominaaliasteikollisten muuttujien luokkia jouduttiin kuitenkin yhdistämään, jotta voima-analyysin edellyttämä otoskoko jokaisessa luokassa saavutettiin (Faul ym. 2009, Soper 2015). Luokkia yhdistämällä vastauksien kirjo tiivistyy, mikä saattaa kasvattaa mahdollisuutta tyyppin II virheeseen. Lisäksi keskiarvojen erojen tulkinta on hankalaa, koska osallisuudelle ei ole määritelty raja-arvoja. Raja-arvoja tai katkaisupisteitä ei määritetty myöskään tässä tutkimuksessa.

Selittävien tekijöiden yhteyttä vanhempien osallisuuteen arvioitiin myös lineaarisella regressioanalyysillä (Artikkeli IV ja yhteenveto). Sillä voidaan testata muuttujien yhteyttä osallisuuteen ja selvittää yhteyksien suunta ja voimakkuus ottamatta kantaa keskiarvoihin. Tämän takia regressioanalyysi oli ryhmien välisiä eroja tarkastelevia menetelmiä sopivampi valinta yhteyksien tarkasteluun tässä tutkimuksessa, erityisesti, kun huomioon otetaan tutkimuksen valikoitunut aineisto. Lineaarisen regressioanalyysin edellytyksenä on kuitenkin muuttujien normaalijakauma, mikä ei täysin toteutunut kaikkien muuttujien osalta. Metodikirjallisuuden mukaan vaatimuksesta voidaan kuitenkin tinkiä erityisesti silloin, jos otoskoko on suuri. (Munro 2005, Nummenmaa 2009.) Regressioanalyysien luotettavuutta pyrittiin varmistamaan tarkastelemalla regressiomallien tilastollista sopivuutta kattavasti.

Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään myös tarkastelemalla yhteyksiä kolmiportaisesti. Tavoitteena oli tunnistaa kaikki yksittäiset osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät, tavoittaa myös muiden muuttujien kautta välillisesti osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ja luoda kokonaiskuva osallisuuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Tässä tutkimuksessa käytetyillä analyysimenetelmillä osallisuuteen välillisesti vaikuttavia tekijöitä voitiin löytää kuitenkin vain rajallisesti. Rakenneyhtälömallinnus olisi lisännyt tutkimustulosten luotettavuutta, koska sen avulla välillisiä tekijöitä ja tekijöiden keskinäisiä yhteyksiä olisi voinut tarkastella kattavammin.

Äitien ja isien osallisuutta kuvaavien regressiomallien selitysosuudet vaihtelivat 13 ja 36 prosentin välillä. Raja-arvoja hyvälle selitysosuudelle tuloksen luotettavuuden näkökulmasta ei ole määritelty, mutta osallisuuden kaltaista moniulotteista ilmiötä selitettäessä jo 20 prosentin selitysosuuksia pidetään huomattavana (Ketokivi 2009). Tämän perusteella tähän tutkimukseen valittujen muuttujien kykyä selittää vanhempien osallisuutta voidaan pitää hyvänä ja regressiomallien tuloksia luotettavana. Äitien osallisuutta palveluiden kehittämisessä kuvaavan regressiomallin ($r^2 = 13,4\%$) luotettavuuteen tulee suhtautua varauksella.

6.3 Tulosten tarkastelu

G-FES-mittarin luotettavuus (Artikkeli I, Yhteenveto)

G-FES-mittarin rakenne osoittautui kahta osallisuutta oman lapsen palveluissa kuvaavaa väittämää lukuun ottamatta yhdenmukaiseksi FES-mittarin kanssa (Koren ym. 1992). Todetut erot mittareiden rakenteissa saattavat johtua erilaisesta palveluiden järjestämisen tavasta Suomessa ja FES-mittarin kehittämissaassa Yhdysvalloissa. Aiemmin todetut vaihtelut FES-mittarin rakenteessa viittaavat siihen, että rakenne on jossain määrin riippuvainen tutkimuksen kohderyhmästä ja kontekstista (Koren ym. 1992, Singh ym. 1995, Dempsey & Dunst 2004, Gerkenmeyer ym. 2008). Tässä tutkimuksessa vanhemmat arvioivat osallisuutensa toteutumista koko ikäryhmälle tarkoitettujen lasten ja perheiden universaalien palveluiden kontekstissa, jotka ovat useimmiten hyvin tunnettuja ja toisaalta vaihtoehtoisia palveluita niille on vain vähän. Suomessa ei ole myöskään näihin palveluihin liittyen kovin tavanomaista kysyä mitä palveluita perhe lapselle haluaisi. Väittämät päädyttiin tässä tutkimuksessa jättämään mittariin niiden alkuperäisille paikoille, sillä tietoa mittarin rakenteesta esimerkiksi erikoispalveluiden kontekstissa ei toistaiseksi ole. Väittämiä pidettiin myös sisällöllisesti tärkeinä. Tulevissa tutkimuksissa väittämien sopivuuden arviointia suomalaisen kontekstiin tulee kuitenkin jatkaa ja tarvittaessa harkita niiden poisjättämistä.

Kokonaisuutena G-FES-mittarin rakennevaliditeettia, erotteluvaliditeettia ja reliabiliteettia voitiin pitää sekä äideillä että isillä hyväksyttävänä. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus pysyi hyvänä riippumatta lapsen iästä, hoitopaikasta tai siitä, oliko lapsella todettu sairautta tai poikkeamaa kehityksessä. Tulokset antavat viitteitä siitä, että mittari soveltuu suomalaiseen kontekstiin. Mittarin luotettavuuden arviointia tulee kuitenkin jatkaa testaamalla sitä erilaisissa tutkimusasetelmissä, kohderyhmissä ja konteksteissa.

Mittarin rakennetta arvioitaessa mittarin faktoreiden todettiin korreloivan keskenään positiivisesti ja voimakkaasti. Samanlainen havainto on tehty myös FES-mittarin rakenteen arvioinneissa (Koren ym. 1992, Singh ym. 1995). Tulos viittaa siihen, että osallisuuden muutos yhdellä osa-alueella vaikuttaa samansuuntaisesti myös muihin osa-alueisiin. Tämä puolestaan viittaa siihen, että jokainen osallisuuteen yhteydessä oleva tekijä on välillisesti yhteydessä jokaiseen osallisuuden osa-alueeseen. Tiedolla on merkitystä vanhempien osallisuuden tukemisessa, sillä käytännössä se saattaa tarkoittaa, että vahvistamalla mitä tahansa osallisuuteen myönteisesti vaikuttavaa tekijää, on mahdollista välillisesti vahvistaa osallisuuden kaikkia osa-

alueita. Tosin FES-mittarin kehittäjät (Koren ym. 1992) ovat esittäneet ajatuksen laajenevasta osallisuuden kehästä, jonka mukaan osallisuus perheessä on edellytyksenä osallisuudelle oman lapsen palveluissa, mikä puolestaan mahdollistaa osallisuuden palveluiden kehittämisessä. Tietävästi tutkimusta osallisuuden osa-alueiden suhteiden suunnasta ei kuitenkaan ole tehty. Myöskään tässä tutkimuksessa käytettyjen menetelmien avulla niitä ei ollut mahdollista arvioida. Tieto osa-alueiden keskinäisten suhteiden suunnasta voisi edistää vanhempien osallisuutta vahvistavien interventtioiden kohdentamista.

Äitien ja isien osallisuuden toteutuminen (Artikkelit I–IV, Yhteenveto)

Tähän tutkimukseen osallistuneiden vanhempien osallisuuden toteutuminen perheessä ja oman lapsen palveluissa oli vahvaa. Palveluiden kehittämisessä äitien ja isien osallisuus toteutui vain keskinkertaisesti, joten sen vahvistamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Äidit arvioivat osallisuutensa hieman vahvemmaksi kuin isät, mutta eron merkitys lienee käytännössä vähäinen. Myös osassa aikaisemmista tutkimuksista äitien osallisuus on osoittautunut isien osallisuutta vahvemmaksi (Singh ym. 1997, Warren ym. 2015), mutta osassa tutkimuksista eroja vanhempien osallisuuden kesken ei ole havaittu (esim. Wataker ym. 2015).

Vanhempien osallisuuden toteutuminen tässä tutkimuksessa osoittautui keskiarvotietojen valossa samankaltaiseksi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, jotka ovat pääosin kohdistuneet vanhempiin, joiden lapsella on erityistarpeita (esim. Koroloff ym. 1996, Ben-Porat & Itzhaky 2008, Becker ym. 2011). Huomioiden tämän tutkimuksen aineiston painottuminen pääosin terveiden lasten vanhempiin on tulosten samankaltaisuus yllättävää. Aikaisempi tutkimustieto osoittaa, että esimerkiksi lapsen kehitykseen liittyvät huolet ovat yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen (Nachshen & Minnes 2005, Weiss & Lunsky 2011). Toisaalta on myös osoitettu, että lapsen erityistarpeet saattavat olla yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen, sillä niistä johtuen vanhemman kyky vaikuttaa esimerkiksi päätöksentekoon lapsen palveluissa voi kehittyä (Yousafzai ym. 2011). Tarkempaa tietoa erityistarpeita omaavien lasten vanhempien osallisuuden toteutumisesta ei ole saatavilla, joten esimerkiksi vanhempien kykyä selviytyä lapseen liittyvissä pulmatilanteissa ei ole mahdollista vertailla.

Vanhempien osallisuuden toteutumisen samankaltaisuus kohderyhmästä riippumatta viittaa siihen, että osallisuuden tunne on paitsi henkilökohtainen, myös tilannesidonainen, ja siihen saattaa vaikuttaa palveluiden käyttämisen määrä ja palveluiden järjestämisen tapa eri maissa. Suomalaista tai pohjoismaista

vertailukelpoista tutkimusta ei ole saatavilla. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, ettei keskiarvotiedoilla välttämättä onnistuta kovin hyvin kuvaamaan vanhempien osallisuuden tunnetta, eikä niitä vertailemalla heidän osallisuutensa toteutumista. Katkaisupisteen määrittäminen heikolle osallisuudelle voisi kuitenkin olla hyödyllistä, sillä se saattaisi auttaa erityisen tuen tarpeessa olevien vanhempien tunnistamista.

Äitien ja isien osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät (Artikkelit I–IV, Yhteenveto)

Taustatekijöiden yhteys vanhempien osallisuuteen (Artikkelit I–IV, Yhteenveto)

Nuorempien kotiäitien osallisuus oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä oli tässä tutkimuksessa heikompaa kuin iältään vanhempien ja työelämässä olevien äitien. Tähän viittaa äidin iän ja työtilanteen sekä lapsen hoitopaikan ja iän yhteys äitien osallisuuteen. Vastaavia yhteyksiä ei todettu isien kohdalla. Erityisesti alle 30-vuotiaiden äitien osallisuus oli heikompaa kuin tätä vanhemmilla äideillä. Aikaisempi tieto vanhempien iän yhteydestä osallisuuteen on ristiriitaista (Castillo ym. 2011, Wakimizu ym. 2011, Chiu ym. 2013). Kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu (Scheel & Rieckmann 1998, Melnyk ym. 2014), ansiotyössä tai yrittäjänä toimineiden äitien osallisuus oli vahvempaa kuin työelämän ulkopuolella olevien äitien osallisuus. Valtaosa työelämän ulkopuolella olevista äideistä oli tässä tutkimuksessa vanhempainvapaalla.

Äitien osallisuus tässä tutkimuksessa oli vahvempaa myös silloin, kun lapsi oli päivähoitossa tai esiopetuksessa, kun osallisuutta verrattiin äiteihin, joiden lapsi oli kotihoidossa tai kävi koulua. Tämä saattaa viitata osallisuuden palveluissa olevan yhteydessä siihen, kuinka usein äiti tapaa lasta hoitavia työntekijöitä. Päivähoitossa ja esiopetuksessa olevan lapsen vanhemmat ja työntekijät tapaavat toisiaan lähes päivittäin, kun taas kotihoidossa olevan tai koulua käyvän lapsen vanhemmat ja työntekijät tapaavat harvoin, ellei lapsella tai perheellä ole erityistarpeita. Tulokset viittaavat myös siihen, että varhaiskasvatuksessa pitkään toteutunut vanhempien ja työntekijöiden välinen kasvatuskumppanuus (esim. Stakes 2005) saattaa vahvistaa vanhempien osallisuutta.

Lapsen iän ja vanhempien osallisuuden väliltä ei tässä tutkimuksessa löydetty lineaarista yhteyttä, mutta alle 3-vuotiaiden lasten äitien osallisuus oman lapsen palveluissa oli heikompaa kuin vanhempien lasten äitien. Alle 3-vuotiaista lapsista yli 60 prosenttia hoidetaan kotona (THL 2014), minkä takia lapsen ikä tukee oletusta kotiäitien heikommasta osallisuudesta. Aiemmissa tutkimuksissa osallisuuden on

todettu heikkenevän lapsen kasvaessa (esim. Dunst & Dempsey 2007, Chiu ym. 2013). Tulosten eroavaisuus liittyy siihen, että aiemmat tutkimukset ovat kohdistuneet vanhempiin, joiden lapsella on erityistarpeita. Esimerkiksi käyttäytymisen ongelmia omaavan lapsen oireilu saattaa lapsen kasvaessa hankaloitua, minkä tiedetään heikentävän vanhempien osallisuutta (Wakimizu ym. 2011).

Vanhemman mahdollisuus jakaa arki toisen aikuisen kanssa näyttää tämän tutkimuksen perusteella olevan tärkeämpää isien kuin äitien arviolle kyvystään pärjätä lapsen kanssa arjessa. Tähän viittaa perhemuodon, puolison terveydentilan ja parisuhteeseen liittyvän huolen yhteys isien osallisuuteen perheessään. Tuloksen tulkintaa vahvistaa myös aikaisempi tieto, jonka mukaan parisuhteen merkitys yleiselle hyvinvoinnille ja koetulle terveydentilalle on tärkeämpää miehille kuin naisille (Joutsenniemi ym. 2006). Toisaalta ainoana aikuisena perheessään elävien isien määrän vähäisyys tässä tutkimuksessa heikentää tuloksen luotettavuutta.

Keskiasteen tai sitä matalamman koulutustason omaavien vanhempien osallisuus palveluiden kehittämisessä oli tässä tutkimuksessa heikompaa kuin korkeammin koulutetuilla vanhemmilla. Aikaisempi tieto vanhempien koulutuksen ja osallisuuden yhteydestä on ristiriitaista (Singh ym. 1997, Castillo 2011). Yleisesti matalamman koulutustason on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi heikommiksi koettuihin vaikuttamismahdollisuuksiin (Siltaniemi ym. 2008) ja vähäisempään yhdistystoimintaan osallistumiseen (OM 2005, Siisiäinen & Kankainen 2009). Tämä saattaa viitata siihen, että matalammin koulutetut vanhemmat pitävät mahdollisuuksiaan vaikuttaa palveluiden kehittämiseen heikompina, eivätkä pidä osallistumista palveluiden kehittämiseen itselleen yhtä tärkeänä kuin korkeammin koulutetut vanhemmat.

Perheen nykytilanteen yhteys vanhempien osallisuuteen (Artikkeli II, Yhteenveto)

Vanhemmuuteen liittyvät huolet olivat äitien ja isien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Huolia esiintyi molemmilla vanhemmilla yleisesti. Äideillä huolia oli kuitenkin enemmän ja niiden yhteys osallisuuteen oli vahvempi kuin isillä. Merkittävimmäksi osoittautui vanhempien huoli omien vanhemmuuden taitojensa riittävydestä. Tulos vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että vanhemmuuteen liittyvä stressi heikentää osallisuutta (Nachshen & Minnes 2005, Hintermair 2006, Melnyk ym. 2008 & 2014) ja osoittaa, ettei huolien esiintyminen tai niiden merkitys vanhempien hyvinvoinnille ole riippuvainen siitä, onko lapsella erityistarpeita.

Lapsen kehitykseen ja fyysiseen terveyteen liittyviä huolia esiintyi viidenneksellä äideistä ja kuudenneksellä isistä. Vanhemmuuden huoliin verrattuna niiden merkitys vanhempien osallisuudelle oli vähäinen. Aiemmissa tutkimuksissa yhteys on ollut vahvempi (Yatchmenoff ym. 1998, Weiss & Lunsky 2011, Weiss ym. 2012). Ero selittyy todennäköisesti sillä, että aiemmat tutkimukset ovat kohdistuneet perheisiin, joiden lapsella on erityistarpeita. Tämä puolestaan viittaa siihen, että huolien ja osallisuuden välinen yhteys on riippuvainen myös huolen vakavuudesta. Toisaalta aikaisempi tutkimus on osoittanut, että vanhempien osallisuus on yhteydessä epärealististen huolien vähenemiseen (Penticuff & Arheart 2005). Todennäköistä onkin, että huolien taustalla on sekä konkreettisia ongelmia että esimerkiksi vanhempien voimavarojen tai itseluottamuksen puutetta. Tässä tutkimuksessa huolien taustalla olevia syitä ei tiedusteltu vaan oleellisena pidettiin vanhemman omaa tunnetta huolen olemassa olosta. Tulokset huolien ja osallisuuden välisestä yhteydestä tukevat aikaisempaa tietoa, jonka mukaan osallisuus voi auttaa vanhempia paremmin selviytymään epävarmuuden tunteiden kanssa (Penticuff & Arheart 2005).

Vanhemmuuden huolien lisäksi myös arjen toimivuus sekä työn ja perheen yhteensovittaminen osoittautuivat vanhempien osallisuudelle tärkeiksi. Tulokset osoittivat, että mitä sujuvammaksi vanhemmat arkensa arvioivat, sitä vahvempaa heidän osallisuutensa oli. Tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa vanhempien osallisuus on yhdistetty toimivaan perhearkeen (Anderson & Minke 2007, Ingberg & Most 2012) ja vahvaan elämänhallinnan tunteeseen (Rodger ym. 2011, Weiss & Lunsky 2011). Tulokset viittaavat siihen, että osallisuus saattaa tukea vanhempia jokapäiväisten arjen haasteiden, kuten ajankäytön ja voimavarojen riittävyyden kanssa selviytymisessä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vanhempien huolet tai stressi arjessa eivät liity välttämättä lainkaan lapseen. Tulos on tärkeä ottaen huomioon, että aikaisemman tiedon mukaan perheitä kohtaavat ammattilaiset tunnistavat lapsen kehitykseen tai kasvamiseen liittyviä ongelmia hyvin, mutta vanhempien huolien tunnistamisessa saattaa olla puutteita (Perälä ym. 2011). Vanhemmuuden huolet ja arjen stressi saattavat kuitenkin haitata myös lapsen tuen tarpeiden varhaista tunnistamista ja hidastaa avun saantia, sillä ne olivat heikentävästi yhteydessä vanhempien kykyyn vaikuttaa oman lapsensa palveluihin. Tämä saattaa tarkoittaa, että ne vanhemmat, joilla olisi eniten tarvetta palveluille ja tuelle, arvioivat kykynsä vaikuttaa palveluihin ja niiden saatavuuteen heikoimmaksi.

Tuloksista ilmeni, että mitä helpommaksi vanhemmat arvioivat avun saamisen läheisiltään, sitä vahvemmaksi he arvioivat osallisuutensa niin perheessään, oman lapsensa palveluissa kuin niiden kehittämisessäkin. Tulos vahvistaa useiden

aikaisempien tutkimusten tuloksia läheisiltä saatavan avun ja tuen tärkeydestä (Dempsey & Dunst 2004, Nachshen & Minnes 2005, Benson & Kersh 2011, Wakimizu ym. 2011) ja osoittaa avun saannin olevan merkityksellistä perheille riippumatta siitä, onko perheellä erityistarpeita. Läheisiltä saatava apu saattaa olla myös välillisesti yhteydessä vanhempien osallisuuden vahvistumiseen, sillä se voi edistää perheen arjen toimivuutta ja kohentaa vanhempien luottamusta omiin vanhemmuuden taitoihinsa. Avun saanti ei tämän tutkimuksen perusteella ole kuitenkaan kaikille perheille ongelmatonta eikä avun pyytäminen helppoa. Lisäksi tiedetään, että avun saaminen lähipiiriltä on usein vähäisintä siellä, missä apua eniten tarvittaisiin (Sanaksenaho 2006, Siisiäinen & Kankainen 2009). Toisaalta aikaisempi tutkimus on osoittanut, että vanhempien osallisuus on yhteydessä myös vanhempien kykyyn ottaa vastaan ja hyödyntää saamaansa tukea ja apua (Denboba ym. 2006). Tämä viittaa siihen, että osallisuutensa heikommaksi arvioivat vanhemmat saattavat pitää avun saamista hankalampana ja avun määrää riittämättömämpänä kuin osallisuutensa vahvemmaksi arvioivat vanhemmat.

Palveluihin liittyvien tekijöiden yhteys vanhempien osallisuuteen (Artikkeli III, Yhteenveto)

Vanhempien vaikuttamismahdollisuudet ja osallistuminen päätöksentekoon oman lapsen palvelutapaamisissa osoittautuivat vanhempien osallisuudelle tärkeiksi. Tulosten mukaan niillä oli myönteinen yhteys vanhempien kykyyn pärjätä jokapäiväisessä arjessa ja vaikuttaa oman lapsensa palveluihin. Tulos on yhdenmukainen monien aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Dempsey & Dunst 2004, Herbst & Maree 2006, Wataker ym. 2012).

Tulokset riittämättömien vaikuttamismahdollisuuksien ja työntekijälähtöisen päätöksenteon yhteydestä vanhempien heikompaan osallisuuteen viittaavat siihen, että vanhempi on kokenut itsensä kyvyttömäksi ottamaan osaa lapsensa asioiden käsittelyyn tai hän on kokenut jääneensä asioiden käsittelyssä ulkopuoliseksi. Aikaisempien tutkimusten mukaan vanhemmat haluavat tulla palvelutilanteissa huomioduksi oman lapsensa asioiden asiantuntijana (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008) ja heille on tärkeää kokemus kuulluksi tulemisesta, vaikka he eivät haluaisi tai pystyisi konkreettisesti osallistumaan päätöksentekoon (Rosenthal & Nolan 2013). Aikaisemmat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että työntekijät eivät aina halua vanhempia mukaan yhteistyöhön tai he odottavat vanhempien olevan yhteistyössä aloitteellisia osapuolia sen sijaan, että tukisivat ja rohkaisivat vanhempia mukaan yhteistyöhön (Jacobsen & Severinsson 2007, Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008). Aktiivinen ja oma-aloitteinen osallistuminen lapsen asioiden käsittelyyn ja

päätöksentekoon edellyttää vanhemmilta voimavaroja ja tietoa (Jackson ym. 2008, McKenna ym. 2010), joista erityisesti heikommin osallisilla vanhemmilla saattaa olla puutetta. Vanhemman osallistuminen omaa perhe-elämäänsä koskevaan päätöksentekoon voi kuitenkin vahvistaa vanhempiana toimimista (Koelen & Lindström 2005) ja edistää perhe-elämän toimivuutta (Duncan ym. 2006, Wallerstein 2006).

Vanhempien vaikuttamismahdollisuuksilla kunnan lasten ja perheiden palveluissa oli myös yhteyttä vanhempien osallisuuteen. Tulosten mukaan osallisuutensa heikommaksi arvioivat vanhemmat pitivät mahdollisuuksiaan vaikuttaa palvelujärjestelmään vähäisempinä kuin osallisuutensa vahvemiksi arvioivat vanhemmat. Tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Koren ym. 1992, Itzhaky & Schwartz 2000). Jotta palveluita voidaan aidosti kehittää vastaamaan kaikkien perheiden tarpeita, olisi tärkeää pohtia, miten myös osallisuutensa heikommaksi arvioivien, ja näin ollen myös palveluita mahdollisesti enemmän tarvitsevien, vanhempien ääni saataisiin palveluiden kehittämisessä paremmin kuuluville.

Tuloksista ilmeni, että mitä paremmaksi vanhemmat arvioivat tiedonsaantinsa palveluista, sitä vahvemiksi he arvioivat osallisuutensa perheessään, oman lapsensa palveluissa ja palveluiden kehittämisessä. Tulos vahvistaa aikaisempaa tietoa tiedonsaannin tärkeydestä (Denboba ym. 2006, Fordham ym. 2012). Tiedonsaannin yhteys vanhempien osallisuuteen perheessä viittaa siihen, että pelkkä tieto olemassa olevista palveluista voi kohentaa vanhempien arviota kyvystään pärjätä arjessa. Toisaalta tulos viittaa myös siihen, että ne vanhemmat, joiden osallisuus on heikompaa esimerkiksi vanhemmuuden huolien tai arjen toimimattomuuden takia, ja jotka näin ollen ovat ehkä eniten avun tarpeessa, arvioivat tiedonsaantinsa palveluista riittämättömimmäksi. Tietoa palveluista pidetään avun hakemisen edellytyksenä, joten se on oleellinen tekijä myös varhaiselle avun saamiselle (King & Meyer 2006, Halme ym. 2014).

Vanhempien tiedonsaanti ja palveluista tiedottaminen linkittyvät palveluiden järjestämisen tapaan. Lapsiperheiden palvelut koostuvat sekä kunnan eri hallinnonalojen järjestämistä palveluista että yksityisen sektorin, seurakuntien ja kansalaisjärjestöjen tarjoamista palveluista. Valtaosa lapsiperheistä käyttää yhtä aikaa useiden tuottajien palveluita ja osa perheistä pitää palvelujärjestelmää hajanaisena (Halme ym. 2014). Myöskään palveluissa työskentelevillä ammattilaisilla ei välttämättä ole tietoa kaikista lapsiperheille palveluja alueella tuottavista toimijoista (Joensuu ym. 2013), mikä heikentää heidän mahdollisuuksiaan ohjata vanhempia herkästi ja joustavasti muiden palveluiden piiriin. Monet kansalliset strategiat (esim.

STM 2012) tähtäävät palveluiden parempaan yhteensovittamiseen, minkä avulla niistä saataisiin eheämpi ja nykyistä toimivampi palveluverkosto. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että lapsiperheiden palveluiden kehittäminen yhtenäiseksi kokonaisuudeksi on myös vanhempien osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta tärkeää.

Lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteys vanhempien osallisuuteen (Artikkeli IV, Yhteenveto)

Lapsuudenaikaiset vaikeudet olivat heikentävästi yhteydessä molempien vanhempien arvioon kyvystään pärjätä jokapäiväisessä arjessa ja äitien arvioon myös kyvystään vaikuttaa oman lapsensa palveluihin. Aikaisempaa tietoa lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteydestä vanhempien osallisuuteen ei ole. Vaikka vaikeuksien yhteys osallisuuteen kokonaisuutena oli melko vähäinen, tulosten luotettavuutta ja merkitystä vahvistaa se, että yhteydet eivät olleet riippuvaisia vastaajan iästä, koulutuksesta tai työtilanteesta eikä myöskään vastaajan nykyisen perheen koosta tai sen rakenteesta. Toisaalta retrospektiivisissä tarkasteluissa on huomioitava, että elämäkokemukset värittävät muistoja. Tässä tutkimuksessa se saattaa tarkoittaa, että osallisuutensa vahvemmaksi arvioineet vanhemmat muistivat lapsuutensa onnellisempana kuin osallisuutensa heikommaksi arvioineet vanhemmat.

Lapsuudenaikaiset vaikeudet saattavat olla myös välillisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että ne lisäävät heikemmän itseluottamuksen (Salmon & West 2000, Caldwell ym. 2011) sekä masennusoireiden ja ahdistuneisuuden riskiä aikuisuudessa (Copeland ym. 2013), jotka puolestaan ovat yhteydessä vanhempien heikompaan osallisuuteen (Martinez ym. 2009, Minnes ym. 2015). Lisäksi mielenterveyden ongelmat saattavat aiheuttaa monenlaisia huolia ja hankaloittaa arjen sujuvuutta, joiden todettiin tässä tutkimuksessa olevan vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä.

Lapsuudenaikaisien vaikeuksien ja osallisuuden välinen yhteys oli tässä tutkimuksessa vahvempi äideillä kuin isillä. Samansuuntaisia eroja tyttöjen ja poikien välillä on todettu aikaisemmissakin tutkimuksissa (Chapman ym. 2004, Kestilä ym. 2005). Tulokset saattavat tarkoittaa, että tytöt ovat poikia herkempiä perheen vaikeuksille tai että vaikeuksien vaikutus on pitkäaikaisempi tytöillä kuin pojilla.

Tulokset osoittivat, että lapsuudenperheen taloudelliset vaikeudet ja vakavat ristiriidat sekä vanhempien pitkittynyt työttömyys ja mielenterveys- sekä alkoholiongelmien ovat vanhempien osallisuuteen heikentävästi yhteydessä. Samojen tekijöiden on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa aiheuttavan haasteita yksilön hyvinvoinnille läpi elämän (Dube ym. 2003, Weismann ym. 2006). Toisin kuin

aiemmissä tutkimuksissa (esim. Kestilä 2008) vanhempien erolla vastaajan lapsuuden aikana ei ollut yhteyttä osallisuuteen vanhempana. Toisaalta lapsuudenperheen vakavat ristiriidat ja vanhempien ero olivat tässä tutkimuksessa yhteydessä toisiinsa. Tämä viittaa siihen, että vanhempien ero saattaa retrospektiivisesti tarkasteltuna näyttäytyä yksittäisenä tapahtumana, kun taas perheen ristiriidat värjätävät muistoja pidemmältä ajalta. Tulos viittaa myös siihen, että ristiriitaisessa perheessä elämisen vaikutus hyvinvointiin saattaa olla pitkäaikaisempi kuin vanhempien eron vaikutus.

Tutkimuksen tulos lapsuudenaikaisien vaikeuksien yhteydestä osallisuuteen vanhempana on varsin ajankohtainen ottaen huomioon, että työttömyys on 2010-luvulla rajusti lisääntynyt ja koettelee yhä useammin myös lapsiperheitä. Lisäksi monet nykyiset pienten lasten vanhemmat ovat itse varttuneet 1990-luvun laman aikaan ja omassa lapsuudessaan mahdollisesti kokeneet vanhempiensa työttömyyden ja siihen yleisesti liittyvät taloudelliset ja sosiaaliset paineet. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että perheen kyky selviytyä haastavista elämäntilanteista on yhteydessä vanhempien osallisuuteen (Lambard ym. 2013, Martins ym. 2013). Tämän tutkimuksen tulokset huomioiden niissä perheissä, joiden vanhemmat ovat omassa lapsuudessaan kohdanneet vaikeuksia, saattaa olla suurempia hankaluuksia haasteista selviytymisessä kuin perheissä, joiden vanhemmat ovat eläneet huolettomamman lapsuuden. Tulokset viittaavat näin ollen myös siihen, että erityisesti heikompi osallisuus saattaa siirtyä sukupolvien yli, jos vanhempien lapsuudenaikaiset vaikeudet lisäävät vaikeuksien kielteistä vaikutusta nykyperheessä, ja se puolestaan heikentää tulevaisuudessa perheen lasten osallisuutta vanhempana. Aikaisempi tieto lähipiirin merkityksestä kasvavan lapsen osallisuuden tunteen kehittymiselle (Rimpelä 2011, Nivala & Rynnänen 2013) sekä tieto henkisten voimavarojen ja yleisen luottamuksen tunteen siirtymisestä herkästi vanhemmalta lapselle (Skouteris ym. 2010, Kortteinen & Elovainio 2012) tukevat tuloksen tulkintaa.

Lapsuudenaikainen koulukiusaamiselle altistuminen oli heikentävästi yhteydessä äitien osallisuuteen perheessä. Vastaavaa yhteyttä ei todettu isien kohdalla. Aiemmat tutkimukset kiusaamisen vaikutuksista tyttöihin ja poikiin ovat ristiriitaisia. Osassa tutkimuksista eroja sukupuolten kesken ei ole havaittu (Pirkola ym. 2003, Copeland ym. 2013), mutta on näyttöä myös siitä, että kiusatuksi joutuminen on traumaattisempaa tytöille kuin pojille (Sourander ym. 2010). Sukupuolten välisiä eroja saattaa selittää myös se, että tyttöjen kiusaaminen on usein hiljaista ja epäsuoraa, mikä hankaloittaa kiusaamisen tunnistamista ja siihen puuttumista (Salmivalli 2003). Itse koulukiusatuksi joutuneet äidit saattavat tahtomattaan lisätä myös oman lapsensa riskiä altistua kiusaamiselle, sillä heikomman osallisuuden tiedetään olevan

yhteydessä heikompaan vanhemmuuteen (esim. Warren ym. 2011, Howell ym. 2015), mikä puolestaan lisää lapsen riskiä altistua kiusaamiselle (Shetgiri ym. 2012).

6.4 Tulosten hyödyntäminen ja ehdotukset vanhempien osallisuuden tukemiseksi

G-FES-mittarin tuottamaa käytäntöön sopivaa ymmärrystä osallisuudesta voidaan hyödyntää vanhempien osallisuuden tukemisessa ja sitä vahvistavien toimintatapojen suunnittelussa. Mittarin käyttöä myös esimerkiksi keskustelun pohjana palvelutapaamisissa olisi hyvä selvittää. Tutkimuskäytössä G-FES-mittaria voidaan hyödyntää kuvaamaan vanhempien osallisuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä arvioimaan kehitettyjen interventioiden ja toimintatapojen vaikuttavuutta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää osallisuutensa heikommaksi arvioivien ja näin ollen mahdollisesti erityistä tukea tarvitsevien vanhempien tunnistamisessa. Tulosten mukaan vanhempien huolien ja arkielämän stressin tunnistamiseen tulisi palvelutapaamisissa kiinnittää erityistä huomiota riippumatta siitä, onko lapsella tai perheellä tiedossa olevia erityistarpeita tai haasteita. Lisäksi vanhempien osallisuuteen tulisi kiinnittää huomiota aina, kun palvelutapaamisissa kohdataan lapsiperheitä, jotka ponnistelevat taloudellisten, sosiaalisten tai terveyteen liittyvien paineiden kanssa tai joiden lasta kiusataan. Palvelutapaamisissa olisi hyvä kiinnittää huomiota myös siihen, että alle 30-vuotiaiden kotiäitien osallistuminen lapsensa asioiden käsittelyyn ja päätöksentekoon toteutuu. Lisäksi yksinhuoltajaisien hyvinvointiin ja arjessa jaksamiseen tulisi palvelutapaamisissa kiinnittää huomiota. Tärkeää olisi myös huomioida, että matalammin koulutettujen vanhempien osallistuminen palveluiden kehittämiseen toteutuu.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös vanhempien osallisuuden tukemisessa ja osallisuutta vahvistavien toimintamuotojen ja interventioiden kehittämisessä. Tulokset viittaavat siihen, että vanhempien osallisuus tukee perheiden arkea ja vanhempana selviytymistä, joten osallisuutta vahvistamalla on mahdollista tukea koko perheen hyvinvointia. Tulokset viittaavat myös siihen, että perheen kohdatessa haastavia elämäntilanteita tai vaikeuksia saattaa vanhempien osallisuuden tukeminen kohentaa perheen selviytymistä nykyhetkessä, vähentää vaikeuksien pitkäaikaisia kielteisiä vaikutuksia perheenjäsenien hyvinvoinnille ja ehkäistä vanhempien heikon osallisuuden tunteen siirtyminen lapsille.

Tulosten perusteella vanhempien osallisuutta on mahdollista tukea vanhemmuutta vahvistamalla, perheiden arjen toimivuutta tukemalla ja sosiaalisen

tuen saanti turvaamalla. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vertaisryhmät ja Internet-pohjainen vertaistuki ovat toimivia keinoja sekä vanhemmuuden vahvistamisessa että vanhempien osallisuuden tukemisessa (Banach ym. 2010, Minjarez ym. 2012, Payroovee ym. 2014, Swallow ym. 2014). Lisäksi vertaisryhmätoiminta laajentaa sosiaalista verkostoa ja tarjoaa luontevan paikan tavata muita samassa elämäntilanteessa olevia perheitä ja voi siten toimia kanavana myös avun ja tuen saamiselle (Häggman-Laitila 2006, Minjarez ym. 2012). Näistä syistä johtuen vanhempien mahdollisuuksia osallistua vertaisryhmiin konkreettisesti ja Internetissä olisi hyvä lisätä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vertaistukea olisi hyvä järjestää myös eri tarpeisiin, kuten työttömille ja koulukiusattujen lasten vanhemmille.

Mahdollisuudet osallistua vertaisryhmätoimintaan vaihtelevat paikkakunnittain (STM 2012). Suurin osa järjestetyistä ryhmistä on seurakuntien ja kansalaisjärjestöjen tarjoamia vanhempainryhmiä, joten lapsiperheitä kohtaavien ammattilaisten olisi hyvä ohjata ja kannustaa vanhempia osallistumaan niihin. Vertaisryhmien lisäksi ryhmämuotoiset toiminnat, kuten joissakin lastenneuvoloissa järjestettävä ryhmäneuvola, tarjoavat vanhemmille luontevan mahdollisuuden vertaistukeen, joten niitä olisi hyvä kehittää kaikissa palveluissa.

Toimivaksi keinoksi tukea perheiden arkea on osoittautunut esimerkiksi hyvinvointineuvolan työntekijöiden jalkautuminen perheiden kotiin ja perheiden arjen konkreettinen tukeminen (STM 2010b). Kunnallisen perhetyön lisäksi kansalaisjärjestöjen tarjoama tukihenkilötoiminta, jossa vapaaehtoiset tukihenkilöt tarjoavat konkreettista tukea ja apua voisi tukea perheiden arkea.

Palveluiden tuottajien yhteistyötä monipuolistamalla ja tiivistämällä voitaisiin lisätä ammattilaisten tietoisuutta kaikista alueella lapsiperheille palveluja tuottavista toimijoista. Se edistäisi ammattilaisten mahdollisuuksia ohjata vanhempia herkästi myös toisten palvelujen tuottajien avun piiriin. Yhteistyö voisi mahdollistaa myös siltojen kehittämisen eri palveluiden välille ja kohentaisi näin palveluiden jatkuvuutta. Esimerkiksi lastenneuvolassa aloittanut perhevalmennusryhmä voisi jatkaa tapaamisia kansalaisjärjestön ylläpitämässä perhekahvilassa tai kunnan järjestämä kotiapu voisi jatkua kevyempänä vapaaehtoistoimijan tarjoamana arjen tukena.

Tulosten perusteella vanhempien osallisuutta on mahdollista tukea myös kohentamalla vanhempien vaikuttamismahdollisuuksia ja päätöksentekoon osallistumista lapsen palvelutapaamisissa. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että riittävän tiedon ja ajan tarjoaminen, mahdollisuus keskustella vaihtoehdoista (Coulter & Magee 2003, Oranen ym. 2007, McKenna ym. 2010) sekä vanhempien emotionaalisen ja tiedollisen tuen tarpeiden huomioiminen (Fiks ym. 2010,

McKenna ym. 2010) ovat toimivia keinoja tukea vanhempien osallistumista lapsensa asioiden käsittelyyn. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat myös siihen, että kasvatuskumppanuus tukee vanhempien osallisuutta, joten sitä olisi hyvä vahvistaa kaikissa palveluissa. Aiempien tutkimusten mukaan työntekijöiden asenne ja työskentelytavat vaikuttavat siihen, miten vanhempien osallisuus palvelutapaamisissa voi toteutua (Coyne & Cowley 2007, Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008), joten jatkossa myös niihin tulisi kiinnittää huomiota.

Tulosten perusteella vanhempien osallisuutta on mahdollista tukea myös lisäämällä vanhempien vaikuttamismahdollisuuksia palvelujärjestelmässä. Vaikuttamismahdollisuudet olisi hyvä saada luontevaksi osaksi palvelutapaamisia, jolloin kaikki vanhemmat voisivat aidosti osallistua palveluiden arviointiin ja niiden kehittämiseen. Ammattilaiset voisivat pyytää palvelutapaamisten yhteydessä vanhemmilta palautetta palvelun toimivuudesta sekä tiedustella, miten palvelua vanhempien mielestä voisi tai pitäisi kehittää. Vanhempia voisi palvelutapaamisten yhteydessä myös kutsua osallistumaan erilaisiin asiakastyöryhmiin. Vanhempien osallistumista niihin olisi hyvä tukea myös järjestämällä esimerkiksi lastenhoito ryhmän kokoontumisen ajaksi. Näin mukaan saataisiin helpommin myös yksinhuoltajavanhempia. Hyviä tuloksia on saatu myös Internetissä toimivista kuntalaisista ja kunnan työntekijöistä koostuvista ryhmistä (Virtanen ym. 2011), joten sellaisia voisi kehittää myös lasten ja perheiden palvelujärjestelmässä yhdeksi vanhempien vaikuttamiskanavaksi.

Tulosten perusteella vanhempien osallisuutta on mahdollista tukea myös parantamalla vanhempien tiedonsaantia saatavilla olevista alueellisista palveluista. Tiedonsaanti voisi helpottua, kun perheet saisivat kootusti ja ajantasaisesti tietoa kaikista kunnan, yksityisten palvelun tuottajien, seurakunnan ja kansalaisjärjestöjen tarjoamista alueellisista palveluista. Kaikkien palveluiden kokoaminen yhteen esimerkiksi kunnan Internet-sivustolle voisi olla hyödyllistä.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

1. G-FES-mittarin luotettavuutta erilaisissa elämäntilanteissa elävien perheiden vanhemmilla ja erilaisissa palveluissa tulisi arvioida. Pitkittäistutkimuksen avulla saataisiin tietoa myös G-FES-mittarin muutosherkkyydestä. Heikkoa osallisuutta kuvaavan katkaisupisteen määrittämistä voisi selvittää, sillä se saattaisi edistää erityistä tukea tarvitsevien vanhempien tunnistamista. G-FES-mittarin hyödyntämistä myös keskustelun pohjana esimerkiksi palvelutapaamisissa olisi hyvä selvittää.
2. Eri ikäryhmiin kuuluvien lasten ja erilaisissa elämäntilanteissa elävien vanhempien osallisuutta olisi hyvä tutkia. Esimerkiksi lapsen kanssa eri osoitteessa asuminen tai vanhemman terveysongelmat saattavat aiheuttaa lisähaasteita osallisuuden toteutumiselle. Tiedon avulla vanhempien osallisuuden tukemista voisi kohdentaa nykyistä paremmin.
3. Muiden kuin suomenkielisten, eri kansallisuuksiin ja eri etnisiin ryhmiin kuuluvien vanhempien osallisuutta olisi hyvä tutkia. Erityisesti etniseen tai kielivähemmistöön kuulumisen saattaa aiheuttaa erityisiä haasteita osallisuuden toteutumiselle.
4. Lasten osallisuuden toteutumista lasten ja perheiden universaalien palveluiden kontekstissa olisi hyvä tutkia.
5. Vanhempien osallisuuden merkitystä lasten ja perheiden hyvinvoinnille pitäisi tutkia. Sitä olisi hyvä tarkastella vanhempien ja lasten näkökulmasta.
6. Vanhempien ja lasten osallisuuden kokemuksien yhteneväisyyttä olisi tarpeellista tutkia ja selvittää, miten osallisuuden tunne siirtyy vanhemmilta lapsille.
7. Vanhempien osallisuutta tukevien toimintatapojen ja interventioiden vaikuttavuutta tulisi tutkia.

7 Johtopäätökset

1. Geneerinen vanhempien osallisuus -mittari (G-FFES) on validi ja reliaabeli mittari, joka soveltuu lapsiperheiden äitien ja isien osallisuuden arviointiin suomalaisessa kontekstissa.
2. Suomenkielisten alle 9-vuotiaiden ja pääosin terveiden lasten äitien ja isien osallisuus perheessä ja oman lapsen palveluissa on vahvaa ja palveluiden kehittämisessä keskinäistä.
3. Vanhemmuuden huolet, arkielämän stressi ja läheisiltä saatavan avun puute heikentävät vanhempien kykyä pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa ja vaikuttaa oman lapsensa palveluihin sekä palveluiden kehittämiseen.
4. Vanhempien mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua päätöksentekoon lapseen liittyvissä asioissa kohentaa vanhempien kykyä pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa ja vaikuttaa oman lapsensa palveluihin.
5. Vanhempien mahdollisuus vaikuttaa kunnan lasten ja perheiden palveluihin sekä tiedonsaanti niistä kohentavat vanhempien kykyä pärjätä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa ja vaikuttaa oman lapsensa palveluihin sekä palveluiden kehittämiseen.
6. Lapsuudenperheessä esiintyvät taloudelliset vaikeudet ja vakavat ristiriidat sekä vanhempien pitkittyvä työttömyys ja mielenterveys- sekä päihdeongelmat saattavat tulevaisuudessa heikentää tyttöjen ja poikien kykyä pärjätä vanhempana jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa.
7. Altistuminen koulukiusaamiselle lapsuuden aikana saattaa tulevaisuudessa heikentää tytön kykyä pärjätä äitinä jokapäiväisessä arjessa oman lapsensa kanssa.

Lähteet

- Addi-Racah A & Arviv-Elyashin R. 2008. Parent empowerment and teacher professionalism. Teachers' Perspective. *Urban Education* 43 (3), 394–415.
- Airio I & Niemelä M. 2002. Periytykö köyhyys? Köyhyyden ja toimeentulotukiasiakkuuden sukupolvinen liikkuvuus. *Sosiologia* 39 (3), 215–226.
- Akey TM. 1996. Empowering families of children with disability: implications for professional educators and service providers from a family-centered program. *Teacher Education Research and Practice* 12 (2), 26–42.
- Akey TM, Marquis JM & Ross ME. 2000. Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational and Psychological Measurement* 60 (3), 419–438.
- Alderson P, Hawthorne J & Killen M. 2006. Parents' experiences of sharing neonatal information and decisions: consent, cost and risk. *Social Science & Medicine* 62 (6), 1319–1329.
- Aldoory L, Braun B, Fost Maring E, Duggal M & Briones RL. 2015. Empowerment in the process of health messaging for rural low-income mothers: an exploratory message design project. *Women & Health* 55 (3), 297–313.
- Altschul I. 2011. Parental involvement and the academic achievement of Mexican American youths: what kinds of involvement in youths' education matter most? *Social Work Research* 35 (3), 159–170.
- Anderson KJ & Minke KM. 2007. Parent involvement in education: towards an understanding of parents' decision making. *Journal of Educational Research* 100 (5), 311–323.
- Antonovsky A & Sourani T. 1988. Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and Family* 50 (1), 79–92.
- Arnstein S. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4), 216–224.
- Aromaa A & Koskinen S (toim.) 2002. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, HakaPaino Oy, Helsinki.
- Aujoulat I, d'Hoore W & Deccache A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66 (1), 13–20.
- Baffour TD, Jones MA & Contreras LK. 2006. Family health advocacy. An empowerment model for pregnant and parenting African American women in rural communities. *Family & Community Health* 29 (3), 221–228.
- Banach M, Iudice J, Conway L & Couse IJ. 2010. Family support and empowerment: post autism diagnosis support group for parents. *Social Work with Groups* 33 (1), 69–83.
- Bandura A. 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York, USA.
- Becker J, Greenwald R & Mitchell C. 2011. Trauma-informed treatment for disenfranchised urban children and youth: an open trial. *Child and Adolescent Social Work Journal* 28 (4), 257–272.

- Ben-Porat A & Itzhaky H. 2008. Factors that influence life satisfaction among battered women in shelters: those who stay versus those who leave. *Journal of Family Violence* 23 (7), 597–604.
- Benson P, Karlof KL & Siperstein GN. 2008. Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders. *Autism* 12 (1), 47–63.
- Benson P & Kersh J. 2011. Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Autism Developmental Disorders* 41 (12), 1675–1685.
- Benson P. 2014. Coping and Psychological adjustment among mothers of children with ASD: an accelerated longitudinal study. *Journal of Autism Developmental Disorders* 44 (8), 1793–1807.
- Black K & Lobo M. 2008. A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing* 14 (1), 35–55.
- Boehm A & Staples LH. 2004. Empowerment: The point of view of consumers. *Families in Society* 85 (2), 270–280.
- Bollen K. 1989. *Structural equations with latent variables*. Wiley, New York, USA.
- Bourke-Taylor H, Law M, Howie L, Pallant JF. 2009. Development of the Child's Challenging Behaviour Scale (CCBS) for mothers of school-aged children with disabilities. *Child: Care, Health and Development* 36 (4), 491–498.
- Bourke-Taylor H, Pallant JF, Law M & Howie L. 2012. Predicting mental health among mothers of school-aged children with developmental disabilities: the relative contribution of child, maternal and environmental factors. *Research in Developmental Disabilities* 33 (6), 1732–1740.
- Brookman-Frazee L, Haine RA, Baker-Ericzen M, Zoffness R & Garland AF. 2010a. Factors associated with use of evidence-based practice strategies in usual care youth psychotherapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 37 (3), 254–269.
- Bronte-Tinkew J, Carrano J, Horowitz A & Kinukawa A. 2008. Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues* 29 (9), 1211–1244.
- Brookman-Frazee L, Taylor R & Garland AF. 2010b. Characterizing community-based mental health services for children with autism spectrum disorders and disruptive behavior problems *Journal of Autism Developmental Disorders* 40 (10), 1188–1201.
- Bumpus MF, Crouter AC & McHale SM. 1999. Work demands of dual-earner couples: Implications for parents' knowledge about children's daily lives in middle childhood. *Journal of Marriage and the Family* 61, 465–475.
- Burns N & Grove S. 2001. *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. WB Saunders, Philadelphia, USA.
- Caldwell JG, Shaver PR, Li C-S & Minzenberg MJ. 2011. Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy in at-risk mothers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 20 (6), 595–616.
- Castillo J, Welch G & Sarver C. 2011. Fathering: the relationship between fathers' residence, fathers' sociodemographic characteristics, and father involvement. *Maternal & Child Health Journal* 15 (8), 1342–1349.
- Cawley T & McNamara PN. 2011. Public health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. *Public Health Nursing* 28 (2), 150–158.

- Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ & Anda RF. 2004. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders* 82 (2), 217–225.
- Chiu MYL, Yang X, Wong FHT, Li JH & Li J. 2013. Caregiving of children with intellectual disabilities in China - an examination of affiliate stigma and the cultural thesis. *Journal of Intellectual Disability Research* 57 (12), 1117–1129.
- Cohen J. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, USA.
- Cohen J, Cohen P, West SG & Aiken LS. 2003. *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, USA.
- Connor SL & Wilson R. 2006. It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health* 15 (4), 461–474.
- Copeland WE, Wolke D, Angold A & Costello J. 2013. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 70 (4), 419–426.
- Corbally MA, Scott PA, Mathews A, Gabhann LM & Murphy C. 2007. Irish nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment. *Journal of Nursing Management* 15 (2), 169–179.
- Coulter A & Magee H. 2003. *The European Patient of the Future*. Open University Press, Maidenhead, UK.
- Cowden S & Singh G. 2007. The "user", friend, foe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy* 27 (1), 5–23.
- Coyne I & Cowley S. 2007. Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies* 44 (6), 893–904.
- Croom A, Wiebe DJ, Lindsay R, Donaldson D, Foster C, Murray M & Swinyard MT. 2011. Adolescent and parent perceptions of patient-centered communication while managing type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 36 (2), 206–215.
- Cunningham P, Henggeler S, Brondino M & Pickrel S. 1999. Testing underlying assumptions of the family empowerment perspective. *Journal of Child and Family Studies* 8 (4), 437–447.
- Curtis WJ & Singh N. 1996. Family involvement and empowerment in mental health service provision for children with emotional and behavioral disorders. *Journal of Child and Family Studies* 5 (4), 503–517.
- Day RD & Padilla-Walker LM. 2009. Mother and father connectedness and involvement during early adolescence. *Journal of Family Psychology* 23 (6), 900–904.
- Degeneffe CE, Chan F, Dunlap L, Man D & Sung C. 2011. Development and validation of the Caregiver Empowerment Scale: A resource for working with family caregivers of persons with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology* 56 (3), 243–250.
- deMelo EM, Ferreira PL, de Lima RA & de Mello DF. 2014. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem* 22 (3), 432–439.
- Dempsey I & Dunst C. 2004. Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 29 (1), 40–51.
- Denboba D, McPherson MG, Kenney MK, Strickland B & Newacheck PW. 2006. Achieving family and provider partnerships for children with special health care needs. *Pediatrics* 118 (4), 1607–1615.

- DePape A-M & Lindsay S. 2015. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qualitative Health Research* 25 (4), 569–583.
- DesJardin JL. 2003. Assessing parental perceptions of self-efficacy and involvement in families of young children with hearing loss. *The Volta Review* 103 (4), 391–409.
- DesJardin JL. 2006. Family empowerment: supporting language development in young children who are deaf or hard of hearing. *The Volta Review* 106 (3), 275–298.
- DiLillo D & Damashek A. 2003. Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment* 8 (4), 319–333.
- Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A & Hoffman M. 2001. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services* 52 (7), 965–967.
- Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J, Brown C, Postrado L, McGuire C & Hoffman M. 2004. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 207–215.
- Dixon L, Lucksted A, Medoff DR, Burland J, Stewart B, Lehman AF, Fang LJ, Sturm V, Brown C & Murray-Swank A. 2011. Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Psychiatric Services* 62 (6), 591–597.
- Dube SR, Felitti V, Dong M, Giles WH & Anda RF. 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from birth cohorts dating back to 1990. *Preventive Medicine* 37 (3), 268–277.
- Duncan J, Bowden C & Smith A. 2006. A gossip or a good yak? Reconceptualizing parent support in New Zealand early childhood centre based programmes. *International Journal of Early Years Education* 14 (1), 1–13.
- Dunst CJ. 1989. Artikkelissa: Dunst CJ & Trivette CM. 1996. Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing* 22 (4), 334–337.
- Dunst CJ & Dempsey I. 2007. Family/professional partnerships and parenting competence, confidence and enjoyment. *International Journal of Disability, Development and Education* 54 (3), 305–318.
- Dunst CJ & Trivette CM. 2009. Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work* 12 (2), 119–143.
- Eastwood BJ, Gregor RD, MacLean DR & Wolf HK. 1996. Effects of recruitment strategy on response rates and risk factor profile in two cardiovascular surveys. *International Journal of Epidemiology* 25 (4), 763–769.
- Ehrmann Feldman D, Champagne F, Korner-Bitensky N & Meshefedjian G. 2002. Waiting time for rehabilitation services for children with physical disabilities. *Child: Care, Health and Development* 28 (5), 351–358.
- El Nokali NE, Bachman HJ & Votruba-Drzal E. 2010. Parent involvement and children's academic and social development in elementary school. *Child Development* 81 (3), 988–1005.
- Eriksson E, Leino-Kilpi H & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. *Hoitotiede* 20 (6), 295–303.
- Esquivel SL, Ryan CS & Bonner M. 2008. Involved parents' perceptions of their experiences in school-based team meetings. *Journal of Educational and Psychological Consultation* 18 (3), 234–258.
- European Unioni. 2007. *Valkoinen kirja. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013.* Saatavissa:

- http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fi.pdf/1.7.2015.
- Euroopan Unioni. 2010. *Eurooppa 2020. Älykkään, kestävä ja osallistavan kasvun strategia*. Saatavissa: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:FI:PDF. /10.8.2015](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:FI:PDF:/10.8.2015).
- Fantuzzo J, Tighe E & Childs S. 2000. Preview Family Involvement Questionnaire: a multivariate assessment of family participation in early childhood education. *Journal of Educational Psychology* 92 (2), 367–376.
- Farber ML & Maharaj R. 2005. Empowering high-risk families of children with disabilities. *Research on Social Work Practice* 15 (6), 501–515.
- Farrell L, Klein R & Vella F. 2012. Does increasing parents' schooling raise the schooling of the next generation? Evidenced based on conditional second moments. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 74 (5), 676–690.
- Faul F, Erdefelder E, Buchner A & Lang A-G. 2009. Statistical power analyses using G*Power 3.1. Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 41 (4), 1149–1160.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP & Marks JS. 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14 (4), 245–258.
- Fiks AG, Gafen A, Hughes CC, Hunter KF & Barg FK. 2010. Using freelisting to understand shared decision making in ADHD: parents' and pediatricians' perspectives. *Patient Education and Counseling* 84 (2), 236–244.
- Fiks AG, Hughes CC, Gafen A, Guevara JP & Barg FK. 2011. Contrasting parents' and pediatricians' perspectives on shared decision-making in ADHD. *Pediatrics* 127 (1), 188–196.
- Finley GE & Shawartz SJ. 2004. The Father Involvement and Nurturant Fathering Scales: retrospective measures for adolescent and adult children. *Educational and Psychological Measurement* 64 (1), 143–164.
- Florian V & Elad D. 1998. The impact of mothers' sense of empowerment on the metabolic control of their children with juvenile diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 23 (4), 239–247.
- Flouri E. 2007. Fathering and adolescents' psychological adjustment: the role of fathers' involvement, residence and biology status. *Child: Care, Health and Development* 34 (2), 152–161.
- Fordham L, Gibson F & Bowes J. 2012. Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child: Care, Health and Development* 38 (5), 647–653.
- Freiberg K, Homel R & Branch S. 2014. The Parent Empowerment and Efficacy Measure (PEEM): a tool for strengthening the accountability and effectiveness of family support services. *Australian Social Work* 67 (3), 405–418.
- Freire P. 2005. *Sorrettujen pedagogiikka*. Suomentanut Joel Kuortti. Vastapaino, Tampere.
- Frick P, Cristian R & Wootton J. 1999. Age trends in the association between parenting and conduct problems. *Behaviour Modification* 23 (1), 106–128.
- Galil A, Bachner YG, Merrick J, Flusser H, Lubetzky H, Heiman N & Carmel S. 2006. Physician–parent communication as predictor of parent satisfaction with child development services. *Research in Developmental Disabilities* 27 (3), 233–242.

- Gallant M, Beaulieu M & Carnevale F. 2002. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 40 (2), 149–157.
- Galovan AM, Holmes EK, Schramm DG & Lee TR. 2014. Father involvement, father-child relationship quality, and satisfaction with family work: actor and partner influences on marital quality. *Journal of Family Issues* 35 (13), 1846–1867.
- Garfield CF & Isacco A. 2006. Fathers and the well-child visit. *Pediatrics* 117 (4), e637–e645.
- Gavin L & Wysocki T. 2006. Associations of paternal involvement in disease management with maternal and family outcomes in families with children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology* 31 (5), 481–489.
- Gerkenmeyer JE, Perkins SM, Scott EL & Wu J. 2008. Depressive symptoms among primary caregivers of children with mental health needs: mediating and moderating variables. *Archives of Psychiatric Nursing* 22 (3), 135–146.
- Gerkenmeyer JE, Perkins SM, Day J, Austin JK, Scott EL & Wu J. 2011. Maternal depressive symptoms when caring for a child with mental health problems. *Journal of Child and Family Studies* 20 (5), 685–695.
- Ghazavi Z, Minooei MS, Abbeyazdan Z & Gheissan A. 2014. Effect of family empowerment model on quality of life in children with chronic kidney disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19 (4), 371–375.
- Gorvine BJ. 2010. Head Start fathers' involvement with their children. *Journal of Family Issues* 31(1) 90–112.
- Graves N & Shelton T. 2007. Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies* 16 (4), 556–566.
- Graves N, Shelton T & Kaslow NJ. 2009. Utilization of individual versus family therapy among adolescents with severe emotional disturbance. *The American Journal of Family Therapy* 37 (3), 227–238.
- Gretschel A. 2002. *Kunta nuorten osallisuusympäristönä: nuorten ryhmän ja kunnan nuorovaikatussubteen tarkastelu kolmen liikuntarakentamisprojektin laadunarvioinnin keinoin*. Akateeminen väitöskirja. Studies in Sport, Physical Education and Health 85, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Grossberg L. 1995. *Mielihyvän kytkennät. Risteilyjä populaarikulttuurissa*. Vastapaino, Tampere.
- Gutiérrez L & Lewis E. 1994. Community organizing with women of color: a feminist approach. *Journal of Community Practice* 1 (2), 23–44.
- Hakulinen-Viitanen T & Pelkonen M. 2009. Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Yliopiston kirjapaino, Helsinki, 152–161.
- Halliday-Boykins CA, Henggeler SW & Rowland MD. 2004. Heterogeneity in youth symptom trajectories following psychiatric crisis: predictors and placement outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (6), 993–1003.
- Halme N, Kanste O & Perälä M-L. 2014. Lasten ja perheiden palveluiden saavutettavuus ja avun riittävyys - rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Hoitotiede* 26 (3), 217–230.
- Halttunen-Sommardahl R. 2006. *Vanhempien osallistuminen lasten päivähoitossa*. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä 2/2006.
- Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Whiteneck G, Bogner J & Rodriguez E. 2007. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 30 (19), 1445–1460.

- Hand RK, Birnbaum AS, Carter BJ, Medrow L, Stern E & Brown K. 2014. The RD parent empowerment program creates measurable change in the behaviors of low-income families and children: an intervention description and evaluation. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 114 (12), 1923–1931.
- Hanhivaara P. 2006. Maailmaa syleilevä osallisuus - osallisuuden suhde kouluun. *Nuorisotutkimus* 24 (3), 29–38.
- Hansen JA, Weisbrod C, Schwartz DD & Taylor WP. 2012. Paternal involvement in pediatric type 1 diabetes: fathers' and mothers' psychological functioning and disease management. *Families, Systems and Health* 30 (1), 47–59.
- Hardina D. 2008. Linking citizen participation to empowerment practice. *Journal of Community Practice* 11 (4), 11–38.
- Harding DJ, Lamont M & Small ML. (toim.) 2010. Reconsidering culture and poverty. *Annals of American Academy of Political and Social Science* 629, 6–27.
- Heidenmann ITS & Almeida MCP. 2010. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. *Public Health Nursing* 28 (2), 159–167.
- Helne T. 2002. *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Akateeminen väitöskirja. Stakes, tutkimuksia 123, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Herbert RJ, Gagnon AJ, O'Loughlin JL & Rennick JE. 2011. Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial. *Journal of Community Health* 36 (4), 650–657.
- Herbst A & Maree C. 2006. Empowerment of parents in the neonatal intensive care unit by neonatal nurses. *Health SA Gesondheid - Journal of Interdisciplinary Health Sciences* 11 (3), 3–13.
- Herrenkohl TI, Lee JO, Kosterman R & Hawkins JD. 2012. Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors. *Journal of Adolescent Health* 51 (2), 129–135
- Hiihimo H. 2003. Sosiaaliturvan yhteensovittamisen kannustimet. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 99 (3), 294–311.
- Hiitola J. 2008. *Selvitys vuonna 2006 huostaan otetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista*. Stakes, työpapereita 21/2008, Valopaino Oy Ab, Helsinki.
- Hintermair M. 2006. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 11 (4), 493–513.
- Hoffman PD, Fruzzetti AE & Buteau E. 2007. Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health* 16 (1), 69–82.
- Holbrook A, Krosnick J & Pfent A. 2007. The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. Teoksessa: Lepkowski JM, Tucker NC, Brick JM, De Leeuw ED, Japac L, Lavrakas PJ, Link MW & Sangster RL. (toim.) *Advances in Telephone Survey Methodology*. Wiley, New York, USA, 499–529.
- Hoover-Dempsey K, Bassler O & Brissie J. 1992. Explorations in parent-school relations. *Journal of Educational Research* 85 (5), 287–295.
- Hoover-Dempsey K & Sandler H. 1997. Why do parents become involved in their children's education? *Review of Educational Research* 67 (1), 3–42.

- Hotari K-E, Oranen M & Pösö T. 2009. Lapset lastensuojelun osallisina. Teoksessa: Bardy M. (toim.) *Lastensuojelun ytimissä*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Yliopistopaino Oy, Helsinki, 117–132.
- Howell KH, Miller LE, Lilly MM, Burlaka V, Grogan-Kaylor A & Graham-Bermann SA. 2015. Strengthening positive parenting through intervention: evaluating the moms' empowerment program for women experiencing intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 30 (2), 232–252.
- Hyypä M & Mäki J. 2000. Edistääkö sosiaalinen pääoma terveyttä? *Suomen lääkärilehti* 8 (55), 821–826.
- Häggman-Laitila A. 2002. Varhainen tuki perheen terveyden edistämässä – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 39, 192–207.
- Hämäläinen J. 2008. Nuorten osallisuus. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja* 9, 3–34.
- Iannotti RJ, Schneider S, Nansel TR, Haynie DL, Plotnick LP, Clark LM, Sobel DO & Simons-Morton B. 2006. Self-efficacy, outcome expectations, and diabetes self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 27 (2), 98–105.
- Idler EL & Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38 (1), 21–37.
- Ingberg S & Most T. 2012. Fathers' involvement in preschool programs for children with and without hearing loss. *American Annals of the Deaf* 157 (3), 276–288.
- Itzhaky H & Schwartz C. 2000. Empowerment of parents of children with disabilities: the effect of community and personal variables. *Journal of Family Social Work* 5 (1), 21–35.
- Itzhaky H & York AS. 2000. Empowerment and community participation: does gender make a difference? *Social Work Research* 24 (4), 225–234.
- Jackson C, Francine M, Cheater FM & Reid I. 2008. Systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health Expectations* 11 (3), 232–251.
- Jacobsen ES & Severinsson E. 2006. Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 498–505.
- Janhunen K & Oulasmaa M. 2008. *Äidin kielletyt tunteet*. Väestöliitto, Helsinki.
- Joensuu J, Halme N, Nummi T & Perälä M-L. 2013. Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen kunnissa - rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Hoitotiede* 25 (1), 36–48.
- Johnston C & Mash J. 1989. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology* 18 (2), 167–175. (jotka lainasivat Gilbaud-Wallston & Wanderson, 1978).
- Johnson D, Worell J & Chandler R. 2005. Assessing psychosocial health and empowerment in women: the Personal Progress Scale Revised. *Women & Health* 41(1), 109–129.
- Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S & Koskinen S. 2006. Living arrangements and mental health in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (6), 468–475.
- Julkunen I & Heikkilä M. 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa: van Berkel R & Valkenburg B. (toim.) *Making it personal. Individualizing activation services in the EU*. The Policy Press University of Bristol, UK, 87–103.
- Jurkowski JM, Lawson HA, Green Mills LL, Wilner PG & Davison KK. 2014. The empowerment of low-income parents engaged in a childhood obesity intervention. *Family and Community Health* 37 (2), 104–118.

- Järvikoski A, Härkäpää K, Martin M & Vasari P. 2013. Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. *Journal of Child Health Care* 19 (1), 106–117.
- Kang JS, Choi SY & Ruy EJ. 2008. Effects of breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 45 (1), 14–23.
- Kataja K, Ristikari T, Paananen R, Heino T & Gissler M. 2014. Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (1), 38–54.
- Kaukonen P, Borg A-M, Miettinen S & Salmelin R. 2011. Miten arvioida lapsen psykososiaalista terveyttä? Avuntarpeen tunnistamisesta varhaiseen puuttumiseen. XVIII Valtakunnalliset Päihde- ja mielenterveyspäivät Tampere 12.10.2011. Saatavissa: http://health.web2.hpsjr.fi/web/pdf/pmp_2011/24_Kaukonen_esitys.pdf / 20.11.2015
- Kelo M, Eriksson E & Eriksson I. 2013. Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (4), 894–904.
- Keltikangas-Järvinen L. 2004. *Temperamentti: ihmisen yksilöllisyys*. WSOY, Helsinki.
- Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H & Aromaa A. 2005. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health* 16 (3), 305–314.
- Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Pirkola S, Patja K & Aromaa A. 2006. Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *European Journal of Public Health* 16 (6), 617–626.
- Kestilä L. 2008. *Pathways to health. Determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood*. Akateeminen väitöskirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja A23/2008, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Ketokivi M. 2009. *Tilastollinen päättely tieteellisenä argumenttina*. Gaudeamus, Helsinki.
- Kiilakoski T. 2007. Lapset ja nuoret kuntalaisina. Teoksessa: Gretschel A & Kiilakoski T. (toim.) *Lasten ja nuorten kunta*. Nuorisotutkimusverkosto, Helsinki, 8–24.
- Kiilakoski T, Gretschel A & Nivala E. 2012. Osallisuus, kansalaisuus, hyvinvointi. Teoksessa: Gretschel A & Kiilakoski T. (toim.) *Demokratiaoppitunti. Lasten ja nuorten kunta 2010-luvun alussa*. Nuorisotutkimusseura, Helsinki, 9–33.
- Kim Y & Park Y. 2004. A study on the development of the Korean Breastfeeding Empowerment Scale. *Korean Journal of Women Health Nursing* 10 (4), 360–367. (vain abstrakti)
- Kim J, Sinacore J & Pongracic J. 2005. Parental use of EpiPen for children with food allergies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 116 (1), 164–168.
- Kim J. 2012. *Defining and assessing parent empowerment and its relationship to academic achievement using the national household education survey: a focus on marginalized parents*. Akateeminen väitöskirja. The Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, USA.
- King G & Meyer K. 2006. Service integration and co-ordination: a framework of approaches for the delivery of co-ordinated care to children with disabilities and their families. *Child: Care, Health and Development* 32 (4), 477–492.

- Kirby P, Lanyon C, Cronin K & Sinclair R. 2003. *Building a Culture of Participation: Involving Children and young people in policy, service planning, delivery and evaluation*. Department for Education and Skills, National Children's Bureau, Lontoo, UK.
- Kivistö M. 2014. *Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä*. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 150, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Knafl K, Deatrick J, Gallo A, Dixon J, Grey M, Knafl G & O'Malley J. 2011. Assessment of the psychometric properties of the Family Management Measure. *Journal of Pediatric Psychology* 36 (5), 494–505.
- Kohonen K & Tiala T. 2002. *Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi*. Sisäasiainministeriö, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Koelen MA & Lindström B. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* 59 (1), 10–16.
- Koren PE, DeChillo N & Friesen BJ. 1992. Measuring empowerment in families whose members have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology* 37 (4), 305–321.
- Koroloff N, Elliot DJ, Koren PE & Friesen BJ. 1996. Linking low-income families to children's mental health services: an outcome study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 4 (1), 2–11.
- Kortteinen M & Elovainio M. 2012. Millä tavoin huono-osaisuus periytyy? Teoksessa: Myllyniemi S. (toim.) *Monipohvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012*. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 127, Hakapaino, Helsinki, 153–167.
- Koskiahho B. 2002. Onko osallisuus vahvaa demokratiaa? Maankäyttö ja rakennuslain soveltamisesta. Teoksessa: Bäcklund P, Häkli J & Schulman H. (toim.) *Osalliset ja osaajat. Kansalaiset kaupungin suunnittelussa*. Gaudemus, Helsinki, 36–57.
- Kujala E. 2003. *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis 914, Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kuntalaki 1.5.2015/410. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/10.8.2015.
- Kurani D, Nerurkar A, Miranda L, Jawadwala F & Prabhulkar D. 2009. Impact of parents' involvement and engagement in a learning readiness programme for children with severe and profound intellectual disability and complex needs in India. *Journal of Intellectual Disabilities* 13 (4), 269–289.
- Kutash K, Duchnowski AJ, Green AL & Ferron JM. 2011. Supporting parents who have youth with emotional disturbances through a parent-to-parent support program: a proof of concept study using random assignment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 38 (6), 412–427.
- Kuula A. 2006. *Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino, Tampere.
- Laitila M. 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä*. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja 31, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/10.8.2015.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/10.8.2015.
- Lambard AM, Jurkowski JM, Lawson HA & Davison KK. 2013. Family ecological predictors of physical activity parenting in low-income families. *Behavioral Medicine* 39 (4), 97–103.

- Lammi-Taskula J & Salmi M. 2009. Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Yliopiston kirjapaino, Helsinki, 38–49.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/10.8.2015.
- Latour JM, van Goudoever JB, Duivenvoorden HJ, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, van Heerde M, de Neef M, Verlaat CW, van Vught EM & Hazelzet JA. 2011. Construction and psychometric testing of the EMPATHIC Questionnaire measuring parent satisfaction in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 37 (2), 310–318.
- Latour JM, Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Hazelzet JA & EMPATHIC tutkimusryhmä. 2013. The shortened Empowerment of Parents in the Intensive Care 30 questionnaire adequately measured parent satisfaction in pediatric intensive care units. *Journal of Clinical Epidemiology* 66 (9), 1045–1050.
- Lavernack G. 2007. *Health promotion practise. Building empowered communities*. Open University Press, Berkshire, UK.
- Law MC, Darrah J, Pollock N, Wilson B, Russel DJ, Walter SD, Rosenbaum P & Galuppi B. 2011. Focus on function: a cluster, randomized controlled trial comparing child-versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 53 (7), 621–629.
- Levin-Zamir D, Lemish D & Gofin R. 2011. Media health literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research* 26 (2), 323–335.
- Liu C-H, Chao Y-H, Huang C-M, Wei F-C & Chien L-Y. 2010. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing* 19 (11/12), 1729–1737.
- Luhtasela L. 2009. *Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa*. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaatitutkimus, Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala, Yhteiskuntapolitiikan laitos, Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Luong J, Yoder MK & Canham D. 2009. Southeast Asian parents raising a child with autism: a qualitative investigation of coping styles. *Journal of School Nursing* 25 (3) 222–229.
- MacNeill V. 2009. Forming partnerships with parents from a community development perspective: lessons learnt from Sure Start. *Health and Social Care in the Community* 17 (6), 659–665.
- Magill-Evans J, Harrison MJ, Rempel G & Slater L. 2006. Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55 (2), 248–264.
- Mamun AA, O’Callaghan MJ, Williams GM & Najman JM. 2013. Adolescents bullying and young adults body mass index and obesity: a longitudinal study. *International Journal of Obesity* 37 (8), 1140–1146.
- Martinez KG, Perez EA, Ramirez R, Canino G & Rand C. 2009. The role of caregivers’ depressive symptoms and asthma beliefs on asthma outcomes among low-income Puerto Rican children. *Journal of Asthma* 46 (2), 136–141.
- Martins TU, Zerbetto SR & Dupas G. 2013. Empowerment mechanisms used by the family of a child with cleft lip and palate to a resilient path. *Ciencia, Cuidado e Saude* 12 (3), 494–501.

- Maton KI. 2008. Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology* 41 (1–2), 4–21.
- Matziou V, Boutopoulou B, Chrysostomou A, Vlachioti E, Mantziou T & Petsios K. 2011. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan Journal of Nursing Science* 8 (2), 163–173.
- McBride B & Mills G. 1993. A comparison of mother and father involvement with their preschool age children. *Early Childhood Research Quarterly* 8 (4), 457–477. (vain abstrakti)
- McConaughy S, Kay P & Fitzgerald M. 1999. The achieving, behaving, caring project for preventing ED: Two-year outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 7 (4), 224–240.
- McConaughy S, Kay P & Fitzgerald M. 2000. How long is long enough? Outcomes for a school-based prevention program. *Exceptional Children* 67 (1), 21–34.
- McKenna K, Collier J, Hewitt M & Blake H. 2010. Parental involvement in pediatric cancer treatment decisions. *European Journal of Cancer Care* 19 (5), 621–630.
- Mealing NM, Banks E, Jorm LR, Steel DG, Clements MS & Rogers KD. 2010. Investigation of relative risk estimates from studies of the same population with contrasting response rates and designs. *BMC Medical Research Methodology* 10, 26.
- Melnik BM. 1994. Coping with unplanned childhood hospitalization: effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research* 43 (1), 50–55.
- Melnik BM, Crean HF, Fischbeck Feinstein N & Fairbanks E. 2008. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit. *Nursing Research* 57 (6), 383–394.
- Melnik BM, Oswalt KL & Sidora-Arcoleo K. 2014. Validation and psychometric properties of the Neonatal Intensive Care Unit Parental Beliefs Scale. *Nursing Research* 63 (2), 105–115.
- Mendez JL. 2010. How can parents get involved in preschool? Barriers and engagement in education by ethnic minority parents of children attending Head Start. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 16 (1), 26–36.
- Merenstein D, Diener-West M, Krist A, Pinneger M & Coope LA. 2005. An assessment of the shared-decision model in parents of children with acute otitis media. *Pediatrics* 116 (6), 1267–1275.
- Miller-Johnson S, Maumary-Gremaud A & the Conduct Disorders Research Group. 1995. Parent-Teacher Involvement Questionnaire: Teacher Version. Saatavissa: <http://www.fasttrackproject.org/techrept/p/ptp/ptp1tech.pdf>. /7.7.2015.
- Minjarez M, Mercier E, Williams S & Hardan A. 2012. Impact of pivotal response training group therapy on stress and empowerment in parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions* 15 (2), 71–78.
- Minnes P, Perry A & Weiss JA. 2015. Predictors of distress and well-being in parents of young children with developmental delays and disabilities: the importance of parent perceptions. *Journal of Intellectual Disability Research* 59 (6), 551–560.
- Moisio P. 2006. *HYPÄ 2006: Hyvinvointi & Palvelut -kyselyyn 2006 aineistokuvauks.* Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77716/T33-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>. / 18.11.2015
- Morton SMB, Bandara DK, Robinson EM & Carr PEA. 2012. In the 21st century: what is an acceptable response rate? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 36 (2), 106–108.

- Mulligan J, MacCulloch R, Good B & Nicholas DB. 2012. Transparency, hope, and empowerment: a model for partnering with parents of a child with autism spectrum disorder at diagnosis and beyond. *Social Work in Mental Health* 10 (4), 311–330.
- Munro BH. 2005. *Statistical methods for health care research*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.
- Murray MM, Handyside LM, Straka LA & Arton-Titus TV. 2013. Parent empowerment: connecting with preservice special education teachers. *School Community Journal* 23 (1), 145–168.
- Muthén LK & Muthén BO. 2010. *Mplus user' guide*. Muthén & Muthén, Los Angeles, CA, USA.
- Mykkänen J. 2010. *Isäksi tulon tarinat, tunteet ja toimijuus*. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research 382, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Myrskylä P. 2009. *Koulutus periytyy edelleen*. Hyvinvointikatsaus 1/2009. Saatavissa: www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-03-16_002.html. /1.8.2015.
- Mäenpää T & Åstedt-Kurki P. 2008. Cooperation between Finnish primary school nurses and pupil's parents. *International Nursing Review* 55 (2), 219–226.
- Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T & LATE-työryhmä (toim.). 2010. *Lasten terveys – LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvuista, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2/2010, Yliopistopaino, Helsinki.
- Nachshen JS & Minnes P. 2005. Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 49 (12), 889–904.
- Nansel TR, Craig W, Overback MD, Saluja G, Ruan WJ & the Health Behavior in School-Aged Children Bullying Analyses Working Group. 2004. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158 (8), 730–736.
- Narayan D. 2007. Empowerment. *The Journal of Ambulatory Care Management* 30 (2), 120–125.
- Nivala E & Rynänen S. 2013. *Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia*. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja, vuosikirja 4/2013.
- Nobles J & Frankenberg E. 2009. Mother's community participation and child health. *Journal of Health and Social Behavior* 50 (1), 16–30.
- Nummela T. 2011. *Asiakkaan asema ja oikeuksien toteutuminen aikuisosiaalisuudessa*. Akateeminen väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 17, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Nummenmaa L. 2009. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Tammi, Helsinki.
- Nuorisolaki 27.1.2006/72. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi. /10.8.2015.
- Øien I, Fallang B & Østensjø S. 2009. Goal-setting in paediatric rehabilitation: perceptions of parents and professional. *Child: Care, Health and Development* 36 (4), 558–565.
- Oikeusministeriö. 2005. *Kohti aktiivista kansalaisuutta*. Kansalaisyhteiskunta 2006 -toimikunnan raportti. Oikeusministeriön julkaisuja 14/2005. Saatavissa: http://www.oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/julkaisuarkisto/200514kohtiaktiivistakansalaisuutta/Files/OMJU_2005_14_Kohti_aktiivista.pdf/12.8.2015
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2012. *Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2012–2015*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 6/2012. Saatavissa:

- <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi>. /1.7.2015.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2013. *Selvitys esiopetuksen velvoittavuudesta*. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 5/2013. Saatavissa: www.minedu.fi/10.8.2015
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 31.12.2013/1287. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/13.8.2015.
- Oranen M. 2007. *Mitä mieltä? Mitä mieltä! Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisesä*. Sosiaali- ja terveysministeriön Lastensuojelun kehittämissuunnitelman osaraportti, Ensi- ja turvakotien liitto ry, Multiprint, Helsinki.
- Oranen M. 2013. Osallisuus osaksi arkea. Teoksessa: Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J & Pelkonen M. (toim.) *Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 3/ 2013, Juvenes Print -Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 122–126.
- Paananen R & Gissler M. 2011. Cohort profile. The 1987 Finnish birth cohort. *International Journal of Epidemiology* 41 (4), 941–945.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. *Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 52/2012. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/THL_RAPO52_2012_web.pdf?sequence=1/10.8.2015.
- Paju P. 2007. *Nuorten valtakunnallinen osallisuushanke*. Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 18. Saatavissa: <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/osallisuushanke.pdf>/1.7.2015.
- Patel S & Corter CM. 2013. Building capacity for parent involvement through school-based preschool services. *Early Child Development and Care* 183 (7), 981–1004.
- Payroovee Z, Kashaninia Z, Mahdaviani SA & Rezasoltani P. 2014. Effect of family empowerment on the quality of life of school-aged children with asthma. *Tanaffos Journal* 13 (1), 35–42.
- Pelkonen M, Perälä M-L & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Participation of expectant mothers in decision making in maternity care: Results of a population-based survey. *Journal of Advanced Nursing* 28 (1), 25–29.
- Penticuff JH & Arheart KL. 2005. Effectiveness of an intervention to improve parent-professional collaboration in neonatal intensive care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 19 (2), 187–202.
- Perry AR & Langley C. 2013. Even with the best of intentions: paternal involvement and the theory of planned behavior. *Family Process* 52 (2), 179–192.
- Perusopetuslaki 21.8.1998/628. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi/10.8.2015.
- Perälä M-L, Rissanen P, Grönroos E, Hammar T, Pöyry P & Teperi J. 2003. *PALKO - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi*. STAKES, Aiheita 27, Stakesin monistamo, Helsinki.
- Perälä M-L, Salonen A, Halme N & Nykänen S. 2011. *Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportteja 36/2011, Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Pirkola S, Isometsä E, Heikkinen ME & Lönnqvist JK. 2003. Do means matter? Differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191 (11), 745–750.

- Pohjola A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Pohjola A & Laitinen M. (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Gaudeamus, Helsinki, 19–74.
- Polit DF & Beck CT. 2006. *Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.
- Powers LE, Turner A, Matuszewski J, Wilson R, Ellison R., Westwood D & Phillips A. 2001a. TAKE CHARGE for the Future: A controlled field-test of a model to promote student involvement in transition planning. *Career Development for Exceptional Individuals* 24 (1), 89–104.
- Powers L, Turner A, Ellison R, Matuszewski J, Wilson R, Phillips A & Rein C. 2001b. A multicomponent intervention to promote adolescent self-determination. *Journal of Rehabilitation* 67 (4), 13–19.
- Raivio H & Karjalainen J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat. Teoksessa: Era T. (toim.) *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa*. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Jyväskylä, 12–35.
- Raviv A. & Bartal X. 1995. Parental Self-Efficacy Questionnaire. Artikkelissa: Soref B, Ratzon NZ, Rosenberg L, Leitner Y, Jarus T & Bart O. 2011. Personal and environmental pathways to participation in young children with and without mild motor disabilities. *Child: Care, Health and Development* 38 (4), 561–571.
- Renblad K. 2003. How do people with intellectual disabilities think about empowerment and information and communication technology (ICT)? *International Journal of Rehabilitation Research* 26 (3), 175–182
- Resendez M, Quist R & Matshazi D. 2000. A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes. *Journal of Child and Family Studies* 9 (4), 449–460.
- Richardson A. 1983. *Participation*. Routledge and Kegan Paul, Lontoo, UK.
- Rickards AL, Walstab JE, Wright-Rossi RA, Simpson J & Reddihough DS. 2007. A randomized, controlled trial of a home-based intervention program for children with autism and developmental delay. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 28 (4), 308–316.
- Rickards AL, Walstab JE, Wright-Rossi RA, Simpson J & Reddihough DS. 2009. One-year follow-up of the outcome of a randomized controlled trial of a home-based intervention programme for children with autism and developmental delay and their families. *Child: Care, Health and Development* 34 (5), 593–602.
- Rimpelä M. 2011. Lapset syrjäytyvät, mitä voisimme tehdä. Teoksessa: Uhinki R & Uhinki A. (toim.) *Anna nuorelle tulevaisuus - ettei kukaan syrjäydy*. Turun lapsi- ja nuorisotutkimuksen julkaisuja 2/2011, Turun yliopisto, Hansaprint Oy, Turku, 11–18.
- Robinson EM, Iannotti RJ, Schneider S, Nansel TR, Haynie DL & Sobel DO. 2011. Parenting goals: predictors of parent involvement in disease management of children with type 1 diabetes. *Journal of Child Health Care* 15 (3), 199–209.
- Rodger S, O’Keefe A, Cook M & Jones J. 2011. Parents’ and service providers’ perceptions of the family goal setting tool: a pilot study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 25 (4), 360–371.
- Rodriguez J, Olin SS, Hoagwood KE, Shen S, Burton G, Radigan M & Jensen PS. 2011. The development and evaluation of a parent empowerment program for family peer advocates. *Journal of Child and Family Studies* 20 (4), 397–405.
- Rodwell CM. 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23 (2), 305–313.

- Rosenthal SA & Nolan MT. 2013. A meta-ethnography and theory of parental ethical decision making in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 42 (4), 492–502.
- Rouvinen-Wilenius P & Leino S. 2011. Terveystien edistämisen ja sosiaalisten mahdollisuuksien politiikka. Teoksessa: Hiilamo H & Saari J. (toim.) *Hyvinvoinnin uusi politiikka – Jobdatus sosiaalisin mahdollisuuksiin*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja, Tutkimuksia 27, Juvenes Print Oy, Tampere, 231–249.
- Räty H, Kasanen K & Laine N. 2009. Parents' participation in their child's schooling. *Scandinavian Journal of Educational Research* 53 (3), 277–293.
- Salisbury C, Crawford W, Marlowe D & Husband P. 2003. Integrating education and human service plans: the interagency planning and support project. *Journal of Early Intervention* 26 (1), 59–75.
- Salmivalli C. 2003. *Koulukiusaamiseen puuttuminen*. PS-kustannus, Juva.
- Salmon G & West A. 2000. Physical and mental health issues related to bullying in schools. *Current Opinion in Psychiatry* 13 (4), 375–380.
- Samuels-Dennis J, Bailey A, Killian K & Ray SL. 2013. The mediating effects of empowerment, interpersonal conflict, and social support on the violence–PTSD process among single mothers. *Canadian Journal of Community Mental Health* 32 (1), 109–124.
- Sanaksenaho S. 2006. *Eriarvoisuus ja luottamus 2000-luvun taitteen Suomessa. Bourdieulainen näkökulma*. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Scheel MJ & Rieckmann T. 1998. An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *American Journal of Family Therapy* 26 (1), 15–27.
- Sekki S & Korvela P. 2014. Rytmihäiriöitä lapsiperheiden arjessa - arjen rytmittämisen haasteet ajeltavassa arjessa. Teoksessa: Korvela P, Tuomi-Gröhn T. (toim.) *Arjen rakentuminen ja rytmit perhe-elämän käännekohtissa*. Kuluttajatutkimuskeskuksen kirjoja 9, Kuluttajatutkimuskeskus, Tampereen yliopistopaino, Tampere, 211–232.
- Semke AC, Garbacz A, Kwon K, Sheridan SM & Woods KE. 2010. Family involvement for children with disruptive behaviors: the role of parenting stress and motivational beliefs. *Journal of School Psychology* 48 (4), 293–312.
- Sevon E & Huttunen J. 2004. Isäksi naisten kertomuksissa ja vähän miestenkin. Teoksessa: Aalto I & Kolehmainen J. (toim.) *Isäkirja*. Otava, Keuruu, 133–167.
- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B & Rogers RW. 1982. The Self-Efficacy Scale: construction and validity. *Psychological Reports* 51 (2), 663–671.
- Shetgiri R, Lin H, Avila R & Flores G. 2012. Parental characteristics associated with bullying perpetration in U.S: children aged 10–17 years. *American Journal of Public Health* 102 (12), 2280–2286.
- Shin S-K. 2004. Effects of culturally relevant psychoeducation for Korean American families of persons with chronic mental illness. *Research on Social Work Practice* 14 (4), 231–239.
- Siiisiäinen M & Kankainen T. 2009. Järjestötoiminnan kehitys ja tulevaisuudennäkymät Suomessa. Teoksessa: Kankainen T, Pessala H, Siiisiäinen M, Stranius L, Wass H & Wilhelmsson N. (toim.) *Suomalaiset osallistujina. Katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tulevaisuuteen*. Oikeusministeriön julkaisuja 5/2009, Edita Prima Oy, Helsinki, 91–138.
- Siitonen J. 1999. *Voimaantumisteorian perusteiden haamottelua*. Akateeminen väitöskirja. Opettajien koulutuslaitos, Oulun yliopisto, Oulu.

- Siltaniemi A, Perälähti A, Eronen A, Särkelä R & Londen P. 2008. *Kansalaisbarometri 2009. Suomalaisten arviointia hyvinvoinnista, palveluista ja Paras-nuolistuksesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Singer G, Marquis J, Powers L, Blanchard L, Divenere N, Santelli B, Ainbinger J & Sharp M. 1999. A multi-site evaluation of parent-to-parent programs for parents of children with disabilities. *Journal of Early Intervention* 22 (3), 217–229.
- Singh N, Curtis WJ, Ellis CR, Nicholson MW, Villani TM & Wechsler HA. 1995. Psychometric analysis of the Family Empowerment Scale. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 3 (2), 85–91.
- Singh N, Curtis WJ, Cohen R, Nicholson MW, Villani TM & Wechsler HA. 1996. *Measuring perceptions of family involvement. The Family Involvement Scale-Family Version*. Commonwealth Institute for Child and Family Studies, Richmond.
- Singh N, Curtis WJ, Ellis CR, Wechsler HA, Best AM & Cohen R. 1997. Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 5 (4), 223–229.
- Sirviö K. 2006. *Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 132, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Sivistyssanakirja 2015. Saatavissa: [www.suomisanakirja.fi./10.8.2015](http://www.suomisanakirja.fi/).
- Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Newgreen V, Sacher P & Chadwick P. 2010. Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of intervention. *Obesity Reviews* 12 (5), 315–328.
- Soper DS. 2015. *A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression*. Saatavissa: [http://www.danielsoper.com/statcalc./10.8.2015](http://www.danielsoper.com/statcalc/).
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2005. *Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet*. Oppaita 56, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 9/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. *Sosiaali- ja terveystietomus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2010, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf./10.8.2015](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015*. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf./1.7.2015](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf).
- Sourander A, Brunstein-Klomek A, Helenius H, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T & Koskelainen M. 2010. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Archives of General Psychiatry* 67 (7), 720–728.
- Spreitzer G. 1995. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal* 38 (5), 1442–1465.
- Stajduhar KL, Funk L, Wolse F, Crooks V, Roberts D, Williams AM, Cloutier-Fisher D & McLeod B. 2011. Core aspects of “empowering” caregivers as articulated by leaders in home health care: palliative and chronic illness contexts. *Canadian Journal of Nursing Research* 43 (3), 78–94.

- Stevens V, De Bourdeaudhuij I & Van Oost P. 2002. Relationship of the family environment to children's involvement in bully/victim problems at school. *Journal of Youth and Adolescence* 31 (6), 419–428.
- Suomen perustuslaki 1.3.2000/731. Suomen laki. Saatavissa: [www.finlex.fi./10.8.2015](http://www.finlex.fi/).
- Swallow V, Knafl K, Santacroce S, Hall A, Smith T, Cambell M & Webb NJA. 2012. The online parent information and support project, meeting parents' information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol. *Journal of Advanced Nursing* 68 (9), 2095–2102.
- Swallow VM, Knafl K, Santacroce S, Campbell M, Hall AG, Ed C, Smith T & Carolan I. 2014. An interactive health communication application for supporting parents managing childhood long-term conditions: outcomes of a randomized controlled feasibility trial. *JMIR Research Protocols* 3 (4), e69.
- Taub J, Tighe T & Burchard J. 2001. The effects of parent empowerment on adjustment for children receiving comprehensive mental health services. *Children Services* 4 (3), 103–122.
- Tengland P-A. 2007. Empowerment: A goal or a means for health promotion. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (2), 197–207.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi./10.8.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. *Lasten päivähoito 2013*. Tilastoraportti 33/2014. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125389/Tr33_14.pdf?sequence=5. /30.8.2015.
- The World Medical Association. 1964. *World Medical association declaration of Helsinki*. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Thomas N. 2002. *Children, family and the state. Decision-making and child participation*. The Policy Press, Bristol, UK.
- Thompson L, Lobb C, Elling R, Herman S, Jurkiewicz T & Hulleza C. 1997. Pathways to family empowerment: effects of family-centered delivery of early intervention services. *Journal of Exceptional Children* 64 (1), 99–113.
- Tilastokeskus. 2014. *Väestötilasto*. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/perh/2013/perh_2013_2014-05-23_tie_001_fi.html. /1.7.2015.
- Tilastokeskus. 2015. *Suomen virallinen tilasto*. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/svt/index.html>. /10.10.2015.
- Tritter JQ & McCallum A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76 (2), 156–168.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012*. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. /10.8.2015.
- Valkama K. 2012. *Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 267, Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä. 2002. Saatavissa: www.intermin.fi/download/31572_osallisuusselonteko_2002.pdf. / 11.8.2015.
- Vandiver VL, Jordan C, Keopraseuth KO & Yu M. 1995. Family empowerment and service satisfaction: an exploratory study of Laotian families who care for a family member with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19 (1), 47–54.
- Viranomaisen toiminnan julkisuudesta annettu laki 12.6.2015/756. Suomen laki. Saatavissa: www.finlex.fi./10.8.2015.

- Virtanen P, Suonheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P & Suokas M. 2011. *Matkaopas asiakaslähtiöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011, Helsinki.
- Wakimizu R, Fujioka H & Yoneyama A. 2010. Empowerment process for families rearing children with developmental disorders in Japan. *Nursing and Health Sciences* 12 (3), 322–328.
- Wakimizu R, Fujioka H, Yoneyama A, Iejima A & Miyamoto S. 2011. Factors associated with the empowerment of Japanese families raising a child with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities* 32 (3), 1030–1037.
- Wall G & Arnold S. 2007. How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood. *Gender & Society* 21 (4), 508–527.
- Walker JS, Thorne EK, Powers LE & Gaonkar R. 2010. Development of a scale to measure the empowerment of youth consumers of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 18 (1), 51–59.
- Wallerstein N. 2006. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Saatavissa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf. /1.7.2015.
- Walsh T & Lord B. 2004. Client satisfaction and empowerment thorough social work intervention. *Social Work in Health Care* 38 (4), 37–56.
- Warren J. 2008. *Service user and carer participation in social work*. Learning Matters, Exeter, UK.
- Warren CM, Gupta RS, Sohn M-W, Oh EH, Lal N, Garfield CF, Caruso D, Wang X & Pongracic JA. 2015. Differences in empowerment and quality of life among parents of children with food allergy. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 114 (2), 117–125.
- Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A & Veenstra-VanderWeele J. 2011. A systemic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 127 (5), e1303–e1311.
- Wataker H, Meberg A & Nestaas E. 2012. Neonatal family care for 24 hours per day. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 26 (4), 336–342.
- Weiss JA & Lunskey Y. 2011. The Brief Family Distress Scale: A measure of crisis in caregivers of individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Family Studies* 20 (4), 521–528.
- Weiss JA, Cappadocia C, MacMullin JA, Vicili M & Lunskey Y. 2012. The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: the mediating role of acceptance and empowerment. *Autism* 16 (3), 261–274.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, WarnerV, Pilowsky D & Verdeli H. 2006. Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry* 163 (6), 1001–1008.
- Whiteside-Mansell L. 2001. Similarities and differences in parental investment for mothers and fathers. *Journal of Family Issues* 22 (1), 63–83.
- Winkworth G, McArthur M, Layton M, Thomson L & Wilson F. 2010a. Opportunities lost - why some parents of young children are not well-connected to the service systems designed to assist them. *Australian Social Work* 3 (4), 431–444.
- Winkworth G, McArthur M, Layton M & Thomson L. 2010b. Someone to check in on me: social capital, social support and vulnerable parents with very young children in the Australian Capital Territory. *Child and Family Social Work* 15 (2), 206–215.
- World Health Organization. 1998. *Health Promotion Glossary*. Saatavissa: www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf. /12.8.2015.

- World Health Organization. 2005. *Update of the health promotion glossary*. Saatavissa: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary_New%20Terms.pdf. /10.8.2015.
- Wright KN & Wooden C. 2013. An evaluation of a parent-developed, parent-run parent education program. *Journal of Family Social Work* 16 (2), 164–183.
- Wysocki T & Gavin L. 2004. Psychometric properties of a new measure of fathers' involvement in the management of pediatric chronic diseases. *Journal of Pediatric Psychology* 29 (3), 231–240.
- Yatchmenoff DK, Koren PE, Friesen BJ, Gordon LJ & Kinney RF. 1998. Enrichment and stress in families caring for a child with a serious emotional disorder. *Journal of Child and Family Studies* 7 (2), 129–145.
- Ygge BM & Arnetz J. 2001. Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (1), 33–43.
- YK:n yleissopimus lasten oikeuksista. 1989. Saatavissa: http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf. /19.6.2015
- You S & Nguyen JT. 2011. Parents' involvement in adolescents' schooling: a multidimensional conceptualisation and meditational model. *Educational Psychology* 31 (5), 547–558.
- Young B, Moffett JK, Jackson D & McNulty A. 2006. Decision-making in community-based paediatric physiotherapy: a qualitative study of children, parents and practitioners. *Health and Social Care in the Community* 14 (2), 116–124.
- Yousafzai AK, Farruks Z & Khan K. 2011. A source of strength and empowerment? An exploration of the influence of disabled children on the lives of their mothers in Karachi, Pakistan. *Disability and Rehabilitation* 33 (12), 989–998.
- Zahr L. 1991. The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in primiparous infants. *Research in Nursing and Health* 14 (4), 279–286. (vain abstrakti)
- Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G & Fantini MP. 2015. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. *Italian Journal of Pediatrics* 41 (7), 1–9.
- Zimmerman MA. 1995. Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23 (5), 581–599.
- Zimmerman MA. 2000. Empowerment theory: Psychological, organisational and community levels of analysis. Teoksessa: Rappaport J & Seidman E. (toim.) *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, USA, 43–59.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

4.5.2009

LAPSYTY - LAPSIPERHEPALVELUIDEN YHTEISTYÖKÄYTÄNTÖJEN JOHTAMINEN /VANHEMMAT

TUTKIMUKSEEN VALITUN 0 – 8 -VUOTIAAN LAPSEN TAUSTATIEDOT

1. Mikä on lapsen sukupuoli? 1 Tyttö
2 Poika

2. Mikä on tutkimukseen valitun 0 – 8 -vuotiaan lapsen tarkka ikä? |__| vuotta |__|__|kk

5. Missä lapsesi on tällä hetkellä hoidossa tai opetuksessa? Vastaa vain tutkimukseen valitun 0 – 8 -vuotiaan lapsen osalta.

- 1 Kotihoidossa
- 2 Päivähoidossa (Siirry kysymykseen 7)
- 3 Esiopetuksessa (Siirry kysymykseen 10)
- 4 Koulussa (Siirry kysymykseen 11)

TUTKIMUKSEEN VALITUN 0 – 8 -VUOTIAAN LAPSEN TERVEYDENTILA JA HYVINVOINTI

18. Millaiseksi arvioit 0 – 8 -vuotiaan lapsesi terveydentilan yleensä?

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Kohtalainen
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

19. Onko 0 – 8 -vuotiaalla lapsellasi todettu poikkeavaa seuraavilla kasvun, kehityksen ja oppimisen alueilla? (Voit ympyröidä useita vaihtoehtoja)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 Lapsellani ei ole todettu poikkeavuuksia | 6 Visuaalinen (nähdyn) hahmottaminen |
| 1 Kuulo | 7 Silmän ja käden yhteistyö |
| 2 Näkökyky | 8 Oppimisvaikeus |
| 3 Karkeamotoriikka (esim. kävely tai polkupyöräily) | 9 Poikkeuksellinen arkuus ja ujous |
| 4 Tarkkaavaisuus ja käyttäytyminen | 10 Sosiaaliset vaikeudet ryhmässä |
| 5 Puheen kehitys | 11 Pitkäaikainen sairaus tai vamma |

20. Onko lapsellasi jokin seuraavista lääkärin toteamista sairauksista, vammoista tai kehitysviiveistä?

- | | |
|---|--|
| 0 Lapsellani ei ole todettu sairautta, vammaa tai kehitysviivettä | 9 Epilepsia |
| 1 Astma | 10 Diabetes |
| 2 Heinänuha/ muu allerginen nuha | 11 Reuma |
| 3 Allerginen silmätulehdus | 12 Syöpä |
| 4 Atooppinen, allerginen ihottuma | 13 Älyllinen kehitysvammaisuus |
| 5 Ruoka-aineallergia | 14 CP-liikuntavammaisuus |
| 6 Muu allergia, mikä _____ | 15 Muu kehitysviivästymä tai epäily |
| 7 Synnynnäinen sydänvika (hoidettu tai odottaa leikkausta) | 16 Autismi |
| 8 Muu synnynnäinen rakennevika | 17 Psykkinen häiriö |
| | 18 Jokin muu sairaus tai vamma, mikä _____ |

PALVELUJEN TARVE, KÄYTTÖ JA AVUNSAANTI

30. Oletko mahdollisesti ollut huolissasi seuraavista *lapseesi liittyvistä asioista* viimeisen 12 kk aikana ja oletko keskustellut mahdollisesta huolesta seuraavien tahojen kanssa?

	Oletko huolissasi		
	Ei huolta	Lievä huoli	Selvä huoli
<i>Lapsen</i>			
Fyysinen terveys (esim. motorinen kehitys, paino-ongelmat)	1	2	3
Psykososiaalinen kehitys ja terveys (esim. kyky säädellä käyttäytymistä ja hallita tunteita)	1	2	3

31. Oletko mahdollisesti ollut huolissasi siitä, että lapsi on kohdannut perheessä tai lähiympäristössä seuraavia asioita viimeisen 12 kk aikana ja oletko keskustellut mahdollisesta huolestasi?

	Oletko huolissasi		
	Ei huolta	Lievä huoli	Selvä huoli
<i>Mahdollisia huolia perheessä/ lähiympäristössä</i>			
Maltin menettäminen ristiriitaisissa lapsen kanssa	1	2	3
Omien vanhempana olemisen taitojen riittävyys	1	2	3
Parisuhdeongelmat/ avo- tai avioero	1	2	3
Taloudelliset vaikeudet, työttömyys	1	2	3
Yksinäisyys, vastuun kantaminen yksin vanhempana	1	2	3

VANHEMPIEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLINEN YHTEISTYÖ JA TIEDONKULKU

49. Koetko saaneesi riittävästi tietoa lasten ja perheiden palveluista kunnassanne?

- 1 Erittäin riittävästi
- 2 Melko riittävästi
- 3 Keskimertaisesti
- 4 Melko riittämättömästi
- 5 Erittäin riittämättömästi

58. Seuraavassa on osallisuuteesi perheessä, palvelujärjestelmässä ja kunnassa liittyviä kysymyksiä. Miten samaa mieltä olet näiden kanssa?

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
OSALLISUUS PERHEESSÄ					
Luotan kykyyni auttaa lastani kasvamaan ja kehittymään	1	2	3	4	5
Tiedän mitä teen, kun lapseni kanssa ilmaantuu ongelmia	1	2	3	4	5
Perhe-elämäni on hallinnassa	1	2	3	4	5
Hankin tietoa, joka auttaa ymmärtämään lastani paremmin	1	2	3	4	5
Kun tarvitsen apua perheeni ongelmiin, pyydän sitä muilta	1	2	3	4	5
Pyrin omaksumaan tapoja, joilla tuen lapsen kasvua ja kehitystä	1	2	3	4	5
Huomioin lapseni vahvuudet ja heikkoudet	1	2	3	4	5
Lapseeni liittyvissä pulmatilanteissa pystyn päättämään ja toteuttamaan päätökseni	1	2	3	4	5
Ymmärrän hyvin lapseni rajoitteet	1	2	3	4	5
Koen itseni hyväksi vanhemmaksi	1	2	3	4	5
OSALLISUUS PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ					
Minulla on oikeus hyväksyä palvelut, joita lapseni saa	1	2	3	4	5
Tiedän mitä teen, kun epäilen lapseni saavan huonoa palvelua	1	2	3	4	5
Varmistan, että työntekijät ymmärtävät näkemykseni lapseni tarvitsemista palveluista	1	2	3	4	5
Kykenen päättämään lapseni palveluiden tarpeesta	1	2	3	4	5
Osaan toimia työntekijöiden ja viranomaisten kanssa, kun päätetään lapseni palvelujen tarpeesta	1	2	3	4	5
Pidän säännöllisesti yhteyttä lapselleni palveluja antaviin työntekijöihin	1	2	3	4	5
Minun ja työntekijöiden mielipiteet ovat yhtä tärkeitä, kun päätetään lapseni asioista	1	2	3	4	5
Annan palautetta lapselleni annetuista palveluista	1	2	3	4	5
Tiedän, mitä palveluita lapseni tarvitsee	1	2	3	4	5
Tarvittaessa haen oma-aloitteisesti palveluja lapsilleni ja perheelleni	1	2	3	4	5
Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista	1	2	3	4	5
Työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni	1	2	3	4	5
OSALLISUUS KUNNASSA/ YHTEISÖSSÄ					
Minulla on taitoa/ kykyä kehittää palveluita yhteisössänini	1	2	3	4	5
Olen tietoinen siitä, millaisia lapsiperheitä koskevia lainsäädännöllisiä ym. asioita valmistellaan	1	2	3	4	5
Ymmärrän, miten lasten palvelujärjestelmä toimii	1	2	3	4	5
Minulla on käsitys siitä, millainen on hyvä lasten palvelujärjestelmä	1	2	3	4	5
Autan muita perheitä saamaan heidän tarvitsemansa palvelut	1	2	3	4	5
Uskon, että me vanhempina voimme vaikuttaa lasten palveluihin	1	2	3	4	5
Kerron viranomaisille, kuinka lasten palveluja voidaan parantaa	1	2	3	4	5
Tiedän miten saan viranomaiset kuuntelemaan minua	1	2	3	4	5
Tiedän mitkä ovat vanhempien ja lasten oikeudet	1	2	3	4	5
Tietoani ja kokemustani vanhempana voitaisiin käyttää lasten ja perheiden palvelujen kehittämisessä	1	2	3	4	5

59. Kun ajattelet viimeisintä tapaamista neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa sekä esiopetuksessa, päivähoidossa tai koulussa, mikä seuraavista väittämistä parhaiten kuvaa lapsen palveluja (ja kasvua ja kehitystä) koskevaa päätöksentekoa?

	Päätös tehtiin yhteistyössä perheeni kanssa	Perheeni teki päätöksen	Työntekijät päättivät ja tiedottivat siitä perheelleni	Muuten, miten
Neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa	1	2	3	
Päivähoidossa	1	2	3	
Esiopetuksessa	1	2	3	
Koulussa	1	2	3	

61. Kun ajattelet viimeisintä tapaamista neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa sekä esiopetuksessa, päivähoidossa tai koulussa, miten perheesi on voinut vaikuttaa seuraaviin asioihin?

1 = Täysin riittävästi
2 = Lähes riittävästi
3 = Ei läheskään riittävästi
4 = Täysin riittämättömästi

	Neuvola/ kouluth				Päivähoito				Esiopetus				Koulu			
Olemme voineet vaikuttaa siihen, että palvelu vastaa vanhempien odotuksia	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Olemme voineet vaikuttaa siihen, mitä asioita käsitellään	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Olemme voineet vaikuttaa palvelutilanteen sisältöön (mitä käynnillä ja muussa palvelutilanteessa tehdään)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Perheen mielipidettä on kuunneltu	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Perheenä meillä on riittävästi tietoa asiasta (mm. erilaisista vaihtoehtoista), kun tehdään lasta ja perhettä koskevia päätöksiä	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Olemme kokeneet, että keskustelu työntekijän kanssa voi lujittaa vanhemman itseluottamusta	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Valintatilanteissa keskusteltiin eri vaihtoehtoista ja niiden seurauksista	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Koen voivani vaikuttaa tiettyihin päätöksiin	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

62. Miten paljon arvioit yleensä voivasi vaikuttaa seuraaviin lastasi ja perhettäsi koskeviin asioihin kunnassasi?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Ei vähän eikä paljon	Melko vähän	Erittäin vähän
Kuka työntekijä hoitaa/ opettaa lasta, antaa palveluita (työntekijän valinta)	1	2	3	4	5
Mitä palveluita perheen on mahdollista käyttää (palveluvalikoima, palvelujen valintamahdollisuus)	1	2	3	4	5
Milloin palveluja tarjotaan (aukioloajat)	1	2	3	4	5
Missä palvelut annetaan (lähipalvelut, kotona/ vastaanotolla)	1	2	3	4	5
Palvelu/ hoitotilanteen sisältöön (hoitopäivän/ vastaanottokäynnin pituus, unirytmii, ruokailutavat, koulupäivän alkamisaika tms.)	1	2	3	4	5

63. Miten paljon seuraavat näkökohdat vaikuttavat kuntasi lasten ja perheiden palvelujen päätöksenteossa?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Ei vähän eikä paljon	Melko vähän	Erittäin vähän	En osaa sanoa
Lasten/ lapsiperheiden näkemykset	1	2	3	4	5	0

TAUSTATIETOJA SINUSTA JA PERHEESTÄSI

71. Ikäsi? |__| __| vuotta

72. Oletko tällä hetkellä?

- 1 Naimisissa
- 2 Avoliitossa
- 3 Eronnut tai asumuserossa
- 4 Leski
- 5 Naimaton
- 6 Rekisteröity parisuhde

73. Mikä on perhemuotosi?

- 1 Ydinperhe (perinteinen perhe, jossa äiti, isä ja lapsia)
- 2 Yksinhuoltajaperhe
- 3 Uusperhe
- 4 Muu, mikä _____

74. Perheessäni on yhteensä

- |__| __| lasta, joista
 |__| __| alle kouluikäistä lasta ja
 |__| __| kouluikäistä tai sitä vanhempaa lasta

77. Mikä on koulutuksesi? Valitse vain yksi vaihtoehto, joka kuvaa korkeinta koulutustasi.

Oma koulutus

- 1 Alempi perusaste (kansakoulu)
- 2 Ylempi perusaste (keskikoulu tai peruskoulu)
- 3 Keskiaste (ylioppilastutkinto, 1-3 vuotinen ammattitutkinto, esim. lähihoitaja)
- 4 Alin korkea-aste (koulutuksen kesto noin 2-3 vuotta keskiasteen jälkeen, esimerkiksi sairaanhoitajan tai teknikon tutkinto, joka ei ole ammattikorkeakoulututkinto)
- 5 Alempi korkeakouluaste (ammattikorkeakoulututkinto tai yliopiston alempi korkeakoulututkinto, esim. insinööri)
- 6 Ylempi korkeakouluaste (yliopiston maisteritutkinto tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto)
- 7 Tutkijakoulutusaste (lisensiaatin tai tohtorin tutkinto)

78. Mikä seuraavista vaihtoehdoista

kuvaa parhaiten tämän hetkistä pääasiallista toimintaasi?

Pääasiallinen toiminta on se, johon käytät eniten aikaa tai josta saat eniten tuloja.

Oma

pääasiallinen
toiminta

1	(Ansiotyössä) palkansaajana
2	Yrittäjänä (ammattinharjoittajana)
3	Vuorotteluvapaalla
4	Tukitoimin työllistetty tai työvoimatoimiston järjestämässä koulutuksessa
5	Opiskelija
6	Työkyvyttömyyseläkkeellä
7	Työtön tai lomautettu
8	Hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä
9	Varusmies- tai siviilipalveluksessa
10	Sairauslomalla (pidempiaikaisella)
11	Äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla, hoitovapaalla (alle 3 v lasten hoito kotona kotihoidon tuella)
12	Muu, mikä _____

Liite 2. Kooste vanhempien osallisuutta arvioivista mittareista

Tutkimus, jossa mittaria käytetty	Mittari (kehittäjä)	Mittarin kohderyhmä, sisältö ja asteikko
Liitteessä 9 kaikki julkaisut, joissa mittaria on käytetty	<i>Family Empowerment Scale</i> (FES) (Koren ym. 1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on tunne-elämän häiriöitä • 34 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota kyvystään pärjätä lapsensa kanssa jokapäiväisessä arjessa, vaikuttaa oman lapsensa käyttämiin tai tarvitsemiin palveluihin sekä lasten ja perheiden palveluiden kehittämiseen • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Akey ym. 2000	<i>Psychological Empowerment Scale</i> (PES) (Akey 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on käyttäytymiseen, kehittymiseen tai oppimisiin liittyviä ongelmia • 32 väittämää, jotka kartoittavat vanhemman arviota elämänhallinnastaan ja pystyvyydestään, arviota taidoistaan ja tiedoistaan, ymmärrystään ja kykyään hyödyntää lasten palveluita sekä sosiaalisia suhteita oman lähipiirin ja muiden perheiden kanssa. • 5-portainen Likert asteikko (erittäin heikko - erittäin vahva)
Anderson & Minde 2007 (muokattu versio)	<i>Parent Efficacy Scale</i> (Hoover-Dempsey ym. 1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 7 väittämää, jotka arvioivat vanhemman pystyvyyden tunnetta lapsen koulunkäynnin ja oppimisen edistämisessä • 6-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Anderson & Minke 2007, Mendez 2010, Semke ym. 2010, Altschul 2011	<i>Family Involvement Questionnaire</i> (FIQ) (Fantuzzo ym. 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Etniseen vähemmistöön kuuluvat perheet • 42 väittämää, jotka kartoittavat vanhemman osallisuutta lapsensa koulunkäynnissä, kuten osallistumista vanhempainiltoihin, kuulumista vanhempainyhdistykseen, keskustelemista koulunkäynnistä lapsen kanssa ja osallistumista koulunkäyntiä tukeviin toimintoihin • 4-portainen Likert-asteikko (ei koskaan - aina)
Croom ym. 2011	<i>Self-Efficacy for Diabetes Management Scale</i> (Iannotti ym. 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on diabetes • 10 väittämää, jotka arvioivat vanhemman tunnetta pystyvyydestään selviytyä lapsensa diabeteksen hoidossa • 10-portainen Likert asteikko (erittäin heikko - erittäin luottavainen)
Curtis & Singh 1996	<i>Family Involvement Scale – Family version</i> (FIS-F) (Singh ym. 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on käyttäytymiseen, kehittymiseen tai oppimisiin liittyviä ongelmia • 28 väittämää, jotka kartoittavat vanhempien arviota tiedoistaan, konkreettisesta osallistumisestaan lapsen palveluihin sekä osallistumisestaan lapsen hoidon suunnitteluun ja lapsen liittyvään päätöksentekoon • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Degeneffe ym. 2011	<i>The Caregiver Empowerment Scale</i> (CES) (Degeneffe ym. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden perheenjäsenellä on traumaattinen aivovamma • 59 väittämää, jotka arvioivat vanhemman tunnetta henkilökohtaista selviytymisestään ja kyvystä selviytyä lapsen hoitamisessa, tietoa olemassa olevista palveluista ja kykyä hankkia niitä sekä osallistumista aivovammapotilaiden palveluiden kehittämiseen

		<ul style="list-style-type: none"> • 5-portainen Likert-asteikko (erittäin heikkoa - erittäin vahvaa)
DesJardin 2006	<i>The Scale of Parental Involvement and Maternal Self-Efficacy (SPISE)</i> (DesJardin 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on kuuloon liittyviä ongelmia • 21 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota kyvystään huolehtia lapsen kuulo-ongelmiin liittyvistä asioista ja osallistumisestaan lapsen kehittymiseen • 7-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin hyvin)
El Nokali ym. 2010	<i>The Parent Involvement Questionnaire</i> (Miller-Johnson ym. 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on käyttäytymiseen, kehittymiseen tai oppimisiin liittyviä ongelmia • 26 väittämää, jotka arvioivat vanhemman osallisuuden määrää ja laatua lapsensa koulunkäyntiin liittyen • 5-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin paljon)
Freiberg ym. 2014	<i>Parent Empowerment & Efficacy Measure (PEEM)</i> (Freiberg ym. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 20 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota luottamuksesta vanhempana toimimisessa ja kyvystään yhteistyöhön oman lähipiirin ja lapsen hoitoon liittyvien työntekijöiden kanssa • 10-portainen Likert-asteikko (ei lainkaan - erittäin paljon)
Galdwell ym. 2011	<i>Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)</i> (Johnston & Mash 1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 16 väittämää, jotka arvioivat vanhemman luottamusta selviytyä vanhempana toimimisessa ja tyytyväisyyttä vanhemman rooliinsa • 6-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Galovan ym. 2014 (muokattu versio)	<i>Father Involvement Scale</i> (Finley & Schwartz 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 16 väittämää, jotka arvioivat isän arviota osallisuudestaan lapsen kasvatuksessa, hoivan antamisessa ja vapaa-ajan toiminnoissa • 5-portainen Likert-asteikko (ei lankaan osallinen - erittäin osallinen)
Gavin & Wysocki 2006, Hansen ym. 2012, Swallow ym. 2014	<i>Dads Active Disease Support Scale (DADS)</i> (Wysocki & Gavin 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on jokin krooninen sairaus • 24 väittämää isille, jotka kartoittavat isän arviota lapsensa hoitoon ja huolenpitoon osallistumisen määräästä • 24 väittämää äideille, jotka kartoittavat äidin arviota isän osallistumisen hyödyllisyydestä • 5-portainen Likert-asteikko (ei koskaan - aina/ ei hyödyllistä - hyödyllistä)
Gorvine 2010	<i>Parental Responsibility Scale</i> (McBride & Mills 1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 12 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota lapsen hoitoon ja huolenpitoon osallistumisen määräästä • 5-portainen Likert-asteikko (ei koskaan - aina)
Herbert ym. 2011 (muokattu versio)	<i>Personal Assessment of Parental Empowerment Scale</i> (Dunst 1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, jotka tupakoivat • 14 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota vahvuuksistaan ja taidoistaan lapsen hoidossa • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Hintermair 2006 (muokattu versio)	<i>Sence of Coherence (SOC)</i> (Antonovsky & Sourani 1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on kuuloon liittyviä ongelmia • 14 väittämää, jotka arvioivat vanhemman suhtautumista elämään, elämänhallinnan tunnetta ja luottamusta vanhemmuuden taitoihinsa

		<ul style="list-style-type: none"> • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Howell ym. 2015	<i>Alabama Parenting Questionnaire (APQ)</i> (Frick ym. 1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 42 väittämää, jotka arvioivat vanhemman osallisuutta, kykyä järjestyksenpitoon ja vanhemmuuden toimintatapoja • 5-portainen Likert-asteikko (ei koskaan - aina)
Ingberg & Most 2012	<i>Parenting Self-Efficacy Questionnaire</i> (Raviv & Bartal 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 15 väittämää, jotka arvioivat vanhemman tyytyväisyyttä vanhemmuuden taitoihinsa • 6-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin tyytyväinen)
Jurkowski ym. 2014 (muokattu versio)	<i>Psychological Empowerment Scale</i> (Spreitzer 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhien perheiden vanhemmat • 15 väittämää, jotka arvioivat vanhemman kykyä tunnistaa voimavarojaan sekä hankkia ja hyödyntää niitä • 4-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Jurkowski ym. 2014	<i>Parenting Self-Efficacy</i> (Jurkowski ym. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhien perheiden vanhemmat • 10 väittämää, jotka arvioivat vanhemman luottamusta ja kykyä toteuttaa terveellisiä elämäntapoja • 5-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin hyvin)
Kang ym. 2008	<i>The Breastfeeding Empowerment Inventory</i> (Kim & Park 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Äidit, joilla on vastasyntynyt vauva • 19 väittämää, jotka arvioivat äitien arviota henkilökohtaisesta, ryhmä- ja sosiaalipoliittisesta osallisuudestaan • 5-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin paljon)
Kurani ym. 2009	<i>Parental Involvement and Engagement Scale</i> (Kurani ym. 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on erityistarpeita • 18 väittämää, jotka arvioivat vanhemman arviota siitä, kuinka hän tukee lapsen oppimista, toimii yhteistyössä opettajan kanssa ja tukee lapsen osallisuutta kotona, koulussa ja sosiaalisissa suhteissa • 4-portainen Likert-asteikko (ei koskaan - aina)
Latour ym. 2011 & 2013	<i>Empowerment of Parents in the Intensive Care (EMPATHIC)</i> (Latour ym. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsi on hoidettavana lasten teho-osastolla • 60 (lyhennetty versio 30) väittämää, joista 8 (6) väittämää arvioi vanhemman arviota yhteistyöstä työntekijöiden kanssa, osallistumisestaan lapsensa hoitoon, hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon • 6-portainen Likert-asteikko (ei lainkaan - erittäin hyvä)
Liu ym. 2010 (muokattu versio)	<i>Maternal Confidence Questionnaire (MCQ)</i> (Zahr 1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Äidit, joilla on ennenaikaisesti syntynyt vauva • 18 väittämää, jotka arvioivat vanhemman tunnetta luottamuksestaan selviytyä vanhemman roolissa sekä arviota vanhemmuuden taidoistaan • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Liu ym. 2010	<i>Resource-Utilization Confidence Questionnaire (RUCQ)</i> (Liu ym. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joilla on ennenaikaisesti syntynyt vauva • 15 väittämää, jotka arvioivat vanhemman luottamusta voimavarojensa ja resurssiensa hyödyntämisessä lapseen liittyvien ongelmien ratkaisemisessa • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)

Matziou ym. 2011	<i>The Pyramid Questionnaire</i> (Ygge & Arnetz 2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsi on sairaalassa • 63 väittämää, joista neljä väittämää arvioi vanhemman arviota osallisuudestaan lapsen hoidossa • 4-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin paljon)
Melnyk ym. 2008	<i>Parental Belief Scale (PBS)</i> (Melnyk 1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joilla on vakavasti sairas lapsi • 20 väittämää, jotka arvioivat vanhemman tunnetta luottamuksestaan vanhempina ja tietämystään liittyen lapsen käyttäytymiseen • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Melnyk ym. 2014	<i>Neonatal Intensive Care Unit Parental Beliefs Scale (NICU PBS)</i> (Melnyk ym. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joilla on ennenaikaisesti syntynyt lapsi • 18 väittämää, jotka vanhemman tunnetta luottamustaan vanhempina, tietämystään liittyen vauvan hoitoon ja lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Patel & Corter 2013 (muokattu versio)	<i>Parent Involvement Scale</i> (Hoover-Dempsey ym. 1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 15 väittämää, jotka arvioivat vanhemman pystyvyyden tunnetta lapsen koulunkäynnin ja oppimisen edistämiseksi, arviota vastuustaan liittyen lapsen koulutukseen ja arviota yhteistyöstä opettajien kanssa • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Samuels-Dennis ym. 2013	<i>The Personal Progress Scale Revised</i> (Johnson ym. 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Naiset • 28 väittämää, jotka arvioivat naisen arviota vallastaan ja kompetensistaan, itsehoidostaan ja voimavaroistaan, jämäkkyudestä ihmissuhteissa, kyvystä ilmaista kiukkuja ja vaatimuksia, itsemääräämisoikeudesta ja henkilökohtaisista vahvuuksista ja sosiaalisesta aktiivisuudesta • 7-portainen Likert-asteikko (ei juuri koskaan - melkein aina)
Swallow ym. 2014	<i>Family Management Measure (FaMM)</i> (Knafl ym. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joiden lapsella on jokin krooninen sairaus • 53 väittämää, joista 12 väittämää arvioi vanhemman arviota selviytymisestäään lapsen hoidossa • 5-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)
Wataker ym. 2012	<i>Maternal confidence Scale</i> (Wataker ym. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Äidit, joilla on ennenaikaisesti syntynyt vauva • 16 väittämää, jotka arvioivat äidin luottamusta pärjäämisestään vauvan hoidossa • 9-portainen Likert-asteikko (ei ollenkaan - erittäin paljon)
Wright & Wooden 2013	<i>Self-Efficacy Scale</i> (Sherer ym. 1982)	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat • 10 väittämää, jotka arvioivat vanhemman sitkeyttä tehdä suunnitelmia ja saattaa tehtävät päätökseen sekä vastaajan kykyä sosiaalisiin suhteisiin • 14-portainen Likert-asteikko (ihan eri mieltä - ihan samaa mieltä)

Liite 3. Äitien ja isien taustatiedot, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

	Äidit				Isät			
	n	%	ka	kh	n	%	ka	kh
Taustatekijät								
Vanhemman ikä	549		35,2	6,0	362	38,2	6,8	
Tutkimukseen valitun lapsen ikä	527		5,2	2,5	352	5,4	2,4	
Lasten lkm perheessä	543		2,7	1,8	354	2,6	1,7	
Kahden aikuisen perhe	498	90			350	97		
Vastaajan koulutustaso kork. keskiaste	227	42			154	43		
Vastaaja ansiotyössä tai yrittäjänä	298	55			310	86		
Vastaajan terveydentila väh. melko hyvä	481	87			310	86		
Puolison terveydentila väh. melko hyvä	429	86			301	86		
Lapsen terveydentila väh. melko hyvä	555	98			377	99		
Lapsi kotihoidossa	177	31			119	31		
Lapsi päivähoidossa	155	27			97	26		
Lapsi esiopetuksessa	88	16			58	15		
Lapsi perusopetuksessa	144	26			105	28		
Lapsella todettu pitkäaikaissairaus ja/tai poikkeama kasvuun liittyen	223	39			156	41		
Perheen nykytilanne								
Huolta vanhemmuuden taitojen riittävydestä	201	35			83	22		
Huolta vastuun kantamisesta yksin vanhempänä	75	13			16	4		
Huolta maltin menettämisestä lapsen kanssa	157	28			92	24		
Huolta parisuhdeongelmista tai erosta	88	15			57	15		
Huolta lapsen fyysisestä terveydestä	122	21			57	15		
Huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä	102	18			51	13		
Työn ja perheen yhteensovittaminen	543		3,6	0,7	357	3,5	0,8	
Arjen toimivuus	552		3,9	0,6	358	3,9	0,6	
Avun saaminen lähipiiriltä	553		3,7	1,0	359	3,8	0,9	
Taloudellinen tilanne	549		3,7	1,3	359	3,9	1,2	
Palveluihin liittyvät tekijät								
Päätöksenteko työntekijälähtöisesti	76	15			41	13		
Vaikuttamismahdollisuudet viimeisimmässä palvelutapaamisessa	523		3,3	0,6	324	3,3	0,6	
Vaikuttamismahdollisuudet lasten ja perheiden palveluihin kunnassa	528		2,2	0,9	340	2,3	0,9	
Tiedonsaanti kunnan lasten ja perheiden palveluista	551		3,3	1,0	362	3,5	0,9	
Lapsiperheiden näkemysten painoarvo kunnallisessa päätöksenteossa	403		1,7	0,8	256	1,8	0,8	
Lapsuudenaikaiset vaikeudet								
Taloudellisia ongelmia lapsuudenperheessä	191	39			124	38		
Työttömyyttä lapsuudenperheessä	71	13			31	9		
Pitkäaikainen sairaus vanhemmalla	77	14			62	18		
Alkoholiongelma vanhemmalla	132	25			75	22		
Mielenterveysongelma vanhemmalla	57	11			27	8		
Vakavia ristiriitoja lapsuudenperheessä	153	30			80	24		
Vanhempien ero	124	23			64	18		
Vastaajan oma vakava sairaus	16	3			6	2		
Vastaaja koulukiusattu	180	34			107	30		

Liite 4. G-FES-mittarin reliabiliteetti osioanalyysien mukaan

Osallisuutta kuvaavat väittämät	Osallisuuden osa-alue		
	Perhe r	Oman lapsen palvelut r	Palveluiden kehittäminen r
Äidit			
Perhe (10 väittämää)	0,6–0,7	0,3–0,5	0,1–0,3
Oman lapsen palvelut (12 väittämää)	0,1–0,4	0,5–0,7*	0,1–0,4**
Palveluiden kehittäminen (10 väittämää)	0,2–0,3	0,3–0,5	0,6–0,8
Isät			
Perhe (10 väittämää)	0,7–0,8	0,3–0,5	0,2–0,4
Oman lapsen palvelut (12 väittämää)	0,2–0,5	0,6–0,7‡	0,2–0,4‡‡
Palveluiden kehittäminen (10 väittämää)	0,2–0,3	0,3–0,5	0,7–0,8

r = Pearsonin korrelaatiokerroin

* Paitsi väittämä nro 12: r=0,3

** Paitsi väittämä nro 11: r=0,5

‡ Paitsi väittämä nro 12: r=0,4

‡‡ Paitsi väittämä nro 11: r=0,5

Liite 5. G-FES-mittarin reliabiliteetti Cronbachin alpha kertoimen mukaan

	Äidit			Isät		
	Perhe	Oman lapsen palvelut	Palveluiden kehittäminen	Perhe	Oman lapsen palvelut	Palveluiden kehittäminen
	α	α	α	α	α	α
Kaikki vastaajat	,88	,83	,90	,91	,85	,90
Lapsen ikä						
≤ 2v.	,83	,85	,91	,90	,82	,91
3–5v.	,90	,82	,88	,89	,83	,93
≥ 6v.	,89	,82	,91	,93	,87	,88
Lapsen hoitopaikka						
Kotihoito	,84	,85	,88	,87	,81	,90
Päivähoito	,90	,82	,92	,94	,84	,93
Esiopetus	,82	,79	,87	,90	,85	,85
Perusopetus	,91	,84	,92	,92	,90	,90
Lapsen sairaudet/poikkeamat						
On todettu	,89	,84	,90	,93	,84	,89
Ei ole todettu	,88	,83	,90	,90	,86	,91

α = Cronbachin alpha

Liite 6. Vanhempien osallisuuden toteutuminen

	Äidit			Isät		
	1-2 %	3 %	4-5 %	1-2 %	3 %	4-5 %
Osallisuus perheessä						
1. Luotan kykyyni auttaa lastani kasvamaan ja kehittymään	3	1	96	3	1	96
2. Tiedän, mitä teen, kun lapseni kanssa ilmaantuu ongelmia	3	3	96	3	6	91
3. Perhe-elämäni on hallinnassa	5	3	92	7	6	87
4. Hankin tietoa, joka auttaa ymmärtämään lastani paremmin	2	5	93	5	13	82
5. Kun tarvitsen apua, pyydän sitä muilta	9	10	81	14	16	70
6. Pyrin omaksumaan tapoja, joilla tuen lapsen kasvua ja kehitystä	1	2	97	3	5	92
7. Huomioin lapseni vahvuudet ja heikkoudet	1	2	97	2	3	95
8. Lapseeni liittyvissä pulmatilanteissa pystyn päättämään ja toteuttamaan päätökseni	3	4	93	3	4	93
9. Ymmärrän hyvin lapsen rajoitteet	2	6	92	3	10	87
10. Koen itseni hyväksi vanhemmaksi	4	5	91	4	7	89
Osallisuus oman lapsen palveluissa						
1. Minulla on oikeus hyväksyä palvelut, joita lapseni saa	3	5	92	3	9	88
2. Tiedän, mitä teen, kun epäilen lapseni saavan huonoa palvelua	11	11	78	7	10	83
3. Varmistan, että työntekijät ymmärtävät näkemykseni lapseni tarvitsemista palveluista	2	13	85	3	16	81
4. Kykenen päättämään lapseni palveluiden tarpeesta	3	6	91	3	8	89
5. Osaan toimia työntekijöiden ja viranomaisten kanssa, kun päätetään lapseni palvelujen tarpeesta	2	8	90	2	9	89
6. Pidän säännöllisesti yhteyttä lapselleni palveluja antaviin työntekijöihin	6	18	76	14	29	57
7. Minun ja työntekijöiden mielipiteet ovat yhtä tärkeitä, kun päätetään lapseni asioista	14	11	75	18	14	68
8. Annan palautetta lapselleni annetuista palveluista	7	18	75	9	21	70
9. Tiedän, mitä palveluita lapseni tarvitsee	4	9	87	4	17	79
10. Tarvittaessa haen oma-aloitteisesti palveluja lapsilleni ja perheelleni	2	8	90	3	15	82
11. Minulla on hyvä käsitys kuntani lasten palveluista	20	26	54	22	22	56
12. Työntekijöiden pitäisi kysyä, mitä palveluita haluan lapselleni	12	32	56	11	30	59
Osallisuus palveluiden kehittämisessä						
1. Minulla on taitoa / kykyä kehittää palveluita yhteisössäni	26	38	36	21	43	46
2. Olen tietoinen siitä, millaisia lapsiperheitä koskevia lainsäädännöllisiä ym. asioita valmistellaan	42	29	29	40	32	28
3. Ymmärrän, miten lasten palvelujärjestelmä toimii	24	30	46	26	34	40
4. Minulla on käsitys siitä, millainen on hyvä lasten palvelujärjestelmä	16	28	56	16	31	53
5. Autan muita perheitä saamaan heidän tarvitsemansa palvelut	33	30	37	35	34	31
6. Uskon, että me vanhempina voimme vaikuttaa lasten palveluihin	9	17	74	11	20	69
7. Kerron viranomaisille, kuinka lasten palveluja voidaan parantaa	37	36	27	33	38	29
8. Tiedän, miten saan viranomaiset kuuntelemaan minua	44	37	19	38	38	24
9. Tiedän mitkä ovat vanhempien ja lasten oikeudet	16	22	63	14	22	64
10. Tietoani ja kokemustani vanhempana voitaisiin käyttää lasten ja perheiden palvelujen kehittämisessä	18	38	44	23	39	38

1-2 täysin tai osittain eri mieltä, 3 ei eri, ei samaa mieltä, 4-5 täysin tai osittain samaa mieltä

Liite 7. Äitien osallisuuteen erikseen yhteydessä olevat taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

	Perhe			Oman lapsen palvelut			Palveluiden kehittäminen		
	2-suunt. Regressioyhteys malli			2-suunt. Regressioyhteys malli			2-suunt. Regressioyhteys malli		
	β	β	r ²	β	β	r ²	β	β	r ²
Taustatiedot	6,7			7,1			2,4		
F-testi	10,992***			11,705***			6,212**		
Äidin ikä	0,13**			0,14** 0,15**			0,10*		
Perheessä 2 aikuista	0,12**								
Lasten lkm perheessä							0,10*		
Koulutus korkeintaan keskiaste							-0,10*		
Ansiotyössä / yrittäjänä				0,09*			0,10*		
Vastaajan terveys hyvä/melko hyvä	0,21*** 0,18***								
Puolison terveys hyvä/melko hyvä	0,20*** 0,13*								
Lapsen terveys hyvä melko hyvä	0,09*			0,14**					
Lapsi kotihoidossa				-0,14**			-0,09*		
Lapsi päivähoitossa				0,14** 0,23***			0,12** 0,16**		
Lapsi esiopetuksessa				0,12*					
Perheen nykytilanne	32,6			9,6			5,7		
F-testi	51,764***			14,901***			8,835***		
Huoli vanhempana olemisen taitojen riittävydestä	-0,38*** -0,21***			-0,22*** -0,16***			-0,18*** -0,12**		
Huoli vastuun kantamisesta yksin vanhempana	-0,28*** -0,14***			-0,22*** -0,12**			-0,16***		
Huoli maltin menettämisestä lapsen kanssa	-0,25*** -0,09*						-0,09*		
Huoli lapsen fyysisestä terveydestä				-0,11**					
Huoli parisuhdeongelmista / eroستا							0,11*		
Työn ja perheen yhteensovittaminen	0,29***			0,18***			0,12** 0,13**		
Arjen toimivuus	0,43*** 0,28***			0,20*** 0,12**			0,09*		
Avun saaminen lähipiiriltä	0,34*** 0,14***			0,20*** 0,11*			0,11*		
Taloudellinen tilanne	0,12**			0,13**					
Palveluihin liittyvät tekijät	10,8			11,5			5,4		
F-testi	23,542***			25,290***			22,387***		
Perheen vaikuttamismahdollisuudet viimeisimmässä tapaamisessa	0,27*** 0,23***			0,29*** 0,20***			0,18***		
Perheiden vaikuttamismahdollisuudet lasten ja perheiden palveluihin omassa kunnassa	0,09*			0,22***			0,23***		
Päätöksenteko työntekijälähtöistä	-0,10*			-0,17***					
Tiedonsaanti lasten ja perheiden palveluista omassa kunnassa	0,24*** 0,19***			0,30*** 0,23***			0,23*** 0,24***		
Lapsuudenaikaiset vaikeudet	5,5			1,0			1,0		
F-testi	12,345***			4,747*			4,080*		
Taloudellisia ongelmia	-0,16**			-0,14** -0,11*					
Työttömyyttä lapsuudenperheessä	-0,14**								
Alkoholio ongelmia vanhemmilla							-0,10*		
Mielenterveysongelmia vanhemmilla	-0,17*** -0,15**						-0,09*		
Vakavia ristiriitoja lapsuudenperheessä							-0,09*		
Vastaaja koulukiusattu	-0,21*** -0,17**								

β standardisoitu regressiokerroin

r² korjattu selitysosuus

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Liite 8. Isien osallisuuteen erikseen yhteydessä olevat taustatekijät, perheen nykytilanne, palveluihin liittyvät tekijät ja lapsuudenaikaiset vaikeudet

	Perhe			Oman lapsen palvelut			Palveluiden kehittäminen		
	2-suunt. Regressioyhteys malli			2-suunt. Regressioyhteys malli			2-suunt. Regressioyhteys malli		
	β	β	r^2	β	β	r^2	β	β	r^2
Taustatiedot	9,1			0			2,9		
F-testi	0,12*	15,471***						5,182**	
Perheessä 2 aikuista		0,16**							
Lasten lkm perheessä							0,11*		
Koulutus korkeintaan keskiaste							-0,15**	-0,16**	
Puolison terveys hyvä/melko hyvä	0,25***	0,26***		0,10*					
Lapsi päivähoitossa							-0,11*	-0,12*	
Perheen nykytilanne	22,6			11,0			4,7		
F-testi		25,550***			14,787***			9,180***	
Huoli vanhempana olemisen taitojen riittävydestä	-0,33***	-0,22***		-0,23***	-0,15**		-0,18**	-0,15**	
Huoli vastuun kantamisesta yksin vanhempana	-0,26***	-0,14**		-0,12*					
Huoli maltin menettämisestä lapsen kanssa	-0,25***						-0,12*		
Huoli lapsen psykososiaalisesta kehityksestä	-0,23***								
Huoli parisuhdeongelmista /erosta	-0,26***								
Työn ja perheen yhteensovittaminen	0,27***			0,27**	0,19***		0,12*		
Arjen toimivuus	0,37***	0,23***		0,23***					
Avun saaminen lähipiiriltä	0,30***	0,15**		0,23***	0,14**		0,19***	0,15**	
Palveluihin liittyvät tekijät	11,4			12,7			18,8		
F-testi		15,783***			12,218***			27,770***	
Perheen vaikuttamismahdollisuudet viimeisimmässä tapaamisessa	0,26***	0,19**		0,29***	0,21**		0,20***		
Perheiden vaikuttamismahdollisuudet lasten ja perheiden palveluihin omassa kunnassa	0,15**	0,14*		0,21***			0,36***	0,29***	
Päätöksenteko työntekijälähtöistä	-0,21***			-0,13*					
Tiedonsaanti lasten ja perheiden palveluista omassa kunnassa	0,21***	0,17*		0,28***	0,14*		0,26***	0,26***	
Lapsiperheiden näkemysten paino kunnallisessa päätöksenteossa	0,20**			0,23***	0,14*		0,29***		
Lapsuudenaikaiset vaikeudet	3,4			0,0			0,0		
F-testi		5,623**							
Mielenterveysongelmia vanhemmilla	-0,12*								
Vakavia ristiriitoja perheessä	-0,14*	-0,24**							

β standardisoitu regressiokerroin

r^2 korjattu selitysosuus

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Liite 9. Alkuperäinen FES-mittari

FAMILY EMPOWERMENT SCALE

ABOUT YOUR FAMILY...	NEVER	SELDOM	SOME-TIMES	OFTEN	VERY OFTEN
1. When problems arise with my child, I handle them pretty well.	1	2	3	4	5
2. I feel confident in my ability to help my child grow and develop.	1	2	3	4	5
3. I know what to do when problems arise with my child.	1	2	3	4	5
4. I feel my family life is under control.	1	2	3	4	5
5. I am able to get information to help me better understand my child.	1	2	3	4	5
6. I believe I can solve problems with my child when they happen.	1	2	3	4	5
7. When I need help with problems in my family, I am able to ask for help from others.	1	2	3	4	5
8. I make efforts to learn new ways to help my child grow and develop.	1	2	3	4	5
9. When dealing with my child, I focus on the good things as well as the problems.	1	2	3	4	5
10. When faced with a problem involving my child, I decide what to do and then do it.	1	2	3	4	5
11. I have a good understanding of my child's disorder.	1	2	3	4	5
12. I feel I am a good parent.	1	2	3	4	5

ABOUT YOUR CHILD'S SERVICES...	NEVER	SELDOM	SOME-TIMES	OFTEN	VERY OFTEN
13. I feel that I have a right to approve all services my child receives.	1	2	3	4	5
14. I know the steps to take when I am concerned my child is receiving poor services.	1	2	3	4	5
15. I make sure that professionals understand my opinions about what services my child needs.	1	2	3	4	5
16. I am able to make good decisions about what services my child needs.	1	2	3	4	5
17. I am able to work with agencies and professionals to decide what services my child needs.	1	2	3	4	5
18. I make sure I stay in regular contact with professionals who are providing services to my child.	1	2	3	4	5
19. My opinion is just as important as professionals' opinions in deciding what services my child needs.	1	2	3	4	5
20. I tell professionals what I think about services being provided to my child.	1	2	3	4	5
21. I know what services my child needs.	1	2	3	4	5
22. When necessary, I take the initiative in looking for services for my child and family.	1	2	3	4	5
23. I have a good understanding of the service system that my child is involved in.	1	2	3	4	5
24. Professionals should ask me what services I want for my child.	1	2	3	4	5

ABOUT YOUR INVOLVEMENT IN THE COMMUNITY...	NEVER	SELDOM	SOME-TIMES	OFTEN	VERY OFTEN
25. I feel I can have a part in improving services for children in my community.	1	2	3	4	5
26. I get in touch with my legislators when important bills or issues concerning children are pending.	1	2	3	4	5
27. I understand how the service system for children is organized.	1	2	3	4	5
28. I have ideas about the ideal service system for children.	1	2	3	4	5
29. I help other families get the services they need.	1	2	3	4	5
30. I believe that other parents and I can have an influence on services for children.	1	2	3	4	5
31. I tell people in agencies and government how services for children can be improved.	1	2	3	4	5
32. I know how to get agency administrators or legislators to listen to me.	1	2	3	4	5
33. I know what the rights of parents and children are under the special education laws.	1	2	3	4	5
34. I feel that my knowledge and experience as a parent can be used to improve services for children and families.	1	2	3	4	5

© 1992 Family Empowerment Scale, Koren, DeChillo, & Friesen, Regional Research Institute, Portland State University, P.O. Box 751, Portland, OR 97207-0751

Liite 10. Kooste tutkimuksista, joissa on käytetty FES-mittaria

Tekijät	Tutkimus-asetelma	Kohderyhmä (äitien osuus %, jos tiedossa)	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeinen tulos
Vanhemmille suunnatut tutkimukset				
Akey ym. 2000	Poikittais	Vanhemmat (90 %), joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Arvioida PES-mittarin luotettavuutta vertaamalla sitä FES-mittariin	FES ja PES korreloivat positiivisesti keskenään, minkä tulkittiin tukevan PES-mittarin luotettavuutta
Banach ym. 2010	Kokeellinen	Vanhemmat (82 %), joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö	Arvioida vanhempien vertaistukiryhmän vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen avulla	Osallistuminen vertaistukiryhmään kohensi vanhempien osallisuutta
Becker ym. 2011	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella oli kehittymiseen, käyttäytymiseen ja/tai oppimiseen liittyviä poikkeamia	Arvioida vanhempien tukiryhmien vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen avulla	Tilastollisesti merkitsevää muutosta vanhempien osallisuudessa ei todettu
Benson & Kersh 2011	Pitkittäis	Äidit, joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö	Tarkastella äitien parisuhdetyytyväisyyden ja osallisuuden välistä yhteyttä	Äitien osallisuus oli positiivisesti yhteydessä parisuhdetyytyväisyyteen
Benson 2014	Pitkittäis	Äidit, joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö	Tarkastella äitien osallisuuden muutosta ja osallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä	Lapsen sosiaalinen käytös ja äidin sopeutuminen tilanteeseen olivat positiivisesti yhteydessä äitien osallisuuteen
Bourke-Taylor ym. 2009	Poikittais	Äidit, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Arvioida CCBS-mittarin luotettavuutta vertaamalla sitä FES-mittariin	CCBS ja FES korreloivat keskenään, minkä tulkittiin tukevan CCBS-mittarin luotettavuutta
Bourke-Taylor ym. 2012	Poikittais	Äidit, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella äidin mielenterveyden ja osallisuuden välistä yhteyttä	Äitien mielenterveys oli positiivisesti yhteydessä äitien osallisuuteen
Brookman-Frazees ym. 2010a	Poikittais	Vanhemmat (94 %), joiden lapsella on käyttäytymisen häiriöitä	Tarkastella lapsen saaman hoidon ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä osallisuuden ja lapsen saaman hoidon välillä ei todettu
Brookman-Frazees ym. 2010b	Pitkittäis	Vanhemmat, joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö ja/tai käyttäytymisen häiriöitä	Tarkastella lapsen saaman hoidon yhteyttä vanhempien osallisuuden muutoksiin	Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä osallisuuden ja lapsen saaman hoidon välillä ei todettu
Chiu ym. 2013	Poikittais	Vanhemmat (60 %), joiden lapsella on älyllinen kehitysvamma	Tarkastella taustatekijöiden, lapsen sairauteen liittyvän häpeän, koetun hyvinvoinnin ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Vanhempien ikä, sosioekonominen asema ja koettu hyvinvointi olivat positiivisesti yhteydessä ja lapsen ikä ja häpeän tunne negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Cunningham ym. 1999	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on päihderiippuvuus	Tarkastella lapsen saaman hoidon, perheen toiminnan ja vanhempien	Perhekeskeinen hoito vahvisti vanhempien

			osallisuuden välistä yhteyttä	osallisuutta enemmän kuin perinteinen hoito Osallisuuden vahvistuminen oli yhteydessä vanhempien vähäisempään ahdistuneisuuteen ja kohentuneeseen perheen toimintaan, nuoren ohjaamiseen ja parisuhdetyytyväisyyteen
Curtis & Singh 1996	Poikittais	Vanhemmat (88 %), joiden lapsella on käyttäytymiseen tai tunne-elämään liittyviä häiriöitä	Tarkastella FIS-mittarin ja FES-mittarin yhteyttä	FES- ja FIS-mittarit olivat positiivisesti yhteydessä keskenään
Dempsey & Dunst 2004	Poikittais	Vanhemmat (81 %), joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella taustatekijöiden ja lasta hoitavien työntekijöiden työtavan yhteyttä vanhempien osallisuuteen	Perhekeskeinen työtapa oli positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Ehrmann Feldman ym. 2002	Poikittais, puhelinhaastattelu	Vanhemmat, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten odotusaika lapsen kuntoutukseen pääsemiseen on yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Lyhyempi odotusaika oli positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Farber & Maharaj 2005	Kokeellinen	Vanhemmat (85 %), joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella vanhempien tukiryhmän vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen avulla	Osallistuminen tukiryhmään vahvisti vanhempien osallisuutta
Florian & Elad 1998	Poikittais	Äidit, joiden lapsella on diabetes	Tarkastella, miten äitien lastensa hoitoon sitoutuminen ja hoidon onnistuminen ovat yhteydessä äitien osallisuuteen	Äitien sitoutuminen lapsen hoitoon ja parempi verensokeri kontrolli olivat positiivisesti yhteydessä äitien osallisuuteen
Fordham ym. 2012	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsella on kehitykseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten vanhemman kokemukset lapsen hoidosta ovat yhteydessä heidän osallisuuteensa	Perhekeskeinen hoito, työntekijöiden ja vanhempien kumppanuus sekä tiedonsaanti olivat positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Freiberg ym. 2014	Poikittais	Vanhemmat (86 %), jotka elävät köyhällä alueella	Arvioida PEEM-mittarin luotettavuutta vertaamalla sitä FES-mittariin	PEEM ja FES korreloivat keskenään, minkä tulkittiin tukevan PEEM-mittarin luotettavuutta
Gerkensmeyer ym. 2008	Poikittais	Vanhemmat (98 %), joiden lapsella on käyttäytymisen häiriöitä	Tarkastella vanhempien masennusoireiden ja osallisuuden yhteyttä	Masennusoireet olivat negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Gerkensmeyer ym. 2011	Poikittais	Äidit, joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella äitien masennusoireiden ja osallisuuden yhteyttä	Masennusoireet olivat negatiivisesti yhteydessä äitien osallisuuteen
Graves & Shelton 2007	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä	Tarkastella lapsen käyttäytymisen, lapsen saaman hoidon ja	Vanhempien osallisuus edisti positiivista muutosta lapsen käyttäytymisessä

			vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	
Graves ym. 2009	Pitkittäis	Vanhemmat, joiden lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä	Tarkastella miten lapsen saama hoito on yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä lapsen saaman hoidon ja vanhempien osallisuuden välillä ei todettu
Halliday-Boykins ym. 2004	Pitkittäis	Vanhemmat, joiden nuori psykiatrisessa sairaalahoidossa	Tarkastella nuoren selviytymisen ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Nuoren parempi selviytyminen oli yhteydessä vanhempien vahvempaan osallisuuteen
Itzhaky & Schwartz 2000	Poikittäis	Vanhemmat (54 %), joiden lapsella on jokin kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten vanhemman osallistuminen järjestöön ja vanhemman persoonallisuus ovat yhteydessä osallisuuteen	Osallistuminen järjestöön sekä vanhemman itsetunto ja elämänhallinta olivat positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Kim ym. 2005	Poikittäis	Vanhemmat (98 %), joiden lapsella on ruoka-allergia	Tarkastella vanhempien EpiPen-lääkekynän käytön ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Luottamus lääkekynän käyttämiseen oli positiivisesti yhteydessä äitien osallisuuteen
Koren ym. 1992	Poikittäis	Vanhemmat (94 %), joiden lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä	Tarkastella FES-mittarin luotettavuutta sekä osallistumisen ja osallisuuden välistä yhteyttä	FES-mittari osoittautui validiksi ja reliabeliksi. Osallistuminen erilaisiin toimintamuotoihin oli positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Koroloff ym. 1996	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella vertaistukihenkilön hyödyllisyyttä vanhempien osallisuuden muutosten avulla	Vertaistukihenkilön olemassaolo kohensi vanhempien osallisuutta
Kutash ym. 2011	Kokeellinen	Vanhemmat (85 %), joiden lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä	Tarkastella, miten vertaistukihenkilön yhteydenpito on yhteydessä vanhempien osallisuuden muutoksiin	Vertaistukihenkilön yhteydenpito vahvisti vanhempien osallisuutta
Law ym. 2011	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on kehitykseen liittyvä poikkeama	Tarkastella hoitotapojen yhteyttä vanhempien osallisuuteen	Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä hoitotapojen ja osallisuuden välillä ei todettu
Martinez ym. 2009	Poikittäis	Vanhemmat (89 %), joiden lapsella on astma	Tarkastella lapsen astman hoitotasapainon, vanhempien elämänlaadun ja osallisuuden välistä yhteyttä	Vanhempien masennusoireet olivat negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
McConaughy ym. 1999	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on tunne-elämän häiriön riskitekijöitä	Arvioida, miten vanhemman osallistuminen lapsen kehitystä tukeviin yhteistyötapaamisiin on yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Yhteistyötapaamiset vahvistivat vanhempien osallisuutta

McConaughy ym. 2000	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on tunne-elämän häiriön riskitekijöitä	Tarkastella, miten lapsen kehitystä tukevat yhteistyötapaamiset ovat yhteydessä vanhempien osallisuuden muutoksiin	Yhteistyötapaamiset vahvistivat vanhempien osallisuutta sekä 1-v. että 2-v. seurannassa
Minjarez ym. 2012	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella autismin kirjon kuuluva häiriö	Tarkastella vertaistukiryhmän vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen avulla	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti vanhempien osallisuutta
Minnes ym. 2015	Poikittais	Äidit, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella äitien hyvinvoinnin, ahdistuneisuuden ja osallisuuden välistä yhteyttä	Myönteiset kokemukset vanhemmuudesta olivat positiivisesti ja ahdistuneisuus negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Nachshen & Minnes 2005	Poikittais	Vanhemmat (97 %), joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama ja vanhemmat, joiden lapsen kehitys on tavanomaista	Tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Sosiaalinen tuki ja vanhemman henkinen hyvinvointi olivat positiivisesti ja lapsen käyttäytymisen ongelmat sekä lapsen ja vanhemmuuteen liittyvä stressi negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Resendez ym. 2000	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella lapsen saaman hoidon, vanhempien hoitoon tyytyväisyyden, lapsen toimintakyvyn ja osallisuuden välistä yhteyttä	Lapsen parempi toimintakyky ja vanhempien tyytyväisyys hoitoon olivat positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen Vanhempien osallisuus vahvistui lapsen hoidon aikana
Rickards ym. 2007	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella kotiin annettavan tuen vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen avulla	Tilastollisesti merkitsevää muutosta vanhempien osallisuudessa ei todettu
Rickards ym. 2009	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella kotiin annettavan tuen vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutoksen ja muutoksen pysyvyyden avulla	Tilastollisesti merkitsevää muutosta vanhempien osallisuudessa ei todettu
Salisbury ym. 2003	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsi saa monen tuottajan palveluita	Tarkastella, miten palveluiden koordinointi on yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Tilastollisesti merkitsevää muutosta vanhempien osallisuudessa ei todettu
Scheel & Rieckmann 1998	Poikittais	Vanhemmat (88 %), joiden lapsella on käyttäytymiseen liittyviä ongelmia	Tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Lapsen ja vanhempaan liittyvä stressi oli negatiivisesti yhteydessä ja perheen toimintakyky ja yhtenäisyys positiivisesti

				yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Shin 2004	Kokeellinen	Vanhemmat (65 %), joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella eri hoitotapojen yhteyttä vanhempien osallisuuteen	Kulttuurisensitiivinen hoitotapa vahvisti vanhempien osallisuutta
Singer ym. 1999	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella vertaistukiryhmän vaikuttavuutta vanhempien osallisuuden muutosten avulla	Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vanhempien osallisuuteen ei todettu
Singh ym. 1995	Poikittais	Vanhemmat (äitejä 87 %), joiden lapsella on vakavia tunne-elämän häiriöitä tai käyttäytymiseen liittyviä ongelmia	Arvioida FES-mittarin validiteettia ja reliabiliteettia	FES-mittari koostui faktorianalyysin mukaan 4 faktorista FES-mittari todettiin validiksi ja reliabeliksi
Singh ym. 1997	Poikittais	Vanhemmat (87 %), joiden lapsella on tunne-elämän häiriöitä tai käyttäytymiseen liittyviä ongelmia	Tarkastella taustatekijöiden ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Äitien osallisuus oli vahvempaa kuin isien Lapsen diagnoosien lukumäärä ja vanhempien koulutus olivat negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Swallow ym. 2014	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden lapsella on krooninen munuaissairaus	Tarkastella, miten internet-pohjainen tiedonsaanti ja tukiryhmä ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen ja sen muutoksiin	Internet pohjaiseen tukiryhmään osallistuminen vahvisti vanhempien osallisuutta
Taub ym. 2001	Pitkittäis	Vanhemmat, joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella lapsen käyttäytymisen ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä Tarkastella, miten vanhempien osallisuus muuttuu lapsen saadessa hoitoa	Lapsen käyttäytymisen kohentuminen oli yhteydessä vanhempien osallisuuden vahvistumiseen Vanhempien osallisuus vahvistui, kun lapsi sai hoitoa
Thompson ym. 1997	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten sosiaalinen tuki, perhekeskeinen hoito ja stressi ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Perhekeskeinen hoito ja sosiaalinen tuki olivat positiivisesti yhteydessä ja stressi negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Wakimizu ym. 2011	Poikittais	Vanhemmat (97 %), joiden lapsella on kehittymiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhempien osallisuuteen	Lasten lukumäärä ja lyhyt aika lapsen diagnoosista olivat negatiivisesti ja sosiaalinen tuki ja minäpystyvyyteen vanhempana positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Walsh & Lord 2004	Kokeellinen	Vanhemmat (85 %), joiden lapsi on hoidettavana sairaalassa	Tarkastella, miten sosiaalityöntekijältä saatava ohjaus ja hoitoon liittyvä tyytyväisyys ovat	Sosiaalityöntekijältä saatu ohjaus ja käytännön apu vahvisti vanhempien osallisuutta enemmän kuin pelkkä ohjaus

			yhteydessä vanhempien osallisuuden muutoksiin	Osallisuuden ja hoitoon liittyvään tyytyväisyyden välillä ei todettu yhteyttä
Warren ym. 2015	Poikittais	Vanhemmat, joiden lapsella on ruoka-allergia	Tarkastella lapsen ruoka-allergiaan ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Äitien osallisuus oli vahvempaa kuin isien Muita tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei todettu
Weiss & Lunsky 2011	Poikittais	Vanhemmat (91 %), joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö	Arvioida BFDS-mittarin luotettavuutta vertaamalla sitä FES-mittariin	BFDS ja FES korreloivat keskenään negatiivisesti, minkä tulkittiin tukevan BFDS-mittarin luotettavuutta
Weiss ym. 2012	Poikittais	Vanhemmat (93 %), joiden lapsella on autismin kirjoon kuuluva häiriö	Tarkastella lapsen käyttäytymisen ja vanhemman mielenterveyden yhteyttä vanhemman osallisuuteen	Vanhemman sopeutuminen lapsen diagnoosiin oli positiivisesti yhteydessä ja vanhemman ahdistuneisuus negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Winkworth ym. 2010a	Poikittais, puhelin-haastattelu	Köyhät, yksinäiset ja eristyksissä elävät vanhemmat	Tarkastella vanhempien osallisuutta ja sen yhteyttä vanhempien palveluiden käyttämiseen	Osa vanhemmista ei ollut tietoisia, miten ja mistä palveluita saisi ja se oli negatiivisesti yhteydessä heidän osallisuuteensa
Winkworth ym. 2010b	Poikittais, haastattelu	Köyhät, yksinäiset ja eristyksissä elävät äidit	Tarkastella sosiaalisen tuen ja äitien osallisuuden välistä yhteyttä	Sosiaalisen tuen puute heikensi äitien osallisuutta palveluissa
Wright & Wooden 2013	Kokeellinen	Vanhemmat, joiden teini-ikäisellä lapsella ilmenee riskikäyttäytymistä	Tarkastella vanhempien vertaisryhmän vaikuttavuutta osallisuuden muutoksen perusteella	Vertaisryhmään osallistuminen vahvisti vanhempien osallisuutta
Yatchmenoff ym. 1998	Poikittais	Vanhemmat (84 %), joiden lapsella on tunne-elämän häiriötä	Tarkastella lapsen liittyvän stressin ja vanhempien osallisuuden välistä yhteyttä	Lapseen liittyvä stressi oli negatiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Muille kuin vanhemmille suunnatut tutkimukset				
Ben-Porat & Itzhaky 2008	Poikittais	Perheväkivallan uhreiksi joutuneet naiset, jotka asuvat turvakodissa	Tarkastella miten osallisuus on yhteydessä naisten elämänlaatuun ja kykyyn tehdä elämänmuutos	Hyvä elämänlaatu ja kyky elämänmuutoksen tekemiseen olivat positiivisesti yhteydessä vanhempien osallisuuteen
Dixon ym. 2001	Kokeellinen	Henkilöt, joiden aikuisella perheenjäsenellä on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella vertaisryhmän vaikuttavuutta osallisuuden muutoksen avulla	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti osallisuutta
Dixon ym. 2004	Kokeellinen	Henkilöt, joiden aikuisella perheenjäsenellä on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella vertaisryhmän vaikuttavuutta osallisuuden muutoksen avulla	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti osallisuutta
Dixon ym. 2011	Kokeellinen	Henkilöt, joiden aikuisella perheenjäsenellä on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella vertaisryhmän vaikuttavuutta osallisuuden muutoksen avulla	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti osallisuutta

Itzhaky & York 2000	Poikittais	Aikuiset, jotka toimivat aktiivisesti yhteisössään	Tarkastella sukupuolen, yhteisön toimintaan osallistumisen ja osallisuuden välistä yhteyttä	Yhteisöön osallistuminen oli positiivisesti yhteydessä osallisuuteen
Levin-Zamir ym. 2011	Poikittais	Nuoret	Tarkastella nuorten medialukutaidon ja osallisuuden välistä yhteyttä	Nuorten osallisuus oli positiivisesti yhteydessä medialukutaitoon
Powers ym. 2001a	Kokeellinen	Nuoret, joilla on jokin kehittymiseen tai liikkumiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten nuorten osallistuminen vertaistukiryhmään on yhteydessä osallisuuteen	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti nuorten osallisuutta
Powers ym. 2001b	Kokeellinen	Nuoret, joilla on jokin liikkumiseen liittyvä poikkeama	Tarkastella, miten nuorten osallistuminen vertaistukiryhmään on yhteydessä osallisuuteen	Vertaistukiryhmään osallistuminen vahvisti nuorten osallisuutta
Renblad ym. 2003	Haastattelu FES-mittarin pohjalta	Henkilöt, joilla on jokin älyllinen poikkeama	Tarkastella osallisuuden tunnetta ja siihen liittyviä tekijöitä	Itsetunto, sosiaaliset suhteet, aikaisemmat kokemukset ja tietämys olivat yhteydessä osallisuuteen
Rodriquez ym. 2011	Kokeellinen	Vertaistukihenkilöt vanhemmille, joiden lapsella on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella, miten vertaistukihenkilöiden koulutus on yhteydessä heidän osallisuutensa muutoksiin	Koulutus vahvisti vertaistukihenkilöiden osallisuutta
Vandiver ym. 1995	Poikittais	Henkilöt, joiden aikuisella perheenjäsenellä on mielenterveyden ongelmia	Tarkastella, mitkä tekijät ovat yhteydessä osallisuuteen	Koulutus ja sairauden kesto olivat positiivisesti yhteydessä ja perheenjäsenen ikä negatiivisesti yhteydessä osallisuuteen

Alkuperäisjulkaisut

The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children

M. Vuorenmaa,* N. Halme,† P. Åstedt-Kurki,‡§ M. Kaunonen‡ and M.-L. Perälä†

*School of Health Sciences, Nursing Science, Finnish Post Graduate School in Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland

†National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

‡School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland, and

§Pirkanmaa Hospital District, Science Center, Tampere, Finland

Accepted for publication 26 April 2013

Abstract

Background The Family Empowerment Scale (FES) is a widely used instrument which measures the parents' own sense of their empowerment at the level of the family, service system and community. It was originally developed for parents of children with emotional disabilities.

Aim The aims of this study were to evaluate the validity and reliability of the Finnish FES and to examine its responsiveness in measuring the empowerment of parents with small children.

Methods and participants The English FES was translated into Finnish using back translation and modified so as to be generic and convenient for all families. The construct, convergent, discriminant and concurrent validities, reliability and responsiveness of the Finnish FES were examined. Participants ($n = 955$) were the parents of children aged 0–9 years who had been selected using stratified random sampling.

Results Confirmatory factor analysis proved that the Finnish FES had three subscales based on the original FES. Convergent and discriminant validities confirmed and supported the same construct. The relationship between parents' participation and empowerment was tested for concurrent validity. As in previous FES studies, the participating parents were more empowered, which supported the concurrent validity. The reliability of the Finnish FES proved acceptable for both parents. The Finnish FES could also discriminate the responses of the parents. Participation in the activities organized by the family service system influenced parents' perceptions of empowerment more than did their background characteristics.

Conclusions The Finnish FES is a valid and reliable instrument and it is suitable for measuring the empowerment of parents. However, it is necessary to consider how the FES would identify in the best way the parents who perhaps need some help.

Keywords

empowerment, parents, reliability, validity

Correspondence:

Maaret Vuorenmaa,
School of Health
Sciences, Nursing Science,
Finnish Post Graduate
School in Nursing
Science, University of
Tampere, Kalevantie 4,
FI-33014 Tampere,
Finland
E-mail: maaret.
vuorenmaa@uta.fi

Introduction

Empowerment is generally associated with an internal sense of power. It has been defined as a psychological, social and political process by which individuals gain mastery and control over their lives (Zimmerman & Rappaport 1988; Thompson 2000)

and as a form of power that enables the ability to make decisions and influence one's family, people, organizations and environment (Koren *et al.* 1992; Björck-Åkesson & Granlund 1997). Empowerment is expressed at an individual, contextual and transactional level (Akey *et al.* 2000) and it arises as attitudes, knowledge and behaviour (Koren *et al.* 1992). Related concepts

have been named as, e.g. a sense of coherence (Koelen & Lindström 2005), self-efficacy (Bandura 1997) power, choice and enablement (Rodwell 1996). Societal activity, involvement and participation have also been associated with empowerment (Itzhaky & York 2000; Green & Tones 2010).

Empowerment varies across individuals, contexts and time (Rappaport 1987). Any operational definition therefore needs to be specified for a particular population and context (Akey *et al.* 2000). This study examined how parents with small children were empowered in regard to parenthood. It means for example how the parents appraise their own ability and confidence to manage their children and more broadly to have a positive impact on children's services and growth environment (Koren *et al.* 1992). Parents' empowerment has been related to their welfare (Benson & Kersh 2011), self-efficacy (Wakimizu *et al.* 2011), lower levels of stress (Nachshen & Minnes 2005) and depressive symptoms (Martinez *et al.* 2009). Increased empowerment has been associated with improved family cohesion, relations and functioning (Scheel & Rieckmann 1998) and parents developing an ability to make healthy choices (Koelen & Lindström 2005), solve problems in the family (Farber & Maharaj 2005), take care of their children's treatment (Martinez *et al.* 2009) and supervise an adolescent (Cunningham *et al.* 1999).

Day care, pre-school and primary school are the places where children spend a significant portion of their waking hours. In Finland two out of three (62%) children aged 1–6 years are in day care (National Institute for Health and Welfare 2011). Almost the entire age group attend pre-school education for 1 year before beginning primary school at the age of seven (Statistics Finland 2007). The child health clinic assesses the health of children below school age and reaches almost all (99.5%) families that have children aged 0–6 years (Leino *et al.* 2007). When children start school, they move from the child health clinic into the school health care (Ministry of Finance 2008).

No instruments currently in use in Finland are valid and convenient for the current study. The English version of the Family Empowerment Scale (FES) refers to empowerment at the broad levels of family, the service system, and communities. Originally, the FES was developed for parents whose children had emotional disabilities (Koren *et al.* 1992). Most previous FES studies have focused on such families, with children experiencing disabilities like autism, and emotional, developmental or learning disorders (e.g. Yatchmenoff *et al.* 1998; Wakimizu *et al.* 2011). The age of children has varied, from newborns to 19-year-olds. The majority of children have been boys whereas most respondents have been mothers. The original FES has

also been modified to be suitable for the school context (McConaughy 1999, 2000) and also for self-assessment by adolescents (Powers *et al.* 2001).

The original FES has been used in its complete form or as one or two subscales. The original FES has been used in over 50 studies in several countries, for example, in the USA (Koren *et al.* 1992; Gerkenmeyer *et al.* 2008), Australia (Walsh & Lord 2004), Israel (Itzhaky & Schwartz 2000), Puerto Rico (Martinez *et al.* 2009) and Japan (Wakimizu *et al.* 2011). It has also been translated into various languages such as Hebrew (Itzhaky & Schwartz 2000), Japanese (Wakimizu *et al.* 2011) and Spanish (Martinez *et al.* 2009).

Previous studies have demonstrated that the psychometric characteristics of the FES are robust in the original (Koren *et al.* 1992; Gerkenmeyer *et al.* 2008), translated (Itzhaky & Schwartz 2000; Wakimizu *et al.* 2011), or modified (Dempsey & Dunst 2004; Nachshen & Minnes 2005) versions. The reported Cronbach's Alpha coefficients have varied between 0.81 and 0.94. However, when an instrument is used in another country or culture from which it was originally developed, its psychometric characteristics must be examined again (Guillemin *et al.* 1993). In addition, the target group differed in the current study compared with the previous studies.

The aims of this study were to evaluate the validity and reliability of the Finnish FES and to examine its responsiveness in measuring the empowerment of parents with small children who use family services. The research questions were:

- 1 What was the construct, convergent, divergent and concurrent validity of the Finnish FES?
- 2 What was the reliability of the Finnish FES?
- 3 What was the responsiveness of the Finnish FES for measuring the empowerment of both parents and generic families who use family services?

Methods

Participants

The participants were parents of children aged 0–9 years. Parents were selected from the population information system of the Population Register Centre using stratified random sampling. Children were stratified into the following age groups: 0–1, 2–5, 6-year-olds, 7-year-olds, and 8-year-olds. These age groups were selected so as to enlist parents using different family services (child health clinic, school health care, day care, pre-school and primary school). A total of 320 mothers and 320 fathers were selected for each age group to evaluate suitability of

the Finnish FES for both parents. The other selection criteria were: only one parent of a child was selected; mother or father was selected only once; the parent was the child's guardian; the parent could live in a different household than the child, and the parent's first language was Finnish.

In total, 955 parents responded to the questionnaire (response rate 30%). The parents who responded were significantly older than a randomized sample [mothers $M = 35.6$ ($SD = 6.0$) versus $M = 34.9$ ($SD = 6.3$), $P = 0.014$, fathers $M = 38.7$ ($SD = 6.8$) versus $M = 37.5$ ($SD = 6.5$), $P = 0.003$]. The fathers who responded were more often married or in a registered relationship (77% versus 71%), lived less often in a cohabitation (19% versus 23%) and were less often divorced, unmarried or a widower (4% versus 6%) than the randomized sample ($P = 0.036$). Parents who responded and those in the randomized sample did not vary significantly in regard to residential county, child's gender, child's age or number of people in the household (Perälä *et al.* 2011).

Of the respondents 60% were mothers. Children's age varied from 2 months to 8.8 years ($M = 5.3$, $SD = 2.5$) and there were as many girls (50%) as boys (50%). The children's health was very good in just under three quarters of cases (73%). One in five children (19%) had some developmental disabilities with most related to development in speaking, eyesight, attention, behaviour and motor coordination (Table 1).

Measures

The original FES (Koren *et al.* 1992) has 34 items and three subscales. The family subscale (12 items) refers to the parents' management of everyday situations. The service system subscale (12 items) refers to parents' acting to obtain services the child needs from the service system. The community subscale (10 items) refers to parents' advocacy for improving services for children in general. The original FES (Koren *et al.* 1992) was translated into Finnish using back translation. The perspective of the current study was in prevention of family problems. Hence most families did not have children with developmental disabilities. However, parents should feel empowered and that their opinions are taken into account irrespective of whether their children have disabilities or not. Given these issues the face-validity of the Finnish FES was evaluated by a group of multidisciplinary experts. According to their decision, three items in the family subscale which dealt with parents' ability to handle and solve problems and make and realize related decisions were combined into a single item (number 8) so as not to overplay problems. Phrasings of some items were also modified so as to be more general (e.g. 'child's

Table 1. Demographic characteristics of the participants

	<i>n</i>	%
Parents' gender		
Female	571	60
Male	384	40
Parents' age		
30 years or less	163	18
31–35 years	252	28
36–40 years	265	29
Over 40 years	231	25
Parents' marital status		
Married or registered	673	74
Cohabitation	176	19
Divorced/unmarried/widow(er)	63	7
Parents' highest level of education		
Comprehensive	63	7
High school/vocational	318	35
College	330	37
Academic	185	21
Parents' employment		
Work	608	67
Parental leave/at home	217	24
Unemployed	42	5
Retirement or longer sick leave	13	1
Student	25	3
Parents' health		
Good	486	53
Quite good	305	34
Moderate/quite poor/poor	122	13
Child's gender		
Girl	468	50
Boy	469	50
Child's age		
Under 3 years	199	24
3–6 years	212	25
Over 6 years	434	51
Child's care		
Home	296	31
Day care	252	27
Pre-school	146	16
School	249	26
Child's health		
Very good	696	73
Quite good	236	25
Moderate/quite poor/poor	15	2
Child's developmental disabilities		
No disabilities	770	81
Some disabilities	185	19

disorders' was modified to 'child's limitations'). The Finnish FES was piloted with parents ($n = 17$) of children aged 0–9 years. No changes were made after the pilot study. The Finnish FES has 32 items (10 on family, 12 on the service system and 10 on community) and a five-point Likert-type rating scale (1 = not true at all, 5 = very true). Higher scores indicate high levels of empowerment, with a maximum score per item of 5 (Table 2).

Table 2. The means and standard deviations of the items, accounts for variances and the factor loadings of the items of the Finnish Family Empowerment Scale by Confirmatory Factor Analysis

Items (original item number by Koren <i>et al.</i> 1992) and factors	Mean (SD)	Accounts for variances %	Loadings		
			Family	Service System	Community
Family					
Fam1: I feel confident in my ability to help my child grow and develop. (4)	4.6 (0.7)	50	0.71		
Fam2: I know what to do when problems arise with my child. (7)	4.3 (0.7)	47	0.69		
Fam3: I feel my family life is under control. (9)	4.5 (0.9)	40	0.63		
Fam4: I am able to get information to help me better understand my child. (16)	4.4 (0.8)	45	0.67		
Fam5: When I need help with problems in my family, I am able to ask for help from others. (26)	4.0 (1.0)	33	0.57		
Fam6: I make efforts to learn new ways to help my child grow and develop. (27)	4.5 (0.7)	56	0.75		
Fam7: When dealing with my child, I focus on the good things as well as the problems. (29)	4.6 (0.6)	60	0.77		
Fam8: When faced with a problem involving my child, I decide what to do and then do it. (31, 21, 2)	4.4 (0.7)	53	0.73		
Fam9: I have a good understanding of my child's disorder. (33)	4.4 (0.7)	51	0.72		
Fam10: I feel I am a good parent. (34)	4.3 (0.8)	49	0.70		
Service system					
Sys1: I feel that I have a right to approve all services my child receives. (1)	4.5 (0.8)	22		0.47	
Sys2: I know the steps to take when I am concerned my child is receiving poor services. (5)	4.1 (1.0)	34		0.58	
Sys3: I make sure that professionals understand my opinions about what services my child needs. (6)	4.2 (0.8)	45		0.67	
Sys4: I am able to make good decisions about what services my child needs. (11)	4.4 (0.8)	52		0.72	
Sys5: I am able to work with agencies and professionals to decide what services my child needs. (12)	4.5 (0.8)	48		0.69	
Sys6: I make sure I stay in regular contact with professionals who are providing services to my child. (13)	3.9 (1.1)	30		0.55	
Sys7: My opinion is just as important as professionals' opinions in deciding what services my child needs. (18)	3.9 (1.1)	16		0.40	
Sys8: I tell professionals what I think about services being provided to my child. (19)	4.0 (1.0)	39		0.62	
Sys9: I know what services my child needs. (23)	4.2 (0.8)	56		0.75	
Sys10: When necessary, I take the initiative in looking for services for my child and family. (28)	4.4 (0.8)	44		0.67	
Sys11: I have a good understanding of the service system that my child is involved in. (30)	3.5 (1.1)	37		0.31	0.38
Sys12: Professionals should ask me what services I want for my child. (32)	3.7 (1.0)	*		*	*
Community					
Com1: I feel I can have a part in improving services for children in my community. (3)	3.2 (1.1)	48			0.70
Com2: I get in touch with my legislators when important bills or issues concerning children are pending. (8)	2.8 (1.1)	59			0.77
Com3: I understand how the service system for children is organized. (10)	3.2 (1.1)	62			0.79
Com4: I have ideas about the ideal service system for children. (14)	3.5 (1.1)	55			0.74
Com5: I help other families get the services they need. (15)	3.0 (1.2)	48			0.69
Com6: I believe that other parents and I can have an influence on services for children. (17)	3.8 (1.0)	29			0.54
Com7: I tell people in agencies and government how services for children can be improved. (20)	2.9 (1.2)	50			0.71
Com8: I know how to get agency administrators or legislators to listen to me. (22)	2.7 (1.1)	53			0.73
Com9: I know what the rights of parents and children are under the special education laws. (24)	3.7 (1.0)	48			0.69
Com10: I feel that my knowledge and experience as a parent can be used to improve services for children and families. (25)	3.3 (1.1)	32			0.57

*The item did not load on any factor.

In addition the parents were asked about their participation in the activities organized by the services. The activities were developing discussions regarding the child, regular follow-up of the child's growth and skills, and meetings with the parents. Response alternatives were phrased in terms of whether they had or had not participated in, and whether they would or would not have liked to participate in the activities.

The parents were also asked basic demographic information about themselves and their child.

Procedure

The material was gathered as part of a National Institute of Health and Welfare project on integrated management in

children youth and family services. The questionnaire for parents was sent by post in June 2009. Two reminder letters with the same questionnaire were sent to the parents who did not respond in August and September 2009. The study adhered in all phases to the guidelines on good scientific practice published by ETENE and the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki (The World Medical Association 1964). The ethical committee of the National Institute of Health and Welfare approved the study (§ 43/2009).

Analysis

The construct of the Finnish FES was examined defining its construct validity using a confirmatory factor analysis (CFA). The sufficiency of the construct was evaluated using goodness-of-fit statistics. Then the subscales based on the CFA were examined. Convergent validity was defined as a correlation of at least 0.40 for the item with its own factor. Discriminant validity was defined such that the correlation between the item and other factors was lower than the correlation between the item and its own factor. Validities were evaluated using Pearson correlation coefficients. Concurrent validity is usually defined as the degree of correspondence between a measure and a criterion variable measured by their correlation (Bollen 1989). In this study, the concurrent validity was examined by comparing parents' participation and empowerment using the one-way analysis of variance (ANOVA) to test differences between the groups. In the previous FES studies participating parents have been more empowered than the non-participating parents (Koren *et al.* 1992; Singh *et al.* 1997; Itzhaky & Schwartz 2000).

Reliability was defined as the internal consistency of the Finnish FES using the Cronbach's Alpha coefficient. The coefficients at least 0.80 were considered acceptable. Responsiveness was defined as the ability of the Finnish FES to detect the responses of the participants and to reflect similar results compared with previous FES studies. Responsiveness was evaluated by examining the distributions, the means of the items and subscales as well as differences between the participants. Descriptive methods, the T-test, and the one-way analysis of variance (ANOVA) were used. The effect sizes of the statistically significant differences were examined using an eta square (η^2) (Bollen 1989). The values of eta square were defined as follows: <0.01 not significant, <0.06 small, <0.14 medium and >0.14 large effects (Cohen 1988). Data were analysed using SPSS for Windows (version 19) and AMOS (version 19). Both parametric and non-parametric tests were used, but only parametric results were reported because of similar results. Significance was defined as having a *P*-value of <0.05 (Bollen 1989).

Results

Construct validity

The three factors that were also part of the original FES subscales were confirmed as the most meaningful also in the Finnish FES. The items of the original family and community subscales were found to load on to their own factors (Table 2). In regard to the service system, item 11 'I have a good understanding of the service system that my child is involved in' loaded onto both the service system and the community factors, while item 12 'Professionals should ask me what services I want for my child' did not load on any factor. Both items were left in the Finnish FES. Other items from the service system subscale loaded onto a single factor. The loadings between the items and the factors ranged from 0.31 to 0.79 ($P < 0.001$) (Table 2). The factors were allowed to correlate with each other. The correlations between the factors were: family–service system 0.61, family–community 0.37 and service system–community 0.56 ($P < 0.001$). The goodness-of-fit indices varied between 0.81 and 0.85, the RMSEA was 0.7 and the *P*-value was <0.05 (Table 3).

Convergent and discriminant validity

Coefficient correlations between the items and their own subscale were 0.7–0.8 in the family, 0.5–0.7 in the service system (except 0.31 for item 12) and 0.6–0.8 in the community subscales. Correlations between the items and the other subscales were 0.1–0.5 in the family and the service system and 0.2–0.5 in the community subscales.

Concurrent validity

Parents who participated in the service-organized activities felt more empowered than both the parents who wanted to participate but could not and the parents who had not wanted to

Table 3. Goodness-of-fit statistics of the Finnish Family Empowerment Scale (FES)

Goodness-of fit statistics (limiting value)	The Finnish FES
χ^2	2402.9
d.f.	461
$\chi^2/d.f.$ (<2)	5.2
<i>P</i> -value (>0.05)	<0.001
NFI (>0.95)	0.82
CFI (>0.95)	0.85
NNFI (>0.95)	0.83
RMSEA (<0.06)	0.07

participate. A similar relationship between parent's participation and empowerment showed in all services and in all forms of activity undertaken. The most significant differences in empowerment between the participating and non-participating parents appeared in the contexts of school and day care (Table 4).

Reliability

Cronbach's Alpha coefficients ranged between 0.84 and 0.90 among all participants. Alpha coefficients were 0.83–0.90 in mothers and 0.85–0.91 in fathers. For parents whose children had some developmental disabilities, the coefficients were 0.89–0.90 and for parents whose children had no developmental disabilities, the coefficients were 0.84–0.91 (Table 5).

Responsiveness

Survey responses covered the whole of the response scale, although most were centred on high levels of empowerment. The response 'not true at all' (value 1) constituted 0.2–18% and the response 'very true' (value 5) constituted 7–70% of the responses for the items. For all subscales, the minimum score was seldom selected (0.1–0.5%). Maximum scores were given most in the family subscale (14.2%) and were given least in the community subscale (1.9%). The means of the items are shown in Table 2 and the means for the subscales in Table 5.

Mothers felt more empowered than fathers in the family ($t[877] = 2.9, P = 0.03$) and service system ($t[849] = 2.4, P = 0.016$) subscales. The parents who lived with a partner felt more empowered than the single parents in the family subscale ($F[2, 870] = 5.4, P = 0.004$). Parents who had a college or university level education felt more empowered than the less educated in the community subscale ($F[3, 837] = 4.1, P = 0.006$). Parents with good health felt more empowered than the parents with at most moderate health in the family ($F[2, 871] = 28.9, P < 0.001$) and the service system ($F[2, 844] = 11.9, P < 0.001$) subscales. The parents who reported having a healthy child felt more empowered in the family ($F[2, 872] = 13.9, P < 0.001$) and the service system ($F[2, 844] = 7.3, P = 0.001$) subscales than parents reporting having children with moderate health. The parents whose child showed no developmental disabilities felt more empowered than parents whose child had shown some irregularity in the family subscale ($t[877] = -2.4, P = 0.005$). Other demographic characteristics were not statistically significantly related to empowerment (Table 5).

Discussion

The validity of the Finnish FES was evaluated by examining the construct, convergent, discriminant and concurrent validities. CFA

established that the Finnish FES had three factors based on the original FES subscales (Koren *et al.* 1992). However, two of the subscales correlated with each other rather strongly: the family–services ($r = 0.61$) and the services–community ($r = 0.56$) subscales. The convergent and discriminant validities were confirmed and the loadings on the items were over 0.50, with the exceptions of three items in the service subscale. According to these results, the items were more related to their own subscale than to others, which implies that the three subscales are separate but related dimensions of empowerment. Only two items in the service system subscale loaded divergently. Item 11 'I have a good understanding of the service system that my child is involved in' loaded on both the service system and the community subscales. This may be because of differences in the service provision in different countries. In Finland, these family services are mainly provided by municipalities and not many alternatives exist. The services for all age groups are also mostly well-known, while special services are less well-known, which may explain the rather low mean ($M = 3.5$) in this item. Item 12 'Professionals should ask me what services I want for my child' did not show any loading on any of the subscales. The services are available and similar for all families in Finland, so it is not customary to ask what services families need. However, a CFA was also carried out, so these two items were dropped from analysis. The correlations between the factors were the same in both constructs. The loadings between the items and the factors were the same or changed on a little (0.01). There were no significant differences between the means, the standard deviations or the Cronbach's Alpha coefficients in the factors with or without these two items. The goodness-of-fit statistics varied from 0.82 to 0.85 in the Finnish FES with 32 items and they varied from 0.83 to 0.86 in the Finnish FES without these two items. The RMSEA did not change. The relative chi square was better in the Finnish FES with 32 items (5.2) than in the Finnish FES without these two items (5.4). So, the construct of the Finnish FES with or without items 11 and 12 was considered statistically quite similar. Hence these two items (11 and 12) were left in the service system subscale because of their conceptual significance and the correspondence with the original FES (Koren *et al.* 1992). However, in the future, some thought could be given to the removal of these items. Evaluating the sufficiency of a construct always depends on the context. The construct of the Finnish FES based on the original FES was conceptually sufficient. The construct could also be considered statistically sufficient even if the measured values for the goodness-of-fit statistics did not completely reach limiting values (Bollen 1989). In common with the previous FES studies (Koren *et al.* 1992; Singh *et al.* 1997; Itzhaky & Schwartz 2000) the participating parents felt more empowered than the non-participating parents, which supported the concurrent validity of the Finnish FES.

Table 4. Parents' empowerment related to their participation in the activities in the services

	Family						Service system						Community											
	n	Yes		No, but I would want		No, I don't want		n	Yes		No, but I would want		No, I don't want		n	Yes		No, but I would want		No, I don't want				
		M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F		M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F		M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F	M (SD)	F	η^2
Growing discussion																								
Child health clinic/school health care	256–270	4.5 (0.5)	4.8**	4.2 (0.7)	4.3 (0.6)	4.4 (0.6)	4.8**	0.04	4.2 (0.5)	3.9 (0.6)	4.1 (0.6)	4.6*	0.04	3.3 (0.8)	3.0 (0.7)	3.1 (0.8)	2.9	–						
Day care	323–331	4.4 (0.5)	5.3**	4.2 (0.9)	3.9 (0.8)	3.8 (0.7)	5.3**	0.03	4.2 (0.5)	3.8 (0.7)	3.8 (0.4)	7.7**	0.05	3.2 (0.8)	2.8 (0.9)	2.8 (0.9)	5.0**	0.03						
Pre-school	235–242	4.4 (0.5)	6.0**	4.2 (0.8)	3.9 (0.7)	3.8 (0.6)	6.0**	0.05	4.2 (0.5)	3.8 (0.6)	3.8 (0.6)	4.4*	0.04	3.2 (0.7)	3.0 (0.8)	2.9 (0.9)	1.2	–						
School	217–230	4.4 (0.6)	8.6***	4.3 (0.4)	3.6 (0.7)	3.9 (0.4)	8.6***	0.07	4.1 (0.6)	3.9 (0.4)	3.6 (0.5)	4.7*	0.04	3.2 (0.8)	3.2 (0.6)	3.1 (0.9)	0.2	–						
Follow-up of the growth																								
Child health clinic/school health care	349–363	4.4 (0.5)	2.5	4.3 (0.7)	4.4 (0.6)	3.9 (0.5)	2.5	–	4.1 (0.6)	4.1 (0.6)	4.1 (0.6)	3.4*	0.02	3.2 (0.8)	3.0 (0.7)	3.1 (0.9)	3.8*	0.02						
Day care	308–314	4.5 (0.5)	5.8**	4.1 (0.8)	4.3 (0.8)	3.9 (0.6)	5.8**	0.04	4.2 (0.5)	3.9 (0.6)	3.7 (0.6)	8.7***	0.05	3.3 (0.8)	3.1 (0.9)	2.5 (1.3)	3.5*	0.02						
Pre-school	201–206	4.5 (0.5)	5.2**	4.3 (0.5)	3.9 (1.1)	4.0 (0.5)	5.2**	0.05	4.2 (0.5)	4.0 (0.5)	4.1 (0.8)	1.1	–	3.3 (0.8)	3.0 (0.6)	3.0 (1.1)	2.3	–						
School	133–138	4.4 (0.7)	4.9**	4.2 (0.6)	3.7 (1.1)	3.8 (0.6)	4.9**	0.07	4.2 (0.6)	3.8 (0.6)	3.6 (0.5)	7.0**	0.10	3.3 (0.9)	2.9 (0.7)	2.9 (1.0)	2.4	–						
Parents' meetings																								
Child health clinic/school health care	168–180	4.5 (0.5)	1.4	4.4 (0.5)	4.3 (0.5)	4.1 (0.5)	1.4	–	4.1 (0.5)	4.1 (0.5)	4.0 (0.5)	1.0	–	3.2 (0.8)	3.1 (0.9)	3.2 (0.7)	0.1	–						
Day care	301–310	4.4 (0.6)	0.9	4.3 (0.7)	4.2 (0.6)	4.2 (0.5)	0.9	–	4.2 (0.5)	4.2 (0.5)	4.1 (0.6)	0.3	–	3.2 (0.8)	3.3 (0.9)	2.6 (1.1)	3.9*	0.03						
Pre-school	235–241	4.5 (0.5)	5.9**	4.2 (0.8)	4.1 (0.6)	4.2 (0.4)	5.9**	0.05	4.2 (0.5)	4.2 (0.4)	3.9 (0.6)	1.2	–	3.2 (0.8)	3.1 (0.7)	3.2 (0.8)	0.3	–						
School	222–233	4.4 (0.5)	12.9***	4.2 (0.8)	3.7 (1.0)	4.0 (0.5)	12.9***	0.10	4.1 (0.6)	4.0 (0.5)	3.7 (0.7)	3.4*	0.03	3.2 (0.8)	3.1 (0.7)	3.1 (0.9)	0.4	–						

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$.

Used as a test One-way ANOVAS.

F = Mean square between groups/Mean square within groups.

η^2 (Eta square) = Sum of squares between groups/Sum of squares total.

Table 5. Parents' empowerment and the subscales' reliability

	<i>n</i>	Family				Service system				Community			
		M (SD)	F/t	η^2	Alpha	M (SD)	F/t	η^2	Alpha	M (SD)	F/t	η^2	Alpha
All	851–859	4.4 (0.6)			0.90	4.1 (0.6)			0.84	3.2 (0.8)			0.90
Parents gender			2.9**	0.01			2.4*	0.01			<0.1	–	
Mother	511–534	4.4 (0.5)			0.88	4.1 (0.5)			0.83	3.2 (0.8)			0.90
Father	337–345	4.3 (0.6)			0.91	4.0 (0.6)			0.85	3.2 (0.8)			0.90
Parents' marital status			5.4**	0.01			1.8	–			1.5	–	
Married or registered	623–642	4.4 (0.5)			0.89	4.1 (0.5)			0.83	3.2 (0.8)			0.90
Cohabitation	164–168	4.4 (0.5)			0.88	4.1 (0.5)			0.84	3.1 (0.8)			0.92
Divorced/unmarried/widow(er)	57–61	4.2 (0.8)			0.94	4.0 (0.7)			0.89	3.1 (0.8)			0.90
Parents' highest level of education			0.7	–			0.9	–			4.1**	0.02	
Comprehensive	55–58	4.4 (0.5)			0.89	4.1 (0.6)			0.85	3.1 (0.9)			0.91
High school/vocational	297–308	4.4 (0.6)			0.90	4.1 (0.6)			0.87	3.1 (0.8)			0.90
College	306–315	4.4 (0.5)			0.89	4.1 (0.5)			0.83	3.3 (0.7)			0.90
Academic	165–176	4.4 (0.6)			0.91	4.1 (0.5)			0.81	3.3 (0.9)			0.91
Parents' health			28.9***	0.06			11.9***	0.03			1.4	–	
Good	444–467	4.5 (0.5)			0.89	4.2 (0.5)			0.82	3.2 (0.8)			0.91
Quite good	289–291	4.3 (0.6)			0.89	4.0 (0.6)			0.86	3.1 (0.7)			0.90
Moderate/quite poor/poor	108–115	4.2 (0.6)			0.90	4.0 (0.6)			0.83	3.2 (0.8)			0.89
Children's health			13.9***	0.03			7.3**	0.02			1.3	–	
Good	627–649	4.5 (0.5)			0.89	4.1 (0.5)			0.84	3.2 (0.8)			0.91
Quite good	204–210	4.3 (0.6)			0.90	4.1 (0.5)			0.83	3.1 (0.7)			0.90
Moderate/quite poor/poor	13–14	3.9 (0.9)			0.91	3.6 (0.9)			0.90	3.0 (0.9)			0.89
Children's developmental disabilities			–2.4*	0.01			–1.0	–			–0.1	–	
No disabilities	695–716	4.4 (0.5)			0.89	4.1 (0.5)			0.85	3.2 (0.8)			0.91
Some disabilities	156–163	4.3 (0.7)			0.91	4.1 (0.6)			0.82	3.2 (0.8)			0.89

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$.

Used as a test T-test and One-way ANOVAS.

F = Mean square between groups/Mean square within groups.

η^2 (Eta square) = Sum of squares between groups/Sum of squares total.

The reliability of the Finnish FES was evaluated using Cronbach's Alpha coefficient. All measured coefficients were acceptable ($\alpha \geq 0.82$, Bollen 1989). There were no significant differences between mothers and fathers or between parents whose children had or did not have developmental disabilities. In addition, the Alpha coefficients were fairly similar to those of previous FES studies ($\alpha \geq 0.81$). So, the reliability of the Finnish FES was as good with generic families as with families of children with developmental disabilities.

The responsiveness of the Finnish FES was evaluated examining the means of the items and subscales and comparing them with previous studies. In accordance with previous FES studies, the mean values for empowerment were high, varying such that the highest mean values were seen in the family subscale and the lowest mean values were in the community subscale. For the family subscale's item 'I feel confident in my ability to help my child grow and develop', 70% of parents answered that they fully agreed with the item. In this study, children were basically healthy, which maybe explained the skew on this item. As previously (Curtis & Singh 1996; Singh *et al.* 1997), mothers felt more empowered than fathers. In common with Nachshen and Minnes'

(2005) study, which investigated empowerment in parents of children with and without developmental disabilities, the parents of a child without developmental disabilities were more empowered than parents whose child had some developmental disabilities. The relationship between empowerment and the parents' own health has not been investigated directly but it is known that depression symptoms are related to lower empowerment (Gerkenmeyer *et al.* 2008; Martinez *et al.* 2009). In this study the healthy parents felt more empowered than the parents who perceived their health to be moderate. As a whole, the results were consistent irrespective of whether the parents had children with or without developmental disabilities. The child's age or the services used by the child had no effect on the results.

According to this study, the Finnish FES can discriminate the responses of generic parents. When examining the effect sizes, parents' own health had only a medium effect on their feeling of empowerment and other background characteristics had small or non-significant effects.

There were some limitations to this study. First, the original FES appeared to be a service-system-specific instrument. It was not carried out a systematic evaluation of how the means and

standard deviations of the participants among the various groups would have changed if the poorly performing items (11 and 12 in the service system subscale) had been removed, which in future should be done. Second, because of the service-system specificity, using the original FES in other countries would necessitate testing the psychometric properties again. However, the Finnish FES could easily be modified for use with other Scandinavian countries because of the similar service systems. Third, the response rate was quite low (30%), which can mean that parents, who were less empowered, did not answer at all. Hence the results of the empowerment levels should be interpreted with caution. However, the data were sufficient for the analyses.

The Finnish FES enables the examination and comparison of parent's empowerment in the different family services. In Finland, this is essential given their aim of promoting family welfare and their possibility to reach most families with small children. However, it is necessary to consider how the Finnish FES would be able to identify in the best way parents who perhaps need some special support. One possibility could be that the parents whose FES scores remain for example in the lower quartile will be given special consideration. It would also be possible to examine some cut-off score, which may be of help in identifying parents who need special support. Further research of the factors that may influence the empowerment of parents in all kinds of families is needed. In addition, it is necessary to explore how parents have experienced being able to influence and make decisions in the different family services and how this relates to their empowerment.

In conclusion, this study established that the Finnish FES is a valid and reliable instrument and it is suitable for measuring empowerment of both mothers and fathers in all kinds of families.

Key messages

- The FES is a widely used instrument that measures parents' own sense of their empowerment. Originally it was developed for parents whose children had emotional disabilities.
- Parents' empowerment is associated with their ability and confidence to manage their children and to impact positively on children's services and environment.
- This study established that the Finnish FES is a valid and reliable instrument.
- This study also suggested that the Finnish FES is a generic instrument that is suitable for measuring the empowerment of parents with small children.

Acknowledgements

We would like to thank Professor Pertti Töttö of the University of Eastern Finland for his valuable statistical assistance. This study was supported by the Finnish Doctoral Programme in Nursing Science and the Academy of Finland.

References

- Akey, T. M., Marquis, J. M. & Ross, M. E. (2000) Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational and Psychological Measurement*, **60**, 419–438.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. W.H. Freeman, New York, NY, USA.
- Benson, P. R. & Kersh, J. (2011) Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **41**, 1675–1685.
- Björck-Åkesson, E. & Granlund, M. (1997) Changing perspectives in early intervention for children with disabilities in Sweden. *Infants and Young Children*, **9**, 56–68.
- Bollen, K. (1989) *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley, New York, NY, USA.
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edn. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, MI, USA.
- Cunningham, P., Henggeler, S., Brondino, M. & Pickrel, S. (1999) Testing underlying assumptions of the family empowerment perspective. *Journal of Child and Family Studies*, **8**, 437–447.
- Curtis, W. J. & Singh, N. (1996) Family involvement and empowerment in mental health service provision for children with emotional and behavioral disorders. *Journal of Child and Family Studies*, **5**, 503–517.
- Dempsey, I. & Dunst, C. (2004) Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, **29**, 40–51.
- Farber, M. L. & Maharaj, R. (2005) Empowering high-risk families of children with disabilities. *Research on Social Work Practice*, **15**, 501–515.
- Gerkenmeyer, J. E., Perkins, S. M., Scott, E. L. & Wu, J. (2008) Depressive symptoms among primary caregivers of children with mental health needs: mediating and moderating variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, **22**, 135–146.
- Green, J. & Tones, K. (2010) *Health Promotion, Planning and Strategies*, 2nd edn. Sage Publications, London, UK.
- Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993) Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, **46**, 1417–1432.
- Itzhaky, H. & Schwartz, C. (2000) Empowerment of parents of children with disabilities: the effect of community and personal variables. *Journal of Family Social Work*, **5**, 21–35.

- Izhaky, H. & York, A. S. (2000) Empowerment and community participation: does gender make a difference? *Social Work Research*, 24, 225–234.
- Koelen, M. A. & Lindström, B. (2005) Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 10–16.
- Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. (1992) Measuring empowerment in families whose members have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37, 305–321.
- Leino, T., Koskenniemi, E., Saranpää, P.-R., Strönberg, N. & Kilpi, T. (2007) Very high infant vaccination coverage, international 'false alarms' had no effect in Finland. *Finnish Medical Journal*, 62, 739–743.
- Martinez, K. G., Perez, E. A., Ramirez, R., Canino, G. & Rand, C. (2009) The role of caregivers' depressive symptoms and asthma beliefs on asthma outcomes among low-income Puerto Rican children. *The Journal of Asthma*, 46, 136–141.
- McConaughy, S., Kay, P. & Fitzgerald, M. (1999) The achieving, behaving, caring project for preventing ED: two-year outcomes. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 7, 224–240.
- McConaughy, S., Kay, P. & Fitzgerald, M. (2000) How long is long enough? Outcomes for a school-based prevention program. *Exceptional Children*, 67, 21–34.
- Ministry of Finance (2008) *Synthesis Report on Basic Public Services*. Publications of Ministry of Finance 14/2008, Edita Prima, Helsinki, Finland.
- Nachshen, J. S. & Minnes, P. (2005) Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 889–904.
- National Institute for Health and Welfare (2011) *The children's daycare 2010*, Statistical reports of National Institute for Health and Welfare 46/2011. Available at: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr46_11.pdf (accessed from January 2013).
- Perälä, M.-L., Salonen, A. H., Halme, N. & Nykänen, S. (2011) *How do services for families and children meet the needs? Parents' views*, Reports of National Institute of Health and Welfare 36/2011, Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere, Finland.
- Powers, L., Turner, A., Ellison, R., Matuszewski, J., Wilson, R., Phillips, A. & Rein, C. (2001) A multicomponent intervention to promote adolescent self-determination. *Journal of Rehabilitation*, 67, 13–19.
- Rappaport, J. (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention; toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–148.
- Rodwell, C. M. (1996) An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305–313.
- Scheel, M. J. & Rieckmann, T. (1998) An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 15–27.
- Singh, N., Curtis, W. J., Ellis, C. R., Wechsler, H. A., Best, A. M. & Cohen, R. (1997) Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 223–229.
- Statistics Finland (2007) *The children's knowledge and skills*, Welfare review of Statistics Finland 1/2007. Available at: http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka_2007_01.html (accessed from January 2013).
- The World Medical Association (1964) *World Medical Association Declaration of Helsinki*. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Thompson, N. (2000) *Understanding Social Work: Preparing for Practice*. Macmillan Press, London, UK.
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Yoneyama, A., Iejima, A. & Miyamoto, S. (2011) Factors associated with the empowerment of Japanese families raising a child with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1030–1037.
- Walsh, T. & Lord, B. (2004) Client satisfaction and empowerment thorough social work intervention. *Social Work in Health Care*, 38, 37–56.
- Yatchmenoff, D. K., Koren, P. E., Friesen, B. J., Gordon, L. J. & Kinney, R. F. (1998) Enrichment and stress in families caring for a child with a serious emotional disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 129–145.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988) Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725–750.

Associations between family characteristics and parental empowerment in the family, family service situations and the family service system

M. Vuorenmaa,* M.-L. Perälä,† N. Halme,† M. Kaunonen‡ and P. Åstedt-Kurki‡

*School of Health Sciences, Nursing Science, Finnish Post-Graduate School in Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland

†National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, and

‡School of Health Sciences, Nursing Science, Pirkanmaa Hospital District, University of Tampere, Tampere, Finland

Accepted for publication 27 May 2015

Summary

Background Parental empowerment signifies parents' sense of confidence in managing their children, interacting with services that their children use and improving child care services. High empowerment is associated with parents' resilience to demands and their confidence to make decisions and take actions that positively affect their families. Most families with children access various healthcare and education services. Professionals working in these services are therefore ideally placed to reinforce parental empowerment. However, little is known about the characteristics associated with parental empowerment within a generic sample of parents or in the context of basic child care services.

Aim The aim of this study was to assess how family characteristics are associated with maternal and paternal empowerment in the family, in service situations and in the service system.

Method Parental empowerment was measured among 955 parents (mothers = 571; fathers = 384) of children aged 0–9 years using the Generic Family Empowerment Scale. Family characteristics were assessed through questions on children, parents and the life situation. Associations between empowerment and family characteristics were evaluated using one-way analysis of variance and *t*-test. Parental empowerment was predicted by multiple linear regression analysis.

Results Parents' concerns related to their parenting, such as whether they possessed sufficient skills as a parent or losing their temper with children, as well as experiences of stress in everyday life, were negatively associated with all dimensions of maternal and paternal empowerment. Both determinants were more common and more significant in empowerment than child-related problems.

Conclusion Promoting parental self-confidence and providing appropriate emotional and concrete support for everyday functioning may reinforce parental empowerment, thereby enhancing families' well-being and coping, as well as improving their access to required services and timely support. Finally, it may facilitate the provision of better services to all families.

Keywords

empowerment, family, parents

Correspondence:

Maaret Vuorenmaa, School of Health Sciences, Nursing Science, Finnish Post-Graduate School in Nursing Science, University of Tampere, FI-33014 Tampere, Finland
Email: maaret.vuorenmaa@uta.fi

Introduction

Empowerment is linked to internal resources and a sense of ownership of one's life (Mendez 2010; Raivio and Karjalainen,

2013). It refers to individuals acquiring a sense of mastery over their lives by building their confidence and self-esteem, developing coping mechanisms and skills, and taking control of the decisions that influence their lives (Wallerstein 2006).

This study focuses on parental empowerment. It is a process through which families can access knowledge, skills and resources that enable them to gain positive control over their lives (Singh *et al.* 1995). High parental empowerment is associated with parents' resilience to demands and their confidence to make decisions and take actions that positively affect their families. Lack of parental empowerment reflects powerlessness, helplessness, hopelessness and dependency (Zimmerman 2000). We assessed three dimensions of parental empowerment: parents' sense of confidence in managing their children in everyday life (family dimension), interacting with services that their child used (service situation dimension) and improving basic child care services (service system dimension). Parental empowerment as a phenomenon is consistent worldwide irrespective of family cultures or service delivery (Wallerstein 2006). However, different service structures may influence parental empowerment in service situations and in the service system.

Most families with children access various healthcare (e.g. child health clinics) and education (e.g. day care and preschool) services. Professionals working in these services are therefore ideally placed to improve families' overall well-being. They also offer the prerequisites for parental empowerment and may reinforce it. However, knowledge about parental empowerment within a generic sample of parents and in the context of basic child care services is scant. Further, most respondents in previous studies have been mothers. Knowledge about paternal empowerment is less, yet in recent years, fathers have been increasingly involved in the care of children (Wall and Arnold, 2007).

Previous research has mainly focused on specific services, service situations or groups. Studies have investigated parental empowerment in ambulatory care (Tourigny *et al.* 2008) or in paediatric rehabilitation (Øien *et al.*, 2009) or in families with children with conditions such as cerebral palsy (Rentinck *et al.*, 2009) or diabetes (Robinson *et al.* 2011). Research among the families of children with some conditions indicates that parents' increased empowerment is associated with improved resources (Øien *et al.*, 2009), family cohesion, relations and functioning (Scheel and Rieckmann, 1998) and reduced parenting stress (Øien *et al.*, 2009) as well as with children's improved psychosocial, physical and social development (Chao *et al.*, 2006). Positive associations have been found between parental empowerment and parents' experiences of the accessibility of basic services and sufficiency of support (Halme *et al.*, 2014). There is evidence that parental empowerment is also positively associated with parental engagement in obese child care (Faith *et al.* 2012), satisfaction with oncology care

decisions made (McKenna *et al.*, 2010), and the continuity of care between hospital and home (Tourigny *et al.*, 2008).

This study aims to assess how family characteristics are associated with parental empowerment and evaluate how these associations differ between mothers and fathers.

Method

Participants and settings

The participants were parents of children aged 0–9 years in Finland. They were drawn from the Population Register Centre's information system using stratified random sampling. The children were stratified into five age groups: 0–1, 2–5, 6, 7 and 8 years to obtain a sample of parents using different services. Only one parent per child was included in the sample, mother or father was selected only once and the parent had to be the child's guardian. A parent who lived in a different household from the child was included because both parents usually continue to serve as guardians even after divorce in Finland.

The service context where the parents evaluated their empowerment included healthcare and education services in Finland. Child health clinics monitor and promote the health of children under school age and support parents with upbringing, reaching 99.5% families (Hakulinen-Viitanen and Pelkonen, 2009). For children starting school, school healthcare services take over. All children under school age have the right to day care, and 62% of children attend it (National Institute for Health and Welfare, 2011). One year before beginning primary school at the age of 7 years, all children take part in preschool education (Ministry of Education and Culture, 2013).

Sample size was estimated using the STATISTICS CALCULATORS software: 108 cases were required to reach an effect size of 0.15 with 80% power for an alpha of 0.05 when entering eight predictors in the model (Cohen *et al.*, 2003; Soper, 2015).

A total of 955 parents responded to the questionnaire (response rate 30%). Those who responded were significantly older ($P < 0.05$), and the fathers who responded lived more often with a partner ($P = 0.036$) than the randomized sample. The respondents and the parents in the randomized sample did not vary significantly in terms of place of residence, child's gender, child's age or number of people in the household.

Measures

Parental empowerment was measured by the Generic Family Empowerment Scale (G-FES, Perälä *et al.*, 2011; Vuorenmaa

et al., 2014), which is based on the Family Empowerment Scale developed for families of children with emotional disabilities (Koren *et al.*, 1992). Divided into three dimensions, G-FES includes 32 items. The family dimension (10 items, Cronbach's $\alpha = 0.90$) captures the parents' sense of confidence to manage as parents in their everyday life, cope with problems, ask for help if required and contribute to the child's development. The service situation dimension (12 items, $\alpha = 0.84$) refers to the parents' sense of knowledge, understanding and rights associated with their child's services and their sense of confidence in collaborating with professionals, participating in decision-making and acting in ways that ensure access to the requisite services. The service system dimension (10 items, $\alpha = 0.90$) covers parents' sense of knowledge, understanding and rights associated with the family service system and their sense of confidence in influencing and contributing to improving the system. The G-FES has a 5-point Likert-type rating scale (1 = fully disagree to 5 = fully agree). Higher scores indicate higher levels of empowerment, with a maximum mean score of 5 on each dimension. The original Family Empowerment Scale (Koren *et al.*, 1992; Wakimizu *et al.*, 2011) and the G-FES (Vuorenmaa *et al.*, 2014) have proved to be valid and reliable instruments.

Child characteristics included the child's gender, age, place of care, health, developmental disabilities (none, one or more disabilities) and parents' concerns about their child's physical health and psychosocial development (none, some or serious concerns). Parent characteristics included parents' age, education, employment, family structure and parents' own and their partner's health. Parents were also asked about their concerns (none, some or serious concerns) regarding their skills as a parent, responsibility as an individual parent, loss of temper with the children and their relationship with their partners. Questions also covered parents' perception of their ability to reconcile family and work, their functioning in everyday life (5-point scale: not at all well to very well), their financial situation (6-point scale: very difficult to very good) and getting help from the social network (5-point scale: very easy to very difficult).

Procedure

Data were gathered as part of the National Institute for Health and Welfare project on integrated management in children youth and family services (Perälä *et al.*, 2011). The questionnaire containing the G-FES and the items on family characteristics was mailed in June 2009. In August and September 2009, two reminders including the same questionnaire were sent out to the parents who had not responded.

The study adhered to the guidelines for good scientific practice published by the Finnish Advisory Board on Research Integrity (2012) and to the Declaration of Helsinki guidelines (1964). The study was approved by the Ethical Committee of the National Institute for Health and Welfare (S43/2009).

Analysis

SPSS for Windows (version 20) was used for statistical analyses. The level of statistical significance was set at $P < 0.05$. Family characteristics were re-classified as shown in Table 1.

Family characteristics were described by frequencies and percentages. The associations between family characteristics and empowerment were evaluated using one-way analysis of variance and *t*-test (Bollen, 1989). The effect sizes of statistically significant differences were examined using an eta square defined as follows: < 0.01 , not significant; < 0.06 , small; < 0.14 , medium; and > 0.14 , large effects (Cohen, 1988). Maternal and paternal empowerment were predicted by linear regression analysis. According to the separate analysis earlier, variables were entered in the power order (as per *F*-test, *P*-value and eta square). Variables in the model were considered acceptable if they were statistically significant and their collinearity values were as follows: variance inflation factor < 5 and tolerance value > 0.2 . Regression models were considered suitable if they were statistically significant and the residuals were normally divided (Bollen, 1989).

Results

Family characteristics of mothers and fathers

Mothers accounted for 60% of the total respondents ($n = 571$), and fathers for the rest ($n = 384$). Most children, parents and partners were at least in fairly good health. One in three children was cared for at home, one in four was in primary school and the rest were in day care and/or preschool. Most parents lived with a partner. Parents were most often concerned about the adequacy of their parenting skills and loss of temper. Over one in three parents had difficulties reconciling family and work (Table 1).

Parental empowerment in the family

Parental empowerment in the family was high (mean = 4.3–4.4, $SD = 0.5$). Child's and partner's health, child's psychosocial development, parenting skills, responsibility as an individual parent, losing one's temper with the children, relationship with

Table 1. Family characteristics of mothers and fathers

	Mother (N = 571)		Father (N = 384)	
	n	%	n	%
Child's gender				
Girl	277	49	191	51
Boy	284	51	185	49
Child's age (years)				
<3	130	26	69	21
3–5	128	25	84	25
≥6	252	49	182	54
Child's place of care				
Home	177	31	119	31
Day care/preschool	243	43	155	41
School	144	26	105	28
Child's health				
Very good/fairly good	555	98	377	99
Moderate/fairly poor/poor	11	2	4	1
Child's developmental disabilities				
No disabilities	469	82	301	78
Some disabilities	102	18	83	22
Child's physical health				
Not concerned	440	78	321	85
Concerned	122	22	57	15
Child's psychosocial development				
Not concerned	455	82	325	86
Concerned	102	18	51	14
Parents' age (years)				
≤30	122	22	41	11
31–40	320	58	197	55
>40	107	20	124	34
Family				
Single parent	50	9	13	4
Living with a partner	499	91	350	96
Parents' education				
Comprehensive/vocational	227	42	154	43
College	200	37	130	37
Academic	114	21	71	20
Parents' employment				
Employed	298	55	310	86
Not employed	246	45	51	14
Parents' health				
Good/fairly good	481	87	310	86
Moderate/fairly poor/poor	71	13	51	14
Partner's health				
Good/fairly good	429	85	301	86
Moderate/fairly poor/poor	73	15	50	14
Sense of sufficient parenting skills				
Not concerned	359	64	293	78
Concerned	201	36	83	22
Responsibility as an individual parent				
Not concerned	484	87	357	96
Concerned	75	13	16	4
Losing one's temper with children				
Not concerned	403	72	281	75

(Continues)

Table 1. (Continued)

	Mother (N = 571)		Father (N = 384)	
	n	%	n	%
Concerned	157	28	92	25
Relationship with a partner				
Not concerned	469	84	318	85
Concerned	88	16	57	15
Reconciling family and work				
No difficulties	347	64	215	60
Some difficulties	196	36	142	40
Functioning of everyday life				
No difficulties	474	86	291	81
Some difficulties	78	14	67	19
Getting help from the social network				
Easy	320	58	222	62
Possible	180	32	120	33
Difficult	53	10	17	5
Financial situation				
Good	362	66	256	71
Difficult	187	34	103	29

the partner, family structure, ability to reconcile family and work, the functioning of everyday life and getting help from the social network were associated with parental empowerment. In addition, mother's health and financial situation were associated with maternal empowerment.

Mothers having no concerns about the sufficiency of parenting skills or responsibility as an individual parent or losing their temper with children, having no difficulties in reconciling family and work or with the functioning of everyday life and ease of access to help from the social network emerged as *predictors that were associated with increased maternal empowerment* in the family. These factors accounted for 31.0% of the variance of maternal empowerment in the family ($F[6,515] = 39.941$; $P < 0.001$).

Fathers having no concerns about the sufficiency of parenting skills or responsibility as an individual parent, having no difficulties with the functioning of everyday life, ease of access to help from the social network and good health of the fathers' partners emerged as *predictors that were associated with increased paternal empowerment* in the family. These factors accounted for 22.9% of the variance of paternal empowerment in the family ($F[5,333] = 21.064$; $P < 0.001$) (Table 2).

Parental empowerment in service situations

Parental empowerment in service situations was high (mean = 4.0–4.1, SD = 0.5–0.6). A sense of possessing parenting skills, responsibility as an individual parent, reconciling family and

Table 2. Associations and predictors of maternal and paternal empowerment in the family

	Mother						Father							
	n	M (SD)	P (η^2) [†]	β (SE)	F/t	P	R ²	n	M (SD)	P (η^2) [†]	β (SE)	F/t	P	R ²
All	534	4.4 (0.5)					31.0	345	4.3 (0.6)					22.9
Adjusted R ²														
F-test					39.941	<0.001						21.064	<0.001	
Constant					53.884	<0.001						21.668	<0.001	
Sense of possessing sufficient parenting skills														
Not concerned	334	4.6 (0.4)	<0.001 (0.15)	0.27 (0.04)	6.961	<0.001		266	4.4 (0.6)	<0.001 (0.11)	0.24 (0.07)	4.711	<0.001	
*Reference group: concerned	191	4.2 (0.6)						76	4.0 (0.7)					
Responsibility as an individual parent														
Not concerned	455	4.5 (0.4)	<0.001 (0.08)	0.15 (0.06)	3.905	<0.001		325	4.4 (0.6)	<0.001 (0.07)	0.12 (0.16)	2.365	0.019	
*Reference group: concerned	70	4.1 (0.5)						15	3.6 (0.8)					
Losing one's temper with children														
Not concerned	382	4.5 (0.4)	<0.001 (0.07)	0.09 (0.04)	2.382	0.018		261	4.4 (0.6)	<0.001 (0.06)				
*Reference group: concerned	144	4.2 (0.6)						79	4.1 (0.6)					
Reconciling family and work														
No difficulties	334	4.6 (0.4)	<0.001 (0.07)	0.09 (0.04)	2.142	0.033		208	4.4 (0.6)	<0.001 (0.04)				
*Reference group: some difficulties	188	4.3 (0.6)						130	4.2 (0.7)					
Functioning of everyday life														
No difficulties	458	4.5 (0.4)	<0.001 (0.12)	0.20 (0.06)	4.795	<0.001		278	4.4 (0.5)	<0.001 (0.12)	0.21 (0.08)	4.031	<0.001	
*Reference group: some difficulties	73	4.0 (0.6)						61	3.9 (0.8)					
Getting help from the social network														
Easy	307	4.6 (0.4)	<0.001 (0.09)	0.18 (0.04)	4.575	<0.001		209	4.5 (0.5)	<0.001 (0.06)	0.11 (0.06)	2.168	0.031	
*Reference group: possible/difficult	224	4.3 (0.5)						132	4.1 (0.7)					
Partner's health														
Good/fairly good	412	4.5 (0.5)	<0.001 (0.04)					289	4.4 (0.5)	0.001 (0.06)				
*Reference group: moderate/fairly poor/poor	71	4.2 (0.5)						43	4.0 (0.9)					
Child's health														
Very good/fairly good	519	4.6 (0.5)	0.036 (0.01)					340	4.3 (0.6)	0.001 (0.03)				
Moderate/fairly poor/poor	10	4.1 (0.9)						4	3.3 (0.5)					
Child's psychosocial development														
Not concerned	426	4.5 (0.5)	<0.001 (0.03)					296	4.4 (0.6)	<0.001 (0.06)				
*Reference group: concerned	95	4.3 (0.6)						44	4.0 (0.8)					
Relationship with a partner														
Not concerned	440	4.5 (0.6)	<0.001 (0.05)					290	4.4 (0.6)	<0.001 (0.07)				
*Reference group: concerned	83	4.2 (0.5)						51	4.0 (0.8)					
Family														
Single parent	48	4.3 (0.7)	0.013 (0.01)					13	3.9 (1.0)	0.009 (0.02)				
Live with a partner	480	4.5 (0.5)						330	4.3 (0.6)					
Parents' health														
Good/fairly good	463	4.5 (0.5)	<0.001 (0.04)					294	4.4 (0.6)	0.097 (-)				

(Continues)

Table 2. (Continued)

	Mother						Father							
	Empowerment status [†]			Regression results [‡]			Empowerment status [†]			Regression results [‡]				
	n	M (SD)	P (η^2)	β (SE)	F/t	P	R ²	n	M (SD)	P (η^2)	β (SE)	F/t	P	R ²
Moderate/fairly poor/poor	67	4.2 (0.6)	0.003 (0.02)					48	4.2 (0.7)	0.161 (-)				
Financial situation	344	4.5 (0.6)						242	4.4 (0.6)					
Good	183	4.4 (0.4)						98	4.3 (0.6)					
Difficult														

[†] Statistically significant associations by one-way analysis of variance or *t*-test.

[‡] Statistically significant results by linear regression analyses.

R² denotes adjusted coefficients of determination of the regression models.

work, the functioning of everyday life and getting help from the social network was associated with parental empowerment. In addition, child's health, age and place of care, mother's own age and employment, and financial situation were associated with maternal empowerment.

Mothers having no concerns about the sufficiency of parenting skills or responsibility as an individual parent, no concerns about the child's physical health, no difficulties in reconciling family and work, easy access to help from the social network, mother's age of over 30 years and child's place of care at day care or preschool emerged as *predictors that were associated with increased maternal empowerment* in service situations. These factors accounted for 15.3% of the variance in maternal empowerment in service situations ($F[7,493] = 13.932$; $P < 0.001$).

Fathers having no concerns about the sufficiency of parenting skills, no difficulties in reconciling family and work, and easy access to help from the social network emerged as *predictors that were associated with increased paternal empowerment* in service situations. These factors accounted for 10.7% of the variance of paternal empowerment in service situations ($F[3,330] = 14.353$; $P < 0.001$) (Table 3).

Parental empowerment in the service system

Parental empowerment in the service system was moderate (mean = 3.2, SD = 0.8). A sense of possessing parenting skills, loss of temper with the children and parent's educational level was associated with parental empowerment. In addition, responsibility as an individual parent, the child's place of care, mother's own age and employment, ability to reconcile family and work, functioning of everyday life and financial situation were associated with maternal empowerment. Getting help from the social network was associated with paternal empowerment.

Mothers having no concerns about the sufficiency of parenting skills or responsibility as an individual parent, no difficulties in reconciling family and work, age of 30 years or over and a child at day care or preschool emerged as *predictors that were associated with increased maternal empowerment* in the family service system. These factors accounted for 7.5% of the variance of maternal empowerment in the family service system ($F[6,505] = 9.292$; $P < 0.001$).

Fathers having no concerns about the sufficiency of parenting skills, ease of access to help from the social network and a college or higher level of education emerged as *predictors that were associated with increased paternal empowerment* in the family service system. These factors accounted for 6.8% of the

Table 3. Associations and predictors of maternal and paternal empowerment in service situations

	Mother						Father							
	Empowerment status [†]			Regression results [‡]			Empowerment status [†]			Regression results [‡]				
	n	M (SD)	P (<i>η</i> ²)	β (SE)	t	P	R ²	n	M (SD)	P (<i>η</i> ²)	β (SE)	t	P	R ²
All	511	4.1 (0.5)					15.3	340	4.0 (0.6)					10.7
Adjusted R ²														
F-test					13.932	<0.001						14.353	<0.001	
Constant					46.053	<0.001						48.922	<0.001	
Sense of possessing sufficient skills as a parent														
Not concerned	315	4.2 (0.5)	<0.001 (0.05)	0.15 (0.05)	3.633	<0.001		259	4.1 (0.6)	<0.001 (0.01)	0.18 (0.08)	3.375	0.001	
*Reference group: concerned	187	4.0 (0.5)						78	3.8 (0.5)					
Responsibility as an individual parent														
Not concerned	432	4.2 (0.5)	<0.001 (0.06)	0.15 (0.07)	3.476	0.001		321	4.1 (0.6)	0.029 (0.02)				
*Reference group: concerned	69	3.8 (0.7)						14	3.7 (0.5)					
Child's physical health														
Not concerned	395	4.2 (0.5)	0.002 (0.02)	0.09 (0.05)	2.045	0.041		287	4.1 (0.6)	0.234 (-)				
*Reference group: concerned	108	4.0 (0.6)						50	4.0 (0.7)					
Reconciling family and work														
No difficulties	319	4.0 (0.5)	<0.001 (0.04)	0.13 (0.05)	3.094	0.002		206	4.1 (0.6)	<0.001 (0.06)	0.18 (0.06)	3.461	0.001	
*Reference group: some difficulties	182	4.2 (0.5)						128	3.9 (0.6)					
Getting help from the social network														
Easy	292	4.2 (0.5)	<0.001 (0.03)	0.10 (0.05)	2.396	0.017		206	4.1 (0.6)	<0.001 (0.04)	0.13 (0.07)	2.484	0.013	
*Reference group: possible/difficult	217	4.0 (0.5)						130	3.9 (0.6)					
Parents' age (years)														
≤30	118	4.0 (0.6)	0.011 (0.01)	-0.09 (0.05)	-2.132	0.033		40	4.1 (0.6)	0.772 (-)				
*Reference group: >30	387	4.2 (0.5)						297	4.0 (0.6)					
Child's place of care														
Day care/preschool	219	4.2 (0.5)	<0.001 (0.03)	0.17 (0.04)	4.049	0.041		141	4.1 (0.6)	0.133 (-)				
*Reference group: home/school	292	4.1 (0.6)						199	4.0 (0.6)					
Child's age (years)														
<3	117	4.0 (0.6)	0.043 (0.01)					57	4.0 (0.5)	0.581 (-)				
3-5	109	4.2 (0.5)						78	4.1 (0.6)					
≥6	230	4.2 (0.5)						161	4.0 (0.6)					
Child's health														
Very good/fairly good	497	4.1 (0.5)	0.001 (0.02)					334	4.0 (0.6)	0.100 (-)				
Moderate/fairly poor/poor	10	3.6 (1.0)						4	3.6 (0.4)					
Functioning of everyday life														
No difficulties	435	4.2 (0.5)	<0.001 (0.02)					272	4.1 (0.6)	<0.001 (0.04)				
*Reference group: some difficulties	74	3.9 (0.5)						63	3.8 (0.6)					
Parents' employment														
Work	274	4.2 (0.5)	0.025 (0.01)					290	4.1 (0.6)	0.437 (-)				
No work	230	4.1 (0.5)						46	4.0 (0.6)					
Financial situation														
Good	330	4.2 (0.5)	<0.001 (0.03)					240	4.1 (0.6)	0.276 (-)				
Difficult	176	4.0 (0.6)						95	4.0 (0.5)					

[†] Statistically significant associations by one-way analysis of variance or t-test.

[‡] Statistically significant results by linear regression analysis.

R² denotes adjusted coefficients of determination of the regression models.

Table 4. Associations and predictors of maternal and paternal empowerment in the family service system

	Mother						Father							
	Empowerment status [†]			Regression results [‡]			Empowerment status [†]			Regression results [‡]				
	n	M (SD)	P (η^2)	β (SE)	t	P	R ²	n	M (SD)	P (η^2)	β (SE)	t	P	R ²
All	522	3.2 (0.8)	<0.001 (0.03)				7.5	337	3.2 (0.8)	0.002 (0.03)				6.8
Adjusted R ²														
F-test					9.292	<0.001						9.019	<0.001	
Constant					25.523	<0.001						28.675	<0.001	
Sense of possessing sufficient skills as a parent														
Not concerned	330	3.3 (0.8)	0.001 (0.02)	0.13 (0.07)	2.890	0.004		255	3.3 (0.8)	0.261 (-)	0.15 (0.11)	2.841	0.005	
*Reference group: concerned	184	3.0 (0.8)						79	2.9 (0.7)					
Responsibility as an individual parent														
Not concerned	443	3.2 (0.8)	0.002 (0.02)	0.10 (0.10)	2.337	0.020		318	3.2 (0.8)	0.098 (-)				
*Reference group: concerned	70	2.9 (0.8)						14	3.0 (0.7)					
Reconciling family and work														
No difficulties	327	3.3 (0.8)	0.062 (-)	0.12 (0.07)	2.713	0.007		205	3.3 (0.8)	0.003 (0.03)				
*Reference group: some difficulties	185	3.1 (0.8)						126	3.1 (0.7)					
Getting help from the social network														
Easy	301	3.2 (0.8)	0.028 (0.01)	-0.09 (0.08)	-2.029	0.043		204	3.3 (0.9)	0.262 (-)	0.14 (0.09)	2.602	0.010	
*Reference group: possible/difficult	219	3.1 (0.8)						129	3.0 (0.7)					
Parents' age (years)														
≤30	117	3.1 (0.8)	<0.001 (0.02)	0.15 (0.07)	3.410	0.001		41	3.3 (0.7)	0.058 (-)				
*Reference group: >30	399	3.2 (0.8)						293	3.2 (0.8)					
Child's place of care														
Day care/preschool	220	3.3 (0.8)	0.021 (0.01)					139	3.1 (0.8)	0.005 (0.02)	-0.17 (0.09)	-3.202	0.001	
*Reference group: home/school	302	3.1 (0.8)						198	3.3 (0.8)					
Parents' education														
Comprehensive/vocational	212	3.1 (0.8)	0.045 (0.01)					140	3.0 (0.8)	0.019 (0.02)				
*Reference group: college/academic	310	3.3 (0.8)						197	3.3 (0.8)					
Losing one's temper with children														
Not concerned	372	3.2 (0.8)	0.034 (0.01)					252	3.3 (0.8)	0.132 (-)				
*Reference group: concerned	142	3.1 (0.8)						80	3.0 (0.7)					
Functioning of everyday life														
No difficulties	445	3.2 (0.8)	0.041 (0.01)					271	3.2 (0.8)	0.977 (-)				
*Reference group: some difficulties	75	3.1 (0.7)						61	3.1 (0.7)					
Parents' employment														
Work	284	3.3 (0.8)	0.010 (0.01)					287	3.2 (0.8)	0.432 (-)				
No work	230	3.1 (0.7)						46	3.2 (0.9)					
Financial situation														
Good	338	3.3 (0.8)						240	3.2 (0.8)					
Difficult	179	3.1 (0.7)						93	3.1 (0.8)					

[†] Statistically significant associations by one-way analysis of variance or t-test.

[‡] Statistically significant results by linear regression analysis.

R² denotes adjusted coefficients of determination of the regression models.

variance of paternal empowerment in the family service system ($F[3,329] = 9.019$; $P < 0.001$) (Table 4).

Discussion

Parents had high confidence in managing their child and in interacting with the services that their child used. Confidence in the improvement of the basic child care services was moderate. Parents' concerns about their parenting, such as possessing sufficient skills as a parent or losing their temper with the children, reflected negatively on their empowerment (Nachshen and Minnes, 2005; Wakimizu *et al.* 2011). Empowerment was also undermined when parents experienced stress, such as financial burden or difficulties, in reconciling family and work in their everyday life (Weiss and Lunsky, 2011). Both determinants were significant for all dimensions of parental empowerment.

Parents' concerns related to their child, such as about the child's physical health, were also associated with lower parental empowerment. However, when assessing the occurrence and effect sizes of different worries, problems related to parenting or the functioning of everyday life were more common and significant than problems related to the child. Studies among families of children with some condition have shown more significant associations between child-related concerns and empowerment (Resendez *et al.*, 2000; Weiss *et al.*, 2012), which suggest that the effects may be related to the seriousness of the concerns. However, we could not evaluate the actual seriousness of the parents' concerns or perceived stress or determine whether they related more to concrete difficulties or parents' lack of self-confidence, resources or coping methods. We therefore suggest that what is important is that parents themselves feel they have worries.

Our findings suggest that parenting worries are not necessarily driven by problems with the children. However, professionals working with families are known to be generally better at identifying problems with children's growth and development than the concerns of parents (Perälä *et al.*, 2011). Given that parents have the best expertise in dealing with their children's condition and development, parenting worries may negatively influence the early identification of the child's need for support and thereby access to support (Cowden and Sing, 2007).

We did not find major differences between fathers and mothers, although family characteristics seemed to have more effects on maternal than paternal empowerment. Further, the possibility of sharing responsibility for everyday life with another adult seemed to be more significant for fathers' than

mothers' sense of confidence in managing the child. Confidence in interacting with services and improving services appeared to be undermined by younger mothers being a stay-at-home mother and fathers with a lower education level.

Limitations

The response rate was quite low (30%). Recommendations for acceptable response rates vary widely, and several studies have demonstrated that there is no direct correlation between response rate and validity (Holbrook *et al.*, 2007; Morton *et al.*, 2012). Further, characteristics of the study participants and non-participants need to be known and detailed for assessing the study validity (Morton *et al.*, 2012). With the power analysis, we had sufficient data for our analyses. The parents who responded and the randomized sample were also by and large comparable. However, it has been suggested that study participants are generally healthier (Eastwood *et al.*, 1996) and more active (Magill-Evans *et al.*, 2006) than the non-participants. Thus, the low response rate possibly indicates that parents who had more concerns and felt less empowered did not respond to the survey. This should be taken into account when interpreting and generalizing the results of this study.

Adjusted *R*-squares of the regression models were quite low, which indicates that family characteristics alone are not sufficient to account for overall parental empowerment. It is likely that many characteristics are also associated with one another and that parental empowerment is at once affected by their interactions. Several indirect links between the study variables are possible and could have been explored in greater depth.

Conclusion

Among a generic sample of parents, parenting-related concerns like possessing sufficient skills or losing one's temper with children, as well as perceived stress in everyday life, were more common and more significant in parental empowerment than child-related concerns. Both determinants were negatively associated not only with parents' sense of confidence in managing their children but also with their confidence in interacting with services that their children used and the improvement of these services. Therefore, professionals working with families should invest special effort in identifying parenting worries, irrespective of whether the child, the parent or life situation seems to exhibit special needs or difficulties. We suggest that promoting parental self-confidence and providing appropriate emotional and concrete support for everyday functioning may reinforce parental empowerment, not only enabling better

well-being and coping among families but also improving their access to required services and timely support. Finally, it may facilitate the provision of better services to all families.

Key messages

- Parental empowerment refers to the parents' appraisal of their own confidence in managing their children and having a positive impact on the services that their child uses and those for designed families in general.
- Parents' concerns related to their own parenting and perceived stress in everyday life proved to be common and were associated negatively with maternal and paternal empowerment.
- Promoting parental self-confidence and providing appropriate emotional and concrete support for functioning in everyday life may reinforce parental empowerment and enable better well-being and coping among families, ensure better access to support and facilitate the improvement of services for all families.

Funding and conflict of interests

There is no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the parents for their participation in this study. This study was supported by the Finnish Post-Graduate School in Nursing Science.

References

- Bollen, K. (1989) *Structural Equations with Latent Variables*, Wiley, New York, USA.
- Chao, P., Bryant, T., Burstein, K. & Ergul, C. (2006) Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. *Early Childhood Education Journal*, **34**, 147–153. DOI: 10.1007/s10643-005-0032-4
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edn, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, USA.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003) *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*, 3rd edn, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, USA.
- Cowden, S. & Sing, G. (2007) The 'user' friend, toe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, **27**, 5–23. DOI: 10.1177/0261018307072205
- Eastwood, B.J., Gregor, R.D., MacLean, D.R. & Wolf, H.K. (1996) Effects of recruitment strategy on response rates and risk factor profile in two cardiovascular surveys. *International Journal of Epidemiology*, **25**, 763–769.
- Faith, M., Van Horn, L., Appel, L., Burke, L., Carson, J.A., Franch, H., Jakicic, J., Kral, T., Odoms-Young, A., Wansink, B. & Wylie-Rosett, J. (2012) Evaluating parents and adult caregivers as "agents of change" for treating obese children: evidence for parent behavior change and research gaps. *Circulation*, **125**, 1186–1207. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31824607ee
- Halme, N., Kanste, O. & Perälä M-L. (2014) Lasten ja perheiden palveluiden saavutettavuus ja avun riittävyys – rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi (Accessibility of services for children and families and sufficiency of support – development and evaluation of a structural equation model). *Hoitotiede*, **3**, 217–230.
- Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. (2009) Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä (Child health clinic as a promoter of health and welfare of families with children) In: *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009 (Welfare of Families with Children 2009)* (eds. J. Lammi-Taskula, S. Karvonen & S. Ahlström), pp. 152–161. Yliopiston kirjapaino, Helsinki, Finland.
- Holbrook, A., Krosnick J. & Pfent A. (2007) The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. In: *Advances in Telephone Survey Methodology* (eds. J.M. Lepkowski, N.C. Tucker, J. M. Brick, E.D. De Leeuw, L. Japac, P.J. Lavrakas, M.W. Link & R.L. Sangster), pp. 499–529. Wiley, New York, USA.
- Koren, P.E., DeChillo, N. & Friesen, B.J. (1992) Measuring empowerment in families whose members have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, **37**, 305–321.
- Magill-Evans, J., Harrison, M.J., Rempel, G. & Slater, L. (2006) Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, **55**, 248–264. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03896.x
- McKenna, K., Collier, J., Hewitt, M. & Blake, H. (2010) Parental involvement in pediatric cancer treatment decisions. *European Journal of Cancer Care*, **19**, 621–630. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2009.01116.x
- Mendez, J.L. (2010) How can parents get involved in preschool? Barriers and engagement in education by ethnic minority parents of children attending Head Start. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, **16**, 26–36. DOI: 10.1037/a0016258
- Ministry of Education and Culture (2013) Selvitys esiopetuksen velvoittavuudesta, Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 5/2013. Available at: <http://www.minedu.fi> (last accessed 12 June 2014).
- Morton, S.M.B., Bandara, D.K., Robinson E.M. & Carr, P.E.A. (2012) In the 21st century: what is an acceptable response rate? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, **36**, 106–108. DOI: 10.1111/j.1753-6405.2012.00854.x
- Nachshen, J.S. & Minnes, P. (2005) Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, **49**, 889–904. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00721.x

- National Institute for Health and Welfare. (2011) Lasten päivähoito (Children's daycare). Available at: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102985/Tr30_12.pdf?sequence=4 (last accessed 12 June 2014).
- Øien, I., Falling, B. & Østensjø, S. (2009) Goal-setting in paediatric rehabilitation – perceptions of parents and professionals. *Child: Care, Health and Development*, **36**, 558–565. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.01038.x
- Perälä, M.-L., Salonen, A. H., Halme, N. & Nykänen, S. (2011) How do services for families and children meet the needs? Parents' views, reports of National Institute of Health and Welfare 36/2011. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere, Finland.
- Raivio, H. & Karjalainen, J. (2013) Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat (Involvement is not a means or tool, services are). In: *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa (Involvement – A Right or an Obligation?)* (ed. T. Era), pp. 12–35. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Jyväskylä, Finland.
- Rentinck, I.C.M., Gorter, J.W., Ketelaar, M., Lindeman, E. & Jongmans, M.J. (2009) Perceptions of family participation among parents of children with cerebral palsy followed from infancy to toddlerhood. *Disability and Rehabilitation*, **31**, 1828–1834. DOI: 10.1080/09638280902822286
- Resendez, M., Quist, R. & Matshazi, D. (2000) A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, **9**, 449–460.
- Robinson, E.M., Iannotti, R.J., Schneider, S., Nansel, T.R., Haynie, D. L. & Sobel, D.O. (2011) Parenting goals: predictors of parent involvement in disease management of children with type 1 diabetes. *Journal of Child Health Care*, **15**, 199–209. DOI: 10.1177/1367493511406567
- Scheel, M.J. & Rieckmann, T. (1998) An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *American Journal of Family Therapy*, **26**, 15–27. DOI: 10.1080/01926189808251083
- Soper, D.S. (2015) A-priori sample size calculator for multiple regression. Available at: <http://www.danielsoper.com/statcalc> (last accessed 12 June 2014).
- Singh, N., Curtis, W.J., Ellis, C.R., Nicholson, M.W., Villani, T.M. & Wechsler, H.A. (1995) Psychometric analysis of the Family Empowerment Scale. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, **3**, 85–91.
- The Finnish Advisory Board on Research Integrity. (2012) Responsible conduct of research and procedures for handling allegations of misconduct in Finland. Available at: <http://www.tenk.fi/> (last accessed 12 June 2014).
- The World Medical Association (1964) World Medical association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.
- Tourigny, J., Chartrand, J. & Massicotte, J. (2008) Health professionals' beliefs related to parental involvement in ambulatory care: an international inquiry. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, **31**, 89–101. DOI: 10.1080/01460860802023539
- Vuoremaa, M., Halme, N., Åstedt-Kurki, P., Kaunonen, M. & Perälä, M.-L. (2014) The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children. *Child: Care, Health and Development*, **40**, 597–606. DOI: 10.1111/cch.12081
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Yoneyama, A., Iejima, A. & Miyamoto, S. (2011) Factors associated with the empowerment of Japanese families raising a child with developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, **32**, 1030–1037. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.01.037
- Wall, G. & Arnold, S. (2007) How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood. *Gender & Society*, **21**, 508–527. DOI: 10.1177/0891243207304973
- Wallerstein, N. (2006) *What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Copenhagen*, WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf (last accessed 22 February 2015).
- Weiss, J.A. & Lunskey, Y. (2011) The Brief Family Distress Scale: a measure of crisis in caregivers of individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Family Studies*, **20**, 521–528. DOI: 10.1007/s10826-010-9419-y
- Weiss, J.A., Cappadocia, C., MacMullin, J.A., Vecili, M. & Lunskey, Y. (2012) The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: the mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, **16**, 261–274. DOI: 10.1177/1362361311422708
- Zimmerman, M. A. (2000) Empowerment theory: psychological, organizational, and community levels of analysis. In: *Handbook of Community Psychology* (eds. J. Rappaport & E. Seidman), pp. 43–63. Plenum, New York, NY, USA.

Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children

Maaret Vuorenmaa RN, MNSc (Doctoral Student)¹, **Nina Halme** RN, PhD (Post Doctoral, Senior Researcher)², **Marja-Leena Perälä** RN, PhD (Research Professor)², **Marja Kaunonen** RN, PhD (Professor, Vice Dean)³ and **Päivi Ästedt-Kurki** RN, PhD (Professor)³

¹School of Health Sciences, Nursing Science, Finnish Post Graduate School in Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland,

²National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland and ³School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland

Scand J Caring Sci; 2015

Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children

Background: Parental empowerment is known to increase parents' resources and to reduce stress, and therefore to improve family well-being. Professionals working in family services (child health clinics, school health care, day care, preschool and primary school) encounter families in various everyday settings and can significantly support parental empowerment.

Aim: This study aimed (i) to identify associations between parental empowerment and demographic and family service characteristics (i.e. parents' participation and perceived influence, decision-making and access to information) and (ii) to identify predictors of maternal and paternal empowerment.

Method: Study design was cross-sectional. Participants were mothers (n = 571) and fathers (n = 384) of children aged 0–9 who were selected by stratified random sampling in 2009. Associations were analysed by t-test, one-way analysis of variance and multiple linear regression analysis.

Results: Sufficient perceived influence and joint decision-making by family and professionals on family service appointments emerged as significant variables of increased parental empowerment. Access to adequate information about municipal services was also associated with high empowerment. These family service characteristics were associated with parents' sense that they were able to manage in everyday life and had influence on specific service situations and family services in general. Mothers with a child aged under 3 or a child in home care or primary school, and fathers with a lower education feel less empowered in family services than other parents.

Conclusion: Knowledge about the factors associated with parental empowerment can contribute to further reinforce parental empowerment, help identify parents who need special attention and contribute to the development of family services.

Keywords: child health services, empowerment, family, parents, school health services, child day care centres, primary school.

Submitted 20 November 2015, Accepted 6 April 2015

Introduction

In Finland, families with children have access to a wide range of public services, including maternity and child

health clinics, school health care, municipal day care, preschool and primary school. Child health clinics monitor the health of children under school age, reaching 99.5% families with children aged 0–6 years (1). When children start school, school healthcare services take over (2). Two in three (62%) children aged 1–6 in Finland are in day care (3). Almost the entire age group attends preschool education for one year before starting primary school at the age of seven (4). Responsibility for the provision of family services rests with municipalities.

Correspondence to:

Maaret Vuorenmaa, School of Health Sciences, Nursing Science, Finnish Post Graduate School in Nursing Science, University of Tampere, FI-33014 Tampere, Finland.

E-mail: maaret.vuorenmaa@uta.fi

Guidance and directions for service provision are laid down in legislation (5, 6) and various statutes (7) and national programmes (8).

Multidisciplinary professionals working in family services encounter families in various everyday situations and are therefore ideally placed to identify their problems and concerns and ultimately to improve family well-being. They are generally good at identifying problems with children's growth and development, but this is not always true with the early identification of parental concerns and problems (9, 10). Parents' concerns are bound to affect the well-being of children as well. Furthermore, it is known that well-being problems have a tendency to accumulate in the same families. This is why it is crucial that all family services also take account of parents' well-being and work to support their resources (11).

Empowerment is connected with internal resources and a sense of ownership of one's life. It has the dual dimensions of a personal sense of confidence in one's internal resources, and concrete, tangible opportunities to exercise influence (12, 13). Empowerment creates the conditions that allow the individual to participate and make decisions about their own family, organisations and society. Empowerment is not a static state, but varies in different life situations at the levels of individual, family, social network, service system, municipality and society (13, 14). The focus of this study is on parental empowerment. *In the family*, empowerment includes parents' sense of how they are able to manage as parents in their everyday life, cope with problems, ask for help if need be and to contribute to their child's development by acquiring the requisite skills, knowledge and habits. *In service situations*, empowerment includes parents' sense of their knowledge, understanding and rights related to their child's present and requisite services, and their sense of how they are able to collaborate with professionals, participate in decision-making and to act in such a way as to ensure the requisite services for their child. *In the service system*, empowerment includes parents' sense of their knowledge, understanding and rights related to the family service system and their sense of how they are able to influence and contribute to improving the system (14).

Earlier research has shown that parental empowerment is associated with improved parenting resources and self-efficacy and with reduced parenting stress (15, 16). It is also associated with children's improved behaviour as well as psychosocial, physical, verbal and social development (17–19). Furthermore, the research evidence suggests that parental empowerment is associated with stronger parental engagement to child care (20, 21), satisfaction with care decisions made (22), and the continuity of care (23). Positive associations have also been found between parental empowerment and parents' experiences of the accessibility of services and sufficiency of support (10).

Professionals working with families may reinforce parental empowerment, and they also offer the conditions for parents' empowerment in the service context. However, the associations between parental empowerment and parents' experiences of family services are complex and hard to unravel. Parents' access to adequate information has been identified as a key condition for good cooperation with family services (10, 24). Positive associations have been reported between parental empowerment and parents' involvement and participation in family services (14, 16), good collaboration with family services (25, 26), equal relationships (12, 27), and partnership between parents and professionals (28, 29). However, parental involvement and participation have been defined in several different ways in previous studies. Involvement and participation are typically used synonymously (25, 30) or as each others' consequences (31, 32). Reports also suggest that the opportunity for parents to participate in care planning (33, 34) and decision-making (23, 25) is associated with increased parental empowerment. In this study, perceived influence in family services refers to parents' perceptions of how they feel they can express their opinions, make choices, obtain information and influence decision-making (35, 36).

Knowledge about associations between parental empowerment and their experience of basic healthcare and education services within a generic sample of parents is scant. Previous research has mainly focused on specific services, service situations or groups. Examples include studies concerned with the hospital care of children (20, 25) or family members (37, 38), or with parental empowerment in ambulatory care (23), paediatric rehabilitation (16) and preschool settings (12). Many studies have concentrated on specific groups such as poor families (12) or families with children with conditions such as attention deficit hyperactivity disorder (39), cerebral palsy (32) or diabetes (40).

Furthermore, most respondents in previous studies have been mothers, yet in recent years fathers have been increasingly involved in the care of children and in family services (1, 41). Overall, mothers have been overrepresented in parenting studies (42, 43) and in nursing research generally (43). However, it has been suggested that maternity and paternity are not interchangeable and directly comparable (44), that mothers and fathers have a different relationship with children (45) and that they have different expectations of attention and support in service contexts (45, 46). With fathers, a sense of being welcomed, noticed and valued as an equal parent are emphasised in services with the child since fathers often feel like outsiders in such contexts. Mothers, in turn, usually feel that they clearly have a significant place and role in services with their child (45, 47). With regard to receiving support, previous studies indicate that fathers prefer concrete advice, practical help and simple,

straightforward answers, whereas mothers prefer to discuss upbringing and childcare at a more general level (47, 48).

Parental empowerment is known to have an essential role in maintaining and enhancing the well-being of families (15, 16). However, all family services are about supporting family well-being, and therefore, it is important to take an interdisciplinary approach to studying empowerment in the context of all family services in which professionals encounter families in their everyday lives. This study clarifies how parents' experiences of basic health care and education services are associated with their empowerment by examining a generic sample of parents.

Methods

Aims

The aims of this study were (i) to identify associations between parental empowerment and demographic and family service characteristics (i.e. parents' participation and perceived influence, decision-making and access to information) and (ii) to identify predictors of maternal and paternal empowerment.

Design and sample

The study design was cross-sectional. The data for this study were gathered as part of a National Institute for Health and Welfare project on integrated management in children, youth and family services. The sample comprised parents of children aged 0–9 years in Finland and was drawn from the Population Register Centre's information system using stratified random sampling. The children were stratified into five age groups: 0–1, 2–5, and 6, 7, and 8 years in order to ensure the inclusion of parents who used different family services. In each age group, the sample comprised 320 mothers and 320 fathers. Only one parent per child was included in the sample. The parent was to be the child's guardian, and he or she could live in a different household than the child. In Finland, most parents agree on joint custody after divorce, which means that both parents still decide together on such matters as the child's domicile and residence, health care, schooling and day care services (49). The questionnaire for parents was sent by post in June 2009. Two reminders with the same questionnaire were mailed to the parents who did not respond in August and September 2009.

The required sample size for the t-test was determined based on a power analysis by using G*POWER (version 3.1): University of Kiel, Germany. This showed that to reach statistical power of 80% at a significance level of 95% ($\alpha = 0.05$), minimum comparison group size was 10 participants (9, 50).

A total of 955 parents responded to the questionnaire (response rate 30%). The parents who responded were significantly older than the randomised sample (mothers $p = 0.014$, fathers $p = 0.003$). The fathers who responded lived more often with a partner than the randomised sample ($p = 0.036$). The respondents and the parents in the randomised sample did not vary significantly in terms of place of residence, child's gender, child's age or number of people in the household.

Measures

Parental empowerment was measured by the Generic Family Empowerment Scale (FES). This instrument was originally developed to measure the empowerment of parents whose children have emotional disabilities (14). The original FES has since been modified for generic use, and it has proved to be a valid and suitable tool for the measurement of parental empowerment in all families who have young children (51). This study used the generic version of the FES. The G-FES has three dimensions. The family dimension (10 items) refers to parents' sense of their ability to manage in everyday life with their children. The service situation dimension (12 items) refers to parents' sense of their ability and confidence to obtain and influence the services that their own child needs and uses. The service system dimension (10 items) refers to parents' perception of their advocacy to improve services for children in general. The G-FES has a five-point Likert-type rating scale (1 = fully disagree, 5 = fully agree).

The questionnaire included items related to appointments with and the provision of various family services (child health clinics, school healthcare services, day care, preschool and primary school). Parents were asked whether or not they *attended* appointments regarding their child (growth discussions, growth follow-up or parents' meetings). Next, parents assessed *their involvement in decision-making* during their latest appointment. The response options were either joint decision-making by professional and family or by professional alone. Parents also assessed their perceived influence on the latest appointment and on the provision of municipal family services in general. Under *perceived influence on latest appointment*, there were eight items describing parents' perceptions of their influence on the content and decision-making of the appointment. These items were measured with a four-point Likert-type rating scale (1 = fully insufficient, 4 = fully sufficient). *Perceived influence on the provision of municipal family services* consisted of five items describing parents' perceptions of their influence on the family services available in the municipality (range of services, time, location). It was measured with a five-point Likert-type rating scale (1 = fully insignificant, 5 = fully significant). In addition, parents were asked about their *access to information* concerning municipal family services (1 = fully

insufficient, 5 = fully sufficient) and their opinion about *the weight given to families' views in municipal decision-making* (1 = fully insignificant, 5 = fully significant).

Demographic items queried the parents' age and gender, and their child's age, gender and place of care.

Data analysis

Data were described by using frequencies and percentages. The variables 'perceived influence on the provision of family services', 'access to information' and 'weight of parents' views' were coded into three categories and the variable 'perceived influence on latest appointment' into two categories as shown in Tables 2 and 4. Associations between maternal/paternal empowerment and the demographic and service-related variables were first described using t-test and one-way-analysis of variance (ANOVA). Next, multiple linear regression analyses were conducted using maternal and paternal empowerment variables separately as dependent variables and demographic and service-related variables as independent variables. Independent variables were entered if the simple bivariate analysis above showed statistically significant associations with empowerment. Independent variables with nominal scales were coded to dummy (0/1) variables as per Bonferroni post hoc test as follows: parent's education vocational or less (1) and at least college (0), child's age under 3 years (1) and 3 years or over (0), child's place of care at home or primary school (1) and at day care or preschool (0), and decision made by professional (1) and jointly by professional and family (0). Perceived influence, access to information and the weight of families' views were used in the regression analysis as continuous variables (52). In all analyses, the level of statistical significance was set at $p < 0.05$. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0: IBM Corporation, Armonk, NY, USA.

Ethical considerations

The study adhered to the guidelines for good scientific practice published by the Finnish Advisory Board on Research Integrity (53) and to the Declaration of Helsinki guidelines (54). Parents were informed in writing about the purpose of the study and their voluntary participation. Completion of the questionnaire was taken as an indication of informed consent. The study was approved by the ethical committee of the National Institute of Health and Welfare in Finland (§ 3/2009).

Results

Participants' characteristics

Mothers accounted for 60% of the respondents ($n = 571$, response rate 36%) and fathers for 40%

($n = 384$, response rate 24%). Parents' age ranged from 20 to 61 years (mothers' $M = 35.2$; $SD = 6.0$, fathers' $M = 38.2$; $SD = 6.8$). Half of the parents (57–58%) had a college education or higher. Both parents had as many girls as boys. Most parents lived with their children in the same household (95–99%). Children's age ranged from 2 months to 8.8 years (in mothers: $M = 5.2$; $SD = 2.5$, in fathers: $M = 5.5$; $SD = 2.4$). Every third child was cared for at home (31%), every fourth at day care (26–28%), every sixth at preschool (15–6%) and every fourth at primary school (26–28%) (Tables 2 and 4).

Parental empowerment and family service characteristics

Parental empowerment was high in the family ($M = 4.3$ – 4.4 ; $SD = 0.5$ – 0.6) and in service situations ($M = 4.1$ – 4.2 ; $SD = 0.5$ – 0.6) and moderate in the service system ($M = 3.2$; $SD = 0.8$). Most parents (81–95%) had attended appointments in some family service. Decisions were made by professionals alone in every seventh appointment (13–15%). The majority of parents (75–78%) felt their influence on the latest appointment had been sufficient, but only one in ten parents (7–10%) felt their influence on the provision of family services was significant. Half of the parents said they had access to adequate information about municipal family services. One in four parents (23–26%) thought that families' views on municipal decision-making were given significant weight (Tables 1–3).

Maternal empowerment

Association of maternal empowerment with demographic and family service characteristics. Mothers whose child was in care at home or primary school felt less empowered in service situations ($p < 0.001$) and in the service system ($p < 0.05$) than those whose child was in day care or preschool. Child's age was associated with maternal empowerment in service situations: mothers with a child aged 0–2 felt less empowered than the mothers with an older child ($p < 0.01$). Maternal empowerment in the family ($p < 0.05$) and in service situations ($p < 0.001$) was associated with decision-making in the latest appointment such that mothers felt less empowered in situations where decisions were made by professionals alone than in situations where decisions were made jointly. On all dimensions, maternal empowerment differed by perceived influence on the latest appointment such that those who thought they had sufficient perceived influence felt more empowered than those who described their perceived influence as insufficient ($p < 0.001$). Perceived influence on the provision of municipal family services was associated with maternal empowerment in service situations ($p < 0.001$) and in the service system

Table 1 Descriptive statistics and internal consistency of parental empowerment and service-related variables among mothers and fathers

	No. of items	Possible range	Mothers			Fathers		
			n	Mean (SD)	α	n	Mean (SD)	α
Parental empowerment								
Family	10	1–5 [†]	541	4.4 (0.5)	0.88	351	4.3 (0.6)	0.91
Service situation	12	1–5 [†]	540	4.1 (0.5)	0.83	347	4.0 (0.6)	0.85
Service system	10	1–5 [†]	537	3.2 (0.8)	0.90	345	3.2 (0.8)	0.90
Perceived influence on latest family service appointment	8	1–4 [†]	523	3.3 (0.6)	0.92	324	3.3 (0.6)	0.95
Perceived influence on provision of municipal family services	5	1–5 [†]	528	2.2 (0.9)	0.88	340	2.3 (0.9)	0.90
Access to information about municipal family services	1	1–5 [†]	551	3.3 (1.0)	Na	362	3.5 (0.9)	Na
Weight of families' views in municipal decision-making	1	1–5 [†]	403	1.7 (0.8)	Na	256	1.8 (0.8)	Na

[†] Higher values mean more positive perceptions.

α Cronbach's alpha.

($p < 0.01$) such that mothers who described their perceived influence as significant felt more empowered than those who thought their perceived influence was less significant. On all dimensions, maternal empowerment differed by access to information about municipal family services such that those who thought they had access to adequate information felt more empowered than those with less access to information ($p < 0.001$) (Table 2).

Regression analyses for maternal empowerment. The statistically significant independent variables associated with maternal empowerment in the family were perceived influence on the latest appointment ($p < 0.001$) and access to information about municipal family services ($p < 0.001$). These variables explained 10% of the variance of maternal empowerment in the family. For maternal empowerment in service situations, the significant independent variables were perceived influence on the latest appointment ($p = 0.011$) and perceived influence on the provision of family services ($p = 0.020$), access to information ($p < 0.001$), decision-making in the latest appointment ($p = 0.050$), child's age ($p = 0.042$) and child's place of care ($p = 0.002$). These explained 18% of the variance of empowerment in service situations. The statistically significant independent variables of empowerment in the service system were perceived influence on the provision of family services ($p = 0.001$), access to information ($p < 0.015$) and child's place of care ($p = 0.001$). These variables explained 10% of the variance of maternal empowerment in the service system (Table 3).

Paternal empowerment

Associations of paternal empowerment with demographic and family service characteristics. Fathers with vocational education or less felt less empowered in the service system than those with a higher education ($p < 0.05$). Paternal

empowerment in the family ($p < 0.001$) and in service situations ($p < 0.05$) was associated with decision-making in the latest appointment such that fathers felt less empowered when decisions were made by professionals alone than when they were made jointly. On all dimensions, paternal empowerment differed by perceived influence on the latest appointment such that those who felt they had sufficient perceived influence felt more empowered than those who regarded their perceived influence as insufficient ($p < 0.05$). Perceived influence on the provision of municipal family services was associated with all dimensions of empowerment such that fathers who described their perceived influence as significant felt more empowered than those who described their perceived influence as less significant ($p < 0.05$). On all dimensions, paternal empowerment differed by access to information about municipal family services such that those who thought they had sufficient access felt more empowered than those with less access to information ($p < 0.001$). Perceived weight of families' views on municipal decision-making was associated with paternal empowerment such that those who thought families' views were significant felt more empowered in the family ($p < 0.005$), in service situations ($p < 0.05$) and in the service system ($p < 0.001$) than those thought this weight was less significant (Table 4).

Regression analyses for paternal empowerment. The statistically significant independent variables associated with paternal empowerment in the family were perceived influence on the latest appointment ($p = 0.008$) and access to information about municipal family services ($p < 0.039$). These variables explained 14% of the variance of paternal empowerment in the family. For paternal empowerment in service situations, the significant independent variables were perceived influence on the latest appointment ($p = 0.012$) and access to

Table 2 Associations of maternal empowerment with demographic and family service characteristics

Characteristics	n (%)	Maternal empowerment					
		Family		Service situation		Service system	
		Mean (SD)	F/t	Mean (SD)	F/t	Mean (SD)	F/t
<i>Demographic characteristics</i>							
Mother's age							
≤30 years	122 (22)	4.4 (0.5)	0.625	4.0 (0.6)	2.363	3.1 (0.8)	2.274
31–40 years	320 (58)	4.5 (0.5)		4.1 (0.5)		3.2 (0.7)	
>40 years	107 (20)	4.4 (0.5)		4.2 (0.6)		3.3 (0.9)	
Mother's education							
Comprehensive/vocational	227 (42)	4.4 (0.5)	2.779	4.1 (0.5)	0.186	3.1 (0.8)	2.711
College	200 (37)	4.4 (0.5)		4.1 (0.5)		3.3 (0.7)	
Academic	114 (21)	4.5 (0.4)		4.1 (0.5)		3.2 (0.9)	
Child's place of care							
Home	177 (31)	4.5 (0.4)	0.559	4.0 (0.6)	6.738***	3.1 (0.7)	4.117**
Day care	155 (27)	4.4 (0.6)		4.2 (0.5)		3.3 (0.8)	
Preschool	88 (16)	4.5 (0.4)		4.2 (0.4)		3.3 (0.8)	
Primary school	144 (26)	4.4 (0.6)		4.1 (0.5)		3.1 (0.8)	
Child's age							
0–2 years	130 (26)	4.5 (0.4)	0.519	4.0 (0.6)	5.341**	3.2 (0.8)	0.089
3–6 years	226 (44)	4.4 (0.5)		4.2 (0.5)		3.2 (0.8)	
7–8 years	154 (30)	4.4 (0.5)		4.1 (0.5)		3.2 (0.8)	
Child's household							
Same with a respondent	567 (99)	4.4 (0.5)	0.192	4.1 (0.5)	0.164	3.2 (0.8)	0.993
Different with a respondent	4 (1)	4.1 (0.9)		4.6 (0.4)		3.2 (1.2)	
<i>Service characteristics</i>							
Perceived influence on latest appointment							
Sufficient	391 (75)	4.5 (0.5)	31.052***	4.2 (0.5)	28.661***	3.3 (0.8)	10.669**
Insufficient	128 (25)	4.2 (0.5)		3.9 (0.5)		3.0 (0.7)	
Perceived influence on provision of family services							
Significant	39 (7)	4.6 (0.4)	2.863	4.4 (0.4)	9.205***	3.5 (1.0)	6.624**
Moderate	136 (26)	4.4 (0.6)		4.2 (0.6)		3.3 (0.8)	
Insignificant	353 (67)	4.4 (0.5)		4.1 (0.5)		3.1 (0.7)	
Mother's participation							
Yes	441 (95)	4.4 (0.5)	0.487	4.2 (0.5)	0.761	3.2 (0.8)	2.019
No	22 (5)	4.4 (0.4)		4.1 (0.6)		2.9 (0.7)	
Decision-making by professionals							
Yes	76 (15)	4.3 (0.5)	−2.296*	3.9 (0.5)	−3.941***	3.1 (0.8)	−1.231
No	440 (85)	4.5 (0.5)		4.2 (0.5)		3.2 (0.8)	
Access to information about services							
Sufficient	265 (48)	4.6 (0.5)	12.984***	4.3 (0.5)	23.522***	3.3 (0.8)	10.486***
Moderate	191 (35)	4.4 (0.5)		4.0 (0.5)		3.2 (0.7)	
Insufficient	95 (17)	4.3 (0.5)		3.9 (0.6)		2.9 (0.8)	
Weight of families' views in municipal decision-making							
Significant	92 (23)	4.5 (0.5)	1.915	4.2 (0.5)	1.881	3.4 (0.8)	2.333
Moderate	88 (22)	4.5 (0.4)		4.1 (0.5)		3.2 (0.8)	
Insignificant	223 (55)	4.4 (0.5)		4.1 (0.5)		3.2 (0.8)	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Bold values denote statistically significant associations ($p \leq 0.05$).

Tested by t-test and one-way analysis of variance (ANOVA).

information ($p = 0.050$). These explained 14% of the variance of empowerment in service situations. The statistically significant independent variables with empowerment in the service system were perceived influence

on the latest appointment ($p = 0.037$) and perceived influence on the provision of family services ($p < 0.001$), access to information ($p < 0.001$) and father's education ($p = 0.001$). These variables

Table 3 Results from multiple linear regression analyses for associations between independent variables and maternal empowerment

Independent variables	Maternal empowerment						Service system								
	Family			Service situation			Service system			Service system					
	β (SE)	t	p	R	R ²	β (SE)	t	p	R	R ²	β (SE)	t	p	R	R ²
Perceived influence on latest appointment	0.22 (0.04)	4.464	<0.001	0.32	0.10	0.13 (0.05)	2.562	0.011	0.42	0.18	0.09 (0.06)	1.946	0.052	0.30	0.10
Perceived influence on provision of family services	0.03 (0.03)	0.583	0.560			0.11 (0.03)	2.338	0.020			0.15 (0.04)	3.353	0.001		
Access to information about family services	0.18 (0.02)	3.944	<0.001			0.22 (0.03)	4.716	<0.001			0.13 (0.04)	2.814	0.005		
Decision-making by professionals	-0.03 (0.07)	-0.578	0.564			-0.09 (0.07)	-1.947	0.050			Not in the model*				
Child's place of care at home or primary school	Not in the model*					-0.14 (0.05)	-3.109	0.002			-0.14 (0.07)	-3.274	0.001		
Child under 3 years	Not in the model*					-0.09 (0.05)	-2.040	0.042			Not in the model*				

Tested by linear regression model.

*Not in the model because of no above significant association. Bold values denote statistically significant associations ($p \leq 0.05$).

explained 29% of the variance of paternal empowerment in the service system (Table 5).

Discussion

This study showed that sufficient perceived influence and joint decision-making on family service appointments were positively associated with parents' sense of how they are able to manage in their everyday life and to exercise influence on the services used by their child (like; 15, 24, 34). Our findings suggest that by supporting parental involvement in decision-making concerning their child and family life, professionals can reinforce parents' resources. Given that parents' resources and families' well-being are strongly related (55), professionals can thus significantly contribute to reinforcing children's and families' well-being – which is the overriding aim of all family services (9, 56).

Our findings are in line with earlier results, which indicate that increased parental involvement in decision-making concerning their own life may also encourage parents to enhance their role in their own family (55, 57) and strengthen their confidence in their ability to manage and improve their own everyday life as well as surrounding society (58, 59). Based on these findings, we suggest that family service professionals can and should support parental empowerment by giving parents a greater influence over service use and by making decisions jointly with the family. Furthermore, by reinforcing parental involvement, professionals can emphasise and respect parents' primary right and responsibility for the care and development of their children and their best expertise concerning their child, family life and environment (55). However, some parents would want to relinquish all their authority to professionals and have professionals make all decisions on their behalf (60). According to this study, parents should be actively encouraged to take part in decision-making about their children – without forgetting that parents must of course retain the right to decide on the level of their involvement.

Exercising influence and decision-making on service appointments are closely interlinked given that influence includes parents' possibility to obtain information, express their opinion and time to process and discuss information (35, 36). Therefore, by enabling greater parental influence, professionals can also support parents' involvement in decision-making (36, 60). However, decision-making requires a sufficient personal capacity as well (60): parents who are not sufficiently empowered will not necessarily have sufficient resources. Therefore, it is essential to initially reinforce parents' capacity in decision-making and advocacy related to their child and family life, and only then encourage them to participate in decision-making.

Table 4 Associations of paternal empowerment with demographic and family service characteristics

Characteristics	n (%)	Paternal empowerment					
		Family		Service situation		Service system	
		Mean (SD)	F/t	Mean (SD)	F/t	Mean (SD)	F/t
<i>Demographic characteristics</i>							
Father's age							
≤30 years	41 (11)	4.5 (0.5)	1.858	4.1 (0.6)	0.186	3.3 (0.7)	0.658
31–40 years	197 (54)	4.3 (0.6)		4.0 (0.6)		3.2 (0.8)	
>40 years	124 (34)	4.3 (0.7)		4.1 (0.5)		3.2 (0.8)	
Father's education							
Comprehensive/vocational	154 (43)	4.3 (0.6)	0.473	4.0 (0.6)	0.054	3.1 (0.8)	3.641*
College	130 (37)	4.3 (0.6)		4.0 (0.6)		3.3 (0.7)	
Academic	71 (20)	4.3 (0.8)		4.1 (0.6)		3.3 (0.9)	
Child's place of care							
Home	119 (31)	4.4 (0.5)	1.310	4.0 (0.5)	0.693	3.2 (0.8)	1.838
Day care	97 (26)	4.2 (0.7)		4.1 (0.6)		3.1 (0.9)	
Preschool	58 (15)	4.3 (0.6)		4.1 (0.6)		3.2 (0.7)	
Primary school	105 (28)	4.3 (0.6)		4.0 (0.7)		3.3 (0.8)	
Child's age							
0–2 years	69 (21)	4.4 (0.5)	0.994	4.1 (0.5)	0.185	3.0 (0.9)	2.087
3–6 years	155 (46)	4.3 (0.7)		4.1 (0.6)		3.2 (0.8)	
7–8 years	111 (33)	4.3 (0.6)		4.0 (0.6)		3.3 (0.8)	
Child's household							
Same with a respondent	362 (95)	4.3 (0.6)	0.470	4.1 (0.6)	0.193	3.2 (0.8)	0.739
Different with a respondent	21 (5)	4.2 (0.6)		3.9 (0.6)		3.3 (0.9)	
<i>Service characteristics</i>							
Perceived influence on latest appointment							
Sufficient	253 (78)	4.4 (0.6)	11.182**	4.1 (0.6)	16.535***	3.3 (0.8)	6.184*
Insufficient	71 (22)	4.1 (0.7)		3.8 (0.6)		3.0 (0.7)	
Perceived influence on provision of family services							
Significant	35 (10)	4.5 (0.5)	3.576*	4.3 (0.6)	4.835**	3.9 (0.8)	22.102***
Moderate	102 (30)	4.4 (0.6)		4.1 (0.6)		3.3 (0.7)	
Insignificant	203 (60)	4.3 (0.6)		4.0 (0.6)		3.0 (0.8)	
Father's participation							
Yes	249 (81)	4.4 (0.6)	1.599	4.1 (0.6)	1.730	3.3 (0.8)	1.893
No	57 (19)	4.2 (0.5)		3.9 (0.5)		3.0 (0.7)	
Decision-making by professionals							
Yes	41 (87)	4.1 (0.8)	−3.747***	3.9 (0.6)	−2.345*	3.1 (0.7)	−0.811
No	280 (13)	4.4 (0.6)		4.1 (0.6)		3.2 (0.8)	
Access to information about services							
Sufficient	204 (56)	4.4 (0.6)	7.852***	4.2 (0.6)	15.144***	3.4 (0.8)	14.899***
Moderate	104 (29)	4.2 (0.6)		3.9 (0.5)		3.0 (0.7)	
Insufficient	54 (15)	4.2 (0.7)		3.8 (0.5)		2.8 (0.7)	
Weight of families' views in municipal decision-making							
Significant	66 (26)	4.5 (0.6)	3.528*	4.2 (0.6)	4.658*	3.6 (0.8)	8.505***
Moderate	74 (29)	4.3 (0.6)		4.1 (0.6)		3.3 (0.6)	
Insignificant	116 (45)	4.2 (0.7)		4.0 (0.6)		3.2 (0.8)	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Bold values denote statistically significant associations ($p \leq 0.05$).

Tested by t-test and one-way analysis of variance (ANOVA).

In contrast to earlier findings (14, 28), this study found no statistically significant associations between participation in service appointments and parental empowerment, yet the parents who did participate, and fathers in particular, did seem to feel somewhat more empowered than

parents who did not. Even though the evidence here does not show any significant association, it is important that family service professionals strive to reach all parents – because the only parents they can support are those who attend service appointments.

Table 5 Results from multiple linear regression analyses for associations between independent variables and paternal empowerment

Independent variables	Paternal empowerment						Service system								
	Family			Service situation			Service system			Service system					
	β (SE)	t	p	R	R ²	β (SE)	t	p	R	R ²	β (SE)	t	p	R	R ²
Perceived influence on latest appointment	0.19 (0.07)	2.668	0.008	0.37	0.14	0.18 (0.07)	2.540	0.012	0.38	0.14	0.26 (0.06)	2.103	<0.037	0.54	0.29
Perceived influence on provision of family services	0.10 (0.05)	1.179	0.240			0.05 (0.05)	0.680	0.497			0.26 (0.06)	3.594	<0.001		
Access to information about family services	0.14 (0.05)	2.077	0.039			0.13 (0.04)	1.925	0.050			0.25 (0.05)	3.965	<0.001		
Weight of families' views on municipal decision-making	0.01 (0.04)	0.064	0.949			0.11 (0.04)	1.368	0.173			0.04 (0.05)	0.508	0.612		
Decision-making by professionals	-0.11 (0.11)	-1.605	0.110			-0.07 (0.10)	-1.024	0.307			Not in the model*				
Father's education vocational of less	Not in the model*					Not in the model*					-0.18 (0.09)	-3.303	0.001		

Tested by linear regression model.

*Not in the model because of no above significant association. Bold values denote statistically significant associations ($p \leq 0.05$).

Access to adequate information about municipal family services was found to be positively associated with all dimensions of maternal and paternal empowerment (61). The association discovered between family empowerment and access to information suggests that the mere fact of having knowledge about existing services may increase parents' sense of managing in family life. On the other hand, it also suggests that those who felt less empowered, and perhaps were most in need of special services, do not think they had good enough access to information about services. However, knowledge about existing services makes it easier for families to search for help and is therefore important in order to ensure their access to support as early as possible (10, 56).

These and earlier results about the importance of access to adequate information about services (10, 28) clearly underscore the urgency to develop informing. However, we suggest that access to information and informing itself are strongly linked to service delivery. Many countries deal with and have different solutions for the fragmentation of services and its implications (55, 56, 62). In Finland, as in many other Nordic countries, responsibility for the provision of statutory services rests with municipalities, but these services are delivered by many different producers. Families will typically use several different services at the same time and therefore have contact and interaction with different producers (55, 62, 63). Due to the fragmentation of services, either personnel are not necessarily sufficient aware of other services (64), or information about those services has remained insufficient (10, 56). Coordinated service provision across administrative boundaries remains a challenge (56, 65). Efforts at service coordination should certainly be continued, not only to ensure access to coherent information about services, but also to improve the early identification of problems, access to fast and flexible support, families' awareness of services and ultimately, parental empowerment (55, 63).

There were no major differences between maternal empowerment and parental empowerment. Perceptions of the importance given to families' views on municipal decision-making were significant only to paternal empowerment. It is possible that this result is explained by the fact that the fathers taking part in parenting studies tend to come from the more active end of the spectrum (42, 43), which means they probably take a keen interest in the social position of families with children. Education level was also associated only with paternal empowerment in that fathers with vocational education or less felt less empowered in the service system than those with a higher education. As fathers' involvement in family services is expected to continue to increase (1, 41), it is necessary to consider how fathers with a lower education level could be encouraged to more actively seek to influence family services.

Child's age and place of care were associated only with maternal empowerment. Mothers with a child aged under 3 and mothers whose child was in care at home felt less empowered in family services than other mothers. Given that over half of the children aged under 3 are cared at home (3), in most cases (97%) by the mother (66), this finding suggests that maternal empowerment in services may be undermined by mothers being stay-at-home mothers. In this study, parental empowerment was not separately evaluated in different services. Therefore, we are unable to say whether stay-at-home mothers are less empowered than other mothers in such services that are used similarly by all families (such as health services). However, it is important to take this possibility into account and give special effort to encouraging their empowerment.

Limitations. The response rate in the study was quite low (30%). Recommendations for acceptable response rates vary widely, and several studies have demonstrated that there is no direct correlation between response rate and validity (67, 68). Further, characteristics of the study participants and nonparticipants need to be known and detailed for assessing the study validity (68). However, there were sufficient data for reliable analyses, and the parents who responded and the randomised sample were by and large comparable. It has been suggested that study participants are generally healthier (69) and more active (42) than the nonparticipants. Thus, the low response rate possibly indicates that parents who felt less empowered did not respond to the survey. This should be taken into account when interpreting and generalising the results of this study.

R squares of regression models were quite low, supporting the assumption that associations between family services and parental empowerment are highly complex and that there are probably several indirect associations between the variables studied. These could not be evaluated within the confines of this study design. Furthermore, these and earlier results suggest that parents with different-aged children differ in terms of their expectations and needs of support in family services. These were not examined in this study.

Conclusion

Sufficient perceived parental influence and joint decision-making by family and professionals on family

service appointments were associated with increased parental empowerment in the family and in services used by their child. Based on these findings, we suggest that family service professionals can and should support parental empowerment by reinforcing parents' capacity in decision-making and advocacy and by enabling and reinforcing greater parental influence over services and making decisions jointly with the family. Furthermore, adequate access to information about municipal services was found to be positively associated with all dimensions of parental empowerment. Therefore, it is important to ensure that all parents receive coherent information about existing services. Additionally, stay-at-home mothers and fathers with a lower education felt less empowered in family services than other parents, and therefore, special effort should be given to encouraging their empowerment in services.

Acknowledgements

We would like to thank parents for their participation in this study.

Author contributions

Maaret Vuorenmaa is the author of the paper. She was responsible for study conception, design, data analysis and drafting of manuscript. Nina Halme and Marja-Lee-na Perälä were responsible for conception, design, data collection, data analysis and critical revisions of the manuscript. Marja Kaunonen and Päivi Åstedt-Kurki were responsible for conception, design, critical revisions of the manuscript and overall supervision.

Ethical approval

The study was approved by the ethical committee of the National Institute of Health and Welfare (§ 3/2009).

Funding

This study was supported by the Finnish Post-graduate School in Nursing Science. No conflict of interest has been declared by the authors.

References

- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M. Lastenneuvola lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä (Child health clinic as a promoter of health and welfare of families with children). In *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009 (Welfare of families with children 2009)* (Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S eds), 2009, Yliopiston kirjapaino, Helsinki, 152–61.
- Ministry of Finance. *Peruspalvelujen tila -raportti* (Synthesis report on

- basic public services). 2008, https://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20080314Perusp/Peruspalvelujen_tila_raportti.pdf (last accessed 19 October 2014).
- 3 National Institute for Health and Welfare. *Lasten päivähoido* (Children's daycare). 2011, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102985/Tr30_12.pdf?sequence=4 (last accessed 23 August 2014).
 - 4 Statistics Finland. *Hyvinvointikatsaus, Lasten tiedot ja taidot* (Welfare review, Children's knowledge and skills). 2007, http://www.stat.fi/index_en.html (last accessed 13 August 2014).
 - 5 *Terveydenhuoltolaki*. 1326/2010 (Health Care Act). <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326> (last accessed 22 August 2014)
 - 6 *Laki lasten päivähoitosta*. 36/1973 (Child Day Care Act), <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/asiasanat/> (last accessed 22 August 2014)
 - 7 *Asetus neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta*. 338/2011 (Government Decree 338/2011 on maternity and child welfare clinics, school and student health care and preventive oral health care), <http://www.finlex.fi/laki/alkup/2011/20110338> (last accessed 16 June 2014)
 - 8 Ministry of Social and Affairs. *Terveys 2015 -kansanterveysohjelma* (Health 2015 public health programme) http://www.stm.fi/en/health_2015 (Last accessed 20 August 2014).
 - 9 Perälä M-L, Salonen AH, Halme N, Nykänen S. *Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma* (How do services for families and children meet the needs? Parents' views). 2011, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/27f8cf8b-8fa8-402a-b3a0-e26dd8a7ba6d> (last accessed 12 October 2014).
 - 10 Halme N, Kanste O, Perälä M-L. Lasten ja perheiden palveluiden saavutettavuus ja avun riittävyys – rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi (Accessibility of services for children and families and sufficiency of support – development and evaluation of a structural equation model). *Hoitotiede* 2014; 3: 217–30.
 - 11 Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. *Well-being of children and adolescents, Cohort profile: the 1987 Finnish Birth Cohort*. 2012, <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102984/Paananen%20et%20al.%201987%20report%20english%20161213.pdf?sequence=3> (last accessed 11 November 2014).
 - 12 Mendez JL. How can parents get involved in preschool? Barriers and engagement in education by ethnic minority parents of children attending Head Start. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2010; 16: 26–36.
 - 13 Raivio H, Karjalainen J. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat (Involvement is not a means or tool, services are). In *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa (Involvement – a right or an obligation?)* (Era T ed.), 2013, Jyväskylä University of Applied Sciences, Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Jyväskylä, 12–35.
 - 14 Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose members have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabil Psychol* 1992; 37: 305–21.
 - 15 Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within nurse-client relationship. *J Adv Nurs* 2002; 40: 149–57.
 - 16 Øien I, Fallang B, Østensjø S. Goal-setting in paediatric rehabilitation – perceptions of parents and professionals. *Child Care Health Dev* 2009; 36: 558–65.
 - 17 Boot A, Macdonald G. Parents and sure start evaluation; suggestions for partnership. *Child Care Pract* 2006; 12: 269–81.
 - 18 Chao P, Bryan T, Burstein K, Ergul C. Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. *Early Childhood Educ J* 2006; 10: 147–53.
 - 19 Uludag A. Elementary preservice teachers' opinions about parental involvement in elementary children's education. *Teach Teach Educ* 2008; 4: 807–17.
 - 20 Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2011; 128: 510–8.
 - 21 Faith M, Van Horn L, Appel L, Burke L, Carson JA, Franch H, Jakicic J, Kral T, Odoms-Young A, Wansink B, Wylie-Rosett J. Evaluating parents and adult caregivers as “agents of change” for treating obese children: evidence for parent behavior change and research gaps. *Circulation* 2012; 125: 1186–207.
 - 22 McCenna K, Collier J, Hewitt M, Blake H. Parental involvement in pediatric cancer treatment decisions. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010; 19: 621–30.
 - 23 Tourigny J, Chartrand J, Massicotte J. Health professionals' beliefs related to parental involvement in ambulatory care: an international inquiry. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2008; 31: 89–101.
 - 24 Wiggins MS. The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. *J Nurs Manag* 2008; 16: 629–38.
 - 25 Ygge BM, Lindholm C, Arnetz J. Hospital staff perceptions of parental involvement in pediatric hospital care. *J Adv Nurs* 2005; 53: 534–42.
 - 26 Ewertson M, Lutzen K, Svensson E, Andershed B. Developing the concept of family involvement and the alienation questionnaire in the context of psychiatric care. *Int J Ment Health Nurs* 2008; 17: 439–49.
 - 27 Blower K, Morgan E. Great expectations? Parental participation in care. *J Child Health Care* 2000; 4: 60–65.
 - 28 Hook ML. Partnering with parents – a concept ready for action. *J Adv Nurs* 2006; 56: 133–43.
 - 29 Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centered care of children in hospital – a concept analysis. *J Adv Nurs* 2011; 67: 1152–62.
 - 30 Baart I, Abma T. Patient participation in fundamental psychiatric genomics research: a Dutch case study. *Health Expect* 2010; 14: 240–9.
 - 31 Kujala E. *Asiakaslähtiäinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen* (A model of patient-oriented quality management. An application for a health care centres based on statistical process control), Doctoral thesis. 2003, Acta Universitatis Tamperensis, University of Tampere, Tampere.
 - 32 Rentinck ICM, Gorter JW, Ketelaar M, Lindeman E, Jongmans MJ.

- Perceptions of family participation among parents of children with cerebral palsy followed from infancy to toddlerhood. *Disabil Rehabil* 2009; 31: 1828–34.
- 33 McCann D, Young J, Watson K, Ware R, Pitcher A, Bundy R, Greathed D. Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Pediatr Nurs* 2008; 20: 14–19.
- 34 Rangachari P, Bhat A, Seol Y-H. Using the “customer service framework” to successfully implement patient- and family-centered care. *Qual Manag Health Care* 2011; 20: 179–97.
- 35 Oranen M. *Mitä mieltä!/? Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä.* (What mind?! The children’s involvement in developing of the child protection). 2007, <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/@Bin/1911491/mit%C3%A4%20mielt%C3%A4!%20raporttiCS3.pdf> (last accessed 22 January 2015).
- 36 Picker Institute. *Patient-centered care 2015: scenarios, vision, goals & next steps.* 2004, <http://www.altfutures.org/pubs/health/Picker%20Final%20Report%20May%2014%202004.pdf> (last accessed 27 January 2015).
- 37 Ewertzon M, Lützen K, Svensson E, Andershed B. Family members’ involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals’ approach and feeling of alienation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 422–32.
- 38 Tzeng H-M, Yin C-Y. Family involvement in inpatient care in Taiwan. *Clin Nurs Res* 2008; 17: 297–311.
- 39 Brinkman WB, Hartl J, Rawe L, Sucharew H, Britto MT, Epstein JN. Physicians’ shared decision making behaviors in attention-deficit/hyperactivity disorder care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 1013–29.
- 40 Robinson EM, Iannotti RJ, Schneider S, Nansel TR, Haynie DL, Sobel DO. Parenting goals: predictors of parent involvement in disease management of children with type 1 diabetes. *J Child Health Care* 2011; 15: 199–209.
- 41 Wall G, Arnold S. How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood. *Gen Soc* 2007; 21: 508–27.
- 42 Magill-Evans J, Harrison MJ, Rempell G, Slater L. Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *J Adv Nurs* 2006; 55: 248–64.
- 43 Gage JD, Everett KD, Bullock L. Integrative review of parenting in nursing research. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38: 56–62.
- 44 Sevón E, Huttunen J. Isäksi naisten kertomuksissa ja vähän miestenkin (Women’s and men’s stories about becoming a father). In *Isäkirja* (The book called father) (Aalto I, Kolehmainen J eds), 2004, Vastapaino, Tampere, 133–67.
- 45 Mykkänen J. *Isäksi tulon tarinat, tunteet ja toimijuus* (Becoming a father – types of narrative, emotions and agency). Doctoral thesis. 2010, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- 46 Whiteside-Mansell L, Bradley RH, Rakow E. Similarities and differences in parental investment for mothers and fathers. *J Fam Issues* 2001; 22: 63–74.
- 47 Fägerskiöld A. Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scand J Caring Sci* 2006; 20: 79–85.
- 48 Garfield CF, Isacco A. Fathers and the well-child visit. *Pediatrics* 2006; 117: e637–45.
- 49 Finlex. *Act on child custody and right of access* 361/1983. 2015, <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1983/en19830361> (last accessed 10 February 2015).
- 50 Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41: 1149–60.
- 51 Vuorenmaa M, Halme N, Åstedt-Kurki P, Kaunonen M, Perälä M-L. The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children. *Child Care Health Dev* 2013; 40: 597–606.
- 52 Bollen K. *Structural Equations with Latent Variables.* 1989, Wiley, New York, NY.
- 53 The World Medical Association. *World Medical association declaration of Helsinki.* 1964. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (last accessed 22 January 2015).
- 54 Finnish Advisory Board on Research Integrity. *Responsible conduct of research and procedures for handling allegations of misconduct in Finland.* 2012, http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut (Last accessed 25 January 2015).
- 55 Halme N, Kekkonen M, Perälä M-L. *Perhekeskukset Suomessa. Palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen* (Family centres in Finland. Services, cooperation and management). 2012, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90890/URN_ISBN_978-952-245-747-9.pdf?sequence=1 (last accessed 08 February 2015).
- 56 King G, Meyer K. Service integration and coordination: a framework of approaches for the delivery of coordinated care to children with disabilities and their families. *Child Care Health Dev* 2006; 32: 477–92.
- 57 Koelen MA, Lindström B. Making healthy choices: the role of empowerment. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 10–16.
- 58 Duncan J, Bowden C, Smith AB. A gossip or a good yack? Reconceptualizing parent support in New Zealand early childhood centre programmes. *Int J Early Years Educ* 2006; 14: 1–13.
- 59 World Health Organization. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* 2006, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf (last accessed 10 January 2015).
- 60 Jackson C, Cheater FM, Reid I. A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health Expect* 2008; 11: 232–51.
- 61 Coulter A, Magee H. *The European Patient for the Future.* 2003, Open University Press, Maidenhead, UK.
- 62 Bing V. Historical development of family centres in Sweden and the Nordic countries. In *Family Centre and Family Policy in the Nordic Countries* (Kekkonen M, Montonen M, Vitala R eds), 2011, http://www.expoo.be/sites/default/files/kennisdokument/fam_eng_anp701_web1.pdf (last accessed 08 February 2015)
- 63 Thyraug AM, Vedeler GW, Martinius M, Adolfsen F. The Family’s

- House in Norway – an interdisciplinary, municipal/community health-care service for children, adolescents and their families. In: *Family centre and Family policy in the Nordic countries* (Kekkonen M, Montonen M, Viitala R eds), 2011, http://www.expo.o.be/sites/default/files/kennisdokument/fam_eng_anp701_web1.pdf (last accessed 08 February 2015)
- 64 Joensuu J, Halme N, Nummi T, Perälä M-L. Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen kunnissa – rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi (Integration of municipal services of children and families – development and evaluation of the structural equation model). *Hoitotiede* 2013; 25: 36–48.
- 65 Widmark C, Sandahl C, Piuva K, Bergman D. Parents' experiences of collaboration between welfare professionals regarding children with anxiety of depression – an explorative study. *Int J Integr Care* 2013; 13: e045.
- 66 Official Statistics of Finland. *Statistical yearbook of the social insurance institution*. 2011, http://www.kela.fi/documents/10180/1630875/Statistical_Yearbook_of_the_Social_Insurance_Institution_2013.pdf/0578574a-2b93-4ca5-ac0f-650f12d15141 (last accessed 10 January 2015).
- 67 Holbrook A, Krosnick J, Pfent A. The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. In *Advances in Telephone Survey Methodology* (Lepkowski JM, Tucker NC, Brick JM, De Leeuw ED, Japec L, Lavrakas PJ, Link MW, Sangster RL eds), 2007, Wiley, New York, USA, 499–529.
- 68 Morton SMB, Bandara DK, Robinson EM, Carr PEA. In the 21st century: what is an acceptable response rate? *Aust N Z J Public Health* 2012; 36: 106–8.
- 69 Eastwood BJ, Gregor RD, MacLean DR, Wolf HK. Effects of recruitment strategy on response rates and risk factor profile in two cardiovascular surveys. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 763–9.