

DISSERTATIONS IN
**EDUCATION,
HUMANITIES,
AND THEOLOGY**

JOHANNA HOKKANEN

Kotien lääkekasvatus



PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Dissertations in Education, Humanities, and Theology No 73



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Kotien lääkekasvatus

JOHANNA HOKKANEN

Kotien lääkekasvatus

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Education, Humanities, and Theology
No 73

University of Eastern Finland
Joensuu
2015

Grano Oy
Jyväskylä, 2015
Sarjan toimittaja: Ulla Härkönen
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto
ISBN: 978-952-61-1864-2 (nid.)
ISSNL: 1798-5625
ISSN: 1798-5625
ISBN: 978-952-61-1865-9 (PDF)
ISSN: 1798-5633 (PDF)

Hokkanen, Johanna

Kotien lääkekasvatus

Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, 2015, 155 sivua

Publications of the University of Eastern Finland

Dissertations in Education, Humanities, and Theology; 73

ISBN: 978-952-61-1864-2 (nid.)

ISSNL: 1798-5625

ISSN: 1798-5625

ISBN: 978-952-61-1865-9 (PDF)

ISSN: 1798-5633 (PDF)

ABSTRAKTI

Lääkekasvatus on osa kodin terveyskasvatusta ja se voidaan nähdä lasten, vanhempien, opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä yhteistyönä, jonka tarkoituksena on lääkkeiden oikean ja tarkoituksenmukaisen käytön opettaminen lapsille. Tässä tutkimuksessa lääkekasvatusta tarkastellaan osana kotitalouden toimintaa ensisijaisesti perheen sisäisen vuorovaikutuksen näkökulmasta ja toiseksi suhteessa ulkopuolisiin järjestelmiin (koulu ja terveydenhuolto) ja toimintaympäristöihin (yhteiskunta ja kulttuuri).

Tutkimuksen tavoitteena on kuvaila kodin lääkekasvatusta ja lääkkeiden käyttöä vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen kanssa. Tutkimus toteutettiin taustatutkimuksena erään itäsuomalaisen peruskoulun oppilaille ja heidän vanhemmille vuosien 2011–2013 aikana. Tutkimus toteutettiin mixed method menetelmällä, jossa ensimmäisessä osatutkimusvaiheessa tehtiin kysely peruskoulun oppilaiden vanhemmille (n=250). Toiseen osatutkimusvaiheeseen liittyi lääkekasvatusinterventiot 4.- ja 7.luokille, joiden jälkeen tähän osallistuneita lapsia vanhempineen haastateltiin heidän kotonaan. Puolistrukturoituun haastatteluun kodin lääkekasvatuksesta osallistui 12 äitiä ja 12 lasta, joista tyttöjä oli kaksi. Haastattelun yhteydessä tehtiin myös osallistuvan havainnoinnin menetelmällä lääkekaappitutkimus luvan antaneille haastateltaville (n=10). Kysely analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 19-ohjelmalla ja haastattelut sekä osallistuva havainnointi teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Kyselyyn vastanneissa perheissä 48 %:lla oli käytössä kyselyn toteutusajankohtana, jokin lääkärin määräämä lääke tai useampi (1–11 kpl). 41 % perheistä oli käyttänyt kyselyä edeltäneenä tai sitä edeltäneenä päivänä ilman reseptiä saatavaa itsehoitolääkettä tai useampaa (1–4 kpl). Perheistä 62 % oli käyttänyt kyselyä edeltäneinä kahtena päivänä ilman reseptiä saatavia luontaistuotteita, rohdosvalmisteita, homeopaattisia valmisteita tai vitamiineja (1–8 kpl).

Kaikissa haastatelluissa perheissä (n=12) myös lapset tiesivät lääkkeiden säilytyspaikat. Missään perheessä lääkkeiden säilytyspaikat eivät olleet lukossa, vaikka kaappi olisikin ollut lukittava ja ovesa olisi ollut avain. Käytössä olevia lääkkeitä moni säilytti keittiön yläkaapissa. Lääkekaappitutkimuksessa (n=10) perheen lääkkeitä esiteltiin perhettä kohden 8–33 kappaletta. Jokaisen perheen jäsenen mainittiin käyttävän tai joskus käyttäneen jotakin lääkettä. Henkilön käytössä olevaksi tai käytössä olleeksi

mainittiin 1–18 lääkettä. Nuorin lääkkeen käyttäjä oli 10 kuukauden ikäinen vauva ja iäkkäin lääkkeen käyttäjä 70-vuotias mies.

Kysely-, haastattelu- ja lääkekaappitutkimusaineistoihin perustuen vanhemmat voitiin tyypitellä erilaisiksi terveys- ja lääkekasvattajiksi. Haastattelu- ja lääkekaappitutkimusaineistojen perusteella äidit jakaantuivat seuraaviin terveys- ja lääkekasvattajatyyppeihin: lääketieteen kyseenlaistaja (n=1) kyseenalaistaa länsimaisen lääketieteen; lääkekriittinen (n=1) käyttää lääkkeitä silloin kun katsoo itse niiden olevan tarpeen; kotihoitaja (n=2) luottaa lääkkeettömiin hoitomuotoihin ja itsehoitolääkkeisiin sairauksien hoidossa ja lääkäriin luottaja (n=8) uskoo lääkärin ammattitaitoon sairauksien hoidossa. Haastattelututkimukseen osallistuneista lapsista kaikki (n=12) kertoivat äidin yleensä huolehtivan heistä silloin kun he ovat kipeinä. Myös lääkkeiden antaminen oli yleensä äidin vastuulla.

Kotona lääkkeitä keskustellaan tarkoituksellisesti kun lapsella, perheen jäsenellä, sukulaisella tai tuttavalla on pitkäaikaissairaus, silloin kun ollaan sairaana ja lääkkeen ottotilanteissa. Keskustelu koskee sairauksien ehkäisyä, rokotusten tarpeellisuutta, kotikonsteja sairauksien hoidossa, itsehoito- ja reseptilääkkeitä, tilanteita, joissa lääkkeitä voi käyttää, lääkkeiden annostusta, lääkkeiden vaikutuksia sekä lääkkeiden väärinkäyttöä. Lisäksi vanhemmat ja muut lähipiiriin kuuluvat ihmiset välittävät jopa tiedostamattaan malleja lääkkeiden käytöstä käyttämällä lääkkeitä itse. Koska kotia ei voi tutkia irrallaan ympäristöstään, lasten lääkekasvatukseen vaikuttavat myös esimerkiksi koulun terveystiedon opetus sekä terveydenhuollon antamat ohjeet.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan antaa kolme suositusta: 1) Ohjausta asianmukaiseen, pelottomaan ja uskomuksista vapaaseen lääkkeiden käyttöön tarvitaan eri koulutustasoilla ja kotona. 2) Tarve valistusmateriaalille lääkkeiden oikeasta säilytyksestä on olemassa. 3) Koulun tulisi huomioida koti entistä tärkeämpänä oppimisympäristönä myös lääkekasvatuksessa.

Avainsanat: arjen toiminnot, vuorovaikutus, sosiokulttuuriset ympäristöt, kotikasvatus, terveys- ja lääkekasvatus, lääkkeet.

Hokkanen, Johanna

Medicine education in families.

Joensuu: University of Eastern Finland, 2015, 155 pages

Publications of the University of Eastern Finland

Dissertations in Education, Humanities, and Theology; 73

ISBN: 978-952-61-1864-2 (print)

ISSNL: 1798-5625

ISSN: 1798-5625

ISBN: 978-952-61-1865-9 (PDF)

ISSN: 1798-5633 (PDF)

ABSTRACT

Medicine education is part of the home health education and can be seen as a co-operation between children, parents, teachers, and health care professionals, the purpose of which is to teach children the appropriate and correct use of medicines. In this study, medicine education is examined as part of the household activities primarily from the perspective of family internal interaction, and, secondly, in relation to external systems (school and health care providers) and external environments (society and culture).

The purpose of this study is to describe medicine education at home and how use of medicine interacts with socio-cultural environments. The research was conducted as a case study for the students, and their parents, of a primary school in Eastern Finland between 2011 and 2013. Mixed method research was conducted where in the first stage the parents of the students answered a questionnaire (n=250). The second stage of the research included medicine education intervention for the 4th and 7th graders after which the children and their parents were interviewed at their home. 12 mothers and 12 children, of whom two were girls, participated in the half structured interviews concerning home medicine education. As part of the interview, a medicine cabinet study was also conducted using the participant observation method for those who gave a permission (n=10). Questionnaires were analyzed by statistical methods using SPSS 19-software. Interviews and participant observation were analyzed by using theory guiding content analysis.

48% of the families participating in the study were using one or more (1–11) prescription medicines during the time period when the study was conducted. 41% of the participants had used one or more non-prescription medicines (1–4) the night or two before responding to the questionnaire. 62% of the families had also used one or more (1–8) natural non-prescription medicines, i.e. herbal products, homeopathic remedies or vitamins, during the previous two days.

In all the families that were interviewed (n=12), children and mothers confirmed the same storage locations for the medicines. None of the families had locked the storage location of the medicines even if the cabinets had a lock and a key. The medicines that were in constant use were often stored in the upper shelves of the kitchen cabinets. In the medicine cabinet research (n=10), 8 to 33 different kinds of medicines

of the family were introduced per family. All the members of the families mentioned using or previously having used one to 18 different kinds of medicines. The youngest medicine user was a 10-month-old baby, and the oldest a 70-year-old man.

Based on the data from the questionnaires, interviews and medicine cabinet study, the parents were divided into different categories of health and medicine educators. Based on interview and medicine cabinet study data, mothers were divided into the following health and medicine educator types: challenger (n=1), who challenges the western medicine approach; critic (n=1), who assumes a critical approach to medicine use; carer (n=2), who adopts a caring role with medicine use at home, and believer (n=8), who trusts and follows medical advice. All of the children who participated in the study (n=12) stated that it was their mother who usually took care of them while they were sick. The mother was also generally in charge of giving the medication.

At home medicines are discussed consciously when the child, family member, relative or a friend has a long-term illness, when being sick, and while taking medication. The discussion concerns the prevention of illnesses, necessity of vaccinations, home treatment for healing purposes, self-care and prescription medicines, circumstances in which medicines can be used and the dosage, influence of medicines, and drug abuse. In addition, parents and other people in the close circle passed on models of medicine use even unconsciously by using medication themselves. Since the home cannot be studied as a separate entity, disregarding the environment, children's medicine education is also influenced by school health education and instructions given by health professionals.

Based on this study, three recommendations can be given:

- 1) A verification is needed for the use of medicines which is proper, fearless and free of the beliefs at different levels of education and at home.
- 2) The need for educational materials concerning the correct storage of medicines exists.
- 3) The school should pay more attention to the home as a more significant learning environment, including also in the medicine education.

Key words: everyday activities, interaction, socio-cultural environments, upbringing, health and medicine education, medicines.

Esipuhe

Neljä vuotta sitten valmistuessani kasvatustieteen maisteriksi kotitaloustiede pääaineena ja luokanopettajan monialaiset opinnot sivuaineena, en uskonut olevani tässä kirjoittamassa väitöskirjan esipuhetta. Näinä neljänä kuluneena vuotena olen saanut työskennellä yliopistossa kotitalouden yliopisto-opettajana ja siinä muun työn ohessa olen tehnyt tutkimustani ja suorittanut jatko-opintoja. Kolme kuukautta sitten minusta tuli myös äiti. Roope on ollut kiltti ja aurinkoinen poika, joka on antanut äidille aikaa viimeistellä väitöskirja.

Kipinän tutkimuksen teolle antoi pääohjaani ja kotitaloustieteen professori Anna-Liisa Elorinne tarjottuaan paikkaa Itä-Suomen yliopistossa alkavasta lääkekasvatushankkeesta. Lääkeaihe kuulosti ensin vieraalta, ja moni itseni mukaan lukien, esitti kysymyksen, miten aihe liittyy kotitaloustieteeseen, jossa arjen tutkiminen on ollut vahva lähestymistapa. Pelkkä lääkkeiden tutkiminen ei olisi ollut sopiva aihe, mutta kodissa tapahtuva lääkekasvatus on osa perheiden arkea.

Väitöskirjan aiheen valinta oli käytännössä hyppy tuntemattomiin vesiin. Tietoni lääkkeistä olivat maallikon, enkä voi sanoa olleeni mikään kotikasvatuksen asiantuntija. Aihe innosti minua ja lääkekasvatustutkimusryhmästä saamani tuki ja apu tutkimusaineiston keruussa auttoivat tutkimisen alkuun. Toiseksi ohjaajakseni pyydettiin tutkimusryhmän vetäjä, kasvatustieteen professori ja Soveltavan kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen osaston johtaja Tuula Keinonen.

Tutkimusprosessi oli antoisa, vaikkakin välillä erittäin haastava, kun piti löytää tasapaino aiheen käsittelyssä kotitaloustieteen, kasvatustieteen, terveystiedon ja farmasian välillä. Kiitokset Anna-Liisalle kotitaloustieteen asiantuntemuksesta ja paneutumisesta ohjaukseen: ilman sinua väitöskirja ei olisi tullut valmiiksi. Tuula auttoi suuresti työn viimeistelyssä antamalla kullan arvoisen neuvon: ”Ota pois kaikki teorian tieto, jota et pysty hyödyntämään tuloksia tulkitessasi”. Tämän ohjeen avulla työstä sai karsittua pois kaiken ylimääräisen. Tutkimusryhmän jäsenelle ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksessa Fimeassa työskentelevälle Katri Hämeen-Anttilalle suurkiitokset farmasian näkökulmasta ja työn tarkastuksesta lääkeaiheiden osalta. Kiitokset kuuluvat myös koko muulle lääkekasvatustutkimusryhmälle: yhteiset palaverit ja työstäni keskusteleminen auttoivat tutkimuksen etenemisessä.

Lämpimät kiitokset esitarkastajilleni kasvatustieteen dosentti ja apulaisprofessori Eila Jeroselle ja dosentti Johanna Autiolle, jotka auttoivat työn viimeistelyvaiheessa osuvilla huomioillaan. Kiitän vastaväittäjäni terveystieteiden professori ja dekaani Lasse Kannasta. Suuri kiitos varhaiskasvatuksen professori Ulla Härköselle ohjeista painovaiheesta ja nopeasta taiton tarkastamisesta.

Isoin kiitos kuuluu kuitenkin puolisololleni Tomille, joka on antanut minun kipuilla työni kanssa. Tomi on ollut suureksi avuksi kuvioiden viimeistelyssä ja muissa tekstinkäsittelypulmissa, joita on ilmennyt. Kiitos, että olet jaksanut tukea minua näinä kiireisinä ruuhkavuosina! Lämmin kiitos myös perheelleni siitä, että olette kannustaneet minua opiskelemaan.

Savonlinnassa Ritalanmäentiellä 13.8.2015

Johanna Hokkanen

Sisällys

ABSTRAKTI	v
ABSTRACT	vii
ESIPUHE.....	ix
1 JOHDANTO	1
2 TERVEYS JA -LÄÄKEKASVATUS	5
2.1 Kasvatus ja sosiaalinen oppiminen	6
2.1.1 Sosiaalinen vuorovaikutus ja sen mallintaminen.....	7
2.1.2 Sosiaalinen oppiminen	8
2.1.3 Kodissa kasvaminen	10
2.1.4 Kotikasvatukseen vaikuttavat tekijät.....	13
2.2 Lääkkeet arjessa	16
2.2.1 Lääkkeiden käyttö.....	17
2.2.2 Lääkkeiden turvallinen käyttö	19
2.3 Kodin rooli lääkekasvatuksessa	21
2.3.1 Vanhempien toiminta, kun lapsi sairastuu	21
2.3.2 Vanhempien ja lasten suhtautuminen sairauksien hoitoon ja lääkkeisiin	24
2.3.3 Vanhempien käyttämät tietolähteet lääkitykseen liittyen	26
2.4 Lääkekasvatus osana peruskoulun terveystieteistä.....	28
2.5 Kasvaminen kohti vastuuta omasta terveydestä	31
2.6 Kokoava tarkastelu kodin lääkekasvatuksesta	34
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	36
4 TUTKIMUKSEN KULKU	37
4.1 Arjen tutkimisen traditiot	37
4.2 Tutkimusparadigma	39
4.3 Tutkimusstrategia ja -menetelmät.....	40
4.3.1 Kysely	42
4.3.2 Lääkekasvatusinterventio, haastattelu ja osallistuva havainnointi.....	42
4.4 Analyysimenetelmät	44
4.5 Eettiset kysymykset	48
5 TULOKSET	49
5.1 Taustatiedot	49
5.2 Lääkkeiden käyttö perheissä	50
5.3 Lääketietous ja -mainonta.....	52
5.4 Lääketurvallisuus.....	55
5.4.1 Lääkekaappitutkimus	56
5.4.2 Lääkkeiden väärinkäyttö	62
5.5 Käsityksiä lääkkeistä	67
5.6 Äiti päättää terveydenhoidosta.....	69

5.7 Terveys- ja lääkekasvatustyyppittely	71
5.7.1 Lääketieteen kyseenalaistaja	75
5.7.2 Lääkekriittinen	76
5.7.3 Kotihoitaja	77
5.7.4 Lääkäriin luottaja	78
5.7.5 Yhteenvedo tyyppittelystä	81
5.8 Kodin sisäinen ja ulkoinen vuorovaikutus lääkekasvatuksessa	83
5.8.1 Keskustelut lääkkeistä kotona ja koulussa	83
5.8.2 Koti ja terveydenhuollon palvelut	89
5.8.3 Lasten tiedot lääkkeistä ja toiminta sairauden hoidollisissa tilanteissa	90
5.9 Suhtautuminen esimerkkiperheiden lääkkeiden käyttöön ja perheiden kuvitellut keskustelut lääkkeistä	92
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	95
6.1 Luotettavuuden tarkastelua	99
6.2 Jatkotutkimusaiheita	103
LÄHTEET	104
LIITTEET	120

KUVIOT

Kuvio 1.	Ekologinen tutkimuslähestymistapa lääkekasvatukseen. Kuvio on muotoiltu kotitaloustieteen Human Ecology -mallista (Bubolz and Sontag 1993).	3
Kuvio 2.	Terveyskasvatuksen tavoitteita (Kannas 2002, 415).	5
Kuvio 3.	Terveyskasvatuksen/terveystiedon tietoperusta (Kannas 2005, 13).	6
Kuvio 4.	Nuorten arkipäivään sisältyvät oppimisympäristöt (Aittola 1998, 176.)	10
Kuvio 5.	Kasvatusajattelun siirtymät julkisesta yksityiseen ja kollektiivisesta yksilölliseen (Kemppainen 2001, 152).	13
Kuvio 6.	Kotikasvatuksen kansalliset erityispiirteet kulttuurisen ja yhteiskunnallisen todellisuuden osana (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 19).....	14
Kuvio 7.	Perheenjäseneksi kasvamisen ja itseksi kasvamisen perhevaiheet (Haverinen & Martikainen 2004, 11.)	32
Kuvio 8.	Kodin tarkoituksellinen ja tahaton terveys- ja lääkekasvatus vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen kanssa, sekä kodin sairauden hoidon prosessi (mukaillen osittain Buboltz & Sontag 1993; Lilja 2008, 281; Siponen 2014, 7).	35
Kuvio 9.	Tapaustutkimuksen aikataulu, menetelmät, aineisto ja tavoitteet. ...	41
Kuvio 10.	Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin sisällön analyysivaiheiden eteneminen ja analyysivaiheet (I, II ja III). Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin luokittelut on merkitty kuvioon mustalla. Kvantitatiivisen aineiston analyysivaiheet on merkitty kuvioon punaisella kertomaan kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen aineiston yhdistymisestä.	47
Kuvio 11.	Luokka-aste, jolla vanhempien mielestä tulisi aloittaa opetus lääkkeiden oikeasta käytöstä (%) (n=241).	88
Kuvio 12.	Äitien terveys- ja lääkekasvatusajattelun siirtymät julkisesta yksityiseen ja kollektiivisesta yksilölliseen (mukaillen Kemppaista 2001, 152). Kuvioon on sijoitettu terveys- ja lääkekasvattajatyypit sen mukaan, mitkä tekijät pääsääntöisesti ohjaavat heidän ajatteluaan ja toimintaansa.....	96
Kuvio 13.	Malli tutkittujen perheiden lääkekasvatuksesta (mukaillen osittain Buboltz & Sontag 1993; Lilja 2008, 281; Siponen 2014, 7).	98

TAULUKOT

Taulukko 1.	Huolenpidon osa-alueet (Borstein 1995).	12
Taulukko 2.	Perheen kasvatuspotentiaalia kuvaavia kriteereitä ja indikaattoreita (Vītols 2009, 66).	13
Taulukko 3.	Suomessa erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut 0–15-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL 2010).	18
Taulukko 4.	Lapsen ja hänen perheensä ominaisuudet, jotka ovat yhteydessä lapsen lääkehoidon onnistumiseen ja hoitoon sitoutumiseen (Sepponen 2011, 22).	26
Taulukko 5.	Koulujen jakauma prosentteina terveystiedon käsittelemisen mukaan osana ympäristö- ja luonnontietoa, biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa lukuvuonna 2006–2007 (Rimpelä ym. 2008, 46).	28
Taulukko 6.	Luokanopettajien ja aineenopettajien opettamat lääkekasvatusaiheet (%) (Siitonen ym. 2014).	30
Taulukko 7.	Arjen tutkimisen näkökulmat (Korvela & Tuomi-Gröhn 2014, 20). ..	40
Taulukko 8.	Kyselyn analyysimenetelmät.	46
Taulukko 9.	Kyselyyn (n= 250) vastanneiden taustatiedot.	49
Taulukko 10.	Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin ajankohta, osallistuneet sekä taustatiedot.	50
Taulukko 11.	Perheen käytössä olleet lääkkeet kyselyn toteutusajankohtana (n=250).	50
Taulukko 12.	Kyselyn vastaajien (n=250) sairauden hoitoon käyttämät rohdosvalmisteet, antroposofiset valmisteet ja homeopaattiset valmisteet.	51
Taulukko 13.	Kyselyyn vastaajat (n=245) jakaantuivat kyselyn perusteella K-keskiarvo klusteroinnissa lasten lääkitykseen liittyvien tietolähteiden käytössä kahteen ryhmään.	52
Taulukko 14.	Haastateltujen äitien (n=12) käsityksiä lääkemainonnasta	54
Taulukko 15.	Seijan lääkkeet hänen itsensä jakamana itsehoito- ja reseptilääkkeisiin.	60
Taulukko 16.	Äitien haastattelussa (n=12) kertoma toiminta lääkemyrkytystapauksessa.	64
Taulukko 17.	Lasten haastattelussa (n=12) kertomat käsitykset siitä, mitä lääkemyrkytys tarkoittaa.	65
Taulukko 18.	Äidin haastattelussa (n=12) ilmi tulleet perheen kokemukset lääkkeiden haittavaikutuksista.	66
Taulukko 19.	Kyselyn (n=250) väittämistä muodostetut summamuuttujat.	72
Taulukko 20.	Kyselyn asenneväittämiin vastanneiden (n=151) jakaantuminen klustereihin.	73
Taulukko 21.	Suhtautuminen kyselyn (n=249) lääkeväittämiin.	74
Taulukko 22.	Lääkäriin luottajat (n= 8).	79
Taulukko 23.	Yhteenvedo haastattelu- (n=12) ja lääkekaappitutkimusaineiston (n= 10) perusteella tehdystä äitien terveys- ja lääkekasvattajatyyppittelystä.	81

Taulukko 24. Äidin ja lapsen (4.lk) väliset keskustelut lääkkeistä äidin ja lapsen näkökulmasta (n=10).....	84
Taulukko 25. Äidin ja lapsen (7.lk) väliset keskustelut lääkkeistä äidin ja lapsen kertomana (n=14).	85
Taulukko 26. Lääkkeistä oppiminen kotona ja koulussa 4.luokkalaisten (n=5) kertomana.	86
Taulukko 27. Lääkkeistä oppiminen kotona ja koulussa 7.luokkalaisten (n=7) kertomana.	86
Taulukko 28. Perheiden (n=12) vuosittainen terveystalveluiden käyttö.....	89
Taulukko 29. 4. ja 7.luokkalaisten (n=12) tiedot ja taidot sairauden hoidossa tai ensiapua vaativissa tilanteissa.	91
Taulukko 30. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia mixed methods -tutkimuksen arviointikriteerien mukaan (Sale & Brazil 2004).	100

1 Johdanto

Yhteiskunnassa tapahtuneen medikalisoitumisen myötä kotitalouksien lääkkeiden käyttö on kasvanut. Ilmiö lisää lääkekasvatuksen eli oikean ja tarkoituksenmukaisen lääkkeen käytön opettamisen tarvetta sekä kotona että koulussa (Hämeen-Anttila 2006).

Kodin tehtävänä on ohjata lasta ottamaan vastuuta omasta arjesta. Kasvatuksen tavoitteena on hyvä elämä, johon yhtenä osa-alueena kuuluu omasta terveydestä huolehtiminen. Apteekista saatavien itsehoitolääkkeiden ja lääkärin määräämien reseptilääkkeiden käyttö on osa kotitalouksien tavanomaista arkea. Kotitalouksien lääkkeiden käyttö voidaan nähdä osana terveystieteiden, arjen- ja elämän hallintaa. Lääkkeiden käyttö kietoutuu kotitalouden praksis -tyyppiseen toimintaan, missä valinnat ja päätökset ovat arvolatautuneita ja missä tavoitteena on yksilön hyvinvointi ja hyvä elämä. (Ks. Haverinen 1996, 85–107.) Lääkkeet voidaan kokea elämänlaatua parantavana asiana erityisesti, jos lääkkeen käyttökokemukset ovat olleet myönteisiä (Prins 2008). Kotitalouden praksis -tyyppiselle toiminnalle on ominaista, että yksilön omasta maailmankatsomuksesta nousevat arvostukset määrittävät suhtautumista toimintaan, ja valintoja ohjaavat rationaalinen harkinta, mutta toisaalta uskomukset ja kokemukset (ks. Haverinen 1996, 85–107).

Kotikasvatuksessa lapset saavat tarkoituksellisesti ja tarkoituksettomasti välittyneitä vaikutteita perhepiirissä, mitkä suuntaavat lapsen kehitystä jopa ennen lapsen syntymää (Pulkkinen 1984; 1996; 2011). Vanhemmat välittävät nuorelle tietoisesti ja tiedostamattaan omia asenteitaan, uskomuksiaan ja arvostuksiaan sekä antavat nuorelle terveystietämisen malleja, joista useampien on todettu säilyvän jopa aikuisuuteen saakka (Tinsley & Lees 1995; Pulkkinen 1997; Tossavainen 1997; Turunen, Tossavainen & Nyman 2000; Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002). Kasvatuksen lopullisena päämääränä on yhteisen hyvinvoinnin ensisijaisuus, tieto ja taito, joissa näkyvät yksilön maailmankatsomuksen mukaiset arvosidonnaiset ratkaisut ja vuorovaikutuksessa yhteisymmärrykseen pyrkiminen (ks. Haverinen 1996).

Koulun antama lääkekasvatus voidaan puolestaan nähdä lasten, vanhempien, opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä yhteistyönä (Bush ym. 1999; Hämeen-Anttila 2006). Perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteissa (2004) lääkekasvatus on sisällytetty alaluokkien 1.–4. opetuksessa osaksi ympäristö- ja luonnontietoa sekä 7.–9.luokkien opetuksessa osaksi terveystietoa (Opetushallitus 2004). Uudessa perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (2014), joka astuu voimaan 2016, lääkkeitä ei varsinaisesti mainita nimeltä, mutta aiheeseen liittyviä asioita käsitellään 3.–6.luokilla ympäristötiedossa ja 7.–9.luokilla terveystiedossa (Opetushallitus 2014).

Lasten ja nuorten asianmukaiseen lääkkeiden käyttöön ohjaaminen sekä kotona että koulussa on tarpeen, sillä useat tutkimukset ovat osoittaneet lasten aloittavan itsehoitolääkityksen esim. kipulääkkeillä jo 10-vuotiaana (Dengler ym. 1996; Chambers ym. 1997; Sloand & Vessey 2001; Ylinen ym. 2010) ja moni heistä aloittaa lääkitymisen vielä vanhempiensa tietämättä (Chambers ym. 1997). Lisäksi tutkimus terveiden

lasten parissa on osoittanut lapsilla olevan negatiivisia ajatuksia (Gerrits ym. 1996; Trakas & Sanz 1996; Menacker ym. 1999; Hämeen-Anttila ym. 2006) tai jopa pelkoa lääkkeiden käyttöä kohtaan (Menacker ym. 1999). Erityisesti esikouluikäisillä lapsilla on pelkoja mm. hammaslääkärinä, sairaalassa tehtäviä toimenpiteitä ja pistämistä kohtaan, joiden on huomattu liittyvän lasten kehitystasoon (Beva ym. 1990; Rennick ym. 2002; Gozal ym. 2004; Majstrovic & Veerkamp 2004, 2005; Romino ym. 2005; Gazall & Mackie 2007; Salmela 2010). Myös pitkäaikaissairaiden lasten ja aikuisten lääkkeiden käytössä näyttää olevan yleistä ohjeiden noudattamatta jättäminen (Kyngäs ym. 1998; Fiese ym. 2005; Smith & Shuchman 2005). Asiantuntijoiden mukaan koulutus lääkkeiden järkevästä käytöstä varhain voisi auttaa vähentämään lääkkeiden väärinkäyttöä ja järkevöittämään väestötasolla niiden käyttämistä sekä vähentää lääkkeiden käyttöön liittyviä terveystriskejä (Fimea 2012).

Lääkkeiden käyttö on yleistä melkein kaikilla sukupuolesta ja iästä riippumatta, myös lapsilla (Dengler ym. 1996; Chambers ym. 1997; Stoelben ym. 2000; Hansen ym. 2003). Aikuisilla lääkkeiden käyttö lisääntyy ikääntymisen myötä (Helakorpi 2012, 52). Vuonna 2007 tehdyssä suomalaistutkimuksessa 17 % alle 12-vuotiaista lapsista käytti reseptilääkkeitä ja yli 17 % itsehoitolääkkeitä tutkimushetkellä edeltävinä kahdena päivänä (Hämeen-Anttila ym. 2010). Käytetyimmät itsehoitolääkkeet olivat kipuja kuumelälääkkeet. Täydentäviä- ja vaihtoehtolääkkeitä käytti 11 % lapsista. Näistä yleisimmin käytettyjä olivat kalaöljyt, rasvahapot ja probiootit. (Siponen ym. 2012.)

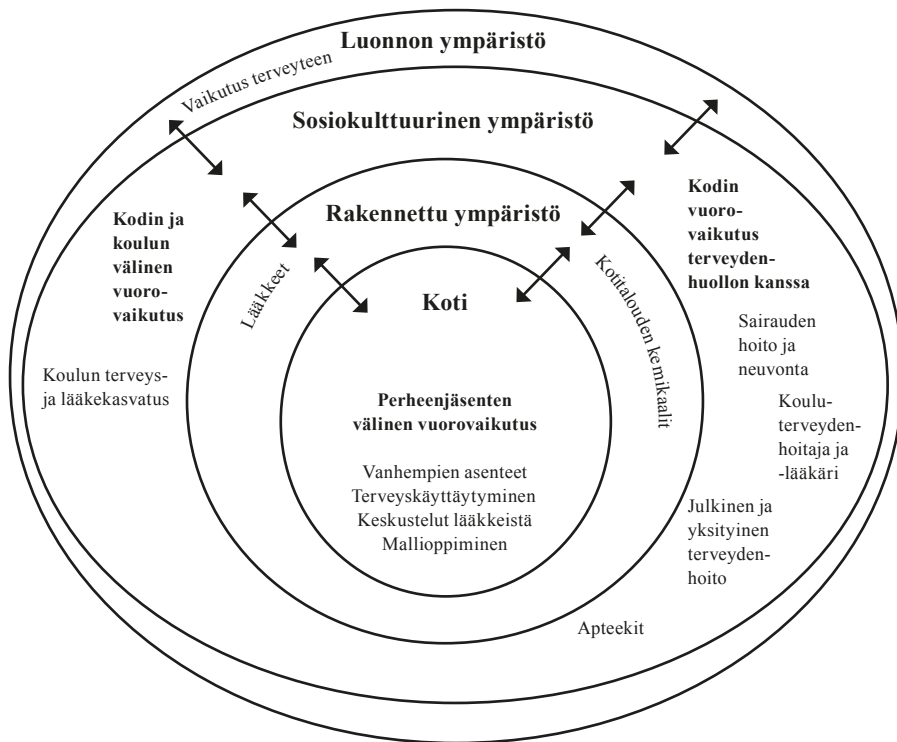
Aikaisempaa tutkimusta lääkkeiden käytöstä on tehty mm. lääketieteessä ja farmasiassa. Tutkimuksissa on lähinnä kuvattu mitä lääkkeitä käytetään, miten niitä käytetään, sairauden hoidon prosessia sekä uskomuksia ja asenteita lääkkeiden käyttöä kohtaan (katso esim. Hämeen-Anttila 2006 ja Siponen 2014). Tämän tutkimuksen näkökulma on kotitaloustieteessä ja tutkimuksen mielenkiinnon kohde on perheessä ja kodin arjessa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä yhdestä kodin arki-toiminnasta ja sen merkityksestä ihmisten hyvinvoinnille ja terveydelle (ks. Korvela & Rönkä 2014, 214).

Arkielämän lähestymistapa tutkimuksessa on vahvistunut Suomessa viimeisen kymmenen vuoden aikana kasvatustieteissä (esim. Kyrönlampi-Kylmänen 2007), kotitaloustieteessä (esim. Korvela 2003; Haverinen & Martikainen 2004; Korvela ym. 2009), perhepsykologiassa (esim. Rönkä, Laitinen & Malinen 2009; Malinen 2011), erityispedagogiikassa (esim. Määttä 1999; Sume 2008) ja sosiaalitieteissä (esim. Törrönen 2012). Aikaisempaan kirjallisuuteen vedoten arkielämä voidaan määritellä kaiken toiminnan perustaksi (Lefebren 1991, 97). Korvelan ja Röngän (2014) mukaan arkielämän tutkimus voidaan nähdä monta tieteenalaa leikkaavana ilmiönä. Tästä syystä olisi paikallaan löytää kokonaisvaltaisempia tarkastelutapoja arkielämän tutkimiseen. Käsillä oleva lääkekasvatustutkimus yhdistää eri tieteenaloja ja tutkimuksessa käytetään erilaisia metodisia lähestymistapoja.

Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu Human Ecology -mallin kautta (Bubolz ja Sontag, 1993). Malli osoittaa kotitalouden toimintaan liittyviä monimutkaisia yhteyksiä ja vuorovaikutusta eri toimintaympäristöiden välillä (kuvio 1) (Vaines 1994, 60). Human Ecology -mallissa vuorovaikutus on sidoksissa kotitalouden ja perheen rakennetekijöihin, kotitalouden toimintaa sääteleviin tekijöihin, kuten perheen, suvun ja lähiyhteisön tarpeisiin, arvoihin, normeihin, päämääriin ja voimavaroihin

(Bubolz & Sontag 1993; Turkki 1994, 12–14). Perhettä voidaan tarkastella myös omana systeeminään. Family ecosystem – perheen ekosysteemi – on Human Ecologyn osajärjestelmä, mikä käsittelee perheen ja ympäristön vuorovaikutusta (Goldsmith 2013, 40). Paoluccin, Hallin ja Axinnin (1977) mukaan perheen ekosysteemissä on kolme peruselementtiä: 1) perheen jäsenet, 2) rakennetut ja luonnonympäristöt, sekä 3) perheen päätöksenteko ja toiminta. Lähestymistapana perheen ekosysteemin tarkastelu on hedelmällistä, sillä se kertoo perheen jäsenten välisestä vuorovaikutuksesta, sekä oloista joissa he elävät. Pienikin muutos perheen ekosysteemissä vaikuttaa muihin osiin. (Goldsmith 2013, 49.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääkekasvatusta osana kotitalouden toimintaa ensisijaisesti perheen sisäisen vuorovaikutuksen näkökulmasta ja toiseksi suhteessa ulkopuolisiin sosiokulttuurisiin ympäristöihin (koulu ja terveydenhuolto) ja toimintaympäristöihin (yhteiskunta ja kulttuuri) (ks. Rönkä & Korvela 2009). Perheen päätös käyttää tai olla käyttämättä lääkkeitä nähdään tässä tutkimuksessa osana kotitalouden praksis toimintaa. Hurme (2014,78) onkin todennut Bronfenbrenneriin (1979) viitaten, että koska perhe on osa laajempaa ympäristöä, sitä ei voida tutkia ilman, että tutkitaan myös ympäristöä. Mielenkiinnon kohteena tässä tutkimuksessa on perheiden lääkkeiden käyttöön liittyvien tavoitteiden ja rutiinien yhteensovittaminen suhteessa kulttuuriin traditioihin ja yhteiskunnan vaatimuksiin.



Kuvio 1. Ekologinen tutkimuslähestymistapa lääkekasvatukseen. Kuvio on muotoiltu kotitaloustieteen Human Ecology -mallista (Bubolz and Sontag 1993).

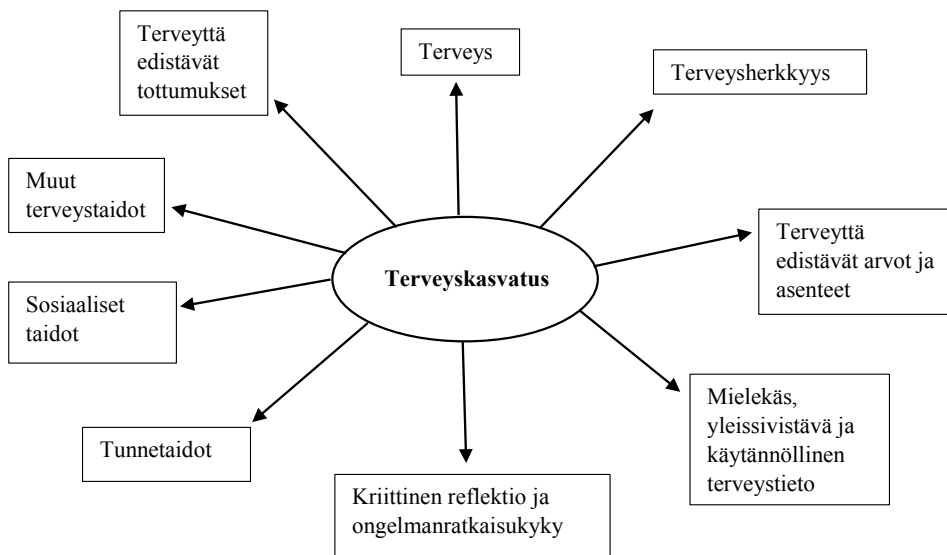
Tutkimuksen tavoitteena on selvittää millaista on kodin lääkekasvatus sekä millaista on kodin ja koulun, sekä kodin ja terveydenhuoltopalveluiden välinen vuorovaikutus lääkekasvatuksessa perheen näkökulmasta. Kysymyksiin haettiin vastauksia selvittämällä mm. mitä lääkkeitä tutkittavat käyttävät, millaisia tietolähteitä vanhemmat pitävät luotettavina lääkkeiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä, mitä lääketurvallisuudesta tiedetään ja miten siitä huolehditaan perheessä, miten eri sukupolvet suhtautuvat lääkkeisiin, millainen on äidin rooli lääkekasvattajana ja mitä ja miten lääkkeitä keskustellaan kotona.

Tutkimukseni lähestymistapa on sosiokulttuurinen, jossa tiedon intressi on ymmärtävä ja osittain soveltava (Vygotsky 1978; 1987; Cole & Wertch 1996; Korvela & Tuomi-Gröhn 2014). Sosiokulttuurisen lähestystavan avulla pyrin ymmärtämään kodin lääkekasvatusta perheen jäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen kautta sekä vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen (koulu, terveydenhuolto) kanssa. Teknisen lähestymistavan kautta perheen lääkkeiden käyttöön liittyviä arkikäytäntöjä tutkimalla yritän löytää parempia toimintaohjeita kodin lääkekasvatukseen (Habermas 1972; Tuomi-Gröhn & Palojoki 2000).

Tutkimus on osa laajempaa Itä-Suomen yliopistossa 2000-luvulla alkanutta lääkekasvatus -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää koulujen lääkekasvatusta (www.laakekasvatus.fi). Hankkeen puitteissa toteutettiin kaksi lääkekasvatukseen liittyvää interventiota eräässä itäsuomalaisessa peruskoulussa luokille 4 (10–11-vuotiaita) ja 7 (13–14-vuotiaita). Lähtötilanteessa kaikilla vanhemmilla oli mahdollisuus osallistua kyselytutkimukseen, jossa kartoitettiin vanhempien ja lasten taustatietoja, lääkkeiden käyttöä ja vanhempien asenteita lääkkeitä kohtaan. Intervention jälkeen halukkaita lasten vanhempia ja lapsia haastateltiin. Puolistrukturoidulla haastattelulla äideiltä ja lapsilta kartoitettiin kodin lääkekasvatusta eli perheen jäsenten välistä tarkoitukSELLISTA (keskustelut lääkkeitä) ja tahatonta (mallioppiminen) vuorovaikutusta, ja kodin, koulun ja terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta. Osallistuvaa havainnointia käytettiin tutkimusperheiden lääkekaappitutkimuksessa.

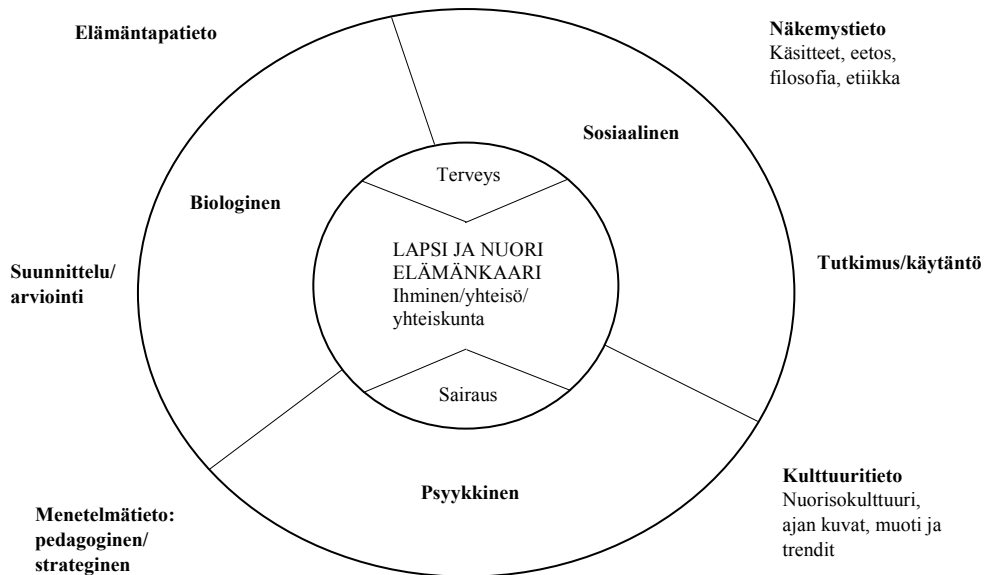
2 Terveys ja -lääkekasvatus

Terveyskasvatuksella tarkoitetaan niitä keinoja, joilla pyritään lisäämään ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Siihen kuuluu myös toimintaa, jolla pyritään ehkäisemään sairauksia. Terveyskasvatuksella pyritään turvaamaan nuorille mahdollisimman terve ja riskitön kasvu, joka luo samalla perustan aikuisiän hyvinvoinnille ja terveydelle. (Terho 2002, 405.) Terveyskasvatuksen tavoitteita voi tarkastella tarkemmin kuviosta 2.



Kuvio 2. Terveyskasvatuksen tavoitteita (Kannas 2002, 415).

Terveyskasvatuksen tietoperusta rakentuu elämäntapatiedosta, näkemystiedosta, menetelmätiedosta, kulttuuritiedosta ja kaikkiin näihin liittyvästä terveystiedosta (kuviota 3). Näkemystieto synnyttää keskustelua terveyden käsitteestä, sen kokemuksellisesta ja yksilöllisestä luonteesta sekä terveyskasvatukseen liittyvistä eettisistä kysymyksistä. Elämäntapatuntemuksella tarkoitetaan tietoa ihmisen terveyteen liittyvistä arvoista, asenteista ja niitä säätelevistä tekijöistä sekä tavoista ja tottumuksista. Esimerkkinä tästä ovat tiedot nuorten elämäntavoista. Menetelmätaito kattaa ihmisen oppimiseen liittyvät taidot että kasvattamiseen, neuvontaan, opettamiseen ja valistamiseen liittyvät tiedot ja käytännön taidot. Kulttuuritieto viittaa taas tietoperustaan, jonka kautta voidaan ymmärtää terveyskasvatuksen ja terveystietämisen taustalla vaikuttavia voimia ja mekanismeja, kuten terveyskasvatuksen ja -tapojen historiaa. (Kannas 2005.)



Kuvio 3. Terveyskasvatuksen/terveystiedon tietoperusta (Kannas 2005, 13).

Lääkekasvatus on osa terveystiedon/terveystiedon tietoperusta, ja se voidaan nähdä lasten, vanhempien, opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä yhteistyönä: koulussa lääkekasvatus keskittyy lääkkeiden oikeaan käyttöön yleisesti, kun taas terveydenhuollon ammattilaiset keskittyvät henkilökohtaiseen lääkkeiden käyttöön (Hämeen-Anttila 2006). Vanhemmat taas antavat oman mallinsa käyttämällä lääkkeitä arjessa (Bush ym. 1999).

Seuraavien alaotsikoiden alla terveys- ja lääkekasvatus on purettu osiin. Ensin käsitellään kasvatus, sosiaalinen oppiminen ja kotikasvatus. Sen jälkeen käsitellään lääkkeiden rooli arjessa sekä kodin ja koulun rooli terveys- ja lääkekasvatuksessa. Lopuksi esitetään yhteenveto kodin monitahoisesta lääkekasvatuksesta.

2.1 KASVATUS JA SOSIAALINEN OPPIMINEN

Rinne, Kivirauma ja Lehtinen (2005, 13) ymmärtävät kasvatuksen kulttuurin, historian ja yhteiskunnallisten rakenteiden muovaamaksi käytännöksi. Hollo (1927, 64, 120–121) toteaa kasvatuksen olevan "kasvamaan saattamista". Kasvatuksen suppean määritelmän mukaan sillä viitataan usein tavoitteelliseen toimintaan vähintään kahden ihmisen välillä, jonka tarkoituksena on muuttaa yksilön ominaisuuksia haluttujen päämäärien mukaisiksi (Frankena 1973, 73; Antikainen 1998). Toiskallion (1988) mukaan tavoitteellinen kasvatus voi kohdistua itseensä. Laajan määritelmän mukaan kasvatus kattaa kasvattajan tiedostamattoman ja tiedostetun toiminnan, joka vaikuttaa yksilön kehittymiseen (ks. Pulkkinen 1984; 1996; 2011).

Kasvatuksen käsite liittyy moniin lähikäsitteisiin kuten, opetukseen, koulutukseen ja sosiaalistamiseen, niin ettei sitä voida niistä kokonaan erottaa. Antikainen (1998, 12–14) on tarkastellut kasvatusta kolmesta eri näkökulmasta: Antropologia liittyy kas-

vatuksen ihmislajin kehitykseen ”ihmisen ihmistymiseen” (Hilpelä 1989). Kasvatuksen suppea psykologinen määritelmä määrittää kasvatuksen kasvattajan ja kasvatettavan välisenä vuorovaikutuksena ja tavoitteellisena toimintana, jolla pyritään ohjaamaan kasvatettavan kehittymistä. Kasvatuksen sosiologinen määritelmä taas sijoittuu johonkin laajan ja suppean määritelmän väliin, sillä siinä kasvatusta nähdään sosiaalisuutena elettyyn kulttuuriin ja sosiaaliseen ympäristöön. Tämän määritelmän mukaan kasvattajina eivät toimi yksittäiset henkilöt vaan myös sosiaalisten rakenteiden ja instituutioiden edustajat.

Kasvatustapahtuma on vuorovaikutusprosessi, joka voidaan jakaa sekä yhteisölliseen (yhteiskunnallistuminen) että yksilölliseen (personalisaatio). Yhteisöön sosiaalistumisen tuloksena syntyy yhteiskunnallisesti toimintakykyinen yksilö, joka ei toimi vaan omaksi parhaakseen. Yksilöllisessä kasvatuksessa pyritään tukemaan lapsen yksilöitymistä ja tukemaan hänen persoonansa kehittymistä. (Tähtinen 1992; Siljander 2002.)

2.1.1 Sosiaalinen vuorovaikutus ja sen mallintaminen

Ihmisten toimintaa erilaisissa ympäristöissä nimitetään sosiaalisesti vuorovaikutukseksi. Sosiaalinen vuorovaikutus on yläkäsite, johon kuuluvat mm. käsitteet sosiaaliset suhteet ja -taidot. Sosiaalistumisprosessissa, joka alkaa jo lapsuudessa, ihminen kehittyä sosiaalisilta taidoiltaan yhteiskunnan jäseneksi. Vuorovaikutus on luonteeltaan monimutkainen prosessi, jolla ei välttämättä ole selkeää alkua ja loppua. Vuorovaikutukseen liittyy kommunikaation käsite, joka tarkoittaa sekä sanallista että sanaton viestintää. Siinä tulkitaan molemmiin puoliin merkkejä, joiden on sovittu tarkoittavan tiettyjä asioita usein konteksti- ja lähes aina kulttuurisidonnaisesti. (Kalliopuska 1995; Kauppila 2005; Jarvis 2006.)

Bioekologinen malli

Bronfenbrenner (1979) on kehittänyt bioekologisen systeemiteorian (bioecological systems theory). Tai kuten hän viimeisimmässä kirjoituksissaan toteaa, bioekologisen mallin (PPC-malli), joka on kehittyneempi versio aikaisemmasta (Bronfenbrenner 2006). Kyseessä ei varsinaisesti ole perheteoria, mutta sen avulla on mahdollista tutkia perhettä ja perheen jäsenten sekä ympäröivän ympäristön vuorovaikutusta. Käytän mallia johdannossa esitellyn tutkimuksen teoreettisen kehyksen Human Ecology -mallin tukena, sillä mallin luoneet Bubolz ja Sontag (1993) ovat ottaneet vaikutteita Bronfenbrennerin teoriasta. Bronfenbrennerin teoriaa on tosin kritisoitu Eco-cultural -teorioiden taholta siitä, että malli on liian holistinen, ja sen avulla olisi vaikea löytää analyysiyksiköitä (Gallimore ym. 1989). En kuitenkaan pyri tutkimaan perhettä kaikista mahdollisista näkökulmista, mitä malli antaa, vaan keskityn tutkimuskysymyksiini mukaisesti tiettyihin näkökulmiin.

Malli on saanut nimensä englanninkielisistä sanoista person (henkilö), process (prosessi), context (konteksti) ja time (aika) (Bronfenbrenner & Evans 2000). Prosesseilla tarkoitetaan erityisesti lähiprosesseja, jotka tapahtuvat ihmisen välittömässä ympäristössä. Nämä prosessit tapahtuvat ajassa ja toimivat ihmisen kehityksen moottoreina. (Bronfenbrenner & Evans 2000.) Näillä lähiprosesseilla on kuusi olennaista piirrettä: 1) Jotta tapahtuu kehitystä, tulee yksilön olla aktiivinen ja 2) toiminnan olla suhteellisen säännöllistä sekä pitkäaikaista. 3) Toiminnan tulee olla enimmäkseen vastavuoroista ja 4) monimutkaista, sillä pelkkä toimintojen toisto ei

riitä. 5) Lähiprosessit eivät tarkoita vain ihmisten välistä vuorovaikutusta vaan myös vuorovaikutusta esineiden ja symbolien kanssa. 6) Yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta säätelevät tekijät, kuten yksilön omat piirteet, ympäristö, kehitystulosten luonne ja historiallinen tilanne, muuttavat lähiprosessien sisältöä, ajoitusta ja tehokkuutta. (Bronfenbrenner & Morris 2006, 799–801.)

Henkilöön liittyvät tekijät jakautuvat kolmeen luokkaan: henkilöön liittyvät voimat, resurssit ja laukaisevat tekijät. Voimat viittaavat käyttäytymisvalmiuksiin, jotka toisaalta pistävät liikkeelle lähiprosesseja (esim. uteliaisuus, vastavuoroisuus) ja ylläpitävät niitä sekä toisaalta estävät ja hidastavat lähiprosesseja, kuten impulsiivisuus ja aggressiivisuus. Resurssitekijät viittaavat henkilön ominaisuuksiin, jotka vaikuttavat yksilön osallistumiseen lähiprosesseihin, kuten sairaus, fyysiset rajoitukset tai geneettiset häiriöt. Laukaisevat tekijät, joko kutsuvat tai työntävät pois muiden reaktioita, josta esimerkkinä voidaan mainita miellyttävä tai epämiellyttävä ulkonäkö. (Bronfenbrenner & Morris 2006, 810–813.)

Bronfenbrennerin mukaan yksilön kehitykseen ja sosiaalistumiseen vaikuttavat ympäristön erilaajuiset kehät, joiden kanssa ollaan vuorovaikutuksessa. Tähän liittyy kolme merkittävää oletusta: 1) yksilö on aktiivinen ja ympäristöön vaikuttava, 2) ympäristö vaatii yksilöä mukautumaan sen ehtoihin ja edellytyksiin ja 3) ympäristö koostuu erilaajuisista kokonaisuuksista ja niiden keskinäisistä suhteista mikro-, meso-, ekso-, makro- ja kronosysteemeissä. (Bronfenbrenner 1979; 2002, 221–288). Kehitys ilmiönä ei kuitenkaan teorian näkökulmasta ajoitu pelkästään lapsuuteen, vaan se jatkuu koko ihmisen eliniän (Bronfenbrenner 1996, 28; Härkönen 2007a; 2007b).

Mikrosysteemi käsittää yksilön välittömän ympäristön (koti, koulu, työpaikka, symbolit jne.) hänen ollessaan vuorovaikutuksessa lähiprosessien kanssa. Mesosysteemi käsittää kahden tai usemman ympäristön ja kehittyvän henkilön väliset yhteydet ja prosessit, esimerkiksi kodin ja koulun väliset suhteet. Mesojärjestelmä on siis mikrojärjestelmien järjestelmä. Eksosysteemi on järjestelmä, joka voi vaikuttaa yksilöön epäsuorasti, kuten esimerkiksi vanhempien työpaikkojen kautta. Näiden kolmen edellä mainitun järjestelmän kautta tarkastelen perheiden vuorovaikutusta omassa tutkimuksessani.

Makrosysteemi toimii kulttuurin tasolla erilaisissa uskomus- ja elämäntapajärjestelmissä. Viimeisenä systeeminä Bronfenbrenner mainitsee kronosysteemin, joka on lisätty teoriaan viimeisenä täydennyksenä. Kronosysteemi tuo teoriaan ajan ulottuvuuden. Kronosysteemi kuvaa ulkoisten ympäristöjen ajassa tapahtuvaa evoluutiota, kehitystä ja kehityskulkua, joko lyhyenä tai pitkänä ajanjaksona. Kronosysteemi jakaantuu kolmeen tasoon: mikroaika (lähiprosessien jatkuminen hetkestä toiseen), mesoaika (mikroajan episodien toistuminen pidempinä ajanjaksoina esim. päivinä tai viikkoina) sekä makroaika (muuttuvat odotukset ja tapahtumat yhteiskunnassa ja sukupolvien välillä). (Bronfenbrenner 2002; Bronfenbrenner & Morris 2006, 796.)

2.1.2 Sosiaalinen oppiminen

Lapsi saa ensimmäiset kokemuksensa ja sosiaaliset suhteensa perheessä. Tämän sosiaalisen ryhmän arvot ovat tärkeimmät, jotka muokkaavat lasten varhaista käyttäytymistä ja ajattelua, koska he mallintavat perheensä käytöstä ja asenteita. (Jordan, Carlile & Stack 2008, 69.) Perheessä luodaan mallit myös lääkkeiden käytölle (Bush ym. 1999).

Oppimista esiintyy sosiaalisissa tilanteissa, jotka antavat tietoa, kehittävät, syventävät ja vaikuttavat yksilön identiteettiin, ajatteluun, oppimiseen ja päätöksentekoprosessiin (Jordan, Carlile & Stack 2008, 69). Cooley (1909) tunnisti kolme vaikutusvaltaista ryhmää tai sosiaalista instituutiota – perhe, vertaisryhmä ja yhteisö – joilla on tärkeä rooli ihmisen käytöksen ja toiminnan muokkaamisessa mukaan lukien oppimisen. Nykyään ei kuitenkaan tyydytä vain elävän mallin antamaan esimerkkiin, vaan malleja saadaan muun muassa TV:n ja elokuvien välityksellä kuvina sekä symbolisesti puhutun että kirjoitetun kielen avulla (Bandura 1965b). Entistä suurempi rooli on myös sosiaalisella medialla eli verkkoviestintäympäristöillä (esim. facebook, twitter), joissa käyttäjät ovat sekä viestijöitä ja sisällöntuottajia että tiedon vastaanottajia (Dabbagh & Kitsantas 2012). Normaalisissa arkielämässä malleja on siis jatkuvasti tarjolla ja siten myös oppimistilaisuuksia (Bandura 1965b).

Sosiaalisen oppimisen alle lukeutuu mallioppiminen, havainnoimalla oppiminen ja sijaisoppiminen, mitkä tarkoittavat samaa oppimistapahtumaa, jossa oppiminen muuttuu esimerkkien mukaisesti (Bandura & Walters 1963; Nupponen 1969). Vanhemmat, opettajat, kaverit ja muut läheiset ihmiset välittävät omalla toiminnallaan lapsille käyttäytymismalleja. Kun yksilö käyttäytyy eri tavoin, ympäristö yleensä vahvistaa mallinmukaista käyttäytymistä palkitsemalla kehuilla ja sivuuttaa tai joskus jopa rankaisee mallista poikkeavasta käytöksestä, jolloin mallinmukaisen käyttäytymisen jääminen yksilön pysyväksi toimintatavaksi varmistuu. Nämä muilta saadut mallit opettavat lapsille yhteisön ja ryhmien normit sekä roolikäyttäytymistä. (Bandura & Walters 1963; Bandura 1965a; Nupponen 1969, 11–13.)

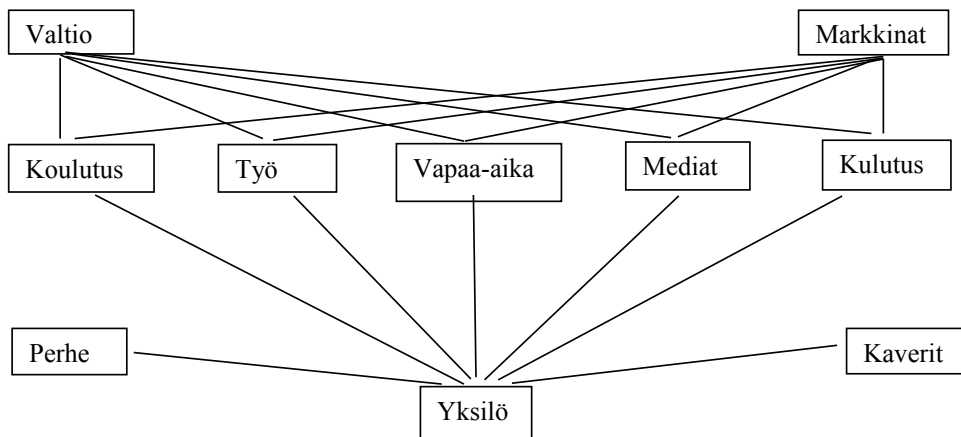
Sosiaalisissa tilanteissa välittyy myös tiedostamatta hiljaista tietoa niin vanhempien, isovanhempien, opettajien, tuttavien, kavereiden ja muiden läheisten ihmisten kautta (Polanyi 1966). Hiljaisen tiedon käsitteen lanseerannut Michael Polanyi (1966) kuvaa sitä tiedoksi, mitä emme pysty sanoin kuvaamaan. Hiljainen tieto ilmenee käytännön toiminnassamme erilaisina tapoina, rutiineina, käytäntöinä ja tuntemuksina, joita välitämme tiedostamattamme eteenpäin. Hiljaista tietoa voi karttua omista henkilökohtaisista kokemuksista tai mestari-oppipoika-suhteessa (Toom 2008, 37).

Vertaisryhmissä yksilöt oppivat vuorovaikutusta, käyttäytymistä ja mukautumista sosiaalisesti hyväksytyihin tapoihin. He hankkivat sosiaalisia rooleja, vastuuta ja identiteettejä, mitkä rakentuvat ihmissuhteiden ja ryhmään kuulumisen kautta. Ryhmähenki ja ryhmäajattelu ovat vertaisryhmää yhdistäviä tekijöitä (Jordan, Carlile & Stack 2008, 70–71.) Vertaisryhmän vaikutus tulee tärkeämmäksi siirryttäessä teini-ikään. Vaikka vanhempien vaikutus on tärkeää elämänkulussa ja raha-asioissa, vertaisryhmä on tärkeämpi rakennettaessa sosiaalista asemaa ja identiteettiä (Sebold 1986). Ikä, jolloin lapsi voimakkaimmin omaksuu nimenomaan malleja omalle käyttäytymiselleen vanhemmiltaan, on ennen 11.ikävuotta. Tämä vaihe on silloin kun lapsi konkreettisesti viettää vielä paljon aikaa vanhempiansa kanssa, ennen omien harrastusten ja kaveripiirin painoarvon kasvua ja ennen murrosikää (Ciairano ym. 2007).

Cooleyn (1909) mukaan kolmas tärkeä ryhmä, joka vaikuttaa yksilön elämään, on yhteisö, joka voidaan jakaa seuraaviin ryhmiin: 1) Ohjeita antavat yhteisöt: uskonnolliset ja muut samaan asiaan uskovat ryhmät jakavat samanlaisen sosiaalisen kontrollin, maailmankatsomuksen ja arvot. 2) Kansalaisryhmät: poliittiset, yhteiskunnalliset, eturyhmät, kuten ympäristö- tai hyväntekeväisyysryhmät, joilla on yhteinen vastuu,

oikeudet ja velvollisuudet. 3) Yhteisen mielenkiinnon jakavat ryhmät, joiden kiinnostuksen kohde vaihtelee luonnosta kulttuuriympäristöön. 4) Ammattiryhmät: ammattikunnat ja ammattiliitot, joiden tarkoitus on tukea jäseniään ja ajaa heidän sekä ryhmän etuja. Yhteisöt, kuten edellä mainitut, tarjoavat jäsenilleen yhteisen historian ja arvot, yhteisöllisen identiteetin, yhteiset oikeudet ja velvollisuudet sekä keskustelua (Mercer 2000, 106).

Nuorten arkielämän oppimisympäristöt ovat viime vuosina tulleet tärkeämmiksi oppimisympäristöiksi kuin koulu (katso kuvio 4). Ne myös kiinnostavat enemmän kuin koulu. Puhutaan informaalista oppimisesta erotuksena formaalista eli muodollisesta oppimisesta, mitä kouluoppiminen virallisine opetussuunnitelmaan kirjattuine tavoitteineen on. Informaaleja toimintaympäristöjä ovat mm. koti, televisio, internet, radio, lehdistö, kirjastot ja teatterit, joiden toiminta on usein väljästi kontrolloitua. (Aittola 1998, 171–176.) Sosiaalisen median ja henkilökohtaisten oppimisympäristöjen käytön on tosin viime aikoina katsottu yhdistävän sekä formaaleja että informaaleja oppimisympäristöjä (Dabbagh & Kitsantas 2012).



Kuvio 4. Nuorten arkipäivään sisältyvät oppimisympäristöt (Aittola 1998, 176).

2.1.3 Kodissa kasvaminen

Koti mielletään fyysiseksi asunnoksi ja paikaksi, jossa asuu perhe, jonka jäsenten välillä on ainutlaatuinen tunnesuhde (Korvela, 2003, 15–16). Perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän mahdolliset lapsensa (omat, adoptoidut tai kasvatit) ja yksinhuoltajat lapsineen (Bubolz & Sontag 1993, 435; Tilastokeskus 2011; Goldsmith 2013, 20–21). Perhe on määritelmän mukaan ainoastaan kahden sukupolven perhe, johon ei kuulu esimerkiksi isovanhemmat. Lapsiperheitä ovat perheet, joissa kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi (Tilastokeskus 2011).

Perhekäsityksen monimuotoistuminen (Sysiharju 1995; Hirsjärvi 2000, 15;) on tuonut muutoksia kotikasvatukseen. Enää ei ole yhtä hallitsevaa perhemallia – ydinperhettä – vaan niitä on useita, kuten yksinhuoltajaperhe, uusperhe, monivanhempainen perhe ja sateenkaariperhe. Tämän päivän lapset saattavat elää perheissä, joissa lap-

sella on kaksi kotia tai vanhempia kahdessa paikassa, virallisten huoltajien lisäksi uusperheiden kakkosisiä tai -äitejä tai samaa sukupuolta olevat vanhemmat.

Kotitalous- ja kuluttaja-alan sanaston mukaan kotikasvatusta ja perhekasvatusta käytetään joissakin tapauksissa toistensa synonyymeina (Aalto & Lehtinen 1999, 44–45). Perhekasvatuksen määrittelyssä kuitenkin korostetaan yksilön valmistamista ja tukemista elämään perheyhteisön jäsenenä, kun taas kotikasvatuksen määrittelyssä korostuu perheen jäsenten välinen vuorovaikutus. Perhekasvatuksen kohteena voi siis olla yksi ihminen, eikä kasvattajan tarvitse olla perheenjäsen, kun taas kotikasvatus tapahtuu vuorovaikutuksessa perheenjäsenten kesken. Perhekasvatus kuuluu myös yhtenä osa-alueena kotitalousopetukseen. (Aalto & Lehtinen 1999, 27, 44–45; Opetushallitus 2004.)

Kotikasvatuksen voidaan katsoa sisältävän avarasti ne perhepiirissä tarkoituksellisesti ja tarkoituksettomasti välittyneet vaikutteet, mitkä suuntaavat lapsen kehitystä jopa ennen lapsen syntymää (Pulkkinen 1984; 1996; 2011). Tämän vuoksi kotikasvatusta ei voida nähdä pelkästään erilaisten kasvatusmenetelmien käyttönä (Pulkkinen 1994, 28). Kotikasvatus ei ole yksittäinen teko tai yksittäistä toimintaa, vaan ryhmä toimintoja, jotka on suunnattu tiettyyn tavoitteeseen. Tämä tavoite koostuu osatavoitteista. (Petrykowski ym. 2012.)

Kotitalouden toimintaa pidetään yläkäsitteenä, joka nivoo yhteen kotitaloudessa tapahtuvia toimia, sisältäen kotitalouden jäseniä yhdistäviä päämääriä ja toimintaa ohjaavat arvot (Turkki 1992, 11). Amerikkalaisissa tutkimuksissa puhutaan kotitalouden toiminta käsitteen sijaan perheen toiminnasta (ks. esim. Brown & Paolucci 1979). Kotitalouden toiminta käsitteenä samaistetaan usein kotitaloustieteessä kotityöksi erotuksena palkallisesta työstä (Korvela 2003, 19).

Kasvatus on käytännöllistä, vanhempien ja lasten välistä vuorovaikutusta, joka ilmenee toimintoina, tapoina ja tekoina (Pulkkinen 1984; 1996; Aalto & Lehtinen 1999, 27). Lapsen ja vanhemman kasvamista ja käyttäytymistä opastavat vanhemmilta lapsille suuntautuvien vaikutteiden lisäksi myös vanhemmilta vanhemmille, lapsilta vanhemmille ja lapsilta lapsille välittyvät vaikutteet (Kemppainen 2001, 12).

Kotikasvatukseen sisältyy myös kodin ilmapiiri, ihmissuhteet sekä kodin ulkoiset edellytykset, jotka antavat lapselle kehitystä tukevan ympäristön. Positiivinen koti-ympäristö on nähty hyvin tärkeänä vaikuttajana lapsen kehitykseen. (Aalto & Lehtinen 1999; Manglani 2013.) Välittämisen ilmapiiri ilmenee kasvatustoiminnassa taitojen opettamisena, käyttäytymistapojen neuvomisena ja rajojen asettamisena, mitkä ovat osa tiedostettua kasvatustoimintaa. Sääntöjen opettaminen on osa lasten sosiaalistumista. Valtaosa kasvatuksesta on kuitenkin kietoutunut rutiinitoimintaan ja yhdessäoloon, eivätkä vanhemmat osaa yleensä kuvata sen kummemmin kasvatuseräiteitään. (Haverinen & Martikainen 2004, 53.)

Kotikasvatuksen merkitystä ja asemaa lapsen kehityksen kannalta voidaan tarkastella ekologisesta näkökulmasta. Ekologinen näkökulma merkitsee sitä, että ymmärretään eri systeemien, kuten koti-, päivähoito- ja koulukasvatuksen vuorovaikutus ja niiden kytkös vanhempien työelämään ja yhteiskunnan säädöksiin. (Bronfenbrenner 1979; 2002; Pulkkinen 1984; 2011.)

Kotikasvatuksen voidaan katsoa sisältävän Hirsjärven (1983, 86–87) mukaan seuraavat asiat:

1) Lapsen perushoitoa eli fyysisestä kehityksestä ja terveydestä huolehtimista. 2) Lapsen suojelua vahingollisilta sekä hänen ikäkauteensa sopimattomilta vaikutteilta. 3) Lapsen yksilöllisyyden huomioimista – ajattelu-, tunne ja tahtoelämän tukemista ikäkauteen sopivalla tavalla. 4) Lapsen harjaannuttamista taitoihin, joita tarvitaan yhteisössä ja yhteiskunnassa toimimiseen.

Hirsjärven määrittely on linjassa lastensuojelulain 1 ja 2 momentin kanssa, jossa korostetaan lapsen oikeutta turvalliseen kasvuympäristöön sekä monipuoliseen ja tasapainoiseen kehitykseen että erityiseen suojeluun. Näin ollen lasta ei saa alistaa, loukata tai kurittaa ruumiillisesti. Vanhemmilla ja muilla huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista, mutta kasvatustieteen ammattilaisilla on velvollisuus tukea heitä kasvatustehtävässä, ja pyrkiä tarjoamaan apua riittävän varhaisessa vaiheessa.

Borstein (1995) pitää kotikasvatusta huolenpitoa, jonka hän jakaa seuraaviin osa-alueisiin: hoivaaminen, materiaallinen huolenpito, sosiaalinen huolenpito ja didaktinen huolenpito. Vastaavasti Haverinen ja Martikainen (2004) puhuvat hoivaamisesta tukeutuen Heideggerin filosofiaan, jossa huoli, huolenpito ja huolehtiminen viittaavat käytännölliseen toimintaan ja läheisten hoivaamiseen (Steiner 1997, 115–116). Haverinen ja Martikainen (2004, 71) näkevät huolenpidon erityisesti rakkauden osoituksena.

Borsteinin käsitteet ovat määritelty alla olevassa taulukossa 1. Hoivaavaan huolenpitoon, jossa huolehditaan lapsen fyysisistä tarpeista, voidaan nähdä kuuluvan myös lapsen hoito sairauden aikana sekä lääkkeiden antaminen. Borstein näkee osa-alueet universaaleina kulttuurista riippumattomina, mutta niiden ilmenemisessä ja painotumisessa on kulttuurikohtaisia eroja.

Taulukko 1. Huolenpidon osa-alueet (Borstein 1995).

Huolenpidon osa-alue	Määrittely
Hoivaava huolenpito (nurture care giving)	Huolehditaan lapsen fyysisistä tarpeista.
Materiaallinen huolenpito (material care giving)	Tarjotaan virikkeitä, kuten leluja tai fyysisiä kokemuksia.
Sosiaalinen huolenpito (social care giving)	Fyysistä, verbaalista, affektiivista ja visuaalista vuorovaikutusta. Lapsen tunteiden säätely ja sosiaalisten suhteiden ohjailu.
Didaktinen huolenpito (didactic care giving)	Vanhemmat rohkaisevat lasta osallistumaan ulkopuoliseen maailmaan, jota pyritään myös ymmärtämään.

Hirsjärven ja Borsteinin määrittelyitä filosofisemman näkemyksen kotikasvatuksesta tarjoaa Värrö (2000; 2002), joka tarkastelee kotikasvatusta vanhemmuuden velvoitteiden kautta. Vanhemmuuden pysyvät velvoitteet ovat seuraavat: 1) elämän ehtojen turvaaminen (ontinen ulottuvuus), 2) maailmaan orientoituminen (ontologis-yhteisöllinen ulottuvuus) ja 3) olemisen mysteeriin vastaaminen (filosofis-maailmankatsojallinen ulottuvuus) (Värrö 2000, 132; 2002, 108).

Jāzeps Vītols (2009, 66) on tutkinut tieteellistä kirjallisuutta ja koontanut sen perusteella yhteen kriteereitä ja indikaattoreita, joilla voidaan kuvata perheen kasvatuspotentiaalia (ks. taulukko 2). Indikaattorit ovat ihanteita, mihin kasvatuksessa pyritään.

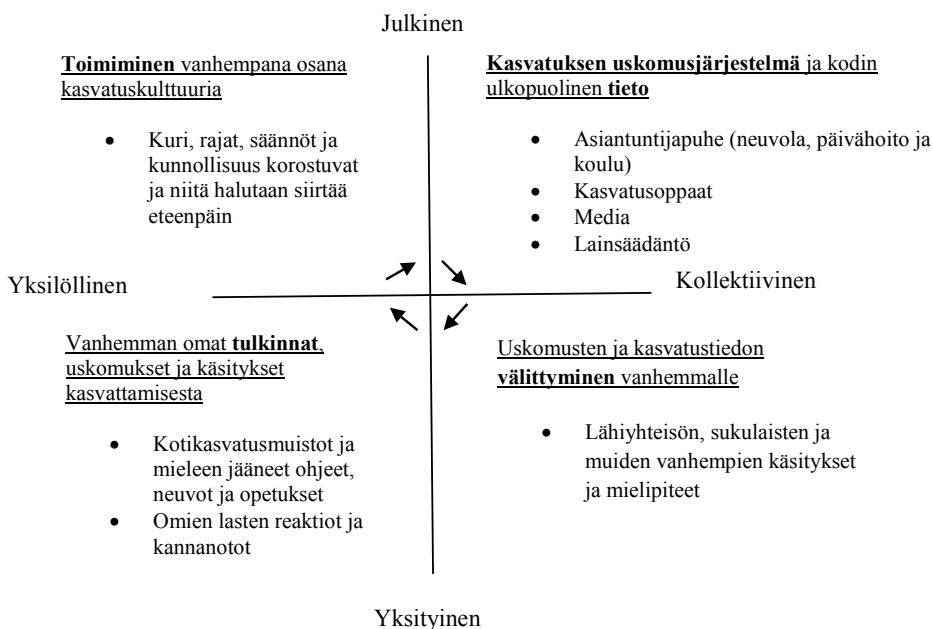
Taulukko 2. Perheen kasvatuspotentiaalia kuvaavia kriteereitä ja indikaattoreita (Vitols 2009, 66).

Kriteeri	Indikaattori
Perhe yksikkönä	Yhtenäiset periaatteet, arvot ja tavoitteet
	Tasapainossa olevat sisäiset ja ulkoiset rajat
	Avoin, rohkaiseva, vertikaalinen ja horisontaalinen vuoropuhelu
Perheen jäsenten välinen yhteistyö	Vakaus keskinäisissä vaatimuksissa
	Osallistuminen perheen yhteiseen toimintaan
	Yhteisen toiminnan tuottavuus
Vapaus perheessä	Tasa-arvo
	Itsenäisyys
	Vastuullisuus
Solidaarisuus perheessä	Asenne itseä kohtaan
	Asenne muita kohtaan

2.1.4 Kotikasvatukseen vaikuttavat tekijät

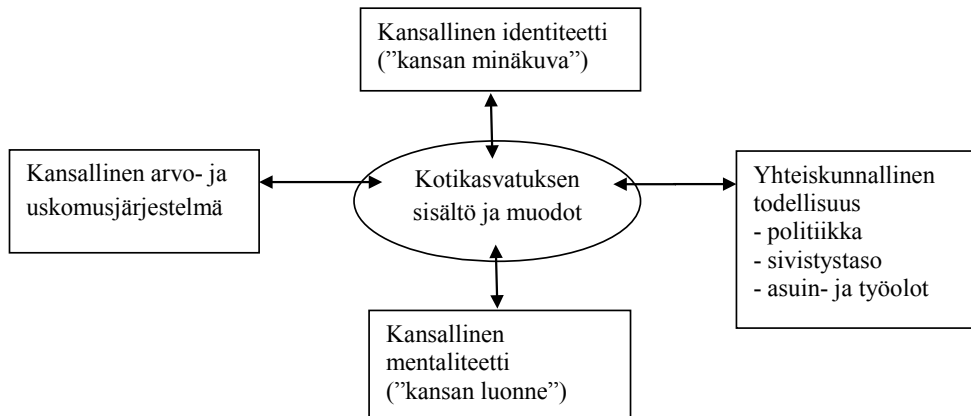
Sukupolvien saatossa, jokaisessa maassa on muotoutunut yleinen kotikasvatuskulttuuri, joka sekä ylläpitää kansan tapoja ja uskomuksia että uudistaa niitä. Myöhäismodernille yhteiskunnalle tyypillinen arvojen ja tapojen moninaistuminen kuitenkin hajottaa kotikasvatuksen osalta kulttuurista yhtenäisyyttä. (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 17.)

Kemppainen (2001, 152) on koonnut väitöskirjansa tulosten pohjalta vanhemmuutta ja kasvattamista kuvaavia tekijöitä (kuvio 5). Kuviossa on huomioitu sekä yhteisöllinen (kulttuurista) lähtevä kasvatusajattelu että perheen yksityinen yksilöllinen ajattelu.



Kuvio 5. Kasvatusajattelun siirtymät julkisesta yksityiseen ja kollektiivisesta yksilölliseen (Kemppainen 2001, 152).

Kotikasvatuksen sisältö ja muodot vaihtelevat maittäin. Kullekin valtiolle ominaisia piirteitä voidaan tulkita kansallisen arvo- ja uskomusjärjestelmän, kansallisen identiteetin, kansallisen mentaliteetin ja yhteiskunnallisen todellisuuden (kansantalous, poliittinen järjestelmä, koulutusaste, sivistysolot, asuin- ja työolot) kautta (kuvio 6). Lapsi paikantuu kuvion keskelle. (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 19.)



Kuvio 6. Kotikasvatuksen kansalliset erityispiirteet kulttuurisen ja yhteiskunnallisen todellisuuden osana (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 19).

Niin vanhempien menettelytavat kuin heidän arvomaailmansa lasten ja nuorten kasvatuksessa sekä heijastavat että toisaalta luovat kansallista arvo- ja uskomusjärjestelmää. Kotikasvatus on merkittävä kansallisen arvo- ja uskomusjärjestelmän toistaja, mutta myös uudistaja. (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 20–21.) Kasvatusperiaatteet ja -uskomukset ovat siirtyneet sukupolvelta toiselle suullisesti. Vaikka suullinen perinne on muuttunut ja puhetaan myös, uskomusperinne kuuluu muiden kulttuuriin juurtuneiden tapojen ohella hitaasti uudistuviin perinteisiin. (Hirsjärvi & Laurinen 1998, 17.) Lapsuuden kokemukset omasta kotikasvatuksesta heijastuvat siis omien lasten kasvatukseen. Kasvatuskäytännöt ovat "sosiaalista perimää", joka siirtyy sukupolvesta toiseen. Kotikasvatus elää ja muuttuu kuitenkin lasten kasvaessa, etenkin kun tarvitaan muutoksia. (Karjalainen & Siljander 1997, 69–70; Llewellyn ym. 2010.)

Nykypäivänä ulkopuolisten tekijöiden vaikutusta kotikasvatukseen lisäävät kansainvälistyminen, sähköinen tiedonvälitys sekä taloudellinen ja kulttuurinen globalisaatio. Kotikasvatuksessa voi esiintyä myös alakulttuureita, jotka ovat yhteydessä esimerkiksi asuinseutuun sekä vanhempien koulutukseen ja asemaan yhteiskunnassa. (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 20–21.) Jotta kotikasvatus olisi edes vanhempien välillä yhtenäistä, olisi vanhemmilla hyvä olla yhtenäinen arvopohja (Ijäs 2009, 47). Ei niin että toinen vannoo länsimäisen lääketieteen nimeen ja toinen vaihtoehtohoitojen. Hajonneissa tai uusperheissä yhteisten kasvatuservojen löytäminen saattaa olla vaikeaa ja niiden vaikutus lapsiin on vielä monimutkaisempaa kuin perusperheessä, jossa on molemmat vanhemmat saman katon alla (Goldenberg & Goldenberg 1985; Yesilova 2009.)

Gjerstadin (2009, 234–235) ”Valta kotikasvatuksessa” väitöstutkimuksessa vanhemmat näkivät ympäristön roolin vähäisenä vaikuttavana tekijänä kasvatuksessaan ja vallankäytössään. Vallankäyttöön vaikuttavina tekijöinä nähtiin kuitenkin puolison mielipide, se miten itseä on kasvatettu ja ”ajan henki”. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat (n=11) korostivat, että heidän vallankäyttönsä vaihteli eri-ikäisten lasten välillä hyvinkin paljon. Kun lapselle tulee lisää ikää, hänen oikeutensa kasvavat. Tän lisäksi tähän vaikuttavat yleinen kulttuuri-ilmasto, tavat ja muiden ihmisten kokemukset. Yleensä lasten etuoikeudet pohjautuvat vanhempien ja lasten välisiin sopimuksiin. (Airaksinen 1994, 175–176.) Näissä sopimuksissa lapset ovat tarkkoja siitä, että kaikkia perheen lapsia kohdellaan tasapuolisesti (Gjerstad 2009, 223).

Nuoret vanhemmat asuvat usein maantieteellisesti etäällä isovanhemmistaan. Monella sukupolvien välinen sosiaalinen ja kulttuurinen kuilu on kasvatustilanteissa verrattavissa juuri tähän etäisyyteen isovanhemmista. Niinpä nuoret vanhemmat toimivat aikaisempaa vähemmän perinteen mukaisesti. (Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002, 21.) Harva nuori ihminen ymmärtää perinteiden merkityksen. Nuorilla on halu arvomuutoksiin. Siihen toki jokaisella uudella sukupolvella on oikeus ja velvollisuus. Jossain vaiheessa käy kuitenkin usein niin, että päädytään kysymään neuvoa vanhemmilta tai isovanhemmilta, kun tulee vastaan tilanteita joissa kaivataan apua ja tukea. (Hirsjärvi & Laurinen 1998, 12–14, 23.)

Nurminen ja Roos (1992, 123–140) kuvaavat kolmea erilaista tapaa ratkaista vanhemmuuteen liittyviä ristiriitaisuuksia. Näistä kaksi tapaa antaa hyvän kuvan vanhemmuudesta ja siihen liittyvästä valinnasta noudattaa perinteitä tai olla niitä noudattamatta. Vanhemmuuden symmetrisen mallin mukaan vanhemmat jättävät perinteet taka-alalle ja ratkaisevat ongelmat tilanteen mukaan uusia malleja luoden. He pyrkivät esimerkiksi murtamaan perinteisiä sukupuolirooleja. Kun taas, traditionaalisen vanhemmuuden mallissa omilta vanhemmilta peritty malli otetaan käyttöön omassa perheessä ilman muutoksia niin, että vanhempien arvot, asenteet ja käytännöt siirtyvät seuraavalle sukupolvelle melkein sellaisenaan. Koska yhteiskunta on kuitenkin muuttunut edellisestä sukupolvesta, syntyy tästä väistämättä sosiaalisia paineita tehdä samoin kuin muut oman ikäluokan edustajat.

Kotikasvatuksessa äidin rooli on nähty vahvempana kuin isän. Tämä saattaa osin selittyä sillä, että vastuu lapsen kasvatuksesta ja hoidosta (myös terveyden hoito) näyttää säilyneen edelleen monissa perheissä äidillä (Mayall 1994; Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996; Geissler ym. 2000; Lagerlov ym. 2003; Takala 2005; Opetushallitus 2007). Irlantilaistutkimuksessa erityisesti paremmin koulutetuilla äideillä oli myös sosio-emotionaalisesti ja fyysisesti terveemmät lapset (Fahey, Keilthy & Polek 2012). Vanhempien kasvatustilanteeseen jakaantuminen saattaa näkyä myös koulun ja kodin yhteistyössä, jossa äitien osallistuminen on ollut isä aktiivisempaa (ks. Opetushallitus 2007). Äidit pitävät useammin yhteyttä kouluun, osallistuvat vanhempainiltoihin ja vanhempainiltoihin (Opetushallitus 2007) sekä huolehtivat kotona lasten koulunkäynnistä isä useammin (Metso 2004). Myös Hirston (2001, 58) väitöstutkimuksessa opettajat arvioivat äideillä olevan suurempi rooli lasten kasvatuksessa.

Myös sukupuoliroolit on otettava huomioon kotikasvatusta tarkasteltaessa. Tyttöjen ja poikien välillä on eroja siinä, miten heitä kasvatetaan sekä kotona että koulussa.

Hirston (2001, 63–64) väitöstutkimuksessa tyttöjen ja poikien välillä huomattiin eroja vanhempien ja opettajien suhtautumisessa siihen, kun lapset toimivat väärin. Kotona tyttöjä rangaistiin useammin kuin poikia. Poikia myös palkittiin useammin. Opettajat havaitsivat saman asian: tyttöjä palkittiin useammin sanallis-emotionaalisesti ja poikia taas materiaalisesti. Perinteisissä vanhemmuuden rooleissa äiti nähdäänkin sanallis-emotionaalisenä kasvattajana ja isä materiaalisena kasvattajana. Sekä vanhemmat että opettajat kiinnittivät huomiota siihen, että poikia palkittiin useammin siitä, että he olivat uteliaita, tottelevaisia, riippumattomia ja itsenäisiä sekä luovia. Delamont (2012) on tarkastellut sukupuolirooleja ja koulua useiden tutkimusten valossa ja havainnut, että pojille sallitaan enemmän vapauksia toiminnassa siksi, että ajatellaan heidän olevan biologisesti aggressiivisempia.

2.2 LÄÄKKEET ARJESSA

Lääkkeitä ovat Suomessa lääkelain (10.4.1987/395, 3 §) mukaisesti lääkeaineiksi hyväksytyt luonnonaineet ja kemialliset valmisteet, joiden tarkoitus on lievittää, parantaa tai ehkäistä sairautta tai sairauden oireita tai muuttaa ihmisen tai eläimen elintoimintoja, joko ulkoisesti tai sisäisesti (Finlex 2011). Lääkehoidosta puhuttaessa luokitellaan lääkkeet itsehoito- ja reseptilääkkeisiin, joista jälkimmäiset ovat lääkärin määräämiä. Itsehoito on kyseessä silloin kun henkilö yrittää vahvistaa ja ylläpitää terveyttään, ennalta ehkäistä sekä hoitaa sairauksia itse. Itsehoito on laaja käsite joka sisältää: yleisen ja henkilökohtaisen hygienian, ravitsemuksen, elämäntyylin (liikunnan harrastaminen, vapaa-aika), ympäristötekijät (elinolot ja sosiaaliset tottumukset) ja sosioekonomiset tekijät (tulot, kulttuuriset uskomukset) sekä itselääkinnän itsehoitolääkkeillä. (World Health Organization Resource 1998.)

Lääkkeitä luokitellessa voidaan puhua yleisen, kansanomaisen ja ammatillisen sektorin lääkehoidosta. Ammatillinen sektori sisältää länsimaisen luonnon lääketieteen ja biolääketieteen. Kansanomainen sektori sisältää vaihtoehdoisen lääkehoidon, kuten homeopatian sekä perinteiset parannuskeinot, kuten yrtit. Yleinen sektori sisältää maallikon omat menetelmät terveyden ja sairauden hoidossa. (Kleinman 1980; Prout & Christensen 1996, 33.)

Itsehoitolääkkeitä voi ostaa apteekista ilman reseptiä, kun taas reseptilääke vaatii aina lääkärin tekemän diagnoosin ja tästä kirjoitetun lääkemääräyksen. Lääkkeet vaativat aina lääkevalvontaviranomaisen myöntämän myyntiluvan. Niiden laatu, turvallisuus ja vaikuttavuus tulee olla tutkittua. Lääkkeestä aiheutuvat haitat tulee olla myös pienemmät kuin hyöty. (Läkelaki 395/1987, 20–21§). (Finlex 2011.)

Itsehoitolääkkeitä ovat esimerkiksi vitamiini-, kivennäisaine- ja hivenainelisät, jos niitä käytetään sairauden hoitoon, ennaltaehkäisemiseen tai sairauden oireiden lievittämiseen, jolloin ne kuuluvat lääkevalvonnan piiriin. Tällöin tuotteen laatu, teho ja turvallisuus on arvioitu ennen kuin lääke on saanut myyntiluvan. Muut vitamiini-kivennäisaine ja hivenainevalmisteet ovat ravintolisiä ja kuuluvat elintarvikevalvonnan piiriin. Ravintolisät ovat elintarvikkeita, joten niitä voidaan myydä myös elintarvikeliikkeissä ja luontaistuotekaupoissa. (Evara 2010.)

Itsehoitolääkkeisiin luokitellaan kuuluvaksi myös rohdosvalmisteet, homeopaattiset ja antroposofiset valmisteet. Rohdosvalmisteet sisältävät enimmäkseen lääke-

kasveista saatuja ainesosia, ja ne jaetaan kasvisrohdosvalmisteisiin, jotka tarvitsevat myyntiluvan ja perinteisiin kasvirohdosvalmisteisiin, joista joitakin myydään myös elintarvikeliikkeissä. Homeopaattiset ja antroposofiset valmisteet sisältävät vaikuttavaa ainetta hyvin vähän, ja niiden taustalla on koululääketieteestä poikkeava näkemys sairauksista ja niiden hoidosta. Jos valmisteelle esitetään käyttötarkoitus, sille tarvitaan myyntilupa ja sitä saa vain apteekeista. Mikäli valmisteelle ei esitetä lääkinnällistä käyttötarkoitusta, sen tehoa ei tarvitse osoittaa; voidaan myydä myös muualta kuin apteekeista. (Fimea 2010.)

Medikalisoituminen on nyky-yhteiskunnalle ominainen piirre. Medikalisoitumisessa kyse on lääketieteellistymisestä eli lääketieteen vahvistumisesta ja toisaalta elämäntapahtumien ja poikkeavuuksien lääketieteellistämistä, esimerkiksi siitä, että lihavuudesta on tehty sairaus. (Tuomainen ym. 1999; Lahelma 2003, 1865.) Medikalisaatio aiheuttaa sitä, että jokaisesta pienestä muutoksesta omassa kehossa pyritään tekemään diagnoosi. Itsehoitolääkkeitä on runsaasti saatavilla, joten vaivojen itsediagnosointi ja hoito on mahdollista. Lisäksi lääkkeitä, niin itsehoito- kuin reseptilääkkeitäkin, saa ostettua kätevästi myös internetistä apteekkien verkkopalveluista.

Itsehoitolääkkeiden mainonta on ainoaa sallittua lääkemainontaa Euroopassa, mutta USA:ssa mainostetaan myös reseptilääkkeitä (Haaijer-Ruskamp 1996, 69–70). Alaikäisiin kohdistuvaa mainontaa pidetään Suomessa hyvien tapojen vastaisena, joten lääkemainonta ei saisi kohdistua heihin (Kuluttajansuojalaki 2 §, Finlex 2014). Lääketeollisuutta ja sen suorittamaa mainontaa pidetään yhtenä suurimmista lääkkeiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä (Sanz, Bush & Garcia 1996). Koska lääketeollisuudella on yhteyksiä lääkäreihin, se saattaa aiheuttaa harkitsematonta lääkkeiden määräämistä ja sitä myötä käyttöä (Almarsdottir & Traulsen 2005, 77).

2.2.1 Lääkkeiden käyttö

Lääkkeiden käyttöön liittyy tärkeänä osana lääkkeen järkevä käyttö, mikä toteutuu, jos sen käyttö auttaa saavuttamaan hoidon tavoitteen, parantaa tai lievittää oireita. Lääkkeen järkevään käyttöön kuuluu myös tarpeen mukainen annostus, lääkkeen käytön sopiva kesto ja mahdollisimman alhaiset kustannukset. Lääkkeiden järkevä käyttö riippuu myös ympäröivästä yhteiskunnasta: sen taloudellisesta tilanteesta, kansansairauksista ja kehittyneisyydestä. Järkevä lääkkeiden käyttö sisältää myös eettisen puolen. Lääkärit määräävät usein tietyn lääkefirman lääkkeitä, eivätkä välttämättä tarjoa halvinta mahdollista lääkettä asiakkaalle. (Almarsdottir & Traulsen 2005, 76, 79; Haaijer-Ruskamp 1996, 56–60, 73; WHO 2012, 2.) Tilannetta on parantanut lääkelain uudistus, jossa asiakas saa halutessaan vaihtaa apteekissa määrätyn lääkkeen halvempaan vastaavaan, jos lääkäri ei ole kieltänyt vaihtoa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 17 §, Finlex 2014a).

Joidenkin sairauksien ennaltaehkäisemisessä rokottaminen on avainasemassa. Suomessa melkein kaikki lapset käyvät läpi vapaaehtoisen rokotusohjelman virusten ja bakteerien aiheuttamia tarttuvia tauteja vastaan niin, että lapselle kehittyy immuniteetti eli vastustuskyky esimerkiksi kurkkumätää vastaan (THLa 2011; THL 2014). Suomessa vanhempien kieltäytymisen takia rokottamatta jää vain 1–4 lasta tuhannesta. Vuonna 2007 syntyneistä lapsista suositellun rokotusohjelman olivat saaneet 96,1 % (THLb 2011.) Myös aikuisia rokotetaan esimerkiksi matkalle lähettäessä (maakohtaiset rokotteet), jäykkäkouristusta ja kausi-influenssoja vastaan (THLa 2011; THL 2014).

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja on Suomessa 0–15-vuotiaista vielä verrattain vähän (taulukko 3). Erityiskorvauksen lääkkeistä saa, kun kyseessä on vaikea tai pitkäaikainen sairaus (Kela 2011). Yleisimpiä sairauksia suomalaislasten keskuudessa ovat olleet taulukossa näkyvä astma sekä sen lisäksi allergiat (Arinen ym. 1998; Takala, Klaukka & Rahkonen 2001).

Taulukko 3. Suomessa erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut 0–15-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL 2010).

Sairaus	tyttö	poika
Astma	1,6 %	2,6 %
Diabetes	0,4 %	0,5 %
Epilepsia (ym. kouristustila)	0,4 %	0,5 %
Nivelreuma	0,2 %	0,1 %
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut yhteensä	3,1 %	4,1 %

Lapsuus ja lääkkeet -projektissa (COMAC) selvitettiin kahdeksan maan, Alankomaat (Amsterdam/Croningen), Kreikka (Ateena), Yhdysvallat (Chapel Hill), Saksa (Hampuri), Suomi (Jyväskylä), Espanja (Madrid), Italia (Trieste) ja Jugoslavia (Novi Sad), kansalaisten lääkekaappien sisältöä. Aineisto kerättiin täyttämällä kyselylomake tutkijan toimesta tutkittavien kotona ja tehden samalla lääkekaappitutkimuksen. Jyväskylä oli ainoa poikkeus, jossa lomakkeen täyttivät tutkittavat itsenäisesti. Tutkittuja kotitalouksia oli 394, joissa oli vähintään yksi huoltaja ja yksi lapsi (7- tai 10-vuotias). Kotitalouksista löydettiin yhteensä 6 554 lääkettä, joista yhdelle hengelle tarkoitettujen lääkkeiden määrä vaihteli Jyväskylän kahdesta Chapel Hillin seitsemään. Suurin osa lääkkeistä oli tarkoitettu tietylle perheenjäsenelle. Naiset käyttivät lääkkeitä hieman enemmän kuin miehet. Positiivista oli, että lääkkeitä hankittiin harvoin ystäviltä tai sukulaisilta, ainoastaan Hampurissa näin teki 5 %. Jyväskylän tutkituilla neljäkymmenellä kotitaloudella oli keskimäärin kahdeksan lääkettä kotonaan. (Sanz, Bush & Garcia 1996, 77–101.)

Jyväskylän neljästäkymmenestä tutkitusta kotitaloudesta kahdella ei ollut lainkaan lääkkeitä kotonaan, kolmellatoista oli vain itsehoitolääkkeitä, kahdella vain reseptilääkkeitä ja lopuilla kahdeksäkymmenellä viidellä itsehoito- että reseptilääkkeitä. Itsehoitolääkkeiksi luokiteltuja lääkkeitä oli 59 %, reseptilääkkeitä 38 % ja 2,5 % oli luokittelemattomia kaikista 320:stä kotoa löytyneestä lääkepakkauksesta. Tavallisimmat itsehoitolääkkeet (63 %) olivat kipulääkkeet ja kuumelääkkeet mukaan lukien tulehduskipulääkkeet sekä tyypilliset vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet. Aikuiset itse olivat hanakampia ottamaan itsehoitolääkettä oireiden ilmaantuessa, mutta lapselle lääkettä annettiin vasta sitten kun se oli välttämätöntä. (Ahonen ym. 1996, 278–279.)

Saksalainen 0-17-vuotiaiden itsehoitolääkkeiden käyttöä kartoittava tutkimus tehtiin 17 641 lapselle ja aikuiselle (alle 11-vuotiaiden kysymyslomakkeen täyttivät vanhemmat). Tutkimusotokseen kirjattiin 14 588 lääkettä, joista 38,5 % kuului itsehoitolääkkeisiin. Näistä yleisin lääke vaikutti hengityselimiin (32,1 %), 21,6 % aineen-

vaihduntaan, 14,2 % ihoon, 11,3 % hermostoon, 6,5 % liikuntaelimiin ja 8,6 % oli homeopaattisia valmisteita. Itsehoitolääkkeitä käytettiin usein vain lyhyt ajanjakso (viikko). Yleinen itsehoitolääkkeen käyttäjä oli 14–17-vuotias, ei maahanmuuttajataustainen, huonon terveydentilan omaava, perheestä, joka on parempi tuloinen ja jonka äidillä oli keski- tai korkea-asteen koulutus. (Du & Knopf 2009.)

2.2.2 Lääkkeiden turvallinen käyttö

Vuonna 2011 Suomen Apteekkariliiton lanseeraaman projektin ”Varmista valintasi” tarkoituksena oli parantaa tietoisuutta lääkkeiden turvallisesta käytöstä. Farmasian oppimiskeskuksen tuottaman kyselyn mukaan, johon vastasi 1 147 farmaseuttia, proviisoria ja apteekkaria, 23 % vastanneista kertoi huomaavansa vähintään kerran päivässä, että asiakas on ostamassa itsehoitolääkettä käyttötarkoitukseen, johon lääkettä ei ole lainkaan tarkoitettu. Suomen Apteekkariliiton asiantuntijan Tuula Teinilän mukaan tietämättömyyttä ja virheellisiä käsityksiä esiintyy kaikkien itsehoitolääkkeiden kohdalla, mutta erityisesti kipu- ja yskänlääkkeissä. Lääkityksestä on useimmiten enemmän haittaa kun hyötyä, sillä yleinen virhe on käyttää samanaikaisesti useita erinimisiä, samaa lääkeainetta sisältäviä valmisteita. Apteekeilla on vuosittain noin 30–35 miljoonaa itsehoitoon liittyvää asiakaskäyntiä. Vain noin joka kolmas asiakas kysyy oma-aloitteisesti itsehoitolääkkeistä tai itsehoidosta. Lisäksi yli puolet kyselyyn vastanneista (54 %) kertoi ohjaavansa itsehoitolääkettä ostamaan tulleen asiakkaan lääkäriin lääkkeen myynnin sijasta vähintään muutaman kerran viikossa. Syynä tähän on usein epäily sairaudesta, joka ei sovellu itsehoitoon, oireiden epäselvyys tai pienen lapsen sairaus. (Apteekkari 2011.)

Lääkkeiden käyttöön liittyy olennaisesti monia seikkoja: onko kyseessä reseptilääke vai itsehoitolääke, luetaanko lääkkeiden pakkausselosteita, miten lääkkeitä säilytetään, käytetään ja miten vanhat lääkkeet hävitetään? Lääkkeen toimintaan vaikuttavat esimerkiksi lääkeaine, annostelutapa (injektiona suoneen, suun kautta, iholle, suoleen, hengittämällä), muut nautitut lääkkeet ja lääkkeen saajan ominaisuudet. Useat lääkkeet saattavat aiheuttaa toivotun vaikutuksen lisäksi pakkausselosteissa mainittuja haittavaikutuksia. Käytettäessä samanaikaisesti kahta tai useampaa lääkettä voi lääkkeiden yhteisvaikutus ja niiden haittavaikutusten arvioiminen olla vaikeaa.

Lääkkeiden säilytys

Lääkkeiden oikea säilytys on keskeinen asia lapsiperheissä. Kansainvälisessä kahdeksan Euroopan maan (Alankomaat, Kreikka, Yhdysvallat, Saksa, Suomi, Espanja, Italia ja Jugoslavia) kattavassa tutkimuksessa havaittiin, että lääkkeitä säilytettiin keittiössä, joko jääkaapissa/muulla tai sitten kylpyhuoneessa. Enemmän kuin puolet kotitalouksista piti lääkkeensä yhdessä paikassa. Jyväskylässä melkein kolme neljäsosaa piti lääkkeensä keittiössä. Läkkeitä säilytettiin sekaisin ruokatarvikkeiden tai hygieniatuotteiden kanssa, harvoin lukittuna ja lasten saatavilla. (Sanz, Bush & Garcia 1996, 77–101.)

Suomen apteekkariliiton (2010) teettämässä tutkimuksessa vain 35 % suomalaisista säilytti lääkkeensä lääkekaapissa. Puhumattakaan siitä, että vain 22 %:lla lääkkeet olivat lukkojen takana. Läkkeitä ei pitäisi myöskään säilyttää kosteassa, kuten kylpyhuoneessa, mikä on yleinen säilytyspaikka. Suomalaiset ovat lisäksi laiskoja

lääkekaapin siivoajia. Lääkekaapin sisällön tarkistaa tai siivoaa useammin kuin kerran vuodessa joka kolmas (35 %) ja kerran vuodessa tarkistuksen tekee 39 prosenttia suomalaisista. Joka viidennellä (19 %) siivousväli venyy vähintään kahteen vuoteen.

Lääkkeiden väärinkäyttö

Lääkkeitä voidaan käyttää myös väärin esimerkiksi huumausaineena. Lääkkeen väärinkäytössä on ominaista hoidollisesti tarpeettoman tai tarpeettomaksi muuttuneen lääkkeen jatkuva tai pakonomainen käyttö välittämättä käytön aiheuttamista terveydellisistä tai sosiaalisista haitoista (Huttunen 2008). Väärinkäyttöön liittyy usein usealla lääkäriellä asiointi niin, etteivät lääkärit tiedä jo toisen määränneen lääkettä. Yleisimmät väärin käytetyt lääkkeet ovat voimakkaita kipulääkkeitä, rauhoittavia, nukahtamislääkkeitä, lihasrelaksantteja ja opiaatteja. (Haukipuro 2011.) Joidenkin lääkkeiden lopettamisen tai annoksen vähentämisen yhteydessä saattaa esiintyä pakkausselosteessa mainittuja pitkäkestoisia vieroitusoireita, jotka saattavat olla kimmoke lääkkeen liikakäytölle tai turhalle käytölle.

Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy erilaiset myrkytykset, joko itseaiheutettuina tai jonkun muun aiheuttamana tahattomana tai tahallisenä. Tahallisiin liittyy itsensä vahingoittaminen mm. itsemurha tarkoituksessa. (Kivistö 2009, 14) Suomessa maallikot ja hoitoalan ammattilaiset voivat soittaa ympäri vuorokauden palvelevaan Myrkytystietokeskukseen – puh (09) 471 977. 2000-luvulla Myrkytystietokeskukseen on tullut vuosittain noin 40 000 puhelua, joista noin 30 000 on koskenut ihmisten myrkytyksiä ja näistä yli puolet alle 6-vuotiaiden lasten myrkytyksiä. Kysytyimmät aineet ovat olleet lapsilla lääkkeet (parasetamoli, D-vitamiini ja särkylääkkeet), kasvit ja pesuaineet, ja aikuisilla lääkkeet (bentsodiatsepiinit, ketiapiini ja tsopikloni), pesuaineet, alkoholit sekä petrolituotteet ja liuottimet. (Hoppu 2006.) Esimerkiksi USA:n myrkytyskeskukseen tulee soittoja alle 5-vuotiaiden myrkytyksistä joka vuosi yli miljoona (Gutierrez, Negron & Garcia-Fragoso 2011). USA:ssa lasten myrkytykset olisivat pääosin estettävissä, sillä ne johtuvat huonosta aineiden säilytyspaikasta (LeBlanc ym. 2006) sekä aikuisen valvonnan puutteesta (Munro ym. 2006).

Puerto Ricossa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin 1–6-vuotiaiden lasten vanhempien tietoa myrkytysten ehkäisystä ja hoidosta. Seitsemänkymmentäkuusi vastaajaa, joista 13 %:lla oli perheenjäsenenä ollut myrkytys, toimisi myrkytystilanteessa seuraavasti: 9 % vanhemmista antaisi lapselle maitoa, 68 % veisi ensiapuun ja 23 % soittaisi myrkytyskeskukseen. Vain 20 % vastaajista tiesi myrkytyskeskuksen numeron, mutta 49 %:lla numero löytyi puhelimesta. Vanhemmat käyttivät seuraavia lääkemyrkytyksiä ehkäiseviä strategioita: varastoivat ruokaa ja muita kodin tuotteita eri paikkoihin (87 %), pitivät tuotteet alkuperäisessä pakkauksessa (83 %), lukivat pakkausselosteet suosituksista (35 %), pitivät lääkkeet lasten ulottumattomissa (80 %), käyttivät lukollisia säilytystiloja (35 %), käyttivät lapsiturvallisia lääkkeitä (66 %) ja huuhtoivat vanhat lääkkeet vessasta alas (49 %). Sukupuolella ja koulutustasolla ei ollut yhteyttä käytettyihin lääkemyrkytyksiä ehkäiseviin strategioihin. (Gutierrez, Negron & Garcia-Fragoso 2011.)

Lääkemyrkytystapauksissa tulisi toimia seuraavasti: 1) Poista potilas vaarasta ja 2) soita hätänumeroon, jos potilaalla on voimakkaat oireet tai niitä on kehittymässä. 3) Varmista hengityksen ja verenkierron riittävyys ja ryhdy elvyttämään tarvittaessa. 4) Selvitä käytetty aine ja annos. 5) Soita tarvittaessa myrkytystietokeskukseen riskin

arvioimiseksi. 6) Estä myrkyllisen aineen imeytyminen esim. antamalla lääkehiiltä, jos sitä saa antaa, mutta älä okseta. 7) Huuhtelee vedellä, jos ainetta on mennyt iholle tai silmään ja 8) siirrä potilas raittiiseen ilmaan, jos ainetta on hengitetty. (HUS 2014.)

2.3 KODIN ROOLI LÄÄKEKASVATUKSESSA

Vastuu perheessä lapsen terveyden ylläpitämisestä ja sairauksien hoidosta kuuluu yleensä äidille (Mayall 1994; Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996; Geissler ym. 2000; Lagerlov ym. 2003). Sormunen (2008) on havainnut vastaavaa lapsen terveyden- ja sairaanhoitokäynneissä (neuvola- ja lääkärikäynnit), jossa on nähtävissä sama kaava: äiti hoitaa. Osittain vanhemmat osallistuvat yhdessä em. tilaisuuksiin, mutta tilanne jossa isä osallistuisi yksin, on harvinaisempaa. Koulussa terveydenhoidollisissa asioissa myös isät otetaan mukaan, mutta kyseessä on usein korjaava toiminta, ei ennakoiva. Vuoren (2001, 151) väitöstutkimuksen otsikko ” Isä tulee mukaan kun äiti kutsuu” viittaa lapsen kehityksen varhaisvuosien äitiyden ylivoimaan. Tätä käsitystä ylläpitävät valitettavasti myös terveydenhuollon ammattilaiset joko suoraan tai epäsuorasti, sillä usein molempien vanhempien läsnä ollessa keskustelua lapsen asioista käydään äidin kautta. Asia on kuitenkin tiedostettu, mutta vaatii kulttuurimuutosta sekä ammattilaisten toimesta, että perheen sisällä perinteisissä sukupuolirooleissa. (Vuori 2001, 151.)

Usein lapsen ollessa sairas, häntä jää kotiin hoitamaan äiti. Tätä perinteistä roolia äidistä hoivaajana voi tukea myös se, että nainen tienaa usein vähemmän kuin mies, joten ansionmenetyks jää pienemmäksi. (Hirsto 2001.) Naisten palkka-ansiot olivat vuonna 2012 n.76 % miesten keskimääräisistä tuloista (ks. verohallinnon tilastoja: naisten ja miesten tulot verovuonna 2012).

Hämeen-Anttilan (2006, 83) mukaan äiti on yleensä myös vastuussa lasten lääkkeiden ottamisesta. Lapsen kasvaessa ja kehittyessä vastuu siirtyy vähitellen enemmän lapselle itselleen. Lapset eri ikäryhmissä, 7–8-, 10–11- ja 13–14-vuotiaat, ottavat lääkkeitä joskus kysymättä vanhemmiltaan ensin lupaa, sillä he tietävät hyvin, missä lääkkeitä säilytetään. Lääkkeiden luvatta ottaminen on kuitenkin harvinaista 7–8-vuotiaille lapsille. Itsenäisesti ilman lupaa otettavia lääkkeitä olivat kipulääkkeet, nenäsuihkeet, yskänlääkkeet ja 13–14-vuotiailla myös allergialääkkeet ja kuumelääkkeet. Osa vanhemmista lapsista (10–14-vuotiaista) sanoi heillä olevan lupa käyttää kipulääkkeitä ja nenäsuihkeita ilman lupaa. Moni kuitenkin kertoi vanhemmilleen jälkikäteen lääkkeen käytöstä.

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että 7- tai 10-vuotiaat lapset harvemmin ottavat lääkettä itsenäisesti. Tutkimuksessa mukana olevia maita olivat Tanska, Iso-Britannia, Suomi, Saksa, Kreikka, Italia, Alankomaat, Espanja, USA ja Jugoslavia. (Prout & Christensen 1996, 37.)

2.3.1 Vanhempien toiminta, kun lapsi sairastuu

Sairauden hoidon prosessin ensimmäisessä vaiheessa havaitaan sairauden oireet. Usein perheenjäsen voi huomata toisen sairastumisen, kuten heikotuksen, uupumuksen tai ärtyneisyyden, ennen kuin sairastunut itse (Lilja ym. 2008). Kun kysees-

sä on lapsi, usein äiti huomaa ensimmäisenä, ettei lapsi voi hyvin (Aramburuzabala ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996), mutta myös lapsi itse voi huomata huonon olonsa ja hakea sille sitten vahvistuksen äidiltä (Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996). Nuoret kokevat yleensä olevansa kykeneviä kantamaan vastuuta omasta terveydestään, mutta tosipaikan tullen luottavat kuitenkin siihen, että vanhemmat huomaavat heidän huolensa ja puuttuvat asiaan, ilman pyyntöä (Halmesmäki, Hjelt & Välimaa 2004). Vanhemmat voivat huomata lapsen sairastumisen siitä, ettei lapsi käyttäydy tavanomaisesti (Lagerlov, Helseth & Holager 2003), kuten ei syö tai juo normaalisti (Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996), tai näyttää kuumeiselta (Lagerlov, Helseth & Holager 2003). Siposen (2014, 33) väitöstutkimuksen 4 032:sta alle 12-vuotiaasta lapsesta 66 % oli ollut joitakin oireita kyselyhetkellä, kuten vilustumista tai ihottumaa.

Toisessa vaiheessa arvioidaan oireiden vakavuus ja kolmannessa valitaan toimintamalli. Äiti on yleensä se, joka arvioi oireiden vakavuuden (Vaskilampi ym. 1996). Oireiden vakavuudesta riippuen vanhemmat voivat keskustella niistä perheen tai ystävien kesken tai pyytää apteekin henkilökunnalta apua (Birchley & Conroy 2002; Lilja ym. 2008). Kun vanhemmat ovat tehneet arvionsa oireiden vakavuudesta, he päättävät mitä oireille tehdään, sekä pitäisikö lapsen jäädä kotiin vai mennä kouluun (Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996). Erityisesti lasten pienten vaivojen hoidosta vanhemmat tekevät yleisesti omiin kokemuksiinsa perustuvia hoitopäätöksiä ilman terveydenhuollon ammattilaisten konsultointia (Cantrill ym. 1996). Toisaalta ei ole tarvetta medikalisoida eli lääketieteellistää kaikkia pikku vaivoja. Aikuinen saattaa tunnistaa sairauden helpommin myös sen perusteella, että se on suvussa kroonisesti esiintyvä (Walter ym. 2004).

Jos vanhemmat toteavat, että vaiva ei tarvitse mitään kovin erityistä hoitoa, voidaan turvautua kotikonsteihin (Gerrits ym. 1996) esim. lämpimään juomaan, vitamiinipitoisen hedelmäjuomaan tai hierontaan. Usein vanhempien toiminta perustuu heidän aikaisempiin kokemuksiinsa ja tietoihinsa (Gerrits ym. 1996). Itsehoitolääkkeisiin turvaudutaan usein siinä tapauksessa, että oireiden on todettu olevan vakavampia tai ne ovat kestäneet useita päiviä (Gerrits ym. 1996; Wong, Chua & Edmondson 2007). Itsehoitolääkkeiden käyttöä alle 12-vuotiaille lapsille ennustaa lapsen nuori ikä, vanhempien raportoima lapsen huono terveys, lapsella ollut oire sekä vanhempien itsehoitolääkkeiden käyttö (Siponen 2014, 33). Wongin, Chuan ja Edmondsonin (2007) tutkimuksessa viisi päivää oli yleinen aika, jonka 86 % vanhemmista odotti ennen kuin konsultoi farmaseuttia lapsille (16-vuotias tai alle) sopivista itsehoitolääkkeistä. Konsultoiija oli yleensä äiti (75 %) tai joissakin tapauksissa isä (17 %).

Yleisimmät sairaudet, joita lapsilla hoidetaan itsehoitolääkkeillä, ovat kuume ja kipu (Lagerlov, Helseth & Holager 2003). Täydentäviä tai vaihtoehtoisia lääkkeitä tai hoitoja ei useinkaan käytetä ensimmäisenä hoitokeinona (Gerrits ym. 1996). Alle 12-vuotiaille lapsille annettavien täydentävien- tai vaihtoehto- hoitojen käyttöä ennusti vanhempien oma käyttö, positiiviset asenteet itsehoitolääkkeitä kohtaan, vanhempien huoli lääkeriskeistä, lääkärin diagnosoima sairaus sekä lapsen oireet. Lisäksi perheissä, joissa oli kolme tai useampi lapsi täydentäviä- tai vaihtoehto- hoitoja ei käytetty niin usein kuin yksilapsisissa perheissä. (Siponen 2014, 33.) Täydentävistä- tai vaihtoehto- hoidoista yleisimmin käytettyjä ovat kiropraktinen hoito, homeopatia, aromaterapia, hieronta, vitamiinit ja kivennäisaineet sekä rohdosvalmisteet (Simpson & Roman 2001;

Menniti-Ippolito ym. 2002; Madsen ym. 2003; Smith & Eckert 2006; Jean & Cyr 2007; Barnes, Bloom & Nahin 2008; O’Keef & Coat 2010). O’Keefe ja Coat (2010) selvittivät australialaistutkimuksessa keskusteluilla vanhempien näkemyksiä lapsilleen käyttämistä täydentävistä ja vaihtoehtoisista lääkkeistä sekä hoidoista. Vanhemmat eivät aina keskustelleet vaihtoehtoisen tai täydentävän lääkkeen tai hoidon käyttöönotosta lasta hoitavan lääkärin kanssa, ja joistakin keskusteluista jäi huonoja kokemuksia.

Lääkärille mennään usein siinä vaiheessa, kun kotihoito itsehoitolääkkeillä ei ole auttanut ja sairaus ei näytä parantuvan (Ahonen ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Ecklund & Ross 2001; Uijen ym. 2008; Trajanovska ym. 2010). Lääkärinä konsultoidaan myös silloin kun oireet ilmenevät nopeasti tai vanhemmat eivät tiedä mitä tehdä (Ecklund & Ross 2001; Lagerlov, Helseth & Holager 2003). Alle kouluikäiset lapset viedään useammin lääkäriin, mikä on myös helposti selitettävissä sillä, että tämän ikäisillä on useammin oireita kuin vanhemmilla lapsilla (Uijen ym. 2008). Nuoret äidit vievät myös lapsensa nopeammin lääkäriin (Hay, Heron & Ness 2005), mikä voi johtua kokemattomuudesta sairauksien hoidossa. Perheet, joissa on vain yksi lapsi, konsultoivat lääkärinä useammin kuin monilapsiset perheet (Ishida ym. 2012) ja heillä on useammin myös reseptilääkkeitä (Ahonen ym. 1996).

Yleisimmät syyt lääkäriin menoon ovat hengitystieoireet, kuume, yskä sekä korvatulehdukset (Ecklund & Ross 2001; Takala, Klaukka & Rahkonen 2002; Hay, Heron & Ness 2005; Uijen ym. 2008). Kahden päivän kuluttua lääkäriin mennään niissä tapauksissa, jos lapsella on korkea kuume, vinkuva hengitys, oksentelua, ripulia, ihottumaa tai korvakipua, mutta viikko odotettaisiin esimerkiksi univaikeuksien kohdalla (Trajanovska ym. 2010).

Yleensä äidit tekevät päätöksen lääkäriin menosta, mutta akuuteissa tilanteissa ja viikonloppuisin päätöksentekijä saattaa olla myös isä (Gerrits ym. 1996). Siihen miten usein terveyspalveluihin turvaututaan saattaa vaikuttaa myös palveluiden saatavuus ja niiden hinta (Lilja ym. 2008; Aoyama, Koyoma & Hibino 2012). Kaupunkialueella asuvien lasten on todettu käyttävän terveyspalveluja useammin kuin maaseudulla asuvien (Takala, Klaukka & Rahkonen 2002; Uijen ym. 2008). Suomessa peräti puoli miljoonaa täysi-ikäistä on ilmoittanut, että heidän tulonsa ei riitä kunnolla lääkärisäkäynteihin (Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto 2011). Perheiden välillä on myös eroja siinä turvaututaanko julkisiin vai yksityisiin lääkäripalveluihin. Suomessa terveyskeskuslääkäripalveluita käyttävät eniten alemmat tuloluokat kun taas yksityis- tai työterveyslääkärillä kävijöitä löytyy eniten ylemmistä tuloluokista. (Klavus 2010, 34.) Joissakin tutkimuksissa on havaittu perheen heikon sosioekonomisen aseman kertovan lasten heikommasta terveydentilasta (Bauman, Silver & Stein 2006; Larson ym. 2008.)

Terveydenhuollossa pyritään nykyään siihen, että potilaalla on mahdollisuus sanoa mielipiteensä hoidostaan ja lääkkeiden otostaan (Stevenson 2004). Alaikäisten lasten tapauksessa keskustelu käydään usein vanhemman tai vanhempien kautta. Hoitosuunnitelmasta tulisi terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan keskustella tasavertaisina kumppaneina, eikä niin, että toinen on keskustelussa toista ylempänä (Raynor ym. 2001; Britten & Weiss 2004). Tämä edellyttää sitä, että potilaalla tulisi olla riittävästi tietoa erilaisista hoitomuodoista sekä tukea lääkkeen otossa, jotta hän voi huolehtia siitä tarvittaessa itsenäisesti (Itkonen 2000; Shaw 2004).

2.3.2 Vanhempien ja lasten suhtautuminen sairauksien hoitoon ja lääkkeisiin

Ihmisillä voi olla sekä positiivisia että negatiivisia asenteita ja uskomuksia lääkkeitä ja niiden käyttöä kohtaan, lääkintäjaksoista tai sairauden ja sen oireiden kokemisesta. Kulttuurilla on paljon vaikutusta, miten erilaisiin ilmeneviin oireisiin reagoidaan ja mitkä koetaan terveydelliseksi ongelmiksi (Lilja ym. 2008). Esimerkiksi aasialaistaustaisilla on havaittu olevan eurooppalaistaustaisiin verrattuna negatiivisemmat uskomukset lääkkeistä (Järgensen 2007). Nykyään diagnosoidaan enemmän oireita kuin aikaisemmin. Se, mikä nähdään tänä päivänä lääketieteellisenä ongelmana, on voinut aikaisemmin olla esimerkiksi osa vanhenemista. (Lilja ym. 2008.)

Ihmiset saattavat ajatella lääkkeitä negatiivisesti, jolloin he saattavat pitää lääkkeitä luonnottomina, luontaista vastustuskykyä heikentävinä, tehottomina poistamaan sairautta, vaarallisina tai riippuvuutta aiheuttavina (Brittein 1994). Wirsingin (1996) mukaan tietoisuus lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista lisää kielteistä asennetta lääketiedettä ja lääkkeitä kohtaan. Samalla vaihtoehtoisten hoitojen (esim. vyöhykerapian) sekä täydentävien ja vaihtoehtoisten lääkkeiden (esim. homeopaattisten valmisteiden) käyttö on lisääntynyt. Siposen (2014, 32) tutkimuksen alle 12-vuotiaiden lasten vanhemmat, joilla oli positiiviset asenteet reseptilääkkeitä kohtaan, eivät todennäköisesti käyttäneet täydentäviä- tai vaihtoehtolääkkeitä. Toisin kuin ne vanhemmat, jotka suhtautuivat reseptilääkkeisiin negatiivisesti. Myös vanhemmat, joilla oli positiivinen asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan, käyttivät täydentäviä- tai vaihtoehtolääkkeitä helpommin kuin ne vanhemmat, joilla oli negatiivinen asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan.

Myönteinen lääkkeen käyttökokemus saattaa vaikuttaa asenteisiin muuttaen niitä positiivisemmiksi (Aikens & Klinkman 2012). Myös pitkäaikaissairaus saa ihmisen ajattelemaan lääkkeitä positiivisemmin (Ramström ym. 2005, 247). Kun kokemusta lääkkeen käytöstä löytyy, ihminen uskoo helpommin, että lääkkeellä on vaikutusta sairaudentilan parantamisessa (Prins, Verhaak, Bensing & van der Meer 2008).

Isacson ja Bingefors (2002) ovat tarkastelleet lääkkeisiin kohdistuvia asenteita ruotsalaisessa väestötutkimuksessa, jonka otos oli 8000. Tutkimusotoksesta suurin osa suhtautui lääkkeisiin positiivisesti ja piti niitä hyvänä asiana, 40 % piti lääkkeitä välttämättömänä pahana ja 2 % vaarallisina. Esimerkiksi psyykelääkkeen käyttäjät näkivät lääkkeet positiivisina ja verenpainelääkkeen käyttäjät välttämättömänä pahana.

Ruotsalaisessa Mårdbyn, Åkerlindin ja Järgensenin (2007, 161–162) apteekin asiakkaiden uskomuksia ja lääkkeiden käyttöön sitoutumista käsitelleessä tutkimuksessa havaittiin, että mitä positiivisemmat uskomukset lääkkeiden käyttäjällä oli, sitä sitoutuneempi hän oli hoitoonsa. Myös lääketietous ja korkeampi koulutustaso kertoivat positiivisemmasta asennoitumisesta ja uskomuksista lääkkeitä kohtaan. Tätä tulosta tukee Isacsonin ja Bingeforsin (2002) tutkimus, jossa lääketietoisuus lisäsi positiivista asennoitumista lääkkeitä kohtaan. Mårdbyn, Åkerlindin ja Järgensenin (2007) tutkimuksessa alhaisemman koulutustason omaavat uskoivat muita useammin lääkkeiden olevan hyödyttömiä ja vaarallisia. Myös Hämeen-Anttila ym. (2011) havaitsivat korkeamman koulutustason ja paremman palkkatason ennustavan suomalaisten vanhempien positiivisempaa suhtautumista lääkkeitä kohtaan. Lääkkeitä käyttävät vanhemmat suhtautuivat lääkkeisiin yleensä positiivisesti. Ikä lisäsi varauksellisem-

paa suhtautumista lääkkeisiin. Kuudesta tuhannesta vastaajasta reseptilääkkeitä piti turvallisina ja tehokkaina 84 %. Itsehoitolääkkeiden kohdalla vastaavasti suhtautui vain 49 % vastaajista.

Lasten suhtautuminen sairauksien hoitoon ja lääkkeisiin

Lapset voivat omaksua äideiltään joko positiivisen asenteen tai vielä todennäköisemmin negatiivisen asenteen suhteessa lääkkeisiin (Brittein 1994). Lapsen lääkkeiden käyttöä ennustavat lapsen sairastavuus ja ikä sekä vanhemman oma lääkkeen käyttö (Lindell-Osuagwu 2014). Lapset, joilla on huono terveys, käyttävät lääkkeitä todennäköisemmin kuin hyvän terveyden omaavat (Du & Knopf 2009; Knopf ym. 2013). Tutkimukset terveiden lasten parissa ovat osoittaneet lapsilla olevan negatiivisia ajatuksia (Gerrits ym. 1996; Trakas & Sanz 1996; Menacker ym. 1999; Hämeen-Anttila ym. 2006) tai jopa pelkoa lääkkeiden käyttöä kohtaan (Menacker ym. 1999). Erityisesti esikouluikäisillä lapsilla on pelkoja mm. hammaslääkärinä, sairaalassa tehtäviä toimenpiteitä ja pistämistä kohtaan, joiden on huomattu liittyvän lasten kehitystasoon (Beva ym. 1990; Rennick ym. 2002; Gozal ym. 2004; Majstrovic & Veerkamp 2004, 2005; Romino ym. 2005; Gazall & Mackie 2007; Salmela 2010).

Lapsilla on Hämeen-Anttilan (2006, 81–83) tutkimuksen mukaan jokseenkin varovainen suhtautuminen lääkkeisiin, sillä osa lapsista ajattelee, ettei lääke ole aina harmiton. Kärkkäisen ym. (2014, 50) tutkimuksessa 4.luokkalaisten (10–11-vuotiaiden) mielestä lääkettä voi ottaa silloin kun on kipuja tai on sairas, etenkin jos lääkäri tai vanhempi sanoo, että lääke on tarpeen. Hämeen-Anttilan (2006, 176–177) mukaan lapset saattavat kokea huolta siitä, että ottaa vahingossa väärän lääkkeen tai jollekin muulle määrätyn lääkkeen. Lisäksi lapset ajattelevat, että lääkettä tulee ottaa vain todelliseen tarpeeseen, kuten todella kovaan kipuun, korkeaan kuumeeseen (yli 39 astetta) tai ärsyttävään yskään. He haluavat selvittää lääkettä mahdollisimman pitkälle. Tämä todistaa näkemystä suomalaiselle kulttuurille ominaisesta piirteestä: on parempi kärsiä kuin ottaa lääkettä (Ahonen ym. 1996). Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä useammin uskottiin lääkkeen voivan olla haitallinen tai aiheuttaa riskejä. Lasten uskomuksissa tai asenteissa ei ollut eroa suhteessa lapsen taustaan. (Hämeen-Anttila ym. 2006, 176–177.)

Sepponen (2011, 22) on koonnut yhteen (taulukko 4) useista tutkimuksista havaittuja lapsen ja hänen perheensä ominaisuuksia, jotka ovat yhteydessä lapsen lääkeshoidon onnistumisessa ja hoitoon sitoutumisessa. Asenteet sairautta ja lääkkeiden käyttöä kohtaan muovaavat lasten lääkinnän rutiineja perheissä.

Taulukko 4. Lapsen ja hänen perheensä ominaisuudet, jotka ovat yhteydessä lapsen lääkeshoidon onnistumiseen ja hoitoon sitoutumiseen (Sepponen 2011, 22).

Lapsen ominaisuudet	Perheen ominaisuudet
Lapsen ikä	Äidin ikä
Psykososiaalinen hyvinvointi	Äidin koulutustaso
Energia ja tahdonvoima sekä motivaatio	Äidin masentuneisuus/uupumus
Yksilölliset lääkkeen ominaisuuksiin liittyvät mielty- mykset (esim. haju ja maku)	Perheen sosioekonominen asema
	Lasten lukumäärä
	Perheessä enemmän kuin yksi vanhempi
	Vanhempien huoli lapsen alttiudesta sairauksille
	Vanhempien tietämys lapsen sairaudesta ja sen hoi- dosta
	Vanhempien asenteet sairauksia ja lääkeshoitoja kohtaan
	Perheen ilmapiiri

Lindell-Osuagwun (2014) tutkimuksessa, johon vastasi 4 032, 0–11-vuotiaan lapsen vanhempaa selvisi, että alle 12-vuotiaista suomalaislapsista joka viides on kokenut jonkin lääkkeiden käyttöön liittyvän ongelman. Lääkkeistä koetut haitat olivat yleisimpiä, niitä oli kokenut joka kuudes lapsi. Näistä haitoista 2/3 johtui antibiooteista, mikä selittyy sillä, että niiden käyttö oli yleistä. Yksittäisiä yleisiä haittoja olivat lääkkeen tehottomuus, antibioottien aiheuttama allergia tai ripuli, pahoinvointi ja oksentelu, vatsakipu, ihottuma ja levottomuus. Sairaalahoittoa vaativat tai henkeä uhkaavat haitat olivat erittäin harvinaisia. Viisi prosenttia vanhemmista raportoi myös lääkeshoittoon liittyviä ongelmia. Eniten ongelmia oli antibioottien sekä kipuja kuumelääkkeiden antamisessa. Ongelmia, jotka vaikeuttivat lääkeshoidon toteuttamista, olivat esimerkiksi lääkkeestä kieltäytyminen, nielemisongelmat, lääkkeen poissylyminen ja paha maku. Nestemäisten lääkkeiden annokset osa vanhemmista koki lapsille liian isoiksi kerralla nieltäväksi. Myös lääkkeiden annostelulaitteiden käyttö koettiin haastavaksi.

2.3.3 Vanhempien käyttämät tietolähteet lääkeshoitukseen liittyen

Lääketieto on Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) määritelmän mukaan tietoa lääkkeistä ja lääkeshoitosta, joka on terveydenhuollon henkilöstön että kuluttajien saatavilla eri tietolähteistä. Tiedon lähteinä voivat olla toiset henkilöt, esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaiset tai sukulaiset, sekä kirjalliset tai sähköiset lähteet, kuten internet, radio ja televisio.

Suomessa kansallisella tasolla lääketietoutta on tutkinut Närhi ja Helakorpi (2007), joiden kyselyyn lääketietolähteiden käytöstä vastasi 3 287 15–64-vuotiasta. Tutkimukseen vastanneet naiset käyttivät tietolähteinä lääkepakkausten tuoteselosteita, sanomalehtiä, lehtiä, kirjoja, luontaistuotekauppoja ja mainoksia enemmän kuin miehet. Vanhimmat (50–64-vuotiaat) miehet ja naiset käyttivät lääkäriä useam-

min ja internetiä harvemmin tietolähteenä kuin muissa ikäryhmissä. 15–20-vuotiaat naiset ja miehet hankkivat tietoa lääkepakkauksista, sairaanhoitajilta, sukulaisilta ja ystäviltä sekä televisiosta ja radiosta enemmän kuin vanhemmat ikäluokat. Naiset olivat miehiä aktiivisempia tiedon etsijöitä. Nuoremmilla ihmisillä internetin käyttö oli myös yleisempää (Närhi & Helakorpi 2007) ja erityisesti internetiä käyttivät mielenterveysongelmista kärsivät (Pohjanoksa-Mäntylä ym. 2010).

Tänä päivänä maallikkojen käytössä on kansantajuisia lääkärikirjoja ja muita lähteitä sekä kasvavissa määrin myös joukkotiedotusta. Sosiaalisen median vahva asema erityisesti internetin myötä on sekä etu että haitta. (Miettola 2011, 22) Erityisesti lapset saavat aktiivisina internetin käyttäjinä tietoa lääkkeistä myös internetistä (Kärkkäinen ym. 2014). Kirjojen antama tieto on usein vanhentunutta, mutta sosiaalisen median antamasta tiedosta taas on lähes mahdotonta poimia oleellinen ja luotettava. Tätä hankittua tietoa käytetään entistä enemmän itsediagnoointiin ja -hoitoon joko ennen ammattiavun hakemista tai jopa sen sijasta. (Miettola 2011, 22.) Tästä informaatiotulvasta huolimatta terveydenhuoltoa tarvitessaan ihmiset tukeutuvat edelleen tiettyihin primaari- ja sekundaariverkoston henkilöihin, joiden asema on vahva. Tällaisia henkilöitä ovat he, jotka ovat itse sairastaneet paljon tai kokeneet mullistuksia elämässään. Myös lapsia kasvattaneet ja läheisiään hoitavat naiset, hoitoalalla olevat ja lääkärin puoliset ovat epävirallisesti konsultoitavia. Samoin itseapuryhmien ja uskonnollisten ryhmien toimijat voivat olla maallikoiden tukihenkilöinä erilaisissa terveysasioissa. Näiden maallikkoauttajien apu pohjautuu kuitenkin heidän omiin kokemuksiinsa eikä niinkään lääketieteen koulutukseen. (Helman 2001.)

Alle 12-vuotiaiden suomalaislasten vanhemmista 4 032 vastasi käyttämistään tietolähteistä lasten lääkitykseen liittyen. Kyselyssä tiedusteltiin kuudentoista eri lähteen käyttöä ja niiden luotettavuutta vanhempien näkökulmasta. Lähteitä, mitä käytettiin eniten, olivat lääkäri (72 %), lääkepakkauksen tuoteseloste (67 %), terveydenhoitaja tai kouluterveydenhoitaja (52 %) ja farmaseutti (44 %). Näitä pidettiin myös erittäin luotettavina tietolähteinä: lääkäri (50 %), lääkepakkauksen tuoteseloste (31 %), farmaseutti (27 %), terveydenhoitaja (20 %) ja kouluterveydenhoitaja (17 %). Riippumatta lapsen iästä, lääkäriä käytettiin tietolähteenä kaikkein eniten. Lääkäriä konsultoitiin useimmiten myös silloin, kun lapsella oli vähintään yksi yleisimmistä suomalaislapsilla olevista pitkäaikaissairauksista, kuten astma, diabetes, epilepsia tai lasten reuma. (Holappa ym. 2012.)

Isossa-Britanniassa on tutkittu vanhempien tietolähteiden käyttöä 0–4-vuotiaille ostettavissa itsehoitolääkkeissä. Tutkimukseen osallistui 176 henkilöä, joista suurin osa oli 25–44-vuotiaita naisia. Lääkkeiden valintaan heillä vaikuttivat eniten terveydenhuollon ammattilaiset ja perheenjäsenet. Mainonta ja hyvin tunnetut lasten lääkemerkkit olivat myös merkityksellisiä. Internet ja muu media olivat harvemmin käytettyjä lähteitä. Lääke-esitteitä ja -pakkauksia pidettiin hyödyllisinä, sillä vain pieni vähemmistö ei ymmärtänyt kokonaan niiden informaatiota. (Gray, Boarman & Symonds 2011.) Samansuuntaisia tuloksia tietolähteiden käytöstä saatiin australialaistutkimuksessa, jossa kuitenkin myös internetiä pidettiin riittävänä tiedon antajana itsehoitolääkkeitä ostettaessa (Trajanovska ym. 2010).

2.4 LÄÄKEKASVATUS OSANA PERUSKOULUN TERVEYSKASVATUSTA

Terveyden edistämisen vertaistieto (TedBM) -hankkeen kyselytutkimuksen (2006–2007) mukaan vuosiluokkien 1–6 terveystiedon opetukseen käytetty aika vaihtelee suuresti eri kouluissa (taulukko 5). Havaittiin, että mitä suurempi koulu, sitä enemmän terveystietoa opetettiin. Vuosiluokilla 1–4 terveystiedon opetusta antaa luokanopettaja osana ympäristö- ja luonnontietoa, ja 5–6 luokilla taas osana biologian, maantiedon, fysiikan ja kemian opetusta. Vuosiluokkien 1–6 terveystiedon opetuksessa oli hyödynnetty myös eri alojen asiantuntijoita, kuten kouluterveydenhoitajaa (88 %). (Rimpelä ym. 2008, 45–46.)

Taulukko 5. Koulujen jakauma prosentteina terveystiedon käsittelemisen mukaan osana ympäristö- ja luonnontietoa, biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa lukuvuonna 2006–2007 (Rimpelä ym. 2008, 46).

Oppiaine	Vuosiluokka	Terveystietoa käsitelty					Yhteensä % N
		Ei lainkaan	1–4 tuntia	5–9 tuntia	10–14	yli 14 tuntia	
Ympäristö- ja luonnontieto	1.luokka	1	39	41	14	4	100 (1265)
	2.luokka	1	38	43	14	4	100 (1267)
	3.luokka	1	34	46	15	3	100 (1262)
	4.luokka	1	32	46	17	4	100 (1255)
Biologia ja maantieto	5.luokka	1	17	39	28	15	100 (1210)
	6.luokka	1	22	42	25	9	100 (1189)
Fysiikka ja kemia	5.luokka	21	61	14	3	2	100 (1238)
	6.luokka	19	61	16	3	1	100 (1221)

Vasta vuosiluokilla 7–9 terveystiedon opetusta annetaan itsenäisenä oppiaineena 3 vuosiviikkotuntia, jolloin opettajalta vaaditaan aineenopettajan kelpoisuus (Perusopetuksen tuntijako 2012; Rimpelä ym. 2008, 45). Oppilaat ovat kokeneet terveystiedon opiskelun yläkoulussa mieluisana ja 9.luokkalaisten enemmistö pitää oppiainetta tärkeänä ja tunneilla käsiteltyjä asioita kiinnostavina sekä koki oppineensa käytännöllisiä asioita (Kannas, Aira & Peltonen 2010, 122). 13–15-vuotiaista tytöistä 86 % ja pojista 79 % (n=4262) ajattelee terveystiedon opettaneen heille erilaisen terveyskäyttäytymisen hyötyjä ja haittoja (Aira ym. 2014). Myös terveystiedon opettajat ovat kokeneet aineen opettamisen mielekkäänä, mutta terveystiedon laajojen sisältöjen käsittelyn haasteellisenä (Kannas, Aira & Peltonen 2010, 126).

Terveyskasvatus peruskouluissa perustuu monialaiseen tietopohjaan, mikä on määritelty ”Perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteissa 2004” (Opetushallitus 2004). Ohjeistuksen tarkoituksena on edistää oppilaiden pätevyyttä ottaa huomioon terveys, hyvinvointi ja turvallisuus. Terveyskasvatus on perinteisesti keskittynyt terveyskäyttäytymiseen, kuten terveelliseen ruokavalioon, liikuntaan ja alkoholin, tupakan sekä laittomien huumeiden välttämiseen – aiheisiin, jotka ovat yhä terveyskasvatuksen punainen lanka. Laaja-alaisuutensa takia terveyskasvatuksessa jää helposti joitakin asioita vähemmälle käsittelylle. (Kosonen ym. 2009.)

”Perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteissa 2004” mainitaan asianmukainen lääkkeiden käytön opetus osana terveyskasvatuksen aihealueita, mutta ohje on annettu hyvin yleisellä tasolla, joka jättää opettajat vaille mitään konkreettisia ideoita siitä, mitä kyseinen kasvatus pitää sisällään (Opetushallitus 2004). Näin opettajilla on haasteena täyttää valtakunnalliset tavoitteet. Uudessa perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (2014), joka astuu voimaan 2016, lääkkeitä ei varsinaisesti mainita nimeltä, mutta aiheeseen liittyviä asioita sivutaan sisällöissä (Opetushallitus 2014).

Koulun terveyskasvatuksen ei pitäisi tarjota vain tietoa, vaan myös lisätä kiinnostusta ja antaa taitoja omasta terveydestä huolehtimiseen. On tärkeää luoda lapsille ja nuorille kokonaiskuva kemikaalien vaikutuksista, mukaan lukien lääkkeet, jotta poistettaisiin pelkoa ja edistettäisiin huolellista lääkkeiden käyttöä. Näin, lääkkeiden asianmukaisen käytön opettamiseen ei kuulu lasten pelotteleminen, eikä kehottaminen lääkkeiden käytön lisäämiseen myöskään itsenäisesti. Opetuksen tavoitteena on, että oppilaat saavat arjenhallintataitoja ennen vastuun ottamista omasta terveyskäyttäytymisestään. (Hämeen-Anttila 2006.)

Hämeen-Anttilan ja Karjalaisen (2008, 55, 57–58) tekemän ympäristö- ja luonnontiedon sekä terveystiedon (n=30) oppikirjojen sisällönanalyysin perusteella lääkekasvatuksella ei ole suurtakaan roolia vuosiluokkien 1–6 ja 7–9 oppikirjoissa. Vuosiluokkien 1–6 kirjoissa lääkkeiden käytöstä puhutaan todella vähän, lähinnä mainiten joidenkin sairauksien lääkehoitoja. Kirjat keskittyvät lääkkeiden säilytykseen ja hävitykseen. Lääkkeistä varoitellaan (”myrkkyjä”), ja oikeaan käyttöön liittyvä ainoa neuvo on, että kuuri tulisi syödä loppuun. Vuosiluokkien 7–9 oppikirjoissa annetaan ohjeita lääkkeiden käyttöön, puhutaan itsehoito- ja reseptilääkkeistä, apteekin asiantuntemuksesta, lääkemuodoista, annostelusta, lääkkeiden säilytyspaikasta ja lääkkeiden hävittämisestä.

Opettajat pitävät lääkekasvatusta tärkeänä osana terveyskasvatusta (Hämeen-Anttila ym 2005), mutta näkevät päävastuun lääkekasvatuksesta olevan kuitenkin vanhemmilla (Hämeen-Anttila 2006, 39). Kuitenkin opettajien omat asenteet lääkkeitä kohtaan voivat vaikuttaa heidän lapsille välittämäänsä viestiin (Hämeen-Anttila ym. 2006a).

Siitonen ym. (2014) ovat tutkineet lääkekasvatusta antavia opettajia valtakunnallisen kyselyn avulla, johon vastasi 334 luokanopettajaa ja 333 aineenopettajaa. Aineenopettajat valikoituivat mukaan sen mukaan, miten he opettavat terveysaiheita: 44 % oli terveystiedon opettajia, 30 % kotitalousopettajia ja 26 % biologian opettajia. Luokanopettajista vain 34 % opetti lääkeaiheita, 42 % ei ollut opettanut, mutta olisi halukas opettamaan, ja 24 % ei haluaisi opettaa ollenkaan lääkeaiheita. Yli 50-vuotiaiden opettajien ja yli 26 vuotta opettaneiden keskuudessa lääkeaiheiden opettaminen oli yleisempää. Aiheen opettaminen lisääntyi ikääntymisen mukana.

Myös jos omalla jälkikasvulla oli pitkäaikaissairaus, lääkeaiheita käsiteltiin enemmän. Aineenopettajat opettivat lääkeaiheita luokanopettajia enemmän: 66 % oli opettanut, 22 % ei ollut opettanut, mutta voisi opettaa, ja 11 % ei haluaisi opettaa niitä ollenkaan. Terveystiedon opettajan kelpoisuuden hankkineet opettivat lääkeaiheita enemmän kuin siirtymävaiheen kelpoisuuden hankkineet tai ne jotka olivat käyneet vain lyhyitä kursseja. Terveystiedon opettajista 78 % ja biologian opettajista 73 % opetti aihetta (73 %). Mutta vain noin puolet (55 %) kotitalouden opettajista opetti aihetta. Luokanopettajien ja aineenopettajien opetusaiheita lääkekasvatuksessa on jäsennetty alla olevassa taulukossa 6.

Taulukko 6. Luokanopettajien ja aineenopettajien opettamat lääkekasvatusaiheet (%) (Siitonen ym. 2014).

Lääkekasvatusaihe	Luokanopettajat	Aineenopettajat
Lyhytaikaiset sairaudet	79 %	87 %
Perustieto siitä, mitä lääkkeet ovat	21 %	48 %
Asianmukainen lääkkeen käyttö	11 %	35 %

Terveystiedon oppimistuloksia on tarkasteltu 9.luokan valtakunnallisessa päättökokeessa opetushallituksen toimesta. "Perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteissa 2004" määritellyissä terveystiedon keskeisistä sisältöalueista parhaiten osattiin "Voimavarat ja selviytymisen taidot", johon kuului myös kysymyksiä lääkekuurista ja lääke-eroista. Oppilaat saivat keskimäärin 59 % oikein kokeen enimmäispistemäärästä, mikä kuvastaa tyydyttävää osaamista. Tytöt olivat kokeessa keskimäärin parempia kuin pojat. (Summanen 2014, 77–79.)

Opettajat ovat vastuussa valitsemistaan opetusmenetelmistä, materiaaleista ja aiheista sekä eettisestä esimerkistä oppilailleen (Campbell 2000). Terveystiedon opettajien käytetyimmät opetusmenetelmät ovat opetuskeskustelu, opettajan kysely, opettajan esitys tai luento sekä pari- ja ryhmätyöskentely (Summanen 2014, 65–66). Opetusmenetelmiä voisi kutsua hyvin opettajajohtoisiksi.

Jotta lääkkeiden tarkoituksenmukainen käyttö saataisiin integroitua terveystiedon opetukseen, opettajat tarvitsevat eri ikäryhmille ja kehitystasolle suunnattuja opetusmateriaaleja. Tähän tarpeeseen vastaa lääkekasvatusprojektin puitteissa tehty lääkekasvatussivusto. Lääkekasvatusprojekti aloitettiin opettajille suunnatulla kyselyllä ja haastatteluilla Kuopion yliopistossa 2000-luvulla (Hämeen-Anttila ym. 2005; Hämeen-Anttila ym. 2006b). Tutkimustulosten pohjalta luotiin lääkekasvatuksen oppimateriaaleja, jotka olivat internetissä kaikkien saatavilla (www.uku.fi/laakekasvatus). Lääkekasvatusmateriaaleja kokeili opettajien ryhmä ja niiden käyttökelpoisuutta arvioitiin (Hämeen-Anttila ym. 2006c). Lopulta internet-sivu päivitettiin tulosten pohjalta ja kehitettiin peruskoulun oppimateriaalit. Nykyisin lääkekasvatus-sivusto toimii uudessa osoitteessa (www.laakekasvatus.fi) Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimean ylläpitämänä. Tässä tutkimuksessa sivuston materiaaleja on hyödynnetty 4.- ja 7.luokkien interventioissa, miltä luokilta tutkitut oppilaat tulevat, joten koulun ja kodin vuorovaikutus lääkekasvatuksessa on voitu ottaa tarkastelun kohteeksi.

2.5 KASVAMINEN KOHTI VASTUUTA OMASTA TERVEYDESTÄ

Nuoruus on terveyden ja hyvinvoinnin kannalta kriittistä aikaa, koska silloin omak-
sutut terveystottumukset ja lääkkeiden käyttötavat säilyvät usein pitkälle aikuisuu-
teen (Pulkkinen 1997; Bush ym.1999; Ala-Laurila ym. 2002; Andersen, Holstein, Due
& Hansen 2009). Huolehtiminen omasta terveydestä tulee nähdä tärkeänä osana
nuoren arjenhallintaan kasvamisessa.

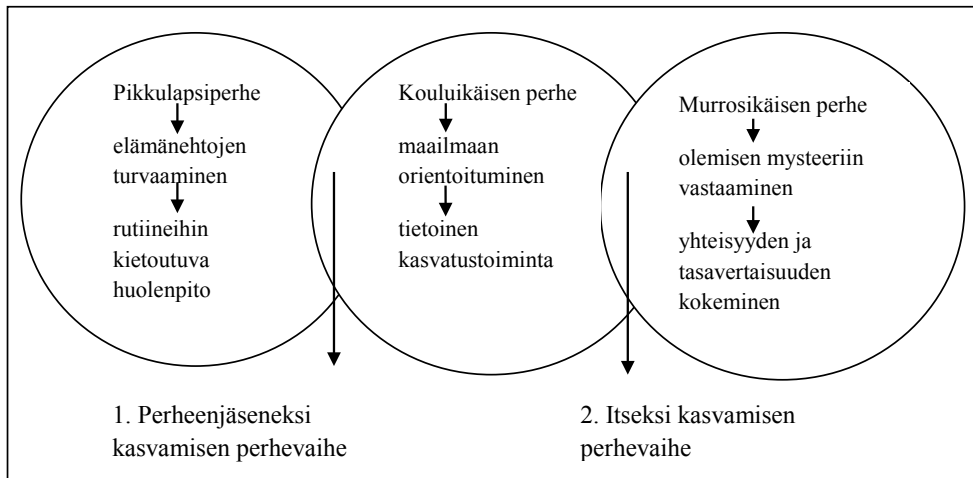
Kotitalouksien lääkkeiden käyttö aiheena punoutuu osaksi elämän ja arjen hal-
lintaan. Lääkkeiden käyttö voidaan nähdä arjen hallinnan praksis-tyyppisenä toi-
mintana, joka tavoittelee persoonallista ja hyvää elämänlaatua erotuksena kotita-
louden poiesis toiminnasta, joka kattaa merkittävän osan kotitalouden käytännön
toiminnasta. Lääkkeet voidaan kokea elämänlaatua parantavana asiana erityisesti,
jos lääkkeen käyttökokemukset ovat olleet myönteisiä (Prins 2008). Yksilön omasta
maailmankatsomuksesta nousevat arvostukset määrittävät suhtautumista lääkkei-
siin. Valintoja ohjaavat rationaalinen harkinta ja toisaalta uskomukset ja kokemuk-
set. (Ks. Haverinen 1996, 85–107.)

Kotikasvatuksen tehtävänä on ohjata lasta/nuorta ottamaan vastuuta arjestaan en-
sin osaavalla, sitten taitavalla ja lopuksi ymmärtävällä arjen hallinnan tasolla. Nuoren
tulisi kyetä huolehtimaan omasta terveydestään, ihmissuhteistaan ja taloudestaan sekä
lähiympäristön viihtyisyydestä ja turvallisuudesta kokonaisvaltaisesti. Kasvatuksen
päämääränä on yhteisen hyvinvoinnin ensisijaisuus, tieto ja taito, joissa näkyvät yksi-
lön maailmankatsomuksen mukaiset arvosidonnaiset ratkaisut ja vuorovaikutukses-
sa yhteisymmärrykseen pyrkiminen. (Haverinen 1996.) Kaikilla lapsilla ja nuorilla ei
kuitenkaan valitettavasti ole kotona tarjolla riittävää tukea selviytyäkseen arjessaan,
eikä näin ollen myöskään esikuvaa, miten arki otetaan haltuun (Opetushallitus 2007).

Arjenhallintaan kasvamista voidaan tarkastella perheen kasvuvaiheiden kautta.
Perheissä on menossa usein useampi perhevaihe yhtä aikaa lasten ollessa eri-ikäisiä.
Värrin (1997, 125,129, 172) mukaan (kuviot 7) ensimmäisessä perhevaiheessa lapsen
kannalta keskeistä on perusluottamuksen kehittyminen. Toisessa vaiheessa nuori
muodostaa minäidentiteetin samastumalla ja sisäistämällä, ja kolmannessa vaihees-
sa hän kasvaa itsenäisyyteen ja vastuullisuuteen.

Haverinen (1996) on kuvannut arjen hallintaa sitä ohjaavan tiedon näkökulmas-
ta tosiasiatiedolla (factual knowledge), toimenpidetiedolla (procedural knowledge)
ja arvotiedolla (value knowledge) (vrt. Sarvimäki 1988, 176–177). Edellä mainittuja
käsitteitä ei aina voida täsmällisesti määrittellä, millä tavoin painottuneena nämä
toimintaa ohjaavat. Silloin kun tosiasiatieto ohjaa toimintaa, näkemys tilanteesta
saattaa olla hyvin suppea ja tietoa osataan soveltaa vain yhdelle toiminnan alueel-
le tai vain tutussa ympäristössä, koska se tukeutuu yksittäisiin malleihin. Yksilö
huolehtii useimmiten vain yhdestä tehtävästä kerrallaan eikä kykene samanaikai-
sesti hahmottamaan sitä, millaiseen kokonaisuuteen kyseinen tehtävä liittyy koti-
talouden kokonaisuudessa. Siksi tehtävien suorittaminen saattaa olla sattumanva-
raista, epäjohdonmukaista ja lyhytjännitteistä. Kun arjenhallintataidot kehittyvät
toimenpidetiedon ohjaamaksi, merkitsee se sitä, että tosiasiatietoihin ja opittuihin
työtapoihin perustuva toiminta ohjautuu sääntöjen mukaan esim. ravitsemussuosi-
tukset, joita kyetään myös soveltamaan erilaisissa tilanteissa. Tällöin kyetään pe-

rustelemaan valittuja ratkaisuja. Arvotiedon ohjaava merkitys taas perustuu siihen, että esimerkiksi terveydestä huolehtimista ei ohjaa yksinomaan rahatilanne, vaan tilanteessa otetaan huomioon arvostukset.



Kuvio 7. Perheenjäseneksi kasvamisen ja itseksi kasvamisen perhevaiheet (Haverinen & Martikainen 2004, 11.)

Nuori oppii terveysasioita kotona, koulussa, terveydenhuollossa sekä kaveripiirissä, mutta myös esim. median välityksellä. Koulun terveystiedon opetus on tärkeää, mutta ei riittävä perusta nuoren terveysoppimiselle. (Tossavainen 1993; Males 1995; King ym. 1996; Price ym. 1998.) Nuoret saavat kyllä koulussa tietoa, mutta ongelmana on ollut aikaisemmin kasvatustöiden puute (Tossavainen 1993). Vanhempien ja nuorten välinen hyvässä hengessä käyty keskustelu terveysasioista on tärkeää nuoren terveysoppimisen kannalta. Vanhemmat välittävät nuorelle tietoisesti ja tiedostamattaan omia asenteitaan, uskomuksiaan ja arvostuksiaan sekä antavat nuorelle terveyskäyttäytymisen malleja, joista useampien on todettu säilyvän jopa aikuisuuteen saakka. (Tinsley & Lees 1995; Pulkkinen 1997; Tossavainen 1997; Turunen, Tossavainen & Nyman 2000; Hämäläinen, Kraav & Bizaeva 2002.) Mallit voivat olla terveyttä ylläpitäviä, edistäviä tai heikentäviä (Oikarinen 2008, 38). Henkilökohtaisessa ja vasta- vuoroisessa vuorovaikutuksessa nuoret voivat peilata omia ajatuksiaan vanhempiensa näkemyksiin (Tinsley & Lees 1995; Pulkkinen 1997; Tossavainen 1997; Turunen, Tossavainen & Nyman 2000). Vanhempien tehtävänä on luoda nuorelle ympäristö, jossa hän voi kehittää terveystottumuksiaan ja harjoitella vastuun ottamista omasta terveydestään (Tinsley & Lees 1995).

Terveysasiat sekä lasten ja nuorten terveyden edistäminen ovat osa perheen arkea. Perheen keskinäisissä keskusteluissa terveysasioita usein sivutaan ohimennen. Joskus myös olosuhteiden pakosta joudutaan syventymään johonkin ongelmaan paremmin. Vanhemmat pitävät vanhemmuuttaan tärkeänä lapsen terveyden voimavarana ja arvostavat tilanteita, joissa lapsi puhuu oma-aloitteisesti terveyteensä liittyvistä asioista. Nuoret taas kokevat usein olevansa kykeneviä kantamaan vastuun omasta

terveydestään, mutta tosipaikan tullen luottavat vanhempiensa puuttuvan tilanteeseen ilman pyyntöä. (Halmesmäki, Hjelt & Välimaa 2004.)

Vaikka perheellä onkin suuri vaikutus yksilön lääkkeiden käyttöön, lapsen ja aikuisen oma harkintakyky ja päätöksenteko ovat kuitenkin merkityksellisiä. On todettu, että sellaiset lapset, jotka kontrolloivat omaa terveyttään, ja joilla on tietotaitoa lääkkeitä, käyttävät niitä vähemmän kuin muut lapset. (Bush & Iannotti 1996, 69–70, 77.)

Monet lapset voivat joutua huolehtimaan itse koulupäivän aikaisesta lääkityksestään pitkäaikaissairauteen. Useampi lapsi sairastaa esimerkiksi astmaa tai diabetesta, jotka vaativat lääkehoitoa koulupäivän aikana (Kouluterveydenhuoltoneuvosto 2009). Näillä oppilailla osallistuminen koulun aktiviteetteihin voi olla riippuvaista määrätystä lääkehoidosta. Myös akuutit sairaudet, kuten päänsärky ja migreeni, tarvitsevat turvallista ja tarkoituksenmukaista lääkitystä. Ohjeet koulupäivän aikaisen lääkityksen järjestämiseen vaihtelevat kunnallisesti ja kouluittain. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2010) julkaisema ensimmäinen kansallinen ohjeistus koskee diabeteksen hoitokäytänteitä ja sitä tukevaa organisaatiota koulussa. Mallia voidaan hyödyntää myös lasten muihin pitkäaikaissairauksiin.

Lapsen oikeudet suojeluun ja osallistumiseen terveyttään koskevissa asioissa

Lapsella on oikeus suojeluun, huolenpitoon ja päätöksen tekoon osallistumiseen hänen terveytensä kohdistuvissa asioissa (Helin 1996, 278; Aaltonen 2006, 241). Säädettyjä lakeja ikärajoista tulee noudattaa, sillä ne on tarkoitettu kansalaisten suojelemiseksi. Pieni vähemmistö vanhempia kuitenkin rikkoo säädettyjä ikärajoja esimerkiksi Alkossa ostamalla alaikäiselle alkoholia tai vuokraamalla lapsen ikään sopimattoman DVD:n, sillä he uskovat lapsensa olevan riittävän kypsä päättämään asioistaan itse ja hankkimaan mitä itse haluaa. (Ahlström 2006, 85.) Lapsen vaikutusmahdollisuudet omassa asiassa lain mukaan voidaan jakaa kolmeen ryhmään: itsemääräämisoikeus (päätös ilman huoltajaa), myötämääräämisoikeus (lapsen tahto edellyttää huoltajan suostumuksen) ja lapsen kuuleminen (Pollari 2011, 13).

Suomessa potilaslain 7 §:n 1 momentin mukaan alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos alaikäinen katsotaan ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykeneväksi päättämään hoidostaan (Finlex 2012). Ilman ikärajoja mainittu ikä ja kehitystaso viittaavat suoraan LOS (lapsen oikeuksien sopimus) 12 artiklaan (Hannuniemi 1997, 836). Potilaslain mukaan kehityksen ja kypsyyden arviointi jätetään lääkärin tai muun terveydenhuoltohenkilökunnan arvioitavaksi. Kun lääkäri on tehnyt päätöksen, että alaikäinen on itsemääräävä, potilaan oikeudet päättää itse ovat lähes samanlaiset kuin täysi-ikäisellä. Vaikka potilaslaissa ei ole mainittu tiettyä ikää lapsen itsemääräämisoikeudelle, pidetään 12-vuotiaita yleensä tarpeeksi kyvykkäinä vaikuttamaan itseään koskeviin ratkaisuihin ja sen vuoksi heidän mielipiteensä tulisi huomioida. Mahdollisuus päättää itse hoidostaan liittyy ratkaisevasti siihen, kykeneekö lapsi potilaana ymmärtämään hoidon ja siitä kieltäytymisen merkityksen ja vaikutuksen terveydentilaansa. (Pollari 2011; Finlex 2012.)

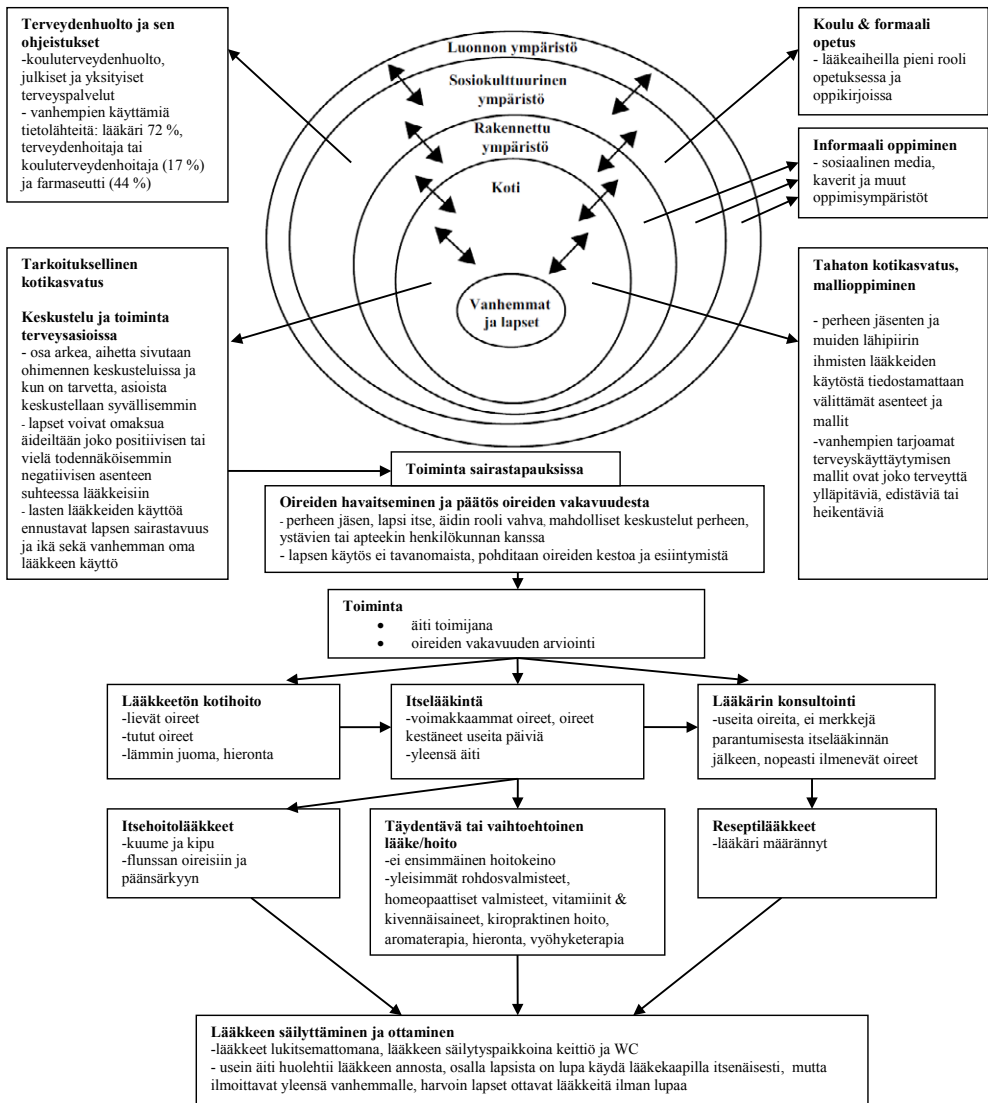
Toisena tärkeänä ikärajana alaikäisen hoidossa on pidetty 15 ikävuotta. Esimerkiksi lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain (488/1999) 8 §:n mukaan 15 vuotta täyttäneeltä tutkimukseen riittää hänen kirjallinen suostumuksensa. Lisäedellytyksenä

on, että tutkimuksesta on suoraan hyötyä hänen terveydelleen. Tällöinkin huoltajalle on kuitenkin ilmoitettava asiasta. (Finlex 2012a.) Erityisen ongelmallisia alaikäisen itsemääräämisen kannalta ovat tilanteet, joissa alaikäinen on eri mieltä hoidosta vanhempiensa kanssa tai ei halua, että hoidosta ilmoitetaan vanhemmille. Periaatteessa alaikäisellä on oikeus kieltää tietojensa luovuttamisen vanhemmille, jos hänet katsotaan riittävän kypsäksi (potilaslaki 9 § 2 momentti). Näissä tapauksissa hoitohenkilökunnan tulisi kirjata lapsen potilasasiakirjoihin terveystietojen luovutuskielto, jotta vanhemmat eivät pääsisi tietoihin käsiksi. Tilanne voi kuitenkin johtaa ristiriitaan huoltajien yleisen alle 18-vuotiasta lastaan koskevan määräysvallan kanssa. Potilaslain 7 § 2 momentissa säännellään, että mikäli alaikäistä ei katsota riittävän kypsäksi päättämään hoidostaan, on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa. (Finlex 2012.)

Omat terveystiedot ja reseptitiedot löytyvät nykyään myös Omakanta -palvelusta internetistä. Palveluun pääsee kirjautumaan kuitenkin vasta täysi-ikäisenä, eikä vanhemmilla ole ainakaan vielä oikeutta nähdä alaikäisten lastensa tietoja palvelusta. (Kansallinen Terveysarkisto 2014.)

2.6 KOKOAVA TARKASTELU KODIN LÄÄKEKASVATUKSESTA

Tutkimusteema kokoaa yhteen eri tieteen alojen tutkimusta (kuvio 8). Tämän hahmottamiseksi kuvioon on koottu yhteenvedon omaisesti keskeisimpiä tutkimustuloksia aikaisemmista tutkimuksista, jotka toimivat oman tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä. Kuviossa yhdistyvät Bubolzin ja Sontagin (1993) Human Egology -malli vanhempien ja lasten vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa sekä Siposen (2014, 7) toimintakaavio lasten itsehoidonprosessista, joka on muokattu kuvaamaan kodin sairauden hoidon prosessia. Siponen on muokannut kuvion osittain Liljan (2008, 281) mukaan. Kuviossa äidin rooli kodin lääkekasvattajana on hyvin vahva, sillä tutkimusten mukaan äiti vastaa kotona lapsen terveyden ylläpitämisestä ja sairauksien hoidosta mukaan lukien päätökset terveystietojen käytöstä ja sinne menemisestä, lapsen kotihoidosta ollen tarvittaessa poissa töistä sekä lääkkeiden antamisesta (Mayall 1994; Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996; Geissler ym. 2000; Hirsto 2001; Vuori 2001; Lagerlov ym. 2003; Hämeen-Anttila 2006; Sormunen 2008).



Kuvio 8. Kodin tarkoituksellinen ja tahaton terveys- ja lääkekasvatus vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen kanssa, sekä kodin sairauden hoidon prosessi (mukailten osittain Buboltz & Sontag 1993; Lilja 2008, 281; Siponen 2014, 7).

3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksessa kuvataan erään itäsuomalaisen koulun oppilaiden ja vanhempien käsityksiä ja kokemuksia kodin antamasta lääkekasvatuksesta. Tutkimus liittyy osana Itä-Suomen yliopiston monitieteelliseen tutkimushankkeeseen, jossa toteutettiin lääkekasvatusinterventiot erään itäsuomalaisen peruskoulun 4. ja 7.luokan oppilaille sekä laadittiin oppimisympäristöjä peruskoulujen terveyskasvatukseen.

Teleologia esittää kysymyksiä tutkimuksen tarpeellisuudesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 126). Tutkimuskohde on perusteltu, sillä tutkimuksen kohteena olevasta kodin lääkekasvatuksesta tiedetään vähän, eikä lääkkeiden käyttöä ole vielä tutkittu kasvatuksen näkökulmasta.

Tutkimuksessa selvitettiin millaista on kodin lääkekasvatus sekä millaista on kodin ja koulun, sekä kodin ja terveydenhuoltopalveluiden välinen vuorovaikutus lääkekasvatuksessa perheen näkökulmasta. Lisäksi kodin lääkkeiden käyttöön liittyviä toimintoja tutkimalla haluttiin selvittää, voisiko tutkimus tuottaa suosituksia, joiden kautta kotien lääkekasvatusta voitaisiin tukea. Kysymyksiin haettiin vastauksia selvittämällä mm. mitä lääkkeitä tutkittavat käyttävät, millaisia tietolähteitä vanhemmat pitävät luotettavina lääkkeiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä, mitä lääketurvallisuudesta tiedetään ja miten siitä huolehditaan perheessä, miten eri sukupolvet suhtautuvat lääkkeisiin, millainen on äidin rooli lääkekasvattajana ja mitä ja miten lääkkeitä keskustellaan kotona.

Tutkimuksen päätutkimuskysymykseksi muotoutui: 1. Millaisena kodin lääkekasvatus näyttäytyy tutkituissa perheissä? Tähän pyrittiin vastaamaan seuraavien kysymysten kautta:

- Millaisia ovat vanhempien kokemukset ja käsitykset lääkkeitä sekä käytänteet sairauksien hoidossa?
- Millaisia tietolähteitä vanhemmat pitävät luotettavina lääkeasioissa?
- Mitä lääketurvallisuudesta tiedetään ja miten siitä huolehditaan perheessä?
- Millaisia malleja lääkkeiden käytöstä välittyy eri sukupolvilta?
- Millainen on äidin rooli lääkekasvattajana?

Toinen tutkimuskysymys, joka ohjasi tutkimusta oli: 2. Millaista on kodin sisäinen ja ulkoinen vuorovaikutus lääkekasvatuksessa perheen näkökulmasta? Tähän pyrittiin hakemaan vastauksia seuraavien tarkentavien kysymysten kautta:

- Mitä ja miten lääkkeitä keskustellaan kotona?
- Millaista on kodin ja koulun sekä kodin ja terveydenhuoltopalveluiden välinen vuorovaikutus?
- Mitä lapset ovat oppineet lääkeaiheista kotona ja koulussa?

4 Tutkimuksen kulku

Tässä luvussa kerrotaan arjen tutkimisen traditioista, joista haetaan perustelut tutkimukseen valituille näkökulmille sekä menetelmille ja kuvataan tutkimuksen tutkimusparadigma. Näiden jälkeen kerrotaan tutkimukseen valikoitunut osallistujajoukko, menetelmät ja tehdyt analyysit.

4.1 ARJEN TUTKIMISEN TRADITIOT

Arkielämälle ei ole selviä rajoja, joten sen määrittelyn mielekkyyttä on kyseenalaistettu (Salmi 1991a; 1991b; Felski 1999–2000, 15). Aikaisemman kirjallisuuden mukaan arkielämä voidaan kuitenkin määritellä kaiken toiminnan perustaksi (Lefebren 1991, 97). Tuomi-Gröhn (2009) tulkitsee Lefebren määritelmää ja rajaa arjen keskittymään päivittäisistä toiminnoista vain perheeseen ja muihin ystävyys-suhteisiin liittyviin. Raijas (2008) on puolestaan kuvannut arjen muodostuvan kodin ulko- ja sisäpuolella toiminnoista, joita on yhdistänyt tuttuus ja turvallisuus. Rutiineilla kuvataan arjen toimintoja, jotka ovat päivittäin toistuvia tai automatisoituneita tekoja, joiden suorittaminen ei edellytä juurikaan tietoista ajattelua (Korvela ym. 2009). Korvela (2003, 144–145) näkeekin eräänlaisena arjen tukirakenteena juuri arjen toistuvuuden. Arki ja rutiinit voidaan nähdä eri tieteiden tutkimuksissa sekä positiivisessa elämää helpottavassa valossa (Jokinen 2004; 2005) että negatiivisina, jolloin ne rajoittavat elämää toistuvina ja tylsinä toimintoina (Roos 1983; Tedre 2004).

Korvelan ja Röngän (2009) katsauksen perusteella arjen tutkimus tarkasteli viidenkymmenen kolmen artikkelin osalta useimmiten toimintakäytäntöjä (75 %) eli sitä, mitä perheenjäsenet tekevät yhdessä ja erikseen sekä miten kulttuuriset traditiot, tavat ja myytit viitoittavat yksilöiden tekoja. Perheen tasolla toimintakäytännöt ovat perheelle ominaisia käytäntöjä, rutiineita, hässäköitä ja jännitteitä, joita on aikaisemmin tutkittu yhden perheen jäsenen näkökulmasta, vuorovaikutuksessa toisen perheen jäsenen kanssa sekä koko perheen näkökulmasta. Korvelan ja Röngän (2014) mukaan tutkimukset näyttävät arjen muodostuvan pääasiassa kodin toiminnoista, niiden ajallisesta rytmittämisestä, arkitoimiin osallistuvien vuorovaikutuksesta, toimintojen ruuhkautumisesta ja lepo hetkistä sekä kaikkien näiden aiheuttamista jännitteistä ja niistä selviytymisistä.

Korvela (2003) on hyödyntänyt onnistuneesti kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa tutkiessaan kotitalouden toimintaa työssään ”Yhdessä ja erikseen. Perheenjäsenten kotona olemisen ja tekemisen dynamiikka”. Kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian on kehittänyt Leontjev (1977) ja sitä on kehittänyt Suomessa eteenpäin Engeström (esim. 1987; 2004). Teorian peruskäsite on kohteellinen kulttuurisesti välittynyt toiminta, joka tarkoittaa sitä, että toimijat käyttävät kyseiselle toiminnalle ominaisia kulttuurissa kehittyneitä välineitä, aineellisia työkaluja että käsitteitä ja merkkejä. Lisäksi toimintaa välittävät säännöt, työnjako ja yhteisö. (Engeström 2004, 9.)

Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan keskitytä pelkästään kodin toiminnan, kuten sairauden hoidon käytänteiden tutkimiseen, joten toiminnan teorian hyödyntäminen ei olisi mielekäästä. Toiminnan lisäksi tarkastelun kohteena ovat vuorovaikutus perheen jäsenten ja sosiokulttuurisen ympäristön kanssa sekä perheen jäsenten omat kokemukset kodin lääkekasvatuksesta.

Arjen tutkimusta voitaisiin kehittää entistä kokonaisvaltaisemmaksi (Rönkä & Korvela 2009). Perheen arjen tutkimuksen voi hyvin laajentaa myös kodin ulkopuolelle (Rönkä ym. 2009). Joitakin tutkimuksia löytyy jo alalta, joissa perheen jäsenen päivittäistä toimintaa seurataan, minne tahansa se suuntautuukaan (esim. Osch ym. 2006; Osch & Kremer-Sadlik 2013; Arnold ym. 2013). Hurmeen (2014, 78) mukaan Bronfenbrennerin keskeinen sanoma perhetutkimukselle onkin juuri se, että koska perhe on osa laajempaa ympäristöä, sitä ei voida tutkia ilman, että tutkitaan myös ympäristöä. Siksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan perheen näkökulmasta heidän vuorovaikutustaan koulun ja terveydenhuollon kanssa, sillä ne nähdään tärkeimpinä vuorovaikutustahoina kodin lääkekasvatuksessa (ks. Hämeen-Anttila 2006).

Kuitenkin ympäristöäkin tärkeämpänä Bronfenbrenner pitää perheessä tapahtuvia lähiprosesseja eli perheen jäsenten yhdessä tekemistä, toimintojen useutta ja niiden vastavuoroisuutta. Bronfenbrennerin ekologinen malli eroaa muista suuntauksista myös siinä, että korostaessaan ajan merkitystä hän kattaa sillä perheen eri sukupolvet, vaikkakin päähuomio kiinnittyy lapseen. Mallin etuna on myös se, että se soveltuu sekä määrälliseen, että laadulliseen tutkimukseen. Voi olla, että määrällisillä menetelmillä saadaan paremmin tutkittua yksilöihin liittyviä ongelmia, kun taas laadullisilla menetelmillä, saadaan paremmin esiin esimerkiksi ympäristöä koskevia osaongelmia. (Hurme 2014, 78–79.) Yksittäisen tutkijan on kuitenkin lähes mahdotonta sisällyttää kaikkia Bronfenbrennerin näkökulmia omaan tutkimukseensa (Hurme 2014, 80. Kuitenkin mallin soveltuvuus sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimukseen on huomioitu, sillä päädyin käyttämään kumpiakin menetelmiä. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan kodin vuorovaikutusta mikro-, meso- ja eksosysteemien tasolla.

Epistemologiset kysymykset koskevat tutkimusmetodia, jolla parhaiten pystytään lähestymään tutkimuskohdetta ja esimerkiksi tutkittavien ja tutkijan suhdetta sekä arvomaailmaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 126). Kun arkea halutaan tutkia tarkasti sellaisena kuin se ilmenee ihmisten toiminnassa, vuorovaikutuksessa ja tunteissa, on tärkeää valita oikeat aineistonkeruumenetelmät, jotta prosessit saadaan tallennettua mahdollisimman tarkasti. Etnografinen tai sovellettu etnografinen aineistonkeruu tarjoaa mahdollisuuden päästä käsiksi prosesseihin sellaisina kuin ne tapahtuvat. (Korvela & Rönkä 2014.) Etnografisessa tutkimuksessa tutkitaan erilaisten yhteisöjen kulttuurisia järjestelmiä eli ihmisiä heidän omassa elinympäristössään niin, että tutkija tarkkailee toimintaa tai jopa osallistuu siihen käyttäen erilaisia laadullisia tutkimusmenetelmiä (Andersson 1992). Tämä on kuitenkin hankalaa toteuttaa käytännössä, sillä tutkijan olisi päästävä seuraamaan perheen arkea hyvin läheltä (Korvela & Rönkä 2014). Tämän seikan takia tähän tutkimukseen ei valittu etnografista lähestymistapaa, sillä olisi ollut äärimmäisen vaikeaa löytää perheitä, jotka olisivat päästäneet minut seuraamaan heidän arkeaan ja kodin lääkekasvatusta.

Arjen tutkimuksessa on todettu videoaineistot (esim. Korvela 2003; Haverinen & Martikainen 2004), päiväkirjamenetelmä ja uudet reaaliaikaiset aineistonkeruun mahdollistavat välineet (Rönkä, Malinen & Lämsä 2009) toimiviksi. Päiväkirjamenetelmällä kerätty aineisto on antanut alan artikkeleita tutkittaessa rosoisemman ja vivahteikkaamman kuvan arjesta, kuin samoilla perheillä kerätty kyselylomakeaineisto (Rönkä & Korvela 2009). Janhonen-Abuquah (2010) on hyödyntänyt maahanmuuttajanaisten arkea tutkiessaan valokuvapäiväkirjoja ja niiden pohjalta käytyjä keskusteluja. Lisäksi hän on käyttänyt kyselylomaketta ja osallistuvaa havainnointia. Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta ja osallistuvaa havainnointia. Lisäksi käytin aikaisemmista tutkimuksista poiketen haastattelua, sillä tutkittavien hankkiminen, jotka olisivat suostuneet esimerkiksi kuvattaviksi videolle tai kirjoittamaan päiväkirjaa, olisi ollut todella haastavaa kun aihe – kodin lääkekasvatus – on niin arka.

4.2 TUTKIMUSPARADIGMA

Kotitaloustieteilijän yksi haastavimmista tutkimuksen vaiheista on sopivan paradigman löytäminen (Yoo 1999, 1). Tieteellisessä tutkimuksessa kotitaloustiede näyttäytyy sekä ihmistieteenä että soveltavana tieteenä (Rauma 2003). Näin siksi, että kotitaloustieteilijällä on laaja kirjo tutkimuskohteita, joiden haltuunotto voidaan tehdä erilaisten tutkimusotteiden avulla. On tavallista, että kotitaloustieteen tutkimuksissa tiedon intressi vaihtelee. Habermasin (1972) tavoin kotitaloustieteen tiedon intressi voi olla emansipatorinen, teoreettinen, tekninen tai fenomenologis-hermeneuttinen. (Rauma 2003.)

Tutkimukseni lähestymistapa on sosiokulttuurinen, missä tiedonintressi on ymmärtävä ja soveltava (Vygotsky 1978; 1987; Cole & Wertch 1996; Korvela & Tuomi-Gröhn 2014), jota täydentää tekninen tiedonintressi (Habermas 1972; Tuomi-Gröhn & Palojoki 2000). Sosiokulttuurisen lähestymistavan mukaan inhimillinen toiminta ja sosiokulttuurinen ympäristö ovat vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa keskenään (Cole & Wertch 1996). Sosiokulttuurisen lähestymistavan avulla pyrin ymmärtämään kodin lääkekasvatusta perheen jäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen kautta sekä vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen (koulu, terveydenhuolto) kanssa. Lähestymistapaa tukee tutkimuksen teoreettinen viitekehys, joka rakentuu Human Ecology -mallin kautta (Bubolz ja Sontag, 1993). Teknisen lähestymistavan kautta perheen lääkkeiden käyttöön liittyviä arkikäytäntöjä tutkimalla yritän löytää parempia toimintaohjeita kodin lääkekasvatukseen (Tuomi-Gröhn & Palojoki 2000).

Arkielämää voidaan tutkia eri tieteenalojen näkökulmista. Kiinnostus voi kohdistua arjen toimintaan, laajenevaan virtuaaliseen vuorovaikutukseen tai kokemuksiin (Korvela & Tuomi-Gröhn 2014, 20). Arjen tutkimisen näkökulmat on esitetty taulukossa 7. Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistui sekä arjen toimintaan että vuorovaikutukseen kuin myös tutkittavien kokemuksiin.

Taulukko 7. Arjen tutkimisen näkökulmat (Korvela & Tuomi-Gröhn 2014, 20).

Näkökulma	Tutkimuksen kohde
Toiminnan näkökulma	1. yksilöiden toiminta 2. perheenjäsenten keskinäinen toiminta 3. yksilöiden, perheiden, ympäröivien yhteisöjen ja yhteiskunnan välisten vuorovaikutussuhteiden näkökulma
Laajenevan virtuaalisen vuorovaikutuksen näkökulma	4. perheenjäsenten vuorovaikutus yhteisöjen kanssa (globaali taso)
Kokemuksellisen tason näkökulma	5. esim. yksilön oma kokemus omasta elämästä ja arjesta

Kotitaloustieteen tutkimus vaatii holistista eli kokonaisvaltaista lähestymistapaa tutkittavaan kohteeseen (Turkki 1999, 61–64), mikä on pyritty huomioimaan tässä tutkimuksessa. Haverinen (1992, 66–68; 1996, 15) korostaa myös holistista ajattelua analysoitaessa kotitalouden toimintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kotitalouden toimintaa tutkittaessa pitäisi tutkia kotitalouteen kuuluvien henkilöiden päämääriä heidän ollessaan vuorovaikutuksessa sekä inhimillisesti että aineellisesti sekä kotona että kodin ulkopuolella. Varjonen (1992) taas tarkastelee kotitalouden toimintaa voimavarojen, kuten rahan ja ajan näkökulmasta. Martikainen (1992) näkee perhemuotoisen kotitalouden toiminnan keskiössä ihmissuhteet.

4.3 TUTKIMUSSTRATEGIA JA -MENETELMÄT

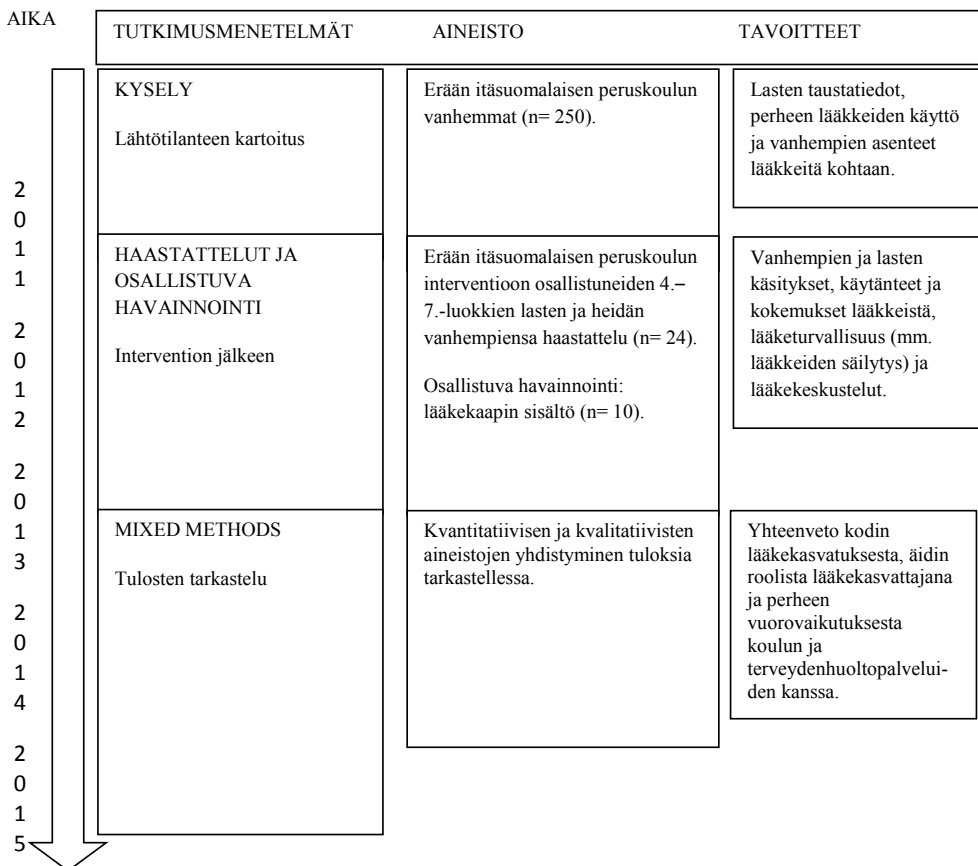
Tutkijana päädyin tapaustutkimukseen, jossa tutkitaan yksittäistä tapahtumaa, rajattua aihetta tai yksittäistä henkilöä monipuolisia menetelmiä hyödyntäen (Yin 2014; Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 159, 168; Laine, Bamberg, & Jokinen 2008, 9–10). Lähes kaikki kvalitatiivinen tutkimus on tapaustutkimusta (Metsämuuronen 2011, 224), mutta tämä tiedonhankinnan strategia ei estä käyttämästä myös kvantitatiivisia menetelmiä (Yin 2014; Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 159, 168; Laine, Bamberg, & Jokinen 2008, 9–10).

Käsillä oleva tutkimus on toteutettu erään itäsuomalaisen koulun oppilaille ja heidän vanhemmilleen. Hankkeeseen liittyi lääkekasvatuksen opetuskokeilut 4. ja 7.-luokille, ja näiden luokkien oppilaat vanhempineen valikoituivat tarkemman tarkastelun kohteeksi. Tutkijana en osallistunut kyseiseen lääkekasvatusinterventioon. Lääkekasvatus aiheena sopi parhaiten kyseisten luokka-asteiden opetussuunnitelmaan. Nämä kaksi ikäryhmää antavat kattavan kuvan eri-ikäisten lääkekasvatuksesta sekä kotona että koulussa.

Tapaustutkimuksessa hyödynnetään pääasiassa miten- ja miksi-kysymyksiä tutkittaessa, kuvaillessa ja selitettäessä. Lähestymistapana tapaustutkimus on joustava ja siihen voidaan yhdistää useita tiedonkeruumenetelmiä ja analyysitapoja. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 159, 168; Laine, Bamberg, & Jokinen 2008, 9–10; Yin 2014). Tämä tapaustutkimuksen ominaisuus on mahdollistanut sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusotteen käytön tässä tutkimuksessa (endebbed case study) (Yin 2014). Endebbed case study tarkoittaa sitä, että yksi suuri tutkimuskohde (erään itäsuomalaisen peruskoulun oppilaat ja heidän vanhempansa) sisältää useita erilaisia tutkimusosioita (kysely, haastattelu ja osallistuva havainnointi) (ks. Yin 2014). Tässä

tutkimuksessa on käytetty kysymyksiä, joihin saadaan vastaus sekä kvalitatiivisella että kvantitatiivisella aineistolla, että vain toisella. Tämä on yleistä mixed methods -tutkimuksille, mitä myös oma tutkimukseni edustaa (Teddlie & Tashakkori 2009).

Tutkimukseni strategia on perättäis-selittävä, jossa ensin on tehty kvantitatiivinen aineiston keruu ja analyysi. Tämän jälkeen on kerätty ja analysoitu kvalitatiivinen aineisto, jolla on pyritty syventämään ja täydentämään kvantitatiivisen aineiston analyysistä esiin nousseita asioita. Kvantitatiivisen (kysely) ja kvalitatiivisten aineistojen (haastattelu ja osallistuva havainnointi) yhdistyminen tapahtuu tulkintavaiheessa (mixed methods), jossa kvalitatiiviset aineistot tukevat kvantitatiivista aineistoa. Aineistojen tarkasteleminen yhdessä monipuolistaa tuloksiani, ja haasteelliseksi tutkittavaksi koetusta arjesta saadaan luotettavampi kuva. (Cresswell & Plano Clark 2011, 69–71.) Yleensä perättäis-selittävässä mallissa kvantitatiivinen aineisto on ensisijainen, mutta tässä tutkimuksessa käytetään tutkimusasetelman muunnosta, jossa kvalitatiivinen aineisto saa isomman roolin (Cresswell ym. 2003). Tutkimusprosessi aikatauluineen, menetelmineen, aineistoineen ja tavoitteineen on nähtävissä kuviossa 9, jonka jälkeen tutkimusmenetelmät ja aineisto kuvataan yksityiskohtaisemmin.



Kuvio 9. Tapaustutkimuksen aikataulu, menetelmät, aineisto ja tavoitteet.

4.3.1 Kysely

Ensimmäisessä osatutkimusvaiheessa suoritettiin taustakysely (liite 4) erään itä-suomalaisen peruskoulun oppilaiden vanhemmille lääkkeiden käyttöön liittyen. Kyselyn kohdejoukkona oli 600 vanhempaa. Kysely on Itä-Suomen yliopiston sosiaalifarmasian tutkijoiden laatima, mitä täydennettiin muutamalla kysymyksellä.

Kyselyssä kartoitettiin avoimilla kysymyksillä perheen tällä hetkellä käytössä olevat reseptilääkkeet, eilen tai toissapäivänä käytetyt itsehoitolääkkeet sekä luontaistuotteet, rohdosvalmisteet, homeopaattiset valmisteet, mukaan lukien vitamiinit. Vanhempaa pyydettiin arvioimaan seuraavalla asteikoilla tietolähteidensä käyttöä lasten lääkitykseen liittyen: paljon, jonkin verran, vähän ja ei lainkaan. Kyseisten tietolähteiden luotettavuutta pyydettiin arvioimaan seuraavalla skaalalla: erittäin luotettava, luotettava, melko luotettava, ei luotettava ja en osaa sanoa tai en ole käyttänyt. Vanhempia pyydettiin arvioimaan myös erilaisia lääkkeiden käyttöön liittyviä väittämiä asteikolla täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en samaa mieltä enkä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa. Vanhempien tuli valita kyllä ja ei vaihtoehdoista vastaus kysymykseen, saako lapsi ottaa pienen vaivaan esim. päänsärkyyn itsenäisesti lääkettä. Samoilla vastausvaihtoehdoilla tiedusteltiin myös sitä, keskustelevatko vanhemmat lastensa kanssa sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä asioista (kohta 8). Vanhempien ja lasten välisiä keskusteluja kartoittamaan luodut kysymykset lisättiin pyynnöstäni kysymyslomakkeeseen, jotta vanhempien ja lasten välisistä lääkekeskusteluista saataisiin tietoa myös kvantitatiivisesti.

Kysymyslomakkeessa (liite 4) koulupäivän aikaista lääkkeiden käyttöä koskevat kysymykset (10–12) ovat toisen lääkekasvatusprojektiin osallistuvan tutkijan analyysin kohde. Taustatietoina kysyttiin kuka lomakkeen on täyttänyt, vastaajan syntymävuosi ja ylin suoritettu koulutus sekä perheen lasten lukumäärä.

4.3.2 Lääkekasvatusinterventio, haastattelu ja osallistuva havainnointi

Toisessa osatutkimusvaiheessa syksyllä 2011 tehtiin lääkekasvatusinterventio peruskoulun kolmelle 4.luokalle (n=51, 10–11-vuotiaat) lääkekasvatusprojektin toimesta. Interventioon osallistuneiden oppilaiden vanhemmille lähetettiin tutkimusluvan mukana tiedustelu halukkuudesta osallistua intervention päätyttyä haastatteluun kodin lääkekasvatuksesta yhdessä lapsensa kanssa.

Opettajana lääkekasvatustunneilla toimi oma luokanopettaja, ja tunnit olivat osa ympäristö- ja luonnontiedon opetusta. Ympäristö- ja luonnontietoa opetetaan luokilla 1–4 ja se koostuu biologian, maantiedon, fysiikan, kemian ja terveystiedon opetuksesta (Opetushallitus 2004). 4.luokilla oli kolmen opetuskerran (3 x 90 min) jakso lääkekasvatuksesta, jossa oppilaat tekivät kolmen hengen ryhmissä pienoistutkimukset heille annetusta aiheesta. Aiheita olivat: tapaturma, flunssa, korvakipu, migreeni, diabetes, astma, kyyn purema ja vatsakipu. Kaikkien teemojen opiskelussa oli kaksi päätavoitetta: oppilas oppii ymmärtämään lääkkeiden oikeaa käyttöä ja arvioimaan kriittisesti internetistä löytyvää tietoa. Näihin liittyen tavoitteena oli, että oppilas oppii teemoihin liittyvää tiedonhankintaa, osaa kuvailla yleisimpien sairauksien oireita ja hänellä on käsitys yleisimpiin sairauksiin liittyvästä itsehoidosta, hän osaa arvioida sairauksiin liittyviä toimintatapoja ja harjaantuu päätöksenteossa yhdessä

vertaisten kanssa. Kaikille kolmelle luokanopettajalle oli annettu sama materiaali ja ohjeet, mutta kaikki opettajat toteuttivat tunnit omalla tavallaan.

Vastaavanlainen interventio suoritettiin myös saman peruskoulun kolmelle 7.luokalle (n= 47, 13–14-vuotiaat) vuoden 2013 puolella terveystiedon tunneilla (3 x 90 min). Tämän opiskelukokonaisuuden oppisisältöjä olivat vitamiinit, kivennäis- ja hivenaineet, perusravintoaineet sekä ravintolisävalmisteet ja niiden oikea käyttö. Opetuskokeilun tavoitteena oli, että edellä mainitut käsitteet tulevat oppilaille tutuiksi, ja oppilaat tietävät milloin ravintolisävalmiste luokitellaan lääkkeeksi. Lisäksi tavoitteena oli oppia ymmärtämään sairauksien oireita ja hoitoa, lääkkeettömiä hoitomuotoja, lääkemainontaa, pakkausselosteiden merkitystä, ravintolisien ja lääkkeiden käytön perussääntöjä, niiden vaikutuksia ja haittavaikutuksia. Opiskelun aikana oppilaat tutustuivat fiktiivisiin nuoriin: Anneen, Anttiin, Nikoon, Millaan ja Sanniin. Heillä kaikilla oli terveyteen ja ravintolisävalmisteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja kysymyksiä, joista he kirjoittavat omilla blogisivuillaan. Oppilaat arvioivat blogikirjoituksia, hankkivat luotettavaa tietoa ravintolisistä sekä ottivat kantaa milloin nuorten ravintolisävalmisteiden käyttö on perusteltua. Lisäksi oppilaat tutkivat ravintolisämainoksia sekä tyhjiä ravintolisävalmistepakkauksia. Opettajana toimi sama terveystiedon opettaja kaikille luokille.

Intervention jälkeen halukkaita lasten vanhempia ja lapsia haastateltiin kotona. Puolistrukturoidulla haastattelulla kartoitettiin kodin lääkekasvatusta eli perheen jäsenten välistä tarkoituksellista (lääkekeskustelu) ja tahatonta (mallioppiminen) vuorovaikutusta, perheiden käyntänteitä sairauden hoidossa ja lääkkeiden otossa sekä vanhempien ja lasten käsityksiä ja kokemuksia lääkkeistä. Lisäksi pyrittiin hankkimaan tietoa kodin ja koulun sekä kodin ja terveydenhuollon välisistä vuorovaikutustilanteista.

Haastatteluun saatiin viisi interventioon osallistunutta 4.luokkalaisten perhettä niistä yhdeksästä, jotka olivat halukkuudesta ilmoittaneet. Osallistuneista kaikki olivat äitejä ja 4.luokkalaiset lapset poikia. Haastatteluista kaksi suoritettiin heti intervention päätyttyä joulukuussa 2011. Toistettuani haastattelupyyntökierroksen sain haastateltavaksi vielä kolme perhettä, joita kävin haastattelemassa kesäkuussa 2012.

Vastaavaan haastatteluun 7.luokkalaisten perheiden osalta saatiin seitsemän perhettä yhdestätoista, jotka olivat ilmoittaneet voivansa osallistua. Kaikki haastatellut tehtiin vuoden 2013 huhtikuussa. Kaikki osallistuneet vanhemmat olivat äitejä ja 7.luokkalaisista lapsista viisi oli poikia ja kaksi tyttöjä.

Haastattelu tehtiin puolistrukturoituna, jossa kaikille haastateltaville esitettiin samat tai likipitään samat kysymykset samassa järjestyksessä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47). Haastattelukysymykset löytyvät liitteistä 5 ja 7. Niistä on kaksi versiota; toinen nelosluokkalaisten vanhemmille ja lapsille (5 perhettä), jotka osallistuivat lääkekasvatuksen opetusjaksoon (kysymykset liitteessä 5 ja lääkekasvatustuntien ohjelma liitteessä 6) ja toiset haastattelukysymykset saman koulun 7.luokkalaisille, ja heidän vanhemmilleen (7 perhettä) (liite 7). Haastattelukysymykset kahdelle luokka-asteelle poikkeavat toisistaan interventiossa käsiteltyjen aiheiden osalta. 4.luokkalaisille ei esitetty kysymyksiä 7.luokkalaisten aiheesta eli vitamiineista ja ravintolisistä.

Lapsia koskevat haastattelukysymykset koskivat lääkekasvatusinterventiota ja sitä mitä oppilaat olivat oppineet, ensiaputilanteissa toimimista, mitä kotona ja koulussa

on puhuttu lääkkeistä, lääkkeisiin suhtautumista, tilanteita joissa lääkkeitä voi käyttää, kuka kotona antaa lääkkeitä, lääkemyrkytystä ja lääkkeiden säilyttämistä. Lasten suhtautumista lääkkeiden käyttöön kartoitettiin myös kahden kehyskertomuksen kautta. Kehyskertomuksista toisessa käytetään runsaasti lääkkeitä ja toisessa ei lainkaan. Vanhempien haastattelussa selvitettiin lääkkeistä käytävää keskustelua lasten kanssa, koulun lääkekasvatusta, lääkeasenteita, lääkkeiden käyttöä ja tilanteita joissa niitä voi käyttää, lääkkeiden säilyttämistä, tietolähteiden käyttöä, lääkkeiden väärinkäyttöä ja lääkemyrkytystä ja omien vanhempien suhtautumista lääkkeisiin. Lisäksi vanhemmille esitettiin samat kehyskertomukset kuin lapsille.

Haastatteluiden yhteydessä suoritettiin osallistuvan havainnoinnin menetelmällä lääkekaappitutkimus, mikäli perhe antoi siihen luvan. Tästä ei kerrottu etukäteen haastateltaville mahdollisimman todellisen kuvan saamiseksi. Lääkekaappitutkimus valittiin menetelmäksi, jotta perheiden käytössä olevista lääkkeistä saataisiin mahdollisimman totuudenmukainen kuva. Lääkekaappitutkimukseen sain luvan kymmenessä perheessä.

Lääkekaappitutkimuksessa käytettiin apuna valmista kysymyslomaketta (liite 8), johon kirjattiin seuraavat tiedot: lääkkeen nimi, onko kyseessä itsehoito- vai reseptilääke, kuka lääkettä käyttää, mikä on sen käyttötarkoitus omin sanoin, ja mikä on lääkkeen viimeinen käyttöpäivä? Lomakkeeseen kirjattiin myös, missä lääkkeitä säilytetään esimerkiksi keittiössä tai kylpyhuoneessa ja, onko säilytystila lukittava.

Osallistuva havainnointi tarkoittaa, että tutkija osallistuu tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla. Myös havainnoinnin kohteet on usein ennalta suunniteltuja. (Grönfors 1985; 100–102; Alasuutari 1994, 75; Anttila 1996, 220; Eskola & Suoranta 2000, 98; Hirsjärvi & Hurme 2001, 37–38; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 211–212.) Tutkimuksessani annoin perheille mahdollisuuden näyttää lääkekaappinsa minulle niiltä osin, kun heistä tuntui parhaalta. Täyttäessäni kysymyslomaketta keskustelimme samalla kaapista löytyvistä lääkkeistä ja annoin heille mahdollisuuden kertoa, mihin vaivaan lääkettä on käytetty. Haastateltavien pyynnöstä lääkekaappitutkimusta ei nauhoitettu, eikä lääkekaappeja kuvattu, vaikka se onkin suositeltavaa, jotta kaikki informaatio saadaan talteen täsmällisesti oikein (Sanz, Bush & Garcia 1996, 96; Katajavuori & Puumalainen 2008, 168–170). Tässä tutkimuksessa käytettiin osallistuvaa havainnointia, koska aikaisempi lääkekaappitutkimus Jyväskylässä osoitti, etteivät kaikki palauttaneet lomaketta, joka oli tarkoitus täyttää itsenäisesti. Aikaisempaan tutkimukseen liittyi vielä mahdollisuus, etteivät vastaajat täyttäneet lomaketta itsenäisesti täysin rehellisesti. (Ahonen ym., 1996.)

4.4 ANALYYSIMENETELMÄT

Kyselyn (n=250) tiedot tallennettiin IPM SPSS Statistics 19. -ohjelmaan, lääkekaappitutkimuslomakkeet (n=10) kirjattiin tekstinkäsittelyohjelmaan, jonne myös haastatteluaineistot (n=24) litteroitiin. Litteroitua tekstiä saatiin yhteensä 84 sivua fonttikoolla 12 ja ykkösen rivivälillä. Haastateltavaa kohden tämä tarkoittaa keskimäärin 3,5 sivua. Aineistoissa ei ole tunnustetietoja.

Aineiston analysointi suoritettiin kyselyn osalta tilastollisia menetelmiä käyttäen. Kyselystä laskettiin tunnuslukuja, tehtiin summamuuttujia, ristiintaulukointia ja χ^2 -riippumattomuustestejä sekä K-keskiarvoklusterointia. Kyselytutkimuksissa, niin kuin tässä, summamuuttujaa käytetään usein asenneväittämien vastausten yhdistämisessä. Näin saadaan tiivistetty kuva tutkittavien asenteista ja näistä uusista tilastollisista muuttujista voidaan tehdä laskutoimituksia. (Van Peer, Hakemulder & Zyngier 2012, 160.)

K-keskiarvoklusteroinnissa aineisto jaetaan ryhmiin keskiarvojen perusteella, niin että havainnot olisivat mahdollisimman samanlaisia ryhmän sisällä, mutta ryhmien välillä olisi mahdollisimman paljon eroja (Hastie, Tibshiran & Friedman 2009). Klusterianalyysia varten aineiston täytyy täyttää tietyt ehdot: aineiston koko vähintään 50, muuttujat vähintään välimatka-asteikollisia, muuttujat normaalijakautuneita ja varianssit ovat homogeeniset (Nummenmaa 2009, 432).

Tämän tutkimuksen osalta aineisto oli sopivan iso ($n=250$). Kuitenkaan normaali-jakaantuneisuus oletus, eikä varianssien homogeenisuus toteutuneet kaikkien muuttujien osalta, joita käytettiin klusteriratkaisussa. Onneksi monimuuttujamenetelmät antavat yleensä luotettavia tuloksia, vaikka kaikki edellytykset menetelmän käytölle eivät toteutuisikaan (Metsämuuronen 2009, 11). Normaalijakaantuneisuusoletus muuttujalle on hyvin vahva vaatimus, mikä harvoin toteutuu (Heikkilä 2002, 225). Isompi aineistokoko poistaa onneksi ei-normaalijakaantuneen aineiston haittoja. Jos aineistokoko on alle 50 ja erityisesti jos se on alle 30, huomattavilla poikkeamilla normaalijakaantuneisuuden suhteen voi olla merkittävä vaikutus tuloksiin. Kahdensadan tai sen yli menevissä aineistoissa samat vaikutukset voivat olla merkityksettömiä. (Hair ym. 2010, 72.) Kuitenkin tässä tutkimuksessa K-keskiarvoklusterointiin käytetyistä muuttujista suurin osa täytti normaalijakaantuneisuusoletuksen Kolmogorov-Smirnovin testin perusteella, ja aineisto on tarpeeksi iso, joten voidaan olettaa, että normaalijakaantuneisuus toteutuu aineistossa.

Tutkijana määritin itse klustereiden lukumäärän kokeilemalla ensin kahdella ryhmällä, sitten kolmella, neljällä, viidellä ja kuudella. Tämän analyysin päätarkoituksena oli luokitella aineistoa, jotta sieltä löytyisi erilaisia tietolähteiden käyttäjiä sekä eritavoin toimivia terveys- ja lääkekasvattajia.

Kyselyssä perheiden käytössään mainitsemien resepti- ja itsehoitolääkkeiden luokittelussa on käytetty ATC-luokitusta (Anatomical Therapeutic Chemical) (ks. liitteet 9 ja 10). ATC on WHO:n ylläpitämä kansainvälinen, lähinnä lääkkeiden tutkimusta varten luotu luokitusjärjestelmä (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2011), jossa lääkkeet on jaettu ryhmiin sen mukaan, mihin elimeen tai elinjärjestelmään ne vaikuttavat sekä niiden kemiallisten, farmakologisten ja terapeuttisten ominaisuuksien mukaan (Fimea 2013). Lääkkeet on luokiteltu 14 pääryhmään (1.taso) ja siitä edelleen neljään alatasoon. Tasoista 2. ja 3. ovat terapeuttisia/farmakologisia alaryhmiä, 4.taso ilmaisee joko farmakologisen, kemiallisen tai terapeuttisen ryhmän, johon lääke kuuluu ja 5. taso yksittäisen kemiallisen aineen tai yhdistelmävalmisteen aineyhdistelmän (Fimea 2013).

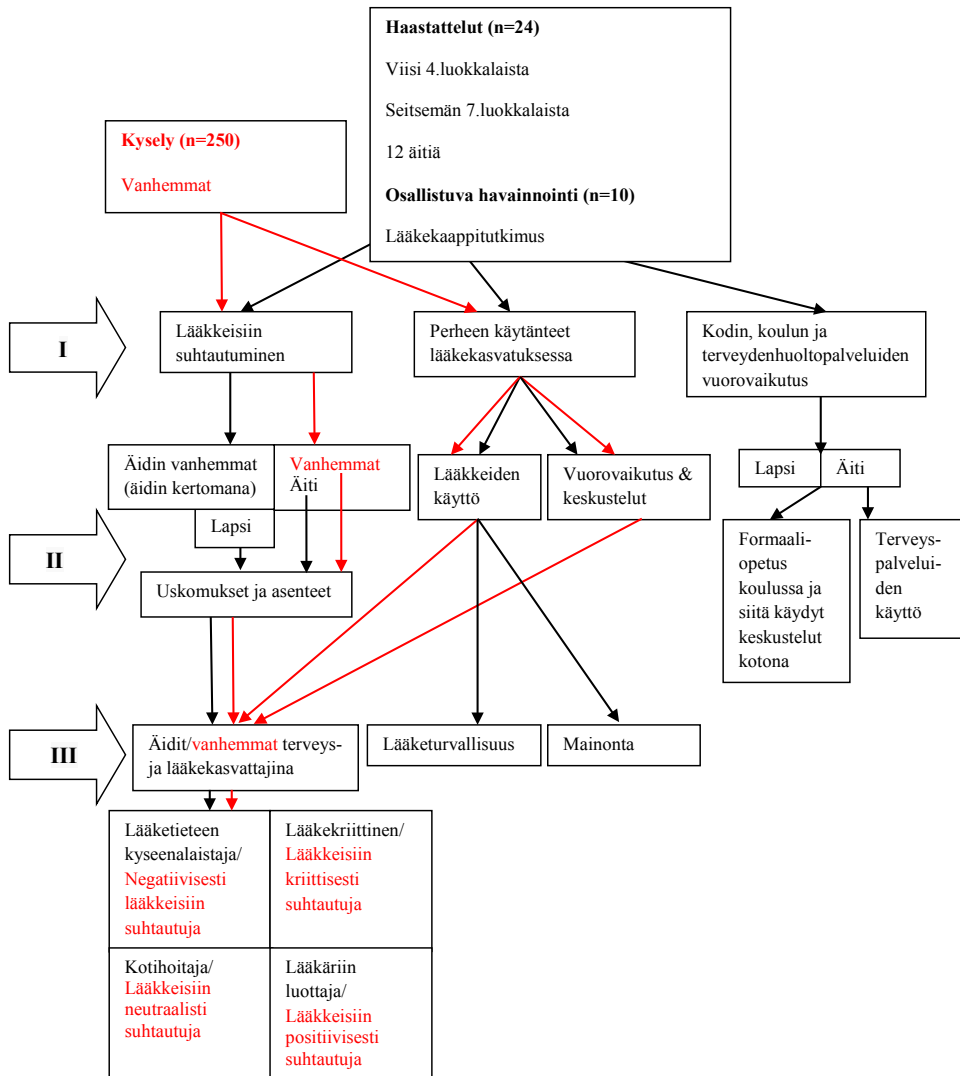
Kysymyskohtaiset analyysit löytyvät taulukosta 8. Kyselylomake löytyy liitteestä 4, jota tarkastellessa tulee huomata, että koulupäivän aikainen lääkkeiden käyttö (kysymykset 10–12) raportoidaan toisessa yhteydessä.

Taulukko 8. Kyselyn analyysimenetelmät.

Kysymys	Analyysimenetelmä	Päämäärä
<p>Kysymykset 1-3</p> <p>1. Onko perheessänne tällä hetkellä käytössä mitään lääkärin määräämää lääkettä?</p> <p>2. Onko perheessänne joku käyttänyt eilen tai toissapäivänä ilman reseptiä saatavaa itsehoitolääkettä?</p> <p>3. Onko perheessänne joku käyttänyt eilen tai toissapäivänä ilman reseptiä saatavaa luontaistuotetta, rohdosvalmistetta ja/tai homeopaattista valmistetta, mukaan lukien vitamiinit?</p>	Tunnusluvut	Perheen tällä hetkellä käytössä olevat lääkkeet.
<p>4. Alla on lueteltu tietolähteitä. Ympyröi jokaisen tietolähteen kohdalle, kuinka paljon olet käyttänyt kyseistä lähdettä lasten lääkitykseen liittyvissä asioissa.</p>	Tunnusluvut, Kolmogorov-Smirnovin testi, ristiintaulukointi ja χ^2 -riippumattomuustesti taustamuuttujien kanssa sekä K-keskiarvoklusterointi	Vanhempien jakaminen erilaisiin tietolähteiden käyttäjiin lasten lääkitykseen liittyvissä asioissa.
<p>5. Miten luotettavina pidät seuraavia tietolähteitä lasten lääkitykseen liittyvissä asioissa?</p>	Tunnusluvut	Tietolähteiden luotettavuus vanhemman näkökulmasta.
<p>6. Seuraavassa on joukko lääkkeitä koskevia väittämiä. Ympyröi mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto.</p>	<p>Tunnusluvut, Kolmogorov-Smirnovin testi, ristiintaulukointi ja χ^2-riippumattomuustesti taustamuuttujien kanssa, summa-muuttujien luominen & K-keskiarvoklusterointi</p> <p>Summamuuttujat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yleinen lääkeasenne 2. Asenne reseptilääkkeitä kohtaan 3. Asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan 4. Suhtautuminen lääkeriskeihin 5. Suhtautuminen pitkäaikaiseen särkylääkkeiden käyttöön 	Vanhempien jakaminen heidän uskomustensa ja asenteidensa perusteella erilaisiksi terveys- ja lääkekasvattajatyypeiksi.
<p>7. Lapsi saa ottaa pieneen vaivaan esimerkiksi päänsärkyyn itsenäisesti lääkkeitä.</p>	Tunnusluvut	Lasten itsenäinen lääkkeiden käyttö.
<p>8. Keskusteletko kotona lapsiesi kanssa seuraavista sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä asioista.</p>	Tunnusluvut	Vanhemman ja lasten väliset keskustelut terveyden hoidosta.
Taustatiedot	Tunnusluvut	Vaikuttavatko esimerkiksi vastaajan ikä tai koulutustaso vastauksiin?

Kyselyn avoimien kysymysten, haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin analyysi tehtiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Voidaan puhua myös deduktiivisesta sisällönanalyysistä, jossa analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, joka tässä tapauksessa muodostuu aikaisemmista tutkimuksista kodin toiminnasta ja lääkkeiden käytöstä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009,113). Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin aineiston pelkistystä eli redusointia, ryhmittelyä eli klusterointia, ala- ja yläkategorioiden sekä yhdistävien kategorioiden luomista (Kynäs &

Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–114). Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella, ja niihin etsitään sisältöjä niitä kuvaavista lausumista (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tämän tutkimuksen osalta analyysin kategoriat tulivat suoraan aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta perustuen tutkimuksiin arjesta, kotikasvatuksesta ja lääkkeiden käytöstä.



Kuvio 10. Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin sisällönanalyysivaiheiden eteneminen ja analyysivaiheet (I, II ja III). Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin luokittelut on merkitty kuvioon mustalla. Kvantitatiivisen aineiston analyysivaiheet on merkitty kuvioon punaisella kertomaan kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen aineiston yhdistymisestä.

Kvalitatiivisten aineistojen, haastattelu ja osallistuva havainnointi, analyysivaiheiden eteneminen ja vaiheissa tehty luokittelu on esitetty kuviossa 10. Luokittelua tehtiin kolmessa vaiheessa, joiden kautta äidit voitiin jakaa neljään tyyppiin terveys- ja lääkekasvattajina. Lääketurvallisuutta, -mainontaa sekä kodin, koulun että terveydenhuoltopalveluiden välistä vuorovaikutusta tarkasteltiin omina analyysiryhminä. Lisäksi kuvioon merkittiin kvantitatiivisen aineiston analyysiluokat, jotta voitaisiin katsoa, miten kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen aineisto yhdistyvät ja tukevat toisiinsa (mixed methods).

4.5 EETTISET KYSYMYKSET

Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettinen toimikunta on myöntänyt lääkekasvatustutkimushankkeelle luvan (8/2011). Lupaa on haettu, sillä alle 15-vuotiaiden oppilaiden terveydentilaa ja lääkkeiden käyttöä tutkitaan vanhempien luvalla. Myös useat tieteelliset julkaisijat terveyskasvatuksen alalla vaativat tutkimuksesta eettisen lausunnon.

Osallistujille kerrottiin, kuka on vastuussa tutkimushankkeesta, ja kehen voi olla yhteydessä tutkimushankkeeseen liittyvissä kysymyksissä. Myös tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä tulosten hyödyntäminen kerrottiin. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Vanhempia pyydettiin antamaan mahdollinen suostumuksensa allekirjoituksella koteihin lähetettyyn lomakkeeseen (liite 3). (Ks. Kuula 2006, 99–133.) Koska lääkekasvatus kuuluu henkilötietolain (11§) mukaisesti arkaluonteisiin aiheisiin, sillä aihe koskettaa terveydentilaa, sairautta, vammaisuutta ja hoitotoimenpiteitä, tutkimuksessa jätettiin jokaisen osallistujan harkintaan, mitä he haluavat kertoa. (Finlex 2015.)

Osallistujille kerrottiin, että tutkimustulokset julkaistaan ilman, että kenenkään henkilöllisyys paljastuu, eikä tietoja käytetä muihin tarkoituksiin (liite 1). Koska kyse oli kooltaan pienestä ja maantieteellisesti paikannettavasta ryhmästä, on aina riski, että peitenimistä huolimatta joku on tunnistettavissa (Kuula 2006, 204). Kvantitatiivisessa aineistossa, jossa tuloksia ei yksilöidä, tunnistamisriskiä ei yleensä ole. Kvalitatiivisissa aineistoissa esimerkiksi aineistositaateista taustatietoineen oli vaikeaa tehdä tunnistamattomia. (ks. Kuula 2006, 205.) Anonymiteetin takia jokainen haastateltava on saanut tutkimuksessa peitenimen eli pseudonyymin, ja vanhemman mahdollisesti nimeämää työpaikkaa ei kerrota (ks. Kuula 2006, 214–215). Lisäksi vanhempien ja lasten tarkkoja ikiä ei kerrota, vaan ne ilmaistaan esimerkiksi seuraavasti: 12–13-vuotias.

5 Tulokset

Tulosten tulkinnessa kvantitatiivinen ja kvalitatiiviset aineistot yhdistyvät ja täydentävät toisiaan muodostaen kuvan kodin lääkekasvatuksesta. Otsikoinnit jakavat tulokset helpommin omaksuttaviin pienempiin kokonaisuuksiin vastaten otsikon alla mainittuihin tutkimuskysymyksiin.

5.1 TAUSTATIEDOT

Kyselyyn vastasi erään itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden vanhemmista 250. Vastausprosentti oli 42 %. Vastaajien taustatiedot on kuvattu alla olevassa taulukossa 9. Vastaja oli yleensä äiti 77 % (n=189). Myös Siposen (2014, 20) alle 12-vuotiaiden itsehoitolääkkeiden käyttöä kartoittavassa tutkimuksessa vastaja oli yleensä äiti (95 %). Vastaajista enemmistö (63 %) oli korkeakoulututkinnon suorittanut. 32 prosenttia vastaajista oli 40–44-vuotiaita. Lapsia perheissä oli yhdestä kymmeneen, yleensä kuitenkin 1–3 (86 %).

Taulukko 9. Kyselyyn (n= 250) vastanneiden taustatiedot.

Taustatieto	Lukumäärä	%	Taustatieto	Lukumäärä	%
Vastaja (n=244)			Lasten lukumäärä (n=244)		
Äiti	189	77	1	40	16
Isä	44	18	2	104	43
Äiti ja isä yhdessä	9	4	3	65	27
Sisko (täysi-ikäinen)	1	0,5	4	25	10
Huoltaja, äitipuoli	1	0,5	5	7	2
			6	1	0,5
Ikä (n=237)			8	1	0,5
22	1	0,5	9	1	0,5
25–29	9	4	10	1	0,5
30–34	30	13		1	0,5
35–39	50	21			
40–44	80	33			
45–48	33	14			
49–53	29	12			
54–58	3	1,5			
69	1	0,5			
78	1	0,5			
Ylin koulutus tai tutkinto (n=244)					
Kansakoulu	1	0,8			
Peruskoulu tai keskikoulu	2	1,2			
Ammattikoulu tai vastaava	37	15			
Lukio	10	4			
Opistotutkinto	39	16			
Ammattikorkeakoulututkinto	48	20			
Yliopistotutkinto	106	43			

Interventioon osallistuneiden 4.luokkalaisten perheistä (n=51) vain viisi perhettä suostui haastatteluun. Vastaavasti 7.luokkalaisten perheistä (n=47) haastatteluun osallistui seitsemän perhettä. Yhteensä haastatteluja tehtiin kahdessatoista perheessä ja 24 henkilölle (ks. taulukko 10). Haastattelujen yhteydessä lääkekaappitutkimus tehtiin kymmenelle perheelle.

Taulukko 10. Haastatteluiden ja osallistuvan havainnoinnin ajankohta, osallistuneet sekä taustatiedot.

Osallistuneet	Ajankohta
1) Eeva 45–48 v, ryhmävastustaja. Poika Joonas 9–10 v, 4.luokalla.	2.12.2011
2) Marja 35–39 v, terveydenhoitoalan ammattikoulututkinto. Poika Tuomas 9–10 v, 4.luokalla.	2.12.2011
3) Satu 45–48 v, opetuslalla. Poika Matti 9–10 v, 4.luokalla.	4.6.2012
4) Maija 49–53 v, sihteeri. Poika Janne 11–12 v, 4.luokalla.	14.6.2012
5) Piia 40–44 v, ylempi terveydenhoitoalan koulutus. Poika Niko 11–12 v, 4.luokalla.	14.6.2012
6) Marjaana 49–53 v, päällikkö. Poika Eero 13–14 v, 7.luokalla.	2.4.2013
7) Seija 49–53 v, opetuslalla. Poika Jaakko 13–14 v, 7.luokalla.	2.4.2013
8) Miia 40–44 v, opetuslalla. Poika Timo 13–14 v, 7.luokalla.	3.4.2013
9) Irja 49–53 v, opetuslalla. Tytär Emma 13–14 v, 7.luokalla.	3.4.2013
10) Teija 40–44 v, opetuslalla. Poika Arttu 13–14 v, 7.luokalla	3.4.2013
11) Tarja 49–53 v, sihteeri. Tytär Riina 13–14 v, 7.luokalla.	4.4.2013
12) Jenni 35–39 v, terveydenhoitoalan ammattikoulututkinto. Poika Ilari 13–14 v, 7.luokalla.	4.4.2013

¹⁾ Taulukossa harmaalla merkityt eivät osallistuneet lääkekaappitutkimukseen.

5.2 LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ PERHEISSÄ

Tulosten käsittely aloitetaan kodissa käytetyistä ja käytössä olevista lääkkeistä perustuen kyselyyn (n=250). Lääkkeiden käyttö lääkekaappitutkimusten osalta raportoidaan myöhemmin luvussa 5.3.1.

Kyselyssä tiedusteltiin perheiden käytössä olevia reseptilääkkeitä sekä eilen tai toissapäivänä käytettyjä itsehoitolääkkeitä, ravintolisiä, rohdosvalmisteita, homeopaattisia valmisteita ja vitamiineja. Kyselyyn vastanneiden perheiden jäsenistä yhdellä tai useammalla (48 %) oli käytössä kyselyn toteutusajankohtana, jokin lääkärin määräämä lääke tai useampi (1–11 kpl). Perheiden lääkkeiden käyttö on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Perheen käytössä olleet lääkkeet kyselyn toteutusajankohtana (n=250).

Lääke	Lääke käytössä	Ei ole käytössä	Jätti vastaamatta
Reseptilääke (1–11 kpl)	48 %	50 %	2 %
Itsehoitolääke (1–4 kpl)	41 %	56 %	3 %
Ravintolisiä, rohdosvalmiste, homeopaattinen valmiste tai vitamiini (1–8 kpl)	62 %	36 %	2 %

Perheen mainitsemisissä lääkkeissä näkyi suomalaislasten keskuudessa yleisiksi havaitut astma- ja allergialääkkeet (Arinen ym. 1998; Takala, Klaukka & Rahkonen 2001) (ks. liite 9, reseptilääkkeiden käyttäjät ATC-luokituksen mukaan). Monet lasten ja nuorten aikuisten allergiat ovat yleistyneet, mikä on nostanut allergia- ja astmalääkkeiden, nenä- ja silmätippojen sekä mikrobilääkkeiden (antibiottien) käyttöä (Klaukka ym. 1990, 27). Tämä on nähtävissä myös tässä aineistossa. Lapsista nuorimmat astmalääkkeen käyttäjät olivat 3-vuotiaita ja vanhimmat 18-vuotiaita. Lapsi astmalääkkeen käyttäjänä mainittiin 65 kertaa. Äiti astmalääkkeen käyttäjänä mainittiin yhdeksäntoista kertaa (yksi tai useampi lääke käytössä). Isä astmalääkkeen käyttäjänä mainittiin kymmenen kertaa.

Yleisimpiä käytettyjä itsehoitolääkkeitä tässä tutkimuksessa olivat vitamiinit ja kipulääkkeet (ks. liite 10, itsehoitolääkkeiden käyttäjät ATC-luokituksen mukaan). Helakorven ym. (2012) tutkimuksessa on todettu, että kipulääkkeiden käyttö lisääntyy iän myötä sekä miehillä että naisilla. Naiset, joilla on tuki- tai liikuntaelinsairaus, käyttävät kuitenkin miehiä enemmän kipulääkkeitä. Itsehoito pienemmissä vaivoissa itsehoitolääkkeillä on yleistä (Lilja ym. 2008), mikä tuli ilmi myös tässä tutkimuksessa. On arvioitu, että ihmiset hoitavat 90 % oireistaan itsehoitolääkkeillä (Ahonen 2008).

Jokin vitamiini tai useampia oli käytössä kyselyä edeltäneenä kahtena päivänä 148 perheessä (59 %). Näistä vitamiineista osan perhe oli luokitellut kyselylomakkeessa itsehoitolääkkeeksi ja osan ravintolisäksi. Kyselylomakkeen ohjeistuksessa vitamiinit oli pyydetty laittamaan kohtaan: luontaistuote, rohdosvalmiste, homeopaattinen valmiste, mukaan lukien vitamiinit. Osaa ravintolisistä myydään sekä hyvin varustelluissa ruokakaupoissa, apteekeissa että luontaistuotekaupoissa. Tämän tutkimuksen osalta ei pystytä kuitenkaan kertomaan, mistä valmisteet oli ostettu. Ravintolisinä käytetyt vitamiinit löytyvät omasta taulukostaan (liite 11). Useimmin ravintolisinä käytetyt vitamiinivalmisteet koko perheen käyttöön sisälsivät D- ja C-vitamiinia. Erityisesti äidit suosivat Omega 3-rasvahappoja sisältäviä valmisteita.

Vaihtoehtolääkkeitä oli käytetty ainoastaan viidessä perheessä. Käyttäjänä oli joko äiti tai lapsi. Täydentävistä- tai vaihtoehtohoidoista yleisimmin käytettyjä ovat olleet kansainvälisissä tutkimuksissa kiropraktinen hoito, homeopatia, aromaterapia, hieronta, vitamiinit ja kivennäisaineet sekä rohdosvalmisteet, joista rohdosvalmisteita käytettiin myös tässä tutkimuksessa (Simpson & Roman 2001; Menniti-Ippolito ym. 2002; Madsen ym. 2003; Smith & Eckert 2006; Jean & Cyr 2007; Barnes, Bloom & Nahin 2008; O'Keef & Coat 2010). Taulukossa 12 mainittuja vaihtoehtolääkkeitä mainittiin käytettävän lähinnä flunssan hoitoon.

Taulukko 12. Kyselyn vastaajien (n=250) sairauden hoitoon käyttämät rohdosvalmisteet, antroposofiset valmisteet ja homeopaattiset valmisteet.

Rohdosvalmiste, antroposofinen tai homeopaattinen valmiste	Käyttötarkoitus	Käyttäjä, suluissa perheen vastausnumero
Frantsila karvakorva yrttiuute	flunssan esto/hoito flunssan hoito	äiti (106) lapsi 5 v. (216)
Auringonhattu-uute	nuha, kurkkukipu	äiti (162)
Frantsilan kukkaterapia käyttöliuos	tukihoito	lapsi 7 v. (216)
Echinaforce-tipat	flunssaiseen oloon	äiti (221)

5.3 LÄÄKETIETOUS JA -MAINONTA

Lääketietous- ja mainonta osiossa vastataan tutkimuskysymykseen siitä, millaisia tietolähteitä vanhemmat (n=250) pitävät luotettavina lääkeasioissa. Lääkemainontaa ja sen vaikutusta ostokäyttäytymiseen kuvataan äitien (n=12) haastattelujen avulla.

Kyselyyn vastanneet jakautuivat keskiarvoon perustuvassa klusteroinnissa kahden ryhmään lasten lääkitykseen liittyvien tietolähteidensä käytön perusteella: aktiivisimmat tietolähteiden käyttäjät ja harvemmin tietolähteitä käyttävät. Tietolähteiden käyttöön liittyvistä muuttujista suurin osa täytti K-keskiarvoklusteroinnissa vaaditun normaalijakaantuneisuusehdon Kolmogorov-Smirnovin testillä. Vastausvaihtoehdot kysymyksissä tietolähteiden käytöstä olivat: 3 (paljon), 2 (jonkin verran), 1 (vähän) ja 0 (en lainkaan). Ryhmien tietolähteiden käyttöä voi tarkastella taulukosta 13, jossa olevat luvut ovat vastausten perusteella laskettuja keskiarvoja. Kahden ryhmän – aktiivisimmat tietolähteiden käyttäjät ja harvemmin tietolähteitä käyttävät – välillä ei löydetty merkitsevää eroa ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -riippumattomuustestillä tietolähteiden käytössä suhteessa seuraaviin taustamuuttujiin: 1) ikä ($\chi^2(9) = 8,01, p > 0,05$), 2) koulutus ($\chi^2(7) = 7,12, p > 0,05$) ja 3) lasten lukumäärä ($\chi^2(7) = 9,24, p > 0,05$).

Aktiivisimpien tietolähteiden käyttäjien (n= 89) suosituimmat tiedon lähteet olivat järjestyksessä: pakkausseloste, lääkäri ja apteekin henkilökunta. Harvemmin tietolähteitä käyttävien (n=189) kolmen kärki taas oli lääkäri, pakkausseloste ja sairaanhoitaja. Aktiivisimmat tietolähteiden käyttäjät suosivat siis eniten itsenäistä tiedon hakemista lääkkeen pakkausselosteesta.

Taulukko 13. Kyselyyn vastaajat (n=245) jakaantuivat kyselyn perusteella K-keskiarvo klusteroinnissa lasten lääkitykseen liittyvien tietolähteiden käytössä kahteen ryhmään.

Käytetyt tietolähteet	Klusterit	
	1) aktiivisimmat tietolähteiden käyttäjät (n=89)	2) harvemmin tietolähteitä käyttävät (n=156)
Pakkausseloste	2,24	1,38
Lääkäri	2,11	1,76
Apteekin henkilökunta	1,99	1,06
Sukulainen/ystävä, jolla terveydenhuoltoalan koulutus	1,74	,65
Terveydenhoitaja	1,72	,98
Sairaanhoitaja	1,61	1,12
Internet	1,30	,37
Sukulaiset & ystävät	1,26	,51
Tavalliset lehdet	,93	,25
Lääke-esitteet	,91	,30
Radio & TV	,90	,15
Terveysalan lehdet	,84	,22
Lääkärikirja	,83	,18
Luontaistuotekauppa	,70	,17
Puhelinpalvelu	,26	,04
Muu kirja	,18	,06

¹⁾ Taulukossa olevat numerot ovat vastausvaihtoehtojen perusteella laskettuja keskiarvoja.

Kyselyyn tietolähteiden käytöstä vastanneet (n=245) hyödynsivät lääkärin asiantuntemusta jonkin verran (43 %) hankkiessaan tietoa lasten lääkityksestä. Vastaava luku oli Holapan ym. (2012) tutkimuksessa 72 %, joista 50 % pitää lääkäriä erittäin luotettavana tietolähteenä, mikä on melkein sama prosenttiosuus (51 %) kuin tässä tutkimuksessa. Sairaanhoidajaa (40 %), terveydenhoitajaa (47 %), apteekin henkilökuntaa (41 %) ja lääkepakkauksen pakkausselostetta (32 %) käytettiin vähän, mutta niitä pidetään luotettavina tietolähteinä. Vastaavat luvut Holapan ym. (2012) tutkimuksessa olivat: terveydenhoitaja tai kouluterveydenhoitaja (52 %), farmaseutti (44 %) ja lääkepakkauksen tuoteseloste (67 %), jota käytettiin huomattavasti enemmän kuin tässä tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa sukulaista tai ystävää, joilla joko on tai ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta, piti melko luotettavina noin 35 % vastaajista. Osa vastaajista mainitsikin perheestä löytyvän alan ammattilaisen: lääketieteen lisensiaatti (1), psykiatrinen sairaanhoitaja (1), farmaseutti (1) ja lääkäri (1). Ihmiset tukeutuvat sairastapauksissa usein tuttuihin ihmisiin, joilla joko itsellään on ollut pitkä sairaushistoria tai mullistavia elämäntapahtumia. Epävirallisesti konsultoitavia ovat myös lapsia kasvattaneet ja läheisiään hoitavat naiset, hoitoalalla olevat ja lääkärin puoliset. (Hellman 2001.)

Internetin tiedonhakua käytti vähän alle puolet vastaajista lasten lääkityksestä tietoa etsiessään, sillä 54 % ilmoitti, ettei käytä sitä lainkaan. Internetiä käytti paljon ainoastaan kuusitoista vastaajaa. Internetiä ei kuitenkaan moni pitänyt epäluotettavana, sillä vain 8 %:n mielestä se ei ole luotettava tiedonlähde lasten lääkityksestä tietoa etsiessä. Tosin 53 (8 %) ei ollut joko internetiä käyttänyt tai osannut sanoa, onko se luotettava. Lasten vanhemmat eivät siis juurikaan käyttäneet internetiä lasten lääkintään liittyvissä asioissa, vaikka heidän lapsensa mainitsevatkin sen paikana, mistä voi hakea tietoa lääkkeistä (Kärkkäinen ym. 2010).

Mainonta

Lääketeollisuutta ja sen suorittamaa mainontaa pidetään yhtenä suurimmista lääkkeiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä (Sanz, Bush & Garcia 1996). Tässä tutkimuksessa haastatellut äidit jakaantuivat mainontaan suhtautumisensa perusteella useaan ryhmään: Marja ja Eeva kertovat, etteivät kiinnitä mainontaan huomiota lainkaan. Maija ei vastaa kysymykseen, vaan sanoo, ettei lääkkeitä tarvitsisi mainostaa ollenkaan, sillä hänen mielestään jokainen saa viimeistään tarvittavan informaation vieraillessaan apteekissa. Marja, Eeva ja Satu mainitsevat, että ainoastaan itsehoitolääkkeitä saa mainostaa. Teija kertoo katsovansa reseptilääkkeistä hintaa eikä merkkiä. Muut äidit (n=7) puhuvat lääkemainonnasta hyvin yleisellä tasolla mainiten lähinnä, että "kyllähän lääkkeitä mainostetaan".

Äidit ovat huomanneet lääkemainontaa apteekeissa, niiden lehdissä, muissa lehdissä, kaupoissa ja televisiossa. Lääkkeitä mainostavat usein terveen näköiset nuorehkot ihmiset eivät vanhat ja raihnaiset. Mainokset antavat usein kuvan lääkkeen ottamisesta positiivisena arkeen kuuluvana asiana, joka helpottaa oloa (ks. taulukko 14).

Taulukko 14. Haastateltujen äitien (n=12) käsityksiä lääkemainonnasta.

	Missä lääkkeitä mainostetaan?	Miten lääkkeitä mainostetaan?
Satu	Kauppa ja apteekki	Tarjoukset
Piia	Apteekit ja niiden lehdet	
Marjaana		Lääkkeet ovat kuin karkkeja.
Seija	TV ja lehdet	Aikakauslehtien tietoiskun tyyppiset lääkemainokset.
Miia		Terveen näköiset ihmiset mainostavat. Yleensä asiantunteva ja asiallinen ote.
Teija		Lääkemainokset ovat yleensä positiivisia ja niissä on terveitä iloisia nuoria ihmisiä. Mainoksissa korostuu, että lääkkeitä ei tule mitään sivuvaikutuksia.
Irja	TV ja mainoslehdet	
Tarja		Kauniita luontokuvia ja musiikkia. Terveet ja nuoren näköiset mainostavat, eivät sairaita ja raihnaiset. Annetaan kuva lääkkeen ottamisesta luonnollisena osana arkea.
Jenni	TV	Särkylääkemainoksia jäänyt mieleen. Ruokamainos, jonka jälkeen närästyslääkemainos. "Niissä on aina joku bakteeri ja siihen tulee joku hyvä lääke ja se auttaa, että saapi olon hirmu hyväks ja muuta."

Äideistä seitsemän ei usko ostaneensa mitään lääkettä mainoksen perusteella. Viisi äideistä, jotka tunnistivat mainonnan vaikuttaneen heidän ostokäyttäytymiseensä, olivat ostaneet joko maitohappobakteeri- tai vitamiinivalmisteita tai sitten rasvasiepparin, närästyslääkkeen tai aftalääkkeen. Isossa-Britanniassa tehdyssä 0–4-vuotiaiden lasten vanhempien itsehoitolääkkeiden ostamista tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin ostamiseen vaikuttavan lääkemainonta ja tunnetut lasten lääkemerkkit (Gray, Boarman & Symonds 2011). Tässä tutkimuksessa mainoksen perusteella ostetuiksi havaitut lääkkeet olivat äideille itselleen.

Tarja ei tiedosta ostaneensa koskaan lääkettä mainoksen perusteella, mutta ei tiedä, mikä ostopäätöksiin on vaikuttanut alitajuisesti:

"En. Tai mistä minä tiedän (huudahtaa)? Niin, olisinko minä koskaan saanu tietää buranasta, jos minä en ois nähny niitä mainoksia. Mistä minä tiän?"

Satu oli aikanaan ostanut rasvasiepparin apteekista, vaikka farmaseutti oli sanonut, että jo saatuja rasvoja se ei sulata. Hän kertoo sortuvansa myös usein syksyn vitamiinitarjouksiin. Marjaana heittää ilmaan kysymyksen siitä, että jos lääkkeitä ei mainostettaisi, niin mistä ihmiset saisivat niistä tietoa. Hän uskoo myös, että suurin osa ihmisistä ostaa apteekista aina saman merkkisiä hyväksi havaittuja lääkkeitä, eikä niinkään osta mainosten perusteella:

Noh...ehkä vähän tälläsenä niin sanottuna vähän niinku karamelliä. Ku otat tätä ja tuota tuosta niin kaikki on hyvin. Toisaalta sitten jos niitä ei mainosteta niin mistä se ihminen sitä tietoo saa, varsinkaa joka ei tarvii muusta syystä apteekkiin kun hakemaan jotain särkylääkettä tai reseptilääkettä niin aika pihallahan sitä siellä ois jos seisos ja rupeis miettimään mitähän se tämä on. Mut mie uskon kyllä, että hyvin moni ihminen on tällänen urautunut lääkkeiden käyttäjä, et esimerkiks särkylääkkeitä käytetään tiettyjä hyväksi havaittuja merkkejä et ei varmaan mainoksen perusteella kukkaan lähe, et otampa seuraavan kerran jotain toista.

Seija on kiinnittänyt huomiota aikakauslehtien mainostietoisuuteen. Hän on ostanut myös lääkettä mainoksen perusteella.

No, oon mie nyt huomannu TV:ssä ja lääkkeissä ja lehissä ja ja tietysti vielä sitten sitten varmaan kytkeytyy noissa aikakauslehdissä niihin juttuihin ja niissä on vähän ei niinku mainoksia semmosia tietoisuuksia, juttuja. Ne on kuitenkin varmaan maksettuja mainoksia.

Oon...just tossa heitin roskeen ton aitalääkkeen, mikä aiteks. Just tossa pari päivää sitten huomasin, että se on ollu jo kaksi vuotta ja kuivunu. Et sen varmaan ostin silleen ainakin, et oli joku mainos, että on tullu semmonen lääke. Et joskus tulee just oikeeseen aikaan mainos, ku tarvii just siihen vaivaan lääkettä.

Miian mukaan lääkkeitä mainostavat terveen näköiset ihmiset. Usein mainos pyrkii myös olemaan asiallinen. Miia ei osaa sanoa, paljonko mainonta vaikuttaa hänen lääkevalintoihinsa, ehkä enemmän kuitenkin farmaseutin suositukset.

Yleensä valkoseset hampaat, et terveen näköiset ihmisethän niitä mainostaa, mutta jotenkin myös niinku ei ehkä niinkään semmonen niinku ylitsevuotavan tai vähän semmonen pidättyväinen ote myös. Et ehkä enemmän asiallinen ja asiantunteva ote, joka vaikuttaa.

En ole sillä tavalla lähtenyt apteekkiin ostamaan mitään, mutta tietysti ainahan sitä on hankala kun sitä apteekissa on et mikä vaikuttaa. Ja kun siellä on ja keskustele, vaikka farmaseutin kanssa et mitä hän suosittelee et siihen on helppo tarttua sitten. Et en nyt muista erityisesti, et varmaan jotain allilaihdutusvalmistetta, et en oo koskaan ostanu, mutta tietysti jonkun verran näitä on jotka jää mieleen.

5.4 LÄÄKETURVALLISUUS

Äitejä ja lapsia haastatellessa kysyttiin lääketurvallisuuteen liittyviä asioita. Ensimmäisenä käsitellään haastattelussa äideiltä (n=12) ja lapsilta (n=12) kysytyjä lääkkeen säilytyspaikkoja. Tämän jälkeen tarkastellaan osallistuvan havainnoinnin menetelmällä tehtyjä lääkekaappitutkimuksia. Sen jälkeen palataan haastatteluai-neistoon ja käsitellään käsityksiä lääkkeiden väärinkäytöstä ja lääkemyrkytyksistä

sekä kuvataan kokemuksia lääkkeiden haittavaikutuksista. Tässä osiossa vastataan lääketurvallisuutta koskevaan tutkimuskysymykseen sekä lääkekaappitutkimuksen osalta perheiden käytössä olevia lääkkeitä koskevaan kysymykseen.

Lääkkeiden säilytys

Kaikissa haastatelluissa perheissä (n=12) lapset tietävät perheen lääkkeiden säilytyspaikat. Samaan tulokseen päädyttiin myös Hämeen-Anttilan (2006) tutkimuksessa. Missään perheessä lääkkeiden säilytyspaikat eivät olleet lukossa, vaikka kaappi olisikin ollut lukittava ja ovesa olisi ollut avain. Käytössä olevia lääkkeitä moni säilytti keittiön yläkaapissa. Ahosen (1996) jyvaskyläläisten lääkekaappeja kartoittavassa tutkimuksessa 40 vastaajasta kolme neljäsosaa säilytti lääkkeensä myös keittiössä. Tässä tutkimuksessa niissä perheissä, joissa oli lääkekaappi, harvemmin käytössä olevia lääkkeitä säilytettiin siellä. Osa lääkkeistä oli monella myös WC:n kaapissa. Jääkaapissa säilytettiin kolmessa perheessä kylmäsäilytystä vaativia lääkkeitä. Samoihin lukitsemattomiin lääkkeiden säilytyspaikkoihin päädyttiin myös kansainvälisessä 8 maan (Alankomaat, Kreikka, Yhdysvallat, Saksa, Suomi, Espanja, Italia ja Jugoslavia) kattavassa lääkekaappitutkimuksessa (Sanz, Bush & Garcia 1996, 77–101).

Tutkittujen perheiden henkilökohtaiset lääkkeet olivat muutamassa perheessä makuuhuoneen lipastossa tai repussa/kassissa mukana koulussa tai työpaikassa. Kolme äideistä, Eeva, Marjaana ja Teija, perustelivat lääkekaapin lukitsemattomuutta sillä, että lapset ovat jo niin isoja, eivätkä ole osoittaneet kiinnostusta mennä lääkekaapille omin päin. Lisäksi lääkkeitä ei muista ottaa, jos ne eivät ole ulottuvilla, kuten esimerkiksi keittiön kaapissa. Irja mainitsi heidän lukitsevan lääkekaapin aina silloin, kun heille tulee pieniä lapsia kylään, sillä kaappi on täynnä lääkäri-isän saamia lääkennyttä.

Tulos myötäilee Suomen apteekkariliiton (2010) tutkimuksen tuloksia, jossa vain 35 % suomalaisista säilytti lääkkeensä lääkekaapissa. Puhumattakaan siitä, että vain 22 %:lla lääkkeet olivat lukkojen takana. Lääkekasvatusintervention aikana 4.luokkalaisten (10–11-vuotiaiden) piirtämistä lääkekaapeista havaittiin, että vain muutama piirsi kaappiin lukon ja avaimen ja vain muutama oli kirjoittanut viereen, että lääkkeiden tulisi olla lasten ulottumattomissa (Kärkkäinen ym. 2014). Tämä havainto tukee näkemystä kotien lääkekaappien lukitsemattomuudesta.

Suomalaiset ovat myös laiskoja lääkekaapin siivoajia (Apteekkariliitto 2010). Tämä näkyi myös omassa tutkimuksessani, jossa perheistä löytyi useammankin vuoden vanhoja lääkkeitä.

5.4.1 Lääkekaappitutkimus

Lääkekaappitutkimus tehtiin perheissä haastattelujen yhteydessä. Kahdestatoista perheestä kahdessa en päässyt tekemään lääkekaappitutkimusta. Toiseen syy oli haastattelupaikka, joka oli äidin työpaikka (Miia) ja toiseen haluttomuus kertoa perheen sairauksista ja esitellä perheen lääkkeitä (Maija).

Yhteensä näin 195 perheiden lääkkeeksi luokittelemaa pakkausta. Läkkeitä esiteltiin perheestä riippuen 8–33 kappaletta. Kansainvälisessä kahdeksan maan kattavassa lääkekaappitutkimuksessa Jyvaskylän tutkituilla neljälläkymmenellä koti-

taloudella oli keskimäärin kahdeksan lääkettä kotonaan (Sanz, Bush & Garcia 1996), mikä on vähän verrattuna tässä tutkimuksessa havaittuun keskimääräiseen lääkkeiden määrään, joka oli 19,5. Jokaisen perheen jäsenen mainittiin käyttävän tai joskus käyttäneen jotakin lääkettä. Henkilön käytössä olevaksi tai käytössä olleeksi mainittiin 1–18 lääkettä. Nuorin lääkkeen käyttäjä oli 10 kuukauden ikäinen tyttövauva ja vanhin 70-vuotias mies.

Lääkkeiden nimeltä mainitsemista ei pidetty lääkekaappitutkimuksen osalta tarpeellisena, joten lääkemerkit on jätetty pois. Lääkkeet on jaettu itsehoito- ja reseptilääkkeisiin tutkittavien oman kertoman perusteella.

Lääkkeet keittiön yläkaapissa – Marjan perhe

Perheeseen kuuluvat Marja-äiti (35–39 v), isä (40–44 v), Tuomas (9–10 v), poika (8–10 v), tyttö (11–12 v) ja 10 kuukauden ikäinen tyttövauva. Lääkkeitä säilytetään tällä hetkellä keittiön yläkaapissa lukitsemattomana. Isän lääkkeet ovat kaapin yläpuolella lasten ulottumattomissa. Kaikissa näkemissäni lääkkeissä olivat päiväykset kunnossa. Marja kuvaili lääkekaapin sisältöä seuraavasti:

Joo, mulla ei tässä ole muuta kun jotain särkylääkettä, suppoja ja nestemäistä Panadolia ja joku miehenlääke siellä saattaa olla. Mun miehellä on krooninen nivelsairaus niin, itse asiassa hän kyllä säilyttää omat lääkkeet pussissa joka on tuolla ylhäällä, et kukaan ei pääse.

Isä esitteli lääkekaapin sisällön, kun tuli kotiin töistä juuri haastatteluiden päättyessä. Hän kertoi, että hänellä oli aikoinaan ollut krooniseen nivelsairauteen määrättyä huumaavaa lääkettä, jota lääkäri oli määrännyt yliannostuksen, jonka tarkkaavainen farmaseutti oli huomannut korjata. Isä oli kuitenkin ehtinyt syödä yliannosteltua lääkettä jo jonkin aikaa, ja olo oli ollut hyvin tokkurainen ”hyvä kun pystyssä pysyi”.

Lääkekaapista löytyi yhdeksäntoista lääkettä. Oli itsehoitolääkkeinä kipulääkkeitä särkyyn ja kuumeeseen sekä imeskelytabletteja kipeään kurkkuun koko perheen käyttöön. Oli myös monivitamiineja ja kylmägeeliä koko perheen käyttöön. Isällä oli tutkimushetkellä äänihuulten tulehdus, johon hänellä oli yksi itsehoitolääke ja kaksi reseptilääkettä. Koska isällä on myös krooninen nivelsairaus, johon hän syö kipulääkettä, hänellä oli myös reseptillä määrättyä vatsansuojalääkettä. Isällä oli myös reseptilääkettä astmansa hoitoon. 9–10 vuotiaalla Tuomaksella oli kahta itsehoitolääkettä nokkosihottumaan. Haastattelussa esiin tulleita Marja-äidin ja Tuomaksen migreenilääkkeitä eikä kahden lapsen astmalääkkeitä ollut tässä kaapissa, eikä niitä esitelty.

Inventaarion tarpeessa – Eevan perheen lääkekaappi

Perheeseen kuuluvat Eeva-äiti (45–48 v), isä (40–44 v), Joonas (9–10 v) ja poika (7–8 v). Perheen päivittäisessä käytössä olevia lääkkeitä säilytetään keittiön kaapissa, joka ei ole lukittu. Eteisessä korkealla olevassa lääkekaapissa säilytetään harvemin käytettäviä, kuten kyypakkausta, mutta senkin ovesta löytyy kaapin avain. Lääkekaappitutkimuksessa mukana on vain keittiön kaapissa olevat käytetyimmät lääkkeet. Eeva innostui lääkekaappitutkimuksesta keinona saada kaappi siivottua, ja hän siivoilikin lääkekaappia kirjatessani lääkkeitä lomakkeelle:

”Itse asiassa tänään just katoin, et voi herran jestas, et siellä pitäis kyllä tehdä jonkinnäkönen inventaario.”

Lääkkeitä, joihin tutustuin, oli kaksikymmentä. Lääkekaapista löytyivät perinteiset vitamiinit koko perheen käyttöön. Ainut kaapissa ollut luontaistuote oli bioteekin auringonhattu. Sieltä löytyi myös vanhemmille konjakkia yskänlääkkeeksi. Konjakki luokitellaan yleisen sektorin lääkehoitoon, joka sisältää maallikon omat menetelmät terveyden ja sairauden hoidossa (Kleinman 1980; Prout & Christensen 1996, 33.)

9–10-vuotiaalla Joonaksella on astman hoitoon kaksi reseptilääkettä, yksi reseptillä saatu yskänlääke ja itsehoitolääkkeenä saatavaa nenäsumutetta sekä kipeään kurkkuun imeskelytabletteja. Hänen 7–8-vuotiaalla veljellään on yksi reseptillä saatava astmalääke, itsehoitolääkkeenä saatavaa nenän kostutusliuosta sekä migreenin estolääke. Eevalla on kaksi reseptilääkettä omaan astmaansa. Isä käyttää kroonisen nivelsairauden hoidossaan reseptillä saatua kipulääkettä, tulehduskipulääkettä sekä vatsansuojalääkettä. Kaikissa lääkepakkauksissa oli päiväykset kunnossa.

Vanhat lääkkeet pois – Sadun perheen lääkekaappi

Perheeseen kuuluvat Satu-äiti (45–48 v), isä (45–48 v), Matti (9–10 v) ja tyttö (8–9 v). Lääkkeitä säilytetään keittiön yläkaapissa, joka ei ole lukittava ja siellä on erillisissä pusseissa aikuisten ja lasten lääkkeet. Vahvat lääkkeet säilytetään vaatehuoneen ylähyllyllä. Minulle esiteltiin kolmekymmentäyksi erilaista lääkettä.

Perheessä oli käytössä erilaisia vitamiineja, maitohappobakteereja antibiootti-kuurien kanssa käytettäväksi, kipulääkkeitä ja desinfiointiaineita haavoja varten. Sadulla oli kolme reseptilääkettä tulehdukseen, kipuun ja kuumeeseen sekä itsehoitolääkkeitä jalkasieneen ja ihovaurioihin. Isä käytti reseptilääkettä unettomuuteen ja kipuun. Lisäksi Sadun äiti oli tuonut perheen isälle unettomuuteen melatoniinia ulkomailta. Isä käyttää myös itsehoitoyskänlääkettä. Matille oli määrätty joskus aikaisemmin kipuun ja kuumeeseen reseptilääkettä. Matin kasvukipuihin käytetään itsehoitolääkettä. Kaapissa oli myös allergialääkettä, jota Matti käytti ennen korva- ja nielurisaleikkausta.

Kaapista löytyi myös vanhoja lääkkeitä. Itsehoitolääkkeitä olivat seuraavat: lasten särkylääke (vuoden vanha), Sadun ihovauriolääke (2 vuotta vanha), lapsille maitohappobakteereja kolme erimerkkistä pakkausta (2 vuoden vanhaa, yksi muutaman kuukauden), voide (2 vuotta vanha), Sadun yrttitipat (7 vuotta vanha) ja korvalääke (1 vuoden vanha). Seuraavat reseptilääkkeet olivat myös vanhentuneita: silmätipat, joita Satu kertoi käyttäneensä korvakutinaan (vuoden vanha, tulisi säilyttää jääkaapissa) ja desinfiointiaine leikkaushaavaan (muutama kuukausi). Satu laittoi vanhat lääkkeet sivuun apteekkiin viemistä varten, joten samalla tuli siivottua lääkekaappi.

Lääkkeet keittiössä ja WC:ssä – Piian perhe

Perheeseen kuuluvat äiti Piia (40–44 v), isä (49–50 v), Niko (11–12 v) ja tyttö (7–8 v). Keittiössä säilytetään ylähyllyllä korissa käytetyimmät lääkkeet (ei lukittu kaappi) ja loput ovat yläkerran WC:ssä lukitsemattomassa yläkaapissa. Pian unilääkkeet olivat yöpöydän laatikossa ja isän lääkkeet atopiaan (kortisonit) oli työmatkalla mukana. Minulle esiteltiin vain kahdeksan lääkepakkausta.

Nikolla on reseptilääke siitepölyallergiaan, jota käyttää myös perheen isä ja Nikon sisko. Nikolla on myös reseptilääkkeenä saatavia silmätippoja allergiaan sekä todella vanhaa (päiväys hankautunut pois) kortisonivoidetta ihottumaan, jota käytetään edelleen. Perheen työllä on reseptilääke yökasteluun ja ihottumaan. Lapsille on lisäksi itsehoitolääkettä särkyyn ja kuumeeseen. Piialla on itsehoitolääkettä artyneeseen suoleen ja reseptillä saatavaa unilääkettä. Kipulääkkeitä ym. Piia ei esitellyt.

Lääkkeet keittiössä peltirasioissa – Marjaanan perhe

Perheeseen kuuluu isä (66–70 v), Marjaana-äiti (49–53 v), Eero (13–14 v), poika (12–13 v) ja tyttö (9–10 v). Lääkkeitä säilytetään lukitsemattomassa keittiön kaapissa peltirasioissa. Pääsin tutkimaan vain keittiön lääkevarastot, josta löytyi kolmetoista lääkepakkausta. Isän runsas lääkevarasto kilpirauhasen vajaatoimintaan ja korkeaan verenpaineeseen on Marjaanan mukaan yläkerrassa lukitsemattomassa kaapissa. Korkea ikä lisää lääkkeiden käyttöä monien tutkimusten mukaan (esim. Klaukka, Martikainen & Kalimo 1990; Martikainen, Alha & Rajaniemi 2012), niin kuin tästäkin voidaan huomata.

Eerolla on migreeniin reseptilääkkeenä saatavaa sumutetta että pahoinvointilääkettä migreenikohtausten aikana käytettäväksi. Lisäksi hänellä on erillinen reseptillä saatu migreenilääke, joka kulkee koulussa mukana. Isän lääkkeitä keittiössä on vain reseptillä saatua tulehduskipulääkettä, jota hän käyttää leikkauksen jälkeisenä hoitona. Eeron 12–13-vuotiaalle veljelle on määrätty yskänlääkettä.

Lisäksi kaapista löytyy Marjaanan ja lasten käyttämiä vitamiineja ja 12–13-vuotiaan pojan käyttämiä maitohappobakteereita. Lisäksi kaapissa on kaikkien käyttöön itsehoitolääkkeinä kipulääkettä sekä kipulääkegeeliä. Marjaana oli ostanut itselleen itsehoitolääkkeenä univaikeuksiinsa kasvirohdosvalmistetta, mutta ei ole käyttänyt sitä.

Seija esitteli koko lääkerepertuaarin

49–53-vuotias Seija asuu 13–14-vuotiaan poikansa Jaakon kanssa. Perheen vanhin täysi-ikäinen poika asuu jo omillaan. Perheen lääkkeille on monta säilytyspaikkaa: keittiön kaappi (ei lukittu), osa lääkkeitä ilman pakkausta kylpyhuoneessa ja äidin lääkkeet makuuhuoneessa.

Minulle esiteltiin yksi koiran reseptilääke ihottumaan ja yksi itsehoitolääke korvien puhdistukseen. Koiralle syötetään myös vanhoja kalanmaksaöljykapseleita. Yhteisessä käytössä oli itsehoitolääkkeinä myytäviä kipugeeliä, kortisonia, maitohappobakteereita, yskänlääkettä, särkylääkettä, vitamiineja ja kuumelääkettä. Enemmistö lääkkeitä oli Seijan käytössä (ks. taulukko 15), joista suurin osa oli itsehoitolääkkeitä, joiden joukossa oli myös kaksi homeopaattista valmistetta. Seijan lääkkeitä kaksi oli vanhoja.

Taulukko 15. Seijan lääkkeet hänen itsensä jakamana itsehoito- ja reseptilääkkeisiin.

Reseptilääkkeet	Itsehoitolääkkeet
Migreenin estolääke	Magnesiumvalmiste
2 erilaista kipulääkettä	Nokkos-kalkki-inkivääri (luontaistuote nivelille)
Lääke univaikeuksiin	Kipulääke
Melatonini (kuurimaisesti univaikeuksiin)	B-vitamiinivalmiste
	Nestemäinen vitamiinivalmiste
	Peräpukamavoide
	Emulsiovoide (vanha)
	Voide haavoihin
	Lääke röyhtäilyyn (oikeasti reseptilääke)
	Homeopaattinen valmiste (vanha)
	Lääke ripulin hoitoon
	Homeopaattinen valmiste kivun lievitykseen nivelissä

Lääkkeet maustekaapissa – Teijan perhe

Perheeseen kuuluu isä (45–48 v), Teija-äiti (40–44 v), Arttu (13–14 v), tyttö (14–15 v) ja poika (9–10 v). Perheen lääkkeitä säilytetään keittiön maustekaapissa, joka ei ole lukittu, päivittäin käytettävät lääkkeet ovat keittiön työtasolla sekä joitakin lääkkeitä pidetään jääkaapissa. Perheessä olisi kyllä lukollinen lääkekaappi, mutta sitä ei ole asennettu takaisin remontin jälkeen. Perheen lääkkeistä näin vain kymmenen kappaletta.

Perheen isä ja tytär sairastavat 1.tyypin diabetesta, joten heillä on kummallakin reseptilääkkeenä saatavaa insuliinia. Itsehoitolääkkeet matkalle lähdetessä (ripuliin) ja hiilitabletit ovat koko perheen käytössä. Kipulääkettä löytyy vanhemmille. Tytölle löytyy itsehoitolääkettä kuumeeseen. Artulle on itsehoitolääkkeenä ostettua allergialääkettä ja myös reseptillä määrättyä kahta allergialääkettä (keittiön työtasolla). Naapurin lääkäri oli kirjoittanut Artulle märkäruppeen reseptilääkettä, joka ei enää ollut käytössä.

Kaappi täynnä lääkenäytteitä – Irjan perhe

Kun kysyin perheen äidiltä, saanko katsoa heidän lääkekaappiinsa, äiti nauroi ja sanoi:

”Pitäskö laittaa siihen ehdoksi, et jos siivoat sen ja viet sieltä vanhat pois! Ei siellä nyt tällä hetkellä oo kauheen paljon vanhoja.”

Perheeseen kuuluvat 49–53-vuotiaat isä ja Irja-äiti sekä 13–14-vuotias Emma. Isä esitteli lääkekaapin sisältöä. Läkkeitä säilytetään eteisen lokerokaapissa (ylin lokero, avain ovesa). Kun Emma oli pieni, avain ei ollut ovesa ja nykyäänkin jos tulee pieniä lapsivieraita, avain otetaan ovesta pois. Jääkaapista löytyy joitakin kylmässä säilytettäviä lääkkeitä. Koska isä on lääkäri, kaapissa oli kaiken varalta vaikka mihin

vaivaan lääkenäytteitä esim. antibiootteja. Osa näytteistä oli vanhoja. Kirjasin ylös minulle esitellyt 15 lääkettä, mutta kaapista löytyi ainakin kolmekymmentä erilaista lääkenäytettä.

Irja-äidillä oli reseptilääkettä allergiaan ja Emmalla raudanpuutosanemiaan. D-vitamiinia käytti koko perhe. Itsehoitolääkkeenä myytävää kortisonivoidetta allergiaan käytti koko perhe. Lääkekaapista löytyi kipulääkkeitä koko perheen käyttöön. Itsehoitolääkkeenä saatavaa ripulilääkettä oli matkoja varten. Emma käyttää itsehoitolääkkeenä saatavaa kipulääkettä särkyyn ja isä kipugeeliä päänsärkyyn. Kaapissa oli useita lääkenäytepakkauksia kaiken varalta esim. reseptilääkkeenä myytäviä antibiootteja infektioihin sekä reseptillä saatavia kortisonivoiteita. Jääkaapissa oli myös reseptilääkkeenä saatavaa yskänlääkettä, jos jollekin perheen jäsenelle tulee yskä.

Lääkkeet keittiön vihreässä kaapissa – Tarjan perhe

Perheeseen kuuluvat 49–53-vuotiaat isä ja Tarja-äiti sekä tytär (18–19 v), Riina (13–14 v) ja poika (16–17 v). Suurinta osaa lääkkeistä säilytetään keittiön vihreässä kaapissa (ei lukittava), osa lääkkeistä on lääkekaapissa kaapin sisällä. Isän insuliinit ovat jääkaapissa ja isän muut lääkkeet makuuhuoneessa. Lääkkeitä oli yhteensä seitsemäntoista.

Lääkekaapista löytyy kipulääkettä ja vitamiinivalmisteita koko perheen käyttöön. Kuumetta alentava kipulääke oli kaikkien paitsi Tarjan käytössä, vaikka se olikin määrätty isälle. Syylävoidetta oli ostettu aikoinaan, mutta sitten sitä ei ollutkaan käytetty. Totesimme sen kolme vuotta vanhaksi ja Tarja otti sen kaapista pois apteekkiin viemistä varten. Itsehoitolääkkeenä saatavaa voidetta ihovaurioiden hoitoon oli koko perheen käyttöön. 16-vuotiasta poikaa varten kaapissa oli haavasidosta. Isälle oli määrätty lihasten rentouttamiseksi reseptilääkettä, diabetekseen insuliinia, syyllä-lääkettä sekä tulehduskipulääkettä. Tarjalle oli määrätty peräpuikko ja kilpirauhasen vajaatoimintaan lääkettä. Tarja sekä 16–17-vuotias poika käyttivät koivun siitepölyallergiaan itsehoitolääkettä. Perheen 18–19-vuotias tyttö käytti itsehoitolääkettä raudanpuutosanemiaan. Koko perheen käyttöön oli ostettu itsehoitolääkkeenä saatavaa ripulilääkettä ulkomaanmatkaa varten, mutta sitä ei ollut tarvittu.

Jennin kaapista löytyy itsehoitolääkkeitä moneen lähtöön

Perheeseen kuuluvat 35–39-vuotiaat isä ja Jenni-äiti, 13–14-vuotias Ilari, 11–12-vuotias poika ja 8–9-vuotias tyttö. Perheen lääkkeitä säilytetään keittiön yläkaapissa, joka ei ole lukittava. Perheen kaapista löytyi 38 erilaista valmistetta, joka on enemmän kuin näin kenelläkään muulla haastateltavalla. Kuitenkin Jenni kuulutti lääkkeetömyyden perään:

”Meillä aika vähän käytetään lääkkeitä, että oikeestaan äärimmäisessä kivussa, et ku ei auta enää mikkään muu.”

Toki valmisteista kymmenen oli koko perheen käyttöön tarkoitettuja vitamiineja tai maitohappobakteereita. Lisäksi löytyi kipulääkkeitä, flunssalääkkeitä ja kuumelääkkeitä. Jenni kertoi haastattelussa, etteivät he käytä luontaistuotteita, mutta Carmolis yrttitipat ja Ruotsintipat ovat luontaistuotteita. Perheen vanhemmat yrittävät molemman päästä tupakoinnista eroon, joten he käyttävät Nicotinell-tuotteita. Jennillä

on lisäksi reseptillä määrätty kuuri tupakasta eroon pääsemiseksi sekä reseptillä määrättyjä e-pillereitä. Lisäksi hänellä on reseptivapaata nenänkostutusliuosta. Isällä on reseptillä määrättyä lääkettä lihasjäykkyyteen. Isällä on myös reseptivapaita korvanpuhdistustippoja. Ilari käyttää kahta erilaista kipugeeliä, joita saa ilman reseptiä, urheiluvammaansa. Poika käyttää lisäksi kylmägeeliä. 11–12-vuotiaalla pojalla on käytössä reseptillä määrättyä allergialääkettä (nenäsumute). Reseptivapaata allergialääkettä kaapissa on kaiken varalta.

5.4.2 Lääkkeiden väärinkäyttö

Kaikki haastatteluun osallistuneet äidit (n=12) olivat sitä mieltä, että on tärkeää puhua lapsille lääkkeiden väärinkäytöstä. Vanhempien ja lasten välillä käydyt keskustelut terveysasioista ovatkin tärkeitä nuoren terveystottumusten kannalta (Tinsley & Lees 1995; Pulkkinen 1997; Tossavainen 1997; Turunen, Tossavainen & Nyman 2000). Piia mainitsee, että väärinkäytöstä voi puhua jo 4.luokkalaisille (oma poika 4.luokkalainen), mutta ei ehkä vielä nuoremmille. Seija uskoo, että kaikista aiheista pitää pystyä lapsen kanssa puhumaan, ottaen tietysti huomioon lapsen iän. Myös Irjan mielestä lapsen ikä tulee huomioida, kun puhutaan lääkkeiden väärinkäytöstä:

No se vähän riippuu, minkä ikäiselle. Et yläkoululaiselle jo voi. Et tietysti on sillä tavalla, et väärinkäytöstä ettei sitä liika annostusta tule niin pienemmillekin täytyy totta kai sanoa ettei turha takia. Et sillä tavalla, mut sit isommille myöskin näistä muista haitoista.

Kun äideiltä tiedusteltiin, tuntevatko he ketään lääkeriippuvaista, osa (n=7) ymmärsi sen tarkoittavan sellaisia henkilöitä, jotka käyttävät lääkkeitä väärin. Neljän mielestä myös pakollinen lääkkeen käyttö pitkäaikaissairauteen on lääkeriippuvuutta. Yksi vastaajista ei pitänyt tätä lääkeriippuvuutena vaan pakollisena lääkkeen käytönä. Lääkkeen väärinkäytössä on ominaista hoidollisesti tarpeettoman tai tarpeettomaksi muuttuneen lääkkeen jatkuva tai pakonomainen käyttö välittämättä käytön aiheuttamista terveydellisistä tai sosiaalisista haitoista (Huttunen 2008).

Äideistä kolme kertoo tuntevansa lääkkeiden väärinkäyttäjiä. Seija kertoi, että hänellä itsellään oli lievä unilääkeriippuvuus, joka tuli tunteesta, ettei nukahda enää ilman lääkettä. Yleisimpien väärin käytettyjen lääkkeiden joukkoon kuuluvat juuri nukahtamislääkkeet (Haukipuro 2011).

Eeva, Marja, Satu, Tarja, Teija, Maija, Piia, Marjaana ja Jenni (n=9) eivät ole käyttäneet joltakin ystävältä tai sukulaiselta saatua reseptilääkettä. Kansainvälisessä kahdeksan maan kattavassa lääketutkimuksessa havaittiin myös, että lääkkeitä hankittiin harvoin sukulaisilta tai ystäviltä, ainoastaan Hampurissa näin teki 5 % (Sanz, Bush & Garcia 1996, 77–101). Sen sijaan Piian perheessä perheen isä ja tytär käyttivät Nikon siitepölyallergiaan kirjoitettuja reseptilääkkeitä. Tarjan perheessä isälle määrättyä kuumetta alentavaa kipulääkettä ovat käyttäneet myös perheen kaksi lasta. Teija ei ole varsinaisesti ottanut keltään lainattua lääkettä, mutta sukulaishammaslääkäri on kirjoittanut joskus perheelle reseptilääkkeitä. Maijalla on kuitenkin tuttavita, jotka ovat lääkkeitä lainanneet. Hänen mielestään se on yllättävän yleistä, että vaihdellaan lääkkeitä. Tässäkin vastaajajoukosta heitä löytyi kolme.

Miia on joskus ottanut puolisolle määrättyä Burana kuusisatasta, mutta ei koskaan kenellekään tuntemattomammalle määrättyä lääkettä. Seija on lainannut ystävältä unilääkettä:

”Hmm...oon joskus. No kerran kävin lainaamassa yhen unilääkkeen kaverilta (nauraa). Ja sitten hää lunasti sen takasin jonku ajan päästä.”

Irja on tarpeen vaatiessa lainannut ystävältä tai sukulaiselta reseptilääkettä kylässä ollessaan:

”No joku vatsalääke tai tämmönen, oisko se ollu närästyslääke ja sitten myöskin kun on kylässä, jos on ollu joku, päänsärky on harvinaisempi, mutta jos tulee joku tämmönen yllättävämpi ni silloin.”

5.4.3 Lääkemyrkytys

Kun puhutaan lääkkeiden väärinkäytöstä, tulee puhua myös lääkemyrkytyksistä. Yhden perheen lääkemyrkytyksen ennaltaehkäisystrategia tuli esiin kyselyssä. Perheen isällä oli runsas lääkevarasto, joten vanhemmat toimivat jo ennaltaehkäisevästi. Toimintamalli oli myös tuottanut halutun tuloksen:

Lapsi oli n. 4-vuotias, kun hänen nyt edesmennyt isänsä sai paljon lääkkeitä (Marevan, Dixocin, Emconcor). Lääkkeitä säilytettiin korkealla hyllyssä, ne olivat lasioven takana eikä niitä piilotettu. Lapselle selitettiin, mitä ne ovat ja ketä varten ne ovat ja että niitä ei saa ottaa. Jos löytää lattialta pitää kertoa äidille ja isälle. Kerrottiin että ne on tosi pahanmakuisia ja vaarallisia. Lapselle sanottiin, että isin lääkkeet on vaarallisia myös koiralle, siksikin ne pitää tuoda vanhemmille, jos löytää vaikka lattialta, ettei koirakaan syö. Lääkkeisiin liittyvistä asioista muistutettiin aina silloin tällöin. Joskus isä näytti kädessään olevaa lääkettä, että näyttää karkeilta, mutta on tosipahoja ja hän vielä irvisteli lääkkeet otettuaan niiden pahaa makua. Kerran lapsi toi minulle lattialta löytämänsä tabletin, se oli koiran sylkäisemä matolääketabletti - mutta niin lapsi toimi kun oli sovittu.

Äideiltä tiedusteltiin haastattelussa, mitä he tekisivät lääkemyrkytystapauksessa. Äideistä kaikilla näytti olevan oletus siitä, että lääke olisi otettu suun kautta ja toiminta tilanteessa olisi sen mukaista. Kaikki äidit (n=12) soittaisivat ainakin apua terveydenhuollon ammattilaisilta ja osa sanoi, ettei tekisi mitään ennen kuin saisi ohjeet, miten toimia (n= 6) (ks. taulukko 16). Osa turvautuisi hiilen antamiseen (n=4), mikä onkin useammassa tapauksissa suositeltavaa (HUS 2014). Huolestuttavaa sen sijaan on se, että vain joka viidenneltä suomalaiselta löytyisi kotoa lääkehiiltä, jos sitä tarvittaisiin (Apteekkariliitto 2010). Neljä äideistä saattaisi myös tilanteen mukaan oksennuttaa, mikä sen sijaan ei ole nykyohjeissa suositeltava toimenpide (HUS 2014). Vain yksi äideistä mainitsi, että kysyisi mitä lääkettä on otettu, mikä on yksi tärkeimmistä toimintaohjeista lääkemyrkytystapauksissa.

Taulukko 16. Äitien haastattelussa (n=12) kertoma toiminta lääkemyrkytystapauksessa.

Toiminta lääkemyrkytystapauksessa	Toimijat
Avun pyytäminen (soittaminen)	
Hätänumero (112)	Eeva, Maija, Marjaana, Seija, Miia, Teija, Tarja ja Jenni (n=8)
Terveyskeskus	Tarja
Helsingin terveysneuvontapuhelin	Marja
Myrkytystietokeskus	Marja, Eeva, Satu, Maija sekä Irja (jos itsehoito tulisi kyseeseen) (n=5)
Oma toiminta	
Kysyisi, mitä lääkettä on otettu	Marjaana
Antaisi lääkehiiltä	Marja, Satu, Piia (jos ei ole tajuton), Jenni (n=4)
Juottaisi maitoa	Satu
Juottaisi suolavettä, jos potilas olisi tajuissaan	Marjaana
Siirtäisi kylkiasentoon	Marjaana
Oksennuttaisi	Marjaana, Seija, Miia ja Jenni (n=4). Kaksi jälkimmäistä epäilevät ettei tämä ole kaikissa tilanteissa parasta, joten he odottaisivat hätäkeskuksen ohjeita.

Marjaanalla on selkeä näkemys omasta toiminnastaan lääkemyrkytystapauksessa, mutta hänen mainitsemansa oksennuttaminen ei ole suotavaa:

Jos on tolkussaan niin työntäsin suolavettä kurkusta alas ja yrittäsin saada oksentamaan ja muuten ihan piipaa auto, ambulanssi paikalle. Et jos joku on ihan kunnan lääketokkurassa ni sittenhän siltä pitäis pystyä nyhtämään vastaus siihen mitä se on alas pannu ja mistä sitä tietää onko ne ees sinne päin mitä se ihminen sanoo. Et se oksennuttaminen tulis ensimmäiseks mieleen. Ja sit jos se on tajuton ni kääntää silleen, et jos rupee oksennuttamaan niin ei tukehdu ja sitten vaan ambulanssi.

Kolmella äideistä oli myös kokemuksia lääkemyrkytysvaarasta. Eeva on kohdannut entisessä työssään sosiaalitoimessa lääkemyrkytyksiä, jopa 12-vuotiailla lapsilla, kun lapsi on ottanut sekaisin vanhempiensa lääkkeitä ja alkoholia. Sadulla on myös kokemusta lääkemyrkytysvaarasta, jossa hänen poikansa joi pienenä puhdistusainetta. Hän kuljetti pojan vieressä olevaan terveyskeskukseen, mutta mitään vaaraa ei onneksi ollut. Hän on myös itse ollut tilanteessa, jossa luuli lasissa ollutta tiskiainetta mehuksi ja joi sen, jonka takia hän joutui soittamaan Myrkytystietokeskukseen. Onneksi tämäkin tilanne osoittautui vaarattomaksi.

Seijan lääkemyrkytystilanne sattui koiralle. Seijalta leikattiin käsi ja hän sai Paracetamol-kuurin. Koira otti purkin olohuoneen pöydältä ja rikkoi sen. Tabletit olivat pitkin lattiaa Seijan tullessa kotiin, mikä herätti pelon, että koira on syönyt niitä, sillä ne ovat koirille vaarallisia. Seija vei koiran verikokeeseen, joka maksoi 80 euroa, mutta siellä ei näkynytäkään mitään.

Lapsilta tiedustellessa, mitä lääkemyrkytys tarkoittaa, saatiin monenlaisia vastauksia (ks. taulukko 17). Kolme neljäsluokkalaisista ja neljä seitsemäsluokkalaisista

uskoo lääkemyrkytyksen tulevan lääkkeen yliannostuksesta tai väärän lääkkeen ottamisesta. Ainoastaan yksi neljäsluokkalaisista (Joonas) ei ole koskaan kuullut lääkemyrkytyksestä, eikä lähde arvailemaan, mitä se voisi tarkoittaa. Myös seitsemäsluokkalainen Eero mainitsee, ettei heillä ole ollut koulussa puhetta asiasta, eikä hän tiedä siitä mitään. Hän kuitenkin arvaa, että se voisi tarkoittaa väärän lääkkeen ottamista. Yksi seitsemäsluokkalaisista (Jaakko) yhdistää lääkemyrkytyksessä alkoholin ja liiallisen lääkkeen käytön. Seitsemäsluokkalainen Timo uskoo lääkemyrkytyksen tulevan silloin, jos käyttää vaarallisia lääkkeitä.

Taulukko 17. Lasten haastattelussa (n=12) kertomat käsitykset siitä, mitä lääkemyrkytys tarkoittaa.

Läkemyrkytys 4.-luokkalaisten mielestä	Läkemyrkytys 7.-luokkalaisten mielestä
Tuomas arvailee: "No vaikka kun syö paljon lääkkeitä ni sitten voi mennä veri jotenkin iha oudosti ja suolet.. ja en kylläs tiiä!"	Eero ei osaa sanoa, mitä lääkemyrkytys tarkoittaa, eikä siitä ole ollut koulussa puhetta. Hän voisi kuvitella lääkemyrkytyksen tarkoittavan sitä, että ottaa vahingossa väärää lääkettä.
Joonas ei ole kuullut lääkemyrkytyksestä, eikä tiedä, mitä se tarkoittaa.	Jaakon mielestä lääkemyrkytyksessä on käytetty liikaa lääkettä alkoholin kanssa.
Matti ymmärtää, mitä lääkemyrkytys tarkoittaa: "Se on sellanen et ottaa liikaa lääkettä tai ottaa sopimatonta lääkettä ja että sitten tulee semmonen niinku paha olo ja rupee oksettamaan ja siitä voi vaurioitua nuosisäelimet".	Läkemyrkytys on Timon mukaan silloin, jos ottaa jotain vaarallisia lääkkeitä.
Jannella on aavistus siitä, mikä lääkemyrkytys on: "Ai ninku onksse se ku ottaa liikaa lääkkeitä ni siitä voi tulla jotakin oireita?"	Arttu on oikeilla jäljillä lääkemyrkytyksen kanssa: "No varmaan se, et ottaa liikaa sitä lääkettä ja sitten tulee, joku vatsainfektio tai jotain. Joku tämmönen. No voi vaikka kuolla, jos ottaa liikaa, et se on semmonen myrkky."
Niko uskoo lääkemyrkytyksen liittyvän liialliseen lääkkeen käyttöön, josta voi sitten tulla sivuvaikutuksia.	Emma arvaa: "No (naurahtaa), oisko se vaikka et ois ottanu yliannostuksen."
	Läkemyrkytys käsitteenä on hallussa Riinalla: "Onko se silleen, että on ottanu väärää lääkettä tai sitten yliannostusta, et just sillee että tullee se myrkytys siitä liian aineen käytöstä."
	Ilari tietää, että lääkemyrkytyksen voi saada lääkkeen yliannostuksesta.

Lasten toiminta tilanteessa, jossa he itse olisivat vahingossa ottaneet väärää lääkettä, vaihteli äidin apuun turvautumisesta omatoimisuuteen. 4.-luokkalaiset Tuomas ja Janne sekä 7.luokkalainen Riina luottaisivat äidin apuun. 7.luokkalaiset Arttu ja Ilari kysyisivät apua vanhemmalta, ja 4.luokkalainen Joonas joltakin lähellä olevalta aikuiselta. 4.luokkalainen Matti ja 7.luokkalainen Timo yrittäisivät oksentaa lääkkeen ulos, ja jos se ei auttaisi, niin menisivät lääkäriin. 4. luokkalainen Niko suuntaisi myös lääkäriin, mutta vasta katsottuaan, tuleeko lääkkeestä pahoja oireita. Omatoimisuuttakin löytyisi: 7.luokkalainen Emma menisi lääkäriin ja Jaakko katsoisi, mitä lääke on, ja arvioisi sitten tarvitseeko mennä vatsahuuhteluun.

5.4.4 Lääkkeiden haittavaikutusten kokeminen

Viidessä haastatteluperheessä, jollakin tai joillakin perheenjäsenillä oli ollut lääkkeestä ikäviä haittoja, kuten ihottumaa tai muita allergiaoireita (taulukko 18). Lindell-Osuagwun (2014) tutkimuksessa, johon vastasi 4 032 0–11-vuotiaan lapsen vanhempaa selvisi, että alle 12-vuotiaista suomalaislapsista joka kuudes oli kokenut lääkkeistä koettuja haittoja, joista 2/3 johtui antibiooteista, mikä selittyy niiden yleisellä käytöllä. Irja ei osannut sanoa lääkehaitoista mitään, kun ei ole kokemusta. Kolme äideistä mainitsee, että lääkettä käytettäessä on aina punnittava, ovatko haitat suuremmat kuin hyöty. Jenni perheineen oli jättänyt sikainfluenssarokotukset ottamatta juuri sen takia, että epäili rokotteesta tulevan haitta- tai sivuvaikutuksia.

Taulukko 18. Äidin haastattelussa (n=12) ilmi tulleet perheen kokemukset lääkkeiden haittavaikutuksista.

Lääkkeen koettu haittavaikutus	Kokija
Ihottuma	Tuomas (9–10 v)
Väsytys (astmalääke)	Joonas (9–10 v)
Hampaiden reikiintyminen (sokeria sisältävät lasten lääkkeet)	Matti (9–10 v)
Antibiootti ei enää auta, kun joutunut syömään useita kuureja	Matti (9–10 v)
Allergiset reaktiot	Maijan perhe
Lihominen (masennuslääke)	Tarjan 18–19-vuotias tytär

Piiaa huolestuttavat useamman lääkkeen yhtäaikainen käyttö ja niiden aiheuttamat yhteisvaikutukset:

No kaikilla lääkkeillä voi olla haitta- ja sivuvaikutuksia, että sen takia sekin pitää aina miettiä, jos ottaa ja lapsille mä oon aika tarkka, että sitä ei turhaan lääkkeitä käytetä, koska niistä ei aina tiedetä sivuvaikutuksia. Että se on aina mielessä ja jos useempaa lääkettä käyttää yhtä aikaa, niitten ristivaikutuksia oon miettiny. Et aina mietin sitä kun lääkettä käytetään.

Marjaana ajattelee, että lääkkeen voi aina vaihtaa, jos siitä tulee oireita:

Kyllähän ne sillain niinku pitää tiedostaa, mutta haitta- ja sivuvaikutuksethan on tällsiä juttuja, että jos on lyhytaikaiseen käyttöön tarkotettu joku lääke ja sit tulee haittavaikutuksia ni senhän voi aina korvata jollain toisella niinku antibiootti esimerkiksi minkä kanssa herkästi on että joku ainesosa herkistää, mutta sitten jos puhutaan ihan kroonisista sairauksista mihin pitää sitten niinku käyttää lääkettä, niin kyllä mä nään sen semmosena, että siinä jokainen joutuu ite miettimään sen hyödyn versus sen haitan, et onko se sen fäärtti, jos ei oo muuta vaihtoehtoa olemassa.

Teijaa huolestuttaa lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutukset, jos ne heikentävät esimerkiksi lapsen kasvua:

”No kyllä ne mua mietityttää aika paljonkin varsinkin just tommoseen astmaan tai allergiaan käytettävät lääkkeet, joissa oli vaikka et vaikuttavat lapsen kasvuun.”

Tarjalla on henkilökohtainen kokemus tilanteesta, jossa joutui sanomaan tyttärensä puolesta lääkärille siitä, että lääke tulisi vaihtaa toiseen haittavaikutuksen takia:

Ne pitää ottaa vakavasti ja lääkärin pitää suhtautua niihin vakavasti ja joskus sivuvaikutus on semmonen esimerkiksi, et muistasin kun tyttäreni sairastu masennukseen ja hänelle ensin määrättiin semmosta lääkettä, että se lihotti häntä ja sehän nyt ois siinä tilanteessa ollu aivan katastrofaalista, että nainen, joka on aina mieltänyt itsensä hoikaksi sairastuu masennukseen ja sitten lääke lihottaa häntä, sehän ois vaan pahentanu sitä masennusta. Ni sitten minä sanoin, että sano sille lääkärille, että eikö oo mitään muuta ja sittenhän se oli löytäny jonku toisen lääkärin siinä hoitoketjussaan, joka oli sitten ymmärtäny tän pointsin, että vaikka se lihominen sinänsä ei haittaa niinku terveydellisesti mitään ni se ois ollu se psyykkinen vaiva niin suuri ja se oli hyvä, että hän sitten löys lääkärin, joka otti tänki asian vakavasti.

5.5 KÄSITYKSIÄ LÄÄKKEISTÄ

Äidin käsityksiä omien vanhempiensa suhtautumista lääkkeisiin tiedusteltiin haastattelussa äideiltä samalla, kun äidit kertoivat omasta suhtautumisestaan sekä lapset omastaan. Näillä kysymyksillä pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymykseen: millaisia malleja lääkkeiden käytöstä välittyy eri sukupolvilta? Tässä tutkimuksessa haluttiin ottaa mukaan myös vanhin sukupolvi (äidin vanhemmat äidin kertomana), jotta voitaisiin katsoa, onko äidillä omasta mielestään samanlaiset ajatukset lääkkeiden käytöstä kuin omilla vanhemmillaan.

Äitien, lasten ja äidin vanhempien suhtautumista lääkkeisiin voidaan kuvata kolmella adjektiivilla: varovainen, harkitseva ja ennalta ehkäisevä. Varovainen suhtautuja ei lääkkeitä mielellään käytä, jos se voidaan välttää. Harkitsevassa suhtautumisessa lääkkeitä käytetään tarpeen mukaan, mutta lääke ei ole taudin ensimmäinen hoitokeino. Ennalta ehkäisevässä suhtautumisessa kynnys lääkkeen ottamiselle ei ole korkea, jolloin lääkettä otetaan aina kun vähänkin siltä tuntuu.

Vaikka voitaisiin olettaa, että lääkkeisiin suhtautuminen on perua kotikasvatuksesta, koska nuorena omaksutut terveystottumukset ja lääkkeiden käyttötavat säilyvät usein pitkälle aikuisuuteen ja heijastuvat omien lapsien kasvatukseen (Pulkkinen 1997; Bush ym.1999; Andersen, Holstein, Due & Hansen 2009; Llewellyn ym. 2010), kaikki äidit ja heidän vanhempansa eivät olleet samaa mieltä lääkkeiden käyttämisestä. Tässä on kuitenkin huomioitava, että äidin vanhempien suhtautuminen lääkkeisiin perustuu analyysissä äidin haastattelussa antamaan tulkintaan vanhempiensa lääkkeiden käytöstä, eikä isovanhempien haastatteluun.

Suomalaisessa Hämeen-Anttilan, Halosen, Siposen, Holapan ja Ahosen (2011) väestötutkimuksessa alle 12-vuotiaiden lasten ensisijaisista huoltajista (n=6000) yli 46-vuotiaat vanhemmat suhtautuivat lääkkeisiin negatiivisemmin kuin alle 30-vuotiaat. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että vain kahdessa perheessä äiti kuvasi vanhempiensa suhtautumista lääkkeisiin varovaisemmaksi kuin mitä se heillä itsellään on.

Seitsemässä perheessä lääkkeisiin suhtautui harkitsevasti sekä äiti, lapsi että isovanhemmat. Yhdessä perheessä niin isovanhemmat kuin äiti ja lapsi suhtautuivat lääkkeisiin varovaisesti. Näissä kaikissa kahdeksassa perheessä haastateltavalla äidillä on käytössä omilta vanhemmilta peritty traditionaalinen vanhemmuuden malli (ks. Nurminen & Roos 1992, 123–140), jonka mukaan toimitaan pääosin samoin kuin omat vanhemmat ovat toimineet.

Kahdessa perheessä isovanhempien suhtautuminen lääkkeisiin oli varovaista, mutta tämä ajattelutapa ei ollut periytynyt äidille eikä hänen lapselleen vaan lääkkeisiin suhtauduttiin harkitsevasti. Sadun vanhempien suhtautuminen lääkkeisiin on harkitsevaa, sillä he ovat Sadun mukaan sitä mieltä, että lääkäreistä ei ole apua, eikä lääkäriin tarvitse mennä. Satu epäili, että saattaa vanhemmiten tulla itsekin kriittisemmäksi, mutta ei kuitenkaan ajattele noin jyrkästi kuin vanhempansa. Heillä oli kotona lääkkeitä tiukan valvonnan alla:

No tota...tuota tuota, ehkä se iän myötä tulee tää kriittisyys sillä tavalla enemmän ku joutuu niitä lääkäripalveluita käyttämään. Muistan sillon että vanhemmatki oli silleen että ei niistä lääkäreistä mitään apua eikä lääkkeitä oo mitään apua ja eikä sinne koskaan ja tälleen. Et saa nähdä että mitenkä se sitten, et mitä enemmän itse joutuu tekemään ja tietysti lasten kautta, et sen lääkekasvatuksenki kanssa ni, et mitä enemmän niitä joutuu, saa niin sitä kriittisemmäksi sitä tulee sen kanssa. Eli ois semmosia lempeämpiä muotoja, eikä kirjottas heti lääkäriä sitä reseptiä vaan et oisko sitä vaikka lämpimiä kylpyjä tai jotain tällästä näin.

Ainoastaan yhdessä perheessä Marjaanan äidin tapa suhtautua lääkkeisiin oli ennalta ehkäisevä, mutta malli runsaasta lääkkeiden käytöstä ei ollut periytynyt Marjaanalle. Marjaana kuvasi äitiään kipulääkkeiden ”megakäyttäjäksi” ja uskoo, että hänellä on korkeampi kynnys ottaa lääkettä kun omalla äidillään, eikä hän harrasta lääkkeen ”jemmaamista”:

Mun äiti on oikeen särkylääkkeiden megakäyttäjä. Vähänkin jos koskee tai tuntuu et vois ruveta koskemaan hän ottaa aina särkylääkkeen. Hän on aina ollu semmonen...On mulla varmaan ainakin sen suhteen että mä oon huonompi lääkkeitten syöjä, et tosiaan sitä lääkettä otetaan vaan tositarpeeseen ja sitä syödään vaan se aika. Ja mie en harrasta mitään vanhojen lääkkeiden jemmausta, enkä tämmöstä ja et jos joku lääkekuuri määrätään niin syön ja katon että lapset syö aina kuurin loppuun ja että kaikki tälläset asiat tehään sitten ihan kunnolla. Mutta sitten esimerkiksi minun äiti lopettaa antibiootit ku vähän paremmalta tuntuu ja sit se säästää ne seuraavaan tautiin. Et minusta se on hyvin mielenkiintonen juttu.

Sen sijaan tutkimukseen osallistuneet äidit olivat välittäneet omat näkemyksensä omalle lapselleen, eikä ainakaan tässä vaiheessa, kun lapset asuivat vielä koto-

na, tullut esiin eriäviä mielipiteitä vertaillen lapsen ja äidin puhetta lääkkeistä. Ainoastaan länsimaisen lääketieteen kyseenalaistajan Jennin 13–14-vuotias poika Ilari ei ole niin jyrkkä mielipiteissään lääkkeitä kohtaan kuin äitinsä ja onkin monta kertaa kyseenalaistanut äidin päätöksiä. Jennin perheessä ei yksikkönä toteudu täysin yhtenäiset periaatteet, arvot ja tavoitteet eikä myöskään perheenjäsenten vapaus päättää itse, joita voidaan pitää kotikasvatuksen tunnuspiirteinä (ks. Vītols 2009, 66), sillä äiti on vahvasti myös omien sanojensa mukaan perheen päätösten tekijä: ”minä päätän näistä meidän perheen asioista”.

Terveys- ja lääkekäyttätymisestä mieleen jääneet kotikasvatusmuistot ja ohjeet (ks. Kempainen 2001) olivat erityisen vahvasti nähtävissä haastatelluilla äideillä, ja erityisesti, jos heidän vanhempansa oli tai oli ollut terveydenhuollon ammattilainen. Piian äiti on farmaseutti ja tätä kautta vaikuttanut paljon Piian näkemyksiin lääkkeistä. Seijan isä oli lääkäri ja tarkka lääkkeiden käytöstä ja Seija uskoo, että hänellä on samanlaiset asenteet ja toimintamallit kuin isällään:

No kun isä oli lääkäri (nauraa)! Meillä oli vaatekomero täynnä lääkkeitä, ilmasia lääkkeitä että tuota noin ni. Että että...ei meillä niin ku sillai vähän niin ku suutarin lapsilla ei oo kenkiä, et ei meillä niin ku. Kouluun piti mennä vaikka puolukuntosena ja ei meillä silleen niitä mitenkään, et pikemmiten päinvastoin, et otettiin vasta sitten ku oli oikeesti tarve, et ei niitä mitenkään otettu, vaikka oli pari hyllyä täynnä ilmasia lääkenäytteitä. Mutta siellä ne oli ja isä tietysti jako kenelle jako, sukulaisille tai tuttaville näytepakkauksia sieltä.

...että ku isä oli lääkäri nii se tietyllä tavalla kuitenkin harrasti myös tällstä luontaislääketiedettä ja ja oli hyvin tarkka esimerkiks kotona et mitä syötiin, et suolaa ei käytetty, et meillä oli aina pansuolaa. Niin, et pansuolaa käytettiin, ei normaali-suolaa ja syötiin paljon sienä ja marjoja. Ja ei saanu vaaleeta leipää syyä ja mikä minua tietysti harmitti ku oisin tykänny paahtoleivästä appelsiinimarmelaadilla nii ensimmäisiä asioita mitä sitten ostin ku opiskelemaan lähdin oli leivänpaahtadin ja söin vaaleeta leipää kunnolla (nauraa).

5.6 ÄITI PÄÄTTÄÄ TERVEYDENHOIDOSTA

Tutkimuskysymykselle – millainen on äidin rooli lääkekasvattajana – saatiin haastatteluaineistosta samanmielisiä kommentteja sekä äideiltä että lapsilta. Haastattelututkimukseen osallistuneista lapsista kaikki (n=12) kertoivat äidin yleensä huolehtivan heistä silloin kun he ovat kipeinä. Myös lääkkeiden antaminen oli yleensä äidin vastuulla. Isät osallistuivat tarvittaessa. Tutkimuksen tulos myötäilee aikaisempia tutkimuksia siinä, että vastuu lapsen kasvatuksesta, hoidosta, lääkärikäynneistä sekä lääkkeiden antamisesta on useissa perheissä äidillä (Mayall 1994; Aramburuzabala ym 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996; Geissler ym. 2000; Hirsto 2001, 58; Lagerlov ym. 2003; Takala 2005; Hämeen-Anttila 2006, 83; Opetushallitus 2007; Sormunen 2008). Äiti myös usein jää hoitamaan lasta kotiin tämän sairastuessa (Hirsto 2001). Borsteinin (1995) kotikasvatuksen määritelmän yhdessä osa-alueessa – hoitavassa huolenpidossa – näkyy juuri tämä lapsen fyysisistä

tarpeista huolehtiminen sairauksien hoidon ja lääkinnän osalta. Tutkimukseni äidit kokivat Värriin (2000; 2002) kotikasvatusmääritelmän mukaisesti velvoitteena huolehtia lasten terveydestä, päättää lääkärikäynneistä ja lääkinnästä:

Siis kyllähän periaatteessa vanhemmilla on vastuu sinne 18. vuoteen ja kyllähän tuo vanhempi poikakin tuossa oli kipeenä oksennustaudissa nyt alkukeväästä ni kyllä se äitille soitti et tule auttamaan (naurua). Et asuu tuossa muutaman korttelin päässä. Seija

Haastatteluun osallistuneet äidit (n=12) sanoivat hyvin vahvasti olevansa se henkilö, joka päättää lasten terveydenhoidosta (lääkäriin meno, lääkkeiden otto):

Kyllä se päätäntävalta on minulla siinä lääkäriin lähtemisessä, kyllä se ei sillä tavalla oo tuota lasten.. hehän sanoo aika useinkin sitä et ei kyllä lähdetä lääkäriin... Satu

Äideistä enemmistö (n=11) oli sitä mieltä, että vasta täysi-ikäinen lapsi olisi riittävän kypsä päättämään hoidostaan itsenäisesti (lääkäriin meno, lääkkeiden otto). Marjaanan kommentti kuvaa hyvin yleistä suhtautumista asiaan:

”18! Siihen asti on kyllä ihan yksipuoleinen päätäntävalta vanhemmilla.”

Ainoastaan Teija (omat lapset alaikäisiä) ajatteli 16–17-vuotiaan olevan jo riittävän kypsä. Tämä täysi-ikäisyysvaatimus on vähän ristiriidassa potilaslain kanssa. Potilaslain mukaan kehityksen ja kypsyyden arviointi jätetään lääkärin tai muun terveydenhuoltohenkilökunnan arvioitavaksi. Jos lääkäri on todennut potilaansa itsemäärääväksi, potilaan oikeudet päättää itse ovat lähes samanlaiset kuin täysi-ikäisellä. (Pollari 2011, 13.)

Gjerstadin (2009, 223) ”Valta kotikasvatuksessa” tutkimukseen osallistuneet nuoret näyttivät joko hyväksyneen tai ainakin mukautuneen vanhemman päätöksen-tekoon tilanteissa, joissa vanhempi käyttää valtaansa sanomalla viimeisen sanan. Tutkimukseni haastatteluun osallistuneiden lasten (n=12) kerrottiin välillä sanovan vastaan lääkäriin menosta (pelot, ikävät hoidot) ja lääkkeen otosta (pahan makuista, lääke vaikea niellä), mutta mukautuvan kuitenkin äidin päätökseen. Sepposen (2012, 22) koonnissa useista tutkimuksista havaittiin äsken mainittujen seikkojen vaikuttavan lapsen lääkehoidon onnistumiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Myös Lindell-Osuagwun (2014) tutkimuksessa, johon vastasi 4 032 0–11-vuotiaan lapsen vanhempaa havaittiin samoja terveydenhoidon ja lääkinnän ongelmia.

Haastattelemiani äidit (n=12) tekivät hoitoon liittyvät päätökset kuitenkin hyvin yksivaltaisesti, vaikka saattoivatkin keskustella lastensa kanssa hoitoon lähdöstä ja lääkkeiden otosta. Alaikäisen lapsen iällä ei huomattu juurikaan olevan merkitystä siinä, saavatko lapset vaikuttaa asioihinsa enemmän, sillä äidin mukaan vanhempi tekee lapsen mielipiteestä riippumatta lopullisen päätöksen. Ainoastaan lääkekaapilla käymisessä havaittiin eroja: 4.luokkalaisista kaikille lääkkeet yleensä annettiin, mutta 7.luokkalaisista suurin osa sai käydä lääkekaapilla itsenäisesti, mutta

suurimmalla osalla oli tähän kuitenkin vanhemman lupa tai käynnistä ilmoitettu vanhemmalle jälkikäteen. Tämä ero johtuu varmasti siitä, että 7.luokkalaiset ovat pikkuhiljaa siirtymässä itseksi kasvamisen perhevaiheeseen (Värri 1997), jossa kasvetaan itsenäisyyteen ja vapauteen, joten heille sallitaan jo pientä vastuuta omasta terveydestä.

Myös kyselyyn vastaajista (n=250) 93 % on sitä mieltä, että lapsi ei saa ottaa itsenäisesti lääkettä pieneen vaivaan, kuten päänsärkyyn. Tämä kysymys oli kuitenkin hyvin yleisellä tasolla, ja kymmenen vastaajaa olikin kirjoittanut viereen, että riippuu lapsen iästä saako hän ottaa lääkettä itsenäisesti. Kun 4.luokkalaisilta (10–11-vuotiailta) on tiedusteltu Kärkkäisen ym. (2014, 51) tutkimuksessa, minkä ikäisenä voi ottaa itsenäisesti lääkkeitä, suurin osa on ajatellut, että itseä vanhemmat ovat riittävän kypsiä. Alle kymmenen vuotiaana lääkkeiden itsenäisen käytön sallisi ainoastaan 13 % kyselyyn vastanneista kolmestakymmenestäyhdestä 4.luokkalaisesta, 11–12-vuotiaana taas 26 %, 13–14-vuotiaana 19 %, 15–16-vuotiaana 23 % ja 17–18-vuotiaana 19 %.

Haastattelussa äidit arvioivat myös lasten kypsyttä päätösten tekoon. Yksi äideistä uskoi poikien kypsyvän terveysasioissa tyttöjä myöhemmin. Toinen äiti sanoi kypsytyksen olevan persoonakohtainen asia. Kolme äideistä kertoi edelleen ohjaavansa täysi-ikäisiä lapsiaan terveysasioissa (2 poikaa ja 1 tyttö). Lapset myös soittavat äidille, kun ovat sairaana. Yksi näistä täysi-ikäisistä (poika) asuu vielä kotona, joten tämä ohjaaminen on hyvin luonnollista. Kaikilla muilla äideillä (n=8) lapset olivat vielä alaikäisiä, joten heillä ei ollut kokemusta täysi-ikäisistä lapsista, eikä siitä kuinka paljon lapsille annettaisiin mahdollisuuksia tehdä päätöksiä itsenäisesti.

5.7 TERVEYS- JA LÄÄKEKASVATUSTYYPITTELY

Tutkimuksen ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli sitä, millaisena kodin lääkekasvatus näyttäytyy tutkituissa perheissä. Yhteenvedona pyrittiin hakemaan vastauksia etsimällä aineistoista erilaisia terveys- ja lääkekasvattajia.

Vastaajilta tiedusteltiin kyselyssä (n=250) heidän asenteitaan lääkkeitä kohtaan viisiportaisella asteikolla (täysin samaa mieltä (5) – täysin eri mieltä (1)). Väittämien osalta saattoi valita myös vaihtoehdon ”en osaa sanoa”, mikä kirjattiin tässä tapauksessa puuttuvaksi tiedoksi. Vastaaja oli yleensä äiti (77 %). Väittämistä muodostettiin Hämeen-Anttilan ym. (2011) tutkimuksen mukaisesti seuraavat viisi summamuuttujaa (taulukko 19): yleinen lääkeasenne, asenne reseptilääkkeitä kohtaan, asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan, suhtautuminen lääkeriskeihin ja suhtautuminen pitkäaikaiseen särkylääkkeiden käyttöön.

Summamuuttujien avulla tehtiin K-keskiarvoklusterointi, jossa osa vastanneista (n=151) jakaantui neljään klusteriin lääkkeisiin suhtautumisensa perusteella. Asenneväittämiin vastasi 249 vastaajaa, joista 49 jäi tyypittelyn ulkopuolelle. Klustereiden määrän lisääminen tai vähentäminen jätti aina osan vastaajista tyypittelyn ulkopuolelle. Neljällä klusterilla mukaan saatiin eniten vastaajia. Asenneväittämistä suurin osa täytti K-keskiarvoklusteroinnissa tarvittavan normaalijakautuneisuusehdon Kolmogorov-Smirnovin testillä.

Taulukko 19. Kyselyn (n=250) väittämistä muodostetut summamuuttujat.

Summamuuttujat

1. Yleinen lääkeasenne

Pyrin välttämään lääkkeiden käyttöä lapselle.

Lapsen elimistön luonnollista puolustuskeinoa, kuumetta, ei pidä alentaa lääkkeillä keinotekoisesti.

Lapsen pitää oppia kestämään kipua.

Annan lapselle yleensä särkylääkettä vähemmän kun ohjeessa suositellaan.

Lääkkeet saattavat häiritä elimistön luonnollista paranemiskykyä.

Lääkkeet ovat epäluonnollisia ihmisen elimistölle.

Pyrin hoitamaan lapsen vaivan muuten kuin lääkkeillä.

2. Asenne reseptilääkkeitä kohtaan

Reseptilääkkeet ovat tehokkaita.

Reseptilääkkeet ovat turvallisia.

Lääkäriin lapselle määräämät lääkkeet ovat tarpeellisia.

Lääkkeet ovat välttämättömiä sairauksien hoidossa.

3. Asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan

Itsehoitolääkkeet ovat tehokkaita.

Itsehoitolääkkeet ovat turvallisia.

Hoidan lapsen pienet vaivat itsehoitolääkkeillä.

4. Suhtautuminen lääkeriskeihin

Lapselle annettavien lääkkeiden haittavaikutukset huolestuttavat minua.

Lääkkeiden yhteisvaikutukset huolestuttavat minua.

5. Suhtautuminen pitkäaikaiseen kipulääkkeen käyttöön

Särkylääkkeiden pitkäaikainen käyttö alentaa kipukynnystä.

Mitä enemmän särkylääkkeitä joutuu käyttämään, sitä huonommin ne tehoavat kipuun.

¹⁾ Hämeen-Anttila ym. (2011).

Neljä erilaista lääkkeisiin suhtautujaa ovat: 1) negatiivisesti lääkkeisiin suhtautuja (n= 6), 2) kriittisesti lääkkeisiin suhtautuja (n=53), 3) neutraalisti lääkkeisiin suhtautuja (n=45) ja 4) positiivisesti lääkkeisiin suhtautuja (n= 47) (taulukko 20). Klustereiden välillä ei löydetty kyselyssä merkitsevää eroa ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -riippumattomuustestillä suhteessa seuraaviin taustamuuttujiin: 1) ikä ($\chi^2(27) = 22,62$, $p > 0,05$), 2) koulutus ($\chi^2(18) = 19,04$, $p > 0,05$), 3) lasten lukumäärä ($\chi^2(18) = 22,25$, $p > 0,05$) ja 4) sukupuoli ($\chi^2(12) = 10,16$, $p > 0,05$).

Taulukko 20. Kyselyn asenneväittämiin vastanneiden (n=151) jakaantuminen klustereihin.

Summamuuttujat ja niiden tulkinta	Klusterit			
	Kriittisesti lääkkeisiin suhtautuva (n=53)	Neutraalisti lääkkeisiin suhtautuva (n=45)	Negatiivisesti lääkkeisiin suhtautuva (n=6)	Positiivisesti lääkkeisiin suhtautuva (n=47)
Yleinen asenne lääkkeitä kohtaan: mitä suurempi luku sitä kriittisempi asenne.	23,42	17,71	29,33	13,32
Asenne reseptilääkkeitä kohtaan: mitä suurempi luku, sitä positiivisempi asenne.	14,47	15,22	6,83	17,04
Asenne itsehoitolääkkeitä kohtaan: mitä suurempi luku, sitä positiivisempi asenne.	10,40	10,20	11,00	10,49
Suhtautuminen lääkeriskeihin: mitä suurempi luku, sitä enemmän riskit huoletuttaa.	7,87	7,76	9,33	5,72
Suhtautuminen pitkäaikaiseen kipulääkkeen käyttöön: mitä suurempi luku, sitä enemmän pitkäaikainen käyttö huoletuttaa.	7,06	6,09	8,83	4,04

¹⁾ Taulukossa olevat luvut ovat summamuuttujiin kuuluvien väittämien vastausarvojen perusteella laskettuja keskiarvoja.

Kyselyn perusteella kaikkein kriittisimmin lääkkeitä ajattelee kuusi negatiivisesti lääkkeisiin suhtautujaa, jotka ovat selkeästi vähemmistö (taulukko 20). Heillä on negatiivisin asenne yleisesti lääkkeitä kohtaan ja erityisesti reseptilääkkeitä kohtaan. He ovat myös kaikkein huolestuneimpia lääkeriskeistä sekä kipulääkkeiden (särky-
lääkkeiden) pitkäaikaisesta käytöstä.

Lääkekriittisiä on huomattavasti enemmän (n=53) kuin negatiivisesti lääkkeisiin suhtautujia ja he suhtautuvat lääkkeisiin varauksella. Asenne reseptilääkkeitä kohtaan ei ole kuitenkaan niin kriittinen kuin negatiivisesti lääkkeisiin suhtautujilla. Neutraalisti lääkkeisiin suhtautujilla (n=45) on lääkkeiden käytöstä omat epäilyksensä, mutta he eivät suhtaudu lääkkeisiin niin negatiivisesti kuin kaksi edellistä ryhmää. Positiivisesti lääkkeisiin suhtautuvilla (n=47) on vahvin usko lääkkeiden tarpeellisuuteen, erityisesti reseptilääkkeiden. Heillä on myös vähiten pelkoja lääkeriskejä ja kipulääkkeiden pitkäaikaista käyttöä kohtaan.

Lääkeväittämiin suhtautumista on syytä kuvata myös tunnuslukujen kautta. Taulukosta 21 voidaan nähdä, että vastauksissa on osittain hajontaa, eivätkä prosentit ylitä kovinkaan monessa tapauksessa yli viittäkymmentä prosenttia. Vastaajat ovat jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkkeet ovat välttämättömiä sairauksien hoidossa (47 %), mutta lääkkeiden haittavaikutukset huolestuttavat heitä (49 %). Heistä 65 % on jokseenkin samaa mieltä siitä, että reseptilääkkeet ovat tehokkaita ja turvallisia (55 %), mutta vastaavat luvut itsehoitolääkkeiden kohdalla ovat 36 ja 44 %. Hämeen-Anttilan ym. (2011) tutkimuksessa kuudesta tuhannesta vastaajasta peräti 84 % piti reseptilääkkeitä turvallisina ja tehokkaina. Itsehoitolääkkeiden kohdalla suhtautui vastaavasti vain 49 %, eli myös tässä tutkimuksessa itsehoitolääkkeisiin suhtauduttiin varauksellisemmin kuin reseptilääkkeisiin.

Taulukko 21. Suhtautuminen kyselyn (n=249) lääkeväittämiin.

Väittäjä	Vastausvaihtoehdot	%, (vastaajia)
Lääkkeet ovat välttämättömiä sairauksien hoidossa	jokseenkin samaa mieltä	47 (118)
	täysin samaa mieltä	34 (84)
Haittavaikutukset huolestuttavat minua	jokseenkin eri mieltä	17 (43)
	jokseenkin samaa mieltä	49 (121)
	täysin samaa mieltä	18 (44)
Pyrin välttämään lääkkeen käyttöä lapselle	jokseenkin eri mieltä	21 (53)
	en samaa enkä eri mieltä	19 (46)
	jokseenkin samaa mieltä	37 (93)
Ilman reseptiä saatavat lääkkeet ovat turvallisia	en samaa enkä eri mieltä	28 (70)
	jokseenkin samaa mieltä	44 (109)
Kuumetta pitää alentaa keinotekoisesti	jokseenkin eri mieltä	41 (102)
	jokseenkin samaa mieltä	23 (56)
Lapsen pitää oppia kestämään kipua	täysin eri mieltä	41 (101)
	jokseenkin eri mieltä	33 (82)
	en samaa enkä eri mieltä	18 (44)
Reseptilääkkeet ovat tehokkaita	jokseenkin samaa mieltä	65 (161)
	täysin eri mieltä	32 (79)
Annan lapselle vähemmän särkylääkettä kuin ohjeessa suositellaan	jokseenkin eri mieltä	29 (72)
	en samaa enkä eri mieltä	23 (58)
Reseptilääkkeet ovat turvallisia	jokseenkin samaa mieltä	55 (136)
	en samaa enkä eri mieltä	23 (58)
Lääkkeet saattavat häiritä elimistön omaa paranemiskykyä	jokseenkin eri mieltä	21 (53)
	en samaa enkä eri mieltä	31 (77)
	jokseenkin samaa mieltä	26 (64)
Lääkäriin lapselle määräämät lääkkeet ovat tarpeellisia	jokseenkin samaa mieltä	52 (129)
	täysin samaa mieltä	24 (59)
Lääkkeet ovat epäluonnollisia ihmisen elimistölle	jokseenkin eri mieltä	26 (65)
	en samaa enkä eri mieltä	28 (70)
	jokseenkin samaa mieltä	20 (50)
Pyrin hoitamaan lapsen vaivan muuten kuin lääkkeillä	jokseenkin eri mieltä	29 (72)
	en samaa enkä eri mieltä	27 (66)
	jokseenkin samaa mieltä	31 (77)
Mitä enemmän käytät särkylääkettä sitä huonommin ne tehoavatkipuun	jokseenkin eri mieltä	17 (42)
	en samaa enkä eri mieltä	19 (48)
	jokseenkin samaa mieltä	28 (70)
Hoidan lapsen vaivat itsehoitolääkkeillä	jokseenkin samaa mieltä	40 (99)
	täysin samaa mieltä	25 (61)
Lääkkeet ovat ohjeen mukaankin käytettynä vaarallisia	täysin eri mieltä	43 (108)
	jokseenkin eri mieltä	32 (80)
Vien lapsen lääkäriin vasta kun muut hoitokeinot eivät riitä	jokseenkin eri mieltä	24 (60)
	jokseenkin samaa mieltä	35 (88)
Särkylääkkeiden pitkäaikainen käyttö alentaa kipukynnystä	en osaa sanoa	24 (59)
	täysin eri mieltä	15 (38)
	jokseenkin eri mieltä	15 (38)
	en samaa enkä eri mieltä	23 (58)
	jokseenkin samaa mieltä	15 (38)
	täysin samaa mieltä	15 (38)
Itsehoitolääkkeet ovat tehokkaita	en samaa enkä eri mieltä	34 (85)
	jokseenkin samaa mieltä	36 (90)
Lääkärit määräävät antibiootteja lapsille liian helposti	jokseenkin eri mieltä	23 (57)
	en samaa enkä eri mieltä	23 (58)
	jokseenkin samaa mieltä	27 (67)
Lääkkeiden yhteisvaikutukset huolestuttavat minua	jokseenkin samaa mieltä	41 (102)
	täysin samaa mieltä	22 (55)

¹⁾ Tyypillisin vastausvaihtoehdo ja vastaajien määrä on taulukossa harmaalla.

Koska kyselyaineiston kanssa ei päästy kovin syvälle tyypittelylle, katsottiin, tarjoisivatko kvalitatiivinen aineisto (haastattelut ja osallistuva havainnointi) mahdollisuuksia tyypittelyn jatkamiseksi ja syventämiseksi. Tutkitut kaksitoista äitiä suhtautuivat terveydenhuoltoon ja lääkkeisiin eri tavoin. Myös näiden aineistojen perusteella oli mahdollista kuvata neljä erilaista terveys- ja lääkekasvattajaa: lääketieteen kyseenalaistaja, lääkekriittinen, kotihoitaja ja lääkäriin luottaja. Neljään ryhmään oli päädytty jo kvantitatiivisessa aineistossa, mutta tyyppien nimet menivät uusiksi kvalitatiivisen aineiston perusteella: negatiivisesti lääkkeisiin suhtautuja = lääketieteen kyseenalaistaja, lääkkeisiin kriittisesti suhtautuja = lääkekriittinen, lääkkeisiin neutraalisti suhtautuja = kotihoitaja ja lääkkeisiin positiivisesti suhtautuja = lääkäriin luottaja. Tyyppien kuvauksia saatiin myös syvennettyä. Haastatteluaineistojen ja osallistuvan havainnoinnin aineistojen perusteella tehdyt kuvaukset sekä niistä tehty yhteenveto löytyvät seuraavien otsikoiden alta.

5.7.1 Lääketieteen kyseenalaistaja

Haastatteluaineistosta nousi esiin hyvin vahvasti muista äideistä erottuen 35–39-vuotias Jenni, joka kyseenalaistaa länsimaisen lääketieteen, suosii prosessoimatonta ruokaa, ei käytä kevyttuotteita ja kannattaa karppausta (vähähiilihydraattinen ruokavalio). Jenni karppasi kaksi kuukautta ja teki koko perheelle vähähiilihydraattista ruokaa, mutta joutui lopettamaan ruokavalion noudattamisen muun perheen painostuksesta. Tutkimukseen osallistunut Jennin poika Ilari (13–14 vuotta) oli ollut kaikkein eniten ruokavaliota vastaan, sillä äidin ajatukset olivat sotineet koulun kotitaloustunneilla opittua vastaan. Jenni tiedusteli innokkaasti minulta omaa suhtautumistani siihen, mikä on terveellistä ruokaa, kun tiesi minun olevan kotitalousopettaja. Hän olisi halunnut minun vahvistavan hänen näkemyksensä terveellisestä ruuasta ”oikeiksi”. Tutkijana minun oli pysyttävä puolueettomana, enkä halunnut ottaa asiaan kantaa.

Jenni on suorittanut terveydenhoitoalan ammattikoulututkinnon, ja on työskennellyt lääkkeiden parissa, vaikka lääkkeiden käyttäminen onkin sotinut hänen omia periaatteitaan vastaan:

Elikkä ... ja tällä hetkellä tota ... oon töissä ja sitä ennen tosiaan tuolla ... ja sitä ennen sairaalassa ja sitä ennen yksityisessä lääkärifirmassa, että on aika paljon sieltä puolelta tullu, joka toisaalta sotii miun omia niinku mielipiteitä vastaan, mutta eikös sitä sanota, että tieto lisää tuskaa.

Jennin tietolähteiden käyttäminen lääkkeisiin liittyen tuo myös esiin sen, että tieto hankitaan itsenäisesti (internet, pakkauseloste), ei kysymällä lääkäriltä tai farmaseutilta. Pakkauselosteissa Jenniä kiinnostavat erityisesti lääkkeen haittavaikutukset, sillä ne huolestuttavat. Sikainfluenssarokotteen ympärillä pyörinyt kohu säikäytti hänet aikanaan, jonka jälkeen hän ei ole antanut rokottaa 8–9-vuotiasta tyttärtään:

On rokotettu oikeestaan siihen asti, ku oli se sikainfluenssa. Sen jälkeen ei oo rokotettu mittään. Et tytölle (8-vuotias) ois just sillon tullu koulussa rokotuksia, mutta minä sanoin ei. Et jäykkäkouristus olis varmaan ainut, minkä tässä vaiheessa antasin. Et se epäilyttää, koska ne on niinku niin yhistetty, et mitä ne tekee yhdessä.”

Suomessa vanhempien kieltäytymisen takia rokottamatta jää vain 1–4 lasta tuhannesta (THLb 2011), joten Jenni kuuluu poikkeukselliseen ryhmään. Jennin tyttären ollessa 8–9-vuotias, hän jää paitsi seuraavista rokotteista: 11–15-vuotiaille tytöille 6.–9. –luokalla annettavasta HPV-rokotteesta kohdunkaulan syöpää vastaan sekä 14–15-vuotiaille annettavasta dtap-rokotteesta kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan (THL 2014).

Jenni käy itse ja käyttää lapsensa yksityisellä lääkäriasemalla huonojen julkisen puolen kokemusten takia. Esimerkkinä Jenni kertoo kokemuksen päivystyksestä ja siellä olleesta kandidilääkäristä, joka oli tehnyt väärän diagnoosin pojan korvatulehduksesta. Pojalla oli ollut reikä korvassa, mitä kandidilääkäri ei ollut huomannut, mutta yksityisen puolen lääkäri oli. Jenni oli suivaantunut tästä sen verran paljon, että oli kirjoittanut lehteen siitä, että päivystyksessä pitäisi aina olla pätevä lääkäri. Jenni mainitsee harkitsevansa lääkäriin lähtöä pitkään:

”Itse hoitajana niin ku sanotaan, et suutarin lapsella ei oo kenkiä ni hoitaja ei vie lastaan lääkäriin.”

Jenni suosii itsehoitolääkkeitä (vitamiineja ja maitohappobakteereja, kipulääkkeitä, flunssa- ja kuumelääkkeitä, kipugeelejä), vaihtoehtohoitoja (käy vyöhyketerapiassa) ja vaihtoehtolääkkeitä (Carmolis yrttitipat ja Ruotsintipat). Vaikka Jenni suhtautuu kriittisesti lääkkeisiin, hän on entinen tupakoiija, joka on joutunut syömään reseptilääkettä sekä käyttämään reseptivapaita Nicotinell-tuotteita, jotta pääsisi eroon tupakasta. Vaikka Jenni olikin tupakoiija, hän kuitenkin käytti e-pillereitä, joita käyttää edelleen. Yaz-ehkäisytablettien pakkausselosteessa mainitaan suurempi riski valtimotukokseen, jos tupakoi ja on yli 35-vuotias (Lääketietokeskus 2013). Särkyelääkkeitä Jenni käyttää nykyään harvemmin, sillä kun hän lopetti tupakan polton, särätkin jäivät:

Oon aatellu, itse asiassa tuota, nykyisin harvemmin, että kun meillä oli tämmönen tausta että lopetettiin tupakan poltto miehen kanssa tässä vähän aikaa sitten ja ihan huomattavasti on vähentyny kaikki päänsäryt ja muut. Ei oo tarvinnu. Et nyt sen vasta tajus, et mitä kaikkee pahaa se toi (naurahtaa). Siihe tietysti joutu vähän lääkettä syömään, et mulla itellä oli siihen se Champix-kuuri.

Jenni on ollut itse korvatulehduskierrelapsi niin kuin poikansa Ilari. Kummaltakin on leikattu nielu- ja kitarisat, ja he ovat joutuneet syömään runsaasti antibioottikuu-reja ennen leikkauksen tuomaa helpotusta. Lääkkeitä on siis jouduttu pakon edessä kuitenkin käyttämään.

Tutkijan näkökulmasta tarkasteltuna Jenniä ohjaa enemmän pelko kuin tieto lääkkeistä. Jenni on myös valmis ottamaan valikoidusti riskejä esim. aikaisempi tupakan poltto yhdistettynä e-pillereihin. Jenni kertoi välillä riitelevänsä äitinsä kanssa lääkkeistä, koska hänen omat näkemyksensä ovat kielteisemmät kuin oman äidin. Lääkkeisiin liittyvät pelot Jennillä eivät ole siis perua kotikasvatuksesta.

5.7.2 Lääkekriittinen

Tällä hetkellä oon kotiäiti, mutta oon ammatiltani terveydenhoitoalan ammattilainen ja ...ja totta kai kun olin neljä ja puoli vuotta töissä ja meillä oli ...niin sitä kauttahan ne lääkkeet tuli tutuks. 35–38-vuotias Marja

Marja ei anna niin helposti lääkettä sairauteen kun miehensä, eikä pidä lääkkeitä välttämättöminä sairauden hoidossa vaan pyrkii ensin hoitamaan lapsen pienet vaivat kotikonstein (esim. vauvalla valkosipulia sukkaan flunssassa) ja turvautuu vasta sitten lääkkeisiin. Yleisen sektorin lääkehoito eli maallikon omat menetelmät ovat siis tässä perheessä käytössä (Kleinman 1980; Prout & Christensen 1996, 33). Lääkäriin mennään kun äidin vaisto sanoo niin:

Itse kun on kaks astmaatikko lasta niin on ruvennu huomaamaan, et kuulee ja tuntee sen, millon laps pitää viedä sairaalaan ja joskus on vieny vähän liiankin myöhään ja joskus tuntuu et turhaanhan mie tänne tulin. Mut kyl mie luotan vanhemman vaistoon.

Marja luottaa apteekin henkilökuntaan lääkekysymyksissä (itsehoito- tai reseptilääkkeet), koska he samalla tarkistavat, että vaivaan on määrätty oikea lääke ja lääkkeen annostus on mennyt lääkäriltä oikein. Kahdelle lapselle heidän ollessaan pieniä sekä perheen isälle on lääkäri määrännyt väärää lääkettä tai väärän annoksen, jonka tarkkaavainen farmaseutti oli huomannut ja korjannut:

Jos olen apteekissa niin pyrin hakemaan, niin siellä on erittäin asiallinen ja asiansa tietävä henkilökunta. Meillä on monta kertaa sattunu ainaki, itse asiassa viime viikolla sattu, kun mun miehelle tuli paha nielutulehdus ja hän kävi kaks kertaa siellä lääkärissä ja tuliki semmone että lääkäri oli määränny väärät lääkkeet, väärän annoksen niin kyllä se mä luotan niihin farmaseutteihin että tarkistaa. Meillä on kolme kertaa käyny, nyt kävi miehelle ja kaks kertaa on käyny pienenä jollekin lapselle.

Perheessä on pitkäaikaissairauksia – astma (3), migreeni (2) ja krooninen nivelsairaus (1) – joihin on reseptilääkkeet. Koska näihin sairauksiin on pakko Marjan mielestä syödä lääkkeitä, hän yrittää välttää muuta lääkkeiden käyttöä parhaansa mukaan. Siksi perheen reseptilääkkeiden lisäksi lääkekaapissa on lähinnä vitamiineja ja kipulääkkeitä.

5.7.3 Kotihoitaja

49–53-vuotias Seija ja 44–48-vuotias Satu, jotka ovat molemmat opetuslalla, pyrkivät hoitamaan sairaudet kotona käyttäen lääkkeettömiä kotihoitoja esim. lämmin juoma ja itsehoitolääkkeitä. Seijalla ei ole työn puolesta kokemusta lääkkeistä, mutta Satu on käynyt EA1:en, jossa puhuttiin vähän lääkkeistäänkin.

Lääkkeitä voi heidän mielestään käyttää silloin kun on kipua tai lääkäri niitä on määrännyt. Lääkärin määräämistäkin kuureista on syytä kuitenkin kysyä, ovatko ne välttämättömiä, ja onko annostus kohdillaan, ettei tule yli- tai alilyöntejä. Sairauksia tulisi kuitenkin pyrkiä ennalta ehkäisemään esimerkiksi terveellisillä elintavoilla. Joissakin pitkäaikaissairauksissa lääkkeet ovat heidän mielestään välttämättömiä. Lääkkeistä on heidän mukaansa usein haitta- ja sivuvaikutuksia. Sadun pojalle oli syötetty useita tehottomia antibioottikuureja, joiden aikana paljastui sitten penisilliiniallergia. Seija uskoo lääkkeiden olevan välttämättömiä joissakin tapauksissa, mutta ensisijainen hoitokeino pitäisi olla terveelliset elintavat:

Varmaan monien sairauksien hoidossa lääkkeet on välttämättömiä, mutta sitten se että ensisijaisesti kuitenkin pitäis pyrkiä esim. elintavoilla ja ruokailutottumuksilla ja tällaisilla tuota niin ni korjaamaan tilannetta, että jos aatellaan miten paljon on näitä nykysin näitä elintapasairauksia että tietysti ensisijaisesti et jos on niinku ylipainoa ja sen takia korkea verenpaine niin minusta se että otetaan verenpainelääkettä ei ole se ensisijainen vaan et pitäis puottaa sitä painoo ja ruokavalio saada kuntoon, et vasta sitten jos se ei oo mahdollista ni sitten vasta lääkkeet. Mutta toki sitten monessa sairaudessa, jos aatellaan niin eihän sitä muuten selviä.

Lääkkeistä kysytään lääkäriltä, silloin kun niitä määrätään. Apteekin henkilökunta on hyvä tietolähde, ja kun lääke on ostettu, pakkausseloste tulee luettua. Seija on huomannut katsovansa nykyään myös internetistä. Satu ei käytä juurikaan internetiä, sillä sieltä lukiessa saa itselleen vaikka minkä taudin oireet:

No kyllä mulla lääkäri, farmaseutti ja tuoteseloste on siinä järjestyksessä ja yleensä farmaseutit ja apteekki on se joka vaivautuu niitä lääkkeitä selittämään. Että tuota aika usein lääkärillä on kiire ja sitten niitten kautta, netistä en oo kyllä hirveesti ettiny nyt tietoa. Siellä olis niin paljon kaikkea muutakin et varmaan sitä kohta ois itekin lääkäri. Et siellä kun borreliosisistakin näin kevään aikana niin varmasti saa kaikki oireet itsellensä.

Kummassakin perheessä on pitkäaikaissairauksia sekä runsaasti itsehoitolääkkeitä. Seijalla on kulumia, migreeni ja univaikeuksia, joihin hänellä on reseptilääkkeet. Sadun miehellä on myös univaikeuksiin reseptilääkettä. Satu on turvautunut lasten ollessa pieniä myös vyöhyketerapiaan ja käynyt siellä myös itse, koska on uskonut että sillä on ollut jotain vaikutusta terveenä pysymiseen. Vyöhyketerapeutti hoitaa terveyttä painelemalla joko pelkästään jalkaterien heijastepisteet tai koko kehon heijasteet (myös kädet, korvat, kasvot ja keskivartalo) (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010).

Näiden kahden kotihoitajan kohdalla näkyi selkeä kodin vaikutus heidän suhtautumiseensa lääkkeitä kohtaan. Seija on perinyt asenteensa lääkäri isältään, joka oli tarkka lääkkeiden käytöstä ja harrasti myös ”luontaislääketiedettä” sekä vannoi terveellisten elintapojen nimeen. Kotona hyllyt pursusivat ilmaisia lääkenäytteitä, mutta Seijan mukaan kouluunkin piti mennä puolikuntoisena ja lääkettä sai vasta kun oli oikeasti tarvetta. Seija kertoo olleensa nuorempana hyvinkin lääkevastainen:

Nuorempana olin sillee että hyvin lääkevastainen, että en ottanu heti ees hyvin helposti ees päänsärkylääkettä vaikka olis ollu tarvekin, mutta nykysin oon kyllä sitä mieltä että ei kannata turhaan kärsiä. Et sillon jos on aihetta ja jos lääkäri määrää ni. Et tavallaan onhan niistä jotain hyötyäkin.

5.7.4 Lääkäriin luottaja

Mie oon reseptilääkkeiden ihan vankkumaton fani, koska se että reseptilääkkeet on sellasia miten mä sanosin tehokkaita ja ja ja tällisiä täsmälääkkeitä. Et jos joku kirjottaa sulle reseptin johonkin vaivaan niin se on aivan varma et se auttaa. 49–53-vuotias Marjaana

Lääkärin ammattitaitoon uskovia oli määrällisesti kaikkein eniten (8). Joukkoon kuuluu eri alojen ihmisiä, joista osa on jopa opiskellut alaa tai käsitellyt lääkkeitä työssään (taulukko 22).

Taulukko 22. Lääkäriin luottajat (n= 8).

Nimi ja ikä	Ammatti
Marjaana (49–53-vuotias)	päällikkö
Eeva (45–48-vuotias)	ryhmäavustaja, lääkkeitä joutunut antamaan sairaille lapsille
Maija (49–53-vuotias)	sihteeri
Piia (40–44-vuotias)	ylempi terveydenhoitoalan koulutus, määrää itsekin jossain määrin lääkkeitä
Miia (40–44-vuotias)	opetuslalla
Teija (40–44-vuotias)	opetuslalla
Irja (49–53-vuotias)	opetuslalla, mies lääkäri
Tarja (49–53-vuotias)	sihteeri

Heistä kaksi (Piia ja Marjaana) käyttävät yleensä yksityisiä lääkäripalveluja, koska sinne pääsee nopeammin. Piia kuvaa perheen terveystalouden käyttöä seuraavasti:

No vuodessa, tietysti minulla ja miehellä on työterveyshuolto yksityisellä asemalla ja se on tietysti, mutta varsinaisesti meillä ei kroonisia sairauksia oo, ei oo hyvin runsasta enemmän akuuttivaivoihin tota on käyntiä, kun on tarvis. Lapsilla on myös julkisella puolella päivystyslanteisia, päivystyksessä viikonloppusin muuten käy yksityisellä, koska sinne perusterveydenhoitoon on vaikeeta päästä. Mutta sillee akuuttuluontosesti muutaman kerran vuodessa.

Marjaana luottaa erityisesti erikoislääkäriin lääkeasioissa, eikä käytä kovin paljon muita tietolähteitä. Hän ei koskaan vaihda reseptillä kirjoitettua lääkettä toiseen halvempaan, koska uskoo lääkärin kirjoittaneen parasta mahdollista lääkettä:

”En mie ikinä vaiha reseptiä, mie otan aina sen mitä on lappuun kirjoitettu.”

Marjaana uskoi tästä joukosta kaikkein eniten lääkärin ammattitaitoon. Tarja taas vaihtaa useinkin lääkärin määräämään lääkkeen halvempaan vaihtoehtoon, sillä ei halua ostaa monopoliasemassa olevien lääkefirmojen tuotteita, joista saa maksaa enemmän:

”Onneks nykyisin voi siihen halvempaan vaihtaa (nauraa), ettei oon pakko mennä lääkefirmojen lobbaaman lääkkeen varassa.”

Joukon tietolähteiden käytössä lääkkeisiin liittyen oli hajontaa. Eeva käyttää aptee-kin henkilökuntaa, internetiä ja aptee-kin puhelinpalvelua lähteenään. Maijalle internet ja pakkauseloste ovat hyvät lähteet. Piia käyttää terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettua Pharmaca Fennicaa (lääketietokanta) ja aptee-kin henkilökuntaa.

Irja käyttää myös edellä mainittuja, mutta ensisijainen lähde on hänen lääkäri-miehensä. Pharmaca Fennicaan hän pääsee miehensä kautta. Miia ja Teija käyttävät apteekin henkilökuntaa ja pakkausselostetta. Tarja kysyy usein lääkkeistä apteekin henkilökunnalta, mutta häntä ärsyttää usein, kun he kaivavat paperit esiin ja lukevat sieltä. Tämähän hän voisi tehdä itsekin.

Kaikkien perheiden jäsenet ovat käyneet läpi rokotusohjelman yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Maijan vanhinta poikaa, joka oli vakavasti sairas syntyessään, ei ole rokotettu. Sikainfluenssarokotukset jakoivat sen sijaan hiukan mielipiteitä. Maijan perheessä kukaan ei ottanut sikainfluenssarokotetta, sillä rokote epäilytti, kun sen vaikutuksia ei ollut ehditty tutkia. Myöskään Marjaana ei ottanut itselleen sikainfluenssarokotetta ja perusteli sen sillä, että on ollut niin paljon tähän ikään mennessä tekemisissä aasialaisten ja hong kongilaisten kanssa, ettei ole mitään vaaraa sairastua. Hänen miehensä ja lapsensa on kuitenkin rokotettu. Miian perheessä lapset ovat saaneet sikainfluenssarokotteet ulkomailla asuessa koulussa, mutta vanhemmat eivät ottaneet rokotuksia. Ulkomaille muuttaessa Miian perhe otti vaadittavat rokotukset. Miia on joskus ottanut kausi-influenssarokotteita. Eevan, Piian, Teijan, Irjan ja Tarjan perheet ovat ottaneet sikainfluenssarokotteet, mutta myös joskus kausi-influenssarokotteita sekä maakohtaisia rokotuksia ennen lomareissua.

Kukaan lääkäriin luottajista ei ole lähtemässä lääkäriin heti ensimmäiseksi, kun lapsi sairastuu, vaan hekin katsovat muutaman päivän menisikö tauti ohi kotihoidolla. Heistä kaikki ovat kuitenkin sitä mieltä, että lääkärin määräämät lääkkeet ovat hyviä ja tarpeen syödä. Tarja pitää Suomen lääkäreitä vastuullisina:

”Minun mielestä lääkärit Suomessa on aika vastuullisia, et ne määrää sen lääkkeen, mikä on tarpeen ja silloin sitä on syytä ottaa.”

Maija korostaa, ettei täysi kieltäytyminen lääkkeistä ole järkevää:

”Ei mun mielestä absolutismi oo lääkkeissäkään hyvä.”

Kaikissa perheissä on pitkäaikaissairauksia: Marjaanan perheessä on migreeni, kilpirauhasen vajaatoiminta ja korkea verenpaine. Eevan perheessä on reseptilääkitystä pitkäaikaissairauksiin (infektioastma, migreeni, reuma). Piian perheessä kärsitään taas yökastelusta, unihäiriöstä, allergiasta ja atooppisesta ihottumasta. Miian kahdella pojalla on keväisin ja kesäisin siitepölyallergiaa. Teijan perheessä on diabetesta (2) ja allergiaa. Tarjalla on kilpirauhasen vajaatoimintaa ja hänen miehellään diabetes. Irjalla on reseptilääkitys allergiaan. Osittain varmasti pitkäaikaissairauksien takia lääkäriin luottajat pitävät reseptilääkkeitä myös tehokkaampina kuin itsehoitolääkkeitä.

Osassa perheitä käytetään myös vaihtoehtohoitoja tai -lääkkeitä. Marjaana käyttää vyöhyke- ja aromaterapiaa, mutta mielihyvää tuottamaan ei sairaudenhoidossa. Myös Eevan pojat ovat käyneet lapsena vyöhyketerapiassa. Aromaterapia on täydentävä hoitomuoto, joka perustuu tuoksuviene eteristen öljyjen käyttöön, jonka valintaan asiakas saa vaikuttaa, ja kosketukseen perustuviin hoitomuotoihin. Moni käyttää aromaterapiaa Marjaanan tavoin hemmotteluhoitona. (Suomen aromaterapeutit ry 2014.)

Irja käytti joskus aikoinaan flunssan hoidossa auringonhattutippoja ja omena-hunaja-viinietikkaa. Tarja käyttää äitinsä tekemiä Ruotsintippoja flunssassa, mutta sanoo, että ”luonnonlääke” parantaa hitaalla syklillä, ja jos hän on oikeasti sairas, hän menee lääkäriin ja pyytää sieltä lääkettä.

Lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutukset huolestuttavat lääkäriin luottajiakin. Marjaanan mielestä lääkkeen voi aina vaihtaa, jos tulee pahoja sivuvaikutuksia.

5.7.5 Yhteenveto tyypittelystä

Aineistosta nousi esiin kaksi ääripäätä: länsimaisen lääketieteen kyseenalaistaminen ja siihen luottaminen (taulukko 23). Aineiston nuorimmat (35–39-vuotiaat) terveydenhoitoalaa opiskelleet äidit, joita oli kaksi, suhtautuivat lääkkeiden käyttämiseen kriittisimmin. Tyypit tutkija nimesi itse aineiston (haastattelut ja lääkekaappitutkimukset) analyysissä syntyneiden tulosten pohjalta. Tutkijalla ei ollut käytävissä aikaisempia tutkimuksia, joissa olisi tehty vastaavanlaista tyypittelyä.

Taulukko 23. Yhteenveto haastattelu- (n=12) ja lääkekaappitutkimusaineiston (n= 10) perusteella tehdystä äitien terveys- ja lääkekasvattajatyypittelystä.

	Lääketieteen kyseenalaistaja 35–39-vuotias Jenni (terveydenhoitoalan ammattikoulutuskinto)	Lääkekriittinen 35–39-vuotias Marja (terveydenhoitoalan ammattikoulutuskinto)	Kotihoitaja 49–53-vuotias Seija (opetusala) 45–48-vuotias Satu (opetusala)	Lääkäriin luottaja 49–53-vuotias Marjaana (päällikkö) 45–48-vuotias Eeva (ryhmävastaja) 49–53-vuotias Maija (sihteeri) 40–44-vuotias Piia (ylempi terveydenhoitoalan koulutus) 40–44-vuotias Miia (opetusala) 40–44-vuotias Teija (opetusala) 49–53-vuotias Irja (opetusala) 49–53-vuotias Tarja (sihteeri)
Asenne	- Kyseenalaistaa länsimaisen lääketieteen. Suosii proses-soimantonta ruokaa, ei käytä kevyttuotteita ja kannattaa karppeausta.	-Ei anna niin helposti lääkettä kuin mieheensä, eikä pidä lääkkeitä välttämättöminä sairauden hoidossa vaan pyrkii ensin hoitamaan lapsen pienet vaivat kotikonstein ja turvautuu vasta sitten lääkkeisiin.	- Terveet elintavat ja ruokailutottumukset ensisijainen hoitokeino. Suositetaan lääkkeitömiä kotihoitoja ja itsehoito-lääkkeitä.	- Luotetaan lääkärin ammattitaitoon ja länsimaiseen lääketieteeseen.

Lääkäriin meno	- Lääkäriin lähdetään viimeisenä keinona, kun kotikonstit ja itsehoito-lääkkeet ei auta. Käyttää yksityisiä lääkäripalveluja, sillä ei luota julkiseen.	-Lääkäriin mennään kun äidin vaisto sanoo niin.	-Lääkäriin mennään vasta, kun kotihoito ei auta.	-Lääkäriin mennään kun siihen on tarvetta, ei kuitenkaan heti.
Tietolähteet lääkkeistä	-Tietolähteet lääkkeitä: internet ja pakkauseloste.	-Luottaa apteekin henkilökuntaan lääkekysymyksissä: tarkistavat annostuksen.	- Lääkkeistä kysytään lääkäriltä, silloin kun niitä määrätään, apteekin henkilökunta on hyvä tietolähde, internet myös (Seija) ja kun lääke on ostettu pakkauseloste tulee luettua.	- Hankkivat lääkkeitä tietoa eri tietolähteistä, kuten lääkäriltä, apteekin henkilökunnalta, pakkauselosteesta ja internetistä.
Suhtautuminen rokottamiseen	- Otettu rokotukset ennen sikainfluenssaa, jonka jälkeen perheen tyttärelle ei ole annettu rokotteita rokotusohjelman mukaisesti.	- Perhe käynyt läpi rokotusohjelman. Sikainfluenssaroikotteen otti vain äiti työnantajan velvoitteesta. Muuta perhettä ei ole rokotettu, koska rokote epäilytti.	-Perheet rokotettu, otettu myös sikainfluenssaroikotteet (paitsi Sadun mies) ja maakohtaisia rokotuksia.	-Perheenjäsenillä peruserokotukset, sika-influenssarokotus jakoi mielipiteitä.
Suhtautuminen lääkkeisiin	-Suhtautuu kriittisesti reseptilääkkeisiin. Joissakin pitkäaikais-sairauksissa lääkkeet välttämättömiä.	- Käyttää ja antaa lapsille itsehoito- ja reseptilääkkeitä silloin kun itse katsoo, että ne ovat tarpeen. Mietti, onko lääkärin määräämä lääkekuuri tarpeen syödä (antibiootit).	-Lääkkeitä voi käyttää kun on kipua, joihinkin pitkäaikais-sairauksiin välttämättömiä tai lääkäri on niitä määrännyt. Lääkärin määräämistä kuureista syytä kysyä, ovatko välttämättömiä ja onko annostus kohdillaan.	-Lääkkeet välttämättömiä särkyyn (Marjaana, Tarja) ja pitkäaikais-sairauksiin (Eeva, Maija, Piia, Miia, Teija, Irja ja Tarja).
Perheen sairaudet	-Ei pitkäaikais-sairauksia.	-On pitkäaikais-sairauksia.	-On pitkäaikais-sairauksia.	-On pitkäaikais-sairauksia.
Lääkkeiden käyttö	-Suosii itsehoitolääkkeitä, vaihtoehtohoitoja ja luontaistuotteita.	-Itsehoitolääkkeillä pärjää hyvin pienemmissä vaivoissa.	-Ensisijaisesti itsehoitolääkkeitä ja joskus luontaistuotteita. Reseptilääkkeitä lähinnä pitkäaikais-sairauksiin tai sairauksiin, jotka ei mene muuten ohi.	- Reseptilääkkeet hyviä (lääkärin määräämiä), itsehoitolääkkeet ei niin hyviä (harkinnan mukaan käytettävä). Saatetaan lisähoitona käyttää luontaislääkitystä tai vaihtoehtohoitoja.
Haitta- ja sivuvaikutukset	-Epäilyttävät, pelkoja.	-Ei ole juuri kokemusta.	-Lääkkeistä usein haitta- ja sivuvaikutuksia.	-Huolestuttavat.

5.8 KODIN SISÄINEN JA ULKOINEN VUOROVAIKUTUS LÄÄKEKASVATUKSESSA

Tutkimuksen toinen päätutkimuskysymys käsitteli kodin sisäistä ja ulkoista vuorovaikutusta lääkekasvatuksessa perheen näkökulmasta. Lääkkeiden oikean ja taroituksen mukaisen käytön oppiminen nähdään lasten, vanhempien, opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä yhteistyönä (Hämeen-Anttila 2006). Siksi tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella, kuinka paljon koti on vuorovaikutuksessa, sosiokulttuuristen ympäristöjen, kuten koulun ja terveydenhuoltopalveluiden kanssa (ks. Bubolz & Sontag 1993, Human Ecology -malli). Kun perhettä tarkastellaan suhteessa ulkopuolisiin sosiokulttuurisiin ympäristöihin (tässä tutkimuksessa koulu ja terveydenhuolto) ja toimintaympäristöihin, yhteiskuntaan ja kulttuuriin, puhutaan yhteensovittamisesta: millaisia perheen rutiinit ovat suhteessa kulttuuriin traditioihin ja yhteiskunnan vaatimukseen (Rönkä & Korvela 2009).

Tässä tutkimuksessa havaittiin kaksi tapausta, joissa perheiden rutiinit olivat risitiidassa yhteiskunnan vaatimusten kanssa. Kyselyssä (n=241) tuli ilmi yksi vastaaja, jonka mielestä koulussa ei pitäisi olla ollenkaan opetusta lääkkeiden oikeasta käytöstä. Kuitenkin lääkkeiden asianmukaisen käytön opetus on mainittu terveystiedon opetussuunnitelman perusteissa ja lääkeaiheesta on myös mainintoja terveystiedon oppikirjoissa (Opetushallitus 2004; Hämeen-Anttila & Karjalainen 2008). Haastattelussa yksi äideistä (Jenni) ilmoitti myös eriävät mielipiteensä terveydenhuoltopalveluista, lääkkeiden käytöstä ja rokottamisesta, joihin syynä oli länsimaisen lääketieteen kyseenalaistaminen.

5.8.1 Keskustelut lääkkeistä kotona ja koulussa

Lääkkeistä keskustelemista tiedusteltiin vanhemmilta kyselyssä (n=250) sekä lapsilta ja äideiltä haastatteluissa (n=24). Lapsi on Bronfenbrennerin bioekologisen -mallin mukaan vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa tämän tutkimuksen näkökulmasta mikrosysteemin tasolla, joka käsittää hänen välittömän ympäristönsä, kuten kodin ja koulun. Mesosysteemin tasolla, joka käsittää kodin ja koulun väliset suhteet ja eksosysteemin tasolla, joka tarkoittaa tässä tutkimuksessa vanhempien työtä, joka vaikuttaa epäsuorasti lapseen. (ks. Bronfenbrenner 2002.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan erityisesti vanhemman terveydenhoitoalan työ vaikuttaa lapseen. Haastatelluista äideistä yhdellä on ylempi terveydenhoitoalan koulutus (Piia) ja kahdella (Marja ja Jenni) on terveydenhoitoalan ammattikoulututkinto. Lisäksi Irjan mies on lääkäri. Näissä perheissä työn kautta saatu tieto lääkkeistä, joko aiheutti pelkoja ja kriittisyyttä niitä kohtaan (Marja ja Jenni) tai vahvasti luottamusta lääketiedettä ja lääkkeitä kohtaan (Piia ja Irja).

Kyselyn (n=250) mukaan vanhemmat puhuvat lastensa kanssa seuraavista asioista: Sairauksien ehkäisy terveellisillä elintavoilla (95 %) ja rokotuksin (87 %). Sairauksien tai oireiden hoito kotikonstein ilman lääkkeitä esimerkiksi lepo ja lämmin juoma (96 %). Sairauksien tai oireiden hoito itsehoitolääkkeillä (75 %) tai lääkärin määräämillä reseptilääkkeillä (85 %).

4.luokkalaiset, 7.luokkalaiset ja heidän äitinsä (n=24) ovat haastatteluiden mukaan yhtä mieltä siitä, että lääkkeitä puhutaan lääkkeitä otettaessa, kun ollaan sairaana

tai otetaan lääkettä pitkäaikaissairauteen, joka on lapsella itsellään, perheen jäsenenä, sukulaisella tai tuttavalla. Lisäksi lääkkeitä saatetaan puhua, jos niitä tulee esiin esim. TV:ssä. Informaalien oppimisympäristöjen, kuten kodin ja internetin rooli onkin kasvanut lasten oppimisessa vähentäen koulun formaalin oppimisympäristön roolia (Aittola 1998, 171–176; Dabbagh & Kitsantas 2012).

Äidit osasivat kuvata tilanteita, joissa lääkekeskustelua on käyty lapsia tarkemmin (katso taulukot 24 ja 25). Halmesmäki, Hjelt ja Välimaa (2004) ovat havainneet, että usein terveysaiheita sivutaan perheen keskusteluissa ohimennen ja joskus tarpeen tullen syvennyttään johonkin ongelmaan lähemmin. Tutkimukseni äidit puhuivat myös siitä, milloin lääkkeitä voi käyttää, mitä lääkkeen on tarkoitus tehdä ja lääkkeen annostuksesta. Äitien ja lasten mukaan vanhemmat huolehtivat yleensä lääkkeen antamisesta, eivätkä halua lasten ottavan niitä itsenäisesti. Yksi 4.luokkalainen (Janne) mainitsi hänelle mahdollisesti jätetystä lääkkeenotto-ohjeesta, silloin kun vanhempi ei ole kotona.

Taulukko 24. Äidin ja lapsen (4.lk) väliset keskustelut lääkkeitä äidin ja lapsen näkökulmasta (n=10).

Äiti	Lapsi
Marja: "Aika paljon ollaankin puhuttu. Tuomaksella on erittäin paha migreeni ja sitten on astma, joten hänen vuokseen joudutaan puhumaan justinsa että miten niitä lääkkeitä käytetään ja otetaanko niitä joka viikkoseen kippuun."	Tuomas kertoo vanhempiensa puhuvan hänelle lääkkeitä, kun hän on kipeä. Puhutaan myös kipulääkkeen ottamisesta vasta kovaan kipuun.
Eeva puhuu lääkkeitä flunssatilanteissa koskien, joko päänsärkyä, huonoa oloa tai kuumeen nousua, jolloin otetaan kipulääkettä. Molemmilla perheen pojilla on infektioastma, joten niihin liittyvistä lääkkeitä puhutaan.	Joonakselle on puhuttu lääkkeitä silloin kun hän on ollut kipeänä, ettei saa ottaa liikaa lääkkeitä, vain silloin kun on tarvetta.
Satu puhuu lapsilleen antibioottikuurien ja muiden tulehdustilojen yhteydessä lääkkeitä. Kipulääkkeiden turhasta käytöstä on myös puhuttu esimerkiksi kasvukipujen yhteydessä.	Matti ei juurikaan muista tilanteita, joissa vanhemmat olisivat puhuneet lääkkeitä käytöstä: "Muuta ku se, että että ennen kun ottaa särkylääkettä niin pitää aina kysyä äitiltä tai isältä tai joltain aikuiselta."
Maija puhuu lääkkeitä lapsille silloin, kun lapselle on määrätty lääkettä, hän antaa sitä itse (yskä, päänsärky) tai ottaa lääkettä itse, jolloin keskustellaan siitä, miksi lääkettä annetaan ja käytetään.	Janne: "No, ei ne ninku oo puhunu, ne on ninku antanu. Niin tai sitten että kolmiolääkkeitä ei saa syödä. Niin, ei ilman lupaa. Niin tai sitten jos on ohje voi ottaa ite, jos vanhemmat ei oo kotona."
Piia: "Flunssatilanteissa, normaaleissa virustaudeissa, että millon sen lääkkeen käyttö on aiheellista ja minkä takia se otetaan silloin kun minä annan sen ja miksi se on tärkeää et se otetaan ja ja allergia on tietysti... miten lääke vaikuttaa ja se olo helpottuu...ehkä se että ne lääkkeet voi myös olla vaarallisia, et niissä on myös se merkintä, et niitä ei mene lapset ite ottamaan ikinä, et yleensä se oon minä joka annan, huolehdin ja annan ne lääkkeet."	Niko: "No...no sillee allergialääkkeistä on puhuttu ja sitte flunssalääkkeistä." Niko ei ole ollut paljon sairaana.

Taulukko 25. Äidin ja lapsen (7.lk) väliset keskustelut lääkkeitä äidin ja lapsen kertomana (n=14).

Äiti	Lapsi
Marjaana: "Lääkettä otetaan tarpeeseen ja sitten se että jos jotain lääkettä otetaan niin mitä se on ja mitä sen on niinku tarkoitus tehdä." Eeron kanssa on keskusteltu siitä, onko kyseessä tavallinen jännitysniskasta johtuva päänsärky vai migreenisärky. Eero ei oikein vielä osaa kuvata kummasta on kyse, joten lääkitys aloitetaan aina jommallakummalla: migreenilääkkeellä tai kipulääkkeellä.	Eerolle on puhuttu lääkkeitä "jottain jos on joku tulehtunu ja antibiooteista jottain."
Seija: "Jaa...ei varmaan silleen tietosesti mitään lääkekeskustelua, mutta sitten tilanteen mukaan kun on tarvetta käyttää jotain tai johonkin sairauteen liittyen. TV-ohjelmaan tai johonkin kontekstiin liittyen."	Jaakko: "Ehkä jostain niin ku normaalista buranasta, et paljonko niitä kannattaa ottaa ja minkä verran."
Mii: "Että silloin ku on tauti ja jokin syy ottaa lääkettä ni sitten ainaki puhutaan että miks jotain otetaan ja kuinka paljon ja mitä siitä seuraa." Lääkkeistä on puhuttu perheen poikien allergioiden yhteydessä.	Vanhemmat puhuvat Timolle joka aamu lääkkeitä, kun muistuttavat ottamaan ne. Myös jos on antibioottikuuri, he muistuttavat syömään sen loppuun.
Teija on puhunut lääkkeiden käytön yhteydessä joitakin varoituksen sanoja. Lisäksi insuliinista puhutaan, koska tytöllä ja isällä on diabetes. Lisäksi pääsärkujen yhteydessä Teija kysyy monta kertaa, onko tarvetta ottaa kipulääkettä. Antibioottien tehokkuudesta märkärupeen on myös keskusteltu Artun kohdalla, koska voiteet eivät tehonneet.	Arttu: "No jottain semmosta, ettei saa niitä ottaa ku yhen päivässä ja jottain tämmöstä, ettei saa liikaa. Säännöllisesti jos ottaa tai silloin ku tarttee ni ottaa, mutta ei muuten. No on mulla allergiat ja niihin allergialääkkeet, jota pitää ottaa päivittäin. Kyllähän, jos silloin on pää kippee, vaikka viikon, ni kyllä sitä pitää buranaa ottaa."
Irja: "No lähinnä silloin ku on sairastunu ja myöski silloin ku vitamiinit lasketaan siihen mukaan ni silloin nää D-vitamiini ja rauta."	Emma: "Hmm.. varmaan just jos on ollu joku päänsärky tai jotain vastaavaa että...tai jos on kipeenä ollu ni silloin on saattanu puhua."
Tarja: "Mutta ei varsinaisesti, että istutaan pöydän ympärillä ja keskustellaan, sitä ei oo tehty, mutta tälleen tilanteessa." Perheessä on keskusteltu särkylääkkeen ottamisesta: kokonainen vai puolikas.	Riina: "Jos mulla on vaikka koskeni jalkaa tai tälleen, ni sitten siihen on neuvonu jotakin pientä lääkitystä, buranaa ja sitten aina muulloinkin lääkkeitä kertonu, ettei kannata ottaa liian paljon ja tällee, koska muuten voi tulla jotakin haittavaikutuksia niistä." Lääkkeistä on ollut puhetta myös silloin kun on ollut sairaana esim. jos on ollu tarvetta saada kuume laskemaan.
Jenni: "No varmaan jossain päänsärkytilanteissa on keskusteltu, että ei ehkä yötä vasten kannata ottaa ja tälläst, mutta ei nyt ihan hirveesti. Hirmu vähän ovat sairaita, että isoin noista on eniten joutunu syömään lääkkeitä, että ei niistä varmaan sen kummemmin olla keskusteltu. Ihan jottain sellasta, että otetaan lääkettä ni se helpottaa oloa ja kippuu ja muuta että."	Ilari: "No en kyllä muista. Kannattaa ottaa vitamiineja, on ainakin sanottu."

Monen lapsen mielestä koulussa on puhuttu enemmän lääkkeitä kuin kotona (taulukot 26 ja 27). Opettajat pitävätkin Hämeen-Anttilan ym. (2005) ja Siitosen ym. (2014) mukaan lääkekasvatusta tärkeänä aiheena, mutta näkevät kuitenkin päävastuun lääkekasvatuksesta olevan vanhemmilla (Hämeen-Anttila 2006). Hämeen-Anttilan ja Karjalaisen (2008, 55, 57–58) tekemän ympäristö- ja luonnontiedon sekä terveystiedon (n=30) oppikirjojen sisällönanalyysin perusteella lääkekasvatuksella ei ole myöskään suurta roolia peruskoulun oppikirjoissa.

Osalla haastatelluista lapsista koulun korostunut rooli lääkekasvattajana saattoi johtua myös lääkekasvatusinterventiosta, joka oli juuri ollut. Seitsemän poikaa: Joonas (9–10 v), Matti (9–10 v), Janne (11–12 v), Eero (13–14 v), Jaakko (13–14 v), Timo (13–14 v) ja Arttu (13–14 v) kertovat oppineensa lääkkeistä enemmän koulussa. Tuomas (9–10 v), Niko (11–12 v) ja Ilari (13–14 v) ovat taas sitä mieltä, että kotona on oppinut enemmän. Ainoat tutkimukseen osallistuneista tytöistä Emma (13–14 v) ja Riina (13–14 v) taas kertovat oppineensa kotona konkreettista lääkkeiden käyttöä ja koulussa teoriaa.

Taulukko 26. Lääkkeistä oppiminen kotona ja koulussa 4.luokkalaisten (n=5) kertomana.

Kotona	Koulussa
Tuomas: kotona ja koulussa puhuttu samoja asioita, mutta kotona on oppinu enemmän.	Joonaksen mielestä hän on oppinut koulussa enemmän lääkkeistä kun kotona, eikä koulussa ja kotona ole puhuttu kovinkaan paljon samoja asioita. Koulussa on neuvottu ”et mitenkä niitä pittää ottaa ja minkälaisia saa ottaa”.
Niko: kotona ja koulussa puhuttu samoja asioita, mutta kotona on oppinu enemmän.	Matti sanoo oppineensa lääkkeistä enemmän koulussa. Kotona ja koulussa ei ole puhuttu samoja asioita.
	Janne on oppinut eniten koulussa ja mainitsee esimerkkeinä koulussa omalla ryhmällä olleet aiheet diabeteksen ja migreenin.

Taulukko 27. Lääkkeistä oppiminen kotona ja koulussa 7.luokkalaisten (n=7) kertomana.

Kotona	Koulussa
Ilari uskoo oppineensa lääkkeistä eniten kotona. Kotona ja koulussa on puhuttu jossain määrin samoista asioista, mutta sitten myös eri asioista.	Eero: ”No varmaan koulussa ku siellä näytettiin videoita ja luettiin kirjasta, se on niinku paremmin.” Kotona ja koulussa on kuitenkin puhuttu aikailla samoista asioista.
	Jaakko uskoo, että koulussa on puhuttu hänelle lääkkeistä enemmän kuin kotona: ”No ehkä koulussa kumminkin on tullu vähän tarkemmin. Kotona ehkä enemmän niistä joita on tullu käytetty.” Koulussa ja kotona ei ole puhuttu samoista asioista: ”No ei oikeestaan, ehkä enemmän niistä että onko niin ku miten niistä painoluokituksista ja niistä määristä.”
	Timo sanoo ensin, että on oppinut lääkkeistä enemmän kotona, mutta sanoo myöhemmin, että koulussa. Kotona ja koulussa on puhuttu hiukan samoja asioita.
	Perusasiat lääkkeistä Arttu (13 v) on oppinut kotona, mutta koulussa asioista on puhuttu tarkemmin: ”Kyllä mä varmaan siellä koulussa, kyllä mä nyt perusasiat täällä kotona oon oppinu, mutta koulussa vähän tarkemmin.” Kotona ja koulussa on puhuttu lääkkeistä samoja asioita.

Emma on oppinut yleisellä tasolla lääkkeistä koulussa ja niiden käyttöä käytännössä kotona.

Kotona on tullut Riinalle enemmän tietoa käytännössä lääkkeiden käytöstä, mutta hän uskoo oppivansa kummassakin lääkkeistä: ”Ehkä kummassakin, koska koulussa mie saan siitä lissää tietoa, mutta kotona mie saan ne perustiedot, e mie tiin jo valmiiks jos mie sitten koulussa ei tajuu niistä ni koton tajjuun.” Koulussa ja kotona on puhuttu samoja asioita lääkkeisiin liittyen. Koulussa ei ole tullut juurikaan mitään uutta lääkkeisiin liittyen, mutta jotakin pientä lisää: ”On, aika paljon sammaa, et koulussa on saatettu sitten jottain pientä lissää.”

Vuorovaikutusta kodin ja koulun välillä lääkekasvatuksessa on silloin, kun lapsi tarvitsee lääkitystä esimerkiksi pitkäaikaissairauteen koulupäivän aikana. Tästä asiasta saatiin neljä mainintaa kyselyn avoimissa kysymyksissä. Yksi kyselyyn vastanneista äideistä oli sitä mieltä, että opettajien on hyvä tietää, mitä lapset sairastavat, jotta lapsen paras toteutuisi:

Jokaisella opettajalla ja henkilökuntaan kuuluvalla tulisi olla tieto kuinka esim. adrenaliinipiikki annetaan, jos hätätilanne. Ja ei mielestäni ole paha asia jos lapseni sairaus (etenkin jos vaatii välitöntä toimimista keneltä tahansa hätätilanteessa) on kaikilla tiedossa, vaikka tietosuoja noudatetaan. Lapsen paras on tärkein.

Samalla neljä kyselyyn vastannutta pohti sitä, kenelle lääkkeen anto koulussa kuuluu: opettajalle vai terveydenhoitajalle? Joissakin kouluissa ei vastaajien mukaan opettajan saatavilla ole edes särkylääkettä vaan kaikki lääkkeet löytyvät terveydenhoitajan luota. Lasten henkilökohtaiset lääkkeet ovatkin sitten eri asia, sillä lapsi pitää niitä mukanaan tai sitten koulussa on niille oma säilytyspaikka. Opettaja saattaa joissakin pikaista lääkintää vaativissa tilanteissa (esim. anafylaktinen shokki, astma, diabetes) olla se, jonka on pakko huolehtia lääkityksestä, kun ei ole aikaa odotella terveydenhoitajaa paikalle tai terveydenhoitaja ei ole juuri sillä hetkellä koulussa paikalla.

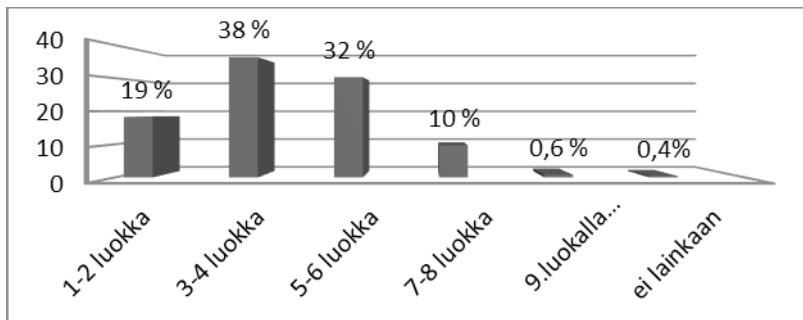
Nämä vanhempien mainitsemat erilaiset toimintatavat ovatkin sopimuksia, jotka on tehty oppilaan ja hänen huoltajiensa sekä lääkehoitoa toteuttavan työntekijän ja koulun johdon välillä. Opetustoimen lainsäädäntö ei kuitenkaan velvoita koulujen työntekijöitä osallistumaan lääkehoitoon. Koulun henkilöstölle tulee kuitenkin tarjota terveydenhuoltoalan ammattilaisen pitämää koulutusta, jos lääkehoitoa joudutaan toteuttamaan esim. insuliinipistokset. (THL 2012.)

Kyselyn avoimien kysymysten kautta tuli esiin sekä positiivinen että negatiivinen vuorovaikutustilanne kouluterveydenhoitajan kanssa:

Lapsella ollut mahdollisuus saada särkylääkettä ja odottaa terveydenhoitajan vastaanottotiloissa vanhemman (vanhempien) kyytiä. Toistuvien vatsavaivojen vuoksi lapsella oli myös mahdollisuus käydä lepäämässä kesken koulupäivän terveydenhoitajan vastaanottotiloissa. Terveystenhoitaja varasi myös ajan lastenlääkärille, informoi vanhempia ja näin lääkärin määräämien LAB-kokeiden kautta vatsavaivat selvisivät (laktaasientsyymin puutteeksi).

Terveydenhoitajan ammattitaito puutteellinen!! Hänen ei kuuluisi saada tehdä diagnoosia (esim. laktoosi-intoleranssi) vaan testitulosten tulkinta kuuluu lääkärille! Kuinka monta väärää tulkintaa on tehnyt!) Meillä oli omakohtainen kokemus (vatsavaivat) + väärä tulkinta, vaikka ... oli ehdottomasti sitä mieltä että testitulos positiivinen. Veimme lapsen DNA-testiin ja ITE:lle jossa lääkärin diagnoosi --> tälle lapselle tuskin koskaan tulee laktoosi-intoleranssia! --> vatsavaivat johtuivat koulukiusaamisesta johon on nyt tehokkaasti puututtu! Kaikki hyvin!

Lääkkeiden asianmukainen käyttö on kyselyn (n=241) mukaan vanhempien mielestä myös koulussa käsiteltävä aihe. Yhteistyö kodin ja koulun välillä lääkekasvatuksessa on siis vanhempienkin mielestä tärkeää. Kuviosta 11 voidaan nähdä, että eniten kannatusta koulun lääkekasvatuksen aloittamisajankohdaksi on saanut 3.–4. luokat (38 %) ja toiseksi eniten 5.–6. luokat (32 %).



Kuvio 11. Luokka-aste, jolla vanhempien mielestä tulisi aloittaa opetus lääkkeiden oikeasta käytöstä (%) (n=241).

Haastatteluiden (n=24) mukaan kotona ei keskustella, mitä koulussa on puhuttu lääkkeistä. 4.luokkalaisten äideistä neljä ei ole keskustellut aktiivisesti lastensa kanssa, mitä koulussa on puhuttu lääkkeistä lääkekasvatusinterventiossa. Ainoastaan Nikon äiti Piia kertoo heidän keskustelleen asiasta jonkin verran. Äidit olivat kuitenkin sitä mieltä, että koulussa käsitellyt aiheet olivat sopivia tämän ikäisille. Äidit eivät olleet myöskään huomanneet intervention jälkeen muutoksia lasten suhtautumisessa lääkkeisiin, mutta tietoa oli tullut enemmän:

No eipä oikeestaan, mutta ku tietysti kommentoi aika paljon enemmän lääkeasioita mutta...ei se oo sillee. Marja

No, ei oikeestaan lääkkeisiin sinänsä, mutta näihin ensiapujuttuihin, joista hän on puhunu ihan oma-aloitteisesti enemmänkin. Tossa ei muistanu läheskään kaikkea, mistä on puhunu... Eeva

Ei minusta oo, meillä on oikeestaa aina ollu, että lääkkeet on lääkekaapissa ja niitä otetaan kun sovitaan. Maija

No tietoa on saanu enemmän. Kyllä minusta ainakin enemmän ymmärtää ku on kerrottu ja käyty läpi. Piia

7.luokkalaisten äideistä kukaan ei ole kovinkaan aktiivisesti kyselty, eivätkä nuoret kertoneet, mitä koulussa on terveystiedon tunneilla puhuttu. Kokeisiin kuulustellessa Marjaana, Miia, Irja ja Tarja ovat saaneet tietää, mitä aiheita terveystiedossa on käsitelty. Kaksi 7.luokkalaisten äideistä mainitsi, ettei tämän ikäisillä ole yleensä

tapana kertoa vanhemmilleen, mitä koulussa on tehty tai käsitelty. Seuraavat kommentit kertovat hyvin asian ytimen:

”Varsinkin nää seittemäsluokkalaiset, jos jottain kysyt, niin ei mittään vastata”.
Marjaana

No täytyy sanoa, että alakoulun puolella niin ku enemmänki, mutta nykyään ei saa enää vastausta siihen (nauraa). Irja

5.8.2 Koti ja terveydenhuollon palvelut

Vuorovaikutusta lääkkeisiin liittyen kodin ja terveydenhuollon kanssa on enemmän kuin kodin ja koulun välillä. Lääkärissä käyntejä tulee niissä perheissä useita vuodessa, joissa on pitkäaikaissairauksia. Muissa tapauksissa terveydenhuollon palveluita käytetään säännöllisen epäsäännöllisesti tarpeen vaatiessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa lääkäriin on menty siinä vaiheessa, kun kotihoito itsehoitolääkkeillä ei ole auttanut ja sairaus ei näytä parantuvan, lapsen oireet ovat ilmenneet nopeasti tai vanhemmat eivät ole tiedäneet mitä tehdä (Ahoonon ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Ecklund & Ross 2001; Lagerlov, Helseth & Holager 2003). Tässä tutkimuksessa suurin osa perheistä (n=11) ymmärsi terveysterveystarpeisiin kuuluvan ainoastaan lääkäripalvelut, eikä maininnut esimerkiksi hammaslääkäreitä. Katso taulukko 28.

Taulukko 28. Perheiden (n=12) vuosittainen terveystarpeiden käyttö.

Useita käyntejä pitkäaikaissairauksien takia	Käyntejä tarvittaessa
Marjan perheessä astma, migreeni ja selkärankareuma.	Maija ei kertonut omia sairauksiaan, joiden takia joutuu lääkärisä aina välillä käymään. Lapsia ei juurikaan tarvitse lääkärisä käyttä.
Eevan perheessä infektioastma, astma, migreeni ja reuma.	Piian perheessä ei ole tarvetta säännöllisille käynneille.
Sadun perheessä on ollut korvatulehduskierre, joka loppui nielu- ja kitarisaleikkaukseen.	Seijan perheessä ei juurikaan käytetä terveystarpeita. Jaakko on ollut terve lapsi.
Marjaanan miehellä on pitkäaikaissairauksia, korkea verenpaine ja kilpirauhasen vajaatoiminta, joiden takia käy säännöllisesti lääkärisä. Lasten kanssa käydään lääkärisä tarpeen vaatiessa.	Irjan perheen ei tarvitse käyttä usein terveystarpeita, kun puoliso on lääkäri.
Teijan perheessä hänen miehellään ja tyttärellään on 1.tyyppin diabetes, joten he käyvät lääkärisä säännöllisesti.	Jenni ei juuri halua lääkäripalveluja käyttä ja jos niitä joudutaan käyttämään, hän menee yksityiselle.
Tarjan mies on diabeetikko. Lapset käyvät säännöllisesti koulun kautta hammaslääkärisä ja äiti käy kunnallises-sa hammashoidossa.	Miian perhe ei juurikaan käytä terveystarpeita. Joku neljä kertaa vuodessa käydään nuorimman lapsen allergioiden takia lääkärisä.

Sadun perheessä lääkärisä käynnit korvatulehduskierteen takia olivat loppuneet Matin nielu- ja kitarisaleikkaukseen. Satu ei oikein ollut kuitenkaan pitänyt tilanteesta, jossa hänelle oli annettu päätäntävalta leikataanko vai ei. Myös antibiooteista ennen leikkausta lääkärit olivat kysyneet, mitä määrätään sen perusteella mikä oli aikaisemmin tehonnut. Satu ei ollut pitänyt siitä, että vastuu päätöksistä oli vieritetty ikään kuin hänen harteilleen, vaikka hänellä ei ole alan koulutusta.

Piian perhe suosii yksityisiä terveyspalveluja. Vanhemmilla on työterveyshuolto yksityisellä puolella. Lapsiakin käytetään yksityisellä puolella arkipäivinä, kun julkiselle on vaikea päästä. Viikonloppuisin, jos tulee jotain akuuttia, käydään julkisella. Perheessä ei ole pitkäaikaissairauksia, jotka vaatisivat säännöllisiä lääkärikäyntejä.

5.8.3 Lasten tiedot lääkkeistä ja toiminta sairauden hoidollisissa tilanteissa

4.luokkalaisten lääkekasvatusinterventiossa käsiteltiin seuraavia aiheita ryhmätöiden kautta: haavanhoito, nivelvamman, flunssa, korvakipu, migreeni, diabetes, astma, kyyn purema ja vatsakipu. Kaikilla kolmella 4.luokalla ei käsitelty kaikkia aiheita. 7.luokkalaisten aiheena olivat vitamiinit ja ravintolisät, joita käsiteltiin tapausesimerkkien kautta. Sekä 4. että 7.luokkalaisilta tiedusteltiin, mitä he muistavat tunteista, ja miten he toimisivat ensiapua vaativissa tilanteissa. Myös 7.luokkalaisilta tiedusteltiin, mitä he tekisivät tilanteissa, jotka olivat aiheena 4.luokkalaisilla. Näin halusin saada kuvaa siitä, tietävätkö hiukan vanhemmat oppilaat asioista enemmän kuin 4.luokkalaisten.

4.luokkalaisilla pojilla (n=5) ei ollut jäänyt kovin hyvin mieleen, mitä koulun lääkekasvatustunneilla oli puhuttu, mutta tekeminen oli jäänyt paremmin mieleen. Kolme pojista haastattelin heti intervention jälkeen joulukuussa ja kahta pojista vasta kesäkuussa. Poikien kuvauksissa ei ole eroa aikaisemmin ja myöhemmin haastateltujen välillä. Neljä pojista mainitsee tietokoneella työskentelyn tunteilla ja tiedon etsinnän internetistä. Yksi muisti, että oli ollut tehtävämonisteita ja toinen muisti diaesityksen tekemisen. Vain kaksi pojista mainitsi, että lääkkeiden käytämisestä puhuttiin. Vain yksi muisti, että ensiapua oli käsitelty.

7.luokkalaisten (n=7) muistikuvat lääkekasvatustunneista olivat tarkempia kuin 4.luokkalaisten. Kaikkien haastattelut tehtiin pian lääkekasvatustuntien päättymisen jälkeen. Kuusi heistä muisti, että lääkekasvatustunneilla oli puhuttu vitamiineista, ravintolisistä tai molemmista. Moni muisti, että myös lääkkeiden käytöstä oli puhuttu: jako resepti- ja itsehoitolääkkeisiin, lääkkeitä saa apteekista, milloin lääkkeitä käytetään ja milloin ei (myös väärinkäyttö ja yliannostus), mitä merkintöjä lääkepakkausista löytyy tai miten lääkkeet vaikuttavat (myös sivuvaikutukset).

4. ja 7.luokkalaisten mahdollista toimintaa erilaisissa sairauden hoitoa ja ensiapua vaativissa tilanteissa tiedusteltiin ja tulokset on koottu taulukkoon 29. 7.luokkalaisten tieto- taidot olivat arvattavasti paremmat kuin 4.luokkalaisten.

Taulukko 29. 4. ja 7.luokkalaisten (n=12) tiedot ja taidot sairauden hoidossa tai ensiapua vaativissa tilanteissa.

Sairauden hoitoa tai ensiapua vaativa tilanne	4. ja 7.luokkalaisten tiedot ja taidot
Haavanhoito	Sekä 4. että 7.luokkalaisilla (n=12) on hallussa haavanhoito (puhdistus ja laastarointi), jos itselle tai ystävälle tulisi verta vuotava haava.
Ystävän vääntynyt nilkka	4.luokkalaisista kolme soittaisi apua, ja Niko auttais ystävän pois paikalta ja veisi terveyskeskukseen. Joonas ei tietäisi mitä tehdä. 7.luokkalaisista osa olisi tilanteessa omatoimisempia kuin 4.luokkalaiset, ja heistä kolme laittaisi nilkkaan kylmää, jotta se ei turpoaisi. Kaksi heistä myös tukisi nilkkaa. Kaikki heistä (n=7) hakisivat tai soittaisivat tilanteessa apua.
Flunssan hoito	4.luokkalaiset ja 7.luokkalaiset hoitaisivat flunssansa kotikonstein: pukeutumalla lämpimästi, juomalla lämmintä, käymällä lämpimässä suihkussa, lepäämällä sisällä sekä ehkä ottamalla jotakin lääkettä. 7.luokkalaisista kolme mainitsee vitamiinien käytön flunssan hoidossa, mitä 4.luokkalaiset eivät maininneet. Kolmelle 4.luokan pojista olisi korkea aika lähteä lääkäriin silloin, kun on korkea kuume (38–42 astetta) ja varsinkin, jos se on jatkunut pitkään. Kaksi heistä ei oikein osaa arvioida milloin olisi korkea aika lähteä lääkäriin. Lääkäriin flunssan takia 7.luokkalaiset lähtisivät jos nenä on kamalan tukossa ja flunssa on kestänyt pitkään (n=3), korkean kuumeen takia (n=3) tai kun äiti sanoo niin (n=1).
Korvakipu	Korvakipu oli sekä 4.luokkalaisille että 7.luokkalaisille sellainen vaiva, jota ei osattaisi kotona hoitaa. Tässä tilanteessa mentäisiin lääkäriin.
Migreeni	4.luokkalaisista neljä tietää, että migreenissä on kyse päänsärystä ja osa heistä osaa kuvailla myös siihen liittyviä oireita: näkee viivoja, kuvioita tai sahalaitoja, huimaa ja oksetta. Yksi heistä kuvaa migreeniä kuvioiden näkemiseksi, mutta ei mainitse päänsärkyä. Hoitona he käyttäisivät lääkkeitä ja lepoa (pimeässä). Yksi heistä ei osaa sanoa, miten hoitaisi migreeniä. Myös 7.luokkalaiset kuvaavat migreeniä kovana päänsärkynä, johon liittyy näön sumenemista ja huonoa oloa, valoherkkyyttä ja huimausta. Heistä yhdellä ei ole mitään käsitystä migreenistä, ja toinen kysyi minulta oliko kyseessä ”päänahan koskoo juttu”. Hoitomuotona tuli samoja kuin 4.luokkalaisilla: lääkkeet ja pimeässä lepääminen.
Diabetes	4.luokkalaisista kahdella ei ole oikein käsitystä diabeteksestä sairautena: toinen ei osaa sanoa mitään ja toinen on sekoittanut adrenaliinin ja insuliinin. Kaksi heistä mainitsee hoitona insuliinin, ja yksi tietää kyllä miten diabetestä hoidetaan, mutta ei muista lääkkeen nimeä. Yksi mainitsee myös makean syömisen, jos verensokeri on alhaalla. 7.luokkalaisista kaikki tietävät, mistä diabeteksessä on kyse ja he mainitsevat myös ruokavalion tärkeyden. Yksi mainitsee, ettei hiilihydraatteja saisi syödä liikaa, ja toinen että perunoita tulisi välttää. 7.luokkalaisista kuusi muistaa insuliinin nimeltä ja yksi puhuu diabetislääkkeistä.
Astma	4.luokkalaisista kolme mainitsee, kysyttäessä astmasta, hengitettävän astmalääkkeen (astmapiippu) ja kaksi hengästymisen välttämisen liikunnassa. Heistä yksi mainitsee, että on kyllä kuullut astmasta, mutta ei osaa selittää sitä minulle. Joonaksella itsellään on infektioastma ja Matin mummolla myös. 7.luokkalaisille astma on tuttu sairaus, sillä kuusi heistä mainitsee astmalääkkeen ja neljä heistä vielä astmapiipun. Yksi heistä on vähän eksyksissä käytettävän lääkkeen kanssa ja puhuu nenäsumutteesta. Kaksi 7.luokkalaisista puhuu myös kuntoilun ja hengästymisen välttämisestä.
Kyyn purema	Kaksi 4.luokkalaisista muisti kyypakkauksen ja 7.luokkalaista kolme. 4.luokkalaisista ja 7.luokkalaisista kaksi yrittäisi myös estää myrkyt leviämisen. 4.luokkalaisista yksi muisti myös, ettei saisi kävellä, jos kyy on purrut. 4.luokkalaisista neljä ja 7.luokkalaisista kaikki seitsemän hakisivat myös apua tai soittaisivat sitä.
Vatsakipu	4. ja 7.luokkalaiset näkevät vatsakivun hyvin vahvasti ruokaan liittyvänä. 4.luokkalaisista neljä mainitsevat ruuan välityksellä tulleet pöpöt, jotka aiheuttavat vatsakivun: likaiset kädet joilla syödään, sopimaton ruoka, homehtunut ruoka tai vanha ruoka. Yksi mainitsee ylen-syömisen. Yksi mainitsee myös oksennustaudin, ja toinen flunssan. Hoitona 4.luokkalaiset käyttäisivät lepoa, vatsan hierontaa, mehun juomista ja maitohappobakteerien syömistä. Yksi heistä ei keksi mitään hoitomuotoja. Myös 7.luokkalaiset liittävät vatsakivun ruokaan tai juomaan, joko pilaantuneeseen ruokaan, nälkään tai ylen-syömiseen tai allergiseen reaktioon. Myös vatsatauti mainitaan ja yksi tytöistä mainitsee kuukautiskivut. Hoitomuotona toimisivat ihan kotikonstit: lepo, kipulääkkeet ja kuumavesipullo (kuukautiskivut).

Kärkkäisen ym. (2014, 48) tutkimuksessa 4.luokkalaisia (n= 51) pyydettiin luettelemaan erilaisia sairauksia ja niiden hoitomuotoja. Yleisimmin luetellut sairaudet lääkkeineen olivat päänsärky, yskä ja kuume. Diabeteksen ja astman hoitoineen mainitsi kumpaisenkin vain yksi oppilas. Nämä vähäiset maininnat voivat johtua siitä, että perhe- tai tuttavapiirissä ei ole kyseisiä sairauksia, joten ne eivät ole lapsille tuttuja. Tällöin ne eivät tule myöskään mieleen, niin kuin sairaudet, joita lapsilla itsellään on ollut. Tämä näkyi myös haastattelemieni lasten vastauksissa, joista moni sanoi, että tämä on tuttu sairaus, kun jollakin tuttavalla oli se. Näitä tuttuja sairauksia ja niiden hoitomuotoja osattiin kuvata paremmin kuin tuntemattomien.

7.luokkalaisilla oli 4.luokkalaisista poiketen koulun lääkekasvatusinterventiossa aiheena vitamiinit ja ravintolisät. Oppilailta tiedusteltiin, mitä heille oli jäänyt koulun interventioista mieleen ja mitä käsitteet vitamiini ja ravintolisä tarkoittavat ja milloin vitamiineja pitäisi käyttää. Yksi heistä (Timo) mainitsee, ettei juuri oppinut koulussa mitään. Ravintolisän käsitettä ei ollut neljä heistä oppinut ollenkaan. Kolmella oli jonkinlainen käsitys siitä, että ravintolisässä on samoja aineita kuin ruuassakin, mutta sitä otetaan esimerkiksi ravinnon lisäksi tai puutosoireisiin.

Kaikki seitsemän 7.luokkalaista osasivat luetella vitamiineja. Se jakoi mielipiteitä, onko vitamiini lääke: kolmen mielestä se ei ole, yhden mielestä vitamiini ei ole virallisesti lääke, mutta niitä on lääkkeeksi luokiteltavia vitamiineja, toisen mielestä vitamiini voi joskus olla lääke ja yksi ajattelee, että vitamiini voi olla lääke, jos niin haluaa ajatella ja toinen ajattelee, että vitamiineilla on parantavia ominaisuuksia, jolloin se voisi olla lääkkeen tapainen. Vitamiineja voi 7.luokkaisten mielestä ottaa jos on yksipuoleinen ruokavalio, talvella D-vitamiinin tarpeeseen, silloin kun on sairas tai on vähän heikkona tai sitten ennen urheilusuoritusta tai urheilun jälkeen. Vain yksi sanoo, että vitamiineja voi syödä milloin vaan.

5.9 SUHTAUTUMINEN ESIMERKKIPERHEIDEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖÖN JA PERHEIDEN KUVITELLUT KESKUSTELUT LÄÄKKEISTÄ

Haastattelussa tiedusteltiin äitien ja lasten suhtautumista lääkkeisiin kahden erilaisen kehystarinan kautta. Näillä tarinoilla haluttiin saada vahvistusta vielä äitien ja lapsien lääkkeisiin suhtautumiseen sekä siihen, ajattelevatko äidit ja lapset vanhempien esimerkin siirtyvän suoraan lapsille. Kahdelle 4.luokan haastatteluperheistä ei esitetty näitä kehystarinoita, sillä ajatus kehystarinoiden käytöstä saatiin vasta näiden kahden haastattelun jälkeen. Tarinoihin vastasi kymmenen äitiä ja lasta.

Kehystarinat olivat seuraavat: 1) Perheen äidillä on paljon sairauksia; hän syö särkylääkkeitä päivittäin päänsärkyyn, hän ottaa astmalääkettä joka aamu ja hoitaa diabetestaan insuliinilla. Mitä luulet perheen äidin puhuvan lääkkeiden käytöstä lapsilleen? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin? 2) Koiviston perhe ei käytä lääkkeitä ollenkaan: lapsia ei ole rokotettu ja jos lapset sairastuvat ja lääkäri on määrännyt lääkkeitä, he eivät niitä käytä. Mitä mieltä olet vanhempien toiminnasta? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?

Neljä äideistä ja kolme lapsista uskoo pitkäaikaissairauksiin (astma, diabetes ja päänsärky) lääkkeitä syövän äidin puhuvan lääkkeistä myönteisessä valossa lapsilleen. Viiden äidin ja kahden lapsen mielestä taas lääkkeet ovat keskeinen osa arkea, johon lapset ovat tottuneet. Lääkkeistä siis keskustellaan paljon. Vain yksi äiti ja lapsi uskovat lääkkeistä puhuttavan perheessä hyvin neutraalisti. Kaksi lapsista (13–14-vuotiaat Riina ja Jaakko) uskovat, että lapsilla saattaa olla jopa pelkoja lääkkeitä kohtaan, jos he eivät ymmärrä miksi niitä käytetään. 11–12-vuotias Niko uskoo perheen lasten mieltävän käyttäkö heidän äitinsä liikaa lääkkeitä. Eero (13–14 v) taas uskoo lasten kummastelevan lääkkeiden käyttöä, ja olevan kiinnostunut kokeilemaan itsekin, jos lääkkeet eivät ole lasten ulottumattomissa. Lapsilla on Hämeen-Anttilan (2006, 81–83) tutkimuksen mukaan jokseenkin varovainen suhtautuminen lääkkeisiin, sillä osa lapsista ajattelee, ettei lääke ole aina harmiton. Tämä tuli esiin myös tässä aineistossa.

Koiviston perheen rokottamatta jättämiset ja lääkkeettömyys kuohutti osaa vastaajista. Äitien oli helpompi hyväksyä lääkkeettömyys, sillä monet sairaudet paranevat itsestään, mutta rokottamatta jättämistä pidettiin vastuuttomana, huonona vanhemmuutena ja typeränä touhuna (n=9). Erityisesti rokottamatta jättäminen kuohutti Tarjaa:

“Näätkö sie ku mulla rupee veri kiuhumaan (huitoo käsillä)? Siis, miten voi olla noin vastuuntunnottomia vanhempia? Siis kun ajatellaan, että Suomessa on maailman terveimmät lapset suomalaisen rokotusohjelman ansiosta. Siis niinku todellakin Suomessa on, ei niinku juurikaan ole tuhkarokkoa, ei juurikaan hinkuuskää, ei jäykkäkouristusta, vesirokkoakin on aika vähän, kaiken, poliota ei tiedetä, tulirokkoa ei ole, isorokkoa ei ole koko maailmassa hirveen paljo. Kaikki sen asios-ta, että Suomessa on tää rokotusohjelma. Niin kuinka sitten jotkut, jotkut kehtaa (tuotuneena) olla niin itsekkäitä, (uikuttaen) kun minä en halua että minun lastani pistetään, niin heitä ei saa rokottaa ja kun he sanovat että heitä koskee kun heitä pistetään niin heitä ei saa rokottaa. Luultavasti siinä voi olla taustalla joku ideologisempi juttu, mutta minusta se on äärettömän vastuutonta, miks se menee lääkäriin, jos he eivät sitten aijo noudattaa sen lääkärin ohjeita. Se lääkkeitten syönti kuuluu siihen lääkärin ohjeiden noudattamiseen. Menköön sitten jonku shamaanin vastaanotolle, jos ei kerta aijota sen lääkärin määräämiä lääkkeitä kuitekaan nauttia!”

Satu ajattelee, että länsimaisen ja itämaisen lääketieteen yhdistäminen on hyvä asia, sillä aina ei tarvitse olla syömässä lääkkeitä, mutta rokottamatta jättäminen on todella iso riski. Lääketieteen kyseenalaistaja Jenni oli ainut joka ei tyrmännyt rokottamatta jättämistä, sillä hän on osittain samoilla linjoilla Koiviston perheen kanssa. Moni äideistä (n=6) uskoo, että tämän perheen lapsista tulee, joko lääkkeitä kieltäytyjiä tai hillittömiä lääkkeiden käyttäjiä. Satu uskoo lasten suhtautuvan lääkkeisiin hyvin neutraalisti. Seijan ja Teijan mielestä suhtautuminen olisi negatiivista niin kuin vanhemmilla, ja jopa pelkoja lääkkeiden käyttöä kohtaan saattaisi esiintyä. Piia epäilee, että niin kauan kun perheessä ei ilmene vakavampia sairauksia lapsetkin uskovat lääkkeettömyyteen, mutta jos vastoinkäymisiä on tullut paljon, saattavat lapset kiinnostua muualta kuulemaansa tietoon lääkkeitä ja kokeilla niitä.

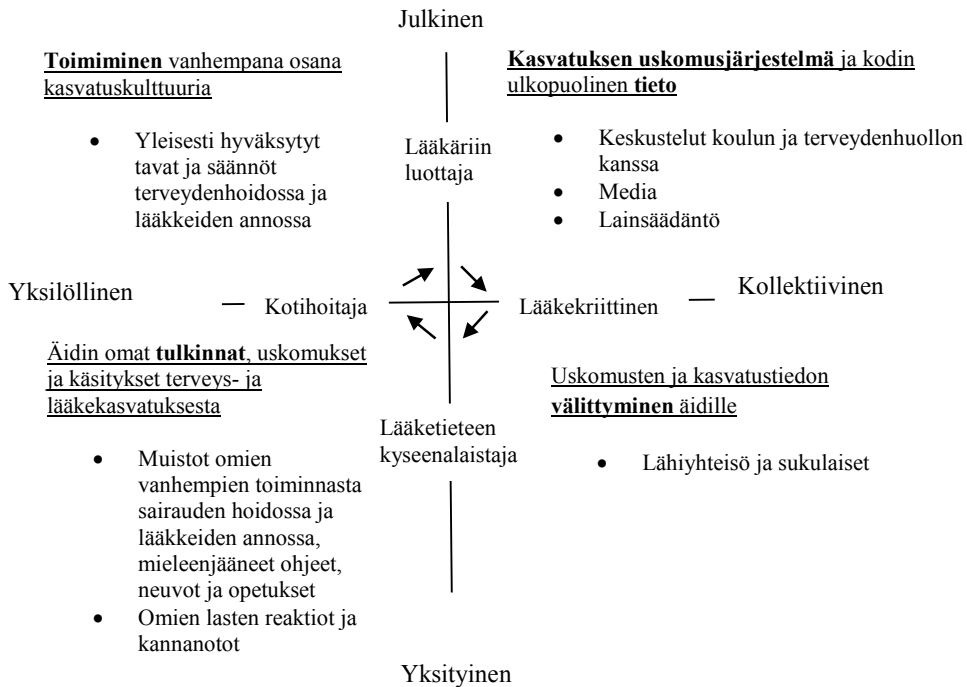
Lapsetkaan eivät olleet lääkkeettömyyden kannattajia (n=9), sillä usein lääke auttaa parantumaan paljon nopeammin. Eikä heistä ole järkevää kieltäytyä rokotteesta, joka saattaa estää jonkin vaarallisen taudin tulon. Jaakon mielestä rokottamatta jättäminen on typerää, mutta hän uskoo ehkä joihinkin luontaistuotteisiin, joten jos haluaa olla ilman lääkkeitä, se on jokaisen oma valinta. Koiviston perheen lapsien uskotaan suhtautuvan lääkkeisiin negatiivisesti niin kuin vanhempansa (n=7). Kaksi uskoo lasten ottavan lääkettä vain kun on pakko. Emma taas luulee lasten kuulevan lääkkeitä muualta ja ajattelevan, että lääkkeitä olisi varmaan hyvä käyttää.

Moni äiti ja lapsi kertoivat esimerkkitarinoiden perusteella uskovansa, että lääkkeiden käyttötottumukset periytyvät perheessä vanhemmilta lapsille tai sitten perheen lapset tulevat toimimaan päinvastoin kuin vanhempansa. Brittein (1994) onkin havainnut, että lapset voivat omaksua äideiltään joko positiivisen asenteen tai vielä todennäköisemmin negatiivisen asenteen suhteessa lääkkeisiin. Lapsen lääkkeiden käyttöä ennustavat lapsen sairastavuus ja ikä sekä vanhemman oma lääkkeen käyttö (Lindell-Osuagwu 2014). Myös nämä näkökannat osa äideistä huomioi miettiessään esimerkkiperheiden lasten tulevaa lääkkeiden käyttöä.

6 *Pohdinta ja johtopäätökset*

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaista kodin lääkekasvatus on. Toisin sanoen, miten lääkkeitä kotona keskustellaan ja toimitaan (tieto ja mallioppiminen), kuinka lääkkeitä säilytetään ja käytetään (toiminta) ja kuinka lääkkeiden käyttöön suhtaututaan (asenne). Samalla tutkittiin osittain myös kodin terveystasvatusta, sillä lääkkeiden käyttö on osa kodin terveystasvatusta. Koska kodin toiminta on aina vuorovaikutuksessa ympäröivän ympäristön kanssa, ja koska tutkimus kiinnittyy vahvasti eräässä itäsuomalaisessa peruskoulussa tehtyyn lääkekasvatusinterventioon, selvitettiin tutkimuksessa myös kodin, koulun ja terveydenhuollon palveluiden välistä vuorovaikutusta lääkekasvatuksessa. Tutkimuksen lähestymistapa on kotitaloustieteen näkökulma, jossa pyritään ymmärtämään kodin lääkekasvatusta vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen kanssa (sosiokulttuurinen lähestymistapa) (ks. Cole & Wertch 1996). Lisäksi kodin lääkkeiden käyttöön liittyviä toimintoja tutkimalla haluttiin selvittää, voisiko tutkimus tuottaa suosituksia, joiden kautta kotien lääkekasvatusta voitaisiin tukea (tekninen tiedonintressi) (ks. Tuomi-Gröhn & Palojoki 2000).

Tutkimuksen päätulos on, että kodit ja ennen kaikkea äidit näyttäytyvät erilaisina terveys- ja lääkekasvattajina. Tässä tutkimuksessa pystyttiin todentamaan ja kuvaamaan neljä erilaista lääkekasvatustyyppiä haastattelu- ja lääkekaappitutkimusaineistojen perusteella: lääketieteen kyseenalaistaja (n=1), lääkekriittinen (n=1), kotihoitaja (n=2) ja lääkäriin luottaja (n=8). Kuviossa 12 valotetaan äitien lääkekasvatusajattelun siirtymiä julkisesta yksityiseen ja kollektiivisesta yksilölliseen. Huomionarvoinen havainto on, että tutkittavien lääkekasvatusajattelu saattoi olla vahvasti uskomuksen varassa huolimatta siitä, että haastateltava työskenteli terveydenhuollon alalla. Toisaalta taas muualla kuin terveydenhoitoalalla työskentelevä äiti luotti täysin yleisesti hyväksytyyn tapaan terveyden hoidossa ja lääkkeiden annossa. Ohjausta asianmukaiseen lääkkeiden käyttöön tarvitaan, sillä osa vanhemmista toimi omien uskomustensa ja pelkojensa varassa suhteessaan lääkkeisiin.



Kuvio 12. Äitien terveys- ja lääkekasvatustajatteluun siirtymät julkisesta yksityiseen ja kollektiivisesta yksilölliseen (mukailien Kempaista 2001, 152). Kuvioon on sijoitettu terveys- ja lääkekasvatustajatyypit sen mukaan, mitkä tekijät pääsääntöisesti ohjaavat heidän ajatteluaan ja toimintaansa.

Äidin rooli aktiivisena lääkekasvattajana korostui sekä kyselyissä että haastatteluisissa, mikä tukee aiempien tutkimusten tuloksia. Isien rooli on lähinnä auttaa tarvittaessa. Äiti on nähty aikaisemmissakin tutkimuksissa kodin pääkasvattajana sekä hoivaajana, lääkäriin viejänä ja lääkkeiden antajana (Mayall 1994; Aramburuzabala ym. 1996; Gerrits ym. 1996; Vaskilampi ym. 1996; Geissler ym. 2000; Hirsto 2001; Vuori 2001, 151; Lagerlov ym. 2003; Hämeen-Anttila 2006, 83; Sormunen 2008). Haastateltavat toivat esiin myös vanhemman kasvatustavustaan. Yhden haastateltavan (Seija) mielestä vanhemman kasvatustavustaan jatkaa vaikka lapsi olisi jo aikuinen, ja tämä koskee myös lääkekasvatusta.

Tutkimuksen toinen merkittävä tulos liittyy lääkkeiden säilytykseen ja käyttöön kotona. Lääkekaappitutkimus (n=10) paljasti totuudenmukaisella tavalla kotien lääkkeiden säilytyskäytänteitä, jotka eivät täytä suosituksia asianmukaisesta lääkkeiden käytöstä: lukitsemattomat kaapit, lääkkeitä elintarvikkeiden seassa ja vanhentuneita lääkkeitä, joista osaa edelleen käytetään. Seijan perheessä vanhat kalanmaksaöljykapselit syötettiin vielä koiralle. Lisäksi useammassa perheessä yhdelle perheen jäsenelle määrättyä reseptilääkettä saattoi käyttää muut perheen jäsenet. Edellä mainittuihin syihin vedoten on perusteltua suositella valistusmateriaalin laatimista kodin lääkkeiden säilytykseen ja lääkkeiden käyttöön.

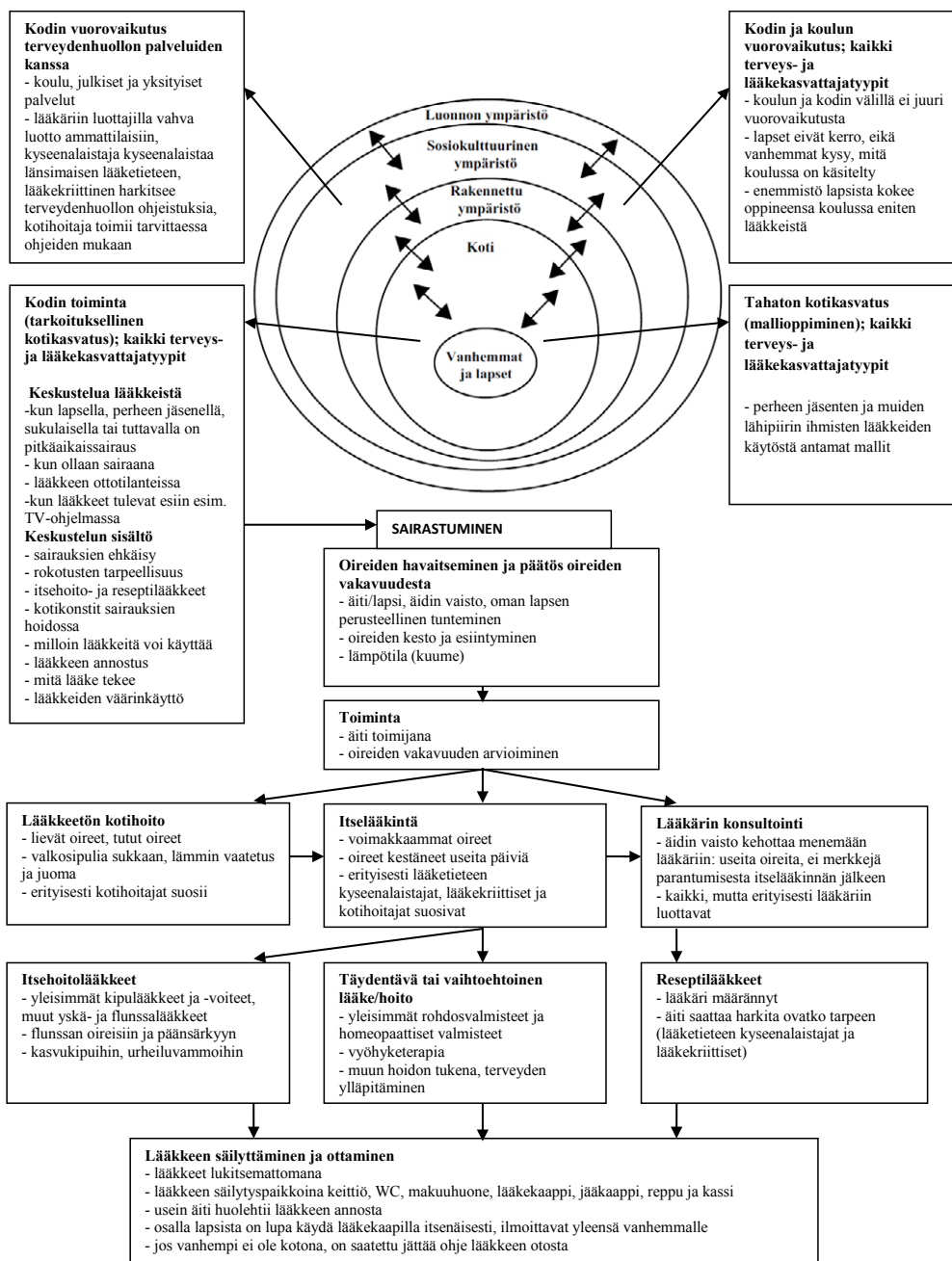
Tutkimuksen toinen tutkimuskysymys koski myös kodin vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Tämän tutkimiselle oli otollinen maasto, sillä haastateltavien perheiden lapsi oli juuri osallistunut koulussa lääkekasvatusinterventioon. Tässä tutkimuksen painavin anti oli siinä, että haastatteluiden (n=24) mukaan kodin ja koulun välillä tapahtuu oikeasti vähän vuorovaikutusta. Vanhemmat eivät keskustele haastateltavien mukaan yleensä kovin paljon lastensa kanssa siitä mitä koulussa tehdään. Kuitenkin vanhemmat näkevät kyselyn (n=250) perusteella tärkeänä, että lääkeaiheita käsitellään opetuksessa. Heillä ei vain ole käsitystä siitä, mitä ja miten koulussa opetetaan lääkeasioita.

Lääkekasvatuskysymyksissä oli useammin oltu yhteydessä kouluterveydenhoitajaan kun opettajaan. Koska peruskoulun uudet opetussuunnitelmien perusteet 2016 (Opetushallitus 2014) korostavat koulun ja kodin välistä yhteistyötä, olisi mielekästä, jos koti otettaisiin vahvemmin huomioon merkittävänä oppimisympäristönä. Kotitehtävien, jotka nousevat omasta arjesta, tekeminen motivoi toimintaan ja oppimaan myös kotona. Tutkimuksessa mm. havaittiin, että tavoitteellinen lääkekasvatus keskittyy pääsääntöisesti tilanteisiin, kun lapsi itse tai joku lähipiiristä on sairastunut. Oppilaat myös muistavat parhaiten sairaudet, joita on ollut lähipiirissä. Näitä oppilaiden ennakkotietoja tulisi hyödyntää enemmän opetuksessa.

Koulun rooli lääkekasvatuksessa uusien perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden (2014) mukaan ei ole kovin suuri, eikä lääkesanaa mainita ollenkaan. Kodin rooli lääkekasvattajana tulee olemaan siis jatkossakin vahva. 3.–6.luokkien opetuksessa osana ympäristötietoa käsitellään arjen terveystottumuksia, mielenterveystaitoja, sairauksien ehkäisyä, itsehoitotaitoja ja myrkytyksiä. 7.–9.luokilla terveystiedossa käsitellään sairauksien ehkäisyä, ensiaputaitoja, tuen ja avun hakemista, terveystietämystä ja vaikuttamisen keinoja tiedon luotettavuuden ja terveystietämisen näkökulmasta. (Opetushallitus 2014.)

Tämän tapaustutkimuksen pohjalta voidaan antaa seuraavat suositukset: 1) Ohjausta asianmukaiseen, pelottomaan ja uskonnosta vapaaseen lääkkeiden käyttöön tarvitaan kaikilla koulutusasteilla ja kotona. 2) Tarve valistusmateriaalille lääkkeiden oikeasta säilytyksestä on olemassa. 3) Koti tulisi huomioida koulun puolelta entistä tärkeämpänä oppimisympäristönä myös lääkekasvatuksen suhteen. Kotiin sijoittuvat kotitehtävät lisäävät kodin ja koulun vuorovaikutusta lääkekasvatuksessa. Lisäksi oppilaiden ennakkotiedot sairauksista ja lääkkeistä tulisi huomioida koulun terveystiedon opetuksessa. Koulussa voitaisiin järjestää myös sellaisia lääkekasvatusinterventioita, joihin osallistuisivat lasten vanhemmat. Näin saataisiin tutkittua kodin ja koulun lääkekasvatusta käytännössä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.

Yhteenvedon voidaan todeta tämän tapaustutkimuksen osalta, että kodin lääkekasvatus on osa terveystietämystä ja se tapahtuu vuorovaikutuksessa erilaisten sosiokulttuuristen ympäristöjen kanssa (kuviot 13). Kuvio kokoaa yhteen sekä kysely-, haastattelu- että lääkekaappitutkimusten tulokset ja mallintaa kotien lääkekasvatukseen liittyviä prosesseja sekä kuvaa eri terveys- ja lääkekasvattajatyyppejen eroja toteutettaessa kodin lääkekasvatusta.



Kuvio 13. Malli tutkittujen perheiden lääkekasvatuksesta (mukaiillen osittain Buboltz & Sontag 1993; Lilja 2008, 281; Siponen 2014, 7).

6.1 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA

Tässä tutkimuksessa oli perusteltua käyttää useampia menetelmiä, sillä tutkittava ilmiö, kodin lääkekasvatus, on moniulotteinen. Mixed methods -menetelmä vahvistaa tulosten uskottavuutta (Creswell & Plano Clark 2011). Logiikka käsittelee tutkimuksen luotettavuutta eli, miten tulokset voidaan todistaa tosiksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 126). Koska tässä tutkimuksessa käytettiin mixed methods -lähestymistapaa aineiston keruussa, analyysimenetelmien valinnassa ja tulosten tulkinnassa, on perusteltua tarkastella tutkimuksen luotettavuutta mixed methods -tutkimuksen laadun arvioinnin kriteerien kautta (Sale & Brazil 2004; Teddlie & Tashakkori 2009). Sale ja Brazil (2004) määrittelevät mixed methods -tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi: totuusarvon (truth value), sovellettavuuden (applicability), johdonmukaisuuden (consistency) ja puolueettomuuden (neutrality).

Totuusarvo viittaa tutkimuksen sisäiseen validiteettiin ja uskottavuuteen (Sale ja Brazil 2004). Sisäinen validiteetti kvantitatiivisen tutkimuksen osalta liittyy mittareiden kykyyn mitata juuri sitä asiaa, mitä on tarkoituskin (Metsämuuronen 2009). Mixed methods -menetelmä parantaa tutkimuksen uskottavuutta, vaikka mikään menetelmä ei olekaan aukoton (Creswell & Plano Clark 2011). Kun tarkastellaan tutkimuksen sovellettavuutta luotettavuuden näkökulmasta, keskitytään ulkoiseen validiteettiin (tulosten yleistettävyyttä) ja siirrettävyyteen tutkimustraditiosta riippuen (Sale & Brazil 2004, 354). Tutkimuksen johdonmukaisuus koostuu mixed methods -tutkimuksessa realiabiliteetista (mittaustulosten toistettavuus) ja luotettavuudesta, ja tutkimuksen puolueettomuus taas objektiivisuudesta ja vahvistettavuudesta (Sale & Brazil 2004).

Valittuja tutkimusmenetelmiä arvioidaan kriteerien perusteella jokaista erikseen taulukossa 30. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään vielä Parkkilan, Välimäen ja Routasalon (2000) sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa käytettyjä käsitteitä: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella (credibility) viitataan tutkimukseen osallistuneiden riittävään kuvukseen ja arvioon kerätyn aineiston todenmukaisuudesta. Siirrettävyys (transferability) kertoo tulosten siirrettävyydestä tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin. Riippuvuus (dependability) viittaa siihen, onko tutkimus toteutettu teollisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Vahvistettavuus (confirmability) taas kertoo, onko tutkija oikeuttanut tehdyt ratkaisunsa ja päätelmänsä. Lukijan on pysyttävä seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä.

Taulukko 30. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia mixed methods -tutkimuksen arviointikriteerien mukaan (Sale & Brazil 2004).

Luotettavuuskriteeri	Kysely	Haastattelut	Osallistuva havainnointi
<p>Totuusarvo (truth value)</p>	<p>Sisäinen validiteetti - Kyselylomake validoitu ja esitestattu (ks. esim. Hämeen-Anttila ym. 2011 ja osittain Sipilä 2014). Tässä tutkimuksessa lomakkeeseen lisättiin muutama kysymys (liite 4, kohta 8) vanhempien ja lasten välisiä terveydenhoitoa koskevia keskusteluja kar-toittamaan. - Kysely kokonaistutkimus (n=600), jonka vastausprosentti kohtalainen (42 %). Syyt: Ajankohtana toukokuu saattoi olla huono. Kysely meni oppilaiden mukana koteihin, joten ei välttämättä päätynyt perille.</p>	<p>Uskottavuus (credibility) (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000) - Haastatteluun osallistuminen vapaaehtoisista ja motivoituneet informantit. - Runsaasti suoria lainauksia haastatelluilta. - Anonymiteetin takaamiseksi tutkittavien kuvauksista jätettiin joitakin perustietoja pois.</p>	<p>Käytetty menetelmä tuki sekä kyselyssä että haastattelussa saatuja tietoja kotien lääkkeitä käyttä.</p>
<p>Sovellettavuus (applicability)</p>	<p>Ulkoisen validiteetti - Tapaustutkimus, joten tulokset voidaan yleistää koskemaan vain tutkimuskoulun vanhempia. - Aikaisempiin väestötason tutkimuksiin verrattaessa, tutkimuksen tulokset olivat kuitenkin monelta osin yhteneväisiä (ks. esim. Hämeen-Anttila 2006).</p>	<p>Siirrettävyys (transferability) (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000) - Voidaan puhua olemuksellisesta yleistettävyydestä, jossa tavoitteena on ymmärtää tiettyä ilmiötä, mutta samalla luoda ymmärrystä aiheesta yleisemmälläkin tasolla (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 163.) - Tulosten siirrettävyys tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin on mahdollista. - Äitien jaottelu erilaisiin terveys- ja lääkekasvattajatyyppeihin on siirrettävissä tapauksen ulkopuolelle. On mahdollista, että tyyppejä voidaan löytää tutkimuksen ulkopuolelta. On myös mahdollista, että erilaisia tyyppejä paljastuisi lisää.</p>	<p>- Tulosten siirrettävyys tutkimuskontekstin ulkopuolelle mahdollista. - Väestötason lääkekaappitutkimuksissa 8 eri Euroopan maassa on saatu vastaavia tuloksia (Sanz, Bush & Garcia 1996).</p>

<p>Johdonmukaisuus (consistency)</p>	<p>Reliabiliteetti</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kyselylomake oli esitettävä aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Hämeen-Anttila 2006). - Kysely on toistettavissa ja analysoitavissa SPSS-ohjelmalla toisen tutkijan toimesta. 	<p>Luotettavuus</p> <p>Riippuvuus (dependability) (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haastattelu esitettiin puoli-strukturoituna ja teemahaas-tatteluna. -Tarkka tutkimusvaiheiden raportointi. - Tutkimusaineiston keräämisen olosuhteet ja saatu aineisto on kuvattu kattavasti. - Sisällönanalyysin läpinäkyvyys. - Jotta lukija voisi päätyä samoihin tuloksiin kuin minä, olen värittänyt tekstiä suorilla haastatteluotteilla. - Haastattelu olisi toteutettavissa toisen tutkijan toimesta ja analysoitavissa teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lääkekaappi-tutkimuslomake esitettiin tutulla perheellä. - Lääkekaappitutkimus olisi to-teutettavissa toisen tutkijan toimesta ja analysoitavissa teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.
<p>Puolueettomuus (neutrality)</p>	<p>Objektiivisuus</p> <p>Tutkijan ja tutkittavan suhde oli kyselyn osalta tyypillisen etäinen.</p>	<p>Vahvistettavuus (confirmability) (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ei henkilökohtaista suhdetta tutkittaviin. - Tulokset esitetään neutraalissa valossa. En esitä päätelmiä, joiden tueksi minulla ei ole todisteita, kuten suoria lainauksia tutkittavilta. - Litteroidun aineiston koko oli pieni (84 sivua), mutta aineisto oli rikasta ja monipuolista. - Informanttien rehellisyyttä ei ole syytä kyseenalaistaa, sillä niissä harvoissa tilanteissa, joissa kysymykseen ei haluttu vastata, kysymys ohitettiin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ei henkilökohtaista suhdetta tutkittaviin. - Lääkekaappitutkimusaineistoa ei saatu kaikista 12. perheestä, mutta aineisto oli kymmenen perheen osalta rikasta.

Tapaustutkimukseen liittyvä epistemologinen kysymys on: mitä voidaan oppia yhdestä tapauksesta? (Metsämuuronen 2011, 223.) Cohenin ja Manionin (1995, 106–107) mukaan yksittäistä tapausta havainnoimalla pyritään pääsemään syvälle ja analysoimaan intensiivisesti moni-ilmeistä ilmiötä. Stakesin (2000, 236–237) mukaan kyse on enemmänkin halusta ymmärtää tapausta, kuin yleistää sitä koskemaan laajempaa joukkoa. Siksi tässä tutkimuksessa ei pyritty tekemään yleistyksiä kodin lääkekasvatuksesta.

Kyselyn avulla saatiin vastaukset haluttuihin tutkimuskysymyksiin, joita sitten täydennettiin kvalitatiivisella osuudella. Kvantitatiivinen kysely antoi tietoa perheiden käytössä olevista lääkkeistä, vanhempien asenteista lääkkeitä kohtaan, vanhempien käyttämistä luotettavista tietolähteistä lääkkeiden käyttöön liittyen sekä vanhempien ja lasten välisistä lääkekeskusteluista. Kvantitatiivisen aineiston analyysissä pitäydettiin perusanalyysimenetelmissä, kuten tunnusluvut, ristiintaulukointi ja χ^2 -riippumattomuustesti, summamuuttujien luominen ja K-keskiarvoklusterointi. Koettiin, että näillä analyysillä saatiin tutkimuskysymyksiin vastaukset.

Keskeinen idea K-keskiarvoklusteroinnissa on parantaa aluksi usein satunnaisesti muodostettuja jakoja klustereiksi. Tämän klusteroinnin ongelmana usein onkin juuri se, että tutkija määrittää kokeilemalla klustereiden lukumäärän. K-keskiarvoklusterointi toimii kuitenkin joissakin kvantitatiivisissa aineistoissa, kun aineisto on mahdollisimman helppo erilaisten ryhmien löytämisen kannalta, (Hastie, Tibshiran & Friedman 2009.) Tämä ehto toteutui omassa aineistossani.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa lääkekasvatushankkeen toimijat järjestivät lääkekasvatusinterventiot 4. ja 7.luokille. Intervention jälkeen tein haastattelut ja lääkekaappitutkimukset niille perheille, jotka ilmoittivat halukkuudesta lähteä mukaan tutkimukseen. Haastattelu esitettiin sekä teema- että puolistrukturoituna. Esitestauksessa, muutamalle tutulle perheelle, huomasin, ettei teemahaastattelu toiminut. Sillä, kun haastateltaville annettiin vapaus keskustella, useita tutkijan mielestä tärkeitä asioita sivuttiin vain ohimennen. Puolistrukturoitu haastattelu palveli tarkoituksiani paremmin, sillä kaikille tutkittaville esitettiin samat kysymykset suurin piirtein samassa järjestyksessä, eikä näin joku tärkeä asia jäänyt jonkun kohdalla keskustelematta.

Litteroitua haastattelua saatiin yhteensä 84 sivua ykkösen rivivälillä. Äitiä ja lasta kohden tämä tarkoitti 5,5–9 sivua riippuen siitä, kuinka innokkaasti kysymyksiin vastattiin. Kaikilla haastateltavista ei ollut halua paljastaa perheen sairauksia tai lääkkeiden käyttöä kovin yksityiskohtaisesti. Aiheen arkaluonteisuus näkyi vastaamisaktiivisuudessa. Aineisto oli kuitenkin rikasta ja kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus. Haastateltavat eivät halunneet, että heihin otetaan enää yhteyttä haastatteluiden jälkeen mahdollisten tarkennusten saamiseksi. Haastattelu toimi tästä huolimatta hyvin, ja palveli hyvin kvantitatiivisen osuuden tarkentajana ja täydentäjänä.

Haastattelussa isovanhempien suhtautumista lääkkeisiin tarkasteltiin äidin kertomana. On huomattava, että tällöin voidaan puhua ainoastaan äidin tulkinnoista vanhempiensa lääkkeiden käytöstä.

Lääkekaappitutkimuksesta tutkittaville ei kerrottu etukäteen, jotta tilanne kotona olisi pysynyt mahdollisimman luonnollisena. Haastattelun päätyttyä kysyttiin äidiltä, saako perheen lääkkeiden säilytyspaikat tutkia. Näin ollen kukaan tutkittavista ei ehtinyt siivota lääkkeiden säilytyspaikkoja ennen tutkimusta. Myös lääkekaappitutkimuslomake esitettiin tuttavaperheen kanssa, ja sen huomattiin toimivan hyvin. Lomakkeella saatiin halutut tiedot kotona olevista lääkkeistä säilytyspaikkoineen, niiden käyttötarkoituksesta, säilyvyydestä sekä niiden käyttäjistä.

Lääkekaappitutkimuksessa kaikissa kymmenessä perheessä minulle ei kuitenkaan esitelty kaikkia lääkkeiden säilytyspaikkoja, eikä näin ollen myöskään kaikkia lääkkeitä. Syynä tähän oli lähinnä se, että ei jaksettu käydä hakemassa kaikkia lääkkeitä esille tai ei haluttu minun kiertelevän kodin eri huoneissa. Toisaalta osa kertoi hyvin avoimesti esimerkiksi ehkäisyvalmisteista tai tupakan polton lopettamiseen liittyvistä lääkevalmisteista. Lääkekaappitutkimus tehtiin kaikissa kodeissa rennossa ja vapautuneessa ilmapiirissä.

Laadullisen aineiston teoriaohjaavan sisällön analyysin apuvälineenä olisi voinut käyttää myös jotakin ohjelmaa. Kokeilin Atlas.ti -ohjelman käyttöä omaan aineistooni, mutta se ei palvellut tarkoituksiani. Ohjelmalla tyypittelystä ja luokitellusta aineistosta oli vaikea hahmottaa kokonaisuutta, enkä halunnut menettää aineistoni hallintaa.

Päädyinkin tekemään laadullisen aineiston analyysin tekstinkäsittelyohjelman avulla.

Osallistuminen tutkimusprojektiin on tarjonnut luontevan ja motivoivan kanavan hankkia tutkimusaineistoa, ja tukea aina kun sitä on tarvinnut. Projektiin kuuluneet asiantuntijat ovat jakaneet meille jatko-opiskelijoille arvokasta tietoa. Hakkarainen ym. (2014) ovatkin todenneet yhteisöllisyyden merkityksen jatko-opiskelijan näkökulmasta väitöskirjaa tehtäessä. Lääkekasvatushankkeeseen on osallistunut eri alojen asiantuntijoita: farmakologeja ja toksikologeja, jotka ovat lääkkeiden asiantuntijoita, kasvatus- ja kotitaloustieteen asiantuntijoita, joiden osaaminen keskittyy ihmisten oppimisen ja arjen tutkimiseen sekä sosiaalifarmasian asiantuntijoita, joiden erikoisosaaminen keskittyy lääkkeiden rooliin yhteiskunnassa. Näin ollen minulla on ollut saatavilla ammattitaitoista ohjausta tutkimusprosessin aikana.

6.2 JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Tutkimus tuotti tyypittelyn äideistä terveys- ja lääkekasvattajina. Tutkimusaihetta, kodin lääkekasvatusta, ei saatu kuitenkaan tutkittua tyhjentävästi. Jotta terveys- ja lääkekasvattajatyypittely voitaisiin yleistää koskemaan koko väestötasoa, tarvittaisiin laajempia väestötason tutkimuksia. Todennäköisesti laajemmissa tutkimuksissa voitaisiin havaita samoja terveys- ja lääkekasvattajatyyppejä kuin tässä tutkimuksessa, mutta tyyppejä voisi löytyä myös lisää. Samalla tulisi myös testattua, päteekö malli kodin lääkekasvatuksesta (kuvio 13, sivu 138) koko väestötasolla. Olisi mielenkiintoista tutkia myös pelkästään isien roolia ja asemaa kodin lääkekasvatuksessa, sillä tämän tutkimuksen kvalitatiiviseen osuuteen osallistui pelkästään äitejä, joiden asema lääkekasvattajana oli hyvin vahva.

Lähteet

- Aalto, A. & Lehtinen, A.-R. 1999. Kotitalous ja kuluttaja-alan sanasto. Kuluttajatutkimuskeskus. Työselosteita ja esitelmiä 47.
- Aaltonen, A. 2009. Lapsioikeus ja lapsen oikeus tuomioistuimissa. Edilex libri. Helsinki: Edita Prima, 241.
- Ahonen, R., Kalpio, O., Vaskilampi, T. & Hallia, O. 1996. Self-medication among families with children in Jyväskylä, Finland. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). Children, medicines, and culture. Bimghampton: Pharmaceutical Products Press, 278–279.
- Ahonen, R. 2008. Self-care medicines – savings for health care. Teoksessa A.Saarinen & N. Tamminen (toim.) Medicines and health 2008. Helsinki: Lääketietokeskus, 141–145.
- Aikens, J. E. & Klinkman, M.S. 2012. Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. In General Hospital Psychiatry 34, 221–226.
- Airaksinen, T. 1994. Hyveet ja oikeudet perheessä. Teoksessa J. Virkki (toim.) Ydinperheestä yksilöllistyyviin perheisiin. Juva: WSOY, 175–176.
- Aira, T., Välimaa, R., Paakkari, L., Vilberg, J. & Kannas, L. 2014. Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject. Global Health Promotion 21(3): 6–18.
- Aittola, T. 1998. Nuorten arkipäivän oppimisympäristöt. Teoksessa L. Laurinen (toim.) Koti kasvattajana, elämä opettajana. Kasvatus- ja oppimiskulttuurit tutkimuskohteina. Juva: WSOY, 172–187.
- Ala-Laurila, E.-L., Krogius, H., Laakso, J., Pietikäinen, M. & Terho, P. (toim.) 2002. Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 75.
- Alhlström, S. 2006. Kodin itsemääräämisoikeus vai säädetyt lait? Teoksessa E. Hermanson, & R. Martsola (toim.) Aikuinen vanhemmuus. Katoavan kasvatuksen jäljillä. Jyväskylä: Gummerus, 85.
- Almarsdóttir, A.B. & Traulsen, J. M. 2005. Rational use of medicines – an important issue in pharmaceutical policy. Pharm World Sci 2005 (27), 76–80.
- Anderson, R. J. 1992. Representations and requirements: The value of ethnography in system design. Human-Computer Interaction 9, 152–182.
- Anderson, R.J. 1992 Representations and requirements: The value of ethnography in system Design. Human-Computer Interaction, 9, 152–182.
- Anttila, P. 1996. Tutkimuksen taito ja tiedonhankinta. Helsinki: Gummerrus, 220.
- Andersen, A., Holstein, B.E., Due, P., & Hansen, E.H. 2009. Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 18 (7), 619.
- Antikainen, A. 1998. Kasvatus, elämänkulku ja yhteiskunta. Porvoo: WSOY.
- Arnold, J., Graesch, A.P., Ragazzini, E. & Ochs, E. 2014. Life at home in the twenty-first century. The Cotsen Institute of Archaeology Press.

- Aoyama, I., Koyama, S. & Hibino, H. 2012. Self medication behaviors among Japanese consumers: sex, age and SES differences and caregivers's attitudes towards their children's health management. *Asia Pac Fam Med* 11 (1), 7.
- Apteekkariliitto. 2010. Yhä harvempi säilyttää lääkkeit oikein. <http://www.apteekkariliitto.fi/media/tiedotteet/2010/yha-harvempi-sailyttaa-laakkeet-oikein.html> [luettu 25.5.2014]
- Apteekkari. 2011. Varmista valintasi, apteekit kehottavat. <http://www.apteekkari.fi/uutisarkisto/yksittainen-artikkeli/varmista-valintasi-apteekit-kehottavat.html> [luettu 18.4.2011]
- Aranburuzabala, P., Garzia, M., Almarsdottir, A.B., Sanz, E.J. & Polaino-Lorente, A. 1996. Decision makers in the treatment of childhood illness in Madrid, Tenerife and Chapel Hill. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. New York: Pharmaceutical Press, 155–168.
- Arinen, S., Hakkinen, U. & Klaukka, T. ym. 1998. Health and the use of health services in Finland: main findings of finnish health care surveys 1995/1996 and changes from 1987. Helsinki: Stakes ja Kela, SVT Health Care. Helsinki.
- Bandura, A. 1965a. Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *J.Pers. soc. Psychol* 1 (6), 589–595.
- Bandura, A. 1965b. Vicarious processes: A case of non-trial learning. Teoksessa L. Berkowitz (ed). *Advances in experimental social psychology*, Vol 2. New York-London: Academic Press, 1–55.
- Bandura, A. & Walters, R.H. 1963. *Social learning and imitation*. New York–London: Rinehart & Winston.
- Barnes, P.M., Bloom, B. & Nahin, R.L. 2008. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States. *Nath Health Report* 12 (1), 1–23.
- Bauman, L.J., Silver, E.J., & Stein R.E. 2006. Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics* 117 (4), 1321–1328.
- Bech Jørgensen, B. 1991. What are they doing when they seem to do nothing? Teoksessa J. Ehrnrooth & L. Siurala (toim.) *Construction of Youth*. Helsinki: VAPL-Publishing and Finnish Youth Research Society, 148–158.
- Bereiter, C. & Scardamalia, M. 1987. *The psychology of written composition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beva, J., Johnston Haig, J., Tousignant, G., Lucy, S., Kimon, V., Assimes, I. & Carranz, R. 1990. Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Canadian Journal of Anaesthesia* 1990 (37), 177–182.
- Borstein, M.H. 1995. Parenting infans. Teoksessa M.H. Borstein (ed). *Handbook of parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 3–39.
- Birchley, N. & Conroy, S. 2002. Parental magement of over-the-counter medicines. *Pediatr Nurs* 14 (9), 24–28.
- Britten, N. 1994. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in general practise population. *British Journal of General Practise* 44, 465–468.
- Britten, N. & Weiss, M. 2004. What is concordance? Teoksessa C. Bond (ed). *Concordance*. Lontoo: Pharmaceutical Press, 9–28.
- Bronfenbrenner, U. 2002. Ekologisten järjestelmien teoria. Teoksessa R. Vasta (toim.) *Kuusi teoriaa lapsen kehityksestä*. 2. painos. Suomi: UNIPress, 221–288.

- Bronfenbrenner, U. & Evans, U. 2000. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development* 9, 115–125.
- Bronfenbrenner, U. 2006. The bioecological model of human development. Teoksessa W. Damon & Lerner, R. (toim.) *Handbook of child psychology* (6.painos). Vol 1. Theoretical models of human development. New York: Wiley, 793–828.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press, 56–57.
- Bronfenbrenner, U. 1996. *The ecology of human development – experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press, 28.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. 1998. The ecology of developmental processes. Teoksessa W. Damon & R.M. Lerner (toim.) *Handbook of child psychology* (5.painos). Vol 1. Theoretical Models of Human Development. New York: Wiley, 993–1028.
- Brown, M. & Paolucci, B. 1979. *Home economics: a definition*. Washington DC: American Home Economics Association.
- Bubolz, M.M. & Sontag, M.S. 1993. Human ecology theory. Teoksessa P. Boss ym. (toim.) *Sourcebook of family. Theories and methods*. New York and London: Plenum Press, 432.
- Bush P.J. & Iannotti R.J. 1996. A Children's health belief model in medical care January 1990. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. Binghamton: Pharmaceutical Products Press, 69–86.
- Bush, P.J., Ozias, J.M., Walson, P.D. & Ward, R.M. 1999. Ten guiding principles for teaching children and adolescents about medicines. *US Pharmacopeia. Clin Ther.* 21(7), 1280–1284.
- Cantril, J.A., Johannesson, B., Nicholson M. & Noyce P.R. 1996. Management of minor ailments in primary schoolchildren in rural and urban areas. *Child Care Health Dev*, 22 (3), 167–174.
- Campbell, E. 2000. Professional ethics in teaching: Towards the development of a code of practice. *Cambridge Journal of Education* 30 (2), 203–221.
- Chambers, C.T., Reid, G.J., McGrath, P.J. & Finley, G.A. 1997. Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 151 (5), 449–455.
- Ciairano, S. & Rabaglietti, E. & Roggero, A. & Bonino, S. & Beyers, W. 2007. Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: the moderating role of family stress and friendship reciprocity. *International Journal of Behavioral Development*, 31(6), 539–548.
- Cohen, L. & Manion, L. 1995. *Research methods on education*. 4. painos. Lontoo: Routledge.
- Cole, M. & Wertsch, J. (toim.) 1996. *Contemporary implications of Vygotsky and Luria*. Ma: Clark University Press.
- Cooley, C.H. 1909. *Social organisation: A study of the larger mind*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Cresswell, J. W. & Plano Clark, V. L. 2011. *Designing and conducting mixed methods research*. 2.painos. Los Angeles: Sage.
- Cresswell, J.W., Plano Clark, V., Gutman, M.L. & Hanson W.E. 2003. Advanced mixed method research designs. Teoksessa A. Taskakkori & C. Teddlie (eds). *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. California: Sage, 209–240.

- Dabbagh, N. & Kitsantas, A. 2012. Personal learning environments, social media, and self-regulated learning: a natural formula for connecting formal and informal learning. *Internet and Higher Education* 15, 3–8.
- Delamont, S. 2012. *Sex roles and school*. USA: Routledge.
- Dengler, R. & Roberts, H. 1996. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparations. *Journal of Public Health Medicine*. 18 (4), 437–442.
- Du, Y. & Knopf, H. 2009. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 68 (4), 599–608.
- Ecklund, C.R. & Ross, M.C. 2001. Over-the-counter medication use in preschool children. *Journal of Pediatric Health Care* 14 (4), 168–172.
- Engeström, Y. 2004. *Ekspansivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä*. Tampere: Vastapaino, 9.
- Engeström, Y. 1987. *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Tampere: Vastapaino, 98,108.
- Evira. 2010. Onkohan tämä humpuukia? Mitä eroa on elintarvikkeella ja lääkkeellä? Lupaako mainos liikaa? Julkaisut 9/2010.
- Fahey, T., Keilthy, P. & Polek, E. 2012. Family relationships and family well-being: a study of the families on nine year-olds in Ireland. University College Dublin. http://www.ucd.ie/news/2013/01JAN13/docs/Family_Relationships_and_Family_Well-Being_Dec_2012.pdf [luettu 8.2.2015]
- Felski, R. 1999–2000. The invention of everyday life. *New Formations A Journal Of Culture/Theory/Politics* 39, 15–31.
- Fiese, B.H., Wamboldt, F.S. & Anbar, R.D. 2005. Family asthma management routines: connections to medical adherence and quality of life. *The Journal of Pediatrics*. 146 (2), 171–176.
- Fimea. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. 2010. Kasvirohdosvalmisteet. http://www.fimea.fi/laakealan_toimijat/rohdosvalmisteet [luettu 4.10.2011]
- Fimea. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. 2012. Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. http://www.fimea.fi/download/20853_Fimea_KAI_JULKAISUSARJA_Laakeinformaatiostrategia_1_2012_lopullinen_verkkoon.pdf [luettu 21.10.2014]
- Finlex. 2015. Henkilötietolaki 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>[luettu 13.8.2015]
- Finlex. 2014. Kuluttajansuojalaki 20.1.1978/38. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1978/19780038> [luettu 3.3.2014]
- Finlex. 2012a. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488> [luettu 25.5.2012]
- Finlex. 2012. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [luettu 25.5.2012]
- Finlex. 2011. Lääkelaki 10.4.1987/395. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395> [luettu 9.10.2011]
- Finlex. 2014a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088> [luettu 3.3.2014]
- Frankena, W.K. 1973. *Education*. Teoksessa P.Wiener (toim.) *Dictionary of the history of ideas*. Volume II. New York: Charles Scribner's Sons, 71–85.

- Gallimore, R., Weisner, T.S., Kaufman, S. Z. & Bernheimer, L.P. 1989. The social construction of ecocultural niches: Family accommodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation* 3, 216–230.
- Gazall, G. & Mackie I. 2007. Distress related to dental extraction for children under general anaesthesia and their parents. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2007 (8), 7–12.
- Geissler, P.W., Nokes, K., Prince, R.J., Odfiambo, R.A., Aagaard-Hanse, J. & Ouma, J.H. 2000. Children and medicines: self treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science & Medicine* 50 (12), 1771–1783.
- Gerrits, T., Haaijer-Ruskamp, F. & Hardon, A.P. 1996. Preferably half a tablet: health-seeking behaviour when dutch children get ill. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. New York: Pharmaceutical Press.
- Gilligan, C., Ward, J.V. & Taylor, J.M. 1988. Mapping the moral domain: a contribution of women's thinking to psychological theory and education. Cambridge, Mass: Harvard University Graduate School of Education.
- Gjerstad, E. 2009. Valta kotikasvatuksessa. Kasvatustieteen väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. 1985. Family therapy: An overview. California: Brooks/Cole Publishing Company Pasific Grove.
- Goldsmith, E. B. 2013. Resource management for individuals and families. USA: Thomson Wadsworth.
- Gozal, D., Drengren, B., Levin, P., Kadari, A. & Gozal, Y. 2004. A Pediatric Sedation/Anesthesia program with dedicated care by anesthesiologist and nurses for procedures outside operating room. *Journal of Pediatrics* 2004 (145), 47–52.
- Gray, J., Boarman, H.F. & Symonds, B.S. 2011. Information sources used by parents buying non-prescription medicines in pharmacies for preschool children. *British Journal of Clinical Pharmacology* 33, 842–848.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimukset. Porvoo: WSOY, 100–102.
- Gutierrez, J., Negron, J. & Garcia-Fragoso, L. 2011. Parental practices for prevention of home poisoning in children 1–6 years of age. *Journal of Community Health* 36 (5), 845–848.
- Haaijer-Ruskamp, F.M. 1996. Acquiring medicines in Europe and the USA. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. Binghampton: Pharmaceutical Products Press, 69–70.
- Habermas, J. 1972. Knowledge and human interests. UK: Heinemann Educational Books.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. 2010. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hakkarainen, K., Wires, S., Keskinen, J., Paavola, S., Pohjola, P., Lonka, K. & Pyhältö, K. 2014. On personal and collective dimensions of agency in doctoral training: medicine and natural science programs. *Studies in Continuing Education* 36 (1), 83–100.
- Halmesmäki, J., Hjelt, R. & Välimaa, R. 2004. Päivittäissaarnausta vai huolenpitoa. Nuorten ja vanhempien näkemyksiä perheiden terveyden edistämisen käytännöistä. Jyväskylän yliopisto. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, julkaisuja 1.
- Hannuniemi, A. 1997. Alaikäisen asemasta terveydenhuollossa. *Lakimies* 1997 (6), 836.
- Hansen, E.H., Holstein, B.E. & Due, P. 2003. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy*, 361–366.

- Hastie, T., Tibshirani, R. & Friedman, J. 2009. *The elements of statistical learning*. 2.painos. New York: Springer.
- Haukipuro, K. 2011. Kelan lääke seurannan löydökset huolestuttavat. *Suomen Lääkärilehti* 2011 (3) vsk 66, 148–149.
- Haverinen, L. 1996. Arjenhallinta kotitalouden toiminnan tavoitteena. Kotitalouden toiminnan filosofista ja teoreettista tarkastelua. *Tutkimuksia* 164. Helsinki: Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos.
- Haverinen, L. & Martikainen, M. 2004. Rakas lapsi – ei ! Kodin kasvattava vuorovaikutus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Haverinen, L. 1992. Tieto- ja toiminta kotitaloustutkimuksen tieteenfilosofisina lähtökohtina. Teoksessa T. Gröhn & P. Palojoki (toim.) *Kotitalouden toiminta tutkimuskohteena. Kotitalousopetusta palvelevan tutkimuksen tarkastelutapoja*. Helsingin yliopisto, opettajankoulutuslaitos. *Tutkimuksia* 113, 36–73.
- Hay, A.D., Heron, J. & Ness, A. 2005. ALSPAC study team: The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC): a prospective cohort study. *Fam Pract* 22 (4), 367–374.
- Heikkilä, T. 2002. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Helakorpi, S., Holstila, A-L., Virtanen, S. & Uutela, A. 2012. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Raportti 45/2012. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Helin, M. 1994. Lapsen määräämisoikeus. Teoksessa *Encyclopaediae Iuridica Fennica III, Perhe-, työ- ja sosiaalioikeus*. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja. C-sarja nro 26. Jyväskylä: Gummerus, 278.
- Helman, C. 2001. *Culture, health and illness*. Lontoo: Arnold Hodder.
- Hilpelä, J. 1989. Kasvatuksen tehtävä ja kasvatustieteen vaihtoehdot. Teoksessa A. Antikainen & P. Nuutinen (toim.) *Näkökulmia kasvatuksen ongelmiin ja tutkimukseen*. Yliopistopaino, 152–174.
- Hinton, P.R. 1995. *Statistics explained. A guide for social science students*. Great Britain, Cornwall: T.J.Press.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino, 37–38, 47.
- Hirsjärvi, S. (toim.) 1983. *Kasvatustieteen käsitteistö*. Helsinki: Otava, 86–87.
- Hirsjärvi, S. & Laurinen, L. 1998. Kasvatustraditiot ja niiden muuttuminen. Teoksessa L. Laurinen (toim.) *Koti kasvattajana, elämä opettajana*. Kasvatus- ja oppimiskulttuurit tutkimuskohteina. Juva: WSOY, 12–32.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsto, L. 2001. *Children in their learning environments: theoretical perspectives*. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holappa, M., Ahonen, R., Vainio, K. & Hämeen-Anttila, K. 2012. Information sources used by parents to learn about medications they are giving their children. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 8, 579–584.
- Hollo, J. 1927. *Kasvatuksen teoria: johdantoa yleiseen kasvatusoppiin*. Porvoo: WSOY.
- Hoppu, K. 2006. *Lääkärin käsikirja: Lasten myrkytykset*. Kustannus Oy Duodecim.
- Hurme, H. 2014. Bioekologinen malli. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) *perhetutkimuksen suuntauksia*. Tallinna: Gaudeamus, 60–80.

- HUS. 2014. Ensiapuohjeet. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/myrkytystietokeskus/Ensiapuohjeet/Sivut/default.aspx> [luettu 16.6.2014]
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2 painos. Kustannus Oy Duodecim.
- Hämeen-Anttila, K. 2006. Education Before Medication - Empowering Children as Medicine Users. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Hämeen-Anttila, K., Airaksinen, M., Timonen, J., Bush, P.J. & Ahonen, R. 2006a. Medicine education for schoolchildren – What do the teachers think? *Health Education* 106 (6), 480–490.
- Hämeen-Anttila, K., Airaksinen, M., Vainio, K., Bush, P.J., and Ahonen, R. 2006c. Developing a medicine education program in Finland: lessons learned. *Health Policy* 78 (2–3), 272–83.
- Hämeen-Anttila, K., Halonen, P., Siponen, S., Holoppa, M. & Ahonen, R. 2011. Parental attitudes towards medicine use in children in Finland. *Journal of Clinical Pharmacology* 33, 849–858.
- Hämeen-Anttila, K., Juvonen, M., Ahonen, R., Bush, P.J., and Airaksinen, M. 2006b. How well can children understand medicine related topics? *Patient Education and Counseling* 60 (2), 171–8.
- Hämeen-Anttila, K. & Karjalainen, K. 2008. Lääkekasvatus terveystiedon oppikirjoissa – Laadullinen sisällönanalyysi. *Dosis* 24 (1), 53–66.
- Hämeen-Anttila, K., Lindell-Osuagwu, L., Sepponen, K., Vainio, K., Halonen, P., & Ahonen, R. 2010. Factors associated with medicine use among Finnish children under 12 years. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 19, 400–407.
- Hämäläinen, J., Kraav, I. & Bizaeva, A. 2002. Kotikasvatuksen arvot Suomessa, Venäjällä ja Virossa. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 32. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Härkönen, U. 2007a. The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. Teoksessa A. Slahova, I. Salite, P. Drozdovs, M. Cacka, & I. Volonte (toim.) *Scientific Articles of V International Conference Person. Color. Nature. Music.*, 9–22. Daugavpils University "Saule". Latvia.
- Härkönen, U. 2007b. Teorian ja tutkimuskohteen vuorovaikutus - Bronfenbrennerin ekologinen systeemiteoria ihmisen kehittämisestä. Teoksessa A. Niikko, I. Pellikka, & E. Savolainen (toim.) *Oppimista, opetusta, monitieteisyyttä. Kirjoituksia Kuninkaankartanonmäeltä. Savonlinnan opettajankoulutus*, 21–39.
- Ijäs, K. 2009. Arvot asuvat kotona. Ajatuksia perhearvoista. Hämeenlinna: Kariston painotalo.
- Isacson, D. & Bingefors, K. 2002. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *In Pharm World Sci* 24 (3), 104–110.
- Ishida, Y., Ohde, S., Takashi, O., Despande, G.A., Shimbo, T., Hinohara, S. & Fukui, T. 2012. Factors affecting health care utilization for children in Japan. *Pediatrics* 120 (1), 113–119.
- Itkonen, J. 2000. Autonomia ja paternalismi apteekin lääkeinformaatiossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Janhonen-Abuquah, H. 2010. Gone with the wind?: Immigrant women and transnational everyday life in Finland. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jarvis, P. 2006. Towards a comprehensive theory of human learning. Lifelong learning and the learning society. Volume 1. Iso-Britannia: The Cronwell Press.
- Jean, D. & Cyr, C. 2007. Use of complementary and alternative medicine in general pediatric clinic. *Pediatrics* 120 (1), 138–141.

- Jokinen, E. 2004. Kodin työt, tavat, tasa-arvo ja rento reflektiivisyys. Teoksessa E. Jokinen, M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) *Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 285–304.
- Jokinen, E. 2005. *Aikuisten arki*. Tampere: Tammer-Paino.
- Jordan, A., Carlile, O. & Stack, A. 2008. *Approaches to learning: a guide for teachers*. Maidenhead: Open University Press.
- Kalliopuska, M. 1995. *Sosiaaliset taidot*. Helsinki: Painatuskeskus.
- Kannas, L., Aira, T. & Peltonen, H. 2010. Kokemuksia terveystieto-oppiaineen ensivuosisista. Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Yliopistopaino, 118–129.
- Kannas, L. 2002. Terveyden edistäminen. *Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona*. Teoksessa P. Terho, E.-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Koulu terveydenhuolto. 2.uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 412–422.
- Kannas, L. 2005. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa H. Peltonen & L. Kannas (toim.) *Terveystitieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen*. Helsinki: Opetushallitus, 9–36.
- Kansallinen Terveysarkisto. 2014. Omakanta. <http://kanta.fi/3> [luettu 24.10.2014]
- Karjalainen, A. & Siljander, P. 1997. Pedagogisen tietoisuuden paradoksi. Teoksessa P. Siljander (toim.) *Kasvatus ja sosialisatio*. Tampere: Tammer-Paino, 66–76.
- Katajavuori, N. & Puumalainen, I. 2008. Havainnointi tutkimusmenetelmänä. Teoksessa K. Hämeen-Anttila & N. Katajavuori (toim.) *Yhteiskunnallinen lääketutkimus. Ideasta näyttöön*. Tampere: Palmenia Helsinki University Press, 168–170.
- Kauppila, R. 2006. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kela. 2011. Erytyiskorvaus. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160204162015EE> [luettu 14.4.2011]
- Kempainen, J. 2001. *Kotikasvatus kolmessa sukupolvessa*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- King, A., World, B., Tudor-Smith, C. & Harel, Y. 1996. *The health of youth. A cross national survey*. Who Regional Publications, European Series 69. Kanada.
- Kivistö, J. 2009. *Poisonings in finnish children*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print.
- Klaukka, T., Martikainen, J. & Kalimo, E. 1990. *Lääkkeiden käyttö Suomessa 1964–1987*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Helsinki.
- Klavus, J. 2010. Suomalaisten terveys, terveyspalveluiden käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki: Yliopistopaino, 28–43.
- Kleinman, A. 1980. *Patient and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: Berkeley University Press.
- Knopf, H., Wolf, I.K., Sarganas G., Zhuang, W., Rascher, W. & Neubert A. 2013. Off-label medicine use in children and adolescents: results of population-based study in Germany. *BMC Public Health* 13 (1), 631.
- Korvela, P. 2003. Together and individually – The dynamics of family members' gatherings at home. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. *Tutkimuksia* 130.

- Korvela, P., Holmberg, M., Jonsson, M. & Kupiainen, A. 2009. Ajelehtivasta ankkuroituun arkeen – arkirytmän muuttaminen tukeminen perhetyössä sekvenssikartta -menetelmällä. Teoksessa H. Janhonen-Abuquah (toim.) Kodin arki. Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 19. Helsinki: Yliopistopaino, 103–119.
- Korvela, P. & Ronkä, A. 2014. Arkielämä näkökulmana perheeseen. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) Perhetutkimuksen suuntauksia. Tallinna: Gaudeamus, 192–214.
- Korvela, P. & Tuomi-Gröhn, T. 2014. Teoksen tausta ja tutkimustehtävät. Teoksessa P. Korvela & T. Tuomi-Gröhn (toim.) Arjen rakentuminen ja rytmit perhe-elämän käännekohtissa. Kuluttajatutkimuskeskus. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 10–25.
- Kouluterveydenhuoltoneuvosto (Council on School Health). 2009. Policy statement-guidance for the administration of medication in school. *Pediatrics* 124 (4), 1244–51.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Kyngäs, H., Hentinen, M. & Barlow, J.H. 1998. Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *Journal of Advanced Nursing* 27 (4), 760–9.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- Kyrönlampi-Kylmänen, T. 2007. Arki lapsen kokemana – Eksistentiaalis-fenomenologinen haastattelututkimus. Lapin yliopisto. *Acta Universitatis Lappeensis* 111.
- Kärkkäinen, S., Hämeen-Anttila, K., Vainio, K. & Keinonen, T. 2014. Fourth graders' perceptions about medicines and medicine use. *Health Education* 114(1), 43–57.
- Lahelma, E. 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 2003 (119), 1863–1868.
- Lagerlov, P., Helseth, S. & Holager, T. 2003. Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents's management of common childhood illnesses. *Fam Pract* 20 (6), 717–723.
- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2008. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Yliopistopaino, 9–38.
- Larson, K., Russ, S.A., Crall, J.J. & Hafton, N. 2008. Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics* 121 (2), 337–344.
- LeBlanc, J.C., Pless, I.B., King, W.J., Bawden, H., Bernard-Bonnin, A., Klassen T. & Tenenbein, M. 2006. Home safety measures and risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study. *Canadian Medical Association journal* 175, 883–887.
- Lefebvre, H. 1991. Critique of everyday life. Libdin: Verso, 97.
- Leontjev, A.N. 1977. Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. Helsinki: Kansankulttuuri.
- Lilja, J., Salek, S., Alvarez, A. & Hamilton, D. 2008. Patient's attitudes and behavior. Teoksessa J. Lilja, S. Salek, A. Alvarez & D. Hamilton (eds). *Pharmaceutical systems. Global Perspectives*. Iso-Britannia: Anton Rowe, 277–299.
- Lindel-Osuagwu, L. 2014. Use of medicines in children: a perspective on drug-related problems. Väitöskirja. Turku: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Llewellyn, G., Traustadóttir, R., McConnel, D. & Björg Sigurjónsdóttir, H. (toim.) 2010. Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures. Singapore: Markono Print Media.
- Lääketietokeskus. 2013. Yaz 0,02 mg/3 mg kalvopäällysteiset tabletit. http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=21172&i=BAYER_YAZ [luettu 27.1.2014]

- Madsen, H., Andersen, S., Nielsen, R.G., Dolmer, B.S., Host, A. & Damkier, A. 2003. Use of complementary/alternative medicine among paediatric patients. *European Journal of Pediatrics* 162 (5), 334–341.
- Males, M. 1993. The influence of parental smoking on youth smoking: Is the recent downplaying justified? *Journal of School Health* 65, 229–231.
- Malinen, K. 2011. Parisuhde pikkulapsiperheessä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 426. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Mayall, B. 1994. Children's experience of health care at home and school. Teoksessa S.O. Lauritzen & L. Sachs (eds). *Health care encounters and culture – interdisciplinary perspectives*. Tukholma: RetroPrint AB, 139–170.
- Majstrovic, M. & Veerkamp, J. 2004. Relationship between Needle Phobia and Dental Anxiety. *Journal of Dentistry for Children* 2004 (71), 201–5.
- Majstrovic, M. & Veerkamp, J. 2005. Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2005 (6), 30–34.
- Manglani, A. 2013. Defence style: A function of home environment. *Indian Journal of Community Psychology* 9(2), 415–425.
- Martikainen, J., Alha, P. & Rajaniemi, S. 2012. Lääkkeiden käyttö. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen Yliopistopaino Oy*, 186–188.
- Martikainen, M. 1992. Ihmissuhteet – kotitalouden henkinen voimavara. Teoksessa T. Gröhn, & P. Palojoki (toim.) *Kotitalouden toiminta tutkimuskohteena. Kotitalousopetusta palvelevan tutkimuksen tarkastelutapoja. Helsingin yliopisto, opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia* 113, 137–168.
- Menacker, F., Aramburuzabala, P., Minian, N., et.al. 1999. Children and medicines: What do they want to know and how do they want to learn. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 16, 38–52.
- Menniti-Ippolito, F., Gargiulo, L., Bologna, E., Forcella E. & Raschetti, R. 2002. Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *European Journal of Clinical Pharmacology* 58 (1), 61–64.
- Mercer, N. 2000. *Words and minds*. London: Routledge, 106.
- Metso, T. 2004. *Koti, koulu ja kasvatusta – kohtaamisia ja rajankäyntejä. Väitöskirja. Suomen kasvatustieteellinen seura. Helsingin yliopisto.*
- Metsämuuronen, J. 2008. *Monimuuttujamenetelmien perusteet*. Helsinki: International Methelp.
- Metsämuuronen, J. 2009. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerrus.
- Metsämuuronen, J. 2011. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. korjattu laitos, e-kirja*. Helsinki : International Methelp.
- Miettola, J. 2011. *Terveyttä etsimässä. Salutogeneesin mahdollisuudet metabolisessa oireyhtymässä. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä, 22.*
- Munro, S.A., van Niekerk, A. & Seedat, M. 2006. Childhood unintentional injuries: the perceived impact of the environment, lack of supervision and child characteristics. *Child: Care, Health and Development* 32, 269–279.
- Mårdby, A-C., Åkerlind, I. & Jörgensen, T. 2007. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. In *Patient Education and Counseling* 69, 158–164.
- Määttä, P. 1999. *Perhe asiantuntijana*. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Nupponen, A. 1969. Mallioppiminen ja sosiaalisten mallien vaikutukset. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 40.
- Nurminen, E. & Roos, J.P. 1992. Models of parenting: Between generations and classes. Teoksessa U. Björnderg (toim.) *European Parents in 1990. Contradictions and Comparisons*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 123–140.
- Närhi, U. & Helakorpi S. 2007. Sources on medicine information in Finland. *Health Policy* 84, 51–57.
- Osch, E. & Kremer-Sadlik, T. (toim.) 2013. *Fast forward family: home, work and relationships in middle class America*. Berkeley: University of California Press.
- Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- O’Keefe, M. & Coat, S. 2010. Increasing health-care options: The perspectives of parents who use complementary and alternative medicines. *Journal of Paediatrics and Child Health* 46, 269–300.
- Opetushallitus. 2007. Laatu kotoon ja koulun yhteistyöhön. Opetushallitus & Suomen vanhempiainliitto. Helsinki.
- Opetushallitus. 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. http://www.oph.fi/ops2016/103/0/opetushallitus_on_hyvaksynyt_esi_perus-ja_lisaopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_22_12_2014 [luettu 3.2.2015]
- Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteet 2004. http://www.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf [luettu 21.4.2011]
- Paolucci, B., Hall, A. & Axinn, N. 1977. *Decision making: an ecosystem approach*. New York: Macmillan College Publishing Company.
- Parkkila M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2000. Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 12, 26–35.
- Perusopetuksen tuntijako. 2012. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/vireilla_koulutus/perusopetus/liitteet/asetusehdotus_1_2.pdf [luettu 25.11.2013]
- Petrykowski, P., Chova, L.G., Martinez, A.L. & Torres, I.C. 2012. Process of developing skills as a process of upbringing. International Technology, education and Development Conference. Proceedings paper.
- Pohjanoksa-Mäntylä, M., Bell, S., Helakorpi, S., Närhi, U., Pelkonen A. & Airaksinen, M. 2011. Is the internet replacing health professionals? A population survey on sources of medicines information among people with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, 373–379.
- Polanyi, M. 1966. (1983 vuoden painos.) *The tacit dimension*. New York: Doubleday & Company.
- Pollari, K. 2011. Lapsen asema potilasasiamiesten työssä – lapsen oikeus osallistua ja tulla kuuluksi. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2011/9. Jyväskylä: Workshop Päiviä Oy.
- Price, J. Beach, P., Everett, S., Teljohann, S. & Lewis, L. 1998. Evaluation of a three-year urban elementary school tobacco prevention program. *Journal of School Health* 68, 26–31.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M. & van der Meer, K. 2008. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression – The patients’ perspective explored. *Clinical Psychology Review* 28, 1038–1058.

- Prout, A. & Christensen, P. 1996. Hierarchies, boundaries, and symbols: medicine use and the cultural performance of childhood sickness. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. Biminghampton: Pharmaceutical Products Press, 33, 37.
- Pulkkinen, L. 2011. Kasvatustiede ja kotikasvatus. *Kasvatus* 2011 (2), 177–182.
- Pulkkinen, L. 1997. Miten saada lapsi ja nuori mieltämään terveys tärkeäksi ja tavoitteelliseksi elämänarvoksi? Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja* 10.
- Pulkkinen, L. 1984. *Nuoret ja kotikasvatus*. Helsinki: Otava.
- Pulkkinen, L. 1996. Sosiaalinen kehitys lapsuudessa ja nuoruudessa. Teoksessa L. Pulkkinen (toim.) *Lapsesta aikuiseksi*. Jyväskylä: Atena, 29–44.
- Ramström, H., Afandi, S., Elofsson, K. & Petersson, S. 2005. Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications. *Patient Education and Counselling* 62, 244–249.
- Raijas, A. 2008. Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen, *Kuluttajatutkimuskeskus. Työselosteita ja esitelmää* 110/2008.
- Rauma, A.-L. 2004. Kotitaloustiede on nuori ihmistiede. Teoksessa J. Enkenberg, E. Savolainen & P. Väisänen (toim.) *Tutkiva opettajankoulutus – taitava opettaja*. Savonlinnan opettajankoulutuslaitos. <http://sokl.uef.fi/verkkojulkaisut/tutkivaope/rauma.htm> [luettu 25.5.2014]
- Raynor, D.K., Thistlethwaite J.E. & Knapp, P. 2001. Are health professionals ready for the new philosophy of concordance in medicine taking? *Pharm Pract* 9, 81–84.
- Rennick, J., Johnston, C., Dougherty, G., Platt, R. & Richie J. 2002. Children's psychological response after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2002 (23), 133–134.
- Rimpelä, M., Kuusela, J., Rigoff, A.-M., Saaristo, V. & Wiss, K. 2008. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskoulussa 2 – peruseräraportti kyselystä 1.-6.vuosiluokkien kouluille. Vammala: Vammalan kirjapaino, 45–47.
- Rinne, R., Kivirauma, J. & Lehtinen, E. 2005. *Johdatus kasvatustieteisiin*. Helsinki: WSOY.
- Romino, S., Keatley, V., Secrest, J. & Good, K. 2005. Home study program. Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal* 2005 (81), 708–792.
- Roos, J.-P. 1983. Yhteiskunnan muutos ja arkielämä. *Tiede ja edistys VIII* 1983 (3), 6–15.
- Rönkä, A. & Korvela, P. 2009. Everyday family life: dimensions, approaches, and current challenges. *Journal of Family Theory Review* (1) June 2009, 87–102.
- Rönkä, A., Laitinen, K. & Malinen, K. 2009. Miltä arki tuntuu? Teoksessa A. Rönkä, K. Malinen & T. Lämsä (toim.) *Perhe-elämän paletti: Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa*. Jyväskylä: PS-kustannus, 203–222.
- Rönkä, A., Malinen, K. & Lämsä, T. 2009. Pikkulapsiperheiden arjen paletti. Teoksessa A. Rönkä, K. Malinen & T. Lämsä (toim.) *Perhe-elämän paletti: Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa*. Jyväskylä: PS-kustannus, 11–19.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: Gummerus, 158–169.
- Sale, J. & Brazil, K. 2004. A strategy to identify critical appraisal criteria for primary mixed-methods studies. *Quality & Quantity* 38 (4), 351–365.

- Salmela, M. 2010. Hospital-related fears and coping strategies in 4-6-years-old children. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Salmi, M. 1991a. Ansiotyö kotona – toiveuni vai painajainen? Kotiansiotyöntekijänä Suomessa 1980-luvulla. Helsingin yliopiston Sosiologian laitoksen tutkimuksia 225.
- Salmi, M. 1991b. Ajatteletko arkena? Arkielämä ja tietoisien toiminnan mahdollisuus. *Sociologia* 4, 237–249.
- Sanz, E.J., Bush, P.J. & Garcia, M. 1996. Medicines at home: the contents of medicine cabinets in eight countries. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. Bimghampton: Pharmaceutical Products Press, 77–101.
- Sarvimäki, A. 1988. Knowledge in interactive, practice disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. University of Helsinki. Department of Education. *Research Bulletin* 68, 176–177.
- Sebald, H. 1986. Adolescent's shifting orientation toward parents and peers: A curvilinear trend over recent decades. *Journal of Marriage and Family* 48 (1), 5–13.
- Sepponen, K. 2011. Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Shaw, M. 2001. A policy framework for concordance. Teoksessa C. Bond (ed). *Concordance*. Lontoo: Pharmaceutical Press, 147–166.
- Siitonen, P., Hämeen-Anttila, K., Keinonen, T. & Vainio, K. 2014. Medicine education as a part of health education: the implementation in Finnish comprehensive schools. *International Journal of Health Promotion and Education*, 52 (2), 90–104.
- Siljander, P. 2002. Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Helsinki: Otava.
- Simpson, N. & Roman, K. 2001. Complementary medicine use in children: extent and reasons. A population-based study. *British Journal of General Practise* 51 (472), 914–916.
- Siponen, S., Ahonen, R., Kettis Å. & Hämeen-Anttila, K. 2012. Complementary or alternative? Patterns of complementary and alternative medicine (CAM) use among finnish children. *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, 1639–1645.
- Siponen, S. 2014. Children's health, self-care and the use of self-medication. A population-based study in Finland. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Sloand, E.D. & Vessey, J.A. 2001. Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues in Comprehensive Paediatric Nursing* 24, 57–67.
- Smith, B.A. & Shuchman, M. 2005. Problem of nonadherence in chronically ill adolescents: strategies for assessment and intervention. *Current Opinion in Pediatrics*. 17(5), 613–8.
- Smith, C. & Eckert, K. 2006. Prevalence of complementary and alternative medicine and use among children in South Australia. *Journal of Paediatrics Child Health* 42 (9), 538–543.
- Smith, D. 1988. The everyday world as problematic. *A Feminist Sociology*. Oxford Open University Press/Milton Keynes.
- Sormunen, M. 2008. Koti, koulu ja kasvatusvastuu. Teoksessa R.-L. Kokko, K. Tossavainen, & P. Hyvönen, P. (toim.) *Lapsi näkyviin, nuori kuuluviin*. Kuopio: Kopijyvä.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. http://www.laaketeollisuus.fi/Tiedostot/20110201%20L%C3%84%C3%84KEPOLITIIKKA%202020%20eng_STM_tark_442011_final%20%28ID%2021170%29%20%28ID%2021172%29.pdf [luettu 18.4.2011]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 9.

- Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto (STKL.) 2011. Kansalaisbarometri 2011: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveysturvaluissa ei toteudu.
- Stake, RE. 2000. Case studies. Teoksessa NK Denzin & YS Lincoln (toim.) Handbook of qualitative research. Sage Publications. Thousand Oaks.
- Steiner, G. 1997. Heidegger. Suomennos T. Vaden. Tampere: Tammer-Paino, 115–116.
- Stevenson, F. 2004. The patient's perspective. Teoksessa C. Bond, C. (ed). Concordance. Lontoo: Pharmaceutical Press, 28–47.
- Stoelben, S., Krappweis, J., Rossler, G. & Kirch, W. 2000. Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 159 (8), 608–14.
- Sume, H. 2008. Perheen pyörteinen arki. Sisäkorvaistutetta käyttävän lapsen matka kouluun. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 334. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Summanen, A.-M. 2014. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. Koulutuksen seurantaraportit 2014:1. Opetushallitus. Tampere: Suomen Yliopistopaino.
- Suomen aromaterapeutit ry. 2013. Aromaterapia. <http://suomenaromaterapeutit.fi/aromaterapia/> [luettu 28.1.2014]
- Suomen vyöhyketerapeutit ry. 2010. Vyöhyketerapia. <http://suomenvyohyketerapeutit.fi/> [luettu 28.1.2014]
- Sysiharju, A.-L. 1995. Naisasian tytär – muuttuvien kotien tuki 1891–1990. Vuosisata kotitalousopettajien koulutusta Helsingissä. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 148.
- Takala, P., Klaukka, T. & Rahkonen, O. 2001. Astma ja allergia selittävät lasten pitkäaikaissairastavuuden lisääntymisen. *Suomen lääkärilehti* 41 (56), 4155–4155.
- Takala, P., Klaukka, T. & Rahkonen, O. 2002. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. *Suomen lääkärilehti* 42 (57), 4199–4204.
- Takala, P. 2005. Uuden isyysvapaan ja muiden perhevapaiden käyttö. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 2005 (43). Kela.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. 2009. Foundations of mixed method research. Thousands Oaks CA: Sage.
- Tedre, S. 2004. Tukisukkahousut sosiaalipolitiikkaan! Inhomaterialistinen hoivatutkimusote. Teoksessa E. Jokinen, M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö. Tampere: Vastapaino, 41–63.
- Terho, P. 2002. Terveiden edistäminen. Terveyskasvatus. Teoksessa P. Terho, E.-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 405–411.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2011. Kansallinen rokotusohjelma. http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/rokottaminen/rokotusohjelma/ [luettu 4.10.2011]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012. Lääkitys koulupäivän aikana. http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/kouluterveydenhuolto/sairauden_hoitoon_tarvittava_tuki_koulussa/laakitys_koulupaivan_aikana [luettu 20.1.2015]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLb). 2011. Rokotuskattavuus. http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/rokottaminen/rokotuskattavuus/ [luettu 4.10.2011]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2014. Rokottajan käsikirja. <http://www.thl.fi/fi/web/rokottajankasikirja-fi> [luettu 14.1.2014]

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2010. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=3&setId=p85c1a784c430d8dd3b28b16d6c4f98908ced48f473fcf8&indCount=5&yearCount=1> [luettu 14.4.2011]
- Tilastokeskus. 2011. Perhe. <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html> [luettu 9.7.2011]
- Tinsley, B. & Lees, N. 1995. Health Promotion for Parents. Teoksessa M. Borstein (ed). Handbook of parenting vol.4. Applied and Practical Parenting. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 187–204.
- Toiskallio, J. 1988. Ihmisen kasvu ja kasvatusta. Porvoo: WSOY.
- Toom, A. 2008. Hiljaista tietoa vai tietämistä? Näkökulmia hiljaisen tiedon käsitteen tarkasteluun. Teoksessa A. Toom, J. Onnismaa & A. Kajanto (toim.) Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Helsinki: Gummerruksen kirjapaino, 33–58.
- Tossavainen, K. 1993. Nuorten terveystietämystä tukeva koulun terveystieto: Tupakointia ja alkoholin käyttöä ehkäisevän terveystietotutkimuksen. Stakes. Tutkimuksia 22. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino.
- Trajanovska, M., Manias, E., Cranswick, N. & Johnston, L. 2010. Parental management of childhood complaints: over-the-counter medicine use and advice-seeking behaviours. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2065–2075.
- Trakas, D.J. & Sanz, E. 1996. Childhood and Medicine use in a cross-cultural perspective: A European concerted action. Luxemburg: Office of the European Communities.
- Tuomainen, R., Myllykangas, M., Elo, J. & Rynänen, O.-P. 1999. Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomi-Gröhn, T. & Palojoki, P. 2000. Studying human action in the household: The contribution of contextual approaches. *Canadian Home Economics Journal* 50, 113–120.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino, 113–115.
- Turkki, K. 1994. Kotitalous-oppiaineen teoreettiset perusteet. Teoksessa K. Aho (toim.) Kotitalous. Elämyksiä ja elämisen taitoja. Helsinki: Opetushallitus, 12–14.
- Turkki, K. 1992. Lähtökohtia kotitalouden toiminnan ja kotitalous-oppiaineen tutkimiseen. Teoksessa T. Gröhn & P. Palojoki (toim.) Kotitalouden toiminta tutkimuskohteena. Kotitalousopetusta palvelevan tutkimuksen tarkastelutapoja. Helsingin yliopisto, opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 113, 4–35.
- Turkki, K. 1999. Kotitalousopetus tienhaarassa. Teknisistä taidoista kohti arjen hallintaa. Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 2. Helsinki: Yliopistopaino.
- Turunen, H., Tossavainen, K. & Nyman, L. 2000. Nupusta kukaksi – päihteiden merkitys tytöille viikonloppuisin. VII Valtakunnalliset päihdepäivät. Tek:n julkaisuja 2000 (9).
- Tähtinen, J. 1992. Miten kasvatan pikkulapsia. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Julkaisusarja A: 157.
- Törrönen, M. 2012. Onni on joka päivä. Helsinki: Gaudeamus.
- Uijen, J.H., van Duijn, H.J., Kuyvenhoven, M.M., Schellevis, F.G. & van der Wouden, J.C. 2008. Characteristics of children consulting for cough, sore throat or earache. *British Journal of General Practise* 58 (549), 248–254.
- Vaines, E. 1994. Ecology as a unifying theme for home economics/human ecology. *Canadian Home Economics Journal* 44 (2), 59–62.
- Van Peer, W., Hakemulder, F. & Zyngier, S. 2012. Scientific methods for the humanities. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 160.

- Varjonen, J. 1992. Voimavarojen hallinta kotitaloudessa. Teoksessa T. Gröhn & P. Palojoki, (toim.) Kotitalouden toiminta tutkimuskohteena. Kotitalousopetusta palvelevan tutkimuksen tarkastelutapoja. Helsingin yliopisto, opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 113, 113–136.
- Vaskilampi, T., Garcia, M., Sanz, E., Kalpio, O. 1996. Perception and treatment of childhood fever in Athens, Chapel Hill, Jyväskylä, Madrid and Tenerife. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. New York: Pharmaceutical Press, 105–123.
- Verohallinto. 2014. Verohallinnon tilastoja: naisten ja miesten tulot verovuonna 2012. http://www.vero.fi/fi-FI/Tietoa_Verohallinnosta/Tiedotteet/Uutisia/Verohallinnon_tilastoja_Naisten_ ja_miest%2831993%29 [luettu 2.4.2014]
- Viols, J. 2009. Upbringing potential in family, theoretical grounds of its criteria and indicators. *Journal of Research in Pedagogy and Psychology, Signum Temprois* 2/1.
- Vuori, J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset: sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Tampere University Press, 151.
- Värri, V.-M. 1999. Hyvä kasvatusta – kasvatusta hyvään. Dialogisen kasvatuksen filosofinen tarkastelu erityisesti vanhemmuuden näkökulmasta. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Värri, V.-M. 2000. Maaailma muuttuu, mutta kasvatusta vastuu pysyy – auttamisvastuu kasvatusta suhteiden perustana. *Kasvatusta* 31 (2), 130–141.
- Värri, V.-M. 1997. Hyvä kasvatusta – kasvatusta hyvään. Dialogisen kasvatuksen filosofinen tarkastelu erityisesti vanhemmuuden näkökulmasta. 4.painos. Tampere: University Press.
- Vygotsky, L.S. 1978. *Mind and society*. Cambridge: Harva.
- Vygotsky, L.S. 1987. *Thinking and speech*. New York: Plenum.
- Walter, F.M., Emery, J., Braithwaite D. & Marteau, T.M. 2004. Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Annals of Family Medicine* 2004 (2), 583–594.
- WHO (World Health Organization). 2012. The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf [luettu 25.5.2014]
- Wirsing, R. 1996. The Use of conventional and unconventional medicines to treat illnesses of German children. Teoksessa P.J. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, R.L. Wirsing, T. Vaskilampi & A. Prout (eds). *Children, medicines, and culture*. Binghamton: Pharmaceutical Products Press, 229–254.
- Wong, I.C.K., Chua, S.S. & Edmondson, H. 2007. Children's over-the-counter medicines. Pharmacoepidemiological (COPE) study. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 15, 17–22.
- World Health Organization Resource. 1998. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html> [luettu 19.11.2014]
- Yesilova, K. 2009. Ydinperheen politiikka. Väitöskirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Yin, R. 2014. *Case study research: design and methods*. 5. painos. Los Angeles: SAGE.
- Ylinen, S., K. Hämeen-Anttila, K. Sepponen, K., Lindblad, A.K. & Ahonen, R. 2010. The use of prescription medicines and self-medication among children – a population-based study in Finland. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 19 (10), 1000–1008.
- Yoo, T. M. 1999. Critical examination of human ecology paradigm and critical science paradigm as appropriate paradigms of home economics. *Journal of Asian Regional Association for Home Economics* 6, 1–9.

Liitteet

LIITE 1: TIEDOTE OPPILAILLE

Itä-Suomen yliopisto
Filosofinen tiedekunta
Soveltavan kasvatustieteen ja opettajakoulutuksen osasto
PL 111
80101 Joensuu



Hyvä koululainen

Tutkimme koulussasi lääkkeiden oikean käytön opettamista. Lääkkeiden oikea käyttö tarkoittaa sitä, että oikea lääke otetaan oikeaan vaivaan, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Lisäksi selvitämme, miten lääkkeitä käytetään koulussasi koulupäivän aikana.

Sinun luokkasi on yksi koulusi tutkimusluokista. Opettajasi tulee lukuvuonna 2011–2012 pitämään oppitunteja lääkkeiden oikeasta käytöstä. Haluamme kuulla sinun kokemuksiasi näistä oppitunneista ja tulemme haastattelemaan oppilaita luokaltasi. Saat itse päättää, haluatko osallistua haastatteluihin, mikäli vanhempasi antavat luvan niihin osallistumiseen. Keskustelemme myös kokemuksistasi lääkkeiden käytöstä ja sairastamisesta, sillä ne vaikuttavat siihen, miten tuttuja opettavat asiat sinulle ovat.

Osan haastatteluista teemme yhden oppilaan kanssa, osassa haastattelemme 5–6 oppilaan ryhmiä.

Haastattelut nauhoitetaan, jotta saamme sinun ja luokkatovereidesi kokemukset varmasti muistiin, emmekä unohda niitä. Nauhoja saa kuunnella ainoastaan tutkimusryhmän jäsenet Itä-Suomen yliopistosta, esimerkiksi opettajasi ei saa tietää, mitä haastatteluissa puhuimme. Kirjoitamme tuloksista tutkimusraportteja, mutta niistä ei yksittäistä oppilasta voi tunnistaa.

Voit halutessasi käydä Internetissä katsomassa lääkekasvatussivuja, joiden tehtäviä opettajasi tulee tunneilla käyttämään: www.uku.fi/laakekasvatus. Meille on tosi tärkeää kuulla oppilaiden kokemuksia näistä oppitunneista, sillä sinun ja luokkatovereidesi kokemusten perusteella voimme kehittää lääkkeiden oikean käytön opettamista sellaiseksi, että se on oppilaista mukavaa ja opettavaista.

Tavataan syksyllä!

Tuula Keinonen
050 5288818
Tuula.Keinonen@uef.fi
Huone 135, Educa

LIITE 2: TUTKIMUSTIEDOTE HUOLTAJILLE

Itä-Suomen yliopisto
Filosofinen tiedekunta
Soveltavan kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen osasto
PL 111
80101 Joensuu



Tutkimustiedote 13.9.2011

Hyvä huoltaja,

Tutkimme lääkkeiden oikean käytön opettamista koulujen terveystieteissä sekä toimintatapoja koulupäivän aikaisesta lääkkeiden käytöstä. Viime keväänä toteutettu kyselytutkimus kokemuksistanne lääkkeiden käytöstä koulupäivän aikana oli osa tätä laajempaa tutkimusprojektia.

Lapsenne koulu toimii Lääkekasvatusinterventio 2011 -tutkimuksessa tutkimuskouluna. Neljännen ja seitsemännen luokan oppilaille toteutetaan opetuskokeilu lukuvuoden 2011–2012 aikana. Opetuskokeiluissa käytetään ja kehitetään Itä-Suomen yliopiston farmasian laitoksen kehittämää Internet-sivustoa, joka on tehty tukemaan lääkkeiden oikean käytön opetusta (www.uku.fi/laakekasvatus). Opetus on normaalia, opetussuunnitelman perusteiden mukaista opetusta, johon kaikki oppilaat osallistuvat. Opetustapahtumat videoidaan.

Lasten kokemuksia lääkkeiden oikeaan käyttöön liittyvästä opetuksesta sekä lääkkeiden käytöstä selvitetään haastatteluiden avulla. Kokemukset omista ja perheenjäsenen sairauksista ja lääkkeiden käytöstä vaikuttavat siihen, miten tuttuja opetuksessa käsiteltävät aiheet lapselle ovat.

Haastattelut toteutetaan sekä yksilö- että ryhmähaastatteluina ennen opetuskokeilua ja sen jälkeen. Ryhmähaastatteluissa keskustelemme 5-6 lapsen ryhmässä. Haastattelut nauhoitetaan, jotta tulosten tulkinta olisi mahdollisimman tarkkaa. Keskustelussa esiin tulevat asiat käsittelemme luottamuksellisesti eikä yksittäistä lasta pysty tunnistamaan tutkimusraporteista. Tutkimus tehdään yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston farmasian laitoksen kanssa ja toteutetaan Itä-Suomen yliopiston ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean rahoituksella, pääasiassa opinäytetöinä (pro gradu -tutkielmat, väitöskirjatytöt).

Kyseessä on valtakunnan ensimmäinen lääkekasvatuskokeilu peruskoulussa, jonka tarkoituksena on uudistaa peruskoulun terveystiedon opetusta. Tarjoamme teille mahdollisuutta osallistua.

Ystävällisin terveisin
Tuula Keinonen
Professori, tutkimusryhmän johtaja
puh. 013 251 4649, s-posti. tuula.keinonen@uef.fi

LIITE 3: TUTKIMUSLUPA-ANOMUS VANHEMMILLE

Itä-Suomen yliopisto
Filosofinen tiedekunta
Soveltavan kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen osasto
PL 111
80101 Joensuu

Tutkimuslupa-anomus 13.9.2011

Pyydämme lupaa koululaisenne osallistumiselle tutkimushaastatteluihin ja opetus-tapahtumien videointiin. Toivomme teidän palauttavan tämän lupalapun kouluun lapsenne mukana mahdollisimman pian (7.10.2011 mennessä). Luvan saanut lapsi saa itse päättää, haluaako hän osallistua haastatteluihin.

Oppilas _____ Luokka _____
Lapseni saa osallistua halutessaan
haastatteluihin
videointiin

allekirjoitus

Suostumuksesi on erittäin tärkeä. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään opetuksen kehittämisessä sekä opettajien perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Opetuskokeilun päätyttyä **vanhemmille ja lapsille on tarkoitus tehdä haastattelu heidän kotonaan koskien kodin ja koulun lääkekasvatusta sekä lääkkeiden käyttöä**. Haastattelun suorittaa kotitaloustieteen jatko-opiskelija Johanna Salonen osana väitöskirjatyötään. Nyt tiedustelemme teiltä etukäteen kiinnostusta ja halukkuutta lähteä haastatteluun mukaan.

Olen kiinnostunut ja minuun saa ottaa yhteyttä

Kirjoitatko tähän yhteystietosi yhteydenottoa varten (nimi, puhelinnumero tai sähköpostiosoite)

Lisätietoja haastattelusta voi kysyä: Johanna Salonen
puh. 040 8405387 tai s-posti: johanna.salonen@uef.fi

LIITE 4: KYSELY VANHEMMILLE

Itä-Suomen yliopisto
Lääkekasvatusinterventio
Toukokuu 2011

KYSELY VANHEMMILLE LÄÄKKEIDEN KÄYTÖSTÄ KOTONA JA KOULUSSA

Vastaa kysymyksiin rengastamalla sopivat vastausvaihtoehdot tai kirjoittamalla vastauksesi sitä varten varattuun tilaan.

1. Onko perheessänne tällä hetkellä käytössä mitään lääkärin määräämää lääkettä?

1. Ei
2. Kyllä. Kirjaa kaikista käytössä olevista lääkkeistä valmisteen nimi, käyttötarkoitus ja käyttäjä.

Valmisteen nimi	Käyttötarkoitus	Käyttäjä
(esim. Beclomet Easyhaler)	(esim. astma)	(esim. äiti, isä, lapsi 12 v)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Onko perheessänne joku käyttänyt eilen tai toissapäivänä ilman reseptiä apteekista saatavaa itsehoitolääkettä?

1. Ei

2. Kyllä. Kirjaa kaikista käytössä olevista lääkkeistä valmisteen nimi, käyttötarkoitus ja käyttäjä.

Valmisteen nimi (esim. Pantyson)	Käyttötarkoitus (esim. ihottuma)	Käyttäjä (esim. äiti, isä, lapsi 12 v)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Onko perheessänne joku käyttänyt eilen tai toissapäivänä ilman reseptiä saatavaa luontaistuotetta, rohdosvalmistetta ja/tai homeopaattista valmistetta, mukaan lukien vitamiinit?

1. Ei

2. Kyllä. Kirjaa kaikista käytössä olevista valmisteista nimi, käyttötarkoitus ja käyttäjä.

Valmisteen nimi	Käyttötarkoitus	Käyttäjä (esim. äiti, isä, lapsi 12 v)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Alla on lueteltu joukko tietolähteitä. Ympyröi jokaisen tietolähteen kohdalle, kuinka paljon olet käyttänyt kyseistä lähdettä lasten lääkitykseen liittyvissä asioissa.

Tietolähde	Paljon	Jonkin verran	Vähän	En lainkaan
Lääkäri	3	2	1	0
Sairaanhoitaja	3	2	1	0
Terveydenhoitaja (neuvolassa, koulussa)	3	2	1	0
Sukulainen tai ystävä, jolla on terveydenhuoltoalan koulutus	3	2	1	0
Apteekin henkilökunta	3	2	1	0
Puhelinpalvelu, mikä?	3	2	1	0

Lääkepakkauksen sisällä oleva pakkausseloste	3	2	1	0
Lääkkeisiin liittyvät esitteet	3	2	1	0
Lääkärikirja	3	2	1	0
Muu kirja, mikä?	3	2	1	0

Terveysalan lehdet	3	2	1	0
Tavalliset sanoma- ja aikakauslehdet	3	2	1	0
Radio, TV	3	2	1	0
Internet, mikä/mitkä sivu(t)?	3	2	1	0

Sukulaiset, ystävät ja tuttavat	3	2	1	0
Luontaistuotekauppa	3	2	1	0
Muu, mikä?	3	2	1	0

5. Miten luotettavina pidät seuraavia tietolähteitä lasten lääkitykseen liittyvissä asioissa?

Tietolähde	Erittäin luotettava	Luotettava	Melko luotettava	Ei luotettava	En osaa sanoa tai en ole käyttänyt
Lääkäri	4	3	2	1	0
Sairaanhoitaja	4	3	2	1	0
Terveydenhoitaja (neuvolassa, koulussa)	4	3	2	1	0
Sukulainen tai ystävä, jolla on terveydenhuoltoalan koulutus	4	3	2	1	0
Apteekin henkilökunta	4	3	2	1	0
Puhelinpalvelu, mikä? _____	4	3	2	1	0
Lääkepakkauksen sisällä oleva pakkausseloste	4	3	2	1	0
Lääkkeisiin liittyvät esitteet	4	3	2	1	0
Lääkärikirja	4	3	2	1	0
Muu kirja, mikä? _____	4	3	2	1	0
Terveysalan lehdet	4	3	2	1	0
Tavalliset sanoma- ja aikakauslehdet	4	3	2	1	0
Radio, TV	4	3	2	1	0
Internet, mikä sivu? _____	4	3	2	1	0
Sukulaiset, ystävät ja tuttavat	4	3	2	1	0
Luontais- tuotekauppa	4	3	2	1	0
Muu, mikä? _____	4	3	2	1	0

6. Seuraavassa on joukko lääkkeitä koskevia väittämiä. Ympyröi mieli- pidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto.

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Läkkeet ovat välttämättömiä sairauksien hoidossa.	5	4	3	2	1	0
Lapselle annettavien lääkkeiden haittavai- kutukset huolestuttavat minua.	5	4	3	2	1	0
Pyrin välttämään lääkkeiden käyttöä lapselle.	5	4	3	2	1	0
Ilman reseptiä saatavat lääkkeet, eli itsehoi- tolääkkeet, ovat turvallisia.	5	4	3	2	1	0
Lapsen elimistön luonnollista puolustus- keinoa, kuumetta, ei pidä alentaa lääkkeillä keinoitekoisesti.	5	4	3	2	1	0
Lapsen pitää oppia kestämään kipua.	5	4	3	2	1	0
Reseptilääkkeet ovat tehokkaita.	5	4	3	2	1	0
Annan lapselle yleensä särkylääkettä vä- hemmän kuin ohjeessa suositellaan.	5	4	3	2	1	0
Reseptilääkkeet ovat turvallisia.	5	4	3	2	1	0
Läkkeet saattavat häiritä elimistön omaa paranemiskykyä.	5	4	3	2	1	0
Lääkärin lapselle määräämät lääkkeet ovat tarpeellisia.	5	4	3	2	1	0
Läkkeet ovat epäluonnollisia ihmisen elimistölle.	5	4	3	2	1	0
Pyrin hoitamaan lapsen vaivan muuten kuin lääkkeillä.	5	4	3	2	1	0
Mitä enemmän särkylääkkeitä joutuu käyttämään, sitä huonommin ne tehoavat kipuun.	5	4	3	2	1	0
Hoidan lapsen pienet vaivat itsehoitolääk- keillä.	5	4	3	2	1	0
Läkkeet ovat ohjeen mukaan käytettynä- kin vaarallisia.	5	4	3	2	1	0
Vien lapsen lääkäriin vasta, kun muut hoitokeinot eivät riitä.	5	4	3	2	1	0
Särkylääkkeiden pitkäaikainen käyttö alentaa kipukynnystä.	5	4	3	2	1	0
Itsehoitolääkkeet ovat tehokkaita.	5	4	3	2	1	0
Lääkärit määräävät antibiootteja lapsille liian helposti.	5	4	3	2	1	0
Läkkeiden yhteisvaikutukset huolestutta- vat minua.	5	4	3	2	1	0

7. Lapsi saa ottaa pieneen vaivaan esimerkiksi päänsärkyyn itsenäisesti lääkkeitä.

1. Ei
2. Kyllä.

8. Keskusteletko kotona lapsiesi kanssa seuraavista sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä asioista:

Sairauksien ehkäisy terveellisillä elämäntavoilla?

1. Ei
2. Kyllä

Sairauksien ehkäisy rokotuksin?

1. Ei
2. Kyllä

Sairauksien tai oireiden hoito kotikonstein ilman lääkkeitä, esimerkiksi lepo, lämmin juoma?

1. Ei
2. Kyllä

Sairauksien tai oireiden hoito ilman reseptiä saatavilla itsehoitolääkkeillä?

1. Ei
2. Kyllä

Sairauksien tai oireiden hoito lääkärin määräämillä reseptilääkkeillä?

1. Ei
2. Kyllä

9. Millä luokka-asteella koulussa sinun mielestäsi tulisi aloittaa opetus lääkkeiden oikeasta käytöstä?

1. 1-2 -luokalla
2. 3-4 -luokalla
3. 5-6 -luokalla
4. 7-8 -luokalla
5. 9 luokalla, tai sen jälkeen
6. Ei lainkaan

KOULUPÄIVÄN AIKAINEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ

10. Onko koulussa sovittu toimintatapa koulupäivän aikaisesta lääkkeiden käytöstä?

- 1 Mitään yhteistä toimintatapa ei tietääksesi ole sovittu tai vanhemmille kerrottu
- 2 En osaa sanoa
3. Kyllä. Alla on mahdollisia toimintatapoja, rengasta jokaisen kohdalla, vastaako se koulun käytäntöä.

	Kyllä	Ei
Vain pitkäaikaissairailla lapsilla saa olla omia lääkkeitä koulussa	1	2
Lääkkeen mukana pitämiseen tarvitaan vanhemman lupa	1	2
Koulussa on lääkekaappi, josta opettaja voi antaa oppilaalle esimerkiksi päänsärkylääkkeen	1	2
Kouluterveydenhoitaja huolehtii oppilaiden lääkitsemisestä tarvittaessa	1	2
Muita toimintatapoja, mitä? _____		

_____	1	2

11. Millaisia toiveita sinulla on koulupäivän aikaisen lääkkeiden käytön järjestämiseen? Voit tarvittaessa jatkaa saatekirjeen toiselle puolelle.

12. Kuinka toivot, että koulussa toimitaan, kun lapsesi sairastuu? Voit tarvittaessa jatkaa saatekirjeen toiselle puolelle.

TAUSTATIEDOT

13. Tämän lomakkeen kysymyksiin vastasi

1. Äiti
2. Isä
3. Joku muu. Kuka? _____

14. Koko perheen lasten lukumäärä _____

15. Syntymävuotesi _____

16. Mikä on koulutuksesi? Merkitse ylin suorittamasi koulutus tai tutkinto.

1. Kansakoulu, osa peruskoulua tai keskikoulua
2. Peruskoulu tai keskikoulu
3. Ammattikoulu tai vastaava
4. Lukio
5. Opistotutkinto
6. Ammattikorkeakoulututkinto
7. Yliopistotutkinto

Kiitos!

LIITE 5: PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELU 4.LUOKAN OPPI- LAILLE JA HEIDÄN VANHEMMILLEN, JOIDEN LAPSET OSALLIS- TUIVAT KOULUN LÄÄKEKASVATUSTUNNEILLE

Kodin lääkekasvatus

Lapsilta kysytään kysymykset ensin, jotta vanhempien vastaukset eivät vaikuta heidän vastauksiinsa. Tämän jälkeen lapset voivat halutessaan poistua paikalta.

Lapsilta:

- 1) Kerrotko nimesi? Minkä ikäinen olet ja millä luokalla?
- 2) Kuvailenko näin aluksi, millaisia koulun lääketunnit sinun mielestäsi olivat?
- 3) Minulla on tässä lääkekasvatustuntien ohjelma (kaikkia aiheita ei ole käsitelty teidän luokalla) ja kysyn sinulta sen pohjalta, mitä olet oppinut ensiavusta ja lääkkeistä koulussa? Kerro myös, jos olet oppinut asiasta jotakin kotona.
 - Miten toimisit jos sinulle tai ystävällesi tulisi sormeen verta vuotava haava?
 - Ystäväsi on kaatunut pyörällä ja hänen nilkkansa on vääntynyt, millaista ensiapua antaisit hänelle?
 - Kun sinulle tulee flunssa, miten voit hoitaa itseäsi, jotta tulisit terveemmäksi? Milloin flunssa on niin paha, että tarvitset lääkäriä?
 - Miten hoitaisit korvakipua?
 - Mitä migreeni tarkoittaa ja miten sitä hoidetaan?
 - Jos sinulla olisi diabetes, miten sitä pitäisi hoitaa?
 - Miten astmaa hoidetaan?
 - Olet ystäväsi kanssa leikkimässä metsässä, kun ystävääsi puree kyykkäärme, miten voit auttaa ystävääsi?
 - Kerro syitä, miksi vatsa voi olla kipeä. Miten hoitaisit vatsakipua?
- 4) Osaatko kuvailla tilanteita, joissa äiti tai isä on puhunut sinulle lääkkeiden käytöstä?
- 5) Kummassa olet oppinut lääkkeistä enemmän, kotona vai koulussa?
- 6) Onko kotona ja koulussa puhuttu samoista asioista lääkkeiden käyttöön liittyen?
- 7) Missä tilanteissa olet joutunut ottamaan lääkettä?
- 8) Milloin lääkkeitä voi sinun mielestäsi ottaa, anna esimerkkejä?
- 9) Jos olet kipeä, kuka antaa sinulle lääkettä vai, otatko sitä itse?
- 10) Ovatto lääkkeet sinun mielestäsi välttämättömiä sairauksien hoidossa?
- 11) Kerron sinulle tarinan: Perheen äidillä on paljon sairauksia; hän syö särkylääkkeitä päivittäin päänsärkyyn, hän ottaa astmalääkettä joka aamu ja hoitaa diabetestaansa insuliinilla. Mitä luulet perheen äidin puhuvan lääkkeiden käytöstä lapsilleen? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 12) Kerron sinulle toisen tarinan: Koiviston perhe ei käytä lääkkeitä ollenkaan: lapsia ei ole rokotettu ja jos lapset sairastuvat ja lääkäri on määrännyt lääkkeitä, he eivät niitä käytä. Mitä mieltä olet perheestä? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 13) Tiedätkö, mikä on lääkemyrkytys? Mitä tekisit, jos ottaisit vahingossa väärää lääkettä?

- 14) Tiedätkö missä teillä säilytetään lääkkeitä?
 Vanhemmilta:
- 15) Kerrotteko alkuun nimenne ja ikänne.
- 16) Oletteko keskustelleet lääkkeistä kotona lastenne kanssa? Kuvaile esimerkkitalanteita, joissa olette puhuneet lääkkeistä esim. lapsen sairastuttua flunssaan?
- 17) Onko lapsenne kertonut vai oletteko kysyneet, mitä koulun lääkekasvatustunneilla on tehty ja opittu?
- 18) Onko lastenne suhtautuminen lääkkeisiin muuttunut koulun lääkekasvatustuntien aikana?
- 19) Onko koulussa opetettu teidän mielestänne sellaisia asioita lääkkeitä, jotka ovat sopivia aiheita tämän ikäisille (tarvittaessa näytän lääkekasvatustuntien ohjelman, jotta vanhemmat voivat kertoa näkemyksensä sen perusteella)? Voiko lapsille puhua lääkkeiden väärinkäytöstä?
- 20) Milloin lääkkeitä voi käyttää?
- 21) Ovatko lääkkeet sinun mielestäsi välttämättömiä sairauksien hoidossa?
- 22) Mitä mieltä olet itsehoitolääkkeitä?
- 23) Kuinka usein käytät särkylääkkeitä?
- 24) Mitä mieltä olet reseptilääkkeitä?
- 25) Käytätkö vaihtoehtohoitoja tai luontaistuotteita?
- 26) Oletko saanut ja käyttänyt joltakin ystävältä tai sukulaiselta saatua reseptilääkettä?
- 27) Pyritkö hoitamaan lapsen pienet vaivat kotona kotikonstein tai itsehoitolääkkeillä?
- 28) Kuinka paljon käytätte terveystalviteita? Milloin on oikea aika viedä lapsi lääkäriin?
- 29) Annatteko lapsenne sanoa mielipiteensä sairastapauksissa hoidostaan, lääkkeiden otosta ja lääkäriin menosta? Minkä ikäinen on tarpeeksi vanha päättämään hoidostaan itsenäisesti?
- 30) Mitä mieltä olet lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista?
- 31) Oletteko itse ja lapsenne rokotettu? Oletko ottanut tehosterokotteita tai kausi-influenssa rokotetta tai kenties matkalle lähdeettäessä maakohtaisia rokotuksia? Oletteko itse ja lapsenne ottaneet sikainfluenssarokotteen?
- 32) Miten lääkkeitä mainostetaan? Oletko ostanut jotakin lääkettä mainoksen perusteella?
- 33) Mitä tekisit lääkemyrkytystapauksen huomattuasi?
- 34) Tiedätkö ketään joka on riippuvainen lääkkeitä?
- 35) Kerrotteko hieman ammatistanne, ja oletteko sen kautta saaneet tietoa lääkkeitä?
- 36) Mitä lähteitä (esim. apteekin henkilökunta, Internet, lääkäri, pakkauslste), käytätte etsiessänne tietoa jostakin lääkkeestä?
- 37) Muistelkaa omaa lapsuuttanne ja nuoruuttanne, miten vanhempanne suhtautuvat lääkkeisiin? Onko teillä erilaiset mielipiteet kuin omilla vanhemmillanne?
- 38) Kerron sinulle tarinan: Perheen äidillä on paljon sairauksia; hän syö särkylääkkeitä päivittäin päänsärkyyn, hän ottaa astmalääkettä joka aamu ja hoitaa diabetestaan insuliinilla. Mitä luulet perheen äidin puhuvan lääke-

keiden käytöstä lapsilleen? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?

- 39) Kerron sinulle toisen tarinan: Koiviston perhe ei käytä lääkkeitä ollenkaan: lapsia ei ole rokotettu ja jos lapset sairastuvat ja lääkäri on määrännyt lääkkeitä, he eivät niitä käytä. Mitä mieltä olet vanhempien toiminnasta? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 40) Missä säilytätte lääkkeitänne ja, onko tila lukittu?
- 41) Mitä luulette esimerkiksi naapurin lääkekaapin sisältävän?
- 42) Olisiko mahdollista kurkistaa lääkekaappiinne ja täyttää tämä lomake (näytän lääkekaappitutkimuslomakkeen, liite 8)? Tämä on täysin vapaaehtoista ja saatte olla täyttämässä itse mukana.

LIITE 6: LÄÄKEKASVATUSINTERVENTIOIDEN OPETUSOHJELMA 4.LUOKILLA

4.luokan pienoistutkimusten aiheet:

- tapaturma: ensiapu haavanhoidossa ja nivelvammassa (pyörällä kaatuminen ja nilkan vääntyminen)
- flunssa: hoito kotikonstein, milloin tarvitaan lääkäriä?
- korvakipu: miten hoidetaan?
- migreeni: oireet, ennaltaehkäisy ja hoito
- diabetes: oireet ja hoito
- astma: hoito
- kyyn purema: oireet, miten hoidetaan?
- vatsakipu: erilaiset vatsavaivat ja niiden hoito

Teemojen opiskelussa päätavoitteena oli, että oppilaat oppivat ymmärtämään lääkkeiden oikeaa käyttöä ja arvioimaan kriittisesti internetistä löytyvää tietoa.

LIITE 7: PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELU 7.LUOKAN OPPI- LAILLE JA HEIDÄN VANHEMMILLEN, JOIDEN LAPSET OSALLIS- TUIVAT KOULUN LÄÄKEKASVATUSTUNNEILLE

Kodin lääkekasvatus

Lapsilta kysytään kysymykset ensin, jotta vanhempien vastaukset eivät vaikuta heidän vastauksiinsa. Tämän jälkeen lapset voivat halutessaan poistua paikalta.

Lapsilta:

- 43) Kerrotko nimesi? Minkä ikäinen olet ja millä luokalla?
- 44) Muistatko onko koulussa puhuttu lääkkeistä, ja jos on niin mitä?
- 45) Teillähän on ollut koulussa puhetta vitamiineista, eikö? Mitä opit vitamiineista tunneilla? Osaatko sanoa, mitä vitamiini tarkoittaa (luettele vitamiineja)? Onko vitamiini lääke? Mitä ravintolisä tarkoittaa? Milloin vitamiineja pitäisi käyttää?
- 46) Minulla on tässä useita ensiaputilanteita, joihin saattaa liittyä lääkkeiden käyttöä. Saat kertoa minulle mitä tekisit kyseisissä tilanteissa?
 - Miten toimisit jos sinulle tai ystävällesi tulisi sormeen verta vuotava haava? Mistä tietosi on peräisin?
 - Ystäväsi on kaatunut pyörällä ja hänen nilkkansa on vääntynyt, millaista ensiapua antaisit hänelle? Mistä tietosi on peräisin?
 - Kun sinulle tulee flunssa, miten voit hoitaa itseäsi, jotta tulisit terveemmäksi? Milloin flunssa on niin paha, että tarvitset lääkäriä? Mistä tietosi on peräisin?
 - Miten hoitaisit korvakipua? Mistä tietosi on peräisin?
 - Mitä migreeni tarkoittaa ja miten sitä hoidetaan? Mistä tietosi on peräisin?
 - Jos sinulla olisi diabetes, miten sitä pitäisi hoitaa? Mistä tietosi on peräisin?
 - Miten astmaa hoidetaan? Mistä tietosi on peräisin?
 - Olet ystäväsi kanssa leikkimässä metsässä, kun ystäväsi puree kyykkäärme, miten voit auttaa ystäväsi? Mistä tietosi on peräisin?
 - Kerro syitä, miksi vatsa voi olla kipeä. Miten hoitaisit vatsakipua? Mistä tietosi on peräisin?
- 47) Osaatko kuvailla tilanteita, joissa äiti tai isä on puhunut sinulle lääkkeiden käytöstä?
- 48) Kummassa olet oppinut lääkkeitä enemmän, kotona vai koulussa?
- 49) Onko kotona ja koulussa puhuttu samoista asioista lääkkeiden käyttöön liittyen?
- 50) Missä tilanteissa olet joutunut ottamaan lääkettä?
- 51) Milloin lääkkeitä voi sinun mielestäsi ottaa, anna esimerkkejä?
- 52) Jos olet kipeä, kuka antaa sinulle lääkettä vai, otatko sitä itse?
- 53) Ovatto lääkkeet sinun mielestäsi välttämättömiä sairauksien hoidossa?
- 54) Kerron sinulle tarinan: Perheen äidillä on paljon sairauksia; hän syö särkylääkkeitä päivittäin päänsärkyyn, hän ottaa astmalääkettä joka aamu ja hoitaa diabetestaansa insuliinilla. Mitä luulet perheen äidin puhuvan lääkkeiden käytöstä lapsilleen? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 55) Kerron sinulle toisen tarinan: Koiviston perhe ei käytä lääkkeitä ollenkaan: lapsia ei ole rokotettu ja jos lapset sairastuvat ja lääkäri on mää-

- rännyt lääkkeitä, he eivät niitä käytä. Mitä mieltä olet vanhempien toiminnasta? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 56) Tiedätkö, mikä on lääkemyrkytys? Mitä tekisit, jos ottaisit vahingossa väärää lääkettä?
- 57) Tiedätkö missä teillä säilytetään lääkkeitä?
- Vanhemmilta:
- 58) Kerrotteko alkuun nimenne ja ikänne.
- 59) Oletteko keskustelleet lääkkeistä kotona lastenne kanssa? Kuvaile esimerkkitalanteita, joissa olette puhuneet lääkkeistä esim. lapsen sairastuttua flunssaan?
- 60) Ovatko lapsenne kertoneet vai oletteko kysyneet, mitä koulussa on puhuttu terveystiedon tunneilla? Onko tunneilla teidän tietojenne mukaan puhuttu lääkkeistä?
- 61) Jos tiedätte, mitä koulun terveystiedon tunneilla on puhuttu lääkkeistä, niin ovatko aiheet olleet sellaisia, jotka ovat olleet ikäryhmälle soveltuvia? Voiko lapsille puhua lääkkeiden väärinkäytöstä?
- 62) Milloin lääkkeitä voi käyttää?
- 63) Ovatko lääkkeet sinun mielestäsi välttämättömiä sairauksien hoidossa?
- 64) Mitä mieltä olet itsehoitolääkkeistä?
- 65) Kuinka usein käytät särkylääkkeitä?
- 66) Mitä mieltä olet reseptilääkkeistä?
- 67) Käytätkö vaihtoehtohoitoja tai luontaistuotteita?
- 68) Oletko saanut ja käyttänyt joltakin ystävältä tai sukulaiselta saatua reseptiläkettä?
- 69) Pyritkö hoitamaan lapsen pienet vaivat kotona kotikonstein tai itsehoitolääkkeillä?
- 70) Kuinka paljon käytätte terveyspalveluita? Milloin on oikea aika viedä lapsi lääkäriin?
- 71) Annatteko lapsenne sanoa mielipiteensä sairastapauksissa hoidostaan, lääkkeiden otosta ja lääkäriin menosta? Minkä ikäinen on tarpeeksi vanha päättämään hoidostaan itsenäisesti?
- 72) Mitä mieltä olet lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista?
- 73) Oletteko itse ja lapsenne rokotettu? Oletko ottanut tehosterokotteita tai kausi-influenssa rokotteita tai kenties matkalle lähdeettäessä maakohtaisia rokotuksia? Oletteko itse ja lapsenne ottaneet sikainfluenssarokotteen?
- 74) Miten lääkkeitä mainostetaan? Oletko ostanut jotakin lääkettä mainoksen perusteella?
- 75) Mitä tekisit lääkemyrkytystapauksen huomattuasi?
- 76) Tiedätkö ketään joka on riippuvainen lääkkeistä?
- 77) Kerrotteko hieman ammatistanne, ja oletteko sen kautta saaneet tietoa lääkkeistä?
- 78) Mitä lähteitä (esim. apteekin henkilökunta, Internet, lääkäri, pakkauseloste), käytätte etsiessänne tietoa jostakin lääkkeestä?
- 79) Muistelkaa omaa lapsuuttanne ja nuoruuttanne, miten vanhempanne suhtautuivat lääkkeisiin? Onko teillä erilaiset mielipiteet kuin omilla vanhemmillanne?

- 80) Kerron sinulle tarinan: Perheen äidillä on paljon sairauksia; hän syö särky-lääkkeitä päivittäin päänsärkyyn, hän ottaa astmalääkettä joka aamu ja hoitaa diabetestaan insuliinilla. Mitä luulet perheen äidin puhuvan lääkkeiden käytöstä lapsilleen? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 81) Kerron sinulle toisen tarinan: Koiviston perhe ei käytä lääkkeitä ollenkaan: lapsia ei ole rokotettu ja jos lapset sairastuvat ja lääkäri on määrännyt lääkkeitä, he eivät niitä käytä. Mitä mieltä olet vanhempien toiminnasta? Miten luulet lasten suhtautuvan lääkkeisiin?
- 82) Missä säilytätte lääkkeitänne ja, onko tila lukittu?
- 83) Mitä luulette esimerkiksi naapurin lääkekaapin sisältävän?
- 84) Olisiko mahdollista kurkistaa lääkekaappiinne ja täyttää tämä loma-ke (näytän lääkekaappitutkimuslomakkeen, liite 8)? Tämä on täysin vapaaehtoista ja saatte olla täyttämässä itse mukana.

LIITE 8: LÄÄKEKAAPPITUTKIMUSLOMAKE

Lääkekaapin sisällys

TAUSTATIEDOT

Perheen jäsenet ja heidän ikänsä

Missä lääkkeitä säilytetään, onko tila lukittava? -----

Lääkkeen nimi	Itsehoito	Resepti	Kuka käyttää	Käyttötarkoitus omin sanoin	Viimeinen käyttöpäivä
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

LIITE 9: RESEPTILÄÄKKEITTEN KÄYTTÄJÄT ATC-LUOKITUKSEN MUKAAN. ATC-LUOKITUKSEN YLÄKATEGORIAT ON KIRJOITETTU ISOILLA KIRJAIMILLA JA TUMMENNEDUT.

ATC-luokka	Reseptilääkkeen nimi	Käyttötarkoitus omin sanoin	Käyttäjä, suluissa perheen vastausnumero
A RUUANSULATUSSELINTEN JA AINEENVAIHDUNTASAIRAUKSIEN LÄÄKKEET			
A02 LIIKAHAPPOISUUDEN HOITON TARKOITETUT VALMISTEET	Gasterix 30 mg	närästys	isä (10) isä (87)
	Lanzoprazol Nexium Omeprazol Ratiopharm Zolt	refluksitauti ylävatsakipu vatsakivut	äiti (81) isä (126) äiti (191)
		närästys	äiti (212)
A03 RUUANSULATUSKANAVAN TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN LÄÄKKEET	Litalgin	kipulääke	äiti, isä (123)
A06 UMMETUSLÄÄKKEET	Duphalac-jauhe	ummetus	lapsi 18 v. (228)
A07 RIPULIN JA SUOLISTOINFEKTIOIDEN LÄÄKKEET	Asacol	krooninen suolistotulehdus paksusuolen tulehdus	isä (63) isä (203)
	Glucophage Metformin	sokeritauti diabetes	isä (69) isä (111) isä (215)
A10 DIABETESLÄÄKKEET	Lantus	diabetes	isä, lapsi 13 v. (118) lapsi (212)
	Humalog Novorapid Protaphane	diabetes diabetes diabetes	isä, lapsi 13 v. (118) lapsi (212) isä (215)
B VERITAUTIEN LÄÄKKEET	Primaspan	verenpaine sydän- ja verisuonitauti verisuonitukosten ehkäisy verenkierto tulpan esto veren ohennukseen	isä (69) äiti (108) äiti (233) isä (127) isä (144) äiti (206)

C SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUKSIEN LÄÄKKEET	Atacand 8 mg Atacand 15 mg Emconcor CHF 2,5 mg Spesicor Cardace Comp Emconcor Emconcor 5 mg Atorvastatin Orion 10 mg Tenoblock 25 mg Simvastatin Spesicor dos Lisipril comp Ramipril Ratiopharm Hydrex semi Crestor Tambocor Epipen 0,3 mg Cozaar Comp Losatrix Comp 50 mg/12,5 mg Orloc Comp Renitec Comp Bisoprolol - - Metomylan Coversyl Comp novum Propral	migreenin esto verenpaine migreenin esto migreenin estolääke verenpaine korkea verenpaine verenpaine korkea verenpaine korkea verenpaine verenpaine rytmihäiriö kolesterolin vähennys kolesteroli verenpaine kolesterolin alentaminen kohonnut kolesteroli korkea kolesteroli verenpainelääke verenpaine verenpainelääke sydän- ja verisuonitauti verenpaine kolesteroli rytmihäiriö siedätushoidon varalla verenpaine verenpaine verenpaine, rytmihäiriöt verenpaine refluksitauti migreenin estoon sydän- ja verenpainelääkkeet kolesteroli verenpaine verenpaine migreenin ehkäisy	äiti (7) äiti (96) äiti (98) lapsi 6 v. (32) äiti (44) äiti (127) isä (56) isä (56) äiti (241) isä (56) äiti (104) isä (128) isä (154) isä (60) isä (246) isä (60) isä (69) äiti (218) äiti (241) äiti (69) äiti (139) äiti (69) äiti (108) isä (113) isä (128) isä (154) isä (128) isä (154) lapsi 7 v. (143) isä (144) isä (150) lapsi 16 v. (177) äiti (156) äiti (167) isä (159) äiti (162) isä (164) isä (164) lapsi 16 v. (177) äiti (218) äiti (250)
D IHOTAUTILÄÄKKEET	Hydrocortison 1% Miniderm 20 % emulsio- voide Bucort Elocon Rasva ihottumaan Aqualan Protopic Fucidin 2 %	atooppinen ihottuma kuivan ihon hoitoon ihottuma ihottuma ihottuma atooppinen iho ihottuma vitiliko märkärupi	lapsi 11 v. (9) lapsi alle 12 v. (17) lapsi 10 v. (30) isä (43) lapsi 12 v. (66) äiti (124) lapset 3, 12, 14 ja 17 v. (189) lapsi 12 v. (135) lapsi 10 v. (167)
G SUKUPUOLI- JA VIRTSÄELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET, SUKUPUOLIHORMONIT	Mirena hormoni- kierukka Dostinex Cypretyl 2 mg Nuvaring Evorel Qlaira	ehkäisy aivolisäkkeen liikatoiminta ehkäisy ehkäisy vaihdevuodet raskauden ehkäisy	äiti (138) isä (144) äiti (158) äiti (171) äiti (220) huoltaja (äitipuoli) (243)

H SYSTEEMISESTI KÄYTETTÄVÄT HORMONIVALMISTEET, LUKUUN OTTAMATTA SUKUPUOLIHORMONEJA JA INSULIINEJA	Minirin 120 mg kylmäkuivattu Thyroxin Thyroxin 25 mg Thyroxin 0,1 mg Liothyronin Prednisolon 5 mg	yökastelu kilpirauhasen vajaatoiminta kilpirauhasen vajaatoiminta kilpirauhaslääke kilpirauhasen vajaatoiminta nivelet	lapsi 8 v. (7) isä (35) äiti (72) äiti (131) äiti (132) äiti (183) äiti (198) äiti (215) äiti (237) äiti (246) äiti (249) äiti (104) isä (144) äiti (151) isä (200) isä (144) äiti (247)
J SYSTEEMISESTI VAIKUTTAVAT INFEKTIOLÄÄKKEET	Ditrim Kefexin Kefexin 500 mg GlaxoSmithKline	korvatulehdus tulehdus (iho) märkärupi astma	lapsi 1 v. (28) lapsi 1 v. (106) isä (117) lapsi 10 v. (167) äiti (195)
L SYÖPÄLÄÄKKEET JA IMMUUNIVASTEEN MUUNTAJAT	Trexan Cellcept Sandimmun Neoral	psoriasis hylkimislääke hylkimislääke	isä (28) käyttäjää ei kerrottu (77) isä (106) isä (56) isä (56)
M TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET	Orudis 100 mg Pronaxen Sirdalud Ketorin 50 mg Burana 600 mg Miramax 550 mg Pronaxen Arcoxia 90 mg Arcoxia 120 mg	reuma migreeni rentoutus, leikkauksen jälkei- sen kivun hoito selkäkipuun, lihaskireyteen migreeni sormen amputoinnista johtuva kipu tarvittaessa särky niska- ja hartiasärky polven + olkapään kivut migreeni kuumeeseen, kipuun, kutinaan nivelet tulehduskipulääke, luun murtuma polven + olkapään kivut	isä (32) lapsi 8 v. (90) isä (100) äiti (162) lapsi 11 v. (114) äiti (160) isä (176) äiti (214) äiti (232) isä (249) lapsi 14 v. (206) lapset (225) äiti (247) isä (250) isä (249)

N HERMOSTOON VAIKUTTAVAT LÄÄKKEET			
N01 ANESTESIA-AINEET	Tapin 25 mg/g	siedätyspistosten avuksi	lapsi 7 v. (143)
N02 ANALGEETIT	Naramig 2,5 mg Panadol 500 mg	migreeni migreeni	äiti (7) lapsi 7 v. (120)
	Relert 40 mg Panacod	päänsärky migreenikohtaus leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon	äiti (120) äiti (98)
	Migard Imigran	selkäkipuun/lihaskireyteen polven, olkapään kivut migreeni migreeni	isä (100) äiti (162) isä (249) äiti (123)
	Oriptan Zomig Almogran	migreeni migreeni	äiti (162) äiti (246) äiti (179)
	Panadol Extend 665 mg Panadol forte	nivelet polven + olkapään kivut	äiti (238) äiti (247) isä (249)
N03 EPILEPSIALÄÄKKEET	Neurotol Slow Absenor	epilepsia ehkäistä migreenikohtaus migreeni	äiti (23) lapsi 17 v. (49)
	Zomig		äiti (232)
N05 PSYKOOSI- JA NEUROOSILÄÄKKEET SEKÄ UNILÄÄKKEET	Stemetil 5 mg Atarax	migreeni allergia ihottuma	äiti (7) isä (43) lapsi 12 v. (66)
	Abilify Melatoniini	univaikeudet psykyen sairaus unirytmien helpottaminen	isä (90) äiti (45) lapsi 17 v. (49)
	Zyprexa Somnor Tenox	masennus uni (tarvittaessa) univaikeudet	isä (218) isä (246) äiti (31)
N06 MASENNUSLÄÄKKEET JA KESKUSHERMOSTOA STIMULOIVAT LÄÄKEAINEET	Equasym Retard Noritren Optipar Voxra Triptyl	ADHD:n hoitoon hermosärky masennus, mieliala psykyen sairaus leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon	lapsi alle 12 v. (17) äiti (21) äiti (43) äiti (45) isä (100)
	Concerta Setralin Orion Venlafaxin Sertralin Seroxat Cipralext	ADHD jännitysoireisiin ahdistus masennus masennus mielen tasaaja	lapsi 11 v. (104) äiti (162) äiti (219) äiti (224) äiti (225) äiti (233)
N07 MUUT HERMOSTOON VAIKUTTAVAT LÄÄKEAINEET	Champix	tupakoinnin lopetus	äiti (147)
P LOISTEN JA HYÖNTEISTEN HÄÄTÖÖN TARKOITETUT VALMISTEET	Oxiclorin 300 mg	reuma nivelet	isä (32) äiti (247)

R HENGITYSELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET	Heinix Pulmicort Turbuhaler	allergia astma	äiti (1) lapsi 20 v. (11) isä (111) (sekä isällä, että ainoalla lapsella astma) äiti (32) lapsi 11 v. (52) äiti (114) äiti (179) äiti, lapsi 9 v. (15) lapsi 10 v. (32) lapsi 10 v. (81) lapsi 15 v, (91) lapsi (117) lapsi 12 v. (124) lapsi (129) lapsi 3 v. (217) lapsi 12 v. (241) lapset 13 ja 5 v. (242) lapsi 7 v. (245) isä (249) lapsi 10 v. (250) lapsi 6 v. (161) lapsi 3 v. (209)
	Ventoline	astma infektioastma astma astma	isä (161) koko perhe (227) lapsi 18 v. (248) äiti, lapsi 9 v. (15) lapsi 10 v. (32)
	Ventoline Evohaler	astmaan tarvittaessa astma astma astma	lapsi 12 v. (124) lapsi 6 v. (161) lapsi 3 v. (209) lapsi 12 v. (213) lapsi 13 v. (233) lapsi 12 v. (241) lapset 13 ja 5 v. (242)
	Ventoline Diskus	astma	äiti, lapsi 9 v. (15) lapsi 15 v. (82) lapsi 15 v. (91) äiti, lapsi 9 v. (96) lapsi 7 v. (143) äiti (211) lapsi 7 v. (245) lapsi 9 v. (20) lapsi 10 v. (30) äiti (72) lapsi 15 v. (91) äiti (32) lapsi 11 v. (52) äiti (74) äiti (97)
	Flixotide Evohaler	astma infektioastma astma	isä (111) (sekä isällä, että ainoalla lapsella astma) lapsi 11 v.(176) äiti (179) äiti (211) lapsi 4 v. (35) lapsi 4 v. (35) lapsi 10 v. (81) (kai- killa perheen lapsilla astma, myös äidillä) äiti (96) lapsi 10 v. (250)
	Aerius	allergia	
	Buventol Easyhaler Beclonasal Forte Aqua	allergiaan keväisin astma allerginen nuha	
	Bricanyl Turbuhaler 0,5 mg	astma astma rasitusastma astma astma astma	
	Montelukast 4 mg Seretide Evohaler	astma astma astma astma astma	

	Histec Nasonex Codesan comp Avamys nenä- suihke Novopulmon Novolizer Flixotide Diskus Symbicort Turbuhaler Singulair	allergia heinäallergiat nuha allergia allergianuha allerginen nuha allergianuha allergianuha nenän tukkoisuuteen yskä heinäallergiat astma astma astma astma astma	isä (43) lapsi 9 v. (79) lapsi 12 v. (66) lapsi 9 v. (96) lapsi 9 v. (198) äiti (212) äiti (225) lapsi 13 v. (236) lapset 13 ja 5 v. (242) lapsi 12 v. (66) lapsi 9 v. (79) lapsi 6 v. (81) (kaikilla perheen lapsilla astma, myös äidillä) lapsi 8 v. (161) lapsi 5 v. (81) lapsi 15 v. (91) lapsi 11 v. (111) (sekä isällä, että ainoalla lapsella astma) lapsi (129) lapsi 9 v. (198) lapsi 13 v. (236) lapsi 18 v. (248) isä (249) äiti (81) isä (185) äiti (96) lapsi 3 v. (209)
S SILMÄ- JA KORVATAUTIEN LÄÄKKEET	Otiborin korvati- pat Oftagel	kuivat silmät	äiti (138) äiti (188)

LIITE 10: ITSEHOITOLÄÄKKEIDEN KÄYTTÄJÄT ATC-LUOKITUKSEN MUKAAN. ATC-LUOKITUKSEN YLÄKATEGORIAT ON KIRJOITETTU ISOILLA KIRJAIMILLA JA TUMMENNETTU.

ATC-luokka	Itsehoitolääkkeen nimi	Käyttötarkoitus omin sanoin	Käyttäjä, suluissa perheen vastausnumero
A RUUANSULATUSELINTEN JA AINEENVAIHDUNTA-SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET A01 SUUN JA HAMPaidEN HOITOO TARKOITETUT VALMISTEET A02 A11	Fludent Fluoritabletti	kariesta vastaan hampaiden huolto	lapsi 10 v. (167) äiti, isä, lapset 12 ja 16 v. (66)
	Pepcid Duo Nexium	vatsan suojalääke ylävatsakipu	äiti (162)
	Multivita	lisää energiaa vitamiinien saanti vitaminointi vitamiinit vitamiinilisä infektioiden estämiseksi vitamiinin saanti monivitamiini	isä (230) äiti (1) äiti (7) koko perhe (13) äiti ja isä (19) äiti ja isä (32)
	Devisol	D-vitamiinilisä hyvinvointi, terveys D-vitamiinilisä D-vitamiini	isä, lapsi 11 v. (176) lapset (233) isä, äiti, lapsi 8 v. ja lapsi 13 v. (3) isä, äiti, lapsi 6 v. (5) lapsi alle 12 v. (17) äiti, isä, lapsi 12 v ja 9 v. (24) lapset 11,8, 4 ja 1 v. (28) äiti, isä, lapsi 9 v. (37) äiti, pojat 16,13,10,7 ja 4 v. (59) 5 henkilön perhe (78) koko perhe (81) lapsi 9 v. (95) äiti, lapset 11 ja 9 v. (114) lapsi (120) äiti, lapsi 10 v. (155) lapset 7 ja 5 v. (158) äiti, isä, lapset 8, 6, 3 ja 1 v. (161) lapset 3, 6 ja 9 v. (209) äiti, lapsi (228) huoltaja (äitipuoli), lapset 12 ja 13 v. (243) äiti (7) äiti (30)
Priorin Minisun	hiusten vahvistaminen hiusten oheneminen D-vitamiini	äiti, lapsi 9 v. (21) äiti, lapset 10, 6 ja 3 v. (42) lapset 8 ja 4 v. (75)	

A12 KIVENNÄISAINEEET		vitamiinilisä	lapsi 8 v ja 5 v. (76) äiti, lapset 7, 6 ja 4 v. (143) 4 v. lapsi (165) isä, lapset 12 ja 13 v.(242)
	Minisun forte	D-vitamiinin puutteen ehkäisy D-vitamiini D-vitamiinilisä	äiti, lapset 3, 6, 8 ja 10 v. (189) äiti, lapset 5 ja 7 v. (245) äiti, lapset 8, 9 ja 12 v, (58) lapset 13 ja 11 v. (236)
	Disney monivita/ mineraali Multi-tabs mini	D-vitamiini	lapsi 7 v. (27) lapsi 7 v. (188) lapsi 6 ja 10 v. (32)
		vitamiinilisä infektioiden estämiseksi vitamiini-hivenainevalmiste monivitamiini vastustuskyvyn ylläpito monivitamiini	lapsi 5 ja 8 v. (56) äiti ja lapset (101) äiti, isä, lapsi 11 v. (105) äiti, isä (113) koko perhe (124) koko perhe (186) äiti (187) lapsi, isä (204) äiti, lapsi (212)
	Multi-tabs Family	vitamiinia lisää monivitamiini (raskaus)	äiti (225) äiti, isä ja lapsi (244) koko 4.henkinen perhe (138)
	Berex Calsichew	ravintolisä vitamiini vastustuskyvyn parantaminen vitamiinien saanti Ca + D	isä, äiti, lapset 6 ja 5 v. (131) lapsi (45) äiti, lapsi 17 v. (49) äiti (214) äiti (238) äiti (129)
	Calsichew D3 extra		
	Devitol	kalsiumin ja D-vitamiinin tarpeeseen, äiti 50 v. vitamiini vitamiinitipat D-vitamiinin puutteen ehkäisy	vauva 6 kk (64) vauva 6 kk (85) vauva 3 kk (197) isä (75)
	Maitohappobakteeri Ratiopharm Jekovit D-vitamiini Berocca	vitamiinilisä antibiootin kanssa lisävitamiini vitamiini	lapsi 10 v. (167) lapset 8 ja 6 v. (88) äiti (102) lapsi 15 v. (166) isä (178) äiti (233)
	Poremax-C Elivo monivitamiini Elivo D-vitamiini	C-vitamiini	isä (153) isä (168) lapset 11 ja 13 v. (168)
	Gefilus Tipat + D3 Elivo Omega-3 kalaöljy Beko Long Multivita Ascorbin Immuno-Zink	D-vitamiini verenkiertoon, oppimisen parantaminen B-vitamiini C-vitamiini mm. suonenvetojen ennaltaehkäisy	vauva 1 v. (169) kaksi lasta (242) huoltaja (äitipuoli) (243) huoltaja (äitipuoli) (243) äiti (249)
	Kalcipos 500 mg	kalsiumin saanti kalsiumin saannin turvaaminen, allergian takia ei siedä maitoa	äiti (7) lapsi 6 v. (72)

B VERITAUTIEN LÄÄKKEET	Obsidan Fe++ Retafer	anemia raudanpuute verenluovutuksen jälkeen lisärautaa alhainen hemoglobiini	äiti (16) äiti (120) äiti (146) äiti (19)
C SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUKSIEN LÄÄKKEET	Scheriproct Neo rektaalivoide	peräpukamat	äiti (14) äiti (46)
D IHOTAUTILÄÄKKEET	Bepanthen Agualan Hydrocortison 1 % Hydrocortison 0,5 % Sibicort Verruxin Ceridal Pantyson emulsio- voide Bevita	rohtunut huuli kuivat huulet ihoruhje kuiva iho ihottuma ihottuma ihottuma ihottumat, huulten rohtumat kuiva iho kuiville limakalvoille (huuliin, nenään) atooppinen ihottuma ihon rasvaus 1 krt/ viikko ihottuma ihottuma ihottuma syylän poisto ihon hoito nenän vierus hiertynyt atooppinen iho	lapsi 6 v. (5) äiti (6) isä, äiti (75) äiti (99) lapsi 1 v. (128) lapsi 10 v. (138) lapsi 1 v. (154) lapset 11 ja 13 v. (165) äiti (174) äiti, lapsi 15 v. (225) lapsi 11 v. (9) äiti (221) lapsi 10 v. (30) äiti (80) äiti (161) äiti (162) äiti, isä (203) äiti (219) äiti (225) lapsi 10 v. (230) lapsi 8 v. (91) lapsi 10 v. (126) lapsi 10 v. (80) äiti (138) lapsi 3 v. (189) lapsi 11 v. (98) isä, äiti, lapsi 1 v. (106) äiti, lapset 12 ja 10 v. (186) lapset 4 ja 6 v. (191)
G SUKUPUOLI- JA VIRTSAELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET, SUKUPUOLIHORMONIT	Canesten 200 mg emätinpuikko	hiivakutina	äiti (225)

M TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET	Burana 400 mg	päänsärky hartia-niskakipuun flunssa luomen poiston jälkeinen kipu selkäkipu päänsärky hartia-niskakipuun särky selkäkipuun leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon päänsärky päänsärky niskakipu päänsärky alkavat flunssan oireet pääsärky päänsärky flunssa särky päänsärky pääkipu flunssan oireiden hoito särkylääke polven + olkapään kivut kuume ja kurkkukipu	äiti (1) isä (10) isä (14) äiti (29) isä (74) isä (84) äiti (87) äiti (94) äiti (95) isä (100) isä (119) isä ja äiti (129) äiti (130) lapsi 15 v. (166) lapsi 10 v. (166) äiti (172) äiti (175) äiti (179) äiti (209) äiti (216) äiti (224) äiti (228) äiti (244) isä (249)
	Burana Caps 400 mg	kuukautiskivut päänsärky päänsärky	lapsi 13 v. (249) äiti (143) isä (164)
	Nestemäinen burana 20 mg/ml	hampaiden puhkeaminen	äiti (158) lapsi 1 v. (224)
	Ibumax 200 mg	kuume, yskä päänsärky päänsärky, flunssa päänsärky päänsärky päänsärky polvivamma vatsakipu flunssan oireisiin	lapsi 14 v. (2) isä ja äiti (81) lapsi 11 v. (105) äiti (131) äiti (150) äiti (152) lapsi 15 v. (152) äiti (162) isä (187)
	Ibumax 400 mg	päänsärky päänsärky	äiti (206) äiti (238)
	Ibusal 400 mg	kuukautiskivut hammassärky	äiti (25) äiti (118)
	Ibuxin 400 mg	päänsärky, kurkkukipu	lapsi 11 v. (122)
	Ibuxin parat- abs Ibuprofen	päänsärky päänsärky	lapsi 11 v. (123) äiti, lapsi 12 v. (180)
	Ratiopharm Voltaren emulgel	päänsärky lihasjumi	äiti, lapsi 12 v. (239) äiti (155) isä (178)
	Pronaxen	lihaskipu särky	isä (214) lapsi (212)

<p>N HERMOSTOON VAIKUTTAVAT LÄÄKKEET N02 ANALGEETIT</p>	<p>Panadol</p> <p>Panadol 1 g Para-Tabs 1 g</p> <p>Panadol Novun 500 mg</p> <p>Pamol F 500 mg Pamol F 250 mg</p>	<p>päänsärky kuume päänsärky kuukautiskivut sormen amputoinnista johtuva kipu päänsärky särky krapula päänsärky selkäsärky kuume päänsärky</p> <p>kuume ja särky päänsärky päänsärky</p>	<p>äiti (5) lapsi 7 v. (15) äiti (52) äiti (143) äiti (160)</p> <p>äiti (197) äiti (212) isä (133) isäpuoli (6) äiti (28) isä (10) isä (87) lapsi 7 v. (43) lapsi 12 v. (85) lapsi 6 v. (189)</p>
<p>R HENGITYSELINTEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEET</p>	<p>Srepsils</p> <p>Codetabs</p> <p>Nasolin 1 mg/1 ml Heinix Otrivin Bafucin imeskely- tabletti Loratadin Ratiopharm</p>	<p>kurkkukipu</p> <p>yskä</p> <p>nuha allerginen nuha allerginen nuha kurkkukipu</p> <p>allergia/ihottuma</p>	<p>lapsi 13 v. (91) lapsi (170) äiti (198) lapsi (170) lapsi 11 v. (205) lapsi 16 v. (177) isä (185) isä (185) isä (187)</p> <p>äiti (235)</p>
<p>S SILMÄ- JA KORVATAU TIEN LÄÄKKEET</p>	<p>Oculac 50 mg/ml</p> <p>Viscotears Lacri-Lube silmä- voide</p>	<p>kuivat silmät</p> <p>kosteutustipat silmiin kosteutustipat silmiin kosteutustipat silmiin</p>	<p>äiti (99) äiti (174) äiti (190) äiti (190) äiti (190)</p>

**LIITE 11: ELINTARVIKKEIKSI LUOKITELLUT RAVINTOLISÄT.
OSAA TUOTTEISTA MYYDÄÄN SEKÄ APTEEKEISSA, ETTÄ RUO-
KAKAUPPOISSA JA LUONTAISTUOTEKAUPOISSA.**

Ravintolisä	Käyttötarkoitus	Käyttäjät, suluissa perheen vastausnumero
Mivitotal plus	ravintolisä vitamiinit (piristys)	äiti (4) äiti (86)
Mivitotal flex	vitamiinivalmiste	äiti (95)
Chaquelle D'or-ravintolisä	kokonaisvaltainen hyvinvointi	äiti (9)
Karpalact	virtsaiteiden hyvinvointi	äiti (9)
Life probiootit	vatsan hyvinvointi	äiti (9)
IHO-Omega-musta-herukansiemenöljykapseli	atooppinen ihottuma	lapsi 11 v. (9)
Monivitamiini	varalta yleiskunto vitaminointi	koko perhe (11) kaikki (36) äiti (91) isä (121) koko perhe (193) lapsi 7 v. (229)
C-vitamiini	vitaminointi flunssaan vitamiini vastustuskyvyn ylläpito yleisvointiin nuhan hoito vitaminointi hyvinvointi lisäravinne	koko perhe (13) isä (14) äiti (33) äiti, isä (66) äiti, isä, lapsi 11 v. (105) isä, äiti, kolme yli 12-vuotiasta lasta (149) isä ja lapsi 11 v. (177) koko perhe (193) äiti, isä, lapsi 12 v. (202) äiti (211) koko perhe (227)
Magnesium 350 mg	hyvinvointi, terveys	äiti, isä, lapsi 12 v. (24) äiti, lapsi 12 v. (99)
Magnesium 450 mg	lihaksille ravintolisä hyvinvointi hyvinvointi suonenveto	äiti, lapsi 12 v. (172) äiti (44) äiti, lapsi 12 v. (174) äiti, isä, lapsi 12 v. (202) äiti (139) äiti (239)
C-Complex 500 mg	hyvinvointi, terveys	äiti, lapsi 12 v. (24)
Zn sinkki	hyvinvointi, terveys hyvinvointi ihonhoito	äiti, lapsi 12 v. (24) äiti, isä, lapsi 12 v. (202) äiti (224)
Kromisan	hyvinvointi, terveys kromin puute, makean mieliteot hyvinvointi	äiti, lapsi 12 v. (24) äiti (129) isä, äiti, lapsi 12 v. (202)
Calcia	kalsiumlisä kalsiumin ja D-vitamiinin saannin turvaaminen vitamiinilisä kalsiumin ja D-vitamiinin riittävä saanti kalsiumin puute	äiti (28) äiti (192) äiti (196) äiti (210) lapsi 13 v. (225)
Kelasin kromi	makeannälkä	äiti (30)

Möllerin tupla	kalaöljy D-vitamiinilisä lisäravinne lisäravinne vitamiinin saanti koko kehon hyvinvointi koko kehon hyvinvointi	äiti, isä, lapsi 10 v. (42) äiti ja isä (96) äiti (110) äiti (138) lapset 6 ja 4 v. (140) isä (146) äiti, isä, lapset 11 ja 7 v. (169) äiti, lapsi 12 ja 8 v. (180) äiti, lapset 12 ja 8 v. (239) äiti (229)
Möller Omega-3 pikkukalat	kalaöljy, D-vitamiini kalaöljyt hyvinvointi	isä, lapsi 12 v. (246) lapsi 5 ja 8 v. (56) äiti ja isä (118)
Möllel sydämelle		
Kalanmaksäöljy	D-vitamiini	isä (2) äiti, isä, lapsi 7 v. (148)
Triomega kids	kalaöljy	lapset 6 ja 3 v. (42)
Lacto Seven	maitohappobakteerit (antibioottikuurin jälkihoito)	äiti (42)
Vapaakierto Omega 3	verenkiertoon, lisätty D-vitamiini ravintolisä	äiti, isä, lapsi 12 v. (60) äiti (176) isä (183) isä, äiti (237)
D-vitamiini	luusto yleiskunto yleiskunto, talvisaikaan kuuriluonteisesti yleiskuntoon lisävitamiini D-vitamiinin saannin turvaaminen hyvinvointi lisäravinteena D-vitamiinilisä D-vitamiinin puutteen ehkäisy vitamiini yleiskunto	äiti, isä, lapsi 10 v. (67) alle vuoden ikäinen lapsi (79) isä, lapsi 15 v. (91) äiti, lapsi (100) koko 4.henkinen perhe (136) äiti, isä, lapset 12, 11 ja 7 v. (144) koko 5.henkinen perhe (146) isä, äiti, lapset 12, 9 ja 7 v. (202) äiti (211) äiti (212) lapset 5, 7 ja 12 v. (216) äiti (219) äiti, lapset 1 ja 8 v. (222) koko perhe (227) äiti, isä, lapsi (240) isä, lapsi 12 v. (246)
Vida vahva D	vitamiinilisä	isä, äiti (75)
Maitohappobakteeri	vatsan kouristus maitohappo yleiskunto	isä (84) isä (178) koko perhe (236) äiti (240)
Omega 3	lisäravinne hyvinvointi ravintolisä yleiseen hyvinvointiin kalaöljy mm. suonenvetojen ennaltaehkäisy	isä (84) äiti ja lapset (101) äiti (112) äiti (115) äiti (125) isä (153) lapsi 10 v. (167) isä (178) isä, äiti, lapsi (203) äiti (206) äiti, lapsi (212) äiti, isä, lapset 12 ja 14 v. (235) isä ja äiti (236) äiti (249)
D-max	lisävitamiini	äiti, isä (88)

Tryptofaani	hyvä uni	äiti (91)
Aloe vera -juoma	vatsan hyvinvointiin	äiti (95)
Sanasol	D-vitamiinilisä ravintolisä lisävitamiini lisävitamiinit D-vitamiini ravintolisä ehkäisee D-vitamiinin puutoksia D-vitamiini D + kalkki D-vitamiinia	lapsi 9 v. (96) äiti, lapset 12 ja 9 v. (99) lapset 10 ja 7 v. (128) lapsi 10 v. ja 1 v. (154) äiti ja 2 lasta (170) äiti, lapset 12 ja 9 v. (174) lapset 4 ja 6 v. (191) isä, äiti, lapset 11 ja 12 v. (205) äiti lapsi 11 v. (238)
Minallvit	vitamiini	lapsi 11 v. (98)
Multivitamiini	vitamiini	äiti (98)
The Essential Woman	Omega 3-valmiste	äiti (98)
B-vitamiini Long	vitamiini	äiti (98) äiti (221)
Relatabs	vatsan rauhoitus maitohappovalmiste vatsakivut maitohappobakteeri valmiste	lapsi 14 v. (107) äiti (187) äiti, lapsi 6 v. (191) lapset 12 ja 14 v. (235)
B-Active	lisäravinne	äiti (110)
Magnesia Sitraatti	ravintolisä	äiti (111)
Multi Vitamine Sportnutrition	lisäravinne	äiti (112)
Lady Vita	vitamiini	äiti (120) äiti (125)
Eye q	ravintolisä	lapset 10 ja 7 v. (128) lapset 10 ja 1 v. (154)
Vivibrain	stressi, unettomuus	äiti (150)
Epa kalaöljy	terveysvaikutukset	äiti, isä, lapsi 15 v. (152)
Bioteekin Teho-D plus 25 mg	D-vitamiinin saanti vitamiinilisä	äiti, isä (158) äiti, lapsi 9 v. (196)
Antiwir	flunssa	isä, lapsi 11 v. (164)
Rainbow Monivitamiini-kivennästabletti	vitamiinien saanti	äiti, isä, lapset 11 ja 13 v. (165)
Pirkka kalsium	kalsiumin saanti	lapsi 10 v. (167)
Macnex	magnesiumilisä, paljon liikuntaa (maraton) jalkavaivoihin	äiti (182) äiti (206)
Medilenk Natural	nivelten liikkuvuus	äiti (182)
Pirkka kalaöljykapseli	vitamiinilisä	äiti (185)
Zinkosan sinkkitabletti	ihon hoitoon	äiti (187)
MorEpa (omega-3 + helokkiöljy)	ihon hoitoon	äiti (187)
Whey protein 100 % pure	lisäravinne	isä (190)
Maca + Suma, harmony herbals	lisäravinne	isä (190)
Nettle Root Extract	lisäravinne	isä (190)
Citru Pure	lisäravinne	isä (190)
Alpha Lipoic Acid 300 mg	lisäravinne	äiti (190)
Lutein Esters	vitamiinit	äiti (190)
2000 IU D-vitamiinitabletti	vitamiinit	äiti, isä (190)
Cranberry concentrate	vitamiinit	äiti (190)
Zink Food Complex	vitamiinit	isä, äiti (190)

Magnesium citrate 200 mg	vitamiinit	äiti (190)
Wholemega 1000 mg	vitamiinit	äiti (190)
Leucine	vitamiinit	isä (190)
Creatine Monohydrate Powder	vitamiinit	isä (190)
Vitamar Omega 3	vitamiinilisä	äiti (196)
B-vitamiini	lisäravinteena	äiti (211) koko perhe (227)
D-vita		äiti (213)
Herbalifeline kalaöljyvalmiste	Omega-3 lisä	äiti (220)
Herbalife kuitu ja yrttivalmiste	ravintokuitua	äiti (220)
Gefilus vadelma-mansikka	maitohappobakteeri	äiti, lapsi 8 v. (222)
Bioteekin teho D-tipat		lapset 1 ½ – 6 v. (225)
Tri Tolosen Cardiomega	kalaöljy	äiti (225)
MineVit monivitamiini		lapset 8–17 v. (225)
Mivitotal kids	vitamiinit	lapsi 8 v. (226)
Spirulina	ravintolisä	koko perhe (227)
Tulsijauhe	ravintolisä	koko perhe (227)
ProBion	maitohappobakteerivalmiste	äiti, isä (235)
MSM	nivelet, polvet	äiti, isä (240)
Bioteekin probiootti plus	vatsan/vastustuskyky	isä, kaksi lasta (242)
Tri Tolosen Omega-3 Nappula		lapset 11 ja 13 v. (249)

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND DISSERTATIONS IN EDUCATION, HUMANITIES, AND THEOLOGY

1. Taru Viinikainen. *Taipuuko "akrobaatti Aleksandra"? Nimikekonstruktio ja nimikkeen taipuminen lehtikielessä 1900-luvulta 2000-luvulle*. 2010.
2. Pekka Metso. *Divine Presence in the Eucharistic Theology of Nicholas Cabasilas*. 2010.
3. Pekka Kilpeläinen. *In Search of a Postcategorical Utopia. James Baldwin and the Politics of 'Race' and Sexuality*. 2010.
4. Leena Vartiainen. *Yhteisöllinen käsityö. Verkostoja, taitoja ja yhteisiä elämyksiä*. 2010.
5. Alexandra Simon-López. *Hypersurrealism. Surrealist Literary Hypertexts*. 2010.
6. Merja Sagulin. *Jälkiä ajan hiekassa. Kontekstuaalinen tutkimus Daniel Defoen Robinson Crusoen suomenkielisten adaptaatioiden aatteellisista ja kirjallisista traditioista sekä subjektikäsitteistä*. 2010.
7. Pirkko Pollari. *Vapaan sivistystyön kieltenopettajien pedagogiset ratkaisut ja käytänteet teknologiaa hyödyntävässä vieraiden kielten opetuksessa*. 2010.
8. Ulla Piela. *Kansanparannuksen kerrotut merkitykset Pohjois-Karjalassa 1800- ja 1900-luvuilla*. 2010.
9. Lea Meriläinen. *Language Transfer in the Written English of Finnish Students*. 2010.
10. Kati Aho-Mustonen. *Group Psychoeducation for Forensic Long-term Patients with Schizophrenia*. 2011.
11. Anne-Maria Nupponen. *»Savon murre» savolaiskorvin. Kansa murteen havainnointi*. 2011.
12. Teemu Valtonen. *An Insight into Collaborative Learning with ICT: Teachers' and Students' Perspectives*. 2011.
13. Teemu Kakkuri. *Evankelinen liike kirkossa ja yhteiskunnassa 1944-1963. Aktiivinen uudistusliike ja konservatiivinen sopeutuja*. 2011.
14. Riitta Kärkkäinen. *Doing Better? Children's and Their Parents' and Teachers' Perceptions of the Malleability of the Child's Academic Competences*. 2011.
15. Jouko Kiiski. *Suomalainen avioero 2000-luvun alussa. Miksi avioliitto puretaan, miten ero koetaan ja miten siitä selviydytään*. 2011.
16. Liisa Timonen. *Kansainvälisty tai väisty? Tapaustutkimus kansainvälisyysosaamisen ja kulttuurienvälisen oppimisen merkityksenannoista oppijan, opettajan ja korkeakoulutoimijan pedagogisen suhteen rajaamissa kohtaamisen tiloissa*. 2011.
17. Matti Vääntinen. *Oikeasti hyvä numero. Oppilaiden arvioinnin totuudet ja totuustuo-
tanto rinnakkaiskoulusta yhtenäiskouluun*. 2011.
18. Merja Ylönen. *Aikuiset opin poluilla. Oppimistukikeskuksen asiakkaiden opiskelu-
kokemuksista ja kouluttautumishalukkuudelle merkityksellisistä tekijöistä*. 2011.
19. Kirsi Pankarinkangas. *Leskien keski-ikässä tai myöhemmällä iällä solmimat uudet
avioliitot. Seurantatutkimus*. 2011.
20. Olavi Leino. *Oppisopimusopiskelijan oppimisen henkilökohtaistaminen ja oppimis-
mahdollisuudet työpaikalla*. 2011.
21. Kristiina Abdallah. *Translators in Production Networks. Reflections on Agency,
Quality and Ethics*. 2012.

22. Riina Kokkonen. *Mittarissa lapsen keho ja vanhemmuus – tervettä lasta sekä ”hyvää” ja ”huonoa” vanhemmuutta koskevia tulkintoja nyky-Suomessa*. 2012.
23. Ari Sivenius. *Aikuislukion eetos opettajien merkityksenantojen valossa*. 2012.
24. Kamal Sbiri. *Voices from the Margin. Rethinking History, Identity, and Belonging in the Contemporary North African Anglophone Novel*. 2012.
25. Ville Sassi. *Uudenlaisen pahan unohdettu historia. Arvohistoriallinen tutkimus 1980-luvun suomalaisen romaanin pahan tematiikasta ja ”pahan koulukunta” –vuosikymmenmäärityksen muodostumisesta kirjallisuusjärjestelmässä*. 2012.
26. Merja Hyytiäinen. *Integroiden, segregoiden ja osallistaen. Kolmen vaikeasti kehitysvammaisen oppilaan opiskelu yleisopetuksessa ja koulupolku esiopetuksesta toiselle asteelle*. 2012.
27. Hanna Mikkola. *”Tänään työ on kauneus on ruumis on laihuus.” Feministinen luenta syömishäiriöiden ja naissukupuolen kytköksistä suomalaisissa syömishäiriöromaanissa*. 2012.
28. Aino Äikäs. *Toiselta asteelta eteenpäin. Narratiivinen tutkimus vaikeavammaisen nuoren aikuisen koulutuksesta ja työllistymisestä*. 2012.
29. Maija Korhonen. *Yrittäjyyttä ja yrittäjämäisyyttä kaikille? Uusliberalistinen hallinta, koulutettavuus ja sosiaaliset erot peruskoulun yrittäjyyskasvatuksessa*. 2012.
30. Päivikki Ronkainen. *Yhteinen tehtävä. Muutoksen avaama kehittämissyökimys opettajayhteisössä*. 2012.
31. Kalevi Paldanius. *Eläinlääkärin ammatti-identiteetti, asiakasvuorovaikutuksen jännitteiden hallinta ja kliinisen päättelyn yhteenkietoutuminen sekapraktiikassa*. 2012.
32. Kari Korolainen. *Koristelun kuvailu. Kategorisoinnin analyysi*. 2012.
33. Maija Metsämäki. *Influencing through Language. Studies in L2 Debate*. 2012.
34. Pål Lauritzen. *Conceptual and Procedural Knowledge of Mathematical Functions*. 2012.
35. Eeva Raunistola-Juutinen. *Äiti ja nunna - Kirkkojen maailmanneuvoston naisten vuosikymmenen ortodoksiset naiskuvat*. 2012.
36. Marja-Liisa Kakkonen. *Learning Entrepreneurial Competences in an International Undergraduate Degree Programme. A Follow-Up Study*. 2012.
37. Outi Sipilä. *Esiliina aikansa kehyksissä – moniaikaista tekstiilikulttuuria ja representaatioita kodista, perheestä, puhtaudesta ja käsityöstä 1900-luvun alkupuolen Suomessa*. 2012.
38. Seija Jeskanen. *Piina vai pelastus? Portfolio aineenopettajaopiskelijoiden ammatillisen kehittymisen välineenä*. 2012.
39. Reijo Virolainen. *Evankeliumin asialla - Kurt Frörin käsitys evankelisesta kasvatuksesta ja opetuksesta Saksassa 1930-luvulta 1970-luvulle*. 2013.
40. Katarzyna Szal. *Finnish Literature in Poland, Polish Literature in Finland – Comparative Reception Study from a Hermeneutic Perspective*. 2013.
41. Eeva-Liisa Ahtiainen. *Kansainvälistymisen ja laadunvarmistuksen yhteys ammattikorkeakoulun asiakirjateksteissä. Tapaustutkimus*. 2013.
42. Jorma Pitkänen. *Fides Directa – Fides Reflexa. Jonas Laguksen käsitys vanhurskauttavasta uskosta*. 2013.
43. Riitta Rajasuu. *Kuopiossa, Oulussa ja Turussa vuosina 1725–1744 ja 1825–1844 syntyneiden kastenimet*. 2013.
44. Irina Karvonen. *Pyhän Aleksanteri Syväriläisen koulukunta – 1500-luvun luostarihistoriaa vai 1800-luvun venäläiskansallista tulkintaa?* 2013.

45. Meri Kytö. *Kotiin kuuluvaa. Yksityisen ja yhteisen kaupunkiaänitilan risteymät.* 2013.
46. Jörg Weber. *Die Idee von der Mystagogie Jesu im geistigen Menschen: Einführung in die »christliche Theosophie« des Corpus Areopagiticum.* 2013.
47. Tuija, Lukin. *Motivaatio matematiikan opiskelussa – seurantatutkimus motivaatiotehtävistä ja niiden välisistä yhteyksistä yläkoulun aikana.* 2013.
48. Virpi Kaukio. *Sateenkaari lätäkössä. Kuvitellun ja kerrotun ympäristöestetiikka.* 2013.
49. Susanna Pöntinen. *Tieto- ja viestintäteknologian opetuskäytön kulttuurin diskursiivinen muotoutuminen luokanopettajaopiskelijoiden puheessa.* 2013.
50. Maria Takala-Roszczenko. *The 'Latin' within the 'Greek': The Feast of the Holy Eucharist in the Context of Ruthenian Eastern Rite Liturgical Evolution in the 16th–18th Centuries.* 2013
51. Erkki Nieminen. *Henki vastaan alkoholi: AA-toiminnan synty ja kehitys Lahdessa 1950-1995.* 2014.
52. Jani Kaasinen. *Perinnerakentaminen käsitteenä ja osana teknologiakasvatusta - opettajaopiskelijoiden käsitykset, käsitysten jäsenyisyys ja muutos perinnerakentamisen opintojakson aikana.* 2014.
53. Gerson Lameck Mgya. *Spiritual gifts: A sociorhetorical interpretation of 1 cor 12–14.* 2014.
54. Pauli Kallio. *Esimiehen muuttuvat identiteetit: Narratiivinen tutkimus keskijohdon identiteeteistä ja samastumisesta organisaatiomurroksessa.* 2014.
55. Sirpa Tokola-Kemppi. *Psykoanalyttisen psykoterapian merkityksiä kirjailijahaastattelujen valossa.* 2014.
56. Dhuana Affleck. *How does Dialogical Self Theory appear in the light of Cognitive Analytic Therapy? Two approaches to the self.* 2014.
57. Teemu Ratinen. *Torjuttu Jumalan lahja. Yksilön kamppailu häpeällistä seksuaalisuutta vastaan.* 2014.
58. Päivi Löfman. *Tapaustutkimus itseohjautuvuudesta sairaanhoitajakoulutuksen eri vaiheissa.* 2014.
59. Päivi Kujamäki. *Yhteisenä tavoitteena opetuksen eheyttäminen. Osallistava toimintatutkimus luokanopettajille.* 2014.
60. Henriikka Vartiainen. *Principles for Design-Oriented Pedagogy for Learning from and with Museum Objects.* 2014.
61. Päivi Kaakkunen. *Lukudiplomin avulla lukemaan houkutteleva yläkoulussa. Lukudiplomin kehittämistutkimus perusopetuksen vuosiluokilla 7–9.* 2014.
62. Jari Kukkonen. *Scaffolding inquiry in science education by means of computer supported collaborative learning : pupils' and teacher students' experiences.* 2015.
63. Petteri Nieminen. *Unified theory of creationism — Argumentation, experiential thinking and emerging doctrine.* 2015.
64. Esa Antikainen. *"Me olemme postipaketteja": tutkimus Helsingin vammaiskuljetuksesta vuosina 2002-2007.* 2015.
65. Anna Logrén. *Taiteilijapuheen moniäänisyys. Tutkimus mediavälitteisen ja (kuva) taiteilijalähtöisen taiteilijapuheen muotoutumisesta.* 2015.
66. Päivi Virkki. *Varhaiskasvatus toimijuuden ja osallisuuden edistäjänä.* 2015.
67. Terhi Nevalainen. *Pinkit piikkikorot. Chick lit -kirjallisuuden postfeministiset sisällöt ja lukijat niiden merkityksellistäjinä.* 2015.

68. Soile Tikkanen. *Development of an empathic stance. Dialogical sequence analysis (DSA) of a single case during clinical child neurological assessment procedures.* 2015.
69. Erja Laakkonen. *Aikuisuuden kulttuuriset kuvat 25-35-vuotiaiden naisten haastattelupuheissa ja naistenlehtiteksteissä.* 2015.
70. Wu Enqin. *What Does Design Expose? A Comparative Study of Finnish Modern Furniture and Chinese Ming-style Furniture.* 2015.
71. Vuokko Malinen. *Uuspari. Uusperheen parisuhde ja koulutuksellisen intervention mahdollisuudet sen tukemiseen.* 2015.
72. Juhana Venäläinen. *Yhteisen talous: tutkimus jälkiteollisen kapitalismin kulttuurisesta sommittumasta.* 2015.
73. Johanna Hokkanen. *Kotien lääkekasvatus.* 2015.
74. Eveline Omagano Anyolo. *Implementing Education for Sustainable Development in Namibia: A Case of Three Senior Secondary Schools.* 2015.

JOHANNA HOKKANEN

Kotien lääkekasvatus



Teos kuvaa kotien lääkekasvatusta vuorovaikutuksessa sosiokulttuuristen ympäristöjen (koulu, terveydenhuollon palvelut) kanssa. Erityisesti äitien asema kodin lääkekasvattajina korostuu. Ensimmäistä kertaa äidit on myös tyypitelty erilaisiksi terveys- ja lääkekasvattajiksi. Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää esimerkiksi koulun lääkekasvatusta suunniteltaessa.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Education, Humanities, and Theology

ISBN: 978-952-61-1864-2 (NID.)

ISSNL: 1798-5625

ISSN: 1798-5625

ISBN: 978-952-61-1865-9 (PDF)

ISSN: 1798-5633 (PDF)