

Hanna Aaltonen

MASENTUNEEN LAPSEN PERHEEN TUKEMINEN

Sosiaalialan koulutusohjelma

2013

## MASENTUNEEN LAPSEN PERHEEN TUKEMINEN

Aaltonen, Hanna  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-alan koulutusohjelma  
Huhtikuu 2013  
Ohjaaja: Hamilo, Outi, THM, HM  
Sivumäärä: 51  
Liitteitä: 1

Asiasanat: lapsen masennus, masentuneen lapsen perhe, perheen tukeminen

---

Opinnäytetyön aiheena oli masentuneen lapsen perheen tukeminen ja se toteutettu laadullisena tutkimuksena. Työn tarkoituksena oli teoriaa ja aikaisempia julkaisuja tutkimalla sekä perhehaastattelujen keinoin selvittää miten masentuneen lapsen perhe kokonaisuudessaan on huomioitu. Tavoitteena oli saada selville minkälaisia tukimuotoja ja –menetelmiä sekä mahdollisia palveluja on perheille tarjota.

Tutkimus toteutettiin pääosin kevään 2013 aikana. Opinnäytetyö rakentui teoriaosuudesta, koostuen lapsen masennukseen ja perheen tukemiseen liittyvistä asioista sekä kahden perheen haastattelusta. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun mukaisesti, ne litteroitiin ja tieto tulkittiin sekä analysoitiin. Näiden haastattelujen perusteella saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin masentuneen lapsen perheille suunnatuista avun ja tuen muodoista sekä niiden saatavuudesta. Työssä käytettiin myös lähteenä sähköpostihaastatteluina toteutettuja asiantuntijahaastatteluja, koskien masentuneen lapsen perheille suunnattua apua ja tukea.

Tutkimukseni toi esille, että tukimuotoja ja erilaisia palveluja on kyllä saatavilla, mutta niitä ei suoranaisesti tarjota perheenjäsenille. Vanhemmat otetaan kyllä mukaan itse lapsen hoitoprosessiin, mutta heidän omien voimavarojensa riittävyyteen ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota ja niihin ei ole panostaa riittävästi resursseja.

## SUPPORTING DEPRESSIVE CHILD'S FAMILY

Aaltonen Hanna  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme of Social Services  
April 2013  
Instructor: Hamilo, Outi, MNSc, MAAdm  
Pages: 51  
Attachments: 1

Key words: Child's depression, depressive child's family, supporting families

---

The subject of this thesis was depressive child's family and how they are supported in the society. The thesis is a qualitative research. The study aims by means of using theory and earlier research in addition to family interviews to reveal how families with depressive child are taken into consideration in whole. The purpose of the research was to discover what are the different forms and methods of support and available services for the families.

This research is mainly conducted during the spring 2013. The thesis includes the theory part about child's depression and how the families are supported in addition to interviews of two families. Interviews are theme based, transcribed and analyzed. Research questions about the forms of help and support towards depressive child's families and their availability are based on these interviews. This research also includes as a source material e-mail based inquiries of experts about the help aimed to depressive child's family.

This research indicates that there are different forms of support and services available but not directly offered to family members. Yet, the parents are involved to child's caring process but attention to parent's resource sufficiency is not taken care of properly and there aren't enough resource to appoint to the process.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	MASENTUNUT LAPSI .....	7
2.1	Lapsen masennus.....	7
2.2	Lapsen masennuksen oireet.....	10
2.3	Lapsen tutkiminen .....	12
2.4	Hoidollisia näkökohtia .....	14
2.5	Lapsen masennuksen hoitomuotoja.....	15
2.5.1	Terapiat.....	16
2.5.2	Muita toipumista edistäviä tukimuotoja.....	17
2.5.3	Osastohoito.....	17
2.5.4	Terapia- ja lääkehoidon tuloksellisuus.....	18
3	MASENTUNEEN LAPSEN PERHE .....	19
3.1	Perheen merkitys .....	19
3.2	Arjesta suoriutuminen sairauden kanssa .....	21
3.3	Läheisten rooli ja jaksaminen.....	22
3.3.1	Masennuksen vaikutukset ihmissuhteisiin .....	23
3.3.2	Yhteistyö vanhempien kanssa .....	23
3.4	Perheen tukeminen .....	24
3.4.1	Perhekeskeinen hoitotyö ja perhetyö.....	26
3.4.2	Hoidon ja tuen menetelmät .....	27
3.4.3	Muut tukimuodot ja –palvelut.....	30
3.5	Tukimuotojen tuloksellisuus .....	32
4	TUTKIMUSONGELMA .....	34
4.1	Aiheervalinta.....	34
4.2	Tutkimuskysymykset.....	35
4.3	Tutkimusmenetelmä .....	36
4.4	Tutkimusmenetelmät .....	36
4.5	Tutkimuksen tavoite .....	37
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	38
5.1	Aineiston keruu ja käsittely.....	38
5.1.1	Teoria .....	38
5.1.2	Haastattelut.....	38
5.2	Aineiston analysointi .....	39
6	TULOKSET .....	40
6.1	Lapsen historia: alkuoireet ja oireiden kulku .....	40
6.2	Perheenjäsenten tuntemukset .....	41

6.3	Avun ja tuen saanti .....	43
6.4	Lähipiirin ja muiden tahojen suhtautuminen.....	44
6.5	Tulevaisuus: toiveet ja pelot.....	45
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	46
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	47
	LÄHTEET .....	50
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi masentuneen lapsen perheen tukemisen, koska lasten masennus on viime vuosina yleistynyt enenevässä määrin ja siitä puhutaan paljon. Lapsen masennukseen on monenlaisia hoito- ja terapiamuotoja, mutta minulle heräsi kiinnostus siitä, onko muuta perhettä huomioitu riittävästi tai jopa ollenkaan lapsen sairastuessa. Haluan tämän työn kautta tutkia ja kartoittaa mikä on tämän hetkinen tilanne masentuneen lapsen perheen tukemisen suhteen.

Opinnäytetyöni tutkimuksellinen ongelma, johon etsin vastauksia on mitkä ovat ne masentuneen lapsen perheen tukemiseen ja arjesta selviytymiseen käytettävät tukimuodot ja –menetelmät sekä mitä palveluja perheille on tarjolla. Etsin vastauksia myös niiden tuloksellisuudelle. Ensin käsittelen teoretietoaa lapsen masennukseen liittyen, perehtyen oireisiin, tutkimiseen ja erilaisiin hoitomuotoihin. Tämän jälkeen teoriaosuudessa paneudutaan masentuneen lapsen perheeseen, pääaiheina perheen merkitys, arjesta suoriutuminen sairauden kanssa, läheisten jaksaminen ja perheen tukeminen. Osuus perheen tukemisesta sisältää tietoa perhekeskeisestä hoitotyöstä ja perhetyöstä, hoidon ja tuen menetelmistä, muista tukimuodoista ja –palveluista sekä tukimuotojen tuloksellisuudesta. Seuraavaksi käsittelen tutkimusongelmaa; esittelen tutkimuskysymykset ja –menetelmät, tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen tavoitteen. Tutkimus toteutetaan teoretietoaa keräämällä, perheitä ja asiantuntijoita haastattelella, aineistoa analysoimalla ja tulkitsemalla sekä johtopäätöksiä pohtimalla. Tutkimus keskittyy vain lapsen masennukseen ja olen rajannut ulkopuolelle muut lasten psyykkiset sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat.

Aiheen valinta tapahtui omakohtaisen kiinnostukseni pohjalta nykyisen työni kautta. Olen toiminut erityisopetuksen ala-asteen pienryhmäluokassa koulunkäyntiavustajana 12 vuotta. Työssäni olen nähnyt masentuneita lapsia ja ollut tekemisissä heidän vanhempiensa kanssa. Olen havainnut vanhempien hädän ja uupumuksen sekä pelon tulevaisuudesta lapsensa kohdalla.

Koen tästä aiheesta olevan hyötyä sosionomin työssä, on hyvä pystyä havaitsemaan masennukseen liittyvää oirehtimista, pyrkiä varhaiseen puuttumiseen sekä kyetä ohjaamaan myös lapsen muita perheenjäseniä oikeanlaisen avun, tuen ja palvelujen piiriin. Vanhempien ja koko perheen tukeminen on äärimmäisen tärkeää, koska perhe on juuri se voimavara mikä kannattelee ja tukee sairasta lasta. Jos vanhemmat eivät saa riittävästi tukea, omat voimavarat ja resurssit loppuvat ja se vaikuttaa negatiivisesti myös lapsen toipumisprosessiin. Sosionomilla työntekijänä tässä prosessissa on suuri osuus, osata ottaa perhe huomioon ja ymmärtää että lapsen sairastaminen vaikuttaa koko perheeseen.

## 2 MASENTUNUT LAPSI

### 2.1 Lapsen masennus

Masennustilalla eli depressiolla tarkoitetaan herkästi uusiutuvaa ja toisinaan pitkäaikaiseksi muuttuvaa taustoja ajatellen monitekijäistä sairautta. Toimintakyky lamaanuu ja täten aiheuttaa huomattavaa kärsimystä sekä masentuneelle että hänen läheisilleen. Normaalit mielialan vaihtelut eivät ole luokiteltavissa masennukseksi, vaan ne ovat ohimeneviä masennuksen tunteisiin liittyviä olotiloja. Varsinaiset masennusoireyhtymät ovat mielenterveyden häiriöitä ja niiden ydinoireisiin kuuluu masentunut mieliala. Itse sairautena masennus voi vaihdella suurestikin. Oireita on monenlaisia, samoin niiden syntyyn vaikuttavat tekijät. Masennuksen hoitoon ja sairastuneen sekä lähipiirin auttamiseen tarvitaan monenlaisia tukimenetelmiä. (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 7.)

Mielialan hetkellinen lasku ei vaikuta oleellisesti jokapäiväisen elämän kulkuun. Kun masentunut mieliala kestää yhtäjaksoisesti viikkoja, kuukausia tai vuosia, puhutaan masennustilasta sairautena. Psykiatrisessa tautiluokituksessa masennustilat luokitellaan mielialahäiriöihin. Alle kouluikäisillä on todettu masennusta 0,5-1 prosentilla ja alakouluikäisistä noin 2 prosentilla. Murrosiässä masennus yleistyy melko voimakkaasti. Masennukseen itsessään ei ole vain yhtä tiettyä syytä, vaan sen kehittymiseen vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Häiriön kehittymistä voi-

daan tarkastella monesta eri näkökulmasta: biologisesta (elimistön tila), emotionaalisesta (tunne-elämä), kognitiivisesta (omat tulkinnat itsestä), neurokognitiivisesta (muisti- ja havaintotoimintojen sekä psykomotoriikan tila), sosiaalisesta (sosiaalinen kanssakäyminen) ja eksistentiaalisesti (merkityksentunteen menetys). Ihminen voi masentua, kun elämässä sattuu ikäviä asioita. Joskus saattaa tuntua, ettei niille ole mitään tehtävissä ja niistä selviytyminen tuntuu mahdottomalta. Myös ihmissuhteiden laatu vaikuttaa masennuksen kehittymiseen. Varsinkin lapselle turvalliset kiintymissuhteet takaavat turvan eteen tulevien vaikeuksien, vastoinkäymisten ja kriisien varalta. (Heiskanen ym. 2011, 8 – 9.)

Lapsen masennus ilmenee yksilöllisesti hyvinkin eri tavoin ja kehitystason mukaisesti. Tyypillistä saattaa olla myös lapsen reagoimattomuus esim. menetystilanteessa tai kohdatuissa traumatilanteissa. Saattaa jopa näyttää siltä, että lapsi ei muista häntä kohdanneita traumoja ollenkaan. Kyky suremiseen saavutetaan normaalissa kehityksessä ensimmäisen ikävuoden aikana. Uusitalon mukaan pitkäaikaisimmat pienten lasten pahat masennuksen oireet ovat kyvyttömyyttä vaativaan suruprosessiin. (Uusitalo 1993, 55.)

Lasten ja nuorten tavallisin masennustila (80 % kaikista masennustiloista), on ns. vakava masennus. Pitkäaikainen masennus eli dystymia on harvinaisempi (10 %), mutta pitkäkestoisena aiheuttaa paljon haittavaikutuksia. Silti lieviinkin masennustiloihin ja alle diagnoosikynnyksen jääviin oireisiin pitää suhtautua vakavasti, varsinkin jos niihin liittyy toimintakyvyn laskua tai muunlaista psykososiaalista haittaa. Lasten masennukseen liittyy melko usein myös oheissairastuvuutta. Vakavaa masennusta sairastavista jopa yli puolella on todettavissa vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Tavallisimpia ovat tarkkaavaisuushäiriöt, uhmakkuus- ja käytöshäiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt. (Karlsson & Marttunen 2011, 357.)

Masennusjaksojen kesto saattaa vaihdella; masennuspotilaita koskevissa tutkimuksissa lastenkin masennusjakson kesto on keskimäärin 7-12 kuukautta. Osa jaksoista saattaa lievetä muutamassa kuukaudessa eikä hoitokontaktia välttämättä tarvita. Lapsillakin saattaa silti esiintyä jopa vuosia kestävää kroonista masennusoireilua. Oireiden pitkä kesto osaltaan huonontaa ennustetta. Ennusteeseen vaikuttaa myös tilan

vakavuus eli mitä vaikeammat oireet ja voimakkaampi toimintakyvyn lasku, sitä hitaampaa ja epävarmempaa on toipuminen. (Karlsson ym. 2011, 358.)

Uusiutumisprosentti masennusjaksoilla lyhyen aikavälin (1-2 v) seurannassa on 40 % ja viiden vuoden seurannassa uusiutumistaipumus on 70 %. Uusiutuminen huonontaa ennustetta ja useampi läpikäyty masennusjakso laukaisee helpommin seuraavan. Uusiutumisen ehkäiseminen onkin tärkeimpiä hoidon tavoitteita. Uusiutumistaipumusta saattavat lisätä mm. epätäydellinen toipuminen, muut psykiatriset liittämissairaudet, oireilua ylläpitävät stressitekijät elämäntilanteissa ja myös ihmissuhteissa. (Karlsson ym. 2011, 358.)

Lasten masennuksen katsotaan johtuvan usean eri riskitekijän ja suojaavan tekijän vuorovaikutuksesta, yhtä yksittäistä syytä ei ole. Jokaisella on yksilöllisesti muovautunut kyky säädellä stressin sietokykyä ja sen voimakkuutta. Liian pitkään kestävä tai liian voimakas stressinsietokyvyn ylittäminen lapsella hänen kapasiteettiinsa nähden, voi johtaa masennukseen. Stressinsäätelykykyyn ja sen kehittymiseen vaikuttavat mm. ikä ja kehitysvaihe, perimä, temperamentti, kasvuolosuhteet, varhaisvaiheen hoitosuhteet, elämäntapahtumat, terveydentila ja ihmissuhteet. Muutokset ja poikkeavuudet näillä alueilla saattavat laukaista masennusoireiden puhkeamisen. Mitä pienempi lapsi on kyseessä, sitä suurempi on aikuisen hoiva ja huolenpito suojaavana tekijänä. Tämän kautta lapsi myös oppii myöhemmin itse selviytymään tulevista vastoinkäymisistä. (Karlsson ym. 2011, 359.)

Rene Spitzin tutkittua toisen maailmansodan jälkeen äideistään eroon joutuneita vauvoja, hän totesi heidän henkisen ja fyysisen kehityksensä taantuvan (deprivaatioreaktio). Lapsista tuli mm. apaattisia ja kyvyttömiä kontaktiin, tila saattoi johtaa kuolemaan asti. Spitz (1946) nimesi tämän reaktion anakliittiseksi depressioksi. Erna Furmanin mukaan kyseessä oli mielen ja sen kehityksen mahdollisuuksien kuihtuminen. Sandler ja Joffe taas tutkiessaan lasten masennusta esittivät depressiivisen reaktion olevan samanlaisen perusreaktion kuin ahdistus. Sen avulla ihminen pyrkii suojautumaan psyykkiseltä kivulta, ellei surutyö ole ottanut onnistuakseen eikä pettymystä ole työstetty. Heidän mukaansa lapsen ollessa avuton esim. vihansa suhteen, se lisää psyykkistä pahanolon tunnetta ja horjuttaa jo mahdollisesti ennestään heikkoa itse-tuntoa. Sureminen taas vaatii minältä paljon ja epäonnistuessaan luo pohjaa primitii-

visille minän suojautumiskeinoille. Tällöin syntyvät toivottomuuden ja tyhjyyden tunteet, jotka ovat masentuneisuudelle luonteenomaisia. Näin ollen lapsi voi rajoittaa psyykkistä ponnisteluaan ja lopettaa edes yrittämästä ylläpitää hyvinvointiaan. Osa tästä psyykkisestä kivusta voi ilmetä somaattisin oirein. (Sandler & Joffe 1965; Brummer & Enckell 2005, 217 – 218.)

## 2.2 Lapsen masennuksen oireet

Lapsella masennuksen oireet näkyvät alakuloisuutena, joka saattaa lamauttaa toiminnan miltei kokonaan. Lapsi tuntee olevansa hyljeksitty ja kokee, että kukaan ei hänestä välitä. Olemus on vakava, eikä hän tunnu kiinnostuvan tai innostuvan mistään. Myös ärtyisyys, levottomuus ja häiriökäyttäytyminen ovat tyypillistä oirehdintaa. Oireet ovat kuitenkin yksilöllisiä iän ja kehitystason mukaan. (Karlsson ym. 2011, 361.)

Masentunut vauva (0-36 kk) on ilmiänsuhtaan kontaktista vetäytyvä ja apaattinen. Kasvu saattaa pysähtyä, joka osaltaan johtuu syömisen niukkuudesta. Vauvan masennus usein saattaa johtua ympäristöstä, sen kyvyttömyydestä vastata vauvan tarpeisiin ja tarjota hoivaa sekä huolenpitoa. Yleensä tällöin aletaan havaita viivästyä kehityksessä kokonaisuudessaan, motorinen kehitys saattaa hidastua ja vauvalle tyypillinen hymyily ja jokeltelu voi puuttua. Kiinnostus ulkomaailmaan puuttuu, vauva voi olla ylimalkaisen itkuinen ja ärtyisä. (Karlsson ym. 2011, 361.)

Leikki-ikäinen (3-6 v) masentunut lapsi on myös vakava ja surumielinen. Hän saattaa olla tavallista itkuisempi ja jatkuvasti tyytymätön. Tunneilmaisu on jähmettynyt, hän saattaa olla levoton, aggressiivinen, ärtyinen ja korostuvan turhautunut. Pettymyksen sietokyky ja äärimmäisen voimakkaat reaktiot pettymyksiin ovat tavallisia. Aggressiivisuus leikeissä, vihamieliset ja tuhoamiseen liittyvät asiat alkavat kiinnittää huomiota. Toisaalta vakavasti masentunut lapsi ei leiki ehkä ollenkaan, on lamaantunut ja vetäytyy sivummalle muista sekä saattaa karkaila. Myös toistuvia fyysisiä oireita mahdollisesti esiintyy; vatsakipu, päänsärky ja unihäiriöt. Näille ei tutkittaessa yleensä löydy mitään lääketieteellistä syytä. (Karlsson ym. 2011, 362.)

Koululaisen (7-12 v) masennus näkyy vaikeutena koulunkäynnissä esim. keskittymisvaikeudet, väsymys ja univaikeudet. Kouluikäinen masentunut lapsi saattaa joko vetäytyä ihmissuhteissa tai häiritä muita ja olla levoton sekä aggressiivinen. Vatsakivut ja toistuvat päänsäryt ovat melko yleisiä oireita masentuneella tässäkin iässä. Turhautuminen ja ilon puuttuminen tekemisissä on näkyvää. Itsetunto alenee ja lapsi näkee itsensä negatiivisena. Vaikeisiin masennustiloihin liittyy myös puheet itsen tai toisen vahingoittamisesta. (Karlsson ym. 2011, 362)

Masennuksen diagnosoimiseksi on olemassa erilaisia kriteeristöjä. Jokirannan ja Yltyisen (1980) mukaan ne ovat seuraavanlaisia. Pääkriteereinä katsotaan olevan heikko itsetunto (tyhjyyden ja syyllisyyden tunteet) ja alavireisyys (ärtyneisyys, toivottomuus). Oireiden pitää olla kestoltaan vähintään kuukausi. Diagnoosin tekemiseksi tarvitaan kaksi lisäkriteeriä, jotka ovat seuraavat; kiihtyneisyys, energian puute ja aloitekyvyttömyys, sosiaalisen sopeutumisen muutokset, muuttunut asenne koulua kohtaan, unihäiriöt, syömisen häiriöt sekä erilaiset psykosomaattiset oireet. (Taipale 1992, 251.)

Masennusta käsitteenä käytetään monessa eri yhteydessä. Masennus puhekielessä on masentunut tunnetila, joka on ohimenevää ja kuuluu normaaliin tunne-elämään. Masentunut tunnetila on luonnollinen reaktio tapahtumiin, jotka eivät ole sujuneet odotetusti. Masennuksen muututtua vallitsevammaksi ja pitkäkestoisemmaksi olotilaksi, voidaan käyttää käsitystä masentunut mieliala. Jos lisäksi on havaittavissa muita oireita, voidaan käyttää termiä masennusoireyhtymä tai masennustila ja se luokitellaan mielenterveyden häiriöksi. Masennus on havaittavissa juuri oirekriteeristön avulla. Lapsilla tavataan sekä yleisiä oireita, että ikä- ja kehitysvaiheisiin liittyviä oireita. ICD-10-tautiluokituksessa masentuneisuuden yleiset kriteerit ovat samat kaikissa ikäluokissa. (Toivio & Nordling 2011, 104.)

Lapsen masennuksen tunnistamisessa saattaa hankaluutena olla muutosten tapahtuminen väitellen. Oireiden alkaessa äkillisesti, toimintakyvyn lasku on helpommin havaittavissa. Oireita havaitessa on syytä kysyä lapselta suoraan, leikki-ikäinen kykenee jo kysyttäessä vastaamaan esim. ajatuksistaan, arjestaan ja tuntemuksistaan. Leikki ja piirtäminen ovat myös hyvä keino saada lapsi kertomaan itsestään. Lisäksi puhuminen saattaa helpottaa lapsen oloa, kun hän kokee tulevansa huomioiduksi ja

ymmärretyksi. Aikuisen aktiivisuus ja kuunteleva ote on tärkeää. Aito kiinnostus lasta ja hänen asioitaan kohtaan auttaa luottamuksen tunteen synnyttämisessä. Aikuisen roolin säilyttäminen on hyvä muistaa. Terveystieteiden ammattilaisiin kannattaa ottaa yhteyttä jo varhaisessa vaiheessa. (Karlsson ym. 2011, 365.)

Masentuneisuutta voidaan arvioida vakioituilla mittareilla esim. R-BDI mielialakyselylle lapsille, kouluterveydenhuoltokin voi käyttää masennuksen arvioinnin apuna kyselylomakkeita (esim. BDI ja CDI lomakkeet). Niissä kartoitetaan monivalintakysymysten avulla lapsen masennuksen oireita ja niiden vakavuutta. Niiden mukaan lasketaan pistemäärä, joka antaa suunnan oireiden vakavuudesta. Lomakkeita voidaan hyödyntää myös toipumisen seurannassa. Huomio kannattaa kiinnittää hyvin alhaisiinkin pisteisiin, sekin saattaa joskus kieltä masennuksesta. Lapsi voi joskus vastata kysymyksiin ikään kuin ulkopuolisin silmin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 44; Karlsson ym. 2011, 366.)

### 2.3 Lapsen tutkiminen

Lapsen tullessa mielenterveyden tutkimuksiin, sairaudella on jo jonkinlainen ”historia”. Vanhemmat ovat jo huomanneet lapsen oirehtimisen ja käyttäytymisen muutoksia. Myös päivähoitosta tai koulusta yleensä on jo ilmaistu huoli lapsen tilasta. Perusterveydenhuollon tehtävänä on osata tunnistaa lapsen masennus monien erilaisten oireiden perusteella. Tarvittaessa sieltä ohjataan lapsi tarpeenmukaisesti tutkimuksiin ja hoitoon (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido). Tilanteen kartoittamisessa tarvitaan lapsen ja perheen haastattelut, tietoja päivähoitosta ja koulusta, sosiaalisen tilanteen ja tukitoimien tarpeen arviointi, itsemurhavaaran arviointi sekä tarvittaessa kiireellinen lähete erikoissairaanhoidon. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin www-sivut 2010.)

Mielenterveytyksessä lapsi voidaan tutkia monella tavalla (myös somaattinen terveydentila tutkitaan). Perinteisesti tutkimukset on tehty vanhempien ja lasten erillisenä samanaikaisena tutkimuksena, mutta niiden rinnalle on noussut perhehaastattelut, joissa koko perhe on yhtä aikaa keskustelemassa tilanteestaan. Kaikkien perheenjäsenten paikalla olo olisi suotavaa. Haastattelun avulla pyritään mm. arvioimaan

perheen toimintatapoja ja voimavaroja, aktivoida perhettä yhdessä pohtimaan tilannetta sekä hahmottamaan lapsen oireita. (Taipale 1992, 309 – 310.)

Lasta voidaan haastatella myös erikseen. Ihan pientä lasta haastatellaan normaalisti leikin keskellä, mutta 5-6 -vuotiaan kanssa voidaan jo keskustellakin. Tavoitteena lapsen haastattelulle on antaa lapselle itselleen tilaisuus ilmaista oloaan ja tunteitaan, arvioida hänen oireitaan ja niiden vaikutusta elämään, arvioida kehitystä ja myönteisiä voimavaroja sekä kartoittaa hänen ihmissuhteitaan. (Taipale 1992, 312.)

Lapsen hoitaminen tapahtuu aina vanhempia kunnioittaen ja kuullen. Vanhempien haastattelun tavoitteena katsotaan olevan perheen ja sen ilmapiirin yleiskuvan hahmottaminen, lapsen kehityksen ja vanhempien mielestä sen tärkeimpien osatekijöiden hahmottaminen, lapsen oireiden selvittäminen sekä kartoittaa vanhempien kykyä tilanteesta selviytymiseen. (Taipale 1992, 315.)

Tutkimusvaiheessa kerätty tieto kirjataan ylös, moniammatillinen työryhmä tekee yhteenvedon ja pohtii lapselle sopivan hoitosuunnitelman. Tämä saatetaan myös perheen tietoon perheneuvottelussa. Perheelle puhutaan suoraan ja perustellusti mahdolliset hoitosuositukset, hoitotavat, hoidon arvioitu kesto ja perheeltä toivottu tuki. Hoidon tuloksellisuus riippuukin paljon perheen sitoutuneisuudesta hoitosuunnitelmaan ja omista voimavaroista selvitä sen aiheuttamista muutoksista. Lastensuojeluilmoitus tehdään, jos on syytä epäillä lapsen hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiä. (Taipale 1992, 321 – 324.)

”Lasten itsemurhista on vähän tutkimuksia eikä niiden tilastointi ole luotettavaa. Yhdysvalloissa terveydenhuollon tilastot kuitenkin osoittavat, että 5-14 -vuotiaiden itsemurhien määrä kaksinkertaistui vuosina 1979-1998 päinvastoin kuin kaikissa yli 19-vuotiaiden ikäryhmissä, joissa se väheni. Vuonna 1998 itsemurhien ilmaantuvuus 5-14-vuotiailla oli 0,8/100 000. Ainakin 90 %:lla itsensä surmanneista lapsista ja nuorista on ollut psykiatrinen häiriö. Suurin osa häiriintyneistä on kärsinyt vaikeasta tai kaksisuuntaisesta masennuksesta, ja päihteiden käyttö on lisännyt riskiä. Lasten pahoinpitely ja erityisesti seksuaalinen riisto liittyvät suurimpaan riskiin. Alaikäisten itsemurhat esiintyvät jossain määrin epidemian kaltaisesti, eli kaveripiirillä ja medialla on oma vaikutuksensa. Myös perhe- ja lähipiirissä aiemmin tehty itsemurha altis-

taa lasta samanlaiseen ratkaisuun. Itsemurha-alttiuden arvioinnissa on tärkeää kuulla lasta sekä yksin että yhdessä vanhempiensa kanssa. Lapsen halu kuolla on tärkeämpää kuin teon todellinen letaalisuus. Aiemmat itsemurha-ajatukset, -uhkaukset ja -yritykset lisäävät riskiä (Pfeffer 2001). Arvioitava on myös lapsen pelastumisen todennäköisyys, mikäli hän tekee jotain. Lapsen psykososiaalisen ympäristön patogeenisuus ja turvallisuus on punnittava tarkkaan.” (Aikakausilehti Duodecim www-sivut 2010.)

#### 2.4 Hoidollisia näkökohtia

Lapsen masennuksen hoitoon on syytä ryhtyä, kun masennus oireineen estää lapsen kehitystä ja vaikuttaa toimintakykyyn. Hoito saattaa olla vaikeaa, koska suojautumiskeinoja hoidettaessa voi alkuperäinen psyykinen kipu tulla esille todella voimakkaana. Lapsen masennusta hoidettaessa on syytä huomioida, että menneitä traumoja ei voi poistaa. Siksi lapsella saattaa vallita toivottomuuden, avuttomuuden ja tyhjyyden tunne. Hoito on aina annettava ammatti-ihmisen hoidettavaksi. Itse hoidossa on myös ymmärrettävä ne suojautumisprosessit ja toimet, jotka lapsi mahdollisesti on kehittänyt depressiivisen affektin kivulta suojautuakseen. Hoidon yhtenä tavoitteena on auttaa lasta ja nuorta myös itse kiinnostumaan ja osallistumaan työskentelyyn oman hyvinvointinsa puolesta. (Achte` & Tamminen 1993, 58.)

Lapsen mielenterveystyössä toimivia ammattilaisia ovat mm. lastenpsykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijä, erikoissairaanhoitaja, lastenhoitaja, sosiaalikasvattaja, toimintaterapeutti ja perhetyöntekijä/kodinhoitaja. Psykiatrin osuus on psykiatrin lääkärintyö ja myös fyysisen tilan arvio, hänellä on vastuu hoidosta kokonaisuudessaan. Psykologi hoitaa psykologiset tutkimukset, sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluvat sosiaaliturvaan ja sosiaalityöhön liittyvät tehtävät. Sairaanhoitajalla on asiantuntemus hoitotyöstä ja sen arvioinnista sekä lastenhoitajan (lähihoitaja) työnkuvaan kuuluu lapsen lähihoito ja -kasvatus sekä mahdolliset omahoitajasuhteet. Kodinhoitaja tukee lasta kotiololoissa mahdollisuuksien mukaan. (Taipale 1992, 317 – 320.)

”Lasten mielenterveystyön perustason palvelujen saatavuus vaihtelee sairaanhoitopiirin kunnissa. Lakisääteiset terveyskeskuspalvelut tulee olla kaikissa kunnissa. Las-

tenpsykiatrian perustason työtä tehdään mm. äitiys- ja lastenneuvoloissa, terveyskeskuslääkäreiden, -psykologien, puhe- ja toimintaterapeuttien vastaanotoilla, neuvoloiden perhetyössä sekä päivähoidossa ja kouluterveydenhuollossa. Lasten mielenterveystyön ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hoitoonohjaus sekä lievempien ongelmien hoito, normaalikehityksen ohjaus ja tuki toteutuvat näissä palveluissa. Myös sosiaalisella lastensuojelutyöllä on merkittävä rooli lasten mielenterveystyön kentässä. Kuntien ensisijainen erityistason lasten ja perheiden mielenterveyspalvelu on perheneuvola.” (Ahopelto 2013.)

## 2.5 Lapsen masennuksen hoitomuotoja

Lasten masennuksen hoitomuodot määräytyvät pitkälti oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella. Muitakin seikkoja tulee ottaa huomioon, kuten seikat jotka ovat vaikuttaneet sairauden puhkeamiseen. Hoidossa tulee hyödyntää eri hoitotapoja monipuolisesti, erilaisten masennustilojen hoito on pääperiaatteissaan melko samankaltaista. Lasten masennuksen hoidossa erilaiset psykososiaaliset tukitoimenpiteet ovat keskeisimmässä asemassa. Pyritään tunnistamaan lapsen elämässä ja ihmissuhteissa sellaiset tekijät, jotka erityisesti kuormittavat lasta ja näihin kohtiin vaikuttamalla helpotetaan toipumista. Eri tahoilla (päivähoito, koulu) tehdään järjestelyjä sosiaalisten suhteiden tukemiseksi, opintojen tukemiseksi ja sosiaalisten suhteiden tukemiseksi. Psykiatrisessa hoidossa ensisijaisena hoitomuotona käytetään erilaisia psykoterapioita. (Karlsson ym. 2011, 366.)

Tavoitteellisen hoitomenetelmän käyttäminen on tutkimustiedonkin mukaan merkityksellistä ennustetta ajatellen. Aktiivisella hoidolla helpotetaan lapsen masennuksen oireita, lyhennetään niiden kestoa, parannetaan toimintakykyä ja pyritään myös vähentämään uusiutumiseriskiä. Kartoitetut kotiolot ja vanhempien voimavarat antavat viitteitä vanhempien kyvyistä osallistua lapsen hoitoon. Vanhempien antama tuki on tärkeä toipumisen osatekijä. Pitkäaikaisia seurantatutkimuksia ei ole tehty, joten lapsuus- ja nuoruusiän masennuksen hoidon vaikutuksista myöhempään kehitykseen ei ole tarkkaa tietoa. (Karlsson ym. 2011, 366.)

Vaikeimmissa masennustiloissa suositellaan lääkehoitoa osana muuta hoitoa. Ensimmäisestään suosituksena on SSRI-lääkkeet, mutta tutkimuksia lasten kohdalla on tästäkin hyvin vähän. Tutkimusten mukaan kuitenkin ennen murrosikää aloitettu lääkehoito ei ole yhtä tehokas kuin nuorilla tai aikuisilla. Lääkkeiden teho paranee puberteetin lähestyessä, usein 10-12 vuotiaiden vaikeiden masennustilojen hoitoon tarvitaan muun hoidon lisäksi lääkitys. (Karlsson ym. 2011, 367.)

### 2.5.1 Terapiat

Lapsen masennuksen yhtenä tärkeimpänä hoitomuotona katsotaan olevat erilaiset psykoterapiat. Varsinkin kognitiivis-behavioraaliset (CBT) terapiat ovat paljon käytettyjä, ne sisältävät useita erilaisia terapiasuuntia. Niitä voidaan toteuttaa sekä yksilö että ryhmämuotoisena ja lasten terapioissa vanhempien osallistuminen on suotavaa. Mitä pienemmän lapsen ollessa kyseessä, sitä enemmän siihen liitetään käyttäytymisterapeuttisia osa-alueita. Toisin sanoen harjoitetaan kädestä pitäen vaikeiden tilanteiden kohtaamista ja niistä selviämistä. Näille terapiamuodoille on tyypillistä rajalliset käyntimäärät ja usein terapia on kestoaltaan lyhyempi kuin muissa terapiamuodoissa. Psykodynaamista terapiaa käytetään myös lasten masennuksen hoidossa. Siinä terapeutti tapaa lasta 1-2 kertaa viikossa useamman vuoden ajan ja vanhempiakin säännöllisesti. Kuvataide- ja musiikkiterapian (ns. luovat terapiat) avulla voidaan helpottaa lapsen masennusoireita, samoin leikkiterapian keinoin. Pienten lasten kohdalla perheterapia tai muu vanhemmat osallistava hoitomuoto on koettu hyväksi. Perheterapia voi olla kiintymyssuhteisiin keskittyvää hoitoa (Diamond 2005) tai psykoedukatiivista perhetyöskentelyä (Sanford ym. 2006). Vuorovaikutus- tai ihmissuhdeterapia (IPT) kohdistuu ihmissuhteisiin, niissä ilmeneviin ongelmiin, ristiriitoihin ja menetyksiin sekä sosiaalisissa suhteissa tarvittaviin taitoihin (Klomek & Mufson 2006). Vanhemmilla on mahdollisuus saada itselleenkin erillistä terapiaa lapsen sairauden käsittelemisen tueksi sekä omien voimavarojensa vahvistamiseksi. (Aikauslehti Duodecim www-sivut 2010; Karlsson ym. 2011, 367.)

### 2.5.2 Muita toipumista edistäviä tukimuotoja

Arkielämään kohdistuvana ns. avohoidon tukitoimena voidaan myös pitää erilaisia kerhoja, joissa voidaan vahvistaa lapsen toverisuhteita sekä myös opetella sosiaalisia taitoja. Lapsilla on kyky vahvistaa toistensa itsetuntoa ja luottamusta elämään. Päivähoidossa ja koulussa voidaan tukea lasta sairauden keskellä, mikäli tietoa on riittävästi. Lapsi voi hyötyä myös tukihenkilöstä, joka voi saada lasta liikkeelle kotoa erilaisten harrastusten tai muun vapaa-ajan toiminnan pariin. Liikunnalla katsotaan myös olevan edistävä vaikutus muun hoidon lisänä. (Taipale 1993, 329 – 330.)

Kunnan mahdollisesti myöntämän perhekohtaisen perhetyön tiimoilta perhetyöntekijä voi leikkien, pelien ja niiden parissa keskustelujen lomassa saada lapsen avautumaan olostaan ja tunteistaan. Toiminnallisena menetelmänä voidaan käyttää mm. kuvia keskustelun pohjaksi sekä kieli- ja vertauskuvia ja arkitoimintaan liittyviä pieniä kotiaskareita. Sovittaessa myös psykiatrian sairaanhoitaja voi käydä kotona kuntouttamassa lasta yksilöllisen tarpeen mukaan. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 145.)

### 2.5.3 Osastohoito

Joskus akuuteissa tilanteissa saatetaan päätyä osastohoitoon. Valinnan avohoidon ja sairaalakoulun välillä ratkaisee masennuksen vaikeusaste sekä se, mitkä ovat perheen voimavarat ja lähiympäristön tuki. Sairaalahoitoon päädytään myös silloin, jos lapsi on itsetuhoinen tai itsemurhariski on suuri. Sairaalahoito on moniammatillista yhteistyötä lääketieteen, hoitotyön, psykologian, sosiaalityön ja toimintaterapian kesken. Sairalahoidossa lapsen tukeminen, oireiden arviointi ja seuranta on mahdollista ympäri vuorokauden. Lastenpsykiatrian yleisiä periaatteita hoidon suhteen on perhekeskeisyys, yksilöllisyys, omatoimisuus, turvallisuus, jatkuvuus, yhteisöllisyys ja lapsen kehityksen edistäminen. Osastohoidossa korostuu enemmän hoitotyön osuus. Lähtökohtana hoitotyölle on lapsen yksilölliset tarpeet. Sairaalassa lapselle saatetaan nimitä omahoitaja, joka paneutuu lapsen tilanteeseen, huolehtii hoidon toteutuksesta hoitajakson aikana ja osallistuu jatkohoidon suunnitteluun. Lasta hoidetaan yhteistyössä vanhempien kanssa ja hoito edellyttääkin vanhempien itsemääräämisoikeuden kun-

nioittamista. Kuitenkin eteen saattaa tulla tilanteita, jolloin lapsen edun puolustaminen käy ensisijaiseksi. Lastenpsykiatrian asiantuntijan kertoman mukaan osastohoitoon tullessa lasta ja perhettä on yleensä jo yritetty hoitaa/hoidettu jossakin muulla taholla, mutta se ei ole ollut riittävää. Masennus on saattanut pahentua tai tilanne on ajautunut vaikeaan kriisitilanteeseen, joista lapsi ja perhe eivät perustason hoidolla selviä. Perhe otetaan automaattisesti hoitoon mukaan, lasta ei voi lastenpsykiatriassa hoitaa ilman vanhempia. (Taipale 1993, 374 – 376; Toivio ym. 2011, 117; Ahopelto 2013.)

#### 2.5.4 Terapia- ja lääkehoidon tuloksellisuus

Fredrikssonin mukaan lasten ja nuorten kognitiivisen psykoterapian tuloksellisuudesta on tehty useita julkaistuja tutkimuksia. Niissä mainitaan terapian tulosten olevan samankaltaisia verrattuna aikuisiin. Monissa näissä tutkimuksissa on käytetty meta-analyysitekniikkaa eli se mahdollistaa useiden yksittäisten tutkimusten yhdistämisen laajaksi aineistoksi. Yhdysvalloissa on tehty tutkimus 1980-luvulla lapsien kognitiivis-behavioraalisen terapian vaikuttavuudesta, ja sen mukaan terapian vaikuttavuusarvoksi saatiin 0,56. Terapialla on tällöin siis ollut kohtalainen vaikutus. Terapiaa saanut lapsi selvisi terapoiduista ongelmistaan paremmin kuin 71 % vertailuryhmän lapsista. Myös jälkepäin tehdyssä seurannassa näkyivät terapian vaikutukset. Tutkimuksen meta-analyysiin oli otettu 64 erilaista tulostutkimusta ja kohteena oli alle 13-vuotiaiden lasten terapiat. Vastaavia tutkimuksia ei tiettävästi ole Suomessa tehty. Suomalaiset lasten kognitiiviset psykoterapiat eroavat yhdysvaltalaisista siinä, että ne ovat pitempikestoisia. Kuitenkin ilman empiiristä tutkimusta ei ole perusteita olettaa, että suomalaiset tuloksellisuusarvot juuri eroaisivat yhdysvaltalaisen tutkimuksen arvoista. (Kähkönen ym. toim. 2008, 372 – 373.)

Pientä tutkimusnäyttöä Harringtonilta ym. (1998) on kuitenkin siitä, että kognitiivis-behavioraaliset terapiat kuitenkin ovat todennäköisesti tehokkaita lapsen masennuksen hoidossa. Sitä vastoin psykodynaamisen terapian ja luovien terapioiden tehoista lasten masennuksen hoidossa ei ole luotettavaa tieteellistä tutkimustietoa. Perheterapioiden osalta on systemisestä integroivasta terapiasta alustavaa tutkimusnäyttöä ajatellen sen tehokkuutta. Carr`n (2008) mukaan perheterapioiden vaikuttavuus näyt-

tää olevan pitkällä aikavälillä parempi kuin heti terapian loppumisen jälkeen. (Karls-son ym. 2011, 367.)

Lääkkeiden käytöstä alle murrosikäisillä on tehty tutkimuksia suhteellisen vähän. Serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI) on oma roolinsa lastenkin masennuksen hoidossa, mutta lääkitystä suositellaan vain vaikeimpiin tapauksiin ja muuhun hoitoon yhdistettynä. SSRI-lääkityksen alkuvaiheessa lasta tulee seurata riittävän tiiviisti, koska alaikäisillä on raportoitu esiintyneen itsemurha-alttiuden lisääntymistä. Lu-  
mekontrolloidun kaksoissokkotutkimuksen mukaan akuutin hoidon jälkeen jatkohoi-  
dossa käytetty fluoksetiini on ehkäissyt masennuksen uusiutumista. Lääkehoidon pit-  
käaikaisvaikutuksia lapsilla ei kuitenkaan vielä tunneta. (Aikakausilehti Duodecim  
[www-sivut](#) 2010.)

### 3 MASENTUNEEN LAPSEN PERHE

#### 3.1 Perheen merkitys

Perhesosiologien mukaan perheestä puhuttaessa viitataan viiteen eri tasoon. Ensimmäisenä ovat asumisen järjestelyt eli eletään saman katon alla. Toisella tasolla puhutaan työnjaosta; aineelliseen tuotantoon osallistumisesta ja kodin ylläpidosta. Kolmannella tasolla ilmaistaan sukupuolten välisen suhteen järjestelyä, parisuhdetta seksuaalisuuden, vallan ja rakkauden järjestelmänä. Neljäs taso rakentaa sukupolvien väliset suhteet kasvatuksen ja huolenpidon muodossa. Viimeinen eli viides taso ilmaisee sukulaisuusjärjestelmää. (Taipale 1993, 94.)

Perhettä voidaan myös tarkastella avoimena järjestelmänä, jossa jokaisella on oma panos annettavanaan perheen kokonaisuuteen. Kyse on siis kehämäisestä toiminnasta, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Perheellä on sisäinen vaikutus toisiinsa, se liittyy myös ulkoiseen ympäristöön ja koko yhteiskuntaan. Perheeseen vaikuttavat sukulaisuus-  
suhteet, vanhempien yhteisöt, lasten omat yhteisöt, perhepoliittinen järjestelmä ja muut yhteiskunnalliset tekijät. Perheenjäsenten kokonaisuudesta muodostuu oma ns. voimakenttä, jossa yksilöiden tarpeet ja keskinäiset voimasuhteet muodostavat tasa-

painotilan. Pyrkimys tasapainotilaan on keskeinen vaikuttava voima perheessä. Jokaisessa perheessä on kirjoittamattomia sääntöjä, joita kaikki noudattavat. Pyrkimys tasapainotilaan saa perheen reagoimaan, jos joku käyttäytyykin epätavallisesti. (Taipale 1993, 98.)

Toinen perheen vaikuttava voima on pyrkimys muutokseen. Perhe ei voi jämähtää paikoilleen, vaan sen tulee vaalia ja tukea muutosta vaativia tekijöitä. Lapsen kasvu ja kehitys, avioparin kasvu isyyteen ja äitiyteen, murrosikäinen perheessä; tämä kaikki vaatii kykyä muutokseen. Muutoksessa perhe pääsee kehittymään ja avartumaan sekä perheenjäsenten oma henkilökohtainen kasvaminen toisia uhkaamatta käymä mahdolliseksi. (Taipale 1993, 98.)

Perhemuotojakin voi olla erilaisia mm. avioeroperheitä, yksinhuoltajaperheitä, uusperheitä ja sateenkaariperheitä. Esimerkiksi avioerotilanne on perheenjäsenille hetkittäinen tasapainottomuuden tila, joka vaatii kykyä muutokseen uuden tilanteen edessä. Jos perhe on tähän asti ollut tasapainotilassa, luultavasti tästä uudesta elämäntilanteesta selvitään niin, että lopputulos on kuitenkin hyvä.

Positiivisen perhemallin mukaan aikuiset antavat lapselle rakkautta, huolenpitoa ja aikaa. Tehdään yhdessä arkiaskareita ja harrastetaan yhdessä. Vanhemmat keskustelvat asioista avoimesti lastensa kanssa; perustelevat ja selittävät asioita. He myös opettavat oikean ja väärän eron. Positiivisessa perhemallissa toteutetaan demokraattista, ohjaavaa ja neuvottelevaa kasvatustapaa. Kasvatus koetaan tärkeänä tehtävänä, jonka eteen nähdään vaivaa. Perheessä vallitsee tietty perusarvojen arvojärjestelmä; perheenjäsenet huolehtivat toisistaan, ovat kiinnostuneita toistensa elämästä ja ovat läheisissä suhteissa toisiinsa. Perusasenoituminen perheenjäseniin on kaiken kaikkiaan positiivinen. (Kemppinen 2000, 163.)

Jos vanhemmat voivat hyvin ja ajattelevat lastensa parasta, koko perhe voi hyvin. Vanhempien kaikinpuolinen hyvinvointi heijastuu suoraan lapsiin. Hyvä ja turvallinen kasvuympäristö ehkäisee lapsen psyykkistä häiriytymistä sekä sosiaalista eristäytyneisyyttä. Positiivinen kasvuympäristö ottaa huomioon lapsen omat sosiaaliset resurssit ja voimavarat. Näin lapset voivat kohdata aitoja, heistä välittäviä aikuisia. (Kemppinen 2000, 182 – 183.)

Perhe on lapsen tärkein ihmissuhdeympäristö. Normaali perhe-elämä antaa lapselle valmiudet itsensä toteuttamiseen ja ihmissuhteiden luomiseen. Perhe ja koti ovat lapsen turvasatama, matkalla koti eheää aikuisuutta. Jaana Poutiainen ilmaisee osuvasti opinnäytetyössään, että ”*koti on paljon enemmän kuin talo, huoneisto tai asunto. Kodista voi sanoa, että se on henkinen tila, jossa eletään, kasvetaan, liitytään, johon tullaan, josta lähdetään ja jonne palataan.*” (Poutiainen 2004, 7.)

### 3.2 Arjesta suoriutuminen sairauden kanssa

Lapsen sairastuessa koko perheen tilanne muuttuu. Lapsen hoidon tarpeet tulevat korostetusti esille ja perheen suhtautuminen lapseen muuttuu enemmän erityistoivoimuksia huomioon ottavaksi. Lapsen masennus tuo usein monenlaisia muutoksia perheen arkeen, se voi merkitä perheelle vakavaa elämäntilannetta. Sairauden syiden etsiminen on perheenjäsenille erittäin raskasta aikaa. Sairastunut lapsi ja hänen perheensä ovat herkistyneessä tilassa, he havainnoivat tunteenomaisesti ympäristönsä suhtautumista ja reagointia. Vanhempien käyttämiä suojakeinoja lapsen sairastuessa ovat mm. tunteiden eristäminen (auttaa toimimaan tehokkaasti kriisitilanteessa), kieltäminen, järjeittäminen (helpottaa tiedon vastaanottoa), reaktionmuodostus ja samastuminen (jakaa kokemuksia esim. muiden vanhempien kanssa). (Taipale 1993, 198.)

Lapsen sairauteen sopeutumisvaiheen jälkeen perheenjäsenet kokevat monenlaisia tunteita. Melko yleistä on surun tunne sekä tunne syyllisyydestä; mitä olen tehnyt väärin. Sairastuneen oireet saattavat hämmentää etenkin sairauden alkuvaiheessa. Myös omat ristiriitaiset tunteet saattavat hämmentää; halutaan huolehtia sairastuneesta, mutta hänen vaatimuksensa voivat rasittaa. Perheenjäsenet tuntevat itsensä myös epävarmoiksi, he eivät tiedä miten lapsen sairaus ja oireet vähenevät tai etenevät. He tuntevat epätietoisuutta tulevasta, miten kaikki vielä päättyy. Perhe elää arkeaan sairastuneen mukaan. (Tilbury 1994, 103 – 104.)

Toisinaan lapsen masennus saattaa tiivistää vanhempien välistä yhteyttä, toisinaan he saattavat etäännyä kauemmaksi toisistaan. Vanhempien on usein hahmotettava uudestaan oma paikkansa ja tehtävänsä lapsen elämässä ja perheessä. Jos lapsi on ollut psykiatrisessa osastohoidossa, kotiinpaluun jälkeen vanhemmat muokkaavat elämän-

sä lapsen tarpeiden mukaisesti. He voivat tehdä uudelleenjärjestelyjä työhönsä liittyen esim. työajoissa. Vanhempien on hyvä myös tiedostaa, että perheen muut lapset saattavat helposti jäädä sairastuneen lapsen varjoon. Tilannetta helpottaa vanhempien työnjako; toinen keskittää huomionsa sairaaseen, toinen muihin ja päinvastoin. Eri-tyisesti hoitojakson aikana vanhempien on hyvä huomioida muiden lasten tarpeet, koska he saattavat kokea ulkopuolisuuden ja yksinäisyyden tunteita. Perhettä auttaa myös koko perheen huomioiminen hoidon yhteydessä. Myös terveet sisarukset on hyvä ottaa mukaan tutustumaan hoitoon. Näin koko perhe saa yhdessä tukea. (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 190.)

Joskus sisarukset voivat olla paremmin selvillä masentuneen sisaruksensa ajatuksista ja tunteista, kuin vanhemmat. Tämä saattaa kasvattaa sisaruksen huolta ja vastuuntunnetta sairastuneesta siskosta tai veljestä. Terve sisarus voi tarkkailla oireita ja pyrkiä sen mukaan ilahduttamaan monin keinoin. Sisaruussuhde voi siis muuttua huolenpitosuhteeksi, jossa lapsi kantaa toisen lapsen vaikeuksia. Suhde ei tällöin ole tasaveroinen, vaan terve sisarus kohtelee sairastunutta suojelevasti ja antaa tälle helposti periksi erilaisissa asioissa. (Jähi ym. 2011, 189.)

### 3.3 Läheisten rooli ja jaksaminen

Masennus voi olla sekä lapselle, että hänen läheisilleen suuri rasitus. Se voi kuormittaa koko perhettä niin psyykkisesti, kuin käytännön elämänkin tasolla. Perheen selviytymis- ja sopeutumiskyky joutuvat kovalle koetukselle. Lapsen masennustila voi oireista ja vaikeusasteesta riippuen aiheuttaa muun perheen avun ja tuen tarpeen. Tärkeää koko perheelle on läheisten ihmissuhteiden vaaliminen, varsinkin myönteisten suhteiden ylläpito. Luonnolliset tukiverkostot kuuluvat jokaisen arkipäivän ympäristöön. Isovanhemmatkin voivat toimia merkittävänä tukivyöhykkeenä lapsilleen ja lastenlapsilleen. Ihmissuhdeverkostot kuuluvatkin mielenterveyttä ylläpitäviin rakenteisiin. Myös lapsen omien voimavarojen ja kykyjen käyttö on lapselle itselleen hyödyksi. Perheen ja muiden läheisten elämää voi varjostaa jatkuva varuillaan olo ja masentuneen tarkkailu. Vakavan masennuksen kohdalla voi olla olemassa itsetuhoisuuden riski, tämä tekee omaisen elämän hyvin raskaaksi. Vanhempien ja muiden läheisten on hyvä pysähtyä myös pohtimaan omaa jaksamistaan ja huolehtimisensa

rajoja. Oman elämän elämistäkään ei voi kokonaan sivuuttaa. Omista tarpeista ja terveydestä huolehtiminen on edellytys sille, että jaksaa tukea sairastunutta. Voimavarojen hiipumiseen, henkiseen ja ruumiilliseen väsymiseen on haettava ajoissa apua ja tukea. (Jähi ym. 2011, 185.)

### 3.3.1 Masennuksen vaikutukset ihmissuhteisiin

Masennuksen kokemukseen lapsen osalta vaikuttavat tietenkin yksilölliset seikat sekä masennuksen oireiden vaikeusaste. Hoidon laatu, omat ja läheisten asenteet, läheisten jaksaminen sekä myös kuulluksi tulemisen tunne ovat oleellisen tärkeitä. Masennus vaikuttaa väkisinkin läheisiin ihmissuhteisiin; läheiset pyrkivät kaikin tavoin auttamaan ja tukemaan, mutta aina ei masennus helpota. Se saattaa aiheuttaa turhautumisen ja kriittisyyden tunteita sekä epätoivoakin. Joskus läheinen voi alkaa tuntea itsensä avuttomaksi ja tulee halu luovuttaa. Vakavasti masentuneet saattavat haluta vetäytyä ja olla yksin, mutta heitä ei saa silti jättää huomiotta. Hän tarvitsee kaiken mahdollisen välittämisen ja tuen sekä läheisiltään, että ammattiauttajilta. Hän tarvitsee tunnetta siitä, että hän on rakastettu kaikesta huolimatta ja häntä ei hylätä vaikeuksien keskellä. Masentuneiden läheiset tarvitsevat nykyistä enemmän tukea ja tietoa alan ammattilaisilta, sillä kaikilla ei mahdollisuutta tai voimavaroja hakeutua esim. vertaistuen piiriin. He tarvitsevat myös tietoa mistä tukea voi saada ja mitä tukea on saatavilla. (Heiskanen ym. 2011, 12.)

### 3.3.2 Yhteistyö vanhempien kanssa

Yhteistyön tekeminen vanhempien kanssa on lapsen toipumisen edistymisen kannalta ensi arvoisen tärkeää. Lääkärin ja hoitohenkilökunnan sekä vanhempien välisen vuorovaikutuksen on hyvä olla selkeää ja tiedon kulun toimivaa. Informaatio vanhempien suuntaan pitää olla ymmärrettävää ja helposti tulkittavissa. Vanhempia on tuettava sairaan lapsensa hoidossa kaikin mahdollisin tavoin. On myös huomioitava vanhempien ja muiden läheisten voimavarojen rajallisuus ja tarjottava sellaisia tukimuotoja mitä he tarvitsevat. Turvallisuus ja selkeys lapsen terapiasuhtetta aloitettaessa on tärkeää. Se, että vanhemmat kokevat terapeutin luotettavaksi ja ymmärtäväiseksi on hyvä lähtökohta terapian aloittamiseksi. Terapeuttisen hoidon kannalta

molempien vanhempien tuki ja yhteistyö on välttämätöntä. Kummankin vanhemman läsnäolo on myös tärkeä tietolähde perheen ja lapsen tilanteesta terapeutille. Vanhempien ja terapeutin säännölliset tapaamiset auttavat vanhempia konkreettisesti olemaan mukana lapsensa toipumisprosessissa. Kokemus siitä, että saa olla mukana lapsensa auttamisessa, on arvokas. Tapaamiset lisäävät osaltaan vanhempien turvallisuudentunnettakin. Hyvän yhteistyöilmapiirin luominen vanhempiin edellyttää terapeutilta aitoa arvostusta ja kunnioitusta vanhempia sekä vanhemmuutta kohtaan. (Brummer ym. 2005, 174 – 175.)

Perheenjäsenille pitää kertoa eri ammattihenkilöiden työnkuvasta ja esitellä kaikki lapsen hoitoon osallistuvat työntekijät. Näin kaikki ymmärtävät miten psykiatrinen työryhmä toimii. Joskus vanhemmille on selitettävä useasti sama asia ja tilanteen muuttuessa ne voidaan joutua käymään taas uudestaan läpi. Työntekijöiden on huomioitava, että maallikolle rutiininomaisetkin tilanteet ovat täysin uusia. Perheenjäsenet tarvitsevat tietoa, neuvoja ja käytännön palveluja. Mikäli heidän tarpeitaan ei kuunnella, he yrittävät selvittää vaikeuksistaan parhaansa mukaan ja saattavat hakea apua aivan muualta. Tällainen ns. korvikeapu voi vahingoittaa perheenjäseniä, heidän tavoitteitaan sekä itse sairastunutta. (Tilbury 1994, 103 – 105.)

Hoidon pitää sopia perheen tarpeisiin eli olipa hoitomuoto mikä tahansa, se vaatii vanhempien sitoutumista siihen. Tärkeää on siis valita sellainen hoitomuoto, joka soveltuu koko perheelle. Hoito sinänsä ei saa kuormittaa vanhempia liikaa. Vanhemmat ovat avainasemassa myös siksi, että he ovat itse asiantuntijoita lastansa koskevissa asioissa. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto r.y.:n [www-sivut](http://www.sivut.fi).)

### 3.4 Perheen tukeminen

Sairastuneen perheenjäsenet ovat huolissaan siitä, miten tilanne pysyy hallinnassa. Se on asia, johon perhe pyytää ammattilaisilta eniten apua ja tukea. Hallinnan katsotaan sisältävän kaksi laajaa osa-aluetta: perheenjäsenen ja sairastuneen suhteen hallinta sekä perheenjäsenten oman elämän hallinta. Kun ns. hoitava työryhmä pyrkii yhteiseen tavoitteeseen, epätietoisuus vähenee ja hallinta on tällöin selvempää. Kun sairastunut saa tukea ja palveluja kotiin tai hän saa apua kodin ulkopuolelta, siitä on

apua myös perheenjäsenille, sillä näin he saavat jaettua vastuuta muuallekin. Tiedottaminen, neuvontapalvelut ja perheenjäsenten auttaminen prosessin eri vaiheissa sekä selviytyminen omista tunteista auttaa hallintaprosessin molemmilla osa-alueilla. Tähän katsotaan kuuluvan kolme näkökohtaa: reaktiot oireisiin, hallinnan johdonmukaisuus ja perheenjäsenten auttaminen elämään omaa elämäänsä. (Tilbury 1994, 107.)

On myös hyvä muistaa, että perheenjäsenten pääasiallinen tehtävänsä ei kuitenkaan ole hoitaa sairastunutta lasta ja huolehtia kunnallisista palveluista. Ulkopuolisen avun tarkoituksena on antaa perheelle mahdollisuus valita hoidon ja tukimuotojen tasapaino perhetilanteeseen nähden. Ammattilaiset voivat auttaa sairastuneesta huolehtivia perheenjäseniä elämään omaa elämäänsä mm. tarjoamalla ammattiapua, käytännön palveluja järjestämällä ja luomalla yhteyksiä muihin tukijärjestelmiin. (Tilbury 1994, 110 – 111.)

Ammattiavun tarjoamisella tarkoitetaan esim. perheen käytössä olevaa sosiaalityöntekijää. Hänen on pystyttävä nopeaan reagointiin ja kyettävä järjestämään perheelle sen tarvitsemat palvelut niitä tarvittaessa. Tämä tukijärjestelmä antaa perheelle turvallisuuden tunteen ja varmuutta jatkaa lapsen hoitamista ja tukemista kotona. Käytännön palvelujen järjestäminen sovitetaan perheen tarpeisiin, esim. kodinhoitopalvelut tai hoitoapu. Yhteyksien luomisella muihin tukijärjestelmiin tarkoitetaan esim. ihmisiä, jotka ovat samassa tilanteessa. Yhteyksiä voidaan luoda ammattilaisten tukemiin kunnallisiin tukiryhmiin, mutta myös vapaaehtoisjärjestöjä on olemassa. Kokemusten jakaminen vastaavassa tilanteessa olleiden tai olevien kanssa voi olla suuri helpotus, koska se auttaa hyväksymään omia ristiriitaisia tunteita ja reaktioita. Vapaaehtoisjärjestöissä sairastuneen perheenjäsenille annetaan mahdollisuus ajatella myös itseään ja asettaa sairastuneen tarpeet oikeisiin mittasuhteisiin. (Tilbury 1994, 111 – 112.)

Viitala Pro Gradu tutkielmassaan toteaa, että perheenjäsenten jaksamiseen vaikuttaa oleellisesti heidän omat voimavaransa, yleinen tyytyväisyys elämään ja siinä tärkeiksi koetut asiat sekä tulevaisuuden odotukset. Viitalan mukaan perheenjäsenten tärkeäksi koettu voimavara on emotionaalinen tuki, pääasiassa ystäviltä ja läheisiltä saatu apu. On myös huomioitava perheiden erilaisuus; yksinhuoltajaäidin resurssit ja

voimavarat eivät välttämättä ole verrattavissa perheeseen, jossa aktiivisesti vaikuttavat molemmat vanhemmat. Myös lähiverkoston vähyys tai puuttuminen kokonaan vaikuttavat oleellisesti vanhempien jaksamiseen. (Viitala 2007, 10.)

Nymanin ja Stengårdin tekemän tutkimuksen mukaan omaisten jaksamista ja hyvinvointia tukevia voimavaroja ovat sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kanssakäyminen, liikunta (muut terveet elämäntavat ja itsensä hoitaminen), työ ja opiskelu, myönteinen ajattelu ja toiminta, uskontoon liittyvät asiat, maailmankuvalliset ja filosofiset pohdinnat, aikasuhteeseen liittyvät asiat (hyvät muistot, päivä kerrallaan eläminen, luottamus tulevaisuuteen), hiljentyminen, harrastukset, järjestötoiminta, sairastuneeseen liittyvät asiat, omat persoonalliset piirteet ja muut mainitut voimavarat (luonto, itkeminen, halu muutokseen jne.). (Nyman & Stengård 2004, 48 – 49.)

#### 3.4.1 Perhekeskeinen hoitotyö ja perhetyö

Perhekeskeisellä hoitotyöllä (perhehoitotyö) tarkoitetaan sellaista ammattilaisten työtettä ja asennetta, jossa huomioidaan sairastuneen koko ihmissuhdekenttä. Oteetaan huomioon hänen elinympäristönsä sekä hyvinvointiin ja kuntoutumiseen liittyvät asiat. Perhekeskeinen hoitotyö ei varsinaisesti ole terapiaa, vaan se keskittyy jokapäiväisten ongelmien ratkaisemiseen ja tukevien voimavarojen löytämiseen. Hoito kohdistuu sairastuneeseen ja hänen perheeseensä, jonka kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä hoidon joka vaiheessa. Työn painottuu sairastuneen ja hänen perheensä informointiin, ohjaukseen ja neuvontaan eli psykoedukaatioon. Perhekeskeisyys on perheen huomioimista; annetaan mahdollisuus puhua ja tuoda esille omia mielipiteitä ja kysymyksiä. (Hietaharju ym. 2010, 191 – 192.)

Peruspalvelujen perhetyö on ennaltaehkäisevää kaikille saatavilla olevaa peruspalveluihin kuten neuvolaan, päivähoitoon, kouluun tai kotipalveluun liittyvää toimintaa. Sen palvelujen piiriin voi hakeutua omasta aloitteesta tai sitä voi perheelle suositella jokin taho esim. koulun terveydenhoitaja tai neuvolan työntekijä. Peruspalvelujen perhetyö on lyhytaikaista, eikä vaadi lastensuojelun asiakkuutta. Perhetyön eri muotoja peruspalveluissa on mm. vertaisryhmätoiminta, keskusteluapu, palveluohjaus, kotona tapahtuva auttaminen (lapsiperheiden kotipalvelu) ja konsultointi. Peruspal-

velujen perhetyö voi toimia lain tarkoittamana ennalta ehkäisevänä lastensuojeluna. (Järvinen ym. 2007, 35 – 43.)

Perhetyön tavoitteena saattaa olla esim. kriisitilanteen laukaiseminen (lapsen sairastuminen), uusien ongelmien ehkäiseminen ja tilanteen korjaaminen. Kriisityötä voidaan järjestää perhetyön merkeissä mm. osana lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja osastojen toimintaa. Perhetyötä toteutetaan eri toimialoilta käsin. Sosiaali- ja terveystoimeen sijoittuvat lastensuojelun ja kodinhoidon perhetyö sekä terveydenhuollon ja perheneuvoloiden perhetyö. Sivistystoimi vastaa puolestaan varhaiskasvatuksessa ja kouluissa toteutettavista hankkeista. Seurakunta ja erilaiset järjestöt tarjoavat myös erilaisia perhetyön muotoja perheen tukemiseksi. Kunnat yleensä hankkivat näitä järjestöjen tuottamia palveluja ostopalveluina. Perhetyö sairaan lapsen perheessä voi olla esim. vanhemmuuden tukemista, muiden lasten ja sisarusuhteiden tukemista, kodin arjen ja arkirutiinien hallintaa, perheen toimintakyvyn vahvistamista uusissa tilanteissa, perheen vuorovaikutustaitojen tukemista ja sosiaalisten verkostojen kartoittamista ja laajentamista. Kotipalvelun perhetyöntekijä voi olla lastenhoitoapuna tarvittaessa tai auttaa muuten perhettä arkirutiineista suoriutumisessa. (Sosiaaliportti www-sivut.)

Perhetyötä tehdessä pyritään huomioimaan perheen vuorovaikutusta ja havainnoimaan tunneilmapiiriä. Selvitetään keskustelun keinoin perheen toimintatavat; rajat, huolenpito, arjen sujuvuus, perheenjäsenten roolit ja niiden toimivuus. Kartoitetaan perheen voimavarat ja kokonaistilanne sekä tarvittaessa järjestetään muuta apua ja tukea. Mikäli perhe tarvitsee perheterapeuttista apua, varataan aika tai ohjataan perhe hakemaan terapiaa. (Hietaharju ym. 2010, 192.)

### 3.4.2 Hoidon ja tuen menetelmät

Masentuneiden lasten ja heidän perheidensä saama tuki vaihtelee paljon. Osa perheistä on hoidettu perheenä alusta asti ja tuettu kaikkien perheenjäsenten selviytymistä ja jaksamista. Osa perheistä ei saa mitään tukea. Läheiset haluavat tietoa sairaudesta ja ennusteesta sekä käytännön neuvoja; miten toimia ja mistä saada itse tukea. Psykoedukatiivisiä menetelmiä käytetään tiedon ja ohjauksen tukena. Lasten-

psykiatrisessa työskentelyssä erotetaan varsinainen perheterapia ja vanhempiin kohdistuvat toimet toisistaan. Näitä vanhempiin kohdistuvia toimia voidaan käyttää silloin, kun perheen sisäinen vuorovaikutus on toimivaa. Näitä toimia ovat mm. vanhempien neuvonta ja ohjaus, joka on tärkeää myös vanhempien kannalta. Tavoitteena on lisätä vanhempien ymmärrystä lapsen sairauteen, oireisiin ja hoitoon liittyen. Näin he pystyvät vastaamaan lapsensa reaktioihin ja käyttäytymiseen oikealla tavalla. Tämä edellyttää vanhemmilta hoitomyönteisyyttä sekä hyvää vanhempien keskinäistä suhdetta. (Piha 2000, 347.)

Oleellista on, että sairastuneen lapsen perhe tarvitsee tukea jaksakseen lapsen hoitoprosessin alusta loppuun. Perheiden saama tuki on useimmiten perheterapiaa (psykoterapian muoto). Muita perhekuntoutuksen muotoja on ollut hyvin vähän saatavilla. Perheterapia on mm. keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheen sisäistä vuorovaikutusta kokonaisuudessa sekä yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Perheterapian lähtökohtia on mm. psykodynaamisesta teoriasta, kognitiivisesta teoriasta, lasten psykoterapiasta ja systeemikeskeisestä perhetutkimuksesta muodostuneessa kokonaisuudessa. Teoreettisesti ne voidaan myös jakaa strategiseen, strukturaaliseen ja systeemiseen perheterapiaan. Terapiassa käytetyt menetelmät saattavat vaihdella sen mukaan, mitä keskustelun vetäjät itse painottavat perhedynamiikassa ja millaisia häiriötä kehittäviä tekijöitä perheen sisäisissä vuorovaikutusmalleissa on. Perheterapian tavoitteena on järjestää säännöllisiä ja etukäteen sovittuja istuntoja. Toivottavaa on, että niihin osallistuu aina samat perheenjäsenet. Istuntojen lukumäärä, kesto ja tavoitteet ovat etukäteen tiedossa ja kaikkien hyväksymät. Vakavammissa masennustiloissa terapia suunnitellaan pitkäkestoisemmaksi ja istunnot voivat toimia myös osana muuta kokonaihoitoprosessia, jolloin sitä voidaan käyttää eripituisina jaksoina useassa vaiheessa. (Toivio 2011, 264 – 265.)

Viime vuosikymmenien aikana perheterapia on kuitenkin kehittynyt nopeasti. On kehitetty uusia teorioita ja menetelmiä. Suuntaus on ollut painopisteen siirtyminen enemmän lyhytterapioiden suuntaan. Uusia perheterapiasuuntauksia ovat mm. ratkaisukeskeinen perheterapia, narratiivinen tai dialektinen perheterapia. (Toivio 2011, 270.)

Psykiatrian poliklinikalta, joka on erikoissairaanhoidon avohoitoyksikkö, vanhemmat voivat hakea apua voimavarojen hupetessa. Varsinkin, jos lapsen sairastumisen aiheuttama kriisitilanne perheessä tuntuu jatkuvan ja läheisten oma psyyke alkaa kärsiä. Esim. tukiverkoston puuttuessa sairastuneen tukeminen ja muusta perheestä sekä arjen toiminnoista huolehtiminen käy raskaaksi. Psykiatrian poliklinikat ovat erikoissairaanhoidoa ja niihin hakeudutaan esim. terveyskeskus- tai työterveyslääkärin lähetteellä. Tavallisesti hoito alkaa tutkimusjaksolla, jonka aikana kartoitetaan asiakkaan tuen tarve ja laaditaan yhdessä hoitosuunnitelma. Hoitomuotoina käytetään yksilökeskusteluita, ryhmäterapiaa ja perhetyötä (tiivis yhteistyö perheen kanssa). (MLL vanhempainnetti [www-sivut](#).)

Perheen asioita voi joiltain osin hoitaa myös jo edelläkin mainittu sosiaalityöntekijä. Hänen tehtävänä on esim. auttaa perhettä ja yksittäisiä perheenjäseniä selviytymään sairastumisen aiheuttamasta sopeutumisprosessista mahdollisimman rakentavasti. Tuki voi olla aktiivista kuuntelemista, läsnäoloa ja ratkaisuvaihtoehtojen pohittamista yhdessä. Toisinaan tarvitaan toiminnallisempia menetelmiä. Toiminnalliset menetelmät perustuvat enemmän toimintaan ja vähemmän puhumiseen. Toiminnallisten menetelmien avulla voidaan saada asioihin uusia näkökulmia ja käsitellä myös asioita, joista on vaikea puhua. Ne sopivat erityisen hyvin ryhmämuotoiseen työskentelyyn. Sanoja tarvitaan työskentelyn purkamisessa ja jaettaessa kokemuksia muiden toimijoiden kanssa. Toiminnalliset menetelmät soveltuvat käytettäviksi esim. perhekuntoutuksen välineenä. Toiminnallisten menetelmien kautta perheenjäsenten on mahdollista saada onnistumisen kokemuksia, jotka voimavaraistavat perhettä. Työntekijä voi käyttää mm. suoria toimintatapoja eli yksilö-, perhe- tai ryhmäterapiaa. Terapia valitaan sen mukaan, minkälaisia asioita on käsiteltävänä ja mikä on tehokkain tapa niiden käsittelyyn. Joillakin on vaikeuksia puhua tunteistaan, heille voidaan tarjota käytännön palveluita. Tällöin he voivat selvittää tunteitaan omalla tavallaan, omaan tahtiinsa. Sosiaalityöntekijä voi tehdä moniammatillista yhteistyötä kotikäynnin, jos se perheelle sopii. Hän voi pyytää työparikseen perheen kanssa työskentelevästä verkostosta esim. perhetyöntekijän, koulukuraattorin tai neuvolan terveydenhoitajan. (Tilbury 1994, 101.)

### 3.4.3 Muut tukimuodot ja –palvelut

Kunnan puolesta perhettä voidaan tukea kasvatus- ja perheneuvoloiden kautta. Vanhemmat voivat itse hakea tai joku muu taho voi ohjata heidät perheneuvolan palveluihin. Kasvatus- ja perheneuvolasta voi saada asiantuntija-avun turvin mm. kasvatus- ja perheneuvontaa. Neuvonnan tavoitteena on mm. lisätä perheen ja perheenjäsenten toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia. Kasvatus- ja perheneuvolas-  
sa käytettäviä työmuotoja on mm. vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen, hoito ja terapia, lasta ja koko perhettä koskevat tutkimukset, puhelinneuvonta, konsultaatiot lasta ja perhettä koskevissa asioissa sekä tiedotus- ja vaikuttamistoiminta (esim. perhevalmennus). (Sosiaaliportti [www-sivut](#).)

Perheen ja muiden lasten sekä sairastuneen lapsen tueksi on mahdollista saada myös tukihenkilö, joka on luotettava ja turvallinen aikuinen joka toimii vapaaehtoistyöntekijänä. Tukihenkilö yleensä on ammattihenkilön tarjoama palvelu perheelle. Tukihenkilötoiminta voi olla kunnan järjestämää tai sitä voidaan hankkia jonkin järjestön kautta. Tukihenkilö on myös vaitiolovelvollinen, hän on saanut riittävän koulutuksen, perehdytyksen ja ohjauksen työhönsä. Tukihenkilö voi toimia lapsen tukemisen lisäksi myös koko perheen tai perheen aikuisen tukena, olla puhekumppanina ja arkisten asioiden hoitamisen tukena ja hänen kanssaan voi keskustella myös lapsiin ja vanhemmuuteen liittyvistä asioista. (Sosiaaliportti [www-sivut](#).)

Vertaisryhmätoiminta on yksi varteenotettava perheen tukemisen muoto. Sen tarkoituksena on, ryhmään osallistuvat voivat käsitellä ongelmiaan yhdessä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Samalla on mahdollista avartaa ja saada uutta näkökulmaa asioihin. Toiminta ryhmässä on vastavuoroista; saa itse tukea ja samalla antaa sitä muille. Ryhmäläiset saavat helpotusta oloonsa siitä, että on muitakin samassa tilanteessa olevia. Ryhmäläisten kesken syntyy vertaistukea. Se on tärkeäksi voimavara, joka auttaa ja tukee uupumuksessa. Esim. omaiset mielenterveystyön tukenayhdistys tarjoaa tietoa, tukea ja virkistystä psyykkisesti sairaiden omaisille. Yhdistyksen kursseilla, ryhmissä ja muussa toiminnassa on mahdollisuus tavata muita samassa tilanteessa olevia ja etsiä ratkaisuja arkipäivän ongelmatilanteisiin. (Sosiaaliportti [www-sivut](#).)

Kunta voi tarjota perheelle mahdollisuuksien mukaan erilaista loma-, leiri- ja virkistystoimintaa. Kunta voi järjestää sitä itse tai yhteistyössä jonkin järjestön tai vaikkapa seurakunnan kanssa. Joskus virkistystoimintaa saattaa olla perheen yhteinen retki esim. eläintarhaan tai huvipuistoon. Tällöin perhe voi tarvita vähän taloudellistakin tukea (yksinhuoltajaperheet, suurperheet) tai perhetyöntekijän työpanosta, lastensuojelun avohuollon tukitoimena tämä mahdollistuu. Taloudellisen tuen tarve on myös muuten mahdollista, varsinkin jos perheessä on jouduttu lapsen sairastamisen vuoksi tekemään muutoksia työjärjestelyissä. Tällöin voi perhe voi hakea harkinnanvaraista toimeentulotukea tilanteesta selviämiseen. (Sosiaaliportti www-sivut.)

Verkostotyössä tavoitteena on etsiä ja yhdistää lapselle tärkeiden ihmisten voimavaroja. Sen avulla pyritään löytämään uusia ratkaisuja ja resursseja uuteen muuttuneeseen tilanteeseen. Verkostotyössä voidaan käyttää erilaisia toimintatapoja. Perheen läheisverkoston kartoittamiseksi ja aktivoimiseksi voidaan käyttää esim. läheisneuvonpitoa. Sen tavoitteena on muuttuneen tilanteen selkiyttäminen ja toteuttamiskelpoisen suunnitelman laatiminen yhdessä läheisverkoston kanssa. Verkostoterapiaa käytetään läheisten ja työntekijöiden sitouttamiseksi toimintaan ja yhteiseen ongelmanratkaisukeinojen etsimiseen. Verkostoterapia on käyttökelpoinen toimintatapa syvästi huolta aiheuttavissa tilanteissa, joissa tarvitaan ammattiapua tai terapeutista apua. Verkostoyhteistyö tarkoittaa myös eri ammattilais- ja viranomaistahojen välistä yhteistyötä. Tämän yhteistyön avulla pystytään realisoimaan saatavilla olevien palvelujen tarjontaa. Valitettavasti palvelutarpeen suunnitteluun vaikuttaa käytettävissä olevien tukipalvelujen määrä ja laatu. Pyrkimyksenä on saumaton palveluketju, joka nykyisellään ei näytä kuitenkaan aina toteutuvan. Haastattelemani asiantuntijan lausunnon mukaan lastenpsykiatrian osastolta pyritään tekemään hoidon aikana verkostotyötä lähettävän tahon ja/tai sosiaalitoimen, koulutoimen, perheneuvolan tai perusterveydenhuollon kanssa. Hoidon väliarvioissa arvioidaan erikoissairaanhoidon tarve ja mahdollinen siirto muulle hoitavalle taholle. (Sosiaaliportti www-sivut; Ahopelto, 2013.)

Apua ja tukea voi hakea myös kirkon perheasiain neuvottelukeskuksista. Ne tarjoavat apua mm. perheen elämän erilaisiin kriisitilanteisiin. Työmuotoina käytetään terapeutteja yksilö- tai parikeskusteluja ja asiakkaan halutessa sielunhoito on myös

mahdollista. Nämä palvelut ovat avoimia myös muille kuin kirkon jäsenille. (MLL vanhempainnetti www-sivut.)

Perhekuntoutuksen muotona käytetään mm. sopeutumisvalmennuskursseja, ne antavat perheenjäsenille tarvittavaa tärkeää tietoa ja valmiuksia arkipäivään. Kurssitoiminnassa on erilaisia lähestymistapoja järjestävästä tahosta riippuen. Esim. Mielen-terveystyön keskusliiton kurssitoiminnassa hyödynnetään kuntoutumisen prosessiajattelua ja vertaistyöntekijöitä perheiden tukena. Perhekuntoutuksella pyritään perheen omien voimavarojen ja vahvuuksien tukemiseen sekä perheen sisäisten roolien tasapainoistumisen edistämiseen. Huomion arvoista on vanhempien ja muiden sisarusten uupumisen ennaltaehkäisy. (Koskisuus 2004, 186.)

Asiantuntija (perhe- ja psykoterapeutti et) sosiaalialan yksityiseltä sektorilta kertoo yrityksensä tarjoavan mm. koko perheelle kuntoutusprosessia, joka laaditaan yksilöllisesti perheen tuen tarpeen mukaan. Käytännössä toteutetaan yhteisen toiminnan menetelmiä. Tulevaisuudessa he pyrkivät toteuttamaan perheiden ryhmäkuntoutusprosesseja, pyrkimyksenä mahdollistaa jokaiselle perheelle yhteisiä hetkiä, sisarusryhmissä tietoa ja tukea sisaruksille, vanhemmille sekä itse kuntoutujalle. Näissä prosesseissa mahdollistuu jokaiselle ammatillisesti ohjautuva vertaistuki.

Vanhempien ja muun perheen sekä läheisten tukena toimivat myös erilaiset auttavat puhelimet, kirjepalvelut sekä netti-tukipalvelut. Ne tarjoavat keskusteluapua, tukea, neuvoa ja voivat ohjata muun tarvittavan avun sekä tuen piiriin.

### 3.5 Tukimuotojen tuloksellisuus

”Perheterapiasta on tehty vähemmän kontrolloituja tuloksellisuustutkimuksia kuin muista vakiintuneista psykoterapiamuodoista. Osasyynä on se, että perheterapia on käsitteenä vaikeasti määriteltävissä yhtä yksiselitteisesti kuin useimmat muut psykoterapiamuodot ja perheterapiaan kuuluu hyvin erilaisia, vaikeasti keskenään verrattavissa olevia interventiotapoja ja erilaisia teoriakokonaisuuksia. Perheterapia on lisäksi usein muiden hoitomuotojen tuki.” (Duodecim www-sivut.)

Yhteyksien luominen erilaisiin tukijärjestelmiin voi tapahtua ammattilaisten tukemien kunnallisten tukiryhmien kautta, mutta Tilburyn mukaan on todennäköisesti tehokkaampaa yhteyksien luominen vapaaehtoisjärjestöjen kautta. Monet perheet pitävät vapaaehtoisjärjestöä hyvänä kanavana saada vaihtoehtoista tietoa esim. sairauden luonteesta, oireista, hoitovaihtoehdoista, uusimmista tutkimustuloksista ja palvelujen kehityksestä ja lainsäädännöstä. Perheenjäsenet kokevat saavansa myös käytännön neuvoja, sillä monella järjestöllä on omia palvelujärjestelmiä tai ne ohjaavat kunnallisten palvelujen piiriin. Vapaaehtoisjärjestöillä on kattavat tiedot sairastuneiden ja perheenjäsenten kansalaisoikeuksista ja oikeuksista käyttää kunnallisia terveys-, ja sosiaalipalveluja. (Tilbury 1994, 112.)

Asiantuntijan (perhe- ja psykoterapeutti et) mukaan tuloksellista on perheiden saaminen yhteisten kokemusten äärelle, yhteisen jaetun kokemuksen ymmärrykseen ammatillisen ohjauksen ja tuen kanssa.

Verkostotyössä huomio kiinnittyy laatusuositusten ja erilaisten kehittämisalueita koskevien pohdintojen osalta viranomaisyhteistyön puutteisiin. Saumaton palveluketju ei toteudu, koska liian usein viranomaisyhteistyö nähdään organisaatioiden yhteistyönä. Sairastunut lapsi perheineen saattaa olla monen eri palvelun piirissä ja nämä tahot voivat toimia toistensa suunnitelmista tietämättöminä ja jopa puutteellisin tiedoin. Tällöin hyödyttäisiin verkostopalaverista, jossa kaikki perheen elämään osallistuvat asiantuntijatahot pohtisivat yhdessä perheen tilannetta. (Koskisuus 2004, 189.)

Perheenjäsenet myös toivovat, että heihin pidetään yhteyttä, he eivät aina halua itse ottaa yhteyttä tarvitessaan jotakin. He myös arvostavat yhteistyötä saman työntekijän kanssa, eikä jatkuvaa vaihtumista haluta. Vaarana on, että sosiaali- ja terveystalvuelu-järjestelmä nähdään byrokraattisena ja välinpitämättömänä, tällöin sen puoleen kääntyyään vaan pakon edessä. Perheenjäsenet myös toivovat työntekijän olevan ammatitaitoinen ja oman alansa tunteva. Perheet toivovat palvelujärjestelmältä säännöllistä palvelua tutuilta työntekijöiltä, joilla on asiantunteva pätevyys. (Tilbury 1994, 97 – 98.)

Tilbury mainitsee myös, että sairastuneiden perheet ovat valittaneet ammattiauttajien olevan etäisiä, heihin on vaikea saada yhteyttä, he käyttävät teoreettista ammattikiel-

tä, ovat pääasiassa kiinnostuneet vain potilaasta ja heillä ei ole aikaa perheen ongelmille. Mikäli työntekijä ei kuuntele perheenjäseniä, he hakevat apua muualta tai jättävät kokonaan hakematta. (Tilbury 1994, 105.)

Toivio & Nordling toteavat myös, että vaikka yhteistyö omaisten kanssa on viime vuosina selvästi parantunut, tutkimustulokset osoittavat omaisten edelleenkin kokevan syrjäytymistä läheisensä hoidosta. Myös tiedon saanti sairaudesta koetaan suurena ongelmana. (Toivio ym. 2011, 283.)

## 4 TUTKIMUSONGELMA

### 4.1 Aiheenvalinta

Aiheen valinta tapahtui ensin työelämälähtöisesti, olen toiminut aiemmin koulunkäyntiavustajana erityisopetuksen pienryhmäluokassa 12 vuotta. Kiinnostus heräsi omakohtaisista kokemuksistani työn puolesta, ja lasten masennus puheenaiheena on muutenkin ollut tapetilla esim. tiedotusvälineissä useasti. Lasten masentuneisuuden on todettu lisääntyneen viime vuosina merkittävästi, se on sinänsä tiedostettu ja hoitomenetelmätkin ovat kehittyneet huomattavasti. Perhettäkin huomioidaan ja otetaan lapsen hoitoprosessiin mukaan enemmän kuin ennen, mutta tuetaanko perhettä kuitenkaan riittävästi?

Koen tulevassa ammatissani sosionomina lasten ja nuorten parissa olevan hyötyä kaikenlaisesta tietämyksestä masennukseen liittyen. Se, että pystyy havaitsemaan ja tiedostamaan lapsen oirehtimista, edesauttaa mahdollisuutta varhaiseen puuttumiseen. Varhainen puuttuminen taas parantaa osaltaan lapsen hoitoennustetta. Myös tietämys perheelle tarjottavista tuen muodoista ja erilaisista palveluista on suureksi avuksi, niin sairastavalle lapselle kuin koko perheelle. Tahdon myös itse olla ammattitaitoinen henkilö, joka osaa auttaa perhettä oman ammattinsa puitteissa sekä ohjata heidät tarvittaessa muiden palvelujen piiriin. Ammatillisuuteni ja ymmärrykseni lasten masentuneisuuteen liittyvien perheeseen vaikuttavien asioiden tiimoilta tulevat kehittymään lisääntyvän tiedon ja tutkimisen myötä. Koen vanhempien ja koko per-

heen tukemisen olevan tärkeää, koska perhe on se voimavara mikä kannattelee ja tukee sairasta lasta. Jos perhe ei saa riittävästi tukea ja voimavarat ehtyvät, se vaikuttaa haitallisesti koko perheen elämään. Työntekijällä on suuri osuus tässä koko prosessissa, taito huomioida perhe kokonaisuudessaan ja sen avun sekä tuen tarve.

Halusin tässä työssäni tuoda kuitenkin esille myös perheen näkökulmaa asioista. Eli miten perheet itse kokevat tilanteensa. Perheiden näkökulmasta selviää mm. miten he selviytyvät arjesta ja elämästä sairaan lapsen kanssa, kun perheen elämä ja arki muuttuvat. Näkökulma selvittää prosessin etenemistä ensi oireista ja vanhempien tunteuksista varsinaiseen hoitoon ja perheen avun tarpeeseen. Perhelähtöinen tarkastelu valottaa osaltaan hieman myös mahdollisia käytettäviä tukimenetelmiä sekä niiden tuloksellisuutta ja perheenjäsenten toiveita tulevaisuuden suhteen.

Aihetta valitessani halusin rajata ulkopuolelle muut lasten psyykkiset sairaudet ja keskittyä pelkästään masennukseen ja sen vaikutuksiin koko perhettä ajatellen. Rajatessani aihepiiriä vielä hieman, käsittelen työssäni pelkästään varhaislapsuuden osaluetta.

#### 4.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen pääongelma on usein yleisluonteinen kysymys, jonka mukaan hahmotuu koko tutkittava kokonaisuus. Tutkimusongelmia selvittäessä pitää myös pohtia miksi juuri niihin ongelmiin päädyttiin ja mitkä ovat ns. alaongelmia. Alaongelmiin saadut vastaukset mahdollistavat vastaamisen myös pääongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 116.)

Tutkimuksellinen pääasiallinen ongelma, johon etsin vastauksia tässä opinnäytetyössäni, on mitkä ovat masentuneen lapsen perheen ja perheenjäsenten tukemiseen käytettäviä tukimuotoja ja -palveluja sekä minkälaisia työmenetelmiä käytetään. Sivuan hieman myös niiden tuloksellisuutta eli mitkä keinot ovat hyväksi ja tehokkaaksi todettuja. Lisäksi haluan vastauksia siihen, onko tuen ja palvelujen tarpeeseen kiinnitetty riittävästi huomiota ja resursseja vai onko sen suhteen mahdollisesti jotain kehittämisen varaa.

### 4.3 Tutkimusmenetelmä

Tavoitteenani oli lähestyä aihetta kvalitatiivisen tutkimuksen mukaisesti. Eli tarkoitus oli kerätä aineistoa ja tietoa aiheesta kokonaisvaltaisesti mahdollisuuksien mukaan. Teorian merkitys tämän tyylisessä tutkimuksessa on merkittävää ja välttämättömyyttä jo työstämisen alkuvaiheessa. Tarkoitus oli myös aineistoa etsimällä löytää ja huomata erilaisia näkökulmia asioihin. Riittävä määrä aineistoa tuo esille teoreettisesti merkittävän tuloksen, jota tässä pyrin etsimään. Tutkimusmenetelmä yleensä koostuu niistä tavoista, joilla havainnot aiheesta kerätään. Aineiston keruuta ajatellen tavoitteena oli käyttää kvalitatiivisen tutkimuksen mukaisesti haastattelumenetelmää. Haastattelun kohdejoukko oli tarkoituksenmukaisesti valittu. Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Sen mukaan kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Arvolähtökohtia ei myös sovi unohtaa, sillä ne muovaavat käsitystämme siitä miten ymmärrämme tutkimaamme asiaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusajatus on pyrkiä löytämään tai paljastamaan tosiasioita ennemmin kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Näin pyrin toimimaan tässä opinnäytetyössäni. (Hirsjärvi ym. 2001, 151 – 155.)

### 4.4 Tutkimusmenetelmät

Aineiston keruumenetelminä käytän teorian tiedon etsimistä lasten masennukseen ja perheen tukemiseen liittyvien asioiden suhteen. Teorian tietoa löytyy mm. erilaisista teoksista, nettimateriaalista, aiemmista tutkimuksista ja muista kirjallisista töistä. Valmiit aineistot eivät sellaisenaan sovellu käytettäväksi. Toisten laatimat aineistot tai tilastot täytyy pyrkiä kytkemään ja sovittamaan yhteen oman aineiston kanssa. Tutkimustieto oli tavoitteena kerätä haastattelujen avulla. Haastattelu on hyvä tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelutyypiksi valitsin teemahaastattelun. Siinä aihepiirit ovat etukäteen tiedossa, mutta tarkentavilla kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. Lisää aineistoa ja käytännön tietoa halusin saada myös alan asiantuntijoilta eli puhelimitse tai sähköpostitse lyhyesti kyselemällä. Tavoitteena oli saada heidän

omien käytännön kokemuksiensa pohjalta arvokasta tietoa perheen tukemisesta teoriatiedon rinnalle. (Hirsjärvi ym. 2001, 191, 195.)

Tutkimus pitää aina myös analysoida, tulkita ja tehdä siitä johtopäätökset. Analyysivaiheessa selviää ongelmiin saadut vastaukset. Analysoinnin metodina käytän tekstianalyysiä eli sisällönanalyysiä (teorian ja tutkimuksen pohjalta), sillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää tietoa. Tekstianalyysiprosessi etenee seuraavanlaisesti: ensin aiheen perinpohjainen tunteminen teorian ja keskeisten käsitteiden avulla, aineiston sisäistäminen ja teoretisointi eli ns. ajattelutyö, aineiston karkea luokittelu keskeisimpien teemojen mukaan, tutkimustehtävän ja käsitteiden täsmentäminen, tulosten sekä myös poikkeusten toteaminen ja lopuksi johtopäätökset ja tulkinta. Tulkinta tarkoittaa sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Pohditaan mikä on saatujen tulosten merkitys tutkimuksen kannalta ja mikä laajempi merkitys tuloksilla voisi olla. (Metsämuuronen, 2000, 54.)

#### 4.5 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksella pitää aina olla jokin päämäärä eli tavoite ja tarkoitus. Tarkoitus ohjaa myös tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoituksena yleensä on olla joko kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava. On silti huomioitava, että siihen voi sisältyä useampia tarkoituksia ja tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. Oma työni on kartoittava tutkimus eli tarkoitus on selvittää ja tutkia ensin aiemmin tiedossa olleita asioita aiheesta, mahdollisesti löytää uusia näkökulmia ja kehittää myös perusteltuja hypoteeseja. Tavoitteena on pohtia mitkä ovat aiheeni keskeiset teemat ja lähestyä aihetta niiden kautta. (Hirsjärvi 2001, 128.)

Oman työni tarkoitus on siis jo edellä mainitusti kartoittaa masentuneen lapsen perheen ja perheenjäsenten mahdollisesti saama tuki ja erilaiset tarjolla olevat palvelut. Samalla tavoitteeni on tarkastella niiden tuloksellisuutta. Lopuksi on aiheellista pohtia myös onko em. tukimenetelmissä jotain kehittämisen varaa vai onko kaikki tarvittava huomioitu. Jos kehittämisen tarvetta ilmenee, tavoitteena on löytää se kohta, missä muutoksia tarvitaan.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Aineiston keruu ja käsittely

Aineiston keruuni aloitin teorian tiedon etsimisellä, siitä alkoi työni auki kirjoittaminen. Teoriaosuuden jälkeen haastattelin kahta perhettä tutkiakseni ja kartoittaakseni perheen tukimuotoja ja –menetelmiä käytännön toteutuksena. Netin kautta haastattelin myös muutamaa alan asiantuntijaa kartoittaakseni heidän näkemystään perheille tarjottavasta tuesta. Asiantuntijahaastattelujen antia tulee esille työssäni ja perhehaastattelujen tuloksia tutkin sekä analysoin loppua kohden. Johtopäätökset tulevat niiden pohjalta.

#### 5.1.1 Teoria

Teoriatietoa etsin ja löysin mm. kirjastosta alan kirjoista sekä netistä. Tietoa lasten masennuksesta sinänsä oli helppo löytää, mutta perheen tukeminen olikin sitten haastavampaa. Perheen tukemiseen liittyvää materiaalia oli huomattavasti työläämpi etsiä ja ajallisesti siihen menikin enemmän aikaa. Lapsen masennuksen oireista, hoitomuodoista ja lapsen kokonaisvaltaisesta tukemisesta löytyi paljon kattavaa tietoa, mutta itse perheen ja perheenjäsenten tukemiseen ei materiaalia kovin helposti ollut löydettävissä. Perheen jaksamisen tärkeys ja tukeminen mainittiin monessa kohtaa, mutta keinoja sen edesauttamiseksi ei sitten enää mainittukaan. Itsepintaisen etsinnän ja tutkiskelun jälkeen kuitenkin sain kerättyä sen tiedon, mitä työssäni olen käyttänyt. Käytin myös tietämystäni kartuttaakseni lähteenä asiantuntijahaastatteluja. Otin sähköpostitse yhteyttä muutamaa alan asiantuntijaan saadakseni lisää käytännön tietoa asian tiimoilta. Heiltä saamaani tärkeää tietoa olen joiltain osin työssäni käyttänyt.

#### 5.1.2 Haastattelut

Kohderyhmän eli haastateltavien perheiden löytäminen ei ollut kovin helppoa. Aluksi ajattelin, että haastatteluja ei tule, koska aiheen ollessa näin arka, kaikki eivät välttämättä halua avautua vieraille ihmiselle. Toisen haastateltavan löysin työni puolesta

ja toisen siviilielämäni kautta. Molemmat ovat yksinhuoltajaäitejä, joilla on masennus-diagnoosin saaneet lapset. Äidit olivat myötämielisiä haastateltaviksi ja kokivat aiheen tärkeäksi. Erona heillä on se, että ensimmäisen haastateltavan lapsi on vuoden sisällä saanut diagnoosinsa ja toisen jo kymmenisen vuotta sitten.

Aloitin haastattelujen työstämisen pohtimalla teemoja eli aiheita, joiden pohjalta esittää kysymyksiä. Teemoiksi valitsin taustahistorian eli kattavat tiedot perheestä, lapsen alkuaikoinen ja niiden ilmenemisajankohdasta ja oireiden kulusta. Seuraava teema oli perheenjäsenten tuntemukset alusta tähän päivään. Kolmantena teemana oli sen avun ja tuen kartoittaminen, mitä perheet mahdollisesti ovat saaneet ja mistä ovat saaneet. Tähän kuului myös avun/tuen riittävyyden kokemisen pohtiminen sekä mitä he toivoisivat saavansa ja mitä ehkä tarvitsisi huomioida. Seuraavassa teemassa tuli esiin lähipiirin ja muiden tahojen suhtautuminen lapsen sairastumiseen. Viimeisenä teemana oli tulevaisuus eli mitä vanhemmat toivovat ja odottavat tulevaisuudelta, mitä haasteita he kokevat olevan vielä tulossa, mitä tunteita on tulevaisuuden suhteen, mitä muutoksia perheessä on tapahtunut ja mitä mahdollisesti vielä tapahtuu.

Haastattelut tein työpaikaltani lainaamaltani nauhurilla, johon tallensin ne myöhempiä käsittelyä varten. Litteroin eli kirjoitin ne auki, melko pian haastattelujen jälkeen ja siinä meni aikaa enemmän kuin alun perin ajattelin. Tämän vaiheen ollessa valmis, poistin saman tien nauhoitukset. Missään nimessä ne eivät olisi saaneet joutua väärin käsiin. Luottamus ja salassapito tässä asiassa ovat äärimmäisen tärkeitä, puhutaan kuitenkin niin henkilökohtaisista ja kipeistä asioista. Haastattelujen antia käytin hyödyksi tärkeänä osana opinnäytetyötäni selvittäessäni ja etsiessäni vastauksia opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiin.

## 5.2 Aineiston analysointi

Teoriatiedon, aikaisempien tutkimusten ja perhehaastatteluista ilmi tulleen tiedon perusteella tulkitin aineistoa tekstianalyysin pohjalta. Kartoitin tarkkaan myös mikä on sitä olennaista ja tärkeää tietoa, jonka perusteella saan vastauksia tutkimuskysymyksiini. Teoreettinen tieto antoi paljon viitteitä erilaisista perheenjäsenten tutkimusmenetelmistä sekä niiden antajatahoista. Asiantuntijahaastattelujen anti oli samankal-

taista. Perehdyin niihin tarkasti ja etsin yhtäläisyyksiä sekä myös eroavuuksia, eroavaisuuksia ei juuri löytynyt vaan linja tukimenetelmien suhteen on yhtäläinen, lukuun ottamatta tuen piiriin hakeutumista. Erään asiantuntijahaastattelun (perhe- ja psykoterapeutti et) mukaan vanhemmat eivät itse yleensä hakeudu avun ja tuen piiriin. Hän koki vanhempien tarvitsevan ammattilaisen apua tässä. Keräämäni aineiston perusteella voinee silti päätellä, että monenlaista apua ja tukea on kyllä riittävästi saatavilla. Perhehaastatteluja tutkiessani ja niihin perehtyessäni havaitsin kuitenkin, että tukimenetelmien ja palvelujen saanti ei olekaan niin yksinkertaista, mitä teoria antaa ymmärtää. Äitienkin kertoman mukaan, kukaan tai mikään taho ei tarjoa apua tai tukea, vaan niistä pitää itse tietää ja itse osata hakea. Perheet kokivat olevansa melko yksin tilanteensa kanssa. Haastatteluaineiston mukaan vanhempien ja muiden perheenjäsenten jaksamista ei huomioida riittävästi, vaan tuki ja hoito keskittyy lähinnä sairastuneeseen lapseen. Myös asiantuntijahaastattelun (perhe- ja psykoterapeutti et) mukaan julkisella puolella ei juuri tarjota ammatillisesti ohjattua vertaistukea koko perheelle ja kaikille sen jäsenille yhdessä ja erikseen. Hänen mukaansa myös kotiin viety tuki ja ohjaus julkisella puolella ontuu. Ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota eikä ole riittävästi resurssejakaan. Jäsentelin näistä kaikista edellä mainituista aineistoista löytynyttä tietoa ja tutkimustuloksiani valitsimieni teemojen mukaan. Avaan haastattelujen vastauksia ja analysoin tuloksia enemmän seuraavassa kappaleessa.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Lapsen historia: alkuoireet ja oireiden kulku

Haastateltavana oli siis kaksi yksinhuoltajaäitiä, molemmilla on masennusdiagnoosin saanut poikalapsi. Molemmat pojista ovat olleet ala-asteiässä saadessaan varsinaisen diagnoosinsa. Oireilu on alkanut toisella noin 4-vuotiaana ja toisella noin 10-vuotiaana. Alkuoireiden kulku kuitenkin oli molemmilla samansuuntaista eli käyttäytymisen muutoksia; ulko-olemus iloton, yksinäisyyttä, väsymystä, kouluhaluttomuutta, omissa oloissaan oleskelua ja mielenkiinnon puuttumista asioihin. Vanhemmalla, silloin jo kouluikäisellä pojalla alkoi olla vaikeuksia herätä aamulla kouluun, pikku-

hiljaa alkoivat koulupelot ja poissaolot koulusta sekä oleskelu tietokoneella pitkiä aikoja muissa maailmoissa. Nuoremman pojan oireilu 4-vuotiaana meni neuvolassa uhman piikkiin, vaikka äiti epäili taustalla olevan muutakin. Oireilun pahetessa (varsinkin käyttäytymisen) ja useiden avunhakuyritysten jälkeen, poika tutkittiin ja testattiin. Masennus-diagnoosi on saatu vasta nyt pojan ollessa 9-vuotias. Toisen pojan kohdalla diagnoosi varmistui alkuoireista lähdettäessä vuoden sisällä eli pojan ollessa noin 11-vuotias. Hänen tapauksensa oli hivenen akuutimpi, koska hän lakkasi oireiden pahetessa kokonaan koulunkäynnin. Näin myös viranomaistahojen (äidinkin painostuksesta) oli pakko tilanteeseen nopealla tahdilla puuttua. Poika päätyikin lopulta osastojakson jälkeen lastensuojelulaitokseen, jotta koulun ja oppivelvollisuuden suorittaminen saatiin taattua.

*”No, ensin mä huomasin, ku xxxx oli aika pieni. Neljän vanhana. Ehkä vähän allekin. Varsinkin mä luulen, ett siinä vaiheessa, kun xxxx (pikkusisar) synty. Kun pikkusisar oli muutaman kuukauden, mun mielestä niihin aikoihin alko se. Neuvolassa sano vaan, että jotain uhmaa. Uhmaks ne sitä pisti vaan, ku puhuin siitä käyttäytymisestä. Se oli vielä lievää sillon. Ett se on kasvanu vuosi vuodelta ja pahentunu. Just käyttäytymisestä sen huomaa, se on kauheesti yksin ja... Semmonen, ei paljon naura. Aika vähän elämänsä aikana nauranu... tosi vähän.”* (Haastattelu 1.)

*”Nukku aamulla pommiin, ei heränny kouluun, istu vaan koneella ja oli paljo omissa oloissas... Sit ei menny enää lainka ku ei jaksanu mennä kouluun... Sit kävi kuraattoria ja sossutätiä ja mitä kaikkee... mut puol vuotta meni ennen ku siihen tartuttiin. Ett puol vuotta sai olla kotona... Noppeempaa olis tarvinnu... Me pistettiin sit rehtorin kanssa vauhtia, ni alko tapahtummaan...Joo hän kävi sit psykiatrian poliklinikalla, sit hän ei tullu sinnekkä, ni sit hän meni osastojaksolle ni siel oli sit; koulupelko ja masennus. Semmoset tuli diagnoosit.”* (Haastattelu 2.)

## 6.2 Perheenjäsenten tuntemukset

Kummassakin haastattelussa tuli selkeästi ilmi äitien samanlaisten tunteiden läpi käyminen. Alkuoireiden ilmaannuttua ihmetys siitä, mikä on vialla ja miten tässä pitäisi edetä. Oireiden jatkuessa tunteet häilyivät epätoivon, toivon, väsymyksen, pe-

lon, epäuskon ja epätietoisuuden välillä. Myös riittämättömyyden tunne oli yhteistä molemmille, samoin pelko siitä, toimitaanko tässä tilanteessa nyt oikein. Molemmat äidit kertoivat diagnoosin varmistumisen olleen helpottavaa, oli hyvä saada nimi oireille ja sairaudelle sekä sitä kautta päästä oikeanlaisen avun ja hoidon piiriin. Sisaruksilla ilmeni enemmän ihmetystä tilanteesta ja vähän pelonsekaisiakin tunteita. Sisarukset eivät oikein tienneet miten suhtautua, myötätuntoa löytyi paljon, mutta joskus myös kiukun tunteita. Vanhimmat sisarukset yrittivät kannustaa ja tukea sairastunutta, sekä myös pyrkiä pitämään yllä ”normaaliuden” olotilaa perheessä. Pienemmät sisarukset hakivat toisinaan enemmän äidin huomiota tilanteissa, joissa he kokivat jäävänsä normaalista poiketen enemmän taka-alalle.

*”No eka tuntu, ett liian vahva sana se masennus lapselle. Että kyllä siinä niin ku tuli, että onko tosiaan niin pitkällä, että masennukseen saakka. Mut kyl se vaan sit ku se siitä aukes, ni sitä käsitti, ett diagnoosi on annettu. Siis onhan se nyt pitkän aikaa jo ollu, kun xxxx on käyttäytyny sillai, että...Ollu pitkän aikaa sellasta, että eteenpäin päivä kerrallaan ja tahimista sen päivän kans, ett se jotenkuten ees sujuu. Joskus huonolla menestyksellä, joskus vähän paremmalla. Se on vaan niin, ett päivästä toiseen koittaa vaan jaksaa, ett koittaa mennä sen päivän hyvin. Ja aatellu, ett kyl huomenna näyttää valosammalta, mutta ei se kauheen valosalta oo näyttäny sit kuiteska... Helpotus on kuiteski ny ku tietää mikä sil on. Ett täst lähdetään ettimään sitä syytä ett minkä takia.” (Haastattelu 1.)*

*”Toisaalta mulle tuli vähän niin ku helpotus, ett asian niin ku varmistu. Että etenee johonki suuntaan. Kun se oli vaan kotona, ni oli sellast niin ku epätoivoo. Ja kun ei mulla ollu ittellä mitään semmost, ett hän ois mua kuunnellukka. Totta kai jokainen omasta lapsestas on huolissas, jos kaikki ei oo ok. Helpotus oli se diagnoosi kuiteski. Et olihan siin monta semmost, ett ku sinne, tänne ja tonne tarvii mennä. Ett se oli aika stressaavaa. Epätietosuus oli raastavaa... Tän hetkisistä tuntemuksista, en mä tiä, ku tähän on niin ku tottunu ny jo. Ja kun hän on semmonen ku on, hänel on omat vaikeutes, ni en mä mieti sitä asiaa enää. Ku se on niin meen arkee jo, se asia.” (Haastattelu 2.)*

### 6.3 Avun ja tuen saanti

Haastatteluissa kysyttiin ovatko perheet ja perheenjäsenet saaneet jonkinlaista apua tai tukea oireiden ilmaantuessa sekä mikä tilanne on ollut diagnoosin varmistumisen jälkeen. Molemmissa tapauksissa vastaukset olivat yksimielisiä. Äitien saama tuki lapsen alkaessa oirehtia on ollut miltei olematonta. Missään taholla ei ole tiedusteltu äidin voimia ja jaksamista. Ensimmäisen haastattelun äiti kokee saaneensa apua ja tukea jaksamiseensa vasta diagnoosin varmistuttua. Ja tällöinkin tuki on tullut lähinnä koulun suunnalta, luokanvalvojalta. Hän on myös itse aktiivisesti ollut tekemisissä koulun kanssa. Koulun oppilashuoltoryhmässä on yhdessä pohdittu koko perheen tilannetta ja äidin jaksamista yksinhuoltajana. Oppilashuoltotyöryhmässä on myös sosiaalialan työntekijä ehdottanut, että yhdessä pohdittaisiin tarvittavia tukitoimia perheelle. Arkielämän tukemisesta lähinnä on ollut puhetta, ja asia on nyt vielä työn alla. Äiti myös painotti, että hänelle ei ole missään kerrottu minkälaista apua ja tukea on mahdollista saada tai mitä palveluja olisi tarjolla. Äiti on miettinyt itse, että ainakin tukihenkilön apu olisi tarpeen. Muista tukipalveluista hän ei tiedä vielä mitään.

Toisen haastattelun äiti kertoi lyhyesti ja ytimekkäästi, että mitään apua tai tukea ei ole kaikkina näinä vuosina tarjottu mistään. Lukuun ottamatta koulua, josta myös hän on suuren tuen saanut. Hänen kertomansa mukaan on pitänyt itse ottaa yhteyttä joka taholle, mihin sitten ikinä on tarvinnutkin ja mitä sitten onkin tarvinnut. Itse on pitänyt ottaa selvälle joka asia. Äiti kokee nyt jälkikäteen asiaa pohtineena, että olisi tarvinnut tukea paljon enemmän, varsinkin alkuun. Arjen pyörittämiseen olisi apu ja tuki ollut tervetullutta. Myöhemmin sairaudesta on tullut arkea, johon on tottunut ja sillä rutiinilla on menty eteenpäin. Nuorempi sisarus on saanut tukihenkilön, sen äiti on kokenut hyväksi.

*”Oppilashuoltoryhmässä lähdettiin avaamaan tätä asiaa ja hakemaan tähän apua ja mietitää yhdessä... Arjen pyörittämisestä mennään just keskustelemaan, ett mitä apua on tarjolla. En oo hakenu itse, koulun kautta ne on ehdottanu... Sepä siinä on-ki, ku mä en oikeestaan tiää, ett mitä apuja on niin ku tarjolla ja mitä mä...mitä apua mä...jotain... Mitä se apu sit onka. Tukihenkilö vaikka.” (Haastattelu 1.)*

*”Lyhyesti ja ytimekkäästi: en ole saanut. Et kyl omillas oot ja itte joudut ottaan esimerkiksi sosiaalitoimeen yhteyttä. Koska sieltä ei sitte, vetkutetaan ja vetkutetaan ja menee aikaa puol vuotta. Nyt he kysy multa ensimmäisen kerran, ett haluaisinks mä yhden viikonlopun vapaaks! Et he kysy nyt! (Poika on nyt 19 v.) Jos aattelen alkua, ni sillon olis tarvinnu paljon enemmän, siihe arjen pyörittämiseen ainaki. Nyt tää on jo niin ku arkipäivää. Niitä asioita on jo niin ku oppinu, käsittelemään tavallas... Nuoremmalla on nyt tukihenkilö, ne on käyny kalastamas ja jos se viel jatkuis, ku se tykkää kalastamisesta... Koulusta tuli tukee joo, hän olis saanu suorittaakki niit tehtäviä psykiatrisella ja jotain se suorittiki. Mut niit oli niin paljon, ettei se pystyny, oli sen kuntonen. Et sit päätettiin, ett ku hän meni sinne lastensuojelulaitokseen, ett hän teki siel sitte eli kävi siel sen luokan uudestaan. Ku niit tehtäviä oli kerääntyny niin paljon... Se apu tarttis oll sellast konkreettista oikein, että ei vaan mittään ett puhutaan. Ett ku tuol jossain lehdis kirjutellaan, ett tälläi ja tälläi tuetaan... Kyl se täytys niin ku olla, ett sinne perheeseen, kaikki ei varmaan niinku ittekkä huomaa, ett tarvii sitä tukee. Ett ku se menee siin niin ku omalla painollas. Mut tota, ett tultas sin kottiin ja sanottas, ett tän tulee nyt tämmönen ja sää lähdet ny tonne. Sitä omaa jaksamista ei ajattele siin tilantees yhtään, se tulee vast myöhemmin, ku miettii miten sitä on jaksanu. Ei mul oo sillai, ku on vaan ollu niin ku pakko vaan mennä etteenpäin. Mut jotain sellast konkreettista, ett joku tulee ja sanoo, ett sä niin ku pysäät ja huomaat sen asian. ” (Haastattelu 2.)*

#### 6.4 Lähipiirin ja muiden tahojen suhtautuminen

Lähipiirin ja muiden tahojen suhtautuminen perheeseen ja sairastuneeseen on ollut pääasiallisesti positiivista kummallakin perheellä. Ensimmäisellä haastateltavalla äidillä oli perhepiirissä tullut masennus-diagnoosi yllätyksenä, eivät olleet ajatelleet tilannetta niin vakavana. Oma ydinperhe suhtautuu sairastuneeseen hyvin, lukuun ottamatta pieniä sisarusten välisiä konflikteja. Toisen haastateltavan lähipiiri suhtautui asiaan hyvin, omassa ydinperheessä vanhemman sisaruksen kanssa vuorovaikutus on ollut positiivista, mutta nuoremman sisaruksen kanssa suhde on jäänyt etäiseksi. Sisarus on ollut oireilun alkaessa niin pieni, että suhteen normaali kehittyminen on estynyt. Koulu on molemmilla perheillä ollut positiivisesti tukemassa, niin lasta kuin äitiäkin.

*”No kyl oikeestaan vähä yllättyneesti, ett he on vähä luullu, ett paha uhma ois ollu... sit on ollu vähä ihmeisänsä, ett tämmönen diagnoosi on tullu. xxxx isältä kaipaisin paljon enemmän tukea omaan jaksamiseen, tuntuu ett se on nyt vasta havahtunu tähä, ett tää on oikeesti vakava asia.” (Haastattelu 1.)*

*”No mun veli on ottanu xxxx kesätöihin ja mummut ja pappat, kaikki ihan positiivisella mielellä. Ei kukaan oo semmonen, et kui sä tommonen oot. En mä ainakaan koe sitä sillai... Veljekset ei osaa kommunikoida keskenään, ne ei oo koskaan puhunu toisilles mitään. Ett niil ei oo semmost normaali veljessuhdetta ollu koskaan. Ihan näitten asioitten takia. Kysyin xxxx (pikkuveljeltä) just viime viikolla, ku tultiin sieltä palaveristä, sanoin siel samaa, ett mikses sää xxxx kans koskaan puhu. Hän sano, en mä uskalla. Se on jääny heiltä, semmonen vallan pois. xxxx oli sillon niin pieni ja xxxx oli sit vaan joka toinen viikonloppu kotona, ni et ei se normaali arkee oo... Isompi sisarus taas on sen luontonen, ett se menee vaan sin huoneeseen ja sanoo, ett jaahas tuus pihalle sieltä. Ett ku se ottaa asiat erilailla.” (Haastattelu 2.)*

## 6.5 Tulevaisuus: toiveet ja pelot

Molemmilla äideillä oli toiveikkaat ja realistiset tulevaisuudenkuvat. Suurempia pelkoja tulevaisuudesta ei ollut, mutta ei myöskään epärealistisia toiveita tai odotuksia.. Toiveet ja suunnitelmat olivat lähinnä varovaisia ajatuksia normaalista elämästä sekä sairastuneella että koko perheellä.

*”Ihan positiivisella mielellä... on löytäny omia voimavarojansa... tsemppiä. Ja tää on niin ku se viimeinen pisara, tästä on niin ku noustava, ett ei voi mennä alemmas, että... kaikkemme teemme... Tietenki rauhas, ei mitään hätiköityä. Täs on viel muutamia vuosia murrosikään, mut kyl mä nyt uskosin, ett siihen mennessä. Kyl tää niin ku selvitetään, tää ny valosammalta tuntuu... Kaikkeni teen ja yritän, että saadaan paranemaan poika. Tietenkin rauhassa, mut mitä pikimmin, sen parempi, ett elämä pystys jatkumaan niin sanotusti normaalina. Tätä on jatkunu jo niin kauan, ett ois kivempi välillä nauraa joka päivä, ettei oo aina alaspäin suu... Mutta ne otetaan takasin, ne kaikki naurut.” (Haastattelu 1.)*

*”Kyllähän sitä totta kai ussein miettii, ett hei, ett täyttää pian 20, on kotona, ett mikä tulevaisuuden näkymä sil on. Ett pystyykö hän koskaan mihinkään. Tai pystyy kyllä, sitäkä mä en epäile, kyl hän pystyykin. Ett ei ossaa oikein ajatella sit taas, ett... mitä täst etteenpäin. Ennen ku sit alkaa taas ehkä rullaan, toivotaan. Ei voi tietää. Ja nyt must tuntuu, ett häll on ittellä semmonen, ku hän sano siel palaveris ny, ett vois sitä johonki. Nyt sil alkaa ittellä, se on nyt asunu kaks vuotta sillai, ett se ei oo tehny mitään. Ku ollu kotona. Sil alkaa olleen ny oma halukin. Mun mielest se oli jo paljon, ku tuli sinne nuorten asiakaspalvelutyöryhmäänkin... Motivaatioo on hälle tullu. Mut sit taas must on tullu vähä kyyninen näitten vuosien aikana, ett en mä jaks uskoo, eikä se käykkää tost vaan... Ett kyl se varmaan hälle pitkä matka on sillai, mut pienest on hyvä alottaa. Ja hän pystys kyl työelämään, kun menis kaikki palaset... Ku kumminki fiksu sillai on, ja käsil tekemisest tykkää. Mutt toivos on hyvä elää. Se on pojast ittest kii... Pienelläki asialla on suuri merkitys. Se on ensimmäinen askel, ett saadaan se jonnekki... Pelko mul on toi kotoo pois muutto, ett millai se sit niin ku luonaa. Tai jokasen mukulan kohdalla se on varmaan samanlailla, mut tää viel enemmän.” (Haastattelu 2.)*

## 7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimukseni luotettavuus tulee esille tarkasta selostuksestani tutkimukseni toteuttamisesta kohta kohdalta ja haastattelujen perusteellisesta analysoinnista. Olen myös pyrkinyt perustelemaan minkä pohjalta olen päätelmäni tehnyt, olen tuonut esille suoria haastatteluosuuksia, jotta lukija itse voi myös havaita ja arvioida tulkintojen ja päätelmien luotettavuutta. Validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Jos siis selitys sopii kuvaukseen, voi päätellä sen olevan myös luotettava. Luotettavuutta korostaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa vaiheissa, aineiston kerääminen ja tuottamisen etenemisen kertominen vaihe vaiheelta sekä haastatteluihin liittyvien tekijöiden esitteleminen. Luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää itse tutkijaa ja hänen rehellisyyttään, koska arvioitavana ovat tutkijan toteuttamat teot ja valinnat. Tavoitteena on, että lukija päätyy samoihin johtopäätöksiin tutkijan kanssa. Omassa tutkimuksessani tuloksiin saattaa hivenen vaikuttaa se, että haastateltavia perheitä oli vain kaksi. Asiantuntijahaas-

tattelujen anti kuitenkin toi esille myös samankaltaisuutta perhehaastatteluihin nähden, joten sen mukaan pidän vastauksia luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2001, 214 – 215.)

Tutkimusetiikan mukaisesti jokaisella osallistuvalla on oikeus pysyä nimettömänä tai anonymiminä. Tutkimus ei saa sisältää sellaista, jonka perusteella jonkin identiteetti olisi tunnistettavissa (Hirsjärvi ym. 2006, 20). Olen tämän myös luvannut haastattelulleni ja toteuttanut poistamalla haastattelunauhat välittömästi litteroinnin jälkeen. Suorissa haastattelulainauskohdista tai itse tekstistä ei tule millään muotoa ilmi haastateltavieni identiteetti, asuinpaikka tai ammatti tms. Olen myös toiminut vastuuntuntoisesti sekä hienotunteisesti näin arasta ja vaikeasta asiasta keskusteltaessa. En ole myöskään tuonut omia mielipiteitäni julki, vaan kunnioittanut haastateltavieni tunteita ja ajatuksia. Tulokset olen esittänyt rehellisesti, kaunistelematta ja mitään muuttamatta. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa mainitaan tärkeimpinä eettisinä periaatteina yleensä informointiin liittyvä suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös toisten tutkijoiden töiden kunnioittamista. Tämä olen huomionut tarkoin mm. lähdeviitteiden käytössä (Hirsjärvi ym. 2006, 20).

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Yhteenvetona teoriasta ja haastatteluista löytyi vastauksia tutkimuskysymyksiini. Masentuneen lapsen perheelle ja perheenjäsenille on käytettävissä erilaisia tuen muotoja jonkin verran ja teoriassa ne vaikuttavat erittäin hyviltä vaihtoehdoilta. Tukipalvelujakin on perheille tarjolla ihan kiitettävästi. Asiantuntijahaastattelujenkin mukaan kyseisiä avun ja tuen muotoja on saatavissa ja ne on koettu tuloksellisiksi. Käytännön tuloksellisuuteen en tutkimuksessani löytänyt vastauksia, koska haastateltavani eivät juuri olleet tukea saaneet. Ilmeisesti kuitenkin julkisen sektorin resurssien osuus tukipalvelujen kohdalla on tällä hetkellä niukkaa ja yksityisellä sektorilla taas on paljon kysyntää. Perhehaastattelujen mukaan apua ja tukea ei automaattisesti tarjota, vaan sitä pitää osata itse pyytää tai hakea. Tukipalvelujen pitäisi siis olla helpommin saatavilla, joskus kynnys hakeutua tuen piiriin voi olla hyvinkin korkea. Ai-

na ei välttämättä myös tiedä mistä apua ja tukea voi hakea tai mihin taholle pitäisi ottaa yhteyttä.

Perhe otetaan kyllä hyvin mukaan lapsen hoitoprosessiin ja sitä pidetäänkin äärimmäisen tärkeänä lapsen hoidon sekä toipumisen kannalta. Kuitenkin vanhempien omaan jaksamiseen ja voimavarojen riittämiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Vai pidetäänkö sitä itsestään selviönä? Oletetaanko liian helposti vanhempien itse pyytävän apua, jos sitä tarvitsevat? Positiivista kuitenkin on koulun osuus perheiden tuen alkuun laittajana. Molemmat haastateltavani olivat koulun kautta saaneet tukea lapsen kouluasioiden järjestelyissä sekä sysäystä muille tahoille perheen tilanteesta oppilashuollon kautta.

Kehitettävää olisi, että tukipalvelut pitäisi olla helpommin haettavissa ja saatavilla. Perheille pitäisi heti jo lapsen hoitoprosessin alussa selventää minkälaista apua ja tukea heille on tarvittaessa käytettävissään ja mistä tahoilta. Hoitoprosessin edetessä olisi tarpeen myös välillä kartoittaa perheenjäsenten kokonaistilanne. Joskus vanhemmat eivät välttämättä itsekään huomaa väsymystään, vaan jatkavat arjen pyörittystä totutulla rutiinilla. Muiden sisarusten oireilu ja hätä saattaa myös jäädä huomiotta ajatusten ja asioiden pyöriessä sairastuneen lapsen ympärillä. Vierias ihminen voi havaita paremmin hädän merkit perheessä. Tällöin olisi syytä tehdä väliintulo ja auttaa perhettä selviytymään kriisitilanteesta. Kehityskelpoinen käytäntö olisikin, että lasta hoitavat tahot ottaisivat käyttöönsä automaattisen perheenjäsenten tilanteen seurannan esim. keskustelutuokiot yksittäisten perheenjäsenten kanssa sekä yhdessä koko perheenä. Näin saataisiin kartoitettua ja arvioitua perheen voimavarojen riittävyyttä sekä aloitettua tukitoimet ajoissa.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista sen aloituksesta asti. Teoriatiedon lukeminen jo sinänsä avarsi paljon ymmärrystä ja sen auki kirjoittaminen olikin vaativa ja pitkäkestoinen prosessi. Perhehaastatteluihin meni rutkasti aikaa, varsinkin litteroimiseen, mutta kaikkienensa haastattelut olivat todella antoisa projekti. Tulosten analysointi ja tulkinta sekä niistä päätelmien tekeminen oli mielekästä. Perheiden haastattelut avasivat kuvaa todellisuudesta eli siitä, että tilanne ei välttämättä olekaan niin hyvä, kuin miltä se teoriassa voi vaikuttaa. Käytäntöjen mahdollisesti ollessa samat kautta Suomen on hälyttävää, että perheet jätetään näin yksin hätänsä kanssa.

Haastateltavani molemmat olivat yksinhuoltajaäitejä, joilla molemmilla on työt, arjen pyörittäminen, muiden lasten kasvattaminen sekä sairaasta lapsesta huolehtiminen täyttä arkipäivää ilman ulkopuolista tukea. On todella surullista, että vastaaviin tilanteisiin pääsee tässä yhteiskunnassa ”putoamaan” ilman, että mikään tahon kiinnittää huomiota. Näin ei saisi olla.

## LÄHTEET

- Achte, K. & Tamminen, T. (toim.). 1993. Depressio ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ahopelto, P. Sähköpostihaastattelu. Viitattu 5.4.2013.
- Aikakausilehti Duodecim-lehti 6/2010. Lapsen masennus. Viitattu 14.2.2013.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p-p-id=dlehti/lapsen\\_masennus/6/2010](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p-p-id=dlehti/lapsen_masennus/6/2010)
- Brummer, M. & Enckell, H. 2005. Lasten ja nuorten psykoterapia. Juva: WSOY.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2010. Lasten depressiopolku. Lapsen masennusoireet. Viitattu 20.2.2013.  
[http://www.esshp.fi/alltypes.asp?d\\_type=5&menu\\_id=1521&#](http://www.esshp.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=1521&#)
- Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.). 2011. Masennus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus/Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi, perhetyön arkea. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kemppinen, P. 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa: Kustannusvalmennus P. % K. Oy.
- Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.). 2008. Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tietoa, apua ja tukea perheen vaikeisiin tilanteisiin. Viitattu 9.3.2013. <http://www.mll.fi/vanhempainnetti/kipupisteita/>
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viro: Jaabes Oy.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2004. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto r.y. 2012. Arkea haittaava oireilu vaatii hoitoa. Viitattu 1.3.2013.  
<http://www.omaisten.org/component/content/article?id=239&Itemid=>
- Pohjalainen, K. 2013. Sähköpostihaastattelu. Viitattu 24.3.2013.

- Poutiainen, J. 2004. Suuntana sijaishoti - Huostaanotto nuoren kokemana. AMK-opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.2.2013.
- Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. DUODECIM. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaaliportti. Lastensuojelun käsikirja. 2012. Viitattu 9.3.2013.  
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/>
- Sosiaaliportti.fi. Lastensuojelunkäsikirja. Perhetyön prosessi. Viitattu 24.2.2013.  
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/avohuolto/muuttukitoimet/perhetyo/prosessi/>
- Taipale, V. 1992. Lasten mielenterveystyö. Juva: WSOY.
- Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. 29.10.2011. Psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttunen. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Viitattu 18.2.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00383](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383)
- Therapia Fennica.fi. Kirsti Kumpulainen. Lapsen depressio. Viitattu 23.2.2013.  
[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lapsen\\_depressio](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lapsen_depressio)
- Tilbury, D. 1994. Mielenterveystyön opas. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Viitala, M-T. 2007. Psykkinen sairaus perheessä – perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. Pro Gradu tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Viitattu 4.3.2013.

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

### 1. Haastateltavan tausta

- Perherakenne
- Lapsen oireilun alkaminen ja oireiden kulku
- Minkä ikäisenä diagnoosi on saatu?
- Minkä ikäinen lapsi on nyt?

### 2. Perheenjäsenten tuntemukset

- Lapsen sairastumisen alkuvaiheessa
- Diagnoosin varmistuttua
- Tällä hetkellä

### 3. Apu ja tuki

- Ovatko perheenjäsenet saaneet jonkinlaista apua/tukea?
- Minkälaista apua/tukea olette saaneet?
- Mistä olette apua/tukea saaneet?
- Onko saamanne apu/tuki ollut riittävää?
- Olisitteko toivoneet jotain muuta tukea? Mistä?
- Onko apua tarjottu perheelle? Mistä?

### 4. Muiden tahojen suhtautuminen

- Onko muilta tahoilta huomioitu riittävästi lapsenne sairastaminen?
- Mistä tahoilta on huomioitu?
- Miten on huomioitu?
- Miten lähipiirinne on suhtautunut lapsenne sairastamiseen?

### 5. Tulevaisuus

- Miltä tulevaisuus näyttää tällä hetkellä?
- Mitä toiveita/odotuksia tai pelkoja on tulevaisuuden suhteen?
- Koetteko haasteita/vaikeuksia olevan vielä edessä? Mitä?
- Onko lapsenne sairaus aiheuttanut muutoksia perheessänne? Mitä?
- Miten muutokset ovat vaikuttaneet? Ovatko muutokset pysyviä?

Kiitos haastattelusta!