



VANHEMMUUDEN TUKEMINEN AIKUISPSYKIATRIASSA
Perheinterventio-oppaan ja -esitteen laatiminen Kuopion yliopistollisen
sairaalan aikuispsykiatrian ja Kuopion psykiatrian keskuksen
tulosyksiköihin

Opinnäytetyö

Aila Hyttinen

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveysala, Kuopio

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen
ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Syksy 2009

Hyväksytty _____._____._____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto	
Suuntautumisvaihtoehto: Terveysalan kehittäminen ja johtaminen	
Työn tekijä(t): Aila Hyttinen	
Työn nimi: Vanhemmuuden tukeminen aikuispsykiatriassa. Perheinterventio-oppaan ja -esitteen laatiminen Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian ja Kuopion psykiatrian keskuksen tulosityksiköihin	
Päiväys: Syyskuu 2009	Sivumäärä / liitteet: 62/6
Ohjaajat: Yliopettaja Liisa Koskinen, Ylihoitaja Pasi Kuosmanen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollinen sairaala, psykiatrian klinikka	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Vanhemmuus on haasteisiin vastaamista ja haasteet muuttuvat lapsen ikäkehityksen mukaan. Vanhemmuuden riittävyys näkyy lapsen hyvinvoinnissa, sekä vanhemman ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa. Elämän kriisitilanteissa ja vaikeuksissa vanhemmuus voi heikentyä. Näin voi tapahtua vanhemman sairastuessa mielenterveydenhäiriöihin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian ja Kuopion psykiatrian keskuksen hoitohenkilöstön käyttöön sähköisessä muodossa oleva perheinterventio-opas sekä hoidossa olevien alaikäisten lasten vanhemmille tarkoitettu perheinterventioesite. Oppaan tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoa vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksista perheen elämään ja jakaa tietoa preventiivisistä perhetyömenetelmistä. Preventiivisten työmenetelmien avulla pyritään perheen omien voimavarojen ja vanhemmuuden tukemiseen. Perheen varhaisen tuen tarpeen toteaminen ja sopivan tuen antaminen perheelle ehkäisevät lasten omien psykososiaalisten ongelmien kehittymistä. Perheinterventioesitteen tavoitteena on antaa perheelle tietoa perheinterventiotyömenetelmästä ja siitä, kuinka perhettä voidaan tukea muuttuneessa tilanteessa.</p> <p>Opinnäytetyöprosessin tavoitteena oli lisätä Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan hoitohenkilöstön tietoa ja kiinnostusta preventiivistä perhetyötä kohtaan sekä kertoa työmenetelmien merkityksestä aikuispsykiatriassa. Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään työelämän kehittämiseen ja se tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan kehittämistä, ohjeistamista, järjestämistä tai järjeistämistä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian klinikan kanssa projektityöskentelyn vaiheita noudatellen. Opas ja esite pohjautuvat tutkimustuloksiin, jotka kuvaavat mielenterveyshäiriöiden vaikutusta vanhemmuuteen, lasten psyykkistä kehitystä uhkaavia ja suojaavia tekijöitä sekä preventiivisiä työmenetelmiä vanhemmuuden tukemisessa.</p> <p>Psyykkisesti sairaan vanhemman lasten huomioiminen ja vanhemmuuden tukeminen ovat ajankohtaisia haasteita sosiaali- ja terveysalalla. Perheinterventio-opas ja – esite ovat osa Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan preventiivisten työmenetelmien tunnetuksi tekemistä ja niiden kehittämistä.</p>	
Avainsanat: (1-5) mielenterveysongelmat, perheinterventio, preventiivinen hoitotyö, lapset	
Julkinen _x__	Salainen ____

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Master of Health Care	
Option: Health Care Development and Management	
Authors: Aila Hyttinen	
Supervisor: Parenting support in adult psychiatry. The family intervention guide and the brochure for the Kuopio University Hospital, Kuopio Psychiatric Center conversion units	
Date: September 2009	Pages / appendices: 62/6
Title of Thesis: Kuopio University Hospital, Psychiatry Clinic	
Contact persons: Principal lecturer Liisa Koskinen, Head nurse Pasi Kuosmanen	
<p>Abstract:</p> <p>Parenting is a response to the challenges and the changing life situations. Adequacy of parenting a child appears in child's welfare, as well as parent and child between the interactions. Life situations of crisis and difficulties of parenthood may be weakened, as a parent suffering from mental disturbances.</p> <p>This thesis was to develop the Kuopio University Hospital Adult Psychiatry and Psychiatry of Kuopio center staff use an electronic form of family intervention and to guide the treatment of minors, parents of children referred to a family intervention brochure. The guide aims to make health care more in-depth information on parent mental illness impacts family life and to share information about preventive methods of family. Working order to the family's own resources and parenting support. Early family support necessary in finding and providing suitable support to families to prevent children's own psycho-social problems develop. Family Intervention prospectus aims to give families information about the intervention of family and working on how families can support the new situation to adapt to.</p> <p>Thesis process, the aim was to increase the Kuopio University Hospital of Psychiatry Clinic of medical knowledge and interest in preventives family's work and to tell the importance of working in adult psychiatry. Functional thesis work aims at the development of working life and is seeking a professional field of practical activities, instructions, organization, or rationalization. Thesis was carried out in cooperation with the Kuopio University Hospital of psychiatric clinic with the project working stages of response. Guide and a brochure are based on findings that describe mental disorders impact on parenting, children's mental development in threatening and protective factors, and preventive methods in support of parenthood.</p> <p>Mentally ill children, the parents into the parenting and support for the ongoing challenges of social and health sector. Family Intervention Guide and - brochure are a part of the Kuopio University Hospital of Psychiatry Clinic in the preventive work methods to disseminate the results and their further development.</p>	
Keywords: (1-5) mental health problems, family intervention, prevention care, children	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTE TYÖN KÄSITTEITÄ	7
2.1	Mielenterveys ja mielenterveysongelmat.....	7
2.2	Mielenterveystyö.....	9
3	LAPSI JA VANHEMMAN MIELENTERVEYSHÄIRIÖ	10
3.1	Vanhemman mielenterveyshäiriö ja lapsi – aikaisempia projekteja ja tutkimuksia	10
3.2	Perhe ja vanhemmuus	14
3.2.1	Vanhemman psyykkisen sairastumisen vaikutukset perheen hyvinvointiin.....	15
3.2.2	Vanhemman psyykkisen sairastumisen vaikutukset lapsen kehitykseen.....	18
3.2.3	Lapsen selviytymiskeinot vanhemman sairastuessa psyykkisesti	21
3.3	Perheen kanssa tehtävä työ	23
4	TOIMIVA LAPSI JA PERHE -HANKE.....	28
4.1	Lapset puheeksi interventio	29
4.2	Beardsleen perheinterventio.....	30
5	PROJEKTIN TOTEUTUS.....	35
5.1	Kehittämistyön lähtökohta	35
5.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	35
5.3	Kehittämisyhteisö.....	36
5.4	Kehittämistyön toteuttaminen	37
5.5	Kehittämisen tuotos ja sen arviointi	40
5.6	Kehittämisprosessin arviointi.....	42
5.7	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	42
6	POHDINTA	44
6.1	Opinnäytetyöprosessin ja tuotoksen pohdintaa.....	44
6.2	Oman oppimisprosessin pohdinta	47
6.3	Tuotoksen tulevaisuus ja jatkotutkimushaasteet	49
	LÄHTEET.....	51

LIITTEET

- Liite 1. Perheinterventio-opas/ Hei! Minä olen perheenjäsen
- Liite 2. Perheinterventioesite
- Liite 3. SWOT-analyysi / syksy 2008
- Liite 4. SWOT-analyysi/ kevät 2009
- Liite 5. Tutkimuslupa
- Liite 6. Ohjaussopimus

1 JOHDANTO

Vanhemman sairastuminen psyykkisesti koskettaa kaikkia perheenjäseniä. Perheen tuttu ja turvallinen arki voi rikkoutua, jos sairaus heikentää vanhemman kykyä hoitaa vanhemmuuteen kuuluvia tehtäviä. Perheenjäsenten roolit ovat vaarassa muuttua niin, että lapsesta tulee vastuunkantaja ja vanhemmasta tulee vastaanottaja. Perheen arkea hallitsee toivo ja epätoivo monien muiden ristiriitaisten tunteiden kanssa, joita ovat muun muassa syyllisyys, häpeä, ahdistus, suuttumus ja viha. (Jähi 2004, 46; Solantaus 2001, 19.)

Viime vuosina Suomessa on alettu kiinnittää huomiota niiden lasten tilanteeseen, jotka kasvavat mielenterveyden häiriöistä sairastavien vanhempien kanssa. Asiaan ovat vaikuttaneet lapsuuden kokemuksiin perustuvat tutkimustulokset, joiden mukaan vanhemman psyykkinen sairaus on riskitekijä lapsen tasapainoiselle kehitykselle. Esimerkiksi Downey ja Coyne (1990) ovat arvioineet, että noin 40 % vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista sairastuu ennen 20:tä ikävuottaan ja noin 60 % ennen 25:tä ikävuottaan. Myös muissa vanhemman psyykkisissä häiriöissä lapsella on kohonnut riski sairastua. (Breadslee 2002, 46; Downey Coyne 1990, 67–70; Solantaus 2001, 21–22; Tammisen 2004, 101; Veijola 1996, 104.)

Psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa asuvien lasten huomioiminen on erityisen tärkeää silloin, kun pyritään ehkäisemään mielenterveysongelmien siirtyminen sukupolvien ketjussa. Aikuispsykiatriassa on alettu kiinnittää huomiota lapsen perusturvan toteutumiseen, lasten oman hoidon tarpeeseen sekä tuen tarjoamiseen koko perheelle silloin, kun vanhempi sairastuu psyykkisesti. (Jähi 2004, 46; Pietilä 2005, 4021–4023; Solantaus 2005, 3766–3767; Tamminen 2004, 100.) Suomessa Stakesin (1.1.2009 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) valtakunnallinen Toimiva lapsi ja perhe-hanke työryhmä on kehittänyt suomalaisen hoitokulttuuriin soveltuvia preventiivisiä eli ennaltaehkäiseviä työmenetelmiä, joiden avulla voidaan tukea perheitä ja lapsia, kun vanhemmalla on esimerkiksi mielenterveysongelma, päihdeongelma tai muita vanhemman toimintakykyä heikentäviä ongelmia. Hankkeen jatkotutkimuksessa selvitetään työmenetelmien toimivuutta ja niiden vaikutusta perheiden hyvinvointiin.

Opinnäytetyöni aiheen ajankohtaisuudesta ja sen tärkeydestä kertoo se, että yksilön mielenterveydenhäiriöt nähdään yhä enemmän koko perheen ongelmana. Lastensuojelulaissa (2007, 7§) määritellään, että annettaessa aikuiselle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, kuten päihdehuolto- ja mielenterveydenpalveluja, on otettava huomioon hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. Ennaltaehkäisevän työn merkitys korostuu erityisesti niiden perheiden kohdalla, jossa vanhemman psyykkinen sairaus heikentää vanhemmuutta siinä määrin, että lapsen psyykkinen kehitys on uhattuna (Solantaus & Beardslee 2001, 134).

Opinnäytetyöni oli toiminnallinen työ, jossa pyrittiin lisäämään Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian klinikan hoitohenkilöstön preventiivisten työmenetelmien käyttöä perhetyössä. Tuotoksina olivat aikuispsykiatrian (AIPS) ja Kuopion psykiatrian keskuksen (KPK) tulossyksiköiden henkilöstölle sähköisessä muodossa kehitetty perheinterventio-opas sekä kyseisten yksiköiden psykiatrisia hoitopalveluja käyttäville alaikäisten lasten vanhemmille tarkoitettu perheinterventioesite.

Opinnäytetyössäni käsittelen vanhemman mielenterveydenhäiriöiden vaikutusta vanhemmuuteen ja lasten psyykkiseen kehitykseen. Toimiva lapsi ja perhe – hankkeen kehittämistä preventiivisistä työmenetelmistä kuvaan Lapset puheeksi ja Beardsleen perheinterventiota. Lopuksi arvioin ja pohdin työmenetelmien merkitystä ja hyötyjä aikuispsykiatriassa. Työssäni kuvaamia työmenetelmiä voidaan käyttää perhetyössä sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä silloin, kun perheessä vanhemman voimavarat kasvattajana ovat heikentyneet mielenterveysongelman tai muun syyn vuoksi.

Opinnäytetyö on osa KYSn psykiatrian klinikan preventiivisten työmenetelmien käytön vahvistamista perheiden kanssa tehtävään työhön. Tiedon lisääntymisen tavoitteena on, että hoitohenkilökunta hakeutuisi perheinterventiokoulutuksiin ja saisi varmuutta preventiivisten työmenetelmien käyttöön. Preventiivisellä työllä pystyttäisiin mahdollistamaan mahdollisimman monen lapsen normaali kehitys vanhemman psyykkisestä sairaudesta huolimatta. Vanhempien voimavarojen tunnistaminen ja niiden tukeminen ennaltaehkäisee lastensuojelullisia toimenpiteitä ja säästää myös yhteiskunnan palveluja ja kuluja.

2 OPINNÄYTE TYÖN KÄSITTEITÄ

2.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Mielenterveysseura (2008) on määritellyt mielenterveyttä seuraavasti: ”Mielenterveys on olennainen osa terveyttä eli ihmisen psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta: Määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisen omat tarpeet. Uusiksi määreiksi ovat yhä painavammin nousemassa terveyden ja hyvinvoinnin suhde taloudelliseen toimeentuloon, työhön sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön toisten kanssa. Mielenterveys liittyy ihmisen mahdollisuuksiin löytää paikkansa yhteisössä ja elämälleen merkitys”. Mielenterveydellä on myös pitkälti yli terveysajattelun meneviä ihmisenä olemisen mahdollisuuksiin liittyviä ulottuvuuksia, kuten kyky löytää uusia ja rakentavia tapoja itsensä kehittämiseen ja asioiden jakamiseen. (Mielenterveysseura 2008.)

Lehtonen ja Lönnqvist (2007, 26–29) määrittelevät mielenterveyden inhimillisen olemassaolon tilaksi, jonka keskeisiä osa-alueita ovat riittävä autonomia, terve itsetunto, kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin, hyvä sopeutumiskyky, kyky tarvittaessa muuttaa epämiellyttäviä olosuhteita, kyky ilmaista itseään sekä nauttia työnsä tuloksista.

Mielenterveysongelmille, kuten mielenterveydellekään ei ole yleispätevää tai selkeää määritelmää. Mielenterveyshäiriöstä tai psyykkisestä sairaudesta voidaan puhua silloin, kun mielenterveysongelmat pitkittyvät tai heikentävät ihmisen toiminta- ja työkykyä. Toisin sanoen mielenterveysongelmat horjuttavat ihmisen mielenterveyttä ja hyvinvointia siinä määrin, ettei hän enää selviä yksin, vaan tarvitsee terveydenhuollon palveluja toipuakseen ja selviytyäkseen arkipäivän tehtävistä. (Holopainen & Välimäki 2000, 13; Koskisu 2003, 11; Niemi 2002 21–22.)

Terveydenhuollossa mielenterveyden häiriöt muodostavat keskeisen elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä rajoittavan terveyshaasteen (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30–32). Lääketieteessä mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan laajaa joukkoa erilaisia

psykiatrian erikoisalaan kuuluvia psyykkisiä häiriöitä, jotka ryhmitellään eri diagnoosiluokkiin niihin liittyvien oireyhtymien ja vaikeusasteen mukaan. Samalla henkilöllä voi olla useita hoitoa vaativia psyykkisiä oireita yhtä aikaa. (Lönnqvist 2007, 48; Lönnqvist & Lehtonen 2007, 14.) Työssäni tarkoitan mielenterveysongelmalla ja psyykkisellä sairaudella kaikkia psykiatrian tautiluokitukseen kuuluvia mielenterveyden häiriöitä.

Seuraavaksi käsittelen lyhyesti eri mielenterveyshäiriöiden oireita ja sairauden vaikutusta ihmisen toimintakykyyn. Sillä, miten sairaus vaikuttaa vanhemman toimintakykyyn, on vaikutusta myös perheen arkeen ja lasten hyvinvointiin. Masennuksella eli depressiolla tarkoitetaan erilaisia masennustiloja, joissa oireina ovat muun muassa masentunut mieliala, uupumus, mielihyvän menetys, itsetuhoiset ajatukset, itsearvostuksen menetys ja unihäiriöt. Yhteiskunnan tasolla masennus näkyy merkittävänä taloudellisena menetyksenä, sillä se on suurimpia työkyvyttömyyden syitä Suomessa. (Heiskanen & Salonen 1997, 151; Isometsä 2007, 157–160; Jokinen & Räsänen 2000, 41, 51–52; Lönnqvist 2007, 57–58.)

Kaksisuuntainen eli maanis-depressiivinen mielialahäiriö ilmenee maanisten ja depressiivisten jaksojen vaihteluina. Maniavaiheessa ihmisen mieliala on euforisen kohonnut ja toiminnot ovat mielialan mukaisia. Ihminen saattaa olla korostuneen energinen, vuolaspuheinen, suuruudentuntoinen tai voimakkaasti ärtynyt. Lisäksi unentarve on yleensä vähentynyt. Hypomaniassa ihmisen maniaoireet ovat lievempiä, eivätkä vaikuta toimintakykyyn samalla tavalla kuin kaksisuuntaisessa mielisalahäiriössä. (Isometsä 2007, 196–200.)

Psykoosihäiriöille on yhteistä todellisuudentajun vääristyminen eli ihmisen on vaikea erottaa mikä on totta ja mikä ei. Psykoosihäiriöissä keskeisinä oireina ovat aistiharhat eli hallusinaatiot ja harhaluulot eli deluusiot sekä ulkoista todellisuutta koskevat väärät tulkinnat. Vakavin ja tunnetuin psykoottinen sairaus on skitsofrenia, jolle tyypillisiä oireita ovat harhaluuloisuus, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai katatoninen käytös eli stupor tila. Sairaus vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn ja näkyy selviytymisen alentumisena ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai itsestä huolehtimisessa. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 77; Lönnqvist 2007, 55–56.) Lievissä psykoottisissa häiriöissä häiriön kesto on

lyhyt, joten täydellinen toipuminen on mahdollista ja psykoosin uusiutumisen riski on pieni (Lönnqvist & Honkonen 2007, 152- 153).

Päihteidenkäyttöön liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat lisääntyneet Suomessa ja ne ovat suurimpia uhkia kansanterveydelle. Varsinkin mielialahäiriöiden esiintyvyys on päihdeongelmaisilla yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Samoin ahdistuneisuushäiriöiden esiintyminen on yleisempää päihteiden väärinkäyttäjillä kuin väestössä keskimäärin. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2007, 419–420, 437–438.)

Yhteenvetona voidaan todeta mielenterveyshäiriöiden aiheuttavan sairastuneelle toimintakyvyn menetystä, subjektiivista kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä. Monet mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ihmisen ajatteluun, tunne-elämään ja sosiaalisiin suhteisiin. Mielialavaihtelut, ahdistuneisuus, pelot, jännittäminen, keskittymisen ja muistin häiriöt, univaikeudet sekä häiriöt ajattelu- ja arvostelukyvyyssä vaikeuttavat suoriutumista arkielämässä ja elämä kapeutuu. (Koskisuu 2003, 11–13; Lönnqvist & Lehtonen 2007, 14; Solantaus & Ringbom 2005, 4-7.) Vanhemman psyykkinen sairastuminen voi muuttaa koko perheen elämää ja etenkin niiden lasten elämää, jotka ovat riippuvaisia vanhemman turvasta ja huolenpidosta (Sutinen 2008, 6).

2.2 Mielenterveystyö

Hoitotyö määritellään asiakas-, potilas-, perhe- ja yhteisölähtöiseksi toiminnaksi, jota tekee terveysalan koulutuksen saanut hoitohenkilöstö. Hoitotyön tavoitteena on ihmisen terveyttä edistävä toiminta, joka pohjautuu hoitotyön ja asiakkaan yhteiseen arvoperustaan sekä toisen ihmisen kunnioittamiseen ja ymmärtämiseen. Hoitotyön toiminnot perustuvat tutkittuun tietoon, ammatilliseen kokemukseen sekä hyväksi koettuihin käytäntöihin. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Astedt-Kurki 2007, 32–33.)

Psykiatrisen hoidon tarve perustuu todettuihin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin, joihin niistä kärsivä ihminen haluaa hoitoa (Heikkinen, Pylkkänen &

Lönnqvist 2007, 680). Mielenterveyslain (1990) perusteella kuntien on huolehdittava mielenterveystyöstä ja siihen liittyvien palvelujen järjestämisestä kansanterveystyönä. Sairaanhoitopiirien vastuulla on erikoissairaanhoitona toteuttavien mielenterveyspalvelujen järjestäminen. Mielenterveyslaissa mielenterveystyö on määriteltä yksilön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämiseksi sekä kaikenlaisten mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi.

Psykiatrinen hoitotyö on potilaan inhimillisiin tarpeisiin perustuvaa laajaa ja monipuolista hoitoa, joka perustuu hoitohenkilökunnan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Hoitotyö vaatii hoitajalta kykyä vastaanottaa ja hallita erilaisia potilaan sekä hänen omaistensa toiveita ja tunteita. Nämä hoitajan tulee palauttaa potilaalle hoidollisessa vuorovaikutuksessa siten, että seurauksena on potilaan psyykkinen kasvu tai oireiden helpottuminen. Hoidon onnistumisen kannalta riittävän pitkä ja turvallinen hoitosuhde on ratkaisevaa. Psykiatrissa hoitotyötä tehdään yksin, työparin kanssa ja moniammatillisissa tiimeissä. (Isohanni 2002, 309; Välimäki & Mäkitalo 2000, 16–18.) Psykiatrisessa hoitotyössä keskeisimpinä tavoitteina pidetään potilaan selviämisen tukemista vaikeiden psyykkisten tuntemusten ja oireiden kanssa sekä hänen itsenäisyytensä ja autonomisuutensa kunnioittamista. Kokonaisvaltaisessa psykiatrisessa hoitotyössä huomioidaan myös potilaan omaisten jaksaminen ja tuetaan perhettä löytämään omat voimavarat. Hoitotieteen lisäksi psykiatrinen hoitotyö sisältää lääketieteeseen, psykologiaan ja sosiaalitieteisiin perustuvaa toimintaa. (Lindström 1988, 16–17; Välimäki & Mäkitalo 2000, 21.)

3 LAPSI JA VANHEMMAN MIELENTERVEYSHÄIRIÖ

3.1 Vanhemman mielenterveyshäiriö ja lapsi – aikaisempia projekteja ja tutkimuksia

Vanhemman mielenterveysongelman merkitystä perheenjäsenten ja etenkin lasten näkökulmasta on tutkittu paljon. Seuraavaksi esittelen aiheeseen liittyviä tutkimuksia

ja projekteja, joissa huomio on kiinnittynyt perheen arjen muuttumiseen vanhemman sairastuessa psyykkisesti sekä lasten selviytymiskeinojen tunnistamiseen ja preventiivisten työmenetelmien käyttöön vanhemmuuden tukemisessa.

Yhdysvalloissa Bearsdleen ja Podorefsky (1988, 64–67) tutkivat lapsia ja nuoria, jotka olivat selviytyneet hyvin elämässään vanhemman psyykkisestä sairaudesta huolimatta. Tutkimuksissa lapsia suojaaviksi tekijöiksi osoittautuivat lasten kyky itseymmärrykseen ja heidän aktiivinen toimintansa perheen ulkopuolella. Tällaiset lapset pystyivät ajattelemaan ja toimimaan erillään vanhemman psyykkisesti sairaasta kokemus- ja tulkintamaailmasta. Näitä lapsia alettiin kutsua pärjääviksi lapsiksi. Tutkimuksista saatujen tulosten pohjalta Beardsleen työryhmä kehitti perheinterventiotyömenetelmän, jonka tarkoituksena on ehkäistä lasten psyykkistä sairastumista tukemalla vanhemmuutta ja lasta suojaavia tekijöitä silloin, kun vanhempi sairastaa masennusta. Käsittelen perheintervention työmenetelmää tarkemmin luvussa Toimiva lapsi ja perhe – hanke (4).

Lukkarinen (1999) on tehnyt Kuopion yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella pro gradu tutkielman vanhemman mielenterveyden häiriöiden vaikutuksesta lapsen arkeen. Tutkimuksessa painottuivat lasten omat kokemukset ja lastensuojelullinen näkökulma psyykkisesti sairaan vanhemman perheessä. Tulosten mukaan vanhemman psyykkinen sairaus toi perheen arkeen monia muutoksia. Perheenjäsenten roolit saattoivat vaihtua, niin että lapsesta tuli vastuunkantaja, joka huolehti kodista, sisaruksistaan ja toimi sairaan vanhemman tukena. Vanhemman sairaus oli perheissä usein puhumaton asia, jonka lapset salasivat myös kavereiltaan. Salailun seurauksena lasten kanssakäyminen kavereiden kanssa väheni ja heidän sosiaalinen elämänsä kapeni.

Psyykkisesti sairaiden vanhempien ja heidän lastensa tilannetta tarkastelevassa Seinäjoen sairaanhoitopiirissä toteutetussa Akkula – hankkeessa vuosina 1993–2000 (Leijala, Nordling, Rauhala, Riihikangas, Roukala, Soini, Sytelä & Yli-Krekola 2001) mukana oli 45 aikuispsykiatrasta potilasta, heidän puolisonsa ja alle 15-vuotiaat lapsensa. Tutkimusperheissä oli 82 alle 15-vuotiaasta lasta. Lasten psyykkistä kehitystä arvioivissa perhetapaamisissa todettiin selvä psyykkisen kehityksen häiriö 5 %:lla lapsista ja jatkoseurannan tarpeessa oli 45 % lapsista. Tutkimuksessa todettiin lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus puutteelliseksi ja lapset eivät saaneet

vanhemmaltaan ikätasoaan vastaavaa tukea. Perheen tuen tarpeella ja lasten kehityksen ongelmilla oli selvä yhteys. Tutkimuksen yksityiskohtaisempia tuloksia käsittelen vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksia lapsen kehitykseen käsittelevässä luvussa.

Porin kaupungin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa yksikössä tehtiin selvitys (Erkolahti, Manelius, Salminen, Lahti, Salmi ja Savolainen & Lahtinen 2000) siitä, kuinka suurella osalla psykiatrisessa hoidossa olevista lapsista ja nuorista toinen vanhemmista tai molemmat olivat psyykkisesti sairaita. Selvityksen mukaan 43 %:lla lastenpsykiatrian poliklinikan ja 69 %:lla osaston potilaiden vanhemmista todettiin olevan mielenterveysongelmia. Nuorisopsykiatrian poliklinikalla vastaavasti 33 %:lla ja osastolla 44 %:lla nuorten vanhemmista oli mielenterveysongelmia.

Ervast (2001) on tehnyt Kuopion yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella pro gradu – tutkielman psyykkisesti sairaan vanhemman lapsen kokemuksista. Tutkimuksen aineisto muodostui kuudesta 6-11 – vuotiaan lapsen haastatteluista. Lasten vanhemmilla oli mielenterveyshäiriö. Lapset kuvasivat vanhempien sairauden näkyvän perheessä lähinnä vanhemman jaksamattomuutena ja vuorovaikutuksen puutteena. Lasten selviytymistä tukevia asioita olivat tunne vanhempien rakkaudesta, perheen ulkopuoliset aikuiset, harrastukset, lemmikkieläimet ja samanikäiset kaverisuhteet.

Jähi (2004) on tutkinut psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa kasvaneita aikuisia Tampereen yliopiston terveystieteiden laitoksella julkaistussa väitöskirjassaan. Tutkimuksessa haastateltiin kolmeatoista aikuista, joiden jompikumpi vanhempi oli sairastunut heidän lapsuudessaan psyykkisesti. Haastateltavien ikäjakauma oli 24–50 vuotta, heistä kaksitoista oli naista ja yksi mies. Haastateltavat kuvasivat suhdettaan lapsuuden kokemuksiin ruumiillisena prosessina: ”kokemukset ovat olleet pinnan alla, peitossa, sisällä mustana möykkynä, joka sulaa hitaasti”. Osa haastateltavista kuvasi äitiään tuhoavaksi, pelottavaksi ja jopa vieraaksi. Neljä heistä oli huolehtinut äidistään lapsuudesta saakka ja toimi edelleen hänen huolehtijanaan. Tutkimuksen mukaan psyykkisesti sairastuneiden vanhempien lapsia yhdisti muihin omaisryhmiin erityisesti huolehtijan rooli ja negatiiviset kokemukset terveydenhuollosta.

Yhdysvalloissa Weissman työtovereineen (2006) seurasi vakavaa tai keskivaikeaa depressiota sairastavien vanhempien 6-23 vuotiaita lapsia 20 vuoden ajan. Lasten psyykkistä ja somaattista sairastavuutta verrattiin kontrolliryhmään (ei depressiivisten vanhempien lasten ryhmään). Tutkimuksessa oli mukana 91 perhettä ja 220 lasta. Viimeisen seurannan vaiheessa lapset olivat keskimäärin 35-vuotiaita ja yhteensä heitä oli 151. Tutkimuksen mukaan noin 80 % depressiivisten vanhempien lapsista oli kärsinyt jonkun asteisesta mielialan häiriöstä ja 65 % lapsista oli kärsinyt vakavasta depressiosta. Kontrolliryhmässä vastaavat luvut olivat 50 % ja 27 %.

Sutinen (2008) on tehnyt pro gradu tutkielman Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteiden laitoksella. Tutkimuskohteena oli Kuopion yliopistollisen sairaalan kaksi aikuispsykiatrian osastoa, joissa kartoitettiin henkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä lasten huomioon ottamisesta vanhemman ollessa psykiatrisella osastolla. Tutkimuksen mukaan lapset huomioitiin osastoilla, mutta varsinaisia perheinterventiota tehtiin vähän. Tähän vaikuttivat potilaiden lyhyet hoitoajat osastolla sekä hoitohenkilökunnan kokemattomuus lasten kanssa työskentelystä. Sosiaalityöntekijän vastuulle jäi yhteistyön tekeminen perheen kanssa lastensuojelullisissa asioissa. Osastojen hoitohenkilökunta koki tärkeäksi lasten huomioimisen vanhemman ollessa hoidossa ja halukkuutta työn kehittämiseen löytyi.

Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimustuloksia Lapset puheeksi ja Beardsleen perheinterventiosta ei vielä ole julkaistu, koska nämä ovat vielä nuoria työmenetelmä, enkä siitä syystä voi työssäni esitellä niitä. Huuskonen ja Vartiainen (2005) ovat tehneet Savonia ammattikorkeakoulussa Iisalmen yksikössä opinnäytetyön, jossa kartoitettiin lasten kokemuksia Ylä-Savossa toteuttavasta Beardsleen interventiomallista. Tutkimustulosten perusteella lasten kokemukset perheinterventiosta olivat myönteisiä ja he kokivat sen tarpeellisenä. Lapset kokivat saaneensa interventiossa tietoa vanhemman sairaudesta sekä apua psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Kehittämistarpeiksi selvityksessä nousivat tapaamisten ajankohdat ja istuntojen suureen määrään liittyvät asiat. Sipilän (2004) tekemä tutkimus vanhempien kokemuksista kertoo, että perheintervention myötä perheen vuorovaikutus oli lisääntynyt ja perheissä oli pystytty puhumaan myös aiemmin vaietuista asioista.

Mielenterveystyön järjestöt ovat toteuttaneet erilaisia projekteja lasten huomioimiseksi vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Inkisen ja Söderblomin (2006) projekti 2002–2005 tutki lasta omaisena. Projektin pohjalta on julkaistu kirja ”Vertti-vertaisryhmätoimintaa lapsille ja vanhemmille, kun vanhemmalla on mielenterveyden häiriö”. Johansson (2007) kehitti Varhaisen perheohjauksen mallin, Kotiosoite 3 – projektissa vuosina 2003–2006. Söderblomin (2005) projektissa tutkittiin lasten selviytymistä masentuneen vanhempansa kanssa olevassa vertaisryhmässä. Projektin tuloksista on julkaistu kirja ”Lapsi omaisena vanhemman kanssa vertaisryhmässä – kommunikaation ja ymmärryksen merkitys”. Omaiset mielenterveystyön tukena, Itä-Suomen ry (2005–2009) toteutti Auta leija lentoon nimisen lapsi omaisena – projektin.

3.2 Perhe ja vanhemmuus

Perhettä voidaan kuvata monin eri määrittein ja sen kokoonpano muuttuu perheen kehitysvaiheiden mukaan. Perheen voidaan katsoa muodostuvan yhdessä asuvien ihmisten ryhmästä, jossa on avio- tai avoliitossa asuvat vanhemmat ja heidän lapsensa, yksinhuoltajavanhempi lapsineen tai lapseton pariskunta. Suomessa lapsiperheeksi määritellään perhe, jossa on alle 18-vuotias lapsi/lapsia. (Hurme 1995, 141–142; Kartovaara 1994, 10; Taipale 1998, 90–92.) Pelkonen ja Löthman – Kilpeläinen (2000, 1) määrittelevät perheen tehtäviksi turvata lapsille vakaa ja luotettava kasvu ympäristö sekä turvalliset ja lämpimät ihmissuhteet.

Vanhemmuus on kasvutapahtuma, johon ei synnytä, vaan kasvetaan ja jossa vanhemman ja lapsen välinen suhde kehittyy vuorovaikutuksessa (Kekkonen 2001, 97–100; Kristeri 2002, 23). Helmisen ja Iso-Heiniemen (1999, 24–29) kehittämän vanhemmuuden roolikartan mukaan vanhemmuus sisältää viisi keskeistä osa-aluetta, jotka ovat huoltajan, rakkauden antajan, elämän opettajan, ihmissuhdeosaajan sekä rajojen asettajan roolit. Kaikkiin vanhemmuuden rooleihin tarvitaan herkkyyttä huomioida lapsen tarpeita ja toimia kasvattajana. Lapsi tarvitsee eri ikäkausina erilaista vanhemmuutta. Kasvattajana vanhemmalla on vastuu lapsen huolenpidosta, joka sisältää emotionaalisen tuen antamisen, lapsen toimintojen valvonnan sekä tarpeellisten rajojen asettamisen. Riittäväksi vanhemmuudeksi voidaan katsoa se, että kotona on turvallinen olo ja sieltä löytyy läsnä olevaa aikuisuutta. Turvallinen aikuinen

asettaa riittävissä määrin rajoja lapselle ja tarjoaa rakkautta. Perheessä, jossa on riittävissä määrin läsnä olevaa vanhemmuutta, uskalletaan puhua, näyttää tunteita ja kokea läheisyyttä. (Hurme 1995, 145–146; Kristeri 2002, 23–24; Manninen, Santalahti & Piha 2008, 2050; Piha 2004, 69.)

3.2.1 Vanhemman psyykkisen sairastumisen vaikutukset perheen hyvinvointiin

Vanhemman sairastuminen psyykkisesti muuttaa koko perheen elämää ja arkea (Koskisuu & Kulola 2005, 14). Tämä voi näkyä vanhemman kyvyttömyytenä huolehtia kodin perusasioista, jolloin lapset saattavat jäädä vaille tarvitsemaansa hoivaa ja huolenpitoa. Perheen sosiaalinen elämä kapeutuu ja perheen jäsenten sisäiset roolit muuttuvat. (Ervast 2001, 37–38; Jähi 2001 31–32; Nikanen 2002, 9; Pölkki & Huupponen 1999, 13.) Sairastuneen vanhemman käytös muuttuu ja hänen tunnereaktionsa sekä tapansa ajatella ja toimia poikkeavat aikaisemmasta käyttäytymisestä. Sairauden aiheuttama muutos näkyy vanhemman koko olemuksessa, kasvonilmeissä ja eleissä, ryhdissä, puheessa, sekä toimeliaisuuden luonteessa ja määrässä. (Solantaus & Ringbom 2004, 4.)

Sairastuminen heijastuu usein kielteisesti myös parisuhteeseen ja saattaa heikentää vanhemmuuden voimavaroja. Varsinkin masentuneen vanhemman mielialojen vaihtelu, lisääntynyt ärtyvyys ja apaattisuus voivat johtaa epäjohtonmukaiseen käyttäytymiseen rakkauden osoittamisessa ja lapsen ohjaamisessa. (Alasuutari & Solantaus 2004, 21; Ervast 2001, 37–38; Nikanen 2002, 10; Solantaus & Ringbom 2004, 4.) Kotona tapahtuvat asiat ovat lapsille hämmäntäviä ja pelottavia, sillä pieni lapsi ei pysty erottamaan, mikä on sairautta ja mikä ei. Mitä nuorempi lapsi sitä vaikeampi hänen on ymmärtää vanhemman psyykkistä sairautta, joka näkyy lähinnä käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa. (Jähi 2001, 57; Koskisuu & Kulola 2005, 112; Pölkki & Huupponen 1999, 12–13.)

Vanhemman psyykkinen sairaus herättää erilaisia tunteita perheen aikuisissa ja lapsissa. Näistä tunteista tavallisimpia ovat syyllisyyden, häpeän, vihan sekä pelon tunteet. Erityisesti lapsissa syyllisyyden tunteen voi herättää kokemus siitä, että hän on omalla käyttäytymisellään aiheuttanut vanhemman sairastumisen. (Jähi 2004, 44–45:

Lukkarinen 1999, 34; Pölkki & Huupponen 1999, 12–13; Solantaus & Ringbom 2005, 32–35.) Lasten kohdalla syyllisyyden on todettu liittyvän pääasiassa lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen vinoutumiin ja väärinkäsityksiin. Lapsen tietämättömyys ja vaikeus ymmärtää vanhemman sairautta, jättävät lapselle tilaa väärille uskomuksille ja luuloille, jonka seurauksena lapsi kohdistaa tapahtumat itseensä. (Jähi 2001, 58; Jähi 2004, 32.) Psyykkisesti sairaassa perheessä yleistä on epävarmuus ja perheen elämää eletään sairastuneen vanhemman ehdoilla (Ervast 2001, 47–48; Jähi 2001, 66; Lukkarinen 1999, 34–36; Nikanen 2002, 11–12; Pölkki & Huupponen 1999, 12; Solantaus & Ringbom 2005, 30–43).

Salokangas, Stengård ja Perälä (1991) sekä Jähi (2004) ovat tutkineet psykiatristen potilaiden omaisten kokemuksia, kun perheenjäsenellä on mielenterveysongelmia. Psyykkisen sairauden todettiin olevan usein pitkäaikainen ja monivaiheinen prosessi, johon liittyy yksilön ja hänen lähiyhteisönsä elämäkulkua järkyttäviä äkillisiä tai hitaasti eteneviä muutoksia. Tutkimusten mukaan perheen jäsenen psyykinen sairastuminen toi mukanaan taloudellisia, fyysisiä sekä emotionaalisia rasituksia ja ongelmia. Perheen sosiaalinen tilanne muuttui, työnjakoa ja vastuuta jouduttiin muuttamaan perheenjäsenten välillä, sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolelle väheni ja tultiin riippuvaiseksi yhteiskunnan palveluista. Sairastuneen läheiset kokivat usein ahdistusta, uupumusta, syyllisyyttä ja häpeää sekä hämmennystä perheen jäsenen alkaessa käyttäytyä itselleen epätyypillisellä tavalla. Samoin perheen arjen todettiin vaikeutuvan. Nyman ja Stengård (2001, 69–70) totesivat omaisten hyvinvointia kartoittaneessa tutkimuksessaan aikuisomaisista 38 % masentuvan läheisen sairastuessa psyykkisesti.

Masennuksesta johtuva huonommuuden tunne eristää perhettä solmimasta sosiaalisia suhteita. Tämän seurauksena perheen sosiaaliset kontaktit vähenevät merkittävästi ja perhe alkaa eristäytyä. Perheen eristäytymisen seurauksena lasten tunne-elämän sekä sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen kehittyminen ovat vaarassa. Mikä voi johtaa ongelmiin monilla kehityksen osa-alueilla. (Nikanen 2002, 10–11; Solantaus 2001, 45; Solantaus 2005, 44–46; Solantaus & Ringbom 2005, 24.) Ervast (2001, 70) ja Jähi (2004, 120) toteavat tutkimuksissaan, että mielenterveydenhäiriöistä kärsivien perheissä puhumattomuus vanhemman sairaudesta on yleistä ja siitä aiheutuva tiedonpuute aiheuttaa lapsissa pelon ja hämmennyksen tunteita sekä kokemuksia

syRJäytetyksi tulemisesta. Myös Lukkarisen (1999) mukaan lapsen sosiaalinen eristäytyminen voi liittyä vanhemman sairaudesta johtuvaan häpeään ja salailuun. Samankaltaista eristäytymistä on ollut havaittavissa myös päihdeperheitä koskevissa tutkimuksissa, joissa eristäytymiseen liittyy voimakkaasti perheen leimautuminen vanhemman alkoholin käytön vuoksi. (Itäpuisto 2005, 94–96.)

Vaikeuksista huolimatta lapset ovat yleensä vanhemmilleen lojaaleja ja kokevat velvollisuudekseen auttaa vanhempiaan vaikeassa elämäntilanteessa (Pölkki & Huupponen 1999, 12). Psykkisesti sairaiden vanhempien lapsia tutkittaessa on kiinnitetty huomiota erityisesti sairastuneen vanhimman lapsen lisääntyneeseen vastuuseen, joka voi olla lapselle kuormittavaa. Lapsen ja vanhemman roolit perheen sisällä ikään kuin vaihtuvat, jos vanhempi menettää vastuutaan ja lapsi siirtyy vastuunottajan rooliin. (Lukkarinen 1999, 44–46; Pölkki & Huupponen 1999, 13.) Muutos perheessä voi johtaa siihen, että lapsesta tulee perheen vastuunkantaja, joka huolehtii itsensä lisäksi kodista, sairaasta vanhemmastaan ja nuoremmista sisaruksistaan (Jähi 2001, 63; Ervast 2001, 40–41; Lukkarinen 1999, 46). Esimerkiksi vakavaan masennukseen liittyvä väsymys ja mielenkiinnon menetys johtavat siihen, että vanhempi ei jaksa hoitaa kotia samalla tavalla kuin ennen sairastumistaan. Kodissa arjen sujuminen on lapsille perusturvallisuuteen liittyvä asia, jos vanhempi ei pysty vastaamaan siitä, ottavat lapset hoitaakseen kodin asiat. Vastuunottaja on usein perheen vanhin lapsi tai tytär, joka alkaa huolehtia kodista ja muista perheenjäsenistä. Näin toimiessaan lapsi ajattelee ja uskoo pystyvänsä auttamaan vanhempaansa tervehtymään. Seurauksena lapsi oppii laittamaan toisen tarpeet ensisijalle ja syrjäyttämään omat tarpeensa. (Solantaus 2001, 44–45; Solantaus & Ringbom 2005, 25–27.)

Solantaus ja Bearslee (1996) toteavat, ettei vastuun ottaminen sellaisenaan ole vaaratekijä lapsen psyykkiselle kehitykselle, jos se vastaa lapsen ikää ja hänen toimintamahdollisuuksiaan. Ongelmaksi vastuunotto muodostuu silloin, jos se on syyllisyyden värittämää ja tehtävä ylittää lapsen kehitystason. Lapselle liian suuri vastuu on ahdistavaa ja tuottaa syyllisyyden ja riittämättömyyden tunteita. (Solantaus 2001, 45.) Erityisen suuri ongelma lapselle on vanhemman itsemurhavaara, jos siitä ei pystytä puhumaan perheessä. Vanhempaa suojellakseen lapsi saattaa jättää omat harrastuksensa ja ystävänsä tai kieltäytyä koulunkäynnistä varmistakseen, että on

tarvittaessa paikalla ja vanhempansa apuna. Näissä tilanteissa lapsen elämä kapenee ja itsenäistymiskehitys kärsii, mikä voi olla erityinen ongelma murrosikäisille ja kotoa lähteville nuorille. Pelko vanhemman menettämisestä voi aiheuttaa lapsessa myös ahdistusta ja keskittymiskyvyn puutetta, mikä vaikeuttaa koulunkäyntiä. (Solantaus 2001, 41; Solantaus & Ringbom 2005, 44–46.)

Vanhemman sairastuessa psyykkisesti monet lapset joutuvat kokemaan hoidon laiminlyönnin lisäksi väkivaltaa. Väkivallan on todettu kohdistuvan sekä lapseen itseensä että toiseen vanhempaan. (Jähi 2001, 66; Lukkarinen 1999, 35; Paldanius, 2002, 52–54.) Päihdeperheiden lasten kokemuksia tarkastelevan tutkimuksen mukaan lapset olivat kokeneet fyysisen ja seksuaalisen väkivallan lisäksi henkistä, sosiaalista ja taloudellista väkivaltaa (Itäpuisto 2005, 74). Sutinen (2008) toteaaakin, että vanhemman mielenterveyden häiriöt koskettavat laajasti lapsen tunne-elämää, mikä näkyy lasten kokemuksia tarkastelevien tutkimusten tuloksista (esim. Ervast 2001, Jähi 2004, Lukkarinen 1999).

3.2.2 Vanhemman psyykkisen sairastumisen vaikutukset lapsen kehitykseen

Viinamäen, Vehviläisen ja Vohlasen (2003) tutkimuksen mukaan sairaalahoidossa olevien masennuspotilaiden keski-ikä oli 39,9 vuotta. Tilastotietojen mukaan 10-vuotiaiden lasten vanhemmat ovat tavallisemmin 40-vuotiaita. Näin ollen voidaan päätellä, että masennuspotilaan läheisinä ovat puoliso ja alaikäinen lapsi tai lapset (Alasuutari & Solantaus 2004, 21). Tätä tukee myös Määtän ja Määtän (1995) tutkimus, jonka mukaan psykiatrisen hoidon kehittäminen avohoidon suuntaan on lisännyt lähiomaisten vastuuta sairastuneen omaisen hoidosta ja huolehdintavastuun koettiin olevan lähes yksinomaan perheellä.

Lapsen kehitykselle katsotaan tärkeäksi, että perhe pystyy toimimaan niin, että ristiriidoista pystytään puhumaan. Tämä tarkoittaa, että perheessä perheenjäsenten puhe on selkeää ja ymmärrettävää, jolloin puhe ja käyttäytyminen ovat johdonmukaisella tavalla suhteessa toisiinsa. Toisin sanoen sanat ja teot ovat samansuuntaisia. Tärkeää on myös, että perheessä vallitsevat arvot ja säännöt ovat suhteellisen pysyviä ja muutokset tehdään yhdessä sopien. Toimivassa perheessä

vuorovaikutus on lapsen itsetunnon kehitystä tukevaa ja mahdollistaa niin myönteisten kuin kielteistenkin tunteiden ilmaisun. (Wahlberg 1999, 50–51.)

Tärkeimpänä suojaavana tekijänä lapsen kehityksessä pidetään vanhemman kykyä vastata lapsensa iänmukaisiin, emotionaalisiin ja konkreettisiin tarpeisiin. Vanhemman psyykkinen sairaus ei suoraan vaikuta lapseen, vaan vaikutus riippuu siitä, miten vanhemman sairaus heikentää, vääristää tai estää hänen kykyään toimia vanhempänä. Riskitekijäksi sairaus muodostuu silloin, kun se vanhempi-lapsi vuorovaikutus haittaa tai vääristää lapsen kasvun edellytyksiä. Vanhemman sairauden vaikutuksen on todettu riippuvan lapsen iästä ja kehitysvaiheesta, sukupuolesta, vanhemman sairastumisen ajankohdasta sekä niiden jaksojen pituudesta, jolloin sairaus haittaa eniten vanhemmuutta. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30; Rutter 1986, 26, 29; Tamminen 2004, 100–101; Tamminen & Räsänen 2004, 374–375; Veijola 1996, 162–163.) Vanhemman mielenterveyden häiriöiden vaikutusten ajatellaan tapahtuvan lapsen kehitykseen useiden riskitekijöiden kasaantumisen tuloksena. Riskitekijät voivat liittyä vanhempaan, lapseen tai heidän vuorovaikutussuhteeseensa, ja ne voivat olla geneettisiä, sosiaalisia tai psykologisia. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30; Tamminen 2004, 100, 103; Tamminen & Räsänen 2004, 374.)

Downey ja Coyne (1990, 53) sekä Schwoeri ja Sholevar (1994, 126) ovat osoittaneet tutkimuksissaan, että vanhemman mielenterveyden ongelmat heijastuvat psykososiaalisten riskitekijöiden kautta perheen arkeen ja kuormittavat lasten kasvu- ja kehitysprosesseja. Psykkisesti sairaiden vanhempien ja heidän lastensa tilannetta tarkastelevassa Akkula -hankkeessa vanhemman sairastuminen psykoosiin nähtiin erityisenä riskitekijänä perheen itsenäisen selviytymisen kannalta. Tutkituissa perheissä 44 %:lla oli tarve jonkinlaiseen tukeen, kun vastaava luku muista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden perheissä oli 24 %. (Leijala ym. 2001, 138–140, 145.)

Eri mielenterveydenhäiriöt tuovat omat ominaispiirteensä perheen elämään ja sitä kautta lasten kehitykseen. Mielenterveyden häiriöitä kartoittavissa tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että äidin depressiolla on runsaasti vaikutusta äitiyteen sekä äidin ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen ja sen myötä lapsen myöhempään psyykkiseen hyvinvointiin. Erityiseksi ongelmaksi muodostuu masentuneen äidin vääristynyt

kokemus omasta itsestä, toisista ihmisistä ja erilaisista arkipäivän tapahtumista. Silloin kun vanhemman depressiiviset ajattelumallit ovat voimakkaasti vääristyneitä tulkintoja arkipäivän todellisuudesta ja hallitsevat hänen ajatteluaan ja toimintaansa, ne alkavat muokata myös perheen todellisuutta ja lapsi omaksuu pessimistiset ajattelumallit omaksi tavakseen arvioida itseään ja kohdata maailmaa. (Downey & Coyne 1990, 63–65; Nikanen 2002, 11; Tamminen 2004, 101–102.)

Masentuneiden vanhempien lasten hyvinvoinnin uhkaa lisää lapsen kykenemättömyys tunnistaa vanhemman oireita sairaudeksi, jolloin lapsi tulkitsee vanhemman poikkeavan käytöksen itselleen vahingollisesti. Myös masennusta sairastavan vanhemman hoidon tarve huomataan usein myöhemmin, kuin esimerkiksi psykoosia sairastavan vanhemman hoidon tarve, jolloin masennusta sairastavan vanhemman lapset joutuvat elämään pitkään vaikeassa tilanteessa. (Isometsä 2007, 163; Solantaus 2001, 24.) Alkoholistien ja psykoottisten vanhempien lasten erityisenä uhkana voidaan pitää vanhemman väkivaltaisuutta ja vanhemman taipumusta sitoa lapsi osaksi omaa harhamaailmaansa, mikä voi johtaa lapsen omiin realiteettihäiriöihin. Myös masennukseen liittyvä ärtyvyys voi johtaa lasten kovakouraiseen kohteluun. (Nikanen 2002, 11–12; Solantaus 2001, 24.)

Vanhemman psyykkisestä sairaudesta ja perheen ongelmista johtuvat mahdolliset kehityksen häiriöt ja ongelmat voivat ilmetä lapsen elämässä kahdella tasolla. Ne voivat kuormittaa lapsen elämää niin, että oireilu alkaa jo lapsena tai ne voivat vaikuttaa kehitykseen tavalla, joka aiheuttaa hänelle vaikeuksia myöhemmin elämässä. Esimerkiksi, jos lapsi ei etene kehityksessä ikätasonsa mukaisesti, häiriö voi heijastua opiskeluun ja työuraan myöhemmällä iällä. Lisäksi lapselle voi kehittyä sellaisia psyykkisiä persoonallisuuden rakenteita ja reaktiomalleja, jotka altistavat hänet sairastumiselle aikuisiässä. (Solantaus 2001, 25–26.) Veijolan (1996, 104) vanhemman mielenterveysongelmien ja somaattisten sairauksien yhteyttä lapsuuden kokemuksiin koskevan tutkimuksen mukaan, sairaiden vanhempien lapset kärsivät pitkäaikaisista mielenterveyden häiriöistä kaksi kertaa yleisemmin kuin terveiden vanhempien lapset. Psykoosia sairastavien vanhempien lasten psykoosiin sairastumisen riskin on todettu kasvavan 10–16 % (Tammisen 2004, 101). Vastaavasti masennukseen sairastumisen riski kasvaa 5–20 % niillä henkilöillä, joiden perheessä on esiintynyt masennusta (Breadslee 2002, 46).

Lapsen reaktiot vanhemman psyykkiseen sairauteen ja siihen liittyviin tilanteisiin ja ongelmiin ovat aina yksilöllisiä. Jokainen lapsi reagoi tilanteeseen oman psyykkisen rakenteensa ja ikänsä mukaisesti. Pölkin ja Huupposen (1999, 13) artikkelin mukaan vanhemman psyykkiseen sairastumiseen liittyvät negatiiviset tunteet voivat aiheuttaa lapselle stressioireita, jotka pitkittyessään muuttuvat vakaviksi mielenterveysongelmiksi. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Downey ja Coyne (1990, 67–70) ovat todenneet, että noin 40 % vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista sairastuu ennen 20 ikävuottaan ja noin 60 % ennen 25 ikävuottaan. Myös muissa vanhemman psyykkisissä häiriöissä on todettu lapsilla olevan kohonnut riski sairastua psyykkisesti (Bearsdlee 2002, 46).

Vanhemman sairaus ei välttämättä aina ole lapsen kehityksen kannalta negatiivinen asia, vaan joskus se voi jopa tukea lapsen kehitystä ja kykyä selvitä myöhemmin elämässään. Varsinkin psykoottisten vanhempien lapsilla on todettu lisääntynyt herkkyys tulkita muita ihmisiä sekä kasvanut vastuuntuntoisuus ja oma-aloitteisuus. Joidenkin tutkimusten mukaan skitsofreniaa sairastavan vanhemman lapsen on todettu selviytyvän poikkeuksellisen hyvin elämässään. (Solantaus 2001, 26–27; Tamminen 2004, 101; Veijola 1999, 162.) Masennusta sairastavan vanhemman lapsen kohdalla erityiset kyvyt liittyvät usein herkkyyteen ja vastuullisuuteen. Tämä voi liittyä siihen, että lapsi alkaa jo pienenä tarkkailla vanhempaansa ja yrittää näin ennakoida vanhemman reaktioita. Taidoilla, joita lapsi kehittää jakaessaan arjen psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa, on suuri merkitys vanhemman kuntoutumisessa, jos lapsi itse selviää sairastumatta. (Solantaus 2001, 27.)

3.2.3 Lapsen selviytymiskeinot vanhemman sairastuessa psyykkisesti

Vaikeista lapsuudenkokemuksista huolimatta suurin osa lapsista selviää hyvin elämässään eikä sairastu itse. Näitä lapsia on ryhdytty kutsumaan pärjääviksi lapsiksi. Pärjäämistä edistävien prosessien eli niin sanottujen suojaavien tekijöiden parempi ymmärtäminen on mahdollistanut preventiivisten työmenetelmien kehittämisen riskiryhmissä oleville lapsille. (Solantaus & Beardslee 1996, 1650.) Beardslee ja Podofresky (1988) tutkivat lapsia ja nuoria, jotka selviytyivät hyvin vanhemman psyykkisestä sairaudesta huolimatta. Tutkimuksen mukaan lasten kehitystä suojasivat

kyky itseymmärrykseen, toimivat ihmissuhteet sekä kodin ulkopuolinen aktiivinen sosiaalinen elämä.

Lasta suojaava itseymmärrys voidaan jakaa kolmeen tekijään: 1) Lapsi osaa arvioida oikein vanhemman tilanteen eli ymmärtää, että vanhemman outo käytös johtuu sairaudesta. Vanhemman sairaus ei ole lapsen syytä. 2) Lapsella on realistinen arvio omista toimintamahdollisuuksistaan ja oman toiminnan seuraamuksista. Vanhemman hoitaminen ei ole lapsen tehtävä. 3) Lapsella on toimintaa, joka heijastaa ymmärrystä vanhemman tilanteesta. Hän pystyy ajattelemaan aktiivisesti ja toimimaan irrallaan vanhemman sairaasta kokemus- ja tulkintamaailmasta. Lapsi ylläpitää omia ystävyys-suhteitaan ja harrastuksiaan perheen ulkopuolella. (Nikanen 2002, 14; Solantaus & Beardslee 2001, 123.)

Lasta suojaavat ja kehitystä edistävät tekijät voivat liittyä lapseen itseensä, hänen perheeseensä, lähiympäristöön tai yhteiskuntaan. Lapsen omilla persoonallisuuden ominaisuuksilla on merkitystä siten, että lapsen temperamentin on todettu vaikuttavan vuorovaikutuksen laatuun. Esimerkiksi vanhemman psyykkisellä sairaudella on vahvempi vaikutus lapseen, joka on temperamentiltaan passiivinen ja syrjään vetäytyvä. Myös lapsen älykkyys ja hyvä kognitiivinen kapasiteetti eli ajattelun taso, auttavat lasta suojautumaan vanhemman outoa käyttäytymistä vastaan. (Aro 1990, 2755; Tamminen 2004, 101.) Rutterin (1986, 29–30) mukaan selviytyvät lapset toimivat, eivätkä reagoi passiivisesti vanhemman outoon käytökseen. Lapsen toiminnan on todettu liittyvän pysyvyyden tunteeseen ja taitoon ratkaista ongelmia. Tämän lisäksi lapsen reagointiin vaikuttaa lapsen arvio tilanteesta ja se, miten hän pystyy käsittelemään kokemaansa, antamaan sille merkityksen ja sisäistämään sen uskomuksiinsa. Tähän vaikuttaa lapsen ikä. Iän merkitys korostuu siinä, että vanhemmalla lapsella on kykyä oman kokemusmaailmansa jäsentämiseen ja siitä syystä hänellä on edellytykset ymmärtää vanhemman tilanne selkeämmin. (Paldanius 2002, 85; Rutter 1986, 29.) Nopparin (2004, 320–325) mukaan vanhemman sairastuessa psyykkisesti, lapsi selviytyy, jos hän ymmärtää vanhemman olevan sairas, eikä syyllistä itseään. Kun lapsi oppii käsittämään tämän, hänen on helpompi tulkita perheen sisäisiä tapahtumia oikein. Jos lapsella on tarpeeksi tietoa tilanteesta, hän kykenee myös solmimaan kontakteja ikätovereihinsa ja hankkimaan kodin ulkopuolisia harrastuksia. Jähi (2004, 50) toteaa lasten kehittävän erilaisia keinoja

irtautuakseen perheen arkipäivän tilanteesta. Lasten positiivisina selviytymiskeinoina pidetään irtautumista raskaasta kotielämästä esimerkiksi leikin, musiikin, kirjojen tai harrastusten avulla. Haitallista tai epäterveellistä lapsille on alkoholin tai muiden päihteiden käytön kokeileminen.

Perheen sisäisistä suojaavista tekijöistä tärkeimpinä pidetään hyviä perhesuhteita ja arkipäivän sujumista. Lapselle tuo turvaa jo se, että toisella vanhemmalla on mahdollisuuksia korvata tai korjata sairaan vanhemman puuttuvaa vanhemmuutta. (Solantaus 2006, 5; Tamminen 2004, 101.) Lisäksi perheen sisäisenä selviytymistä tukevana suojaavana tekijänä nähdään lapsen sisaruksilta saama tuki (Lukkarinen 1999, 40). Perheen ulkopuolisina lasta suojaavina tekijöinä voidaan pitää perheen ulkopuolisia aikuissuhteita sekä sairaan vanhemman muilta aikuisilta saamaa sosiaalista tukea. Samoin lapsen kaverisuhteilla on oma merkityksensä lapsen sosiaalisten suhteiden kehittämisessä. (Tamminen 2004, 101.) Lasten selviytymistä kartoittavien tutkimusten mukaan, lapset kokivat saaneensa tukea isovanhemmiltaan, sukulaisiltaan, kavereiltaan sekä harrastuksista, jotka mahdollistivat kotiolojen hetkellisen unohtamisen sekä antoivat menestymisen ja onnistumisen kokemuksia (Lukkarinen 1999, 54–55; Paldanius 2002, 86–87; Solantaus 2001, 25).

Yhteiskunnan taholta lasta suojaavina palveluina voidaan pitää terveydenhuollon tarjoamaa tukea ja preventiivisiä palveluita vanhemman sairastuessa psyykkisesti (Solantaus 2005, 3766). Yhteiskunnan tukimuotoja ja palveluja suunniteltaessa olisi syytä kiinnittää huomiota perheen voimavaroihin ja lapsen ympäristössä oleviin suojaaviin tekijöihin sekä päivähoidon ja koulun osuuteen. Suojaavien tekijöiden tiedostaminen näyttäytyy erityisen tärkeänä pyrittäessä tukemaan ja auttamaan riskioloissa olevia lapsia, kuten vanhemman psyykkisen sairauden kanssa kasvavia lapsia. (Paldanius 2002, 94–95; Solantaus 2005, 3766.)

3.3 Perheen kanssa tehtävä työ

Perhetyöllä tarkoitetaan sosiaali- tai terveysalan ammatillisen koulutuksen saaneen henkilön toteuttamaa perheiden kanssa tehtävää työtä terveydenhuollossa tai kotona. Perhetyö on yhteiskunnallista ja sosiaalista työtä, jossa tavoitteena on yhdessä perheen

kanssa ratkaista arkielämässä esille tulleita haastavia elämäntilanteita ja ongelmia. Perhetyö on vanhemmuuden tukemista, lasten ja kasvatuksen ohjaamista, vuorovaikutustaitojen vahvistamista, sosiaalisten verkostojen laajentamista, perheen toimintakyvyn vahvistamista sekä syrjäytymisen ehkäisemistä. Perhetyötä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä eri työmenetelmiä käyttäen, riippuen perheen tarpeesta, toteuttamispaikasta ja perhetyön teoreettisesta lähtökohdasta. (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 10,15, 32–34.) Opinnäytetyössäni perheiden kanssa tehtävällä työllä tarkoitan Toimiva lapsi ja perhe hankkeen kehittämisiä työmenetelmiä, joilla tuetaan vanhemmuutta ja ennaltaehkäistään lasten psyykkisen sairastumisen riskiä.

Perheiden kanssa tehtävässä työssä psykoedukatiivisuus, vuorovaikutuksellisuus ja preventiivisyys ovat teoreettisia viitekehyksiä, jotka ohjaavat työtä. Psykoedukatiivisuuteen liittyy ajatus, että jaettu ymmärrys sairaudesta auttaa perhettä sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja vähentää traumatisoitumista. Perheenjäsenten oikeanlainen suhtautuminen sairastuneeseen ja tuen antaminen sairastuneelle edesauttaa toipumista. Siksi työskentelyn painopiste on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa. (Furman 1986, 23–25.)

Vuorovaikutuksen näkökulma perheiden kanssa tapahtuvassa työssä perustuu systeemiseen ajatteluun, jossa perhe nähdään vuorovaikutusjärjestelmänä. Esimerkiksi vanhemman psyykkinen sairaus heijastuu usein perheen vuorovaikutukseen, vanhemmuuteen ja lasten hyvinvointiin. Huomioimalla koko perhettä saadaan perheenjäsenten voimavarat käyttöön ja näin perheenjäsenet pystyvät tukemaan toisiaan muuttuneessa elämäntilanteessa. Siksi on tärkeää, että kaikki perheenjäsenet tulevat kuulluiksi, heidän toiveitaan ja mielipiteitään kunnioitetaan ja heitä arvostetaan yksilöinä. (Berg & Suominen 2000, 17; Kaikko 2004, 67; Latvala 2002, 120; Taipale 1998, 96–100.)

Preventiivisyydellä (ennaltaehkäisy) tarkoitetaan mahdollisimman varhaista puuttumista sellaisiin asioihin, joiden tiedetään aiheuttavan ongelmia perheen ja lasten elämässä (Peltonen 2004, 13–17). Preventiivisessä perheiden kanssa tehtävässä työssä on keskeistä löytää sellaisia toimintamuotoja, joilla pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja helpottamaan riskiolosuhteissa olevien lasten ja perheiden ongelmia

mahdollisimman varhain. Varhainen tuki sisältää vanhemmuuden tukemista, lasten ja kasvatuksen ohjaamista, vuorovaikutustaitojen vahvistamista, sosiaalisten verkostojen vahvistamista, perheen toimintakyvyn vahvistamista, syrjäytymisen ehkäisemistä sekä tuen antamista tarvittavien palvelujen löytämisessä. Varhaisen tuen edellytys on, että perheessä havaitut riskitekijät eivät välittömästi vaikuta lapsen hyvinvointiin, toisin sanoen perheessä on riittävästi voimavaroja ja lasta suojaavia tekijöitä. (Häggmån-Laitila 2002, 13–14; Eirola 2003, 38; Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2001, 10–11.)

Lasten huomioimisen hyväksi tehtävä työ aikuispsykiatriassa voidaan nähdä riskiryhmään kohdistuvaksi preventiiviseksi mielenterveystyöksi (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 31). Preventiivinen mielenterveystyö jaetaan primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. Primaaripreventiolla tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään vähentämään häiriöiden määrää. Mielenterveystyössä keskeistä on riskitekijöiden, lapsen haavoittuvuuden ja suojaavien tekijöiden huomioiminen. Sekundaaripreventiolla pyritään vähentämään sairastavuutta. Varsinkin mielenterveystyössä korostuu varhaisen hoidon aloittamisen merkitys, koska useimmat mielenterveydenhäiriöt saattavat vaikeutua ja kroonistua myöhään aloitetun hoidon vuoksi. Tertiääripreventio painottuu hoitoon ja kuntoutukseen, joilla pyritään vähentämään mielenterveydenhäiriön aiheuttamaa toimintakyvyn laskua. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 31; Tamminen & Räsänen 2004, 374.) Aikuispsykiatriassa preventiivisenä työnmenetelmänä voidaan pitää lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyä, jossa tuetaan vanhemmuutta antamalla ohjausta ja neuvontaa lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvissä asioissa (Tamminen & Räsänen 2004, 376).

Lastensuojelulaissa määritellään preventiivisen lastensuojelun olevan vanhemmuuden tukemisen ohella lapsen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin edistämistä ja turvaamista. Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata lapsen oikeudet turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. (Lastensuojelulaki 2007/ 417.) Laki velvoittaa kaikkia lasten ja perheiden kanssa työskenteleviä työntekijöitä tukemaan lasten vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään, sekä tarjoamaan asiakasperheille tarpeellista apua riittävän varhaisessa vaiheessa. Aikuispsykiatrian näkökulmasta tärkeänä voidaan pitää lastensuojelulain 10 §, jossa henkilökunta velvoitetaan arvioimaan lasten hoidon ja tuen tarpeet aina, kun vanhempi saa mielenterveydellisiä tai päihdehuollon palveluja.

Laissa korostetaan lasten kehitykseen liittyvien vaikeuksien ennaltaehkäisemistä ja niihin mahdollisimman varhaista puuttumista. Tämä vaatii aikuispsykiatrian työntekijöiltä perheen kanssa tehtävää työtä jo ennen, kuin perheessä on havaittavissa ongelmia. Jos perheessä on jo ongelmia, varhaisen avun tarjoaminen perustuu ongelmien varhaiseen tunnistamiseen. (Lastensuojelulaki 2007/417; Sutinen 2008, 25.)

Aikuispsykiatriassa on perinteisesti keskitytty yksittäisen potilaan hoitamiseen, jolloin potilaan perhe ja erityisesti lapset herkästi unohtuivat (Inkinen 2001, 7). Viime vuosina Suomessa on alettu kiinnittää huomiota psyykkisesti sairastuneiden vanhempien lasten jaksamiseen. Tähän ovat osittain vaikuttaneet tutkimustulokset, joissa on pystytty osoittamaan vanhemman psyykkisellä sairaudella olevan vaikutusta lapsen mielenterveyden kehittymiseen. Alkuun aikuispsykiatriassa kiinnitettiin huomiota lasten hoivaan ja turvallisuuteen, jolloin työ painottui lähinnä lastensuojelullisiin asioihin. Myöhemmin hoidossa herättiin huomaamaan lapsen oman hoidon tarve vaikeasta perhetilanteesta johtuen ja ryhdyttiin tapaamaan koko perhettä ja kartoittamaan sen jaksamista. Nykyään pääpaino on lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyssä, johon on kehitetty preventiivisiä työmenetelmiä. Näiden avulla pyritään tukemaan vanhemmuutta ja lasten selviytymistä vanhemman sairastuessa psyykkisesti. (Solantaus 2001, 19–20.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa olisi oleellista tiedostaa preventiivisten työmenetelmien tarpeellisuus mielenterveyspotilaiden lasten kohdalla. Tätä ajatusta vahvistaa myös Pajasen (2004) tutkielma, jossa korostetaan työntekijöiden merkitystä vanhemmuuteen liittyvissä ongelmatilanteissa. Tutkielmassa suositellaan kehitettävän uudenlaisia palvelumuotoja lapsiperheille, joissa yhdistyy elämän hallinnan ja pärjäävyyden tukeminen, ammattitiedon yhdistäminen perheen kokonaisuuteen sekä vanhemmuuden kunnioittaminen. Preventiivistä työtä tukevat myös tutkimustulokset siitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri vaara kulkea sukupolvien ketjussa (Alasuutari & Solantaus 2004, 24). Saman ilmiön tunnistavat aikuispsykiatrian työntekijät oman työkokemuksensa kautta. Interventiomenetelmien yhteiskunnallista hyötyä voidaan arvioida väestön sairastumisen riskin vähenemisenä. Yksilön tasolla hyötyä voidaan tarkastella elämänlaadun säilymisen näkökulmasta, koska interventioiden puitteissa voidaan vähentää väärinkäsityksiä ja lisätä ymmärrystä ja suoraa puhumista vanhemman sairaudesta. Näiden lisäksi perheellä on

mahdollisuus saada uusia ja konkreettisia työkaluja vanhemmuutensa tueksi ja lastensa kehityksen tukemiseen. Uusien työmenetelmien tarpeellisuutta osoittaa myös Akkula hankkeesta saadut tutkimustulokset, jossa hankkeen yhtenä tehtävänä oli selvittää, kuinka suuri osa psyykkisesti sairaiden henkilöiden perheistä oli tuen tarpeessa.

Tutkimustulosten mukaan selvästi tuen tarpeessa oli 33 % perheistä. Tämän lisäksi työntekijöillä heräsi jonkinlainen huoli perheistä 51 % osalta. Hyväksi perheen tilanne arvioitiin 16 % osalta. Tuen tarvetta aiheuttavina tekijöinä todettiin olevan perheen äidin toimintakykyyn liittyvät ongelmat, joihin saattoi liittyä ongelmia rahankäytössä, lastenhoidossa, työnteossa ja kodin ulkopuolisissa suhteissa. Lisäksi kodin varustetason puutteet ja perheen keskinäiset ajanvietto-ongelmat todettiin olevan osaltaan vaikuttamassa perheen tuen tarpeeseen. Isän toimintakyvyllä ei ollut yhteyttä perheen tuen tarpeeseen. Perheistä ja lapsista tehtyjen havaintojen perusteella jatkotoimenpiteitä suositeltiin 56 %:lle lapsista. Lastenpsykiatrasta tutkimusta suositeltiin 16 %:lle, perheneuvolakäyntiä 15 %:lle ja lastensuojelullisia tarpeita arvioitiin olevan 10 %:lla lapsista. Muut toimenpidesuosituksukset lapsille ja perheille olivat neuvolaseuranta, käynnit terveystieteidenkeskukseen tai koulun terveydenhoitajalla, lastenpsykiatrian konsultaatio, nuorten mielenterveyspalvelut ja vanhempien pariterapia. Perheiden tuentarpeella ja työntekijöissä heränneellä huolella lasten psyykkisestä kehityksestä oli selkeä yhteys jatkotoimenpidesuosituksiin. (Leijala ym. 2001, 145–155.)

Lapsia tapaaville työntekijöille on kehitetty Stakesin vuosina 2001–2004 koordinoimassa Varpu eli Varhaisen puuttumisen valtakunnallisessa hankkeessa niin sanotut neljän huolen vyöhykkeet (Eriksson & Arnkil 2007, 25). 1) Ei huolta vyöhykkeellä, työntekijä kokee lapsen asioiden olevan hyvin. Lapsi saa sitä huolenpitoa, jota tarvitsee, hän kasvaa, kehittyy ja menestyy koulussa. Toisin sanoen lapsella tai nuorella todetaan olevan turvalliset kasvuolosuhteet ja sosiaalinen verkosto. 2) Pienen huolen alueella työntekijän mielessä on käynyt pieni huoli tai ihmettely lapsen tai nuoren tilanteesta. Lapsi saattaa olla esimerkiksi levoton tai hänellä on lieviä käyttäytymishäiriöitä. Tämän alueen huolet koetaan suhteellisen pieniksi ja työntekijä luottaa omaan ammattitaitoonsa, joten tilanne ei edellytä vielä aktiivista työskentelyä muun lapsen verkoston kanssa. 3) Huolen harmaalla vyöhykkeellä huoli on tuntuva ja se kasvaa edelleen. Työntekijä kokee omat auttamiskeinonsa riittämättömiksi.

Harmaan vyöhykkeen alueella haasteena on tuen tarpeen selkiyttäminen ja yhteistyön toteutuminen eri sektoreiden välille, esimerkiksi yhteistyö lastensuojelun kanssa. 4) Suuren huolen vyöhykkeellä työntekijä arvioi lapsen tai nuoren olevan jo vaarassa. Näissä tilanteissa tarvitaan selkeää, nopeaa ja määrätietoista toimintaa kriisitilanteen laukaisemiseksi, turvallisuuden luomiseksi, huolenpidon vakauttamiseksi ja jatkuvuuden turvaamiseksi. (Arnkil 2004, 221–225; Eriksson & Arnkil 2007, 26.)

4 TOIMIVA LAPSI JA PERHE -HANKE

Suomessa alkoi vuonna 2001 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Stakesin) Toimiva lapsi ja perhe – hanke. Hankkeen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää terveyden- ja sosiaalihuollon sekä sivistystoimen käyttöön työvälineitä, joilla ennaltaehkäistään lasten psyykkisiä häiriöitä ja sosiaalista syrjäytymistä silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelmia tai muita vanhemmuutta kuormittavia tekijöitä. Tavoitteena on lisätä preventiivisiä työmenetelmiä ja rakentaa yhteistyötä aikuisten ja lasten palvelujen välille niin, että mielenterveydenhäiriöistä kärsivät vanhemmat saavat tarvitsemaansa tukea vanhemmuuteensa ja lastensa hyvinvoinnin turvaamiseen. (Sipilä 2004, 17–18; Solantaus 2006, 1; Wiik, Palomäki & Järvi 2003, 13.)

Toimiva lapsi ja perhe hankkeeseen kuuluu viisi eri työmenetelmää, jotka ovat ”Lapset puheeksi interventio”, ”Beardsleen perheinterventio”, ”Lapsi ja perhe neuvonpito” sekä ”Verttikurssit perheille” ja ”Verttiryhmät lapsille ja vanhemmille” (Solantaus 2006, 4). Työmenetelmien tarkoituksena on yhteistyössä perheen kanssa, auttaa perhettä jatkamaan elämäänsä vanhemman psyykkisestä häiriöstä huolimatta. Työmenetelmillä pyritään vaikuttamaan vanhemmuuteen sekä tukemaan lasten itseymmärrystä ja itsenäistymistä. Työmenetelmät pohjautuvat psykoedukatiiviseen viitekehykseen ja niiden avulla pyritään tukeman psykiatristen potilaiden perheitä ja heidän lastensa kehitystä riippumatta siitä, oireileeko lapsi vai ei. Työmenetelmissä ei puututa vain mahdollisiin ongelmiin, vaan tarjotaan tukea ennalta, jotta ongelmia ei syntyisi. Hanke pohjautuu professori William Beardsleen laajaan tutkimus- ja kehittämistyöhön Harvardin yliopistossa USA:ssa lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisemiseksi, kun toinen vanhemmista kärsii vakavasta masennuksesta.

(Nikanen 2002, 15; Sipilä 2004, 17; Wiik, Palomäki & Järvi 2003, 13.)
Opinnäytetyössäni kuvaan Lapset puheeksi ja Beardsleen perheintervention työmenetelmiä.

4.1 Lapset puheeksi interventio

Lapset puheeksi kuuluu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen Toimiva lapsi ja perhe – hankkeen kehittämiin työmenetelmiin. Lapset puheeksi on neuvonnallinen työmenetelmä, jossa psyykkisesti sairasta vanhempaa hoitava työntekijä tapaa vanhempaa ja hänen puolisoaan vähintään kahdesti. Keskustelujen päämääränä on auttaa vanhempia tukemaan omia lapsiaan ja vahvistaa lapsen kehitystä tukevia ja suojaavia prosesseja perheessä ja lapsen elämän alueilla. Keskustelujen tukena käytetään kahta opaskirjaa, jotka ovat ”Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia” ja ”Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äiti tai isä kärsii mielenterveyden ongelmista”. Keskustelussa arvioidaan lasten ja perheen vahvuudet sekä mahdollinen tuen tarve. Näitä ovat koulun, oppilashuollon, perheneuvolan tai lasten/nuorisopsykiatrian tarjoamat palvelut. Lisäksi arvioidaan lastensuojelun ja muiden sosiaalipalvelujen tarve sekä saatetaan lapsi ja perhe tarvittavien lisäpalvelujen piiriin. Keskusteluissa lapsen ja perheen vahvuudet ja haavoittuvuus otetaan esille avoimesti, mutta rakentavasti. (Sipilä 2004, 18; Solantaus 2005, 3767; Solantaus 2006, 4-5, 14.)

Ensimmäisen keskustelun pääteemana on lasten kehityksen ja elämäntilanteen kartoittaminen yhdessä vanhemman/vanhempien kanssa. Keskustelussa käydään läpi vanhempien ilot ja huolen aiheet lapsista, autetaan vanhempia oivaltamaan lasten vahvuudet ja haavoittuvuudet sekä annetaan vanhemmille tietoa lapsia suojaavista tekijöistä. Vahvuuksilla tarkoitetaan asioita, jotka toimivat hyvin, vaikka perheessä on ongelmia. Haavoittuvuuksia ovat sellaiset asiat, joista voi tulla ongelmia elämän vaikeissa vaiheissa tai, jotka jo nyt herättävät huolta työntekijässä tai vanhemmissa. Jos vanhemmat tuovat keskustelussa esille huolensa lasten pärjäämisestä, kartoitetaan mahdollinen tuen tarve. (Solantaus 2006, 16.)

Toisella tapaamiskerralla käydään läpi vanhemman mielenterveyshäiriön mahdollisia vaikutuksia lapsen kehitykseen. Pohditaan vanhemman oireiden ilmenemistä kotona ja lasten reaktioita niihin sekä mietitään, miten vanhemmat voisivat tukea lapsiaan. Vanhempien kanssa keskustellaan lapsen ystävistä, harrastuksista, päivähoidosta, koulusta, perheen ulkopuolisista aikuisista sekä vuorovaikutuksesta ja kanssakäymisestä perheessä. Keskustelussa käytetään apuna edellä mainittuja opaskirjoja. (Solantaus 2006, 16.)

Jos työntekijälle herää tapaamisissa pienikin huoli lapsen pärjäämisestä tai lapsen sosiaalisen verkoston hataruudesta, ehdotetaan lapsen mukaan ottamista keskusteluihin. ”Lapsi ja perhe – neuvonpito” kuuluu myös Toimiva lapsi ja perhe – hankkeen kehittämiin työmenetelmiin. Neuvonpidossa perheen oman verkoston ja viranomaisverkoston jäsenet suunnittelevat yhdessä tukitoimet esiin tulleen huolen helpottamiseksi tai lasta suojaavien tekijöiden vahvistamiseksi. Jos vanhemmat kieltäytyvät lapsen tai nuoren tarvitsemasta hoidosta, on henkilökunnan tehtävä selvittää lapsen mahdollinen hoidon laiminlyönti. Jos lapsen/nuoren ongelma ei ole hoitoa vaativa, kerrotaan vanhemmille, mikä tilanteessa huolestuttaa työntekijää ja kehoitetaan vanhempia seuraamaan lapsen tilannetta. Jatkossa lapsen/nuoren tilannetta huomioidaan vanhemman hoidon yhteydessä. (Solantaus 2006, 16.)

4.2 Beardsleen perheinterventio

Toimiva lapsi ja perhe – hankkeen kehittämä Beardsleen perheinterventio koostuu perhekohtaisesta työskentelystä ja se pohjautuu psykoedukatiiviseen työskentelyyn. Interventiossa annetaan tietoa perheelle vanhemman sairaudesta, lapsen kehitysvaiheista ja lasta suojaavista tekijöistä. (Niemelä 2004, 22; Solantaus 2005, 37687; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Keskeistä perheinterventiossa ovat itseymmärrys, pärjäävyys ja elämänhallinta sekä vanhemmuuden kunnioittaminen. Itseymmärryksellä ihminen yhdistää ulkoisen tapahtuman omaan sisäiseen kokemukseensa ja omiin tunteisiinsa. Pärjäävyydellä ja elämänhallinnalla perheenjäseniä autetaan saamaan ote omasta elämästään ja hallitsemaan sitä vaikeuksista huolimatta. Vanhemmuuden kunnioittaminen lähtee siitä, että vanhemmat ovat lastensa kasvatuksen asiantuntijoita, mutta ovat usein neuvottomia sairautensa

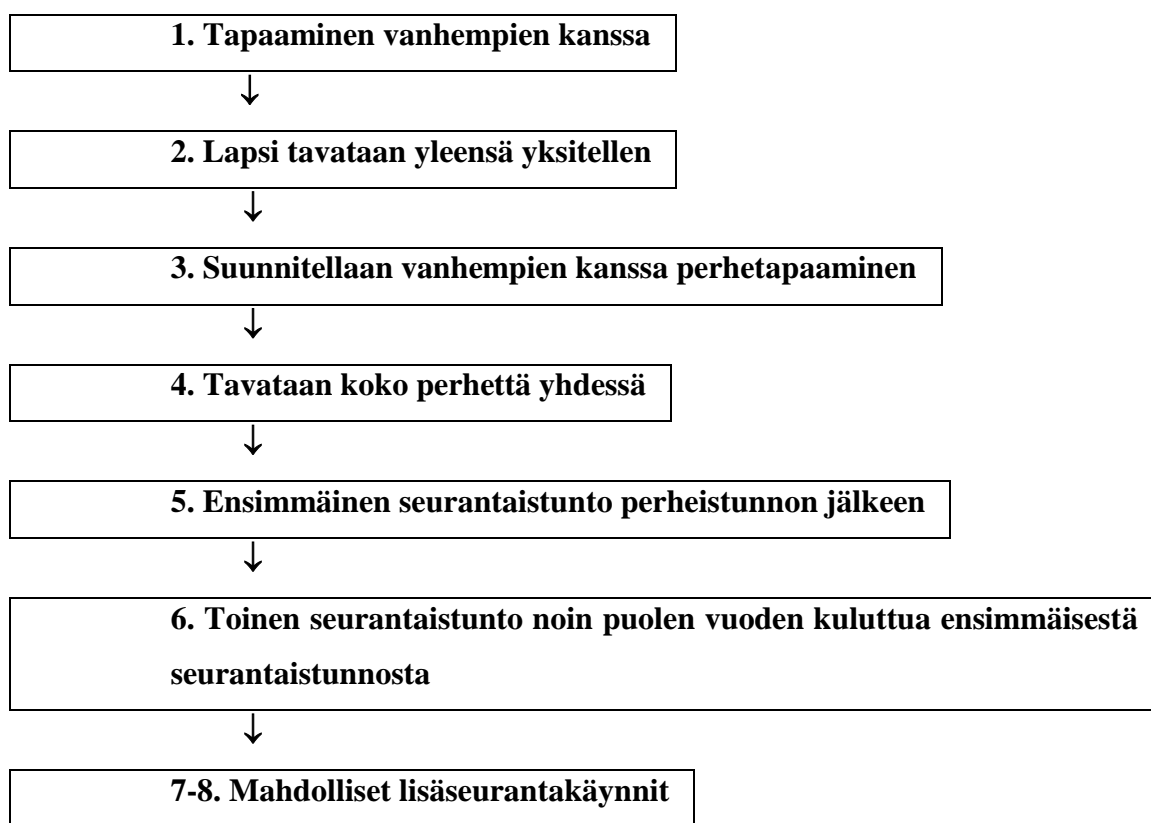
vuoksi. Perheinterventio on prosessityöskentelyä perheen kanssa ja siinä työntekijä/työntekijät tapaavat perhettä 6-8 kertaa eri kokoonpanoin. Tapaamisissa yhdistyvät työntekijän ammatillinen näkökulma ja vanhempien toiveet ja odotukset perheen tukemiseksi. Tapaamisten tavoitteena ei ole hoitaa sairasta vanhempaa tai perheenjäsentä, joka tarvitsee välitöntä psykiatrasta apua. Interventio on puhtaasti lasten psyykkisten häiriöiden ennalta ehkäisyä ja vanhemmuuden tukemista. (Berg & Suominen 2000, 14; Niemelä 2004, 22; Peura 2003, 25, 27; Sipilä 2004, 18; Solantaus & Beardslee 1996, 1650–1651.)

Perheinterventiossa tavataan vanhempia ja lapsia erikseen sekä koko perhettä yhdessä (Niemelä 2004, 23). Perheintervention keskeisenä tavoitteena on vähentää perheessä syntyneitä väärinkäsityksiä ja lisätä ymmärrystä ja suoraa puhumista vanhemman psyykkisestä sairaudesta sekä kehittää konkreettisia suunnitelmia lasten kehityksen tukemiseksi. Interventio koostuu 1) jokaisen perheenjäsenen tilanteen arviosta ja kertomuksen kuulemisesta, 2) tiedon ja ymmärryksen lisäämisestä vanhemman sairaudesta ja sen yhdistämisestä perheenjäsenten omaan kokemukseen, 3) lasten ymmärryksen lisäämisestä vanhemman sairaudesta ja 4) konkreettisten suunnitelmien tekemisestä, joilla turvataan lasten selviäminen tulevaisuudessa. (Niemelä 2004, 22; Solantaus & Beardslee 2001, 125–127; Wiik, Palomäki & Järvi 2003, 13–15.)

Perheinterventio ei ole terapiaa, vaan lasten tilanteen tarkastelua yhdessä vanhempien kanssa. Keskustelun avulla pyritään vahvistamaan perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja samalla luodaan yhteinen ymmärrys vanhemman sairaudesta ja sen merkityksestä hänelle itselleen ja muille perheenjäsenille. Perheinterventiossa pyritään tekemään lapsi näkyväksi ja tilannetta tarkastellaan lapsen näkökulmasta niin, että vanhemmat ovat työkumppaneita ja oman perheensä asiantuntijoita. Prosessin avulla pyritään auttamaan lasta ymmärtämään vanhemman tilanne ja käytös tieto- ja tunnetasolla, jotta lapsi voisi elää omaa kehitysvaihettaan. Samalla pyritään lisäämään lasta suojaavia tekijöitä ja vähentämään mahdollisia vaaratekijöitä. Intervention on todettu sopivan erityisesti perheille, joissa on koulu- tai murrosikäisiä lapsia. (Beardslee 1998, 521–522; Mönkkönen 2002, 14; Solantaus & Beardslee 2001, 117–118.)

Perheintervention ideana on ottaa puheeksi niitä asioita, joista perheessä on vaikea puhua. Perheintervention työmenetelmä on erittäin tärkeä niiden perheiden kohdalla, joissa vanhemman psyykkinen sairaus on puhumaton asia ja vanhemmat ovat halukkaita tarkastelemaan perhe-elämää lasten kokemusten valossa. Vanhemman sairauden akuuttivaiheessa ei suositella intervention toteuttamista, koska sairastuneella vanhemmalla ei tuolloin ole vielä voimavaroja käsitellä omaa sairauttaan ja sen vaikutuksia perheen kannalta. (Naumanen & Väliavaara 2004, 31; Niemelä 2004, 22–23.)

Perheinterventio koostuu kuudesta - kahdeksasta tapaamisesta. (Kuvio 1) Kaikissa tapaamisissa korostetaan luottamuksellisuutta ja avoimuuden merkitystä asioista keskusteltaessa.



Kuvio 1. Perheintervention kulku

Ensimmäisessä ja (toisessa) istunnossa käydään läpi perheintervention käytäntöön liittyvät asiat. Kuullaan molempien vanhempien kokemukset perheen tilanteesta sekä toiveet ja huolet perheen jaksamisesta. Istunnossa autetaan vanhempia arvioimaan

lastensa toimintaa ja tuomaan esille erityiset huolenaiheet, joista vanhemmat haluaisivat lastensa kanssa keskustella. Vanhempien toiveet ja odotukset interventtiosta on tärkeää kuulla. (Kaakinen, Koskinen & Seppänen 2007, 22–23; Niemelä 2004, 22; Solantaus, Söderblom, Sipilä & Ekström, 2007, 27–28.)

Perheen lapsia tavataan yleensä yksitellen. Istunnon alussa kerrotaan lapselle istunnon tarkoitus ja korostetaan, kuinka tärkeää on lapsen osallistuminen siihen. Kontakti lapseen luodaan puhumalla hänen kaverisuhteistaan koulusta ja perhesuhteista sekä arvioidaan lapsen toimintakykyä perheen ulkopuolella. Käydään läpi vanhempien toivomat aiheet, keskustellaan perheen nykyisestä tilanteesta sekä arvioidaan lapsen käsitystä siitä. Lasten tapaamisissa huomioidaan lapsen kognitiivinen kehitys, jotta asioita voidaan käsitellä hänen kehitystasonsa mukaisesti. Mitä pienempi lapsi sitä enemmän käytetään konkreettisia ja lapselle tuttuja ilmaisuja. Lapselta tiedustellaan myös, onko hänellä asioita, joista hän ei halua puhuttavan vanhemmille. Näin toimittaessa osoitetaan lapselle, että hänen toivomuksiaan kunnioitetaan ja saadaan selville lapsen erityisiä huolenaiheita, joista voidaan puhua tarkemmin. (Kaakinen ym. 2007, 23–24; Kuusinen & Korkiakangas 1999, 105–107; Niemelä 2004, 23; Peura 2003, 29–30; Solantaus ym. 2007, 28–29.)

Suunnitteluistunnossa käydään läpi vanhempien kanssa työntekijälle muodostunutta vaikutelmaa lasten tapaamisista ja mahdollisesti niissä esiin tulleita huolenaiheita sekä arvioidaan yhdessä vanhempien kanssa lasten selviytymistä. Istunnon tavoitteena on antaa vanhemmille heidän lastensa toimintaa koskeva yleiskatsaus, kertoa avoimesti lasten vahvuuksista ja heidän tuen tarpeistaan. Istunnossa suunnitellaan perheistunnossa käsiteltävät asiat ja se, miten ne esitetään. Perhetapaamisen kannalta on tärkeää, että vanhemmat pystyvät hyväksymään toistensa ja lastensa näkökannat perheen elämästä ja vanhemman sairaudesta sekä vastaamaan lasten esiin tuomiin huolenaiheisiin. (Kaakinen ym. 2007, 24; Niemelä 2004, 23; Solantaus ym. 2007, 29.)

Perheistunnossa tavataan koko perhettä yhdessä ja sen tärkein tavoite on helpottaa vanhemman psyykkisen sairauden ymmärtämistä perheen sisällä ja kuulla kaikkien perheenjäsenten tunnekokemukset. Perheistunto antaa vanhemmille tilaisuuden kertoa sairaudesta lapsilleen. Sairaus on voinut vaikuttaa perheenjäseniin eri tavoin ja siitä voi nyt puhua ja sitä voi ymmärtää. Sairastuneen vanhemman pystyessä kuvaamaan

sairautensa oireita ja osoittamaan niiden johtuvan sairaudesta, myös lasten on helpompi ilmaista avoimesti omat kokemuksensa vanhemman käyttäytymiseen tai mielialojen vaihteluihin. Perheistunto on tilaisuus, jossa perheenjäsenet voivat alkaa jakaa kokemuksiaan vanhemman psyykkisen sairauden aiheuttamista tapahtumista. Perheistunnossa vanhemmilla on mahdollisuus vähentää myös lasten syyllisyyden tunteita vanhemman sairastumisesta ja kannustaa heitä elämään omaa elämäänsä. (Kaakinen ym. 2007, 24; Niemelä 2004, 23; Solantaus ym. 2007, 30.)

Perheintervention seuranistuntoja on yksi tai kaksi, joissa tavataan vanhempia. Ensimmäinen seurantaistunto on perheistunnon jälkeen. Istunnossa käydään läpi vanhempien kokemuksia ja mielipiteitä istunnoista sekä kuullaan vanhempien kautta lasten kokemuksia. Tapaamisessa keskustellaan vielä asioista, jotka ovat mahdollisesti jääneet epäselviksi ja tuetaan vanhempia jatkamaan avointa keskustelua ja vuorovaikutusta lasten kanssa kotona. Toinen istunto järjestetään tarpeen mukaan vanhempien kanssa sopien noin puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä seurantaistunnosta. Istunnon tarkoituksena on kartoittaa perheintervention vaikutuksia, kun tapaamisista on kulunut aikaa ja perhe on ehtinyt elää normaalia arkea. (Kaakinen ym. 2007, 25; Niemelä 2004, 23; Solantaus ym. 2007, 30.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

5.1 Kehittämistyön lähtökohta

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti osittain oma kiinnostukseni mielenterveystyön preventiivisiä työmenetelmiä kohtaan ja niiden merkitys lasten hyvinvoinnin edistämisessä silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelmia. Työskentelen sairaanhoitajana kehittämissyhteisössä ja pitkän työurani aikana olen havainnut mielenterveysongelmien siirtymistä sukupolvien ketjussa eli hoidossa olevien potilaiden vanhemmilla on myös diagnosoitu mielenterveysongelmia. Beardsleen perheinterventio ja lapset puheeksi koulutukset olen suorittanut työnantajan järjestäminä ammatillisina lisäkoulutuksina. Syksyllä 2008 Kuopion psykiatrian keskuksen työntekijä teki kyselyn AIPS:n ja KPK:n tulosityksiköissä. Kyselyssä kartoitettiin lasten huomioimista vanhemman ollessa hoidossa, Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi koulutuksen käyneiden työntekijöiden määrää sekä koulutushalukkuutta ja -tarvetta kyseisissä yksiköissä. Kyselyn tulos vahvisti aiheeni ajankohtaisuutta ja tiedon lisäämisen tarvetta kyseisistä työmenetelmistä. Syksyn aikana kävin keskusteluja oman osastoni henkilökunnan ja KPK:n perheinterventiokouluttajien kanssa aiheen ajankohtaisuudesta ja työn toteuttamisesta. Omien havaintojeni ja kyselyssä esille tulleiden tulosten perusteella päätin laatia perheinterventio-oppaan henkilökunnalle ja perheinterventioesitteen psykiatrisia palveluja käyttäville alaikäisten lasten vanhemmille.

5.2 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Hoitotieteen tehtävänä on kehittää hoitotiedettä ja hoitamista. Hoitotieteen tutkimuksilla saadaan tietoa esimerkiksi hoitotieteen käytännön osaamisesta ja hoitamiseen tarvittavista taidoista. (Eriksson ym. 2007, 35–37.) Opinnäytetyön tarkoitus oli 1) kehittää Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian (AIPS) ja Kuopion psykiatrian keskuksen (KPK) tulosityksiköihin sähköisessä muodossa oleva perheinterventio-opas henkilökunnalle lasten huomioimiseksi silloin, kun vanhemmalla on mielenterveyshäiriö ja hän saa siihen psykiatrasta hoitoa.

Perheinterventio-oppaan tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa vanhemman mielenterveyshäiriöiden vaikutuksesta vanhemmuuteen ja lapsen psyykkiseen kehitykseen. Lisäksi perheinterventio-oppaan tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoa preventiivisistä työmenetelmistä, joiden avulla voidaan tukea vanhemmuutta ja perheen voimavaroja muuttuneessa tilanteessa. Lisäksi tarkoitus oli 2) laatia perheinterventioesite AIPS:n ja KPK:n psykiatrisia hoitopalveluja käyttäville alaikäisten lasten vanhemmille. Perheinterventioesitteen tavoitteena on antaa perheelle tietoa perheinterventiotyömenetelmästä, jonka avulla pyritään tukemaan vanhempia ja heidän lapsiaan sopeutumaan muuttuneeseen perheentilanteeseen ja löytämään voimavaroja, joiden avulla perhe voi jatkaa elämää vanhemman psyykkisestä sairaudesta huolimatta.

5.3 Kehittämisyhteisö

Kehittämisyhteisöinä olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian (AIPS) ja Kuopion psykiatrian keskuksen (KPK) tulosyksiköt. AIPS:iin kuuluu seitsemän alayksikköä. Kuopiossa Julkulan sairaalassa toimii kolme vuodeosastoa ja hallinto, Siilinjärvellä Tarinan sairaalassa toimii kolme vuodeosastoa ja Siilinjärven psykiatrian poliklinikka. Julkulan ja Tarinan sairaalan vuodeosastoilla on yhteensä 63 sairaansijaa. Ne tuottavat asiakaslähtöisesti toimien yhdessä muiden tulosalueiden ja sidosryhmien kanssa psykiatrista hoitoa 18–64-vuotiaille Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin asukkaille. Siilinjärven psykiatrian poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, jossa tutkitaan ja hoidetaan pääasiassa ympäristökuntien (Juankoski, Kaavi, Keitele, Maaninka, Nilsia, Pielavesi, Rautavaara, Siilinjärvi, Tuusniemi) yli 20-vuotiaita psykiatrista erikoissairaanhoitoa tarvitsevia potilaita. Henkilökuntaa, joka tekee välitöntä potilastyötä, on noin 150. KPK tuottaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja 20–64-vuotiaille kuopiolaisille sekä muille sairaanhoitopiirin potilaille ja kuntoutujille. KPK:ssa työntekijöitä on yhteensä 85. (KYS 2009.)

5.4 Kehittämistyön toteuttaminen

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistyö, joka tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan kehittämistä, ohjeistamista, järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä toimeksiantaja. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus, tietopaketti, portfolio, messu- tai esittelyosasto. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51.) Tämän opinnäytetyön kehittämisen päämääränä oli lisätä AIPS:n ja KPK:n hoitohenkilökunnan tietoa vanhemman mielenterveyshäiriön vaikutuksesta vanhemmuuteen ja sen kautta lapsen psyykkiseen kehitykseen sekä jakaa tietoa preventiivisten työmenetelmien mahdollisuudesta lasten mielenterveyden edistämisessä. Tuotoksena syntyi sähköisessä muodossa oleva perheinterventio-opas hoitohenkilökunnalle ja kirjallinen perheinterventioesite psykiatrisessa hoidossa oleville alaikäisten lasten vanhemmille.

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli toiminnallisuus ja toteutin sen projektin muodossa. Projekti on kertaluontoinen toimenpide tai hanke, jolla on tietty organisaatio ja resurssit. Se voi olla osa isommasta hankkeesta tai tähdätä tiettyyn kertaluontoiseen tulokseen. Projekti pyrkii toteuttamaan tiettyä ennalta sovittua tehtävää ja se etenee tiettyjen kehitysvaiheiden mukaan. Kehitysvaiheita ovat suunnittelu, organisointi, toteuttaminen, ohjaus ja arviointi. (Kettunen 2003, 15–16; Pelin 1999, 32; Virtanen 2000, 35.) Projektilla pyritään parantamaan jonkin olemassa olevan toiminnan tasoa, kuten lisäämään palvelujen määrää, kannattavuutta tai laatua. Sillä pyritään luomaan edellytyksiä uusien palveluiden ja tuotannon kehittämiseen tai parantamaan ympäristön tilaa. Projekteilla pyritään pitkäaikaisiin ja kestäviin vaikutuksiin. (Silfverberg 1997, 11.)

Projektin toimintamalli ja menetelmät toteutuivat suunnittelun, organisoinnin, toteuttamisen ja ohjauksen osalta opinnäytetyössäni seuraavalla tavalla. Suunnitteluvaiheen tiedon hankinta kohdistui Toimiva lapsi ja perhe työmenetelmiin ja perhekeskeistä työtä käsittelevään kirjallisuuteen sekä tutkimuksiin tutustumiseen (mm. Inkinen 2001, Reinikka 2007, Johansson 2007, Solantaus 2006). Suunnitteluvaiheen tuloksena laadin syksyllä 2008 opinnäytetyösuunnitelman, jossa pyrin mahdollisimman selkeästi suunnittelemaan kehittämistyön toteuttamisen.

Tämän jälkeen alkoi perheinterventio-oppaan ja perheinterventioesitteen suunnittelu. Sähköiset ja kirjalliset hoito- ja potilasohjeet ovat osa terveystietoa. Oppaiden ja esitteiden tarve on kasvanut ja niistä on tullut tärkeä osa hyvää hoitoa. Tuotoksen tulee olla ajankohtainen ja sisällön tulee vastata kysymyksiin, mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Kirjallinen ohje tarkoittaa henkilökunnalle tai potilaille annettavaa materiaalia, joita ovat muun muassa erilaiset työmenetelmiä käsittävät työohjeet, potilasohjeet ja oppaat. Suurin osa esitteistä ja ohjeista ovat kohdeviestintää eli ne on kirjoitettu ennalta määritellylle ryhmälle. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 126; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7, 22–25.) Opinnäytetyössäni opas ja esite on tarkoitettu ennalta määritellyille ryhmille, eli psykiatriselle hoitohenkilökunnalle ja psykiatrisia palveluja käyttäville alaikäisten lasten vanhemmille. Perheinterventio-opas on sähköisessä muodossa oleva opas hoitohenkilökunnalle. Perheinterventioesite on kirjallinen A5 kokoinen taitettu esite alaikäisten lasten vanhemmille, jotka käyttävät psykiatrisia palveluja.

Kirjallisten ohjeiden tekeminen on haastava tehtävä, sillä siinä tulee olla selkeästi esillä, mihin terveysasiaan tai ongelmaan aineisto liittyy sekä mihin aineistolla pyritään. Kirjallisessa ohjausmateriaalissa tulee kiinnittää huomiota ulkoasuun, ymmärrettävyyteen ja oikeakielisyyteen. Mitä konkreettisemmin asia on esitetty, sitä helpompi sitä on ymmärtää ja hahmottaa. Tekstiä täydentävät kuvat lisäävät esitteen luotettavuutta, kiinnostavuutta sekä tukevat tekstin sanomaa ja antavat lisätietoa käsiteltävästä asiasta. (Kyngäs, ym. 2007, 124–127; Torkkola ym. 2002, 9, 26, 31–59.) Suunnittelin oppaan ja esitteen tekstit helppolukuisiksi siten, että ne eivät sisällä sairaalaslangia tai monimutkaisia virkkeitä. Kuten Torkkola ym. (2002, 36) toteavat, lukijan tulee saada ensisilmäyksellä käsitys tuotoksen sisällöstä. Kuvat on valittu oppaaseen sekä esitteeseen niin, että ne havainnollistavat tekstiä ja herättävät lukijan mielenkiintoa.

Organisointiin sisältyi tuotoksen osioiden jakaminen siten, että hoitohenkilökunnalle tarkoitettun perheinterventio-oppaan laadin itsenäisesti ohjausryhmää apuna käyttäen. Toteuttamisvaihe, joka oli organisoinnin ja ohjauksen kanssa lomittain etenevä prosessi, kattoi kaiken konkreettisen tekemisen kehittämisen osalta. Perheinterventio-oppaan laadinnan pohjana käytin Lapset – puheeksi ja Bearsdleen perheinterventio työmenetelmien teoriaa ja niitä käsittelevää kirjallisuutta sekä julkaisuja. Hoidossa

oleville alaikäisten lasten vanhemmille tarkoitettu perheinterventioesite laadittiin yhdessä Tarinan sairaalan perheinterventiokoulutuksen käyneiden kuuden työntekijän kanssa ja kokoontumisia oli yhteensä kolme. Kaikki osallistujat eivät aina päässeet mukaan, joten keskusteluja käytiin sähköpostin välityksellä työn eri vaiheissa. Esitteessä kerrotaan lyhyesti intervention tavoitteet ja kuvataan Beardsleen perheinterventiotyömenetelmäprosessin vaiheet.

Projektin ohjausryhmä muodostui KPK:n sairaanhoitajasta, AIPS:n psykologista ja psykiatrian klinikan ylihoitajasta. Ohjausryhmä kokoontui yhteensä kolme kertaa. Ensimmäisen kerran ohjausryhmä kokoontui joulukuussa 2008, jolloin sovittiin ohjausryhmän tehtäväksi valvoa ja ohjata tuotoksen edistymistä sekä ohjata tehtävän asettelussa. Tapaamisessa mietittiin myös perheinterventio-oppaan tarkoitusta ja kenelle se suunnataan. Ylihoitajan ehdotuksesta päädyin laatimaan oppaan sähköisessä muodossa. Lisäksi käytiin keskustelua siitä, mitä oppaan tulee sisältää ja, mitä asioita painotetaan. Tammikuun 2009 palaverissa esittelin perheinterventio-oppaan hahmotelman, jossa aihekokonaisuudet muodostuivat vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksesta vanhemmuuteen ja perheen arkeen, lasta suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden tunnistamisesta sekä Lapset puheeksi ja Beardsleen perheinterventio työmenetelmien kuvauksista. Ohjausryhmän mielestä 16 sivuinen tuotos oli liian pitkä, joten tuotosta lähdettiin tiivistämään ja päätettiin tarvittaessa laittaa sähköiset linkit lisätiedon saamiseksi. Aiheet koettiin tärkeiksi, mutta niiden esiin tuominen oli liian monisanainen ja lastensuojelun näkökulma puuttui. Oppaassa olevat kuvat todettiin sopivan aihekokonaisuuteen ja antavan oppaalle visuaalista ilmeikkyyttä. Tein korjaukset oppaaseen ohjeiden mukaisesti ja ohjaava opettaja arvioi sen ennen ohjausryhmän tapaamista maaliskuussa 2009. Oppaan ja esitteen lähetin ohjausryhmälle ennakkoon tutustuttavaksi. Maaliskuun ohjausryhmässä opas hyväksyttiin pienin korjauksin, jotka liittyivät lähinnä kirjoitusasuun ja asiakokonaisuuksien laajentamiseen perheinterventiotyömenetelmän osalta. Oppaan sisältävistä sähköisistä linkeistä päätettiin luopua, koska lähdeviitteiden osoitteet voivat muuttua ja KYS:n tietoverkosto ei välttämättä hyväksy suoria linkkejä. Samassa tapaamisessa ohjausryhmä hyväksyi myös perheinterventioesitteen psykiatrisessa hoidossa oleville alaikäisten lasten vanhemmille ja totesi sen selkeäksi. Sovittiin, että ylihoitaja esittelee oppaan ja esitteen psykiatrian tulosalueen johtoryhmälle, sen

jälkeen, kun olen tehnyt siihen sovitut muutokset. Ylihoitaja otti tehtäväkseen hoitaa esitteen painatukseen ja oppaan sähköiseen sijoittamiseen liittyvät käytännön asiat.

5.5 Kehittämisen tuotos ja sen arviointi

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu raportin lisäksi produktio eli tuotos (Vilkkä & Airaksinen 2003, 129). Sähköisessä muodossa oleva tuotos voi olla luettavissa työyksikkökohtaisesti intranetissä, ekstranetissä tai internetissä. Useita sivuja sisältäviin ohjeisiin suositellaan laitettavaksi alkuun tiivistelmä tai johdanto, jossa kerrotaan olennaisimmat asiat. Lisäksi siinä on hyvä olla sisällysluettelo. Esitteessä tulee olla sairaalan nimi ja logo. Ohjeesta tulee löytyä tiedot siitä, mikä ohje on kyseessä, kuka on ohjeen laatija, ohjeen hyväksymis- ja voimassaolomerkinnät. Kirjasinkokona käytetään tyyliltään selkeää ja vähintään 12 kirjasinkokoa. (Torkkola ym. 2002, 60–63, 77.) Opinnäytetyöni kehittämisen tuotos oli sähköisessä muodossa oleva perheinterventio-opas, joka sijoitetaan Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan kotisivulle Word-tiedostona. Henkilökunnalle tarkoitetussa oppaassa on sisällysluettelo, johdanto, oppaan teoreettinen osuus, jossa ovat seuraavat asiakokonaisuudet: vanhemmuus, vanhemman mielenterveyden häiriöt ja niiden vaikutukset lapseen, sekä perheiden kanssa käytettävät työmenetelmät, lopuksi on kirjallisuusluettelo. Opas tulee intranetiin psykiatrian klinikan kotisivuille/psykiatrian tulosalueen yhteiset ohjeet/ nimellä: Perheinterventio-opas työntekijälle. Perheinterventioesite muodostuu perheintervention tavoitteiden ja työmenetelmän kuvauksesta. Opas ja esite hyväksyttiin 1.6.2009 psykiatrian tulosalueen johtoryhmän kokouksessa.

Tuotoksen tekstiosuudessa tulee käyttää kohderyhmää puhuttelevaa ja sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Tekstin kirjoittamiseen suositellaan pieniaakkosin kirjoitettua tekstiä, koska sitä on helpompi lukea kuin suuraakkosin kirjoitettua. Lihavointia ja kursivointia on syytä käyttää ainoastaan otsikoissa. (Kynäs ym. 2007, 126–127; Torkkola ym. 2002, 40; Vilkkä & Airaksinen 2003, 129.) Oppaan kohderyhmänä oli psykiatrinen hoitohenkilökunta ja suurimmalla osalla henkilökunnasta on laaja kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä. Tekstilajiksi valitsin Times New Roman ja kirjasinkooksi 12.

Perheinterventio-oppaan ja perheinterventioesitteen työn eri vaiheissa pyysin arviota oman osastoni henkilökunnalta siten, että he lukivat tuotokset ja antoivat kehittämis ehdotuksia. Perheinterventio-oppaan arviointia käytiin läpi myös ohjaust ryhmän kokoontumisissa. Arvioinneissa korostettiin tekstin selkeyttä ja asiakokonaisuuksia. Ennen tuotosten esittelemistä johtoryhmälle pyysin vielä sähköpostin välityksellä molemmista tuotoksista arvioinnit ohjausryhmältä. Yksi ehdotus tuli ja se koski esitteen masennus sanan muutosta mielenterveysongelmaksi. Tein muutoksen ehdotuksen mukaisesti. Perheinterventioesitteestä pyysin samoin sähköpostin välityksellä arviota laadinnassa mukana olleilta työryhmän jäseniltä. Takakannen kuvan ei koettu olevan yhtenäinen muiden kuvien kanssa ja muutin sen ehdotuksen mukaisesti. Näiden jälkeen oma työryhmäni tutustui vielä molempiin tuotoksiin ja totesi ne selkeiksi ja hyviksi. Oppaassa olevat kuvaukset todettiin selkeiksi ja niistä sai käsityksen perheinterventiotyömenetelmistä ja niiden merkityksestä vanhemmuuden tukemisessa ja lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyssä.

AIPS:n ylihoitaja esitteli seuraavaksi oppaan ja esitteen tulosityksikön johtajalle. Tulosityksikön johtajan mielestä tekstit ja kuvat olivat hyvät, mutta esitteessä perheinterventio työmenetelmän otsikoiden laatikoinnit ja nuolet tekivät siitä levottoman ja hän ehdotti niiden poistamista. Tein esitteestä toisen mallin, josta poistin laatikoinnit ja nuolet. Tämän jälkeen esittelin molemmat mallit omalle työryhmälleni ja tiedustelin heidän mielipidettään asiaan. Työryhmä oli yksimielisesti alkuperäisen esitteen kannalla ja piti sitä selkeämpänä ja prosessin kuvaamisen kannalta parempana kuin uutta esitettä. Laitoin molemmat esitteet ylihoitajan arvioitavaksi ja perustelin oman ja työryhmäni mielipiteet alkuperäisen mallin puolesta. Lisäksi perustelin ohjaavan opettajan ja ohjausryhmän hyväksyneen alkuperäisen esitteen. Lopullisen päätöksen asiasta jätin tulosityksikön johtajalle ja tulosalueen johtoryhmälle. Tämän jälkeen tulosityksikön johtaja hyväksyi alkuperäisen esitteen perustelujeni pohjalta. Ylihoitaja lähetti esitteen ja oppaan tulosaluejohtajalle ja ehdotti niiden hyväksymistä toukokuun psykiatrian tulosalueen johtoryhmän kokouksessa. Perheinterventio-opas (liite 1) ja -esite (liite 2) hyväksyttiin 1.6.2009 psykiatrian tulosalueen johtoryhmän kokouksessa. Opas ja esite todettiin hoitotyön kehittämistä palveleviksi ja käytännönläheisiksi. Kokouksessa päätettiin, että opas tallennetaan Intranetiin psykiatrian kotisivulle ja esitettä kopioidaan KYSin monistamossa, josta työyksiköt

voivat tilata (AIPSn ylihoitaja hoitaa em. järjestelyt). Esitteen jakelusta sovittiin, että potilaan omahoitaja antaa sen vanhemmille käynnin/hoidon yhteydessä.

5.6 Kehittämisprosessin arviointi

Projektin onnistuminen riippuu projektista itsestään sekä ulkoisista tekijöistä. Muutokset ulkoisissa tekijöissä saattavat muodostaa riskin projektin onnistumiselle. Riskianalyysillä pyritään arvioimaan riskien todennäköisyyttä ja projektin herkkyyttä niille. (Silverberg 1996, 58.) Kehittämisprosessin arviointia kävin läpi koko projektin ajan omassa työryhmässäni sekä perheinterventiokouluttajien kanssa. Kehittämistyön prosessin kokonaisuutta ja sen onnistumista arvioin SWOT-analyysin avulla projektin alussa syksyllä 2008 ja lopussa keväällä 2009 (liite 3 ja liite 4). Limdroos ja Lohivesi (2006, 217) toteavat, että SWOT-analyysin kautta voidaan arvioida projektin, oman toiminnan tai tuotteen vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Luettavuuden helpottamiseksi voidaan tehdä kaksi taulukkoa, jotka kuvaavat lähtötilannetta ja toinen kuvaa työn lopputuloksen tilannetta. Opinnäytetyössäni vahvuudet ja mahdollisuudet toteutuivat odotusten mukaisesti. Tuotosten laadinnassa sekä oma että mukana olleiden yhteistyökumppaneiden motivaatio säilyi koko projektin ajan ja sain ohjausryhmältä ja ohjaavalta opettajalta tarvittavassa määrin tukea ja ohjausta työni eri vaiheissa. Heikkoudet ja uhat varjostivat työni tekemistä koko projektin ajan, mutta ne olivat hallittavissa. Ajan puute, yhteisen ajan löytäminen yhteistyökumppaneiden kanssa sekä työn kasvaminen liian suureksi osoittautuivat ennakoidusti työn kuormittaviksi tekijöiksi.

5.7 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen eettisessä ratkaisussa tulee miettiä miksi ja kenen ehdoilla tutkimukseen ryhdytään. Eettisesti perusteltuja ratkaisuja tulee miettiä tutkimuksen eri vaiheissa ja välttää epärehellisyyttä sen kaikissa osavaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25–27.) Tämä opinnäytetyön aiheen valitsin siksi, että koin preventiiviset perhetyön työmenetelmät käyttökelpoisiksi lasten huomioimisessa ja perheen tukemisessa silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelmia. Aihe oli

ajankohtainen, jota tuki syksyllä 2008 KPK:n työntekijän tekemä kysely lasten huomioimisesta aikuispsykiatriassa. Toivon, että perheinterventio-oppaan välityksellä hoitohenkilökunta kiinnostuu preventiivisistä työmenetelmistä ja ottaa ne käyttöön omassa työssään. Opinnäytetyölle saatiin asianmukainen lupa (liite 5) ja työ tehtiin työelämän kanssa tiiviissä yhteistyössä (liite 6).

Luotettavuutta voidaan arvioida sillä, kuinka tutkimuksen argumentointi suoritetaan eli siitä kuinka uskottavasti ja pätevästi lähdeaineistoa käytetään. Argumentoinnissa korostuvat tutkimuksessa käytetyt lähteet. Lähteiden tulee olla aiheen kannalta keskeisiä ja lähdeviitteiden merkinnät asianmukaisia. Lisäksi luotettavuutta lisää se, kuinka riittävästi tutkija esittää oman analyysinsä tueksi aikaisempia tutkimuksia ja löytää niistä yhtäläisyyksiä omiin tutkimustuloksiinsa. (Nieminen 1997, 219; Tuomi & Sarajärvi 2002, 21.) Lähteiksi pyrin ottamaan luotettavia, alkuperäisiä ja ajankohtaisia lähteitä. Osa lähteistä on vanhoja, mutta mielestäni perustiedot eivät ole muuttuneet. Lisäksi etsin uusimpia tutkimuksia aiheesta projektin aikana ja hyödynsin niitä työssäni. Opinnäytetyöni asiasisällön tarkisti ennen työn luovuttamista KPK:n sairaanhoitaja. Luotettavuutta heikentävä tekijänä koin sen, ettei Toimiva lapsi ja perhe hankkeen työmenetelmien tuloksista tehtyjä tutkimuksia ole vielä julkaistu, joten en voinut tässä raportissa niitä esittää.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöprosessin ja tuotoksen pohdintaa

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä KYSn psykiatrian klinikan hoitohenkilökunnan tietoa vanhemman mielenterveysongelmien vaikutuksesta lapsen elämään sekä tehdä tunnetuksi preventiivisten työmenetelmien käyttöä perhetyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia sähköisessä muodossa oleva perheinterventio-opas KYSin aikuispsykiatrian ja Kuopion psykiatrian keskuksen hoitohenkilökunnalle sekä esite kyseisten yksikköjen palveluja käyttäville alaikäisten lasten vanhemmille.

Perheinterventio-oppaan ja – esitteen kehittäminen KYSn psykiatrian klinikkaan oli tärkeä askel kohti perhekeskeistä työtettä ja lasten huomioimista osana sairastuneen vanhemman hoitoa. Vanhemman sairastuminen psyykkisesti koskettaa kaikkia perheenjäseniä. Perheen tuttu ja turvallinen arki voi rikkoutua, jos sairaus heikentää vanhemman kykyä vastata perheen arjen toimivuudesta. (Jähi 2004, 46; Solantaus 2005, 3766–3767.) Psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa eläneiden lasten riski sairastua psyykkisesti joko lapsena tai myöhemmin aikuisiällä on eri tutkimusten mukaan 10–80% (Breadslee 2002, 46; Downey & Coyne 1990, 67–70; Erolahti ym. 2000, 4862; Leijala ym. 2001, 145–155; Weissman ym. 2006, 1003–1006). Beardsleen (2002, 46) tutkimuksen mukaan masennusta sairastavien vanhempien lapsilla on todettu olevan 5-20 % riski sairastua psyykkisesti jossakin elämänsä vaiheessa.

Nymanin ja Stengårdin (2001, 67–70) mukaan vanhemman psyykkinen sairaus vaikuttaa perheen elämään monella tasolla. Psyykkisellä tasolla vanhemman sairaus herättää perheenjäsenissä monenlaisia tunteita ja se voi aiheuttaa lapsessa stressireaktioita, jotka pitkittyessään muuttuvat kriisiksi. Perheen arkea hallitsee toivo ja epätoivo monien ristiriitaisten tunteiden kanssa (Jähi 2004, 46; Solantaus 2005, 3766–3767).

Vanhemman psyykkinen sairastuminen vaikuttaa myös perheen sosiaaliseen elämään. Muuttuneessa tilanteessa perheenjäsenten roolit ja tehtävät voivat vaihtua, mikä johtuu

vanhemman jaksamattomuudesta huolehtia perheen arjesta. (Jähi 2004, 46; Solantaus 2005, 3766–3767.) Jos lapset joutuvat ottamaan vanhemmalle kuuluvia tehtäviä, saattaa lapsen sosiaalinen kanssakäyminen ikätovereiden kanssa vähentyä ja se vaikuttaa negatiivisesti lapsen omiin harrastuksiin ja koulunkäyntiin. Ervasti (2001, 79) ja Jähi (2004, 120) toteavat psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten kokemuksia kartoittavissa tutkimuksissaan keskinäisen kommunikoinnin ja kanssakäymisen olevan vähäistä perheen ulkopuolelle. Perheen elämää eletään usein sairastuneen vanhemman ehdoilla. Mielenterveysongelmien lisäksi perheessä kasaantuu usein myös muita stressitekijöitä ja psykososiaalisia ongelmia, jotka kuormittavat perheen voimavaroja ja heikentävät vanhempien voimavaroja toimia vanhempina.

Lapset omat voimavarat ja kehitystaso auttavat lasta selviytymään vanhemman psyykkisen sairauden aiheuttamalta muutokselta. Selviytymiskeinot lapsilla ovat yksilöllisiä ja näihin vaikuttavat perheen sisäiset voimavarat sekä perheen ulkopuoliset tekijät. (Tamminen 2004, 101.) Opinnäytetyötä tehdessäni vahvistui käsitys henkilökunnan ja perheen välisestä yhteistyön merkityksestä lasten hyvinvoinnin edistämässä. Lapsen selviytymistä edistäviä asioita ovat muun muassa se, että vanhempaa hoitava henkilökunta tukee perhettä ja vanhemmuuden voimavaroja niin, että lapsen kasvulle säilyy myönteinen ilmapiiri (vrt. Solantaus 2006, 5; Tamminen 2004, 101). Suurin osa vanhemmista pystyy tarjoamaan lapsilleen turvalliset kasvuolosuhteet sairaudestaan huolimatta. Eikä vanhemman psyykkinen sairaus ole aina negatiivinen asia lapsen kehitykselle, joskus se voi jopa vahvistaa lapsen selviytymisen keinoja hänen myöhemmässä elämässään (vrt. Solantaus 2001, 26–27).

Vasta viime vuosina Suomessa on alettu kiinnittää huomiota niiden lasten tilanteeseen, joiden vanhemmilla on mielenterveyden häiriö. Erityisesti psykiatristen potilaiden hoitopalveluissa on lähdetty miettimään, mitä vanhemmuuden tukemiseksi ja lasten psyykkisten häiriöiden ennalta ehkäisemiseksi voidaan tehdä. Huomiota on alettu kiinnittämään lapsen perusturvan toteutumiseen, lasten oman hoidon tarpeeseen sekä tuen tarjoamiseen koko perheelle, silloin kun vanhempi sairastuu psyykkisesti. (Jähi 2004, 46; Pietilä 2005, 4021–4023; Solantaus 2005, 3766–3767; Tamminen 2004, 100.) Lapsen selviytymistä tukee oikeanlainen tieto vanhemman sairaudesta, mikä auttaa lasta jäsentämään kokemuksiaan ja vähentää hänen syyllisyyden tunteitaan (Noppari 2004, 320–325). Psyykkisesti sairaan vanhemman lapsilla voi olla jo varhain

erilaisia psyykkisiä oireita, mutta lapset eivät osaa hakea apua, eivätkä vanhemmat pysty omalta sairaudeltaan tunnistamaan lastensa avun tarvetta. Siksi on tärkeää, että vanhempaa hoitava henkilökunta huomio lapset ja heidän tarpeitaan kuullaan vanhemman hoidon aikana. Lapselle on tärkeää saada kokemus siitä, että hänestä ollaan kiinnostuneita ja hänelle osoitetaan, että perheen vaikeistakin asioista on lupa puhua.

Stakesin valtakunnallinen Toimiva lapsi & perhe-hanke alkoi vuonna 2001 ja sen tavoitteena on ollut tutkia ja kehittää suomalaisen hoitokulttuuriin soveltuvia työmenetelmiä, joiden avulla voidaan tukea perheitä ja lapsia, kun vanhemmalla on mielenterveyden häiriö. Hankkeen tuloksena on kehitetty ennaltaehkäiseviä työmenetelmiä, joiden päämääränä on lapsen kehityksen turvaaminen silloin, kun vanhemmalla on vaikeuksia, esimerkiksi mielenterveysongelma, päihdeongelma tai muita vanhemman toimintakykyä heikentäviä ongelmia. Näitä työmenetelmiä ovat muun muassa Lapset puheeksi – interventio, jossa vanhempaa tapaava työntekijä keskustelee vanhemman/vanhempien kanssa lasten vahvuuksista ja haavoittuvuuksista, kertoo lapsia suojaavista tekijöistä ja kartoittaa perheen huolen aiheita mahdollisen lisäavun järjestämiseksi. Bearsdleen interventiossa tavoitteena on lisätä perheenjäsenten ymmärrystä vanhemman sairaudesta sekä tukea perheen sisäistä vuorovaikutusta ja vanhemmuutta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009; Toikka & Solantaus 2006, 14- 15.)

Opinnäytetyöni sijoittui vaiheeseen, jolloin lasten huomioimisen tärkeys on tiedostettu aikuispsykiatriassa ja KYSin perheinterventiokouluttajat ovat aktiivisesti olleet kehittämissä koulutuksia henkilökunnalle. Lisäksi aiheen ajankohtaisuutta ja preventiivisten työmenetelmien tunnetuksi tekemisen tarvetta vahvisti syksyllä 2008 KPK:n sairaanhoitajan tekemä kysely, jonka mukaan henkilökunta koki tiedon ja koulutuksen lisäämisen tarpeelliseksi lasten huomioimiseksi aikuispsykiatriassa. Lastensuojelulaissa määritellään, että kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja, kuten päihdehuolto- ja mielenterveydenpalveluja, on otettava huomioon hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. (Lastensuojelulaki 2007/417; Solantaus & Beardslee 2001, 134.)

Opinnäytetyöni työskentelytavaksi valitsin projektityöskentelyn. Tuotosten laadinta pohjautuu projektikirjallisuudesta saatuihin tietoihin, jotka koin välttämättömiksi työssäni. Projektityöstä minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta, mutta koin sen haasteelliseksi. Työni mielekkyyttä lisäsi se, että tuotoksena oli konkreettinen ja käytännönläheinen tuotos, joka vastaa työelämän haasteisiin. Silverbergin (1996, 11) mukaan projektimuotoisen työskentelyn taustalla on ajatus parantaa tai uudistaa olemassa olevan toiminnan tai palvelun tasoa, muuttaa työmenetelmiä tai luoda edellytyksiä kehittää palveluja. Projektityöskentely on tärkeä taito esimiestehtävissä ja tulevaisuuden hoitotyön kehittäminen painottuu osaksi projektityöskentelyyn.

Tutkimus- ja kehittämistyössä luotettavuus ja puolueettomuus ovat tärkeitä. Työssäni käytin mahdollisimman paljon eri tutkimustuloksia ja kirjallisuutta. Lähteiksi valitsin eri kirjoittajien tutkimuksia ja artikkeleita, joissa perustiedot olivat yhtenäiset, mutta jokainen kirjoittaja käsitteli asiaa eri näkökulmasta. Näin sain aiheesta laajan ja monipuolisen käsityksen. Tämä mahdollisti tuotoksiin valittavien tekstien muokkaamisen mahdollisimman hyvin työelämän tarpeita palveleviksi. Työni luotettavuutta lisää myös se, että KPK:n sairaanhoitaja tarkasti työni asiavirheiden osalta. Tuotosten suunnitteluvaiheessa tutustuin laajasti eri oppaisiin ja ohjekirjojen laadintaan. Keräsin tietoa eri vaihtoehtoista ja menetelmien laadinnasta. Mielestäni omissa tuotoksissani teksti on selkeää, käytännönläheistä ja helppolukuista, josta sain palautetta henkilökunnalta ja myös johtoryhmän palaute oli samansuuntainen.

6.2 Oman oppimisprosessin pohdinta

Vilkan ja Airaksisen (2003, 17) mukaan työelämälähtöinen toiminnallinen opinnäytetyö tukee ammatillista kasvua ja antaa mahdollisuuksia arvioida omaa kehittymistään, tietojaan ja taitojaan työelämässä. Tämän opinnäytetyön tekeminen oli minulle hyvä oppimiskokemus, koska tässä jouduin uusien haasteiden eteen ja selvisin niistä. Oppaan ja esitteen tekemisestä nautin suuresti, sillä niissä koin pystyväni hyödyntämään omaa ammatillista osaamistani käytäntöön. Oppaan ja esitteen tekeminen tuli työn myötä tutuksi ja kokemusta uskon pystyväni hyödyntämään tulevaisuudessa. Opinnäytetyöprosessin aikana opin kriittisyyttä, valintojen tekemistä ja tietojen käsittelyä, jotka ovat tärkeitä taitoja esimiestyössä. Opinnäytetyön alussa

pohdin tuotokseen liittyviä mahdollisia uhkia ja riskejä SWOT- nelikenttäanalyysin pohjalta. Tuotosten valmistuttua arvioin uudelleen SWOT- analyysin neljää osa-aluetta ja niiden toteutumista opinnäytetyöprosessin aikana.

Tavoitteet perheinterventio-oppaan ja – esitteen sisällöstä mielestäni saavutin. Kuvat täydentävät asiaa ja vaikuttavat oppaan ja esitteen visuaaliseen ilmeeseen. Varsinkin perheinterventio-oppaan kansikuva oli onnistunut valinta, sillä se kuvaa lapsen kuuluvuuden tarvetta perheeseen. Samoin perheinterventioesitteen takakannen kuvan todettiin arvioinneissa kuvaavan yhdessä arjen rakentamista perheen kanssa. Työni ulkoasussa olen pyrkinyt selkeyteen ja kattavuuteen.

Projektityöskentely oli mielenkiintoinen ja haastava kokemus. Opinnäytetyön kokonaistyömäärä yllätti minut täysin, aikaa kului moninkertaisesti se määrä, jonka olin mielikuvissani siihen ajatellut menevän. Teoriaosuuden kokoamisessa oli vaikeuksia viitekehyksen ja työn näkökulman yhteensovittamisessa. Samoin projektin työvaiheiden kirjoittaminen tuotti työtä, koska minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta projektin laadinnasta. Aikaa meni myös siihen, kun esitteen ja oppaan lopullinen hyväksyminen kulki monen prosessin ja työvaiheen kautta.

Opinnäytetyön edetessä moni asia selkiytyi tutkimus- ja kehittämistyön osalta. Opin työni alkuvaiheessa sen, miten tärkeää on aloittaa työ huolellisella suunnittelulla. Kuten ohjaava opettaja totesi, hyvin tehty suunnitelma on kaiken pohja. Pyrin koko prosessin ajan pysymään suunnitellussa aikataulussa ja melko hyvin siinä onnistuin.

Oppaan ja esitteen tekemisessä olen pystynyt syventämään ja soveltamaan omaa tietopohjaani perhetyöstä. Yhteiskunnallinen tavoite työlläni oli tuoda esille lapsinäkökulmaa perheissä, joissa vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö. Tämä tavoite toteutuu oppaan julkaisemisen myötä, jonka avulla aikuispsykiatrian työntekijät saavat lisää tietoa vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksesta vanhemmuuteen ja preventiivisten työmenetelmien merkityksestä perhetyössä. Perheinterventioesite antaa perheelle tietoa sairauden vaikutuksesta perheen arkeen, jonka myötä vanhempien oma aktiivisuus lisääntyy tuen tunnistamiseen omassa perheessään. Varhaisessa vaiheessa tuen tunnistaminen ja avun hakeminen vähentää yhteiskunnallisen korjaavan hoidon tarvetta myöhemmin perheenjäsenten elämässä.

Opinnäytetyötäni tehdessä olen pohtinut lapsen elämän mahdollisia muutoksia vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Lapsen arki voi muuttua perheessä raskaaksi ja vaativaksi, mikäli roolit perheessä muuttuvat ja lapsesta tulee perheen vastuunkantaja. Tämä vaatii lapselta fyysisiä voimavaroja, hyvää kognitiivista tasoa ja kehittyntä itsetuntoa, jotta hän pystyy erottamaan vanhemman sairauden itsestään erillisenä ja elämään oman kehitystasonsa mukaista elämää. (vrt. Aro 1990, 2755; Tamminen 2004, 101.) Lapsen kehityksen turvaamista voivat edistää perheen oma sosiaalinen verkosto ja viranomaisverkosto, jotka toimivat perheen kanssa. Vanhempaa hoitavan henkilökunnan osuus korostuu perheen hyvinvoinnin edistämisessä ja perheen voimavarojen kartoittamisessa.

6.3 Tuotoksen tulevaisuus ja jatkotutkimushaasteet

Haasteeksi jää miten perheinterventio-opasta luetaan ja sen tietoja käytetään lapsiperheiden tukemiseen vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Oppaan tavoitteiden toteutumista on mahdollista edistää perheinterventiokoulutuksessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kun koulutustyöryhmä suunnittelee ja informoi uusista perheinterventiokoulutuksista, laitetaan koulutusesitteeseen samalla maininta oppaasta ja kehoitetaan tutustumaan siihen lisätiedon saamiseksi. Näin toimittaessa henkilökunta saa tietoa oppaan olemassaolosta ja voi tutustua siinä esiteltyihin työmenetelmiin. Lisätiedon myötä henkilökunnan lisäkoulutushalukkuus ja oman työn kehittäminen lisääntyy. Perheinterventio-oppaan esille tuominen voidaan liittää uuden työntekijän perehdytysohjelmaan, jolloin se muodostuu automaattisesti yhdeksi työmenetelmäksi. Oman opiskeluni myötä olen täyttänyt yhden osuuden perheintervention tunnetuksi tekemisestä KYSin psykiatrian klinikassa.

Perheinterventioesitteen osalta haaste on vanhempien tiedon lisääminen olemassa olevista työmenetelmistä ja niiden saatavuudesta. Beardsleen ja Podorefkyn (1988) tutkimuksessa lapset kuvasivat kokemuksiaan vanhemman psyykkisestä sairaudesta hämmäntäviksi ja pelottaviksi. Vanhemmat muuttuivat väsyneiksi ja poissaoleviksi. Lapset olivat tietoisia vanhemman sairaudesta, vaikka vanhemmat yrittivät salata ongelmaa ja kokivat itsensä avuttomiksi ja neuvottomiksi. Esitteen myötä vanhemmat voivat miettiä laajemmin oman perheensä tuen tarvetta ja valita siihen tarvittavat

palvelut. Vanhemmuutta vahvistamalla tuetaan koko perheen hyvinvointia, joka näkyy yksilön elämänlaadussa.

Opinnäytetyöni toteuttamismenetelmää pohdin yksin ja omassa työyhteisössäni sen jälkeen, kun aihe oli varmistunut. Eri vaihtoehtoja punnittaessa oppaan ja esitteen laatiminen nousi tarpeelliseksi. Esitteen laatimista on mietitty aiemminkin, mutta sen toteuttaminen on jäänyt ajan puutteen vuoksi. Joten nyt sen toteuttamiseen tuli tilaisuus. Oppaan laatiminen nähtiin henkilökunnan osalta tärkeäksi perheinterventiotyömenetelmien tunnetuksi tekemisessä (vrt. Sutinen 2008).

Tulevaisuuden kehittämishaasteina projektin hyödyllisyyden osalta näkisin perheinterventiopalautelomakkeen laatimisen, joka sisältyi myös minun alkuperäiseen suunnitelmaani. Siitä jouduin luopumaan ajan puutteen vuoksi ja siksi, ettei siitä olisi ollut tämän projektin kannalta merkittävää hyötyä. Palautelomake annettaisiin perheille, joille on tehty Lapset puheeksi interventio tai Bearsdleen perheinterventio. Perheinterventio koulutusta suunnitteleva työryhmä voisi hyödyntää palautelomakkeista saatuja tuloksia kehittäessään koulutuksia. Tulokset antaisivat tietoa myös perheiden kanssa työtä tekeväälle työntekijälle hoitotyön kehittämisen näkökulmasta.

LÄHTEET

Alasuutari, M. & Solantaus, T. 2004. Lapset ja aikuispsykiatria. Teoksessa Rimpelä & E. Ollila (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja, 21–26.

Arnki, T. E. 2004. Verkostotyö lastensuojelussa –menetelmät huolen mukaan. Teoksessa Puonti, AM., Puonti, T. & Hujala, A. (toim.) Lastensuojelu tänään. Helsinki; Tammi, 214–239.

Aro, H. 1990. Riski- ja suojaavien tekijöiden vuorovaikutus lapsen kehityksessä. Suomen Lääkärilehti 31 (45), 2754–2757.

Beardslee, W. R. 1998. Prevention and the clinical encounter. American Orthopsychiatric Association, 68 (4), 521-533.

Bearsdlee, W. R. 2002. Out of the Darkened Room. When a Parents Is Depressed. Protecting the Children and Strengthening the Family. Boston; Little, Brown and Company.

Bearsdlee, W. R. & Podorefsky, D. 1988. Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. American Journal of Psychiatry 145 (1), 63-69.

Berg, L. & Suominen, U. 2000. Koulutuksellinen perhetyö. Perheterapia 4 (16), 4-24.

Downey, G. & Coyne, J C. 1990. Children of depressed parents: an interactive review. Psychology Bulletin 1 (108), 50–76.

Eirola, R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallinta valmiudet. Perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Eriksson, E. & Arnkil, T. E. 2007. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Erksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Astedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.

Erkolahti, R. , Manelius, P., Salminen, T., Lahti, T., Salmi, L., Savolainen, J. & Lahtinen, E. L 2000. Lapsi ja psyykkisesti sairastunut vanhempi – kuka kuulee lasta? Suomen Lääkärilehti 47 (55), 4861- 4864.

Ervast, S-A. 2001. Vanhemman psyykkinen sairaus lapsen kokemana. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Furman, B. 1986. Systemien salat. Perheterapiaa ristiin rastiin. Mannerheimin Lastensuojeluliitto L-sarja n:o 1.

Heikkinen, M., Pylkkänen, K. & Lönnqvist, J. 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyönteisyys ja tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 680–702.

Heiskanen, T. & Salonen, K. 1997. Miten hoidan mielenterveyttäni. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helminen, M-L. & Iso-Heiniemi, M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hirsärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kyky vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 10–14.

Hurme, H. 1995. Perhe kehityksen kontekstina. Teoksessa Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 139–156.

Huuskonen, A-M. & Vartiainen, T. 2005. ” Että lähtis ne pahat asiat pois” Beardsleen perheintervention vaikutukset lasten kokemina. Opinnäytetyö sosiaalialan koulutusohjelma. Savonia ammattikorkeakoulu, Iisalmi.

Häggman-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Helsinki: WSOY, 172–197.

Inkinen, M. 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 7-11.

Inkinen, M. & Söderblom B. 2006. Lapsi omaisena – Vertti-vertaisryhmätoimintaa lapsille ja vanhemmille, kun vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö. Lievestuore: ER-Paino Oy.

Isohanni, M. 2002. Psykoterapiat. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M. , Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. Helsinki: WSOY, 309–319.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 73–139.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 157–195.

Isometsä, E. 2007. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 196–222.

Itäpuisto, M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja.

Johannsson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosoite 3-projektin loppuraportti 2003–2006. Omaiset mielenterveystyön tukena. Lahti: Esa Print Oy.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 41–67.

Jähi, R. 2001. Vanhemman sairaus lapsuusperheessä – aikuiset kertovat kokemuksistaan. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 53–77.

Jähi, R. 2004. Työstää, tarinoida, selvitä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen A. 2007. Perheen parhaaksi – perhetyön arkea. Helsinki: Edita.

Kaakinen, S., Koskinen, M. & Seppänen, A. 2007. Äidit ja isät perheinterventiossa. Perheterapia 1 (23), 19–26.

Kaikko, K. 2004. Lastensuojelun avoperhetyön kuntoutumista tukevat elementit. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Lisensiaattityö.

Kartovaara, L. 1994. Perheen rakenne ja sen kehitys. Teoksessa Suomalainen perhe. kartovaara, L. & Sauli, H. (toim.) Helsinki: Hakapaino Oy, 10–28.

Kekkonen, M. 2001. Vanhemmuuden roolikartta ja elämäkerrallisuus. Teoksessa Rautiainen, M. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovela. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 97–101.

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutuksen käsikirja. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kristeri, I. 2002. Vahvaan vanhemmuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Kuoppasalmi, K., Henälä, P. & Lönnqvist, J. 2007. Pääteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 417–484.

Kuusinen, J. & Korkiakangas, M. 1999. Ihmisen kehitys elämänkaaren näkökulmasta. Teoksessa Kuusinen J. (toim.) Kasvatuspsykologia. Juva: WSOY, 95–138.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

KYS 2009. Kuopion yliopistollinen sairaala/kotisivut/aikuispsykiatria/Kuopion psykiatrian keskus. Päivitetty 22.1.2009. Kysin verkkosivut. Viitattu 20.3.2009.

Lastensuojelulaki 2007 417.

Latvala, P. 2002. Onnistuneet perheet. Teoksessa Niemi, H. (toim.) Mitä on Alvari-perhetyö. Helsinki: Nykypaino Oy, 117–132.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 26–32.

Leijala, H., Nordling, E., Rauhala, K., Riihikangas, R., Roukala, A., Soini, A., Sytelä, P. & Yli-Krekola, P. 2001. Psykkisesti sairastuneen vanhemman ja hänen

lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja avunjärjestäminen. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 138–163.

Limdroos, J-E. & Lohivesi, K. 2006. Onnistu strategiassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Lindström, U.Å. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Suomennus Sumelius, B. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Lukkarinen, M. 1999. Vanhemman mielenterveysongelmien vaikutus perheen lapseen. Sosiaalityön pro gradu. Kuopion yliopisto.

Lönnqvist, J. & Honkonen, T. 2007. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 140–156.

Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveydenhäiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 47–71.

Lönnqvist, J & Lehtonen, J. 2007. Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 14 -25.

Manninen, H., Santalahti, P. & Piha, J. 2008. Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. Suomen Lääkärilehti 22 (63), 2047–2053.

Mielenterveyslaki 1991/1116.

Mielenterveysseura 2008. Viitattu 28.12.2008 <http://www.Terveysinfo.net>.

Määttä, H. & Määttä, P. 1995. Psyykkisesti sairaiden ihmisten lähiomaisten selviytymismallit ja ammatillisen tuen odotukset. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Mönkkönen, K. 2002. Ei riitä, että pasianssi menee läpi. Dialogisuus ja vuorovaikutuksesta syrjäytyminen nuorten kanssa tehtävässä työssä. Teoksessa Mönkkönen, K. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja, 1-22.

Naumanen, M-L. & Vältivaara, P. 2004. Hiljaisuudesta sanoiksi – Puheesta kertomukseksi. Narratiivinen näkökulma Beardsleen perheinterventioon. Perheterapia 4 (23), 28–37.

Niemelä, M. 2004. Beardsleen perheinterventio ehkäisevässä mielenterveystyössä. Terveystieteiden laitos 2 (37), 21–22.

Niemi, H. 2002. Elämän vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaan, kuntoutujan ja omaisen opas. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviäinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215- 221.

Nikanen, L. 2002. Lasten huomioiminen psyykkisesti sairaiden vanhempien perheessä. Perheterapia 3 (8), 8-21.

Noppari, E. 2004. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Koistinen, P. , Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 312–336.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Omaiset mielenterveystyön tukena 2009. Auta leija lentoon. Itä-Suomen ry.

Pajanen, H. 2004. Yhteistyötä lapsiperheiden parhaaksi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Paldanius, R. 2002. Mielenterveysongelmaisen vanhemman lapsen kokemuksia perheen vuorovaikutuksesta ja sosiaalisesta tuesta. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Pelin, R. 1999. Projektihallinnon käsikirja. 2 uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pelkonen, M. & Löthman-Kilpeläinen, L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Helsinki: Oy Edita Ab.

Peltonen, A. 2004. Apua ajoissa – Tunnista lapsen hätä. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Peura, P. 2003. Suutari, joka ei pysynyt lestissään. Lasten huomioiminen aikuispsykiatriassa. *Perheterapia* 4 (19), 22–35.

Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Häggmån-Laitila, A. & Saastamoinen, H-M. 2001. Preventiivinen perhetyö. Terveyttä edistävien työmenetelmien arviointia Lapsiperhe-projektissa. Kuopio: Kuopion painatuskeskus.

Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2001. Preventiivisen hoitotieteen tutkimuksen ja koulutuksen lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Häggman-Laitila, A. & Saastamoinen, H-M. (toim.) Preventiivinen perhehoitotyö. Terveyttä edistävien työmenetelmien arviointia Lapsiperhe-projektissa. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 7-12.

Piha, J. 2004. Perheen merkitys. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 61–69.

Pölkki, P. & Huupponen, M. 1999. Mielenterveysongelmaisten vanhempien lapsi muuttuu vastaanottajasta vastuunottajaksi. *Sosiaaliturva* 19 (87), 12–15.

Reinikka, K. 2007. Perheinterventio ja lapset puheeksi-malli moniammatillisena työmenetelmänä. Kehittämöraportti sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Oulu.

Rutter, M. 1986. Psykososiaalinen stressi ja vastoinikäymiset – suojaavat ja parantavat tekijät. Teoksessa Kaivosoja, M. (toim.) Lapsen etu 30 vuotta lastenpsykiatriasta työtä ja tutkimusta Suomessa. Jyväskylä: Gummerus Oy, 17–32.

Salokangas, R., Stengaård, E. & Perälä, K. 1991. Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan. Kansanterveystieteen laitos, Mielenterveystutkimusyksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Schwoeri, L & Sholevar, G. P. 1994. The family transition of depression. Teoksessa Sholevaar, J. A. (toim.) The transmission of depression in families & children. Assessment and intervention. New Jersey: Jason Aronson, 123–144.

Silverberg, P. 1997. Ideasta Projektiksi: 3. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sipilä, M. 2004. Toimiva Perhe –hanke. Apua perheisiin, joissa vanhemmilla on mielenterveyden ongelmia. Sairaanhoidaja 12 (77), 17–18.

Solantaus, T. & Beardslee W.R 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Duodecim 112 (18), 1647–1656.

Solantaus, T. & Beardslee W.R. 2001. Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 117–137.

Solantaus, T. 2001 a). Lapset ja vanhemman mielenterveydenhäiriö. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 19–35.

Solantaus, T. 2001 b). Lapsi ja masentunut vanhempi: ymmärryksen merkitys. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 36–52.

Solantaus, T. 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? – osa 1 Suomen Lääkärilehti 60 (38), 3765–3770.

Solantaus, T. 2006. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Toimiva lapsi ja perhe. Manuaali ja lokikirja. THL.

Solantaus, T. & Paavonen, J. 2007. Mielenterveysongelmien siirtyminen sukupolvien yli – epidemiologiaa ja dynamiikkaa. Perheterapia 1 (23) 6-12.

Solantaus, T. & Ringbom, A. 2004. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys.

Solantaus, T. Ringbom, A. 2005. Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveydenongelmia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Solantaus, T., Söderblom, B., Sipilä, M. & Ekström, L. 2007. Lapsi perheinterventiossa ja vertaisryhmässä. Perheterapia 1 (23), 27–33.

Sutinen, N. 2008. Lapsi aikuispsykiatriassa. Tutkimus lapsen huomioon ottamisesta vanhemman psykiatrisen sairaalahoidon aikana. pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto.

Söderblom, B. 2005. Lapsi masentuneen vanhempansa kanssa vertaisryhmässä – kommunikaation ja ymmärryksen merkitys. Lievestuore: ER-Paino Oy.

SWOT- analyysi. 2008. Viitattu 12.10.2008.
<http://www.google.fi/swot-analyysi/index.htm>

Taipale, V. 1998. Lasten mielenterveystyö. 3 painos. Porvoo: WSOY.

Tamminen, T. 2004. Lapset, nuoret ja vanhemman sairaus. Teoksessa Moilanen, I. , Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 100–116.

Tamminen, T. & Räsänen E. 2004. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Moilanen, I. , Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 373–377.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Päivitetty 2.1.2009. THL verkkosivut. Viitattu 20.3.2009. <http://www.thl.fi/index> htm

Toikka, S. & Solantaus, T. 2006. Lapsi jää näkymättömäksi, kun vanhempi sairastuu psyykkisesti. Dialogi 1, 14–15.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino-Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Veijola, J. 1996. Aikuisiän mielenterveys ja lapsuudenkokemukset. Sosiaalipsykiatrinen tutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 8. Turku; Kansaneläkelaitos.

Viinamäki, H., Vehviläinen, A. & Vohlanen I. 2003. Masennuspotilaiden osastohoito – kesto ja kustannukset vaihtelevat Suomessa. Suomen Lääkärilehti 15 (58), 1755–1761.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P. 2000. Projektityö. Porvoo: WSOY.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 16–23.

Wahlberg, K-E. 1999. Perhe ja vuorovaikutus. Teoksessa Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. (toim.) Ulos umpikujasta - miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo: WSOY, 35–53.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P. , Nomura, Y. , Warner, V. , Pilowsky, D. & Verdeli, H. 2006. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *Psychiatry*, 163 (6), 1001-1008.

Wiik, P., Palomäki, T-L. & Järvi, A. 2003. Kokemuksia preventiivisen perheintervention käytöstä. *Perheterapia* 2, 12–23.

HEI!

MINÄ OLEN PERHEENJÄSEN



Lasten huomioiminen vanhemman sairastuessa psyykkisesti.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 VANHEMMUUS.....	4
3 VANHEMMAN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA NIIDEN	4
VAIKUTUKSET LAPSEEN	4
3. 1 Lapsen riski sairastua psyykkisesti	5
3. 2 Lasta suojaavat tekijät	6
4 PERHEIDEN KANSSA KÄYTETTÄVÄT TYÖMENETELMÄT	7
4.1 Lapset puheeksi -interventio	8
4.2 Beardsleen perheinterventio.....	8
KIRJALLISUUTTA	11

1 JOHDANTO

Tämä opaskirjanen on tarkoitettu Sinulle työntekijä, joka kohtaat työssäsi alaikäisten lasten vanhempia, joilla on mielenterveyden häiriö. Tutkimusten mukaan näillä lapsilla on suurempi riski sairastua psyykkisesti joko lapsena tai myöhemmin aikuisiällä. Suomessa aloitti vuonna 2001 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (Stakesin) Toimiva lapsi & perhe – hanke, jonka tarkoituksena on tuottaa terveyden- ja sosiaalihuollon sekä sivistystoimen käyttöön työmenetelmiä, joilla ennaltaehkäistään lasten psyykkisiä häiriöitä ja sosiaalista syrjäytymistä silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelmia tai muita vanhemmuutta kuormittavia tekijöitä. Lasta huomioivat työmenetelmät sopivat työntekijöille, joilla on perustietoa lapsen kehityksestä sekä aikuisten mielenterveysongelmista ja niiden vaikutuksista perheen vuorovaikutussuhteissa. Lisäksi menetelmätyöskentelyyn suositellaan Lapset puheeksi tai Beardsleen perheinterventiokoulutusta, joita järjestetään KYSin sisäisinä koulutuksina.



Lastensuojelulaki kehottaa ehkäisevän lastensuojelun hengen mukaisesti kaikkia lasten ja perheiden kanssa työskenteleviä työntekijöitä tukemaan lasten vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään sekä tarjoamaan asiakasperheille tarpeellista apua riittävän varhaisessa vaiheessa. Lastensuojelulain 10 §:ssä työntekijä veloitetaan arvioimaan lasten hoidon ja tuen tarpeet aina, kun vanhempi saa mielenterveys- ja tai päihdehuollon palveluja. Vanhempaa hoitavana työntekijänä voit helpottaa perheen tilannetta keskustelemalla yhdessä perheen kanssa vanhemman sairaudesta ja lasta suojaavista tekijöistä sekä pohtia heidän kanssaan toimivia arjen käytäntöjä.

2 VANHEMMUUS

Vanhemmuus on kasvutapahtuma, johon ei synnytä, vaan kasvetaan. Vanhemmaksi kasvaminen vaatii taitoa ylläpitää ja rakentaa suhdetta lapseen olemalla turvallisessa vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Helmisen ja Iso-Heiniemen (1999) kehittämän vanhemmuuden roolikartan mukaan vanhemmuus sisältää viisi keskeistä osa-aluetta, jotka ovat huoltaja, rakkauden antaja ja elämän opettaja, ihmissuhdeosaaja sekä rajojen asettaja. On muistettava, että lapsi tarvitsee eri ikäkausina erilaista vanhemmuutta.



Mitä on hyvä vanhemmuus?

Riittäväksi vanhemmuudeksi voidaan katsoa se, että kotona on turvallinen olo ja sieltä löytyy läsnä olevaa aikuisuutta. Turvallinen aikuinen asettaa lapsille riittävässä määrin rajoja ja tarjoaa rakkautta. Perheessä, jossa on riittävässä määrin läsnä olevaa vanhemmuutta, uskalletaan puhua, näyttää tunteita ja kokea läheisyyttä.

3 VANHEMMAN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA NIIDEN VAIKUTUKSET LAPSEEN



Mielenterveydenhäiriöstä tai psyykkisestä sairaudesta voidaan puhua silloin, kun mielenterveysongelmat ovat vakavia eli ne pitkittyvät tai heikentävät ihmisen toiminta- ja työkykyä selviytyä hänelle kuuluvista tehtävistä. Toisin sanoen mielenterveysongelmat horjuttavat ihmisen mielenterveyttä ja hyvinvointia siinä

määrin, ettei hän enää selviä yksin, vaan tarvitsee terveydenhuollon palveluja toipuakseen ja selviytyäkseen arkipäivän tehtävistä.

Vanhemman sairastuminen psyykkisesti muuttaa koko perheen elämää ja arkea. Sairaus tuo mukanaan monenlaisia muutoksia ja vaikeuksia, jotka heijastuvat arjen sujumiseen. Lapset saattavat jäädä vaille tarvitsemaansa hoivaa ja huolenpitoa, perheen sosiaalinen elämä kapeutuu ja perheen jäsenten sisäiset roolit muuttuvat. Sairastuneen vanhemman käytös muuttuu ja hänen tunnereaktionsa sekä tapansa ajatella ja toimia poikkeavat aikaisemmasta käyttäytymisestä.

Oireet riippuvat sairauden laadusta ja häiriön asteesta. Vanhemman psyykkinen sairastuminen saattaa hämmentää ja jopa pelottaa perheenjäseniä. Pitkittyessään perheen ongelmat selviytyä arjesta, voivat näkyä myös muiden perheenjäsenten oireiluina. Puhuttamattomuus sairaudesta ja sen tuomista muutoksista eristää perheenjäsenet toisistaan ja usein myös perheen tärkeät ulkopuoliset sosiaaliset suhteet vähenevät. Varovaisuus, toisten tarkkailu, kärsimättömyys ja ärtyvyys voivat olla perheen arkipäivää.



3. 1 Lapsen riski sairastua psyykkisesti

Psyykkisesti sairastavien vanhempien lasten riski sairastua psyykkisiin häiriöihin jossakin elämänsä vaiheessa vaihtelee eri tutkimusten mukaan 10–80 % välillä. Lasten sairastumisriski ei johdu ainoastaan perintötekijöistä, vaan siihen vaikuttavat lisäksi vanhemman psyykkinen sairaus ja sen vaikutukset vanhemmuuteen ja lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Lapsen riskiä sairastua psyykkisesti lisää usein myös erilaisten riskitekijöiden kasautuminen perheessä. Mielenterveyshäiriöiden siirtyminen sukupolvien

ketjussa selittyy osittain perinnöllisyyden ja osittain häiriön yhteydessä esiintyvien psykososiaalisten ongelmien vaikutuksesta lapsen kehitykseen.

Lapsen selviytymisroolit

Lapsen reaktiot vanhemman sairauteen ja siihen liittyviin tilanteisiin ja ongelmiin ovat aina yksilöllisiä. Jokainen lapsi reagoi tilanteeseen oman psyykkisen rakenteensa ja ikänsä mukaisesti. Vanhemman psyykkiseen sairastumiseen liittyvät negatiiviset tunteet ja selviytymisroolit voivat aiheuttaa lapselle stressioireita, jotka pitkittyessään muuttuvat vakaviksi mielenterveysongelmiksi.



Lapsella voi olla useita selviytymisrooleja vaikeassa perhetilanteessa.

- ✚ Vastuunkantaja huolehtii perheen arkeen liittyvistä käytännön asioista ja kantaa vastuun nuorimmista sisaruksistaan.
- ✚ Lemmikkiroolin omaava lapsi säteilee hyvää, vieden pelon aiheuttaman jännityksen pois perheenjäsenten mielestä.
- ✚ Syntipukkilasta syytetään kaikesta.
- ✚ Unohdettu lapsi yrittää olla huomaamaton ja vetäytyy syrjään, pyrkien näin olemaan aiheuttamatta lisää huolta ja murhetta vanhemmille tai muille perheenjäsenille.

3. 2 Lasta suojaavat tekijät

Vaikeista lapsuudenkokemuksista huolimatta suurin osa lapsista pärjää hyvin eikä sairastu itse. Tutkimalla pärjääviä lapsia, on pystytty löytämään tekijöitä, jotka suojaavat lasta sairastumiselta.



Lasta suojaavia tekijöitä ovat riittävä tiedon saanti vanhemman sairaudesta sekä perheen ulkopuoliset turvalliset ihmissuhteet.

Työntekijän on yhdessä vanhempien kanssa huolehdittava että:

- Lapsi ymmärtää, että vanhempi on sairas ja hänellä on sen takia vääristyneitä tulkintoja asioista. Vanhemman sairaus ei ole lapsen syytä
- Lapsella on realistinen arvio omista kyvyistään ja oman toiminnan seurauksista. Vanhemman hoitaminen ei ole lapsen tehtävä
- Lapsella on toimintaa, joka heijastaa ymmärrystä vanhemman tilanteesta
 - lapsi ei pyri hoitamaan vanhempansa
 - lapsi ylläpitää omia ystävyssuhteitaan ja harrastuksiaan



Lapsen normaalin kehityksen kannalta on tärkeää, että hänellä on aikuinen, joka on kiinnostunut lapsesta ja hyväksyy hänet sellaisena kuin hän on.

4 PERHEIDEN KANSSA KÄYTETTÄVÄT TYÖMENETELMÄT



hankkeeseen kuuluu viisi eri työmenetelmää: Lapset puheeksi interventio, Beardsleen perheinterventio, Lapsi & perhe neuvonpito, Verttikurssit perheille sekä Verttiryhmät lapsille ja vanhemmille. Työmenetelmien tavoitteena on vahvistaa ennaltaehkäisevää työtä ja rakentaa yhteistyötä aikuisten ja lasten

palvelujen välille, niin että mielenterveydenhäiriöistä kärsivät vanhemmat saavat tarvitsemaansa tukea vanhemmuuteensa ja lastensa hyvinvoinnin turvaamiseen.

Toimiva lapsi & perhe hankkeesta saa lisätietoa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetin sivuilta.

4.1 Lapset puheeksi -interventio



Lapset puheeksi on neuvonnallinen työmenetelmä, jossa tavataan psyykkisesti sairasta vanhempaa ja hänen puolisoaan vähintään kahdesti. Keskustelun päämääränä on auttaa vanhempia tukemaan omia lapsiaan sekä vahvistaa lapsen kehitystä tukevia ja suojaavia tekijöitä perheessä ja lapsen muissa elämänpiireissä. Keskustelujen tukena käytetään kahta kirjaa, jotka ovat ”Miten autan lastani? Opaskirja vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia” ja ”Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äiti tai isä kärsii mielenterveyden ongelmista. Keskusteluissa arvioidaan lasten ja perheen tarve koulun, oppilashuollon, perheneuvolan tai lasten/nuorisopsykiatrian palveluihin. Lisäksi arvioidaan lastensuojelun sekä muiden sosiaalipalvelujen tarve ja ohjataan tarvittavien lisäpalveluiden piiriin. Keskusteluissa otetaan esille avoimesti, mutta rakentavasti lapsen ja perheen vahvuudet sekä tukea tarvittavat asiat. Lapset puheeksi – interventiota suositellaan kaikille hoidossa oleville lapsiperheille, riippumatta siitä, onko perheessä ongelmia vai ei.

4.2 Beardsleen perheinterventio

Beardsleen perheinterventio on yksilöllisesti toteutettavaa prosessityöskentelyä perheen kanssa. Perheintervention tarkoituksena on tukea vanhemmuutta, kehittää ja vahvistaa niitä asioita lapsissa ja perheessä, jotka tukevat lasten kehitystä. Menetelmä sopii akuutin kriisihoidon jälkeen.



Perheinterventio koostuu kuudesta - kahdeksasta tapaamisesta. Kaikissa tapaamisissa korostetaan luottamuksellisuutta ja avoimuuden merkitystä asioista keskusteltaessa. Tapaamisissa tavataan vanhempia ja lapsia erikseen että yhdessä.

1. Tapaaminen vanhempien kanssa 1-2 kertaa

↓ Ensimmäisellä ja (toisella) kerralla käydään läpi käytännön työskentelyä. Keskustellaan vanhemman sairaudesta ja sen merkitystä itselle sekä puolisolalle. Sovitaan lasten kanssa esille otettavista kysymyksistä. Keskustellaan vanhempien kanssa perheen huolista ja perheen jaksamisesta sekä kuullaan heidän toiveitaan perheinterventiosta.

2. Lasten tapaaminen

↓ Työntekijä tapaa lapsia yksitellen. Keskustellaan vanhempien toivomista aiheista. Kuullaan lapsen näkökulma ja kysymykset sekä kartoitetaan lapsen huolet jatkotyöskentelyä varten. Tapaamisissa huomioidaan lapsen kehitystaso ja puhutaan lapsen kanssa samaa kieltä.

3. Suunnitellaan vanhempien kanssa perhetapaaminen

↓ Käydään läpi työntekijälle muodostunutta kuvaa lasten tapaamisista ja arvioidaan yhdessä vanhempien kanssa lasten selviytymistä. Suunnitellaan perheistunnossa käsiteltävät asiat ja sovitaan työnjaosta vanhempien kanssa.

4. Tavataan koko perhettä yhdessä

↓ Keskustellaan suunnitteluistunnossa sovituista asioista. Tarkastellaan perheen puheeksi ottamia asioita ja annetaan niihin liittyvää tietoa. Tiedonantajana lapsille toimii vanhempi ja työntekijä on tukena.

5. Ensimmäinen seurantaistunto vanhempien kanssa

↓ Tehdään yhteenvetoa perheistunnosta ja keskustellaan vanhempien tavoitteista sekä niiden toteutumisesta intervention aikana. Keskustellaan asioista, jotka jääneet mahdollisesti epäselviksi sekä puhutaan tulevaisuuden haasteista ja perheen odotuksista.

6-8. Toinen seurantaistunto noin puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä seurantaistunnosta ja lisäseurantaistunnot tarpeen mukaan

↓ Sovitaan perheen kanssa yksilöllisesti.



Beardsleen perheintervention tavoitteet

1. Lisätä vanhempien mahdollisuuksia toimia vanhempina psyykkisestä sairaudesta huolimatta
2. Antaa vanhemmille tietoa psyykkisestä häiriöstä, sen riskeistä ja vaikutuksista lapseen
3. Rohkaista vanhempia keskustelemaan lasten kanssa sairaudesta ja sen vaikutuksesta perheen arkeen
4. Auttaa vanhempia tunnistamaan lapsen tämänhetkiset tarpeet ja hakemaan apua, jos ongelmia ilmenee
5. Auttaa perheenjäseniä tunnistamaan erilaisia tunteitaan ja keskustelemaan niistä
6. Antaa lapsille mahdollisuuksia kokea erillisyyttä ja vapautua syyllisyydestä ja häpeästä
7. Tukea perheenjäseniä suunnittelemaan tulevaisuuttaan
8. Antaa vanhemmille uusia selviytymiskeinoja arkeen

KIRJALLISUUTTA

Ervast, S-A. 2001. Vanhemman psyykkinen sairaus lapsen kokemana. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Helminen, M-L. & Iso-Heiniemi, M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kyky vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 10–14.

Itäpuisto, M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 41–67.

Jähi, R. 2004. Työstää, tarinoida, selvitä. Vanhemman psyykkinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Hoitotyön tietoperusta, tutkimuksesta ja käytännöstä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kristeri, I. 2002. Vahvaan vanhemmuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Lastensuojelulaki 2007/417.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 26–32.

Leijala, H., Nordling, E., Rauhala, K., Riihikangas, R., Roukala, A., Soini, A., Sytelä, P. & Yli-Krekola, P. 2001. Psyykkisesti sairastuneen vanhemman ja hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja avunjärjestäminen. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 138–163.

Lukkarinen, M. 1999. Vanhemman mielenterveysongelmien vaikutus perheen lapseen. Sosiaalityön pro gradu. Kuopion yliopisto.

Manninen, H., Santalahti, P. & Piha, J. 2008. Vanhemman vakava sairaus on yksi lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijä. Suomen Lääkärilehti 22 (63), 2047–2053.

Naumanen, M-L. & Väliavaara, P. 2004. Hiljaisuudesta sanoiksi – Puheesta kertomukseksi. Narratiivinen näkökulma Beardsleen perheinterventioon. Perheterapia 4 (23), 28–37.

Niemi, H. 2002. Elämän vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaan, kuntoutujan ja omaisen opas. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Niemelä, M. 2004. Beardsleen perheinterventio ehkäisevässä mielenterveystyössä. Terveystietä 2 (37), 21–22.

Nikanen, L. 2002. Lasten huomioiminen psyykkisesti sairaiden vanhempien perheessä. Perheterapia 3(18), 8-21.

Paldanius, R. 2002. Mielenterveysongelmaisen vanhemman lapsen kokemuksia perheen vuorovaikutuksesta ja sosiaalisesta tuesta. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Peltonen, A. 2004. Apua ajoissa – Tunnista lapsen hätä. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Peura, P. 2003. Suutari, joka ei pysynyt lestissään. Lasten huomioiminen aikuispsykiatriassa. *Perheterapia* 4 (19), 22–35.

Pietilä, L. 2005. Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa – osa 3. *Suomen Lääkärilehti* 40 (60), 4021–4025.

Pölkki, P. & Huupponen, M. 1999. Mielenterveysongelmaisten vanhempien lapsi muuttuu vastaanottajasta vastuunottajaksi. *Sosiaaliturva* 19 (87), 12–15.

Sipilä, M. 2004. Toimiva Perhe – hanke. Apua perheisiin, joissa vanhemmilla on mielenterveyden ongelmia. *Sairaanhoitaja* 12 (77), 17–18.

Solantaus, T. & Beardslee W.R. 2001. Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 117–137.

Solantaus, T. 2001. Lapset ja vanhemman mielenterveydenhäiriö. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 19–35.

Solantaus, T. 2001. Lapsi ja masentunut vanhempi: ymmärryksen merkitys. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Tammi, 36–52.

Solantaus, T. 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? – osa 1. *Suomen Lääkärilehti* 60 (38), 3765–3770.

Solantaus, T. 2006. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. *Toimiva lapsi ja perhe*. Manuaali ja lokikirja. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Solantaus, T. & Paavonen, J. 2007. Mielenterveysongelmien siirtyminen sukupolvien yli – epidemiologiaa ja dynamiikkaa. *Perheterapia* 1 (23), 6-12.

Solantaus, T. & Ringbom, A. 2004. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys.

Solantaus, T. Ringbom, A. 2005. Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveydenongelmia. Helsinki: Edita Prima Oy.

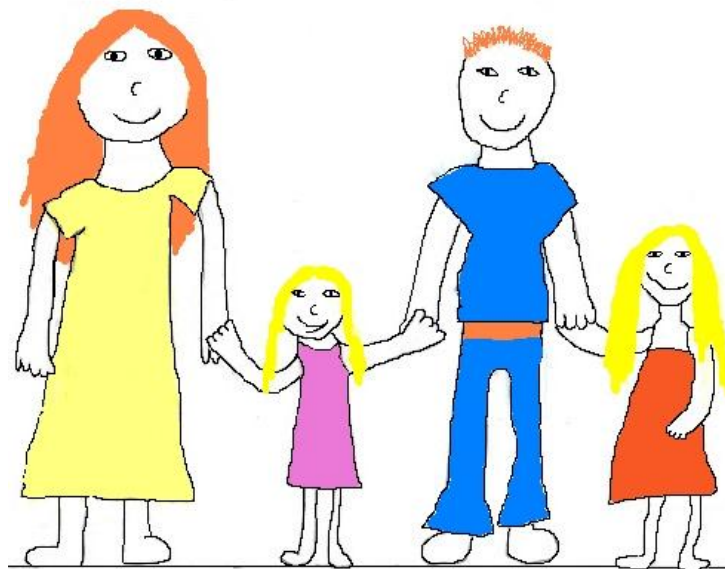
Solantaus, T., Söderblom, B., Sipilä, M. & Ekström, L. 2007. Lapsi perheinterventiossa ja vertaisryhmässä. *Perheterapia* 1 (23), 27–33.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Päivitetty 2.1.2009. THL:n verkkosivut. Viitattu 28.3.2009. <http://www.thl.fi/> toimiva lapsi & perhe työmenetelmät.

Toikka, S. & Solantaus, T. 2006. Lapsi jää näkymättömäksi, kun vanhempi sairastuu psyykkisesti. *Dialogi* 1, 14–15.

Tekijät: Aila Hyttinen ja ohjausryhmä (Pasi Kuosmanen, Pekka Peura ja Kirsi Rajala)

Kuopion Yliopistollinen sairaala
Psykiatrian klinikka
Heinäkuu 2009

LIITE 2**ESITE PERHEINTERVENTIOSTA**

Kuopion yliopistollinen sairaala
Psykiatrian klinikka



BEARDSLEEN PERHEINTERVENTIO

Perheinterventio on työskentelyä lapsiperheiden kanssa, silloin kun perheen arjessa tapahtuu muutoksia vanhemman mielenterveysongelman tai elämäntilannekriisin vuoksi. Keskustelujen avulla pyritään vahvistamaan perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja löytämään yhteinen ymmärrys muuttuneesta perhetilanteesta yhdessä yksikkömme perheinterventiokoulutuksen käyneiden työntekijöiden kanssa.

Perheintervention tavoitteena on:

- ❖ Tukea vanhempien mahdollisuuksia toimia vanhempina
- ❖ Rohkaista vanhempia keskustelemaan yhdessä lasten kanssa muuttuneesta perheen tilanteesta
- ❖ Auttaa vanhempia tunnistamaan lapsen tämänhetkiset tarpeet ja hakemaan apua, jos ongelmia ilmenee
- ❖ Tukea lasten sosiaalista elämää perheen ulkopuolelle
- ❖ Auttaa perheenjäseniä tunnistamaan erilaisia tunteitaan ja keskustelemaan niistä
- ❖ Tukea perheenjäseniä suunnittelemaan tulevaisuuttaan





Perheintervention kulku

1. Tapaaminen vanhempien kanssa 1-2 kertaa

↓ Ensimmäisellä ja (toisella) kerralla käydään läpi käytännön työskentelyä. Keskustellaan vanhemman sairaudesta ja sen merkitystä itselle sekä puolisolle. Sovitaan lasten kanssa esille otettavista kysymyksistä. Keskustellaan vanhempien kanssa perheen huolista ja perheen jaksamisesta sekä kuullaan heidän toiveitaan perheinterventiosta.

2. Lasten tapaaminen

↓ Työntekijä tapaa lapsia yksitellen. Keskustellaan vanhempien toivomista aiheista. Kuullaan lapsen näkökulma ja kysymykset sekä kartoitetaan lapsen huolia jatkotyöskentelyä varten. Tapaamisissa huomioidaan lapsen kehitystaso ja puhutaan lapsen kanssa samaa kieltä.

3. Suunnitellaan vanhempien kanssa perhetapaaminen

↓ Käydään läpi työntekijälle muodostunutta kuvaa lasten tapaamisista ja arvioidaan yhdessä vanhempien kanssa lasten selviytymistä. Suunnitellaan perheistunnossa käsiteltävät asiat ja sovitaan työnjaosta vanhempien kanssa.

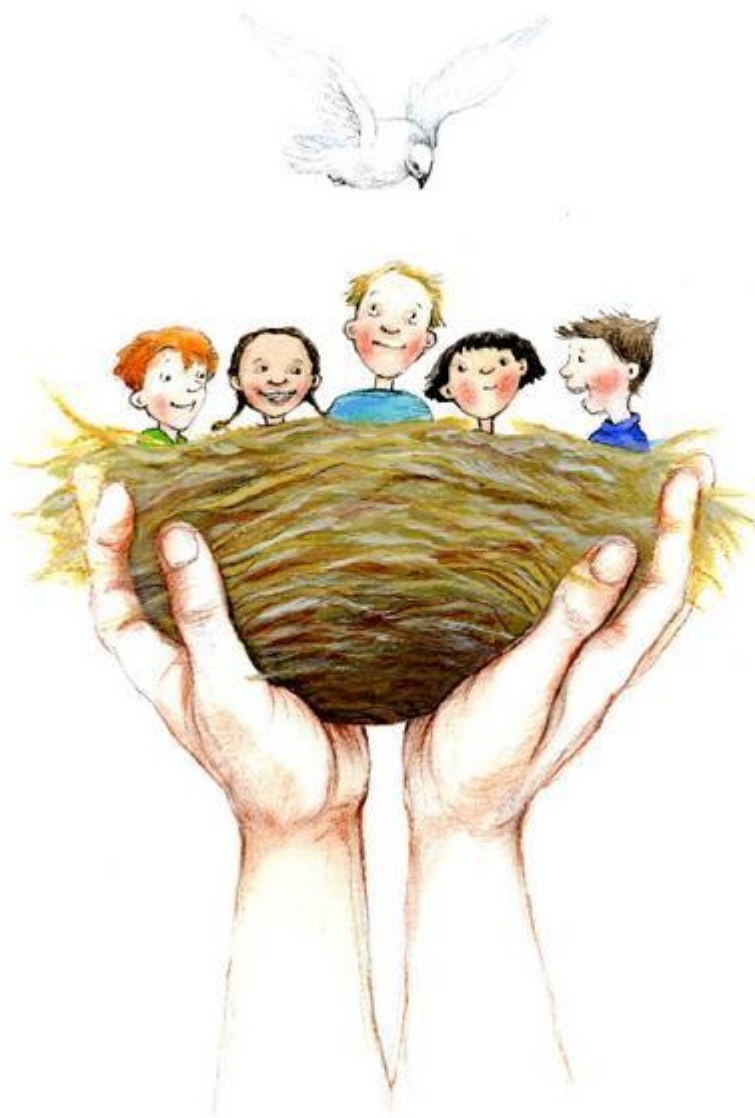
4. Tavataan koko perhettä yhdessä

↓ Keskustellaan suunnitteluistunnossa sovituista asioista. Tarkastellaan perheen puheeksi ottamia asioita ja annetaan niihin liittyvää tietoa. Tiedonantajana lapsille toimii vanhempi ja työntekijä on tukena.

5. Ensimmäinen seurantaistunto vanhempien kanssa

↓ Tehdään yhteenvetoa perheistunnosta ja keskustellaan vanhempien tavoitteista sekä niiden toteutumisesta perheintervention aikana. Keskustellaan asioista, jotka jääneet mahdollisesti epäselviksi sekä puhutaan tulevaisuuden haasteista ja perheen odotuksista.

6 – 8. Toinen seurantaistunto puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä seurantaistunnosta ja lisäseurantaistunnot sovitaan perheen kanssa yksilöllisesti



Lisätietoa perheinterventiosta saat oman hoitavan yksikkösi henkilökunnalta

Heinäkuu 2009

LIITE 3**SWOT – ANALYYSI /syksy 2008**

SWOT - lyhenne tulee seuraavien sanojen alkukirjaimista:

- strength (vahvuus),
- weaknes (heikkous)
- opportunity (mahdollisuus) ja
- threat (uhka)

Vahvuudet

Työryhmä on motivoitunut kehittämistyöhön
Perheintervention koulutuksen saaneet ovat
ammattitaitoisia, joka auttaa kehittämistyön
toteuttamista

Oma motivaatio on hyvä

Heikkoudet

Ajan puute kehittämistyössä, joka voi
vaikuttaa laatuun
Osastolla on samanaikaisesti
lääkehoidon koulutusprosessi, joka vie
työaikaa
Yhteisen ajan löytäminen vaikea
kehittämistyöryhmän kanssa (vuorotyö)

Mahdollisuudet

Muiden yksiköiden perhetyöntekijöiden
ammattitaito on käytettävissä kehittämistyöhön
Perheinterventiokouluttajien tuki saatavana

Uhat

Työmäärä kasvaa liian suureksi
kehittämistyössä, jolloin työn hallinta
vaikeutuu
Ajankäytössä ongelmia, työn
organisointi ei hallussa
Projekti ei pysy aikataulussa, jolloin sen
valmistuminen viivästyy

SWOT-analyysin tarkastelu:

Yläpuolella on nykytila ja sisäiset asiat.
Alapuolella on tulevaisuus ja ulkoiset asiat.
Vasemmalla ovat myönteiset asiat.
Oikealla ovat kielteiset asiat.

Johtopäätökset

Miten vahvuuksia voidaan kehittää edelleen?
Miten heikkouksia voidaan poistaa?
Miten mahdollisuuksia voidaan hyödyntää?
Miten uhkia voidaan torjua?

LIITE 4**SWOT – ANALYYSI /kevät 2009**

SWOT - lyhenne tulee seuraavien sanojen alkukirjaimista:

- strength (vahvuus),
- weakness (heikkous),
- opportunity (mahdollisuus) ja
- threat (uhka)

Vahvuudet

Työryhmä oli motivoitunut kehittämistyöhön
Perheintervention koulutuksen saaneet olivat
ammattitaitoisia, joka auttoi kehittämistyön
toteuttamista

Oma motivaatio oli hyvä

Heikkoudet

Ajan puute kehittämistyössä hidasti työn
valmistumista
Osastolla oli samanaikaisesti lääkehoidon
koulutusprosessi, joka vei työaika
Yhteisen ajan löytäminen osoittautui
melko vaikeaksi kehittämistyöryhmän
kanssa (vuorotyö)

Mahdollisuudet

Muiden yksiköiden perhetyöntekijöiden
ammattitaito ei ollut käytettävissä
kehittämistyöhön
Perheinterventiokouluttajien tuki oli saatavana

Uhat

Työmäärä kasvoi liian suureksi
kehittämistyössä, jolloin työtä joutui
rajaamaan ja muuttamaan alkuperäisestä
suunnitelmasta
Ajankäytössä ilmeni ongelmia, työn
organisointi ei ollut aina hallussa
Projekti pysyi aikataulussa, joten se
valmistui suunnitelmallisesti

SWOT-analyysin tarkastelu:

Yläpuolella on nykytila ja sisäiset asiat.
Alapuolella on tulevaisuus ja ulkoiset asiat.
Vasemmalla ovat myönteiset asiat.
Oikealla ovat kielteiset asiat.

Johtopäätökset

Miten vahvuuksia voidaan kehittää edelleen?
Miten heikkouksia voidaan poistaa?
Miten mahdollisuuksia voidaan hyödyntää?
Miten uhkia voidaan torjua?



Nro _____ / 20 _____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Aila Hyttinen

Nimi

Muut tutkijat

Leppäkaarteentie 35 A2 71800 Siilinjärvi 050-3440689

aila.hyttinen@kuh.fi

Osoite, puh, s-posti

Työ- tai opiskelupaikka

2722

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

sairaanhoitaja

Opiskelupaikka



AMK mikä

Savonia amk



yliopisto mikä



muu mikä

Suoritettava tutkinto

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Vanhemmuuden tukeminen aikuispsykiatriassa. Perheinterventio-oppaan ja -esitteen laatiminen Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian ja Kuopion psykiatrian keskuksen tulostyöryhmiin

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia perheinterventio-opas ja -esite Kuopion Yliopistollisen sairaalan (KYS) psykiatrian tulosalueen aikuispsykiatrian tulostyöryhmien ja Kuopion psykiatrian keskuksen (KPK) käyttöön lasten huomioimiseksi silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysongelmia.

Oppaan tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksista perheen elämään ja jakaa tietoa preventiivisistä perhetyömenetelmistä. Preventiivisten työmenetelmien avulla pyritään perheen omien voimavarojen ja vanhemmuuden tukemiseen. Perheen varhaisen tuen tarpeen toteaminen ja sopivan tuen antaminen perheelle ehkäisevät lasten omien psykososiaalisten ongelmien kehittymistä. Perheinterventioesitteen tavoitteena on antaa perheelle tietoa perheinterventio työmenetelmästä ja siitä, kuinka perhettä voidaan tukea muuttuneessa tilanteeseessään.

Kehittämishanke on toiminnallinen opinnäytetyö ja se noudattaa projektityöskentelyn toimintatapaa. Opinnäytetyö toteutetaan ja arvioidaan tiiviissä yhteistyössä Tarinan sairaalan perheinterventio- ja tulostyöryhmien ja KYS:n perheinterventio- ja tulostyöryhmien kanssa. Näistä työryhmistä kootaan 5-6 henkilön kokoinen opinnäytetyön ohjausryhmä.

Tutkimus on



amk-tutkinto



ylempi amk-tutkinto



pro gradu



lisensiaattityö



väitöskirja



muu, mikä

Monikeskustutkimus



ei



kyllä



kansallinen



kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu

8/08 - 5/09

Aikataulu KYSissä

10/08 - 3/09

Kustannukset



Arvio KYSille koituvista kustannuksista

€

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto

☐ annettu ☐ käsittelyssä ☐ ei ole haettu

Toimikunta _____

Lausunto nro _____ pvm _____

Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten

☒ annettu ☐ käsittelyssä ☐ ei ole haettu

pvm _____

STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten

☐ annettu ☐ käsittelyssä ☐ ei ole haettu

pvm _____

Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten

☐ annettu ☐ käsittelyssä ☐ ei ole haettu

pvm _____

Muu lupa (mikä)

☐ annettu ☐ käsittelyssä

pvm _____

Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille

☒ kyllä ☐ ei

ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä se salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luv:

_8 / 10 2008

Aila Hyttinen

Tutkijan allekirjoitus

Aila Hyttinen

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT

Liisa Koskinen

Ohjaajan allekirjoitus

Liisa Koskinen

Nimen selvennys

Ohjaajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Osoite, puhelin, s-posti *Liisa.KOSKINEN@SAVONIA.FI*
Savonia-amk
PL1028
70100 KUOPIO
044-7856463

Osoite, puhelin, s-posti

PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö) tai johtajaylilääkäriltä (useita tulosyksiköitä).

☒ Puollan hakemusta

☐ En puolla, perustelut

28.10.08

Allekirjoitus

Jorma Penttinen
johtajaylilääkäri

Nimen selvennys *Jorma Penttinen*
johtajaylilääkäri

PÄÄTÖS



Myönnän tutkimusluvan

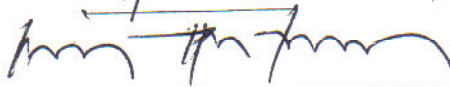
Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä



Tulosityksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro

4/2008

11.11.2008



Allekirjoitus

KAISA HAATAINEN

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILO KYSISSÄ (Tulosityksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)

Pasi Kuosmanen

3710

Nimi

pasi.kuosmanen@kuh.fi

Työyksikkö

OYY 717 5250

S-posti

Puhelin

LIITTEET



Tutkimussuunnitelma

16

sivua



Rahoitussuunnitelma

sivua



Muita liitteitä

sivua

Opiskelijan tiedot

Nimi/nimet Aila Hyttinen

Osoite Leppäkaarteentie 35 A 2 71800 Siilinjärvi

Puhelin 017-178220 (työ)

050-3440689 (muu)

Sähköposti aila.hyttinen@kuh.fi

Koulutusohjelma/suuntautumisohjelma Terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen ylempi AMK-tutkinto

Ryhmä TKJY6S

Suoritettavat opintoviikot 60

Opinnäytetyö

Aihe/työn nimi Perheinterventio kansio Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrian tulostyöryhmään

Ongelma/kehittämistavoite Perheinterventio kansion tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa vanhemman psyykkisen sairauden vaikutuksesta vanhemmuuteen ja lisätä preventiivisten työmenetelmien käyttöä lasten hyvinvoinnin tukemisessa vanhemman ollessa psykiatrisessa hoidossa

Keskeiset menetelmät Projektin menetelmiä soveltaen

(Tarkempi selvitys tarvittaessa liitteenä)

Toimeksiantaja /työnantaja

Ohjaaja tai yhteysthenkilö Ylihoitaja Pasi Kuosmanen

Osoite Kuopion yliopistollinen sairaala

Puhelin 044-7175250 Sähköposti pasi.kuosmanen@kuh.fi

Ohjaukseen ja kustannuksiin osallistuminen: _____

Tuotoksen käyttöoikeudesta on solmittu opiskelijan/opiskelijoiden ja tilaajan välinen sopimus ☐ (___ / ___ 200 ___), sopimus liitteenä.

Opinnäytetyön toteutus ja ohjaus

Ohjaava opettaja/ opettajat Liisa Koskinen

Tavoiteaikataulu

Työ/tutkimussuunnitelma 10/2008

Toteutus _____

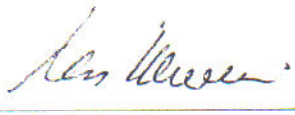
Opinnäytetyö valmis 5/2009

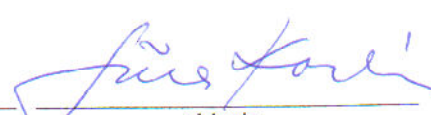
Tarkempi selvitys tarvittaessa liitteenä

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä esitetyllä tavalla.

Kuopiossa 25/3 2009


opiskelija


toimeksiantaja
P. Kuosmanen


ohjaaja