



Mielenterveyden häiriöt perheissä: opetusmateriaalia lapsiperheen voimavaralähtöisestä tukemisesta

Lauri Oja
Mikko Rinne

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Mielenterveyden häiriöt perheissä:
opetusmateriaalia lapsiperheen
voimavaralähtöisestä tukemisesta**

Lauri Oja
Mikko Rinne
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö
Tammikuu 2019

Lauri Oja, Mikko Rinne

Mielenterveyden häiriöt perheissä: opetusmateriaalia lapsiperheen voimavaralähtöisestä tukemisesta

Vuosi 2019

Sivumäärä 42

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaali booster-luennon muodossa mielenterveyden häiriöistä perhetyön intensiiviviikolle, jolle osallistui eri sosiaali- ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoita. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää monikulttuurillisen opiskelijaryhmän moniammatillista osaamista ja syväoppimista, lisätä tietoutta mielenterveyden häiriöistä sekä antaa opiskelijoille työkaluja heidän oman ammatillisen osaamisensa kehittämiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Laurea-ammattikorkeakoulu, ja työ on osa Laurean Ohjaus hoitotyössä -hanketta.

Opinnäytetyö koostuu toiminnallisesta tuotoksesta sekä kirjallisesta raportista. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tehtiin diamuotoinen opetusmateriaali, jonka tarkoituksena on välittää sosiaali- ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoiden ryhmälle luotettavalla tavalla informaatiota ja lisätä tietoutta mielenterveyden häiriöistä sekä voimavaralähtöisyydestä perhetyössä. Opinnäytetyön tuotoksen teoria perustuu kirjallisen osion teoreettiseen viitekehykseen, joka koostettiin olemassa olevasta tutkimustiedosta sekä kirjallisuudesta.

Opetusmateriaalista kerättiin palaute Laurean ammattikorkeakoulun hoitoalan opiskelijoilta. Palaute oli pääosin positiivista. Jatkokehittämissuunnitelmaksi voisi olla opetusmateriaalin kehittäminen myös muihin opetustapahtumiin sekä tiettyjen opiskelijaryhmien tarpeisiin, esimerkiksi erityisesti hoitotyön tai sosiaalialan opiskelijoille.

Asiasanat: mielenterveyden häiriöt, perhetyö, voimavaralähtöisyys, opetusmateriaali

Lauri Oja, Mikko Rinne

Mental disorders in families: educational material about resource-oriented approach for family support

Year	2019	Pages	42
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to produce educational material regarding mental disorders in families and resource-orientated approaches for family support. The material was produced to be presented at a family care intensive week in St. Petersburg, with the target audience consisting of social and health care students. The goal of this thesis was to enhance the students' multi-professional skills, promote knowledge of the topic and give them tools to improve their own vocational competence. The co-operation partner of this thesis is Laurea University of Applied sciences and this thesis is also part of Laurea's Guidance in Nursing -project.

The thesis consists of a functional product and a written report. The functional product is an educational slideshow presentation. Its purpose is to share evidence-based knowledge in a reliable way and increase students' knowledge about mental disorders and resource-orientated approach used in families. The theory of the functional product is based on the theoretical framework shown in the written report. The written part was compiled from previous research and literature.

Feedback regarding the functional product was collected from Laurea's nursing students. The feedback was mainly positive. In the future one could develop this functional product even further for the needs of other educational events and specific student groups.

Keywords: mental disorders, family work, resource-oriented approach, educational material

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Mielenterveyden häiriöt perhehoitotyössä	7
2.1	Mielenterveyden häiriöt käsitteenä	7
2.2	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys	8
2.3	Mielenterveyden häiriöiden periytyvyys	9
2.4	Mielenterveyden häiriöiden periytyvyyteen vaikuttavat tekijät.....	10
2.5	Vanhempien mielenterveyshäiriöiden lapselle aiheuttamat riskit	11
2.6	Mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigma	12
2.7	Moniammatillinen yhteistyö perheiden mielenterveystyössä	13
2.8	Perheen kohtaaminen mielenterveystyössä ja ammattilaisen roolin haasteet	14
3	Voimavaralähtöisyys perhehoitotyössä	16
3.1	Voimavaralähtöisyys ja resilienssi	16
3.2	Voimavaroihin ja resilienssiin vaikuttavia tekijöitä.....	17
3.3	Voimavaralähtöiset ratkaisumallit ja perheinterventiot	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	19
5	Opinnäytetyöprosessi	20
5.1	Työelämäkumppani	20
5.2	Toiminnallinen opinnäytetyö	20
5.3	Opetusmateriaalin pedagoginen perusta	21
5.3.1	Konstruktivistinen oppimiskäsitys.....	21
5.3.2	Oppimistyyli.....	22
5.3.3	Oppimistyylien teorian hyödyntäminen toiminnallisen opinnäytetyön näkökulmasta	22
5.3.4	Bloomin taksonomia	23
5.4	Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus	25
5.5	Opetusmateriaalin arviointi	26
6	Pohdinta.....	27
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	27
6.2	Opinnäytetyöprosessin, tuotetun materiaalin ja oppimisprosessin tarkastelu.....	29
6.3	Jatkokehittämissuhteet	30
	Lähteet	32
	Liitteet.....	37

1 Johdanto

Erlaisia mielenterveyden häiriöitä sairastavia ihmisiä on maailmanlaajuisesti satoja miljoonia. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat 14 % maailmanlaajuisesta tautitaakasta, ja 20 suurimman taakan aiheuttavista sairauksista jopa viisi on mielenterveyden häiriöitä (Vigo, Thornicroft & Atun 2016). Vaikka mielenterveyden häiriöiden alueellisessa ilmaantuvuudessa voidaan nähdä eroja, kyseessä on kiistatta maailmanlaajuisesti merkittävä inhimillistä kärsimystä, sosiaalisia ongelmia ja taloudellista taakkaa aiheuttava sairauksien ryhmä. Henkilökoh- taisella tasolla mielenterveyden häiriöt näkyvät esimerkiksi alentuneena toimintakyknä, elä- mänlaadun heikentymisen kokemuksina, työkyvyttömyytenä ja eliniänodotteen lyhenemisenä.

Mielenterveyden häiriöt eivät vaikuta ainoastaan sairastuneeseen itseensä, vaan myös häntä ympäröiviin ihmisiin. Perhehoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna hoidossa on huomioitava myös sairastuneen henkilön lähipiiri, erityisesti muiden perheenjäsenten hyvinvointi ja jaksaminen. Vanhemman psyykinen sairaus voi esimerkiksi vaikuttaa useiden muuttujien kautta kykyyn toimia vastuullisena vanhempana, lisätä lapsen riskiä sairastua erilaisiin mielentervey- den häiriöihin ja vaikuttaa perheen sekä lähipiirin sisäiseen dynamiikkaan (Hosman, van Doesum & van Santvoort 2009). Vaikka sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tunnistavat van- hemmuuden korostamisen ja perheen huomioimisen tarpeen, käytännössä näiden huomioimi- nen on usein puutteellista (Lauritzen, Reedtz, van Doesum & Martinussen 2015).

Perheiden hyvinvointia ja jaksamista voidaan tukea voimavaralähtöisillä menetelmillä, joissa ammattilaisen ohjaamana perheenjäsenet ja lähipiiriin kuuluvat henkilöt oppivat tarkastele- maan, mitkä tekijät kuormittavat tai tukevat heidän ja koko perheen jaksamista. Kuormitta- vat ja voimaannuttavat tekijät ovat yksilöllisiä, subjektiivisia kokemuksia, joten voimavara- lähtöisyydessä vastuu hoidon toteutumisesta ei ole vain mukana olevan ammattihenkilön har- teilla, vaan perheenjäsenten oma motivaatio vaikuttaa paljon hoidon toteutumiseen.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen työ, jonka tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaali booster-luennon muodossa mielenterveyden häiriöistä perhetyön intensiiviviikolle, jolle osal- listui eri sosiaali- ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoita. Tuotetun materiaalin tarkoituk- sena oli välittää sosiaali- ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoiden ryhmälle luotettavalla tavalla informaatiota ja lisätä tietoutta mielenterveyden häiriöistä sekä voimavaralähtöisyy- destä perhetyössä. Materiaalilla orientoitiin opiskelijoita ongelmalähtöiseen työskentelyyn ai- heeseen liittyen. Materiaali tuotettiin Laurea-ammattikorkeakoulun tarpeisiin, ja materiaali esitettiin sosiaali- ja terveysalan opiskelijoista koostuvalle kansainväliselle ryhmälle luentona perhetyön intensiiviviikolla Pietarissa huhtikuussa 2018. Opinnäytetyö on osa Laurean Ohjau- s- hanketta, jonka projekteilla edistetään hoitotyön potilas-, henkilökunta- ja opis- kelijaohjausta.

Opetusmateriaalin tuottamisessa pyrittiin huomioimaan kohderyhmän moniammatillinen tausta, kansainvälisyyden tuomat vaatimukset sekä materiaalin helppo seurattavuus ja visuaalisesti miellyttävä ulkoasu. Materiaalia laadittaessa pyrittiin toimimaan jokaisessa vaiheessa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti; tietoperusta koostettiin vertaisarvioidun tutkimustiedon ja muiden julkaisujen pohjalta, jonka pohjalta laadittiin itse luentomateriaali. Lisäksi materiaalia koostaessa huomioitiin pedagogiikka ja arvioitiin erilaisia tapoja välittää tieto luotettavasti ja kiinnostavalla tavalla.

2 Mielenterveyden häiriöt perhehoitotyössä

2.1 Mielenterveyden häiriöt käsitteenä

Mielen terveys on kykyä reagoida rakentavasti ongelmiin. Siihen kuuluu myös toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisista oireista huolimatta. Kun oireista tulee pitkäkestoisia ja ne rajoittavat elämää huomattavasti, on kyse häiriöstä tai sairaudesta. (Huttunen 2017.)

Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan laajaa kirjoa erilaisia tiloja ja sairauksia, joissa tunne-elämän, käytöksen ja ajatustoiminnan häiriöt aiheuttavat haittaa henkilön toimintakyvylle tai ihmissuhteille tai aiheuttavat muulla tavoin henkilölle kärsimystä. Oireilua voi esiintyä laajasti erilaisina toimintakykyä vaikeuttavina tekijöinä, jotka usein lievinä kuuluvat arkielämän tunne-elämän skaalaan, mutta vaikeutuessaan ja pitkittyessään tulkitaan mielenterveyden häiriöiksi. Mielenterveyden häiriöiden määrittely on haastavaa ja toisinaan mahdotontakin, mutta erityyppiset häiriöt on pyritty tautiluokituksessa määrittelemään mahdollisimman selkeästi; mielenterveyden häiriöissä on aina havaittavissa kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. (Huttunen 2017; THL 2018 a.)

Mielenterveyden häiriöt rajataan eri luokituksissa hieman eri tavoin. Esimerkiksi ICD-10 F-luokituksen mukaan mielenterveyden häiriöihin luetaan skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, stressi- ja sopeutumishäiriöt, syömishäiriöt sekä persoonallisuus- ja käytöshäiriöt. (THL 2011.)

Mielenterveyden häiriöiden perusta on fyysikaalisiin sairauksiin nähden harvoin jonkin elimen poikkeuksellisessa toiminnassa, ja vaikka häiriöihin voi liittyä biologisperäisiä muutoksia esimerkiksi välittäjäaineiden toiminnassa, oleellista psykiatristen häiriöiden kehittymiselle ovat usein ongelmat muistikuvissa ja opituissa reaktiomalleissa. Tästä erosta johtuen toisinaan välitetään termin "sairaus" käyttämistä puhuttaessa mielenterveyden häiriöistä, vaikka syyt erottelulle ei olisi. (Huttunen 2017.) Tässä työssä käytetään lähtökohtaisesti ja sille soveltuvin osin kattotermiä mielenterveyden häiriöt, vaikka myös esimerkiksi psykiatrisista sairauksista puhuminen ajaisi usein saman asian.

2.2 Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys

Maaailmanlaajuisesti lähes 500 miljoonaa ihmistä sairastaa neuropsykiatrisia sairauksia, jotka aiheuttavat 14 % globaalista tautitaakasta (Sorel 2013, xiv) ja 13 % menetetyistä toimintakykyisistä elinvuosista, joilla kuvataan sairauksien vaikutuksia ihmisen toiminta- ja työkykyyn hänen koko elinkaarensa aikana (WHO 2004). Neuropsykiatrisista sairauksista suurimmat yksittäiset vaikutukset näihin menetettyihin vuosiin on masennushäiriöillä, ahdistuneisuushäiriöillä, alkoholin väärinkäytöllä ja skitsofrenialla, jotka ovat kaikki mielenterveyden häiriöitä. Joissain maissa, kuten Iossa-Britanniassa, mielenterveyden häiriöiden tautitaakka on suurempi kuin minkään muun sairauksien ryhmän (Mental Health Foundation 2015). Suomalaisista noin 1,5 % sairastuu vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön (Huttunen 2017). Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat lisäksi merkittävästi kuluja. Vuonna 2014 Suomen perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon kustannukset olivat 106 miljoonaa euroa ja erikoissairaanhoidossa psykiatrisen hoidon kustannukset olivat 746 miljoonaa euroa eli yhteensä n. 850 miljoonaa euroa (Valtiontalouden Tarkastusvirasto 2017, s.10)

Perheissä ilmenevät mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä länsimaissa. Niitä tarkasteltaessa voidaan tarkastella joko lasten tai vanhempien mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuutta, tai näiden molempien ryhmien mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuutta samanaikaisesti. WHO:n arvion mukaan 10-20 % maailman lapsista sairastaa jonkinasteista mielenterveyden häiriötä. Kaikista mielenterveyden häiriöistä noin puolet ilmaantuu viimeistään 14-vuotiaana ja 75 % alle 25-vuotiaana. Nuorista aikuisista jopa 20 % täyttäisi jonkin mielenterveyden häiriön kriteerit, ja nuorilla aikuisilla itsemurha on 3. yleisin kuolinsyy. (WHO 2003.) Luotettavia, koko maailmaa tai yksittäisiä mantereita koskevia kattavia tutkimuksia perheiden mielenterveyden häiriöistä ei ole saatavilla, mutta eri maissa tehdyistä kvantitatiivisista tutkimuksista voidaan koostaa yleiskuva näiden esiintyvyydestä.

Esimerkiksi Iossa-Britanniassa 10-15 % lapsista elää perheessä, jossa vähintään toisella vanhemmista on mielenterveyden häiriö, ja jopa 28 %:lla yksihuoltajavanhemmista on mielenterveyden häiriö; myös Yhdysvalloissa ja Australiassa yksihuoltajien kohdalla luvut ovat samaa suuruusluokkaa (Gatsou, Yates, Goodrich & Pearsons 2017). Alankomaissa yli 5 % koko väestöstä on mielenterveyshäiriötä sairastavan vanhemman alle 12-vuotias lapsi (Hosman ym. 2009). Kansainvälisesti lapsista 10-15 %:lla on arvioitu olevan toimintakykyä alentava mielenterveyden häiriö, joista yleisimpiä ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt, käytöshäiriöt sekä masennushäiriöt (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde 2015). Kansainvälisesti 10-25 % lapsista on ollut yhteydessä ammattihenkilöön mielenterveyden asioihin liittyen (Wichstrom ym. 2014).

2.3 Mielenterveyden häiriöiden periytyvyys

Perheessä esiintyvät mielenterveyden häiriöt vaikuttavat kaksisuuntaisesti muihin perheenjäseniin; vanhempien mielenterveyshäiriöt lisäävät lapsen riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin, ja lapsen sairastuminen ja oireilu puolestaan lisäävät vanhempien psyykkistä kuormittuneisuutta (Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett 2012).

Mielenterveyden häiriöiden periytyvyyttä ja ylisukupolvisuutta on tutkittu vuosikymmeniä, ja se on yksi tärkeimmistä tekijöistä psykiatriselle sairastavuudelle (Cunningham, Harris, Vostanis, Oyebode & Blissett 2004; Hosman ym. 2009). Näyttöä psykiatristen sairauksien periytyvyydestä on monenlaisista sairauksista, kuten päihteiden väärinkäytöstä, ahdistuneisuushäiriöstä, pakkomiellepsykyhäiriöstä, masennuksesta, dystymiasta, bipolaarihäiriöstä, syömishäiriöistä ja persoonallisuushäiriöistä. Esimerkiksi Beidelin ja Turnerin (1997) mukaan ahdistuneisuushäiriötä esiintyy 33 %:lla lapsista, joiden vanhemmilla on ahdistuneisuushäiriö, kun terveiden vanhempien lapsilla vastaava luku on 8 %. Jopa 40 % masentuneiden vanhempien lapsista kokee masennuskauden ennen aikuisikää ja masennusta esiintyy masentuneiden vanhempien lapsilla 2-3 kertaisesti tai jopa 8-kertaisesti verrattuna terveiden vanhempien lapsiin (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks 1993; Weissman ym. 2006; Wickamaratne & Weissman, 1998).

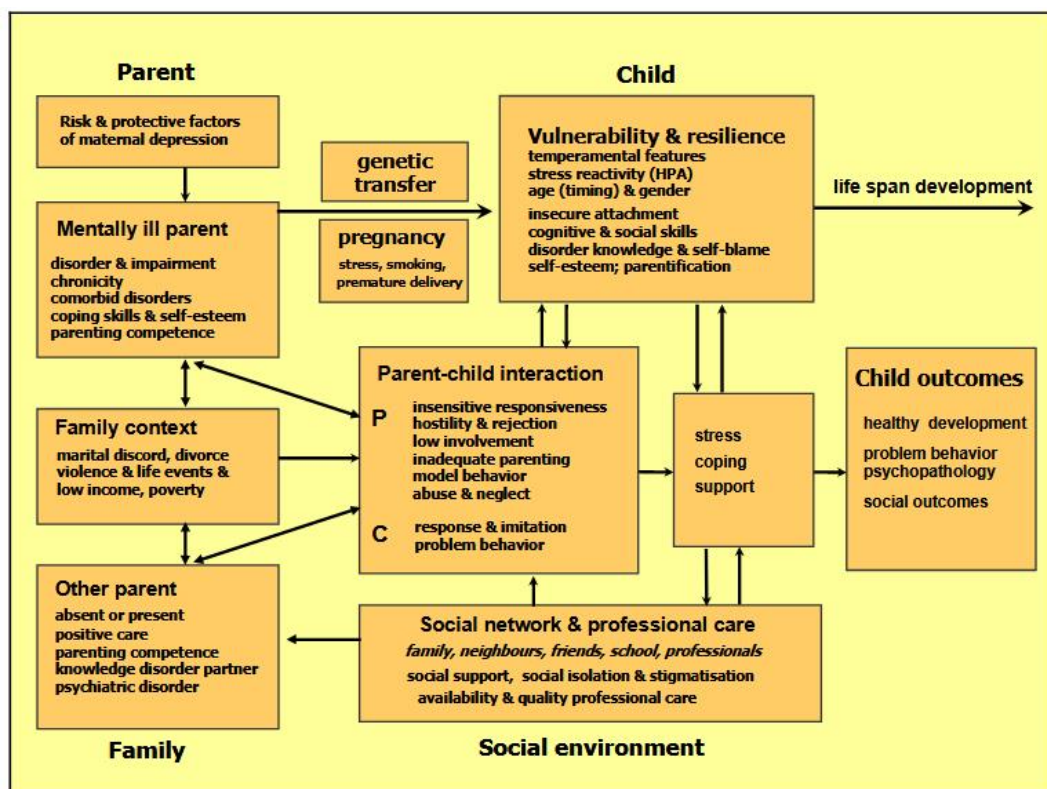
Psyykkisistä sairauksista kärsivien lapset ovat suuremmassa riskissä kohdata sosiaalisia ongelmia ja vaikeuksia seurustelusuhteissa, joutua kaltoinkohdeksi, kohdata identiteetti-ongelmia, minkä lisäksi heillä on suurentunut itsemurhariski (Hosman ym. 2009). Lapset, joilla on perhetaustasta johtuva suurentunut psykoosisairauksien riski, on havaittu olevan enemmän vaikeuksia sopeutua sosiaalisesti ja heillä on enemmän neurologisia ja emotionaalisia häiriöitä jo nuorena. Toisaalta nämä ongelmat ovat myös edeltäneet suurempaa psyykkistä sairastavuutta. (Niemi ym. 2005.) Periytyvyyden kiertokulku jatkuu myös näiden lapsien kasvaessa aikuisiksi. Suuri osa aikuisista, joilla esiintyy mielenterveyden ongelmia, on täyttänyt jonkin psykiatrisen diagnoosin lapsina (Kessler ym. 2005; Kim-Cohen ym. 2003; Faraone ym. 2015).

On kiistanalaista, periytyykö mielenterveyden häiriöiden riski sairauskohtaisesti, vai onko koko diagnoosien spektrin riski suurentunut. Ylisukupolvisuuden riskin ymmärtäminen olisi oleellista tehokkaiden mielenterveyden ongelmia ehkäisevien ohjelmien kehittämiseksi. Molemmista on näyttöä, sekä saman sairauden periytyvyydestä että muiden ongelmien lisääntyneestä riskistä (Hosman ym. 2009). Esimerkiksi Wickramaratnen ja Weissmanin (1998) mukaan vakavasti masentuneiden jälkikasvulla on lisääntyneen masennusriskin lisäksi 3-kertainen ahdistushäiriön ja 5-kertainen käytöshäiriöiden tai alkoholiriippuvuuden riski. On myös arvioitu, että jälkikasvun psyykkisten sairauksien esiintyvyys voi noudatella vanhempien komorbidien sairauksien esiintyvyttä. (Hosman ym. 2009.) Tämä vaikeuttaa arviointia siitä, millaisia ennaltaehkäiseviä toimia tulisi hyödyntää erilaisia sairauksia sairastavien vanhempien lasten

kohdalla. Ylisukupolvisen periytyvyyden riskin tiedostaminen ei vielä itsessään anna työkaluja häiriöiden ehkäisemiseksi.

2.4 Mielenterveyden häiriöiden periytyvyyteen vaikuttavat tekijät

Mielenterveyden häiriöiden periytyvyyteen arvioidaan liittyvän monenlaisia tekijöitä. Ymmärtääksimme, kehittääksemme ja hyödyntääksimme toimintamalleja, joilla perheissä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä voidaan ehkäistä ja hoitaa, on oleellista ymmärtää, mitkä tekijät vaikuttavat häiriöiden syntyyn ja ilmaantumiseen. Lisäksi voimavaralähtöisessä perhetyössä näitä muuttujia voidaan käyttää apuna arvioitaessa perheen hyvinvointia ja jaksamista suojaavia ja kuormittavia tekijöitä. (Hosman ym. 2009.) Yksinkertaistettuna mielenterveyden häiriöiden ylisukupolvisessa periytyvyydessä voidaan puhua vanhempaan, lapseen, perheeseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Hosman ym. (2009) ovat koostaneet aiempien tutkimusten pohjalta teoreettisen viitekehyksen mielenterveyden häiriöiden periytyvyyteen liittyvistä tekijöistä hoitotyön käytännön toimintamallien laatimisen tueksi. Tutkijat jatkavat teoreettisessa mallissaan sukupolvien välisen periytyvyyden riskin mekanismit näihin neljään luokkaan (kuvio 1). Tarkastelemalla sekä yksittäisiä riskitekijöitä kunkin luokan sisällä että luokkien välistä vuorovaikutusta voidaan arvioida lapsen mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, että siihen kohdistuvia riskejä. Lisäksi luokituksessa voidaan arvioida, ovatko riskitekijät yksittäiseen sairauteen liittyviä, vai ovatko ne yleisiä riskitekijöitä, jotka kasvattavat riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin laajemmalla spektrillä. Suojaavat tekijät eivät tutkijoiden mukaan ole lähtökohtaisesti yksittäiseen sairauteen liittyviä.



Kuvio 1: Ylisukupolvisen mielenterveyshäiriön periytyvyyden riskiä lisäävät ja siltä suojaavat tekijät (Hosman ym. 2009).

Yksittäisen, vanhemmilla ilmenevän mielenterveyden häiriön ilmaantumisen riskiin kuuluvat geneettiset ja biokemialliset tekijät. Lisäksi näihin kuuluu myös muita perheessä ilmeneviä tekijöitä; vanhempien käyttäytymismallit vanhemman roolissa sekä elämänhallintaan ja epä-terveet pärjäämiseen liittyvät mallit (esimerkiksi päihteiden väärinkäyttö, lohtusyöminen, ylihuolehtivaisuus ja ongelmien ulkoistaminen) lisäävät lapsen riskiä sairastua vanhemman psyykkiseen sairauteen. (Hosman ym. 2009.)

Yleisiä riskitekijöitä lapsen mielenterveyden häiriön ilmaantumisessa ovat esimerkiksi vanhemman lapseen kohdistama väkivalta tai välinpitämättömyys. Lisäksi on olemassa riskitekijöitä, jotka ovat usein sosioekonomisiin tekijöihin sidottuja, ja lisäävät sekä vanhemman että lapsen riskiä sairastua; näitä ovat esimerkiksi köyhyys, naapurustossa ilmenevä väkivalta, perheväkivalta ja altistuminen päihteiden väärinkäytölle. (Hosman ym. 2009.)

Malli kuvaa potentiaalisesti riskejä kasvattavia tekijöitä, mutta siitä ei voida vetää varsinaisia syy-seuraussuhteita. Monet esitetyistä tekijöistä vaikuttavat kehämäisesti toisiinsa ja voivat edelleen ruokkia jotain muuta kaaviossa esitettyä riskitekijää. Esimerkiksi lapsen itsetuntoon ja sosiaaliin taitoihin liittyvät tekijät voivat pahentaa mielenterveyden häiriön oireilun kautta itseään. Samoin vanhemman sairauden aiheuttama riittämättömyyden tunne vanhempana voi edelleen heikentää vanhemman kykyä huolehtia jälkikasvustaan. Riskitekijöiden keskinäiset suhteet ovat monimutkaisia ja aina arvioitava yksilöllisesti, mutta käyttämällä tällaisia teoreettisia kehyksiä voidaan ymmärtää ongelman monimuotoisuus ja pyrkiä näin kehittämään käytännön työkaluja perhehoitotyön tueksi. (Hosman ym. 2009.)

2.5 Vanhempien mielenterveyshäiriöiden lapselle aiheuttamat riskit

Mielenterveyden häiriöiden periytyvyyden lisäksi vanhemmalla esiintyvä mielenterveyden häiriö voi vaikuttaa myös muilla tavoin lapsen hyvinvointiin ja kehitykseen. Lapsi voi jäädä vaille riittävää vanhemman tukea ja huolenpitoa silloin, kun vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelma. Tämän seurauksena lapsen terve psyykinen kehitys voi vaarantua (Huikko ym. 2017).

Vanhempien mielenterveyden sairaudet voivat vaikuttaa negatiivisesti kaikkiin perheenjäseniin, ja tarve perheen sekä perheen sosiaaliset kontekstit huomioivaan kuntoutumistyöhön on hyvin tiedossa. Tällaisten kuntoutumisohjelmien kehitys on kansainvälisesti ollut puutteellista ja ymmärrys siitä, millaisten vaikutusmekanismien kautta vanhempien mielenterveys vaikuttaa perheisiin ja miten vanhempien kuntoutumista voidaan perhetyötä hyödyntäen tukea, on yhä vajavaista (Gatsou ym. 2017).

Lapsen huomioiminen tilanteessa, jossa vanhemmalla on mielenterveyden häiriö, on oleellista, sillä se asettaa lapsen poikkeukselliseen rooliin perheessä. Dam ja Hall (2016) ovat tehneet laajan meta-analyysin lasten kokemuksista perheissä, joissa huoltajalla on vakava mielenterveyden häiriö ja havainneet, että tällaisten perheiden arki koetaan arvaamattomaksi, ja lapsen on otettava tavanomaista merkittävämpi rooli vastuun kantamisessa ja arjen pyörittämisessä. Esimerkiksi vanhemman masennus voi jättää lapsen emotionaalisesti liian yksin, joka on yleisin lasten laiminlyönnin muoto. Usean lapsen perheissä vanhemmista lapsista tulee usein "sijaisvanhempia" nuoremmille sisaruksilleen. Lisäksi lapsi voi kantaa taakkaa salailusta tai mielenterveysongelmiin liittyvästä stigmasta, syyttää itseään perheen tilanteesta, kehittää kestäättömiä selviytymiskeinoja arjessa pärjäämiseen, kohdata tai pelätä kohtaavansa kiusaamista ja eristäytyä tai pelätä eristäytymistä ikäisistään lapsista (Dam & Hall 2016; Gatsou ym. 2017). Mielenterveyden häiriöitä sairastavien lapsien vanhemmilla esiintyy myös usein vaikeuksia sitoutua vanhempiinsa nuorella iällä (Cunningham ym. 2003).

Dam'n ja Hallin (2016) tutkimuksessa todetaan, että tutkituille lapsille ovat tärkeitä erilaiset selviytymiskeinot, tiedon saaminen ja asioiden käsittely, sillä lapsi joutuu usein tahtomattaankin toimimaan eräänlaisena kompassina vanhempien toimiessa epävarmasti tai arvaamattomasti. Luotettava aikuinen, esimerkiksi terveydenhuollon ammattilainen, koetaan usein lasten toimesta positiivisena asiana sairauden aiheuttamien muutosten käsittelyssä. Tämän vuoksi kaikki perheenjäsenet tulisi huomioida osana laadukasta vanhemman mielenterveys-työtä.

2.6 Mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigma

Stigma eli häpeäleima tarkoittaa ei-toivottua, negatiivista sosiaalista leimautumista. Stigma muodostuu, kun jonkin tietyn ominaisuuden omaava henkilö koetaan hänen ympäristössään tai yksilön itsensä toimesta muita alempiarvoiseksi, huonommaksi tai muutoin ulkopuoliseksi. Stigma vaatii muodostuakseen kolme elementtiä; puutteellista tietoa, ennakkoluuloisuutta sekä valmiutta syrjivään käytökseen. (Haddad & Haddad 2015.) Mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigma on globaali ilmiö, jolla on usein alueelliseen kulttuurihistoriaan kytkeytyvät juuret. Erilaiset populaarikulttuurin arvolutautuneet kuvaukset psyykkisiä sairauksia sairastavista ihmisistä, kieleen juurtuneet negatiiviset käsitteet, median tapa käsitellä mielenterveyden häiriöitä ja psyykkisten sairauksien hoitamisen historia voivat edelleen pitää yllä negatiivisia mielikuvia, jotka vaikuttavat stigman muodostumiseen. (Davey 2013.) Sen lisäksi, että stigmatisaatiota esiintyy kaikkialla maailmassa, sitä esiintyy myös kaikissa sosiaali- ja ammattiluokissa, mukaan lukien terveydenhuollon ja lääketieteen ammattilaisissa (Davey 2013; Wallace 2017; Wahlbeck & Aromaa 2011).

Mielenterveyden häiriöihin on lisäksi Suomessa liittynyt historiallisesti jonkinasteinen stigma, mutta nykyisin tilanne on parempi kuin useissa EU-maissa. Erityisesti nuoremmat sukupolvet

ovat vähemmän ennakkoluuloisia mielenterveyden häiriöitä sairastavia kohtaan. Suomalaisilakin on tutkimuksissa havaittu olevan latautuneita ennakkoluuloja sekä jopa täysin virheellisiä käsityksiä mielenterveyden häiriöistä, jotka voivat johtaa yhteiskunnalliseen epätasa-arvoon. Näitä ovat esimerkiksi kyvyttömyys tunnistaa mielenterveyden häiriöitä hoitoa vaativiksi sairauksiksi, uskomukset psyykkisistä sairauksista kärsivien vaarallisuudesta ja käsitys siitä, että masennus on yksilön omaa syytä tai hoidettavissa ottamalla itseään niskasta kiinni. (Wahlbeck & Aromaa 2011). Uskomukset voivat olla jopa täysin päinvastaisia todelliseen tilanteeseen nähden; esimerkiksi monet mielenterveyden häiriöiden ilmaantumiseen vaikuttavat tekijät voivat olla täysin yksilön valintojen ulkopuolella, vaikka uskomus siitä, että kyseessä on yksilön oma vika, on tiukassa (Haddad & Haddad 2015). EU-maissa tehdyissä tutkimuksissa eniten negatiivisesti varautuneita ennakkoluuloja esiintyi miehillä, iäkkäillä ja matalasti koulutetuilla (Wahlbeck & Aromaa 2011).

Mielenterveyden häiriöihin liittyvät stigmat voidaan jakaa sairastuneen yksilön itseensä kohdistamaan stigmaan sekä sosiaaliseen stigmaan, jossa yhteiskunnan muut ihmiset kohdistavat sairastuneeseen ennakkoluuloja. Sosiaalinen stigma aiheuttaa vakavimmillaan eristämistä ja syrjintää esimerkiksi työ- ja asuntomarkkinoilla ja jopa heidän saamassaan terveydenhuollossa. Itseen kohdistettu stigma on yhteydessä heikentyneeseen itsetuntoon sekä toivotonmuuden ja häpeän tunteisiin heikentäen ihmisen päivittäisen elämän koettua laatua. (Haddad & Haddad 2015.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigman pelko aiheuttaa sekä vanhemmissa että lapsissa häpeän tunteita, heikentynyttä itsetuntoa ja perheen tilanteen peittelyä, joka vaikuttaa heikentävästi hoidon piiriin hakeutumiseen. Hoitoon hakeutumisen jälkeenkin stigma ennustaa heikompaa hoidon toteutumista ja huonompaa lopputulemaa. Subjekttiivinen kokemus omasta arvottomuudestaan ja tuomitukseksi tulemisen pelko vaikuttavat siihen, miten saatavilla olevia tukipalveluja hyödynnetään. Lisäksi stigman pelko on yhteydessä sosiaalisen eristäytymisen riskin kasvuun ja heikentyneeseen sosiaaliseen ja emotionaaliseen tukeen. (Gatsou ym. 2017.)

2.7 Moniammatillinen yhteistyö perheiden mielenterveystyössä

Mielenterveyden häiriöt perheissä ilmenevät yhteiskunnassa moniulotteisesti ja siksi niiden parissa työskentelyyn tarvitaan eri alan osajia monista eri ammattiryhmistä. Merkittävin taho mielenterveystyössä on terveydenhuolto. Tiivistetysti terveydenhuolto tarkoittaa lääketieteellisiä ja osittain myös sosiaalialan piiriin (esimerkiksi päihdehuolto) kuuluvia järjestelmiä, kuten lainsäädäntöä ja resursointia. Näillä turvataan itse terveydenhoito, ennaltaehkäisevä terveydenhoito, terveyden seuranta ja kaikkalainen sairaanhoito (STM 2014). Julkista terveydenhuoltoa täydentävät yksityiset palveluntuottajat, jotka tuottavat suurimman osan terapia- palveluista. Tämän lisäksi yksityiset toimijat ja erilaiset järjestöt tuottavat mielenterveystä tukevia ja ylläpitäviä palveluja (Huikko ym. 2017).

Mielenterveystyössä hoitoketjut ovat usein pitkiä ja monimutkaisia. Toimiva hoitoketju parantaa hoidon tuloksellisuutta ja hillitsee terveydenhuollon kustannuksia (Kuntaliitto 2017). Jokaisen työntekijän aktiivisuus ehkäisevässä mielenterveystyössä ja asioiden kirjaaminen ja raportointi on erittäin tärkeää. Moniammatillisen työn pitää siksi olla sujuvaa. Kunnissa ja lasten ja perheiden parissa toimivissa organisaatioissa tulee olla toimintamalli, jossa eri ammattilaisten tehtävät ja yhteistyö on sovittu ja kuvattu etukäteen. Oleellista on myös sopia, minne perheet ohjataan, ketkä ovat paikallisia vastuutahoja ja havainnoista informoidaan moniammatillista tiimiä sovittun käytännön mukaan (Lastensuojelulaki 2007/417).

Työskentely ja mielenterveyshäiriöiden puheeksi ottaminen perheiden parissa, joissa lapsella tai vanhemmalla on mielenterveyden häiriötä, ei rajoitu vain lääkäreihin, sairaanhoitajiin, terveydenhoitajiin ja sosiaalityöntekijöihin. Käytännössä kuka tahansa perheiden ja lasten parissa oleva ammattihenkilö voi ottaa mielenterveyteen liittyvät asiat puheeksi, raportoida niistä eteenpäin ja tarjota apua. Tällaisia ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi lastenhoitajat, lastentarhanopettajat, luokan opettajat, koulukuraattorit, psykologit, opinto-ohjaajat ja työnohjaajat. (Niemi 2008.)

Lasten ja nuorten näkökulmasta koulujen ja päiväkotien henkilökunnalla on huomattavasti vastuuta lasten mielenterveyden häiriöiden huomioimisessa. Valtiotalouden Tarkistusvirasto toteaaakin, että kouluilla on merkittävä rooli mielenterveysongelmien tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa ja hoitoon ohjaamisessa, koska mielenterveyden häiriöiden esioireet alkavat usein koulu- ja opiskeluiässä. Lapsen käyttäytymisen ja toimintakyvyn muutos on mahdollista havaita varhaisessa vaiheessa koulunkäynnin yhteydessä (Valtiotalouden Tarkistusvirasto 2017).

Aikuisten mielenterveyshäiriöiden havainnoimisessa ja puuttumisessa työnantajalla on vastuu huolehtia työntekijän terveydestä ja hyvinvoinnista. Laissa tämä on määritelty seuraavasti: Työterveyslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738).

2.8 Perheen kohtaaminen mielenterveystyössä ja ammattilaisen roolin haasteet

Mielenterveyteen liittyvät asiat ovat henkilökohtaisia ja arkoja asioita ja niiden perinpohjainen käsittely edellyttää hyvää luottamusta. Eri osapuolten yhteistyömotivaatio ei vielä luo merkityksellistä hoitosuhdetta, vaan kohtaamistilanteissa tulee olla mahdollisuus kyseenalaistaa ajatusmallejaan ja oppia uutta ajattelua. Asiakkaan kannalta merkityksellisyyttä ei luo ainoastaan se, että joku kuuntelee, vaan että hänelle tulee kokemus, että hän tulee myös kuulluksi. Tällaisen kohtaamisen ydin on vuorovaikutuksen toisen osapuolen kunnioitus ja ymmärrys henkilönä. (Jokinen 2012.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, erityisesti mielenterveyspuolen ammattilaiset, ovat useissa tutkimuksissa arvioineet omat tietonsa ja/tai taitonsa puutteellisiksi mielenterveysongelman vanhemman perheen huomioimisessa hoidossa. Ongelmat ovat moninaisia ja liittyvät tietotaidon lisäksi myös asenteisiin ja olemassa olevien linjausten puuttumiseen (Gatsou ym. 2017, Lauritzen ym. 2015). Vaikeutta lisää myös, että mielenterveyden häiriöistä puhuminen tarvitsee paljon luottamusta eikä hyvä luottamussuhde synny välttämättä hetkessä. Perheen huomioimisen merkitys ja vanhemmuuden tuominen osaksi hoitoa mielenterveystyössä tunnustetaan, mutta sen toteutuminen käytännössä on puutteellista. Lauritzenin ym. (2015) tutkimuksessa 56 % aikuispuolen mielenterveystyön ammattilaisista eivät säännöllisesti selvittäneet onko potilailla lapsia, vaikka kyselyyn vastanneet totesivat sen kuuluvan osana heidän työhönsä ja lisäksi valtaosa tutkituista suhtautui positiivisesti potilaan tukemiseen vanhempana ja lapsen huomioimiseen hoidossa.

Esimerkiksi Gatsou ym. (2017) kuvaavat mielenterveysongelman vanhemman perheen hoitotyön vaikeuksia tilanteessa, jossa ammattihenkilöt eivät ole saaneet erityiskoulutusta aiheeseen. Ennen osallistumistaan tutkimuksen kohteena olleeseen perhekeskeiseen erityiskoulutukseen ammattilaiset tunnistivat suurimmiksi ongelmiksi vaikeudet huomioida sairauden vaikutukset kaikkiin perheenjäseniin, perheiden mielenterveyshäiriöiden puheeksi ottamisen, itsevarmuuden puutteen vanhempien mielenterveysongelmien kanssa työskentelemiseksi ja huolet mielenterveyteen liittyvästä stigmasta, yhtenäisten perhehoidon linjausten puuttumisen, liiallisen luoton siihen, että muut tahot puuttuvat ongelmaan sekä ajan ja resurssien puutteen ongelmiin tarttumiseksi. SCIE:n (2011) mukaan hoitoon päättämättömyyteen vaikuttavat ammattilaisten kyvyttömyys osata esittää ajoissa oikeita kysymyksiä, epäselvyydet ammattilaisten vastuunjaossa sekä kyvyttömyys ohjata palvelunkäyttäjiä oikeiden palveluiden äärelle.

Suomessa käytetään perheinterventiomenetelmiä perheiden hyvinvoinnin tukemiseksi vanhempien mielenterveyden häiriöiden oireillessa, ja näitä menetelmiä varten on olemassa koulutuksia terveydenhuollon ammattilaisille. Potentiaalisesti monenlaisia sosioekonomisia ja hyvinvointiin liittyviä haasteita kohtaavat perheet saattavat olla haastavia kohdattavia, ja työskentelyn heidän kanssaan tulisi olla kunnioittavaa ja luottamus pohjaista. Tiedonkulun avoimuus ja tasa-arvoisuus edistävät ammattilaisen kykyä tarjota ammattiosaamisensa perheiden käyttöön ja tätä kautta tukea heidän omaa voimaantumistaan ja elämänhallinnan lisääntymistä. Tällaisen työskentelymetodin sisäistäminen ei tule ammattilaisiltakaan luonnostaan ilman lisäkoulutusta. Riskinä on luottamuksen puute asiakkaaseen ja/tai tiedostamaton stigman luominen, vaikka terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaisilla tätä ei tulisi hyvässä hoidossa ilmetä. (Jokinen 2012.)

Gatsoun ym. (2017) mukaan erityisesti perhehoitoon keskittyneen koulutuksen jälkeen kaikki tutkimukseen vastanneet ammattihenkilöt kokivat muun muassa varmuutensa lisääntyneen

mielenterveysongelmiin puuttumisessa, holistisen työskentelymenetelmänsä kehittyneen sekä ymmärryksensä vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksesta perheen hyvinvointiin kehittyneen. Suomessa perheinterventiokoulutusta saaneita tutkittaessa on havaittu, että lisäkoulutetut henkilöt ovat kokeneet menetelmän valtaosin soveltuvaksi heidän työhönsä, ja koulutuksen myötä ammattihenkilöiden kyky ottaa vaikeita asioita puheeksi ja huomioida koko perheen jaksaminen on heidän subjektiivisen kokemuksensa myötä kehittynyt. Työntekijät ovat myös kokeneet, että lasten ääni tulee menetelmän hyödyntämisen myötä paremmin kuulluksi, mikä voi ennaltaehkäistä myöhempien ongelmien ilmaantumista. (Niemi 2008.)

Menetelmien käytännön toteutuksen kannalta työympäristössä ongelmallisia ovat perheinterventioiden vaatimat lisäresurssit, sillä monen tapaamisen hoito vaatii sekä tila-, henkilöstö- että aikaresursseja. Työntekijän on perheen tavoin sitouduttava prosessiin, ja hänen vastuulleen on luoda turvallinen ja luottamuksellinen interventioprosessi. (Jokinen 2012, Niemi 2008.)

3 Voimavaralähtöisyys perhehoitotyössä

3.1 Voimavaralähtöisyys ja resilienssi

Voimavaralähtöiset menetelmät ovat hoidollisia menetelmiä, joissa usein ammattihenkilön opastamana yksilö tunnistaa omaa jaksamistaan ja hyvinvointiaan kuormittavia ja tukevia tekijöitä. Tunnistettuaan näitä tekijöitä yksilöä tuetaan tekemään jokapäiväisessä elämässään tietoisia ratkaisuja, joilla hän voi edistää omaa voimaantumistaan ja varautua ennakoivasti vastoinkäymisten tai negatiivisten elämänmuutosten tuomaan taakkaan. Näin yksilö voi oman toimintansa kautta kehittää omaa selviytymiskykyisyyttään eli resilienssiään. Voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät ovat yksilöllisiä, mutta yleisesti ne liittyvät ihmissuhteisiin ja perheen sisäiseen dynamiikkaan, tukiverkostoihin, taloudelliseen tilanteeseen ja muihin sosioekonomisiin tekijöihin sekä omiin tulevaisuudennäkymiin. (Power ym. 2016.) Näiden voimaannuttavien ja kuormittavien tekijöiden yksilöllisestä kokemisesta sekä niiden suhteesta toisiinsa muodostuu yksilön voimavaraisuus.

Voimavaralähtöisiä menetelmiä voidaan soveltaa perheiden tasolla tarkastelemalla kunkin perheenjäsenen omia sekä perheen yhteisiä voimavaroja. Sovellettaessa perheiden tasolla voimavaralähtöisiä menetelmiä tarkastelun kohteena on perheen resilienssi, joka on yksilön resilienssiä monimutkaisempi käsite, sillä siihen vaikuttavat usean yksilön voimavarat sekä heidän välisensä kanssakäyminen. Perheen voimavarojen tunnistamisella pyritään sekä edistämään sitä, miten perhe yksikkönä voi tukea kutakin perheenjäsentä, että sitä, miten perheenjäsenet voivat tukea koko perheen jaksamista. (Power ym. 2016.)

Voimavaralähtöisissä menetelmissä toimitaan yksilön ja perheen ehdoilla niin, että myös yksilön oma vastuunotto ja aktiivinen osallistuminen muutokseen lisääntyy (THL 2018 b). Tunnistamalla ongelmakohdat ja toisaalta omia voimavaroja lisäävät tekijät vastuu siirtyy entistä

enemmän sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta perheille itselleen; perheet voivat tätä kautta aktiivisesti itse muuttaa omaa toimintaansa keskittyen niihin tekijöihin, jotka auttavat perhettä jaksamaan kuormituksen lisääntyessä. Näihin tekijöihin voi kuulua esimerkiksi yhdessäoloa, asioiden käsittelyä huumorin kautta ja arjen velvollisuuksien jakamista perheenjäsenen kesken. Oleellista on myös se, että kaikki perheenjäsenet ovat motivoituneita haluamaan muutosta ja siten kehittämään perheen tilannetta paremmaksi. Laajemmassa mittakaavassa voidaan ajatella, että se, miten perhe suhtautuu, sopeutuu ja sietää kuormittavia tekijöitä riippuu sekä perheen itsensä, sen yksilöiden sekä ympäröivän yhteisön suojaavista tekijöistä. Yksilön oma resilienssi on sekä hänen geeniperimänsä että sosiaalisten kokemustensa summa, joten resilienssiä ei voida kehittää puhtaasti voimavaralähtöisten menetelmien kautta. (Walsh 2003).

3.2 Voimavaroihin ja resilienssiin vaikuttavia tekijöitä

Walsh (2003) on tunnistanut prosesseja, jotka tukevat perheiden voimaantumista ja resilienssiä, ja on jakanut nämä kolmeen luokkaan. Walshin jaottelu on kattava teoreettinen viitekehys, johon moni käytännönläheisempi voimavaralähtöinen menetelmä nojaa. Walshin mukaiset kolme yläluokkaa, johon voimaannuttavat tekijät voidaan jakaa, ovat:

- Perheen yhteiset ajatusmallit
- Järjestäytymismallit
- Kommunikaatio ja ongelmanratkaisukyky

Perheen yhteisiin ajatusmalleihin Walsh sisällyttää tekijät, jotka vaikuttavat siihen, miten perheenjäsenet suhtautuvat muutoksiin elämässä. Näitä ovat esimerkiksi vastoinkäymisiin suhtautuminen rakentavalla ja kehittäväällä tavalla, positiivinen elämänasenne, rohkeus tarttua toimeen, luottamus omiin kykyihin vastoinkäymisten edessä ja kyky kohdata kriisit ylitettävänä haasteina. Lisäksi perheen sietokyky ylläpitävät yhteinen arvomaailma, elämän merkityksellisyyden tunne, yhteiset uskomukset ja kyky oppia negatiivisistakin asioista. (Walsh 2003.)

Järjestäytymismalleihin sisältyvät perheenjäsenten kyvyt mukautua ja sopeutua sosiaalisissa suhteissaan heidän kohdatessa vastoinkäymisiä. Näin ollen näihin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi puolisoiden aseman tasavertaisuus ja yhdenvertainen tuki, perheenjäsenten suhteiden ylläpito haastavina aikoina, toisten tukeminen, yhteenkuuluvuuden tunteen vaaliminen ja huonojen suhteiden tietoinen parantaminen. Lisäksi tähän luokkaan kuuluvat sosioekonomiset resurssit, eli halu ja kyky ylläpitää sosiaalista tukiverkkoa vaikeiden aikojen varalta sekä perheen taloudellisen toimeentulon turvaaminen. (Walsh 2003.)

Kommunikaatioon ja ongelmanratkaisukykyyn Walsh sisällyttää kaikki ne tekijät, millä tavoin perheenjäsenet tuovat esiin tunteuksensa ja miten he sekä kommunikoivat että työskentelevät yhdessä. Tähän kuuluvat esimerkiksi totuudenmukaisuus, kommunikoinnin selkeys, avoin tunteiden jakaminen, empatiakyky, yhteinen huumori, syyttelyn välttäminen, päätöksenteon jakaminen, yhdessä tulevaisuuteen varautuminen ja yhdessä ongelmien ratkaisu. (Walsh 2003.)

Jokaisella yksilöllä on siis voimavaroja kuormittavia ja voimavaroja lisääviä tekijöitä. Myös positiivisina koetut asiat voivat kuormittaa yksilön voimavaroja. Esimerkiksi muutto uuteen kaupunkiin toivotun työpaikan perässä on samaan aikaan iloinen ja kuormittava voimavara. Työpaikka on toivottu, mutta täysin vieras ja uusi ympäristö kuormittaa voimavaroja. Voimavaroja kuormittavia ja tukevia asioita, joista THL (2018 b) listaa tärkeimpinä seuraavat: vanhempien omat lapsuuden kokemukset, terveys ja elämäntavat, parisuhde, äitiyteen ja isyyteen kasvu, vanhemmuus, lapsen hoito ja kasvatus, perheen tukiverkosto, työllisyys ja taloudellinen tilanne, asuminen sekä tulevaisuuden näkymät.

3.3 Voimavaralähtöiset ratkaisumallit ja perheinterventiot

Mielenterveyshäiriöt voivat ilmetä perheissä hyvin monella eri tapaa ja siksi on kehitetty useita erilaisia metodeja ja ratkaisumalleja perheiden auttamiseksi. Mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen tai oireilun paheneminen on yksi esimerkki sellaisesta kriisistä tai vastoin käymisestä, joka voi suistaa perheen tavanomaisen arkielämän raiteiltaan ja vaikuttaa välillisesti perheenjäseniin ja heidän välisiin suhteisiinsa erilaisin tavoin (Walsh 2003). Menestyksessä perheinterventio on moniammatillisen yhteistyön ja hyvän ennakkointikyvyn tulos, joka toteutuessaan voi ehkäistä ongelmien kasaantumisen perheessä (Jokinen 2012).

Perheiden pääsyn esteenä perhekeskeisen hoidon piiriin mielenterveyden häiriöiden tapauksessa voi olla esimerkiksi terveydenhuollon työntekijöiden kyvyttömyys ymmärtää aikuisten ja lasten ongelmia yhtenä kokonaisuutena. Lisäksi perhekeskeisten palveluiden hyötyjä ei välttämättä ymmärretä, jos hoidossa keskitytään yksittäisiin ongelmiin ilman kykyä nähdä voimavaraisuuden merkitystä perheen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. Laadukas perheen huomioiva terveydenhuollon palvelu pitäisikin sisällään voimavarojen tunnistamisen ja tukemisen, perheen sisällyttämisen osaksi omaa hoitonsa suunnittelua ja toteutusta ja avoimen tiedonkulun huomioiden jokaisen perheenjäsenen roolin perheen kokonaisvaltaisen jaksamisen kannalta. (SCIE 2011.)

Kehitettyjä menetelmiä voimavaralähtöisyyden tuomiseksi osaksi käytännön hoitotyötä on useita. Menetelmissä voimavaralähtöisyys voi olla keskiössä tai osa perheinterventiota, jossa perheen arjen vaikeuksia käsitellään myös muilla keinoin. Usein perheinterventiomenetelmät ovat prosessiluonteista työskentelyä, joissa yhdistellään sekä vanhempien, lasten että koko perheen tapaamisia ammattihenkilöiden kanssa, ja pyritään ongelmalähtöisen työskentelyn

kautta antamaan perheelle työkaluja oman jaksamisensa tukemiseksi. Prosessimuotoisessa työskentelyssä avoimella tiedonkululla rakennetaan eri perheenjäsenten ymmärrystä ja näin vahvistetaan heidän omaa kykyään auttaa toisiaan ja perhettään. (Niemi 2008.)

Suomessa prosessimuotoinen perheinterventio on käytössä esimerkiksi Toimiva lapsi ja perhe -menetelmässä, jonka osa-alueet ovat lapset puheeksi -keskustelu, lapset puheeksi -neuvonpito ja lapset puheeksi -perheinterventio. Tämä perheinterventio-osuus perustuu William Beardsleen 80- ja 90-luvuilla kehittämään perheinterventiomenetelmään. Suomessa Beardsleen menetelmää on käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Alun perin menetelmä kehitettiin auttamaan mielialahäiriöstä kärsivien vanhempien lapsia, mutta sitä voidaan myös soveltaa muihinkin perheissä ilmeneviin kriisitilanteissa, kuten vanhempien erotilanteessa tai lapsen psyykkisen oireilun yhteydessä. (Niemi 2008.) Interventio on tarkoitettu perheisiin, jossa on kouluikäisiä ja/tai murrosikäisiä lapsia. Tässä menetelmässä ammattihenkilön ohjeistuksella pidetään noin 5-8 istuntopäivää, joissa käydään erikseen eri perheenjäsenten kanssa kokemuksia tapahtuneesta, sekä kartoitetaan eri henkilöiden voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä (Jokinen 2012).

Menetelmien tavoitteena on auttaa perheitä puhumaan avoimesti vähän puhutusta ja mahdollisesti myös häpeällisenä pidetystä ongelmasta. Tarkoituksena ei ole hoitaa vain sairasta vanhempaa, vaan aloittaa prosessi, jossa perheen oma kyky ratkaista ongelmia vahvistuu, lasta suojaavat tekijät vahvistuvat ja kuormittavat asiat vähenevät. Tällöin voidaan päästä avoimeen keskusteluun, jonka kautta löydetään yhdessä perheen voimavaroja. Kaikki toimiva lapsi ja perhe -menetelmät ovat siis lapsikeskeisiä, eli lapset pidetään koko ajan etusijalla, ja niiden ensisijaisena tavoitteena onkin ehkäistä lasten kohtaamia ongelmia ja pitää heidän toimintakykynsä hyvänä vanhemman mielenterveyden häiriön oireilusta huolimatta. (Jokinen 2012.) Pohjalla on psykoedukatiivinen ja vuorovaikutuksellinen työote. Tärkeää on mielenterveysongelmasta kärsivän vanhemmuuden kunnioittaminen, mikä on toimivan ja luottamuksellisen yhteistyön edellytys (Solantaus & Niemelä 2016). Interventio käynnistetäänkin aina vanhemman tai vanhempien omasta toiveesta sen jälkeen, kun ammattilainen on esitellyt perheintervention kulun (Jokinen 2012).

Oleellista on puuttua mielenterveyttä koskeviin asioihin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Tähän kyseinen malli keskittyykin. Lasten mielenterveyttä kartoittavissa epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu toistuvasti, että lapsuuden käytösongelmien ja aikuisiässä ilmenevien sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien välillä on vahva yhteys (Sourander ym. 2007).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaali booster-luennon muodossa mielenterveyden häiriöistä perhetyön intensiiviviikolle, jolle osallistui eri sosiaali- ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoita. Opinnäytetyössä tuotetun materiaalin tarkoitus oli välittää sosiaali-

ja terveysalojen korkeakouluopiskelijoiden ryhmälle luotettavalla tavalla informaatiota ja lisätä tietoutta mielenterveyden häiriöistä sekä voimavaralähtöisyydestä perhetyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää monikulttuurillisen opiskelijaryhmän moniammatillista osaamista ja syväoppimista, lisätä tietoutta mielenterveyden häiriöistä sekä antaa opiskelijoille työkaluja heidän oman ammatillisen osaamisensa kehittämiseksi.

5 Opinnäytetyöprosessi

5.1 Työelämäkumppani

Opinnäytetyön työelämäkumppanina toimi Laurea-ammattikorkeakoulu (englanniksi Laurea University of Applied Sciences). Laurea-ammattikoulu on Uudellamaalla toimiva ammattikorkeakoulu. Opiskeltavia aloja Laureassa on useita ja ne jakautuvat kolmeen pääluokkaan: matkailu - ja ravitsemusala, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala sekä yhteiskuntatieteiden, liiketalouden ja hallinnon ala. Laurean kampuksia on yhteensä kuusi kappaletta, joista kaksi on Espoossa Otaniemessä ja Leppävaarassa. Loput neljä kampusta sijaitsevat Vantaan Tikkurilassa, Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa. Opiskelijoita kampuksilla on yhteensä noin 7800 ja työntekijöitä 500. Laurea-ammattikorkeakoulu on perustettu vuonna 1991, mutta vasta vuodesta 2001 lähtien koulusta on käytetty tätä nimitystä Laurea. Ennen vuotta 2001 Laureasta käytettiin nimitystä Espoon - Vantaan ammattikorkeakoulu. (Laurea, 2018.)

Opetus Laureassa perustuu kehittämispohjaiseen oppimiseen eli Learning by Developing (LbD) toimintamalliin. Kyseinen malli on Laurean kehittämä ja sen lähtökohtana ovat autenttiset työelämän kehittämis- ja ongelmatilanteet yhteistyössä työelämän kanssa. Kehittämispohjaisen oppimisen tavoitteena on tuottaa uutta osaamista, joka ilmenee uusina tuotteina, toimintamalleina sekä työkaluina. (Raij 2007.)

5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan toiminnallinen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija osoittaa ammatillista tietoa, taitoa ja sivistystä. Opiskelija tuottaa jonkin käytännön asian, esimerkiksi esineen, tapahtuman, toiminnan tai tuotteen ja kirjoittaa siitä raportin. Opiskelija soveltaa teoriaa ja käytäntöä toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksessa. Työn päämääränä on näyttää kirjoittajien ammatillista omaksumista, kasvua, perehtymistä aiheeseen ja kirjoittajien tutkimuksellista kypsyyttä. Usein toiminnallisessa opinnäytetyössä ratkaistaan jokin ongelma, kuvaillaan jotakin prosessia, analysoidaan sen vaiheita tai kehitetään jotakin alan käytäntöä. Toteutustapa valitaan kohderyhmälle ja tilanteeseen sopivaksi. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Kyseiselle työtavalle on ominaista prosessia refleктоiva kirjallinen osio ja itse tuotoksen arviointi. Koko työ on siis kaksiosainen, johon kuuluvat raportti ja toteutus. Raportissa viitekehys esitetään työlle ja tuotoksen teoria esitellään. Raportin tiedon tulee perustua ajankohtaiseen

tutkittuun tietoon ja raportissa olevat keskeiset käsitteet tulee avata. Tämän lisäksi toiminnalliseen oppinäytetyöhön kuuluu oleellisesti tuotoksen esittäminen ja arviointi eli palautteen kerääminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Syvällisemmin tarkasteltuna toiminnalliseen oppinäytetyöhön sisältyy myös niin kutsuttu syklinen prosessi. Kyseinen prosessi sisältää seitsemän eri vaihetta, jotka ovat: kartoitusvaihe, prosessointivaihe, sitoutumisvaihe, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe, arviointivaihe ja hyväksymisvaihe. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen, 1998.) Tämän prosessin mukaisesti toiminnallisen oppinäytetyön rakentuminen tapahtuu myös tämän työn kohdalla.

Tämä oppinäytetyö on voidaan luokitella toiminnalliseksi, koska sen tuotoksena eli produktina on opetusmateriaalina toimiva Prezi -ohjelmalla tehty esitys. Esityksen taustalla oleva teoria-pohja on käsitelty perusteellisesti oppinäytetyön raportissa. Lisäksi raportissa on oppinäytetyön tuotoksen arvioinnin tulokset sekä liitteenä käytetty arviointilomake.

5.3 Opetusmateriaalin pedagoginen perusta

5.3.1 Konstruktivistinen oppimiskäsitys

Ihmisen tavat oppia ja omaksua uutta tietoa ovat yksilöllisiä, ja erilaisia oppimiskäsityksiäkin on pedagogian kentällä useita. Oppinäytetyössä tuotetun materiaalin pedagogisena pohjana on konstruktivistinen oppimiskäsitys, jossa uusi opittu aines rakennetaan olemassa olevaan tietoainekseen; tieto ei siis siirry opettajalta oppilaalle, vaan tiedon vastaanottaja rekonstruoi tietonsa uudelleen sisällyttäen siihen oleelliseksi havaitsemansa asiat uudesta informaatiosta (Siemens 2004). Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä oppiminen on oppijan oman toiminnan tulosta ja pohjautuu vahvasti siihen, millaisten tietojen ja käsitysten pohjalta hän uutta tietoa käsittelee. Tämän oppimiskäsityksen mukaan sosiaalisella vuorovaikutuksella on keskeinen rooli oppimisen kannalta, sillä oppiminen on riippuvaista oppijasta ja samaa tietoa voidaan tulkita eri tavoin. Konstruktivistisessä käsityksessä opiskelija on aktiivinen tiedon käsitteittäjä, jolle ei syötetä tietoa, vaan hän tietoisesti prosessoi tietoa ja aktivoi aiempaa tietoaan uuden tiedon tueksi (Rauste-von Wright & von Wright 1994).

Konstruktivistista oppimiskäsitystä voidaan käyttää pohjana oppimismateriaalin laatimisessa, sillä kaikilla opiskelijoilla on ainakin jonkin verran sosiaali- ja terveystieteiden opintoja takana. Toisaalta opiskelijat myös tarkastelevat tietoa eri näkökulmista ja koostavat siitä uutta tietoa eri tavoin, sillä luennolla olevilla opiskelijoilla on moniammatilliset taustat. Näin opiskelijat voivat käsitellä tietoa eri tavoin ja kehittää oman erikoisalansa tietoa hyödyntäen opetusmateriaalista niitä osioita, jotka omien tarpeiden ja kokemustensa pohjalta kokevat oleellisimmiksi. Konstruktivismiin mukaan myös sosiaalisella kanssakäymisellä on suuri merkitys oppimisen kannalta, ja opetusmateriaalin tarkoituksena onkin valmistaa opiskelijoita moniammatilliseen yhteistyöhön aiheen parissa case-työn muodossa. (Siemens 2004.)

5.3.2 Oppimistyylit

Oppimistyyli tarkoittaa ihmisen yleistä, tiedostamatonta taipumusta käyttää tiettyjä oppimisstrategioita tai oppimistapoja. Oppinen tiivistettynä tarkoittaa jatkuvaa prosessia, missä opiskelija vastaa stimulaatioon eli opetettavaan asiaan ja muodostaa käsityksen vaihtoehtoista ja hänen sisäisistä ja ulkoisista resursseistaan (Tuomola & Maijanen 1999).

Ihmisten oppimistyylit ovat yksilöllisiä, ja oppimistyyliä voidaan jaotella eri tavoin. Oppimistyyliä voidaan jaotella esimerkiksi jako tiedonsaantitavan mukaan (VAK, eli visuaalinen, auditiivinen ja kinesteettinen oppimistapa) tai oppijan roolin mukaan (osallistuva kokeilija, konkreettinen kokija, pohdiskeleva havainnoija tai abstrakti käsitteellistäjä). Henkilö voi tarvittaessa muokata käyttämäänsä suosittavaa oppimistyyliä, mutta lähtökohtaisesti tietoa välittävä henkilö, esimerkiksi opettaja, ei voi muovata oppijan persoonallisuutta tai kognitiivista oppimista. Yksilöllä jokin yksittäinen oppimistyyli voi olla hänen oppimisen kannalta muita tehokkaampi, mutta suuri osa ihmisistä hyödyntää useita oppimistyyliä ja tiedonkäsittelytapoja yhtäaikaaisesti. Taitavan opiskelijan on mahdollista, ja usein tarpeenkin, sopeutua käyttämään monenlaisia oppimistekniikoita tarkkailemalla tietoisesti oppimistaan ja säätelemään sitä siten, että oppimistavoitteet toteutuvat. (Koskinen & Hautaluoma 2009.)

Opinnäytetyössä tuotettu materiaali tukee auditiivista ja visuaalista tiedonsaantitapaa. Luentomateriaalin tavoitteena oli olla visuaalisesti riittävän mielenkiintoinen, jotta opiskelijoiden on helppo seurata esitystä ja heidän mielenkiintonsa pysyy yllä huolimatta siitä, mikä heidän taustansa on aiheen oppimista silmällä pitäen.

5.3.3 Oppimistyylien teorian hyödyntäminen toiminnallisen opinnäytetyön näkökulmasta

Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli visuaalinen, selkeä ja mahdollisimman helposti seurattava informatiivinen esitys opiskelijoille. Tuotos toimii siis opetusmateriaalina. Kyseisen tuotoksen suunnittelun taustalla voidaan hyödyntää erilaisten oppimistyylien teoriaa. Yläkäsite tämän opinnäytetyön produktion oppimistyyliä on siis visuaalinen, mutta sekin voidaan vielä jakaa pienempiin osiin. Tarkemmin lueteltuna nämä tyylit ovat visuaalis-verbaalinen, visuaalis-nonverbaalinen ja auditiivis-verbaalinen tyyli (Tuomola & Maijanen 1999).

Visuaalis-verbaalinen opiskelija oppii parhaiten lukemalla informaatiota. Opetustilanteessa he hyötyvät eniten esimerkiksi PowerPointin käytöstä. Kyseisen oppimistyylin omaavat henkilöt lukevat paljon teoritietoa ja tekevät niistä muistiinpanoja. Tämän opinnäytetyön tuotoksen sisäistäminen palvelee melko hyvin tämän oppimistyylin opiskelijaa. Prezi-ohjelmalla tehdyssä esityksessä on näönvaraisesti seurattavaa tekstiä ja kaavioita. Tavoitteena esityksessä oli pitää diat mahdollisimman yksinkertaisina ja sellaisina, ettei tekstiä ole liikaa. Tämä ei kuitenkaan täysin palvele visuaalis-verbaalista oppijaa esitystilanteessa, sillä tämän oppimistyylin

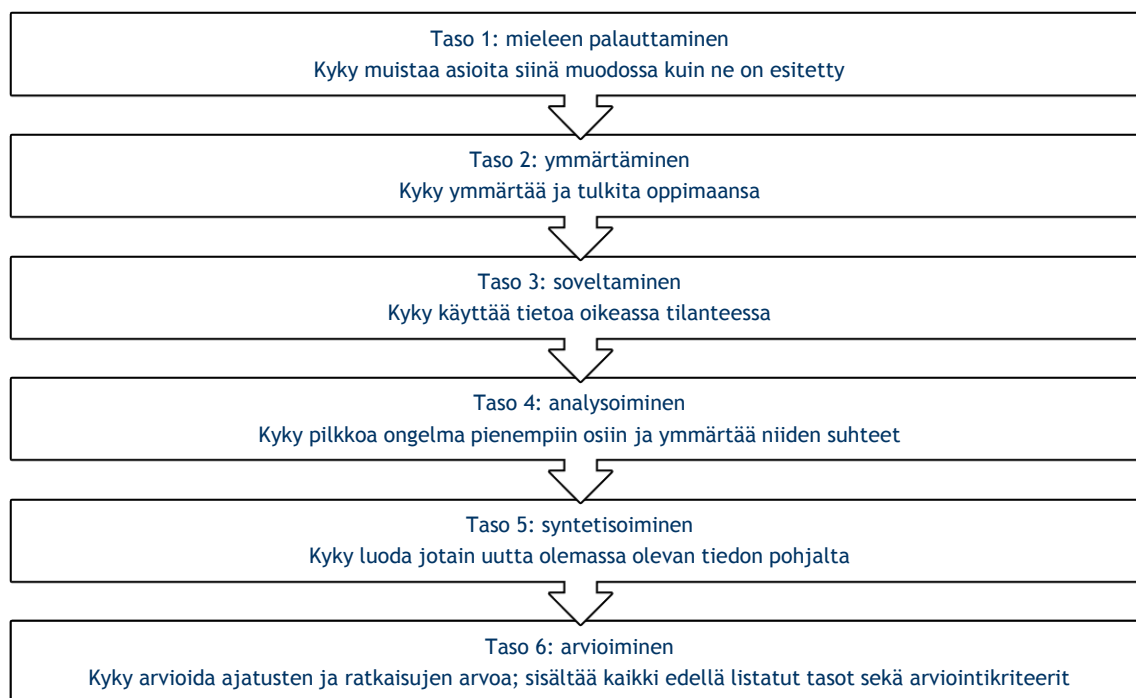
henkilöt lukevat huomattavia määriä oppikirjoista. Esityksen sisällön paras mahdollinen ymmärrys edellyttää visuaalis-verbaalisen oppijan omaa motivaatiota ja kiinnostusta perehtyä aiheeseen esitystilanteen ulkopuolella.

Visuaalis-nonverbaalinen oppija hyötyy eniten tämän opinnäytetyön tuotoksesta. Kyseisen oppimistyylin omaavat henkilöt saavat parhaiten uutta informaatiota, joka on esitetty visuaalisessa ja kuvallisessa muodossa. Tietoa he sisältävät parhaiten erilaisista kaavioista ja kartoista, esimerkiksi ajatuskartoista (Tuomola & Maijanen 1999). Tekstiä ei tarvitse olla huomattavia määriä, vaan tiedon on oleellista olla mahdollisimman yksinkertaisesti esillä. He myös visualisoivat mielessään näkemäänsä kaavioita ja taulukoita. Tätä voi tapahtua myös opetustilanteen jälkeen, kun yksilö prosessoi oppimaansa. Edellä mainittuja elementtejä opinnäytetyön Prezi-esitys sisältää huomattavasti. Esitys koostuu pääasiassa kuvien ja tekstien yhteistyöstä. Tekstiä ei ole liikaa kerralla näkyvillä ja kuvat elävöittävät ja havainnollistavat esitettyjä aihepiirejä. Dynaamisuuden ja interaktiivisuuden vuoksi auditiivis-informatiivinen opiskelija voi omaksua esityksessä käytäviä aihepiirejä luontaisella tavalla (Tuomola & Maijanen 1999).

Myös auditiivis-verbaalisen oppijan on mahdollista hyötyä Prezi-alustalla tehdystä esityksestä. Auditiiviset oppijat hyötyvät parhaiten, kun työ esitetään ääneen. Opetustilanteissa he nauttivat luentojen kuuntelusta ja asioiden keskusteluun ja purkamiseen liittyvistä tilanteista. Jotta auditiivinen opiskelija voi hyötyä opinnäytetyön Prezi-osuudesta, on sen esittäjällä eli luennoitsijalla suuri vastuu. Siihen vaikuttaa huomattavasti se, miten loogisesti esitelmöitsijä tuo asiat esille ja miten syvällisesti esittäjä on perehtynyt aiheeseen.

5.3.4 Bloomin taksonomia

Yhdysvaltalainen, 1900-luvun puolivälissä vaikuttanut koulutuspsykologi Benjamin Bloom on kehittänyt tutkimusryhmänsä kanssa Bloomin taksonomiana tunnetun luokituksen oppimisen kannalta tärkeille tiedollisille tavoitteille. Taksonomia jäsentää siis sitä, millaiseen tiedon omaksumisen tasoon pyritään. Tässä opinnäytetyössä käytetään Bloomin taksonomian tasoja havainnollistamisen apuna: mille tasolle opinnäytetyön Prezi-esityksen kuulijoiden olisi ihan-teellista päästä. Bloomin taksonomiassa on yhteensä kuusi tiedollista tasoa (kuvio 2) ja seuraavalle tasolle ei voi päästä ennen kuin aiempi taso on sisäistetty. (Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl 1956.)



Kuvio 2: Bloomin taksonomian kuusi tasoa (Bloom ym. 1956).

Opinnäytetyössä tuotettu Prezi-esitys oli esillä Pietarissa perhetyön intensiiviviikolla suomalaisille ja venäläisille sosiaali- ja terveystieteen opiskelijoille. Työn fokuksena oli lisätä moniammatillisen kuulijakunnan tietoutta mielenterveyden häiriöistä. Kyseisen opiskelijaryhmän olisi optimaalisinta päästä tasolle kolme Bloomin taksonomiassa eli “tiedon soveltaminen”, sillä opinnäytetyön opetusmateriaali toimi pohjustuksena opiskelijoiden keskinäiselle case-työskentelylle, jossa saatua tietoa tuli osata soveltaa. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteen opiskelijat voivat kohdata työrullallaan perheitä, joissa esiintyy mielenterveyden häiriöitä. Tämän vuoksi opiskelijoiden on tasolle kolme päästyään mahdollista soveltaa omassa työympäristössään käytännössä esityksen kautta opittua tietoa mielenterveyttä koskevista asioista. Tasolle kolme pääseminen Bloomin taksonomiassa edellyttää opiskelijoilta oppimisstrategioiden hyödyntämistä.

Oleellisin asia Bloomin taksonomian tason kolme saavuttamiseksi on se, että opiskelijan on käytävä läpi oppimisprosessi. Onnistuneessa oppimisprosessissa opiskelija pystyy omaksumaan tietoa ja soveltamaan sitä käytännössä. Opetustilanteessa oppija rakentaa henkilökohtaista tietorakennetta ja samalla vertailee, jäsentää ja tulkitsee uusia tietoja aikaisempien kokemusten ja tietojen pohjalta. “Oppiessaan ihminen rakentaa kuvan opittavasta asiasta. Hän ei ainoastaan kopioi sitä. Hän muokkaa uudelleen entistä tietorakennettaan, entisiä käsityksiään maailmasta.” (Engeström 1992.) Tarkemmin avattuna oppimisprosessi muodostuu seuraavista vaiheista: motivoituminen aiheeseen, ennakkokuvan muodostus aiheesta, asian sisäistäminen,

asian soveltaminen toimintaan, ajattelu- ja toimintamallien muodostaminen, ajattelu- ja toimintamallien arviointi sekä oppimisprosessin arviointi (Engeström ym. 1992).

5.4 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi loppuvuodesta 2017 Ohjaus hoitotyössä -hankkeen hankekoukuksesta. Opinnäytetyön aihe konkretisoitui tammikuussa 2018, kun Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön opettaja esitteli tulevan projektin, johon oli mahdollista laatia opetusmateriaalia. Opetusmateriaalin kieli tuli olla englanti, sillä kohderyhmä oli moniammatillinen, eri kansalaisuuksien opiskelijoiden muodostama joukko. Esityksen fokuksena oli saada moniammatillinen opiskelijaryhmä orientoitumaan aiheeseen. Itse esityksessä ei tullut olla liikaa informaatiota kerralla, vaan sen oli tarkoitus toimia ajatusten herättäjänä ja saada opiskelijoita pohtimaan aihetta.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi alkuvuodesta 2018 aiheen päättämisen ja opinnäytetyön yläotsikon sekä alustavien tavoitteiden hyväksyttämisen myötä. Aikataulutuksen kannalta kulkiviivi oli huhtikuu 2018, jolloin opinnäytetyön toiminnallisen osuuden, eli opetusmateriaalin, tuli olla esityskelpoinen. Työn toteutuksen rajattiin kahteen osaan, jotka kulkivat toteutuksen aikana rinnakkain: teoriapohjan kokoamiseen sekä esityksen visualisointiin.

Suurimman osan työhön käytetystä ajasta vei teoreettisen viitekehyksen kokoaminen, sillä työn joka vaiheessa oli tarpeen pystyä rajaamaan laajasta aihealueesta vain työmme kannalta oleelliset asiat. Tietoa haettiin sekä erilaisista tieteellisten julkaisujen tietokannoista (EBSCOhost -yhdistelmähaaku, Laurea Finna ja Google Scholar) että painetuista lähteistä. Tietoa haettiin sekä suomenkielisistä että kansainvälisistä lähteistä, sillä työssä oli mukana kansainvälinen ja globaali näkökulma. Kansainvälisen fokuksen vuoksi työstä ei rajattu lähtökohdaisesti pois tutkimuksia maantieteellisen sijainnin perusteella, jolloin työhön sisältyi myös näkemys siitä, miten aihealuetta on lähestytty psykiatriassa ja hoitotyössä Suomen ulkopuolella. Oleellista esityksessä oli myös puhua aiheesta melko yleisellä tasolla, ilman yksittäisen ammattiryhmän näkökulmaa, sillä kuulijoita oli useista eri sosiaali- ja terveysalan sektoreilta.

Sekä teoreettisen viitekehyksen että opetusmateriaalin jaettiin alaotsikoittain työn kannalta oleellisimpien ydinkohtien mukaan. Keskiöön nousivat mielenterveyden häiriöiden yleisesittely, niiden periytyvyys ja vaikutukset perheen hyvinvointiin, voimavaralähtöisyyden esittely, voimavaralähtöisten menetelmien soveltaminen sekä ammattilaisten rooli ja moniammatillisuus näissä työskentelymenetelmissä. Opetusmateriaalin otsikoksi muodostui lopulta "Mental disorders in families - a resource-oriented approach", eli "mielenterveyden häiriöt perheissä - voimavaralähtöinen lähestymistapa." Lisäksi opinnäytetyöhön sisällytettiin pedagogiikan teoriaa niin, että sen pohjalta voitiin tehdä perusteltu päätös esityksen ulkoasusta.

Alle tunnissa esitettävään luentoan arvioitiin tulevan noin 30 diaa, ja esitettävää tietoa voitiin sisällyttää opetusmateriaaliin hyvin rajallisesti. Aihealueiden valinnassa pyrittiin seuraamaan loogista jatkumoa niin, että edellisten esitettyjen tietojen pohjalle rakennettiin syvempää tietoa aiheesta. Tämän vuoksi materiaalin alussa koko mielenterveyden häiriöiden laajaa aluetta lähdettiin tarkastelemaan hyvin suurpiirteisesti, jotta eri taustaisille opiskelijoille voitiin tarjota tasavertaiset lähtökohdat opetusmateriaalin aiheeseen.

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä Prezi-nimistä, verkkopohjaista ohjelmaa. Esityksen oli tärkeää olla visuaalisesti miellyttävä sekä helppo seurata, minkä vuoksi opinnäytetyössä käytettiin visuaaliselta muokattavuudeltaan rajallista Microsoft PowerPointia vain alustavien suunnitelmien tekoon ja työn jäsentelyyn. Prezin tärkeä piirre opinnäytetyön esityksen esittämismetodin kannalta oli ohjelman zoomauskäyttöliittymä sekä laajat ulkoasun muokkausvaihtoehdot, joilla esityksestä saatiin luotua tarinallinen, yhtenäinen jatkumo. Prezi toimii pilvipalveluna, joten opetusmateriaali oli helposti muokattavissa sekä jaettavissa helposti myös itse esitystilaisuutta varten.

Esityksen jäsentely aloitettiin melko pian teoreettisen viitekehyksen kokoamisen aloittamisen jälkeen. Opetusmateriaali valmistui huhtikuussa 2018 (liite 1), jolloin se myös esitettiin perhehoitotyön intensiiviviikolla. Tuotoksen arviointi suoritettiin toukokuussa 2018.

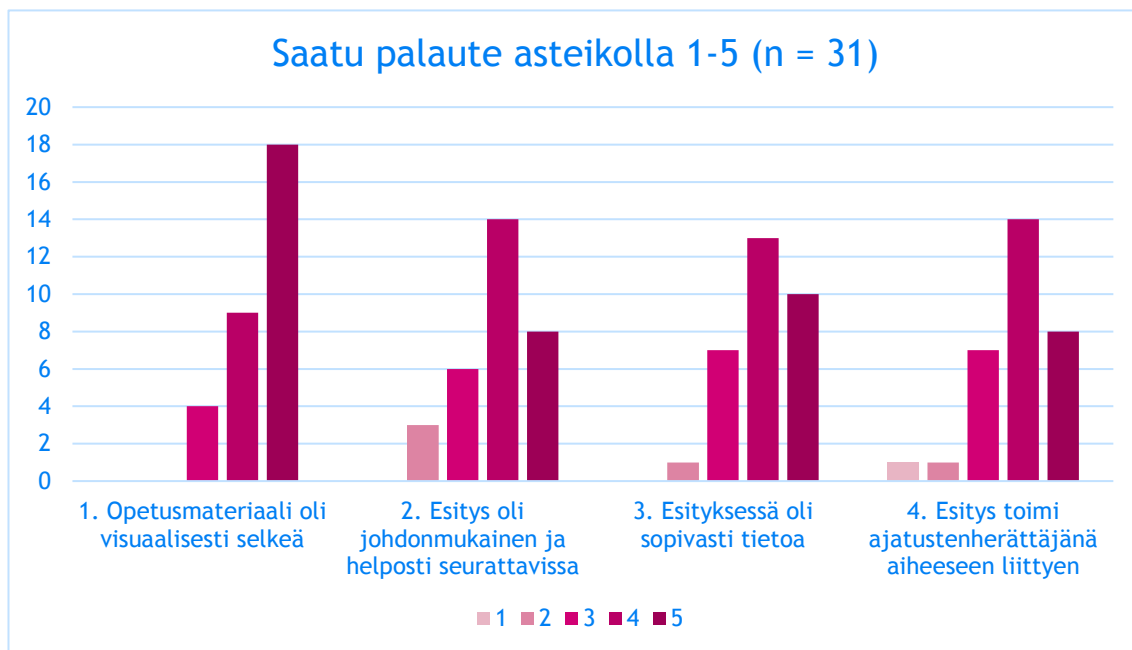
5.5 Opetusmateriaalin arviointi

Opinnäytetyössä tuotettua opetusmateriaalia ei arvioitu erillisellä palautelomakkeella perhehoitotyön intensiiviviikolla, jota varten materiaali alkuun tuotettiin. Arviointia varten luentomateriaali esitettiin ryhmälle Laurea Otaniemen sairaanhoidon opiskelijoita heidän perheenhoitotyön lähiopetuskerralla toukokuussa 2018, jolloin opiskelijoilta pyydettiin myös palaute palautelomakkeella (liite 2). Palautelomake muotoiltiin yksinkertaisesti, jotta sen täyttämisen olisi yksinkertaista ja palautteita kertyisi mahdollisimman monelta opiskelijalta. Palautelomakkeessa pyydettiin arvioimaan esityksen visuaalista ulkoasua, johdonmukaisuutta, tietomäärää sekä sen toimivuutta ajatusten herättäjänä, joiden arvioitiin olevan esityksen toimivuutta mittaavat ydinkohdat. Palautetta pyydettiin jokaisen väitteen kohdalla numeraalisesti arvolla 1-5, jossa 1 oli ”täysin eri mieltä” ja 5 ”täysin samaa mieltä”. Tilaisuudessa korostettiin, ettei tarkoituksena ole arvioida työn esittämistä, vaan nimenomaisesti opetusmateriaalin sisältöä. Täytettyjä palautelomakkeita kerättiin yhteensä 31 kappaletta, joiden tulokset on esitetty kuviossa 3.

Palautteessa esitetyt kohdat ja niiden saamat keskiarvot arvioinnissa olivat:

1. Opetusmateriaali oli visuaalisesti selkeä (keskiarvo 4,45)
2. Esitys oli johdonmukainen ja helposti seurattavissa (ka. 3,87)

3. Esityksessä oli sopivasti tietoa (ka. 4,03)
4. Esitys toimi ajatustenherättäjänä aiheeseen liittyen (ka. 3,87)



Kuvio 3. Laaditusta opetusmateriaalista kerätyn arvioinnin tulokset.

Tuotetusta opetusmateriaalista saatu palaute oli valtaosin positiivista, ja parhaan arvioinnin sai esityksen visuaalinen ulkoasu, josta voidaan päätellä Prezin käytön olleen hyvä ratkaisu visuaalisesti kiinnostavan esityksen tuottamiseksi.

On kuitenkin huomioitava, että palautetta kerättiin vain yhdeltä ryhmältä, ja työ esitettiin suomeksi, vaikka itse opetusmateriaali on englanniksi. Arvioinnin suorittanut opiskelijaryhmä ei vastannut täysin alkuperäistä kohderyhmää, sillä ryhmä oli suomenkielinen ja opiskelijat olivat kaikki saman alan opiskelijoita. Lisäksi tilanteessa materiaalia ei käytetty pohjustukseksi sitä seuraavalle case-työskentelylle, vaan opetusmateriaali esiteltiin muusta opetuksesta irrallisena luentona. Tämän vuoksi kerätty palaute ei täysin luotettavasti vastaa tilannetta, jossa palaute olisi kerätty Pietarissa alkuperäiseltä kohderyhmältä.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin parhaan kyvyn mukaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on linjannut hyvään tieteelliseen käytäntöön tutkimuseetiikan näkökulmasta kuuluvia ydinkohtia, joiden pohjalta toimitettiin laatiessa sekä toiminnallisen opinnäytetyön opetusmateriaalia että itse opinnäytetyötä, sillä neuvottelukunta laa-

jentaa nämä käytänteet kuuluviksi myös esimerkiksi opetusmateriaaliin. Työn kannalta oleellisia olivat seuraavat neuvottelukunnan mainitsemat lähtökohdat, joita työtä laadittaessa noudatettiin parhaan kyvyn mukaan: tutkimustyöhön kuuluvan rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen; tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten tiedonhallintamenetelmien soveltaminen; asianmukainen viittaaminen käytettyihin lähteisiin antaen tutkimusten laatijoille asianmukainen arvo; suunnitelman ja työn toteutuksen raportointi opinnäytetyössä sekä julkaisun avoimuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Rahoitukseen tai eettisiin tekijöihin liittyvää raportoitavaa esteellisyyttä opinnäytetyöprosessiin ei liity. Työn laatiminen ei vaatinut tutkimuslupia, eikä siinä käsitelty ihmisten henkilökohtaisia tietoja tai näkemyksiä.

Hyvä tieteellinen käytäntö ei käsitä ainoastaan tieteellistä tutkimusta, vaan myös tiedon välittämistä, opettamisessa toimimista ja yhteiskunnallisessa vuorovaikutuksessa toimimista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Opinnäytetyön eettisyyden kannalta oleellista oli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, jotta tuotetun materiaalin avulla voidaan välittää luotettavaa tieteellistä tietoa ilman subjektiivista näkökantaa tai tiedon vääristymistä. Eettisyyttä pohdittaessa oli myös huomioitava työhön liittyvät kulttuurisensitiiviset tekijät. Tuotetussa opetusmateriaalissa puhuttiin stigmasta, joka suomalaiselle yleisölle esitettäessä voi vaikuttaa itsestäänselvyydeltä, mutta joka lisättiin kulttuurillisten erojen vuoksi opetusmateriaaliin. Työn aihealueiden rajaaminen voi heijastaa työn laatijoiden omaa arvomaailmaa, vaikka subjektiivista näkökantaa on työssä aktiivisesti vältetty.

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuus perustuu teorialähteiden luotettavuuteen, ja tarkoituksena oli välittää parhaan nykytiedon mukaista, näyttöön perustuvaa tietoa muille opiskelijoille, joten käytettävän tiedon luotettavuuteen kiinnitettiin tiedonhakuprosessin aikana huomiota (Vilkkä & Airaksinen, 2003). Käytetyn lähdemateriaalin oli oltava merkityksellistä lopputuotoksen kannalta. Vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleja käytettäessä huomioitiin tutkijoiden itsensä huomioimat mahdolliset rajoitukset saavutettujen tulosten luotettavuudelle ja/tai sovellettavuudelle. Tutkimustiedossa pyrittiin käyttämään viimeaikaista tietoa, ellei ollut perusteltua hyödyntää esimerkiksi tiettyyn tutkimusaiheeseen kuuluvia oleellisia, vanhempia perustutkimuksia.

Opinnäytetyössä käytettiin runsaasti lähdemateriaalia, jota on tuotettu eri maissa. Mielenterveyden häiriöitä käsitteleviä tutkimuksia, tilastoja ja alan perusteoksia on saatavilla enemmän, kuin yhtä opinnäytetyötä varten oli mahdollista käydä läpi, joten lähteiden rajaamisen oli oltava jossain määrin mielivaltaista. Lisäksi lähteinä käytettiin joitain yksittäisiä tutkimuksia, jotka soveltuivat sisällöltään hyvin käsiteltyyn aiheeseen, mutta joiden tuloksia ei voi soveltaa universaalisti. Lähteiden etsimisessä myös puutteellinen esitieto aiheesta heikensi merkityksellisten, luotettavien lähteiden löytämistä sekä soveltuvien hakujen tekemistä.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää myös se, että teksti käännettiin tekijöiden toimesta työn tarpeisiin. Huolellisuudesta ja erikoisalojen sanastoa sisältävien käännskoneiden käytöstä huolimatta on olemassa riski, että tieto tai terminologia on vääristynyt käännösten myötä. Joillekin käytetyille termeille ei löydy suoraa suomen kieleen vakiintunutta vastinetta, jolloin kääntäminen oli vapaamuotoista lisäten väärinymmärryksen riskiä.

6.2 Opinnäytetyöprosessin, tuotetun materiaalin ja oppimisprosessin tarkastelu

Aiheen rajaaminen ja soveltuvan tiedon etsiminen oli haastavaa, koska tarkasteltava aihealue on äärimmäisen laaja ja työn selkeyden kannalta aiheen rajaaminen on oleellista. Keskeisen sisällön valitseminen ja erilaisten sivuilmiöiden rajaaminen pois työstä oli usein esillä työn teoreettista viitekehystä koostettaessa. Lisäksi teorian tieto tuli vielä saada tiivistettyä itse opetusmateriaaliin niin, että oleellinen tieto välittyisi kohdeyleisölle ilman, että opetusmateriaali olisi liian täynnä informaatiota. Monen näkökulman (moniammatillisuus, kansainvälisyys, faktapitoisuus, visuaalinen kiinnostavuus) sisällyttäminen prosessin joka vaiheeseen vaikeutti johdonmukaisesti työskentelyä.

Opetusmateriaali valmistui ajallaan ja siihen saatiin sisällytettyä aiheen kannalta oleelliset ydinasiat. Materiaalin sisältö, ulkoasu ja kieli laadittiin kohderyhmä huomioiden. Materiaalia laadittaessa pyrittiin huomioimaan jokaisen dian kohdalla sekä informatiivisuus että visuaalinen miellyttävyys. Joihinkin osioihin tuli tietoa hyvin paljon, mikä tekee osasta opetusmateriaalia mahdollisesti raskasta tai haastavaa seurata. Materiaalia kevennettiin kysymysdioilla, kuvilla ja kaavioilla.

Opinnäytetyössä tuotettiin toiminnallisen opinnäytetyön periaatteiden mukaisesti sekä produkti (tässä tapauksessa opetusmateriaali) että työn teoriapohjan ja toteutuksen sisältävä raporttiosuus. Vilkan ja Airaksisen (2003) esittelemien toiminnallisen opinnäytetyön periaatteiden mukaisesti tuotetun opetusmateriaalin lähtökohtana oli työelämälähtöisen ongelman ratkaisu, ja materiaalin perustana käytettiin raporttiosiossa koostettua teorian tietoa.

Tuotetulla opetusmateriaalilla pyrittiin välittämään tietoa opiskelijoille niin, että he pystyvät saavuttamaan Bloomin taksonomian (1956) tason 3, jolla he voivat soveltaa oppimaansa tietoa johonkin käytännön toimeen. Valinta toivotusta oppimisen tasosta ei ollut mielivaltaisen, vaan kohderyhmän tuli soveltaa tietoaan ryhmätyöskentelyyn opetusmateriaalin pohjalta. Kuten raporttiosiossa nostettiin esille, myös Engeström (1992) määrittelee onnistuneen oppimisprosessin sellaisena, jossa oppija pystyy omaksumaan tietoa ja soveltamaan oppimaansa, ja tällaista oppimisprosessia tuotetulla materiaalilla pyrittiin tukemaan. Kohderyhmä oli pystynyt ryhmätyöskentelyyn materiaalin pohjalta. Lisäksi kerätty palaute tuki käsitystä siitä, että materiaalilla voidaan saavuttaa tietty oppimisen taso ja herättää ajatuksia liittyen aihealueeseen ja sen käsittelyyn.

Materiaalin pedagogisena pohjana käytetyn konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti sosiaalinen kanssakäyminen on tärkeä osa oppimisprosessia, ja tuotetussa materiaalissa tarjottiin valmiita pohdiskeltavia aiheita teorian tiedon lomassa (Siemens 2004). Opetusmateriaalista kerätyn palautteen perusteella opetusmateriaali toimi ajatustenherättäjänä aiheeseen liittyen, millä pyrittiin arvioimaan materiaalin potentiaalia valmistaa kohderyhmää tai muita opiskelijoita ryhmätyöskentelyyn. On kuitenkin haastavaa objektiivisesti arvioida, kuinka hyvin opetusmateriaalilla voidaan tukea oppimisprosessin sosiaalista aspektia.

Opetusmateriaali pyrittiin tuottamaan niin, että se soveltuu parhaiten visuaalis-nonverbaaliselle oppijalle. Tuomolan ja Maijasen (1999) esittämien periaatteiden mukaan tuotettu materiaali laadittiin hyödyntäen aihepiiriä havainnollistavia kuvia ja taulukoita sekä panostamalla visuaaliseen miellyttävyyteen. Kerätyn palautteen perusteella visuaalinen ulkoasu oli selkeä, mutta itsearvioinnin perusteella materiaali olisi voinut olla ajoittain vielä enemmän visuaaliselle oppijalle sopivampi ja tekstisisällöltään kevyempi.

Opinnäyteprosessin aikana koemme kasvaneemme ammatillisessa mielessä sekä harjaantuneemme tieteellisen tiedon hakemisessa ja käsittelemisessä. Tieteellisten artikkeleiden lukeminen ja niistä oleellisen poimiminen on tärkeä taito isojen tutkielmien oikeaoppisen toteuttamisen vuoksi. Työmme aihepiireistä on olemassa valtavat määrät tutkittua tietoa ja olemme oppineet myös epäoleellisten lähteiden rajaamista pois opinnäytetyöstä. Opimme myös paljon erityisesti mielenterveyden häiriöiden syntyyn liittyvistä muuttujista sekä voimavaralähtöisestä toiminnasta perheen hoitotyössä. Kokonaisuudessaan tuotos oli mielestämme onnistunut. Materiaalia käytettiin alkuperäisen suunnitelman mukaan perhehoitotyön viikolla Pietarissa opetusmateriaalina.

6.3 Jatkokehittämisehdotukset

Vaikka opetusmateriaali tuotettiin tässä työssä ennalta määritettyä opetustapahtumaa varten ja sen kohderyhmä oli kansainvälinen ja moniammatillinen opiskelijaryhmä, kerätyn palautteen perusteella opetusmateriaalilla on potentiaalia edistää oppimista myös muilla opiskelijaryhmillä. Nykyisessä muodossaan opinnäytetyössä tuotettu opetusmateriaali ei ole jaettavissa muuta opetuskäyttöä varten, sillä tiedosto sijaitsee Prezi-ohjelmiston pilvipalvelimella, eikä sitä voi vapauttaa esimerkiksi opetushenkilöstön jaettavaksi tai muokattavaksi. Jatkokehittämisehdotuksena voisi olla opetusmateriaalin kehittäminen Laurea-ammattikorkeakoulun muun opetuksen tarpeisiin, esimerkiksi englanninkielisille opiskelijaryhmille tai muuten Laurean lisääntyvän englanninkielisen opetustarjonnan tukena. Opetusmateriaali on myös kehitettävissä tietyn alan opiskelijoiden tarpeisiin, sillä koostettu teoreettinen viitekehys on laajempi kuin tuotetussa opetusmateriaalissa esitetty sisältö. Voimavaralähtöisyyttä olisi myös mahdollista tarkastella muista näkökulmista kuin perheen hoitotyön kannalta, ja voimavaralähtöisiä malleja on sovellettavissa esimerkiksi sosiaalialan opiskelijoiden tarpeisiin.

Materiaalin pohjalta on myös mahdollista laatia muussa muodossa olevaa opetusmateriaalia täydentämään tuotettua materiaalia tai toimimaan sen rinnalla. Esimerkiksi videomuotoinen, käytännön esimerkkejä sisältävä materiaali tukisi työssä tuotettua materiaalia konkretisoidulla sen sisällön käytännön tilanteiksi. Tuotettuun materiaaliin olisi mahdollista myös sisällyttää puhe niin, että se olisi esitettävissä verkkoluentona.

Lähteet

Barlow J., Smailagic N., Huband N., Roloff V. & Bennett C. 2012. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Staley, J.E. & Sacks, N. 1993. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a non-referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 723-730.

Beidel, D.C. & Turner, S.M. 1997. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. 1956. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain.* New York: David McKay Company.

Cunningham, J., Harris, G., Vostanis, P., Oyebode, F. & Blissett, J. 2004. Children of mothers with mental illness: attachment, emotional and behavioural problems. *Early Child Development and Care*, 174(7-8), 639-650.

Dam, K. & Hall, E. O. C. 2016. Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 442-457.

Davey, G. C. L. 2013. *Mental Health & Stigma. Psychology Today.* Www-artikkeli. Viitattu 20.9.2018. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma>

Engeström, Y. 1992. *Perustietoa opetuksesta. 2.-4. painos.* Helsinki: Valtionvarainministeriö. Valtion painatuskeskus.

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R. & Franke B. 2015. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Natural Reviews Disease Primers* 1(15020).

Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM & Donnelly M. 2012. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 2.

Gatsou, L., Yates, S., Goodrich, N. & Pearsons, D. 2017. The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. *Child and Family Social Work*, 22, 388-397.

Haddad, P. & Haddad, I. 2015. Mental Health Stigma. British Association for Psychopharmacology. Www-artikkeli. Viitattu 20.9.2018. <https://www.bap.org.uk/articles/mental-health-stigma/>

Hosman, C.M.H., van Doesum, K.T.M. & van Santvoort, F. 2009. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263.

Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. 2017. Selvitys 5-12-vuotiaiden mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Huttunen, M. O. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim Terveyskirjasto, Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Jokinen, J. 2012. Työntekijöiden kokemuksia perheinterventiosta: Eksistentiaalis-fenomenologinen tutkimus lastensuojelun sijaishuollosta. Pro Gradu -tutkielma, sosiaalityö, Lapin yliopisto.

Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R. & Walters E. E. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Koskinen, K. & Hautaluoma, M. 2009. Valmennuksessa erilainen oppija - välineitä työ- ja yksilövalmennukseen. Valtakunnallinen työpajajhdistys ry.

Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J. & Poulton R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.

Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.). 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Laurea. 2018. Laurea organisaationa. Viitattu 5.1.2018. <https://www.laurea.fi/laurea/organisaationa/>

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. & Martinussen, M. 2015. Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 864-871.

Mental Health Foundation. 2015. *Fundamental Facts About Mental Health*. Lontoo: Mental Health Foundation.

Niemi, L.T., Suvisaari, J.M., Haukka, J.K. & Lönnqvist, J.K. 2005. Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: Results from the Helsinki High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 108-114.

Niemi, H. 2008. *Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmien arviointiselvitys. Vanhempien ja työntekijöiden näkemyksiä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.*

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY Kirjapainoyksikkö.*

Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., & Rohde L. A. 2015. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365.

Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R. & Perlesz, A. 2016. Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16(1), 66-82.

Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. Helsinki: WSOY

Raij, K. 2007. *Learning by Developing. Laurea-ammattikorkeakoulu, A58*. Helsinki: Edita Prima.

Sorel, E. (toim.). 2013. *21st Century Global Mental Health*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.

Sourander, A., McGrath, P.J., Ristkari, T., Cunningham, C., Huttunen, J., Lingley-Pottie, P., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kinnunen, M., Vuorio, J., Sinokki, A., Fossum, S. & Unruh, A. 2016. Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73, 378-387.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Terveyspalvelut Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 20.9.2018

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011. *Tautiluokitus ICD-10*.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018 a. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 17.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018 b. Voimavara- ja tukimateriaalit. Viitattu 15.9.2018. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/voimavara- ja-tukimateriaalit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018. Lasten kaltoinkohtelu. Viitattu 24.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe- ja-kehitysymparisto/lapsen-kaltoinkohtelu>

Tuomola, R. & Maijanen, A. 1999. Oppimistyylien teoriataustaa. Viitattu 19.9.2018. <http://www.sis.uta.fi/ipopp/ipopp99/maijanen-tuomola/teoria/index.htm>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu 16.2.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 2.9.2018. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R. 2016. Estimating the True Global Burden of Mental Illness. *Lancet Psychiatry*, 3, 171-178.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen & R., Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihde-työ: yhteistyötä ja kumppanuutta. 5. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Wahlbeck, K. & Aromaa, E. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. *Psychiatria Fennica*, 42, 87-109.

Wallace, J. E. 2017. Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16(1), 3-18.

Walsh, F. 2003. Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.

Wickramaratne, P.J. & Weissman, M.M. 1998. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 933-942.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. 2006. Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.

World Health Organization (WHO). 2003. *Caring for children and adolescents with mental disorders - setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 2004. *DALYs by cause, countries grouped by WHO subregion, estimates for 2004*. Viitattu 2.2.2018. http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/YLL14_2004.xls

Liitteet

Liite 1: Tuotettu opetusmateriaali	38
Liite 2: Palautelomake	42

Liite 1: Tuotettu opetusmateriaali

Mental disorders in families
a resource-oriented approach

Mental disorders

Mental disorders in a family

Resource-orientation

Professional view

Mental disorders

Health conditions involving changes in thinking, emotion and/or behavior

Associated with distress and functioning in everyday activities

Causes related to genetic factors, biochemical imbalances and/or coping with stress

In numbers...

Mental disorder stigmatization (continued from p. 3)

In numbers...

Not just something that happens to "other people" - **450-500 million** are suffering from mental disorders!

Around **1 in 4** of people worldwide suffer from one or more mental disorders during their lives, causing **14 %** of global disease burden

Over **450** different defined disorders

Wahlster K. et al. 2014. The global burden of mental disorders. An update from the WHO. World Health Report 2014. Geneva: Switzerland: World Health Organization 2014. 102-110.
Simpson J. et al. 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1990-2013. International Journal of Epidemiology 43(4): 958-971.
World Health Organization. 2010. Global Health Estimates 2010. Disease burden by Country, Age, Sex, and Country and by Region. 2010-2019. Geneva: World Health Organization.

Mental disorder stigmatization:
"Imagine if you got blamed for having cancer"

Stigma

Mental health issues are **NOT** self-inflicted, yet there's still **social stigma** and **self-stigma** related to them

- Social stigma causes *discrimination, avoidance* and *prejudice*
- Self-stigma is connected with *feelings of shame* and *poorer outcome of care*

Stigmatization is related to prejudice, which is found among us all - even health care professionals!

Effects of stigmatization

Heavily **culture-dependent**

- Mental health issues are in many cultures seen incorrectly as signs of weakness or failure
- Risk of weaker legal status

Causes negative social effects, such as

- Exclusion
- Poorer quality of life
- Poorer rehabilitation

All in all:

- **Fear of judgement** forces people to hide their illness
- **Stigma** hinders good care and rehabilitation

Mental disorders in a family

Parents with mental disorder would prefer:

- "Discussion without fear of discrimination or stigma"
- "Not having to fear that I'll lose my children"
- "Opportunities for my children to talk without fear of guilt"
- "Continuity working with same people"

Overall

Heritability

Professional factors

Multidimensional (aka. "family" view)

Source: Lundberg, 2014. From Lundberg, 2014. The impact of mental illness on the family. Journal of Family Psychology, 28(1), 1-10.

Overall

In a family setting the parents, the children, or both can suffer from mental disorders

In western countries up to

10-15 % of children live in a family, where a parent has mental disorder

10-15 % of children themselves have a mental disorder

Mental disorders affect two sides:

- From parent to child - Risk of maltreatment
- From child to parent - Child's issues burden parents

Transgenerational transmission of mental disorders

Mental disorders are hereditary and transmission rate risk can be up to 66 %

Genetic susceptibility

Transgenerational transmission

Genetic susceptibility

If a parent(s) has a mental disorder, the child has increased risk to e.g.

- Get the same mental disorder as the parent
- Get other disorders of the mental disorder spectrum
- Face issues in social life
- Have identity issues
- Have increased risk of suicidal behaviour

Transgenerational transmission

Parent with mental disorder → Transmission of disorder → Child with mental disorder → Growing up with the disorder, having offspring → Parent with mental disorder

Transmissional factors

Parent: Genetic risk, prenatal conditions, parenting competence

Family: Life events, violence within family, economic instability, absence of another parent

Social environment: Parent-child interaction (model behaviour, involvement, hostility, abuse), social network, professional care

Child: Vulnerability & resilience, cognitive & social skills, self-esteem etc.

Stress Coping Support

Child Outcomes

Maltreatment risks - child's view

Increased risk of abuse and maltreatment

Abnormal care taker role in family -> a child may try to carry too much responsibility

Increased risk of mental disorders, difficulties with social interaction and other cognitive disorders

"Let children be children!"

Resource-oriented approach...

...is all about finding personally empowering and stressing factors!

Resource-orientation supports other types of care.

At a glance

Resources and stressors

Individuals

Family focus

Resources and stressors

Resources are factors that help a person cope with stress and manage everyday life

Stressors are factors that cause strain, stress and other negative effects

Both depend on the individual!

Promote: strengths, protective factors and resources

Assess and manage: risks, vulnerability factors and stressors

Individual view

In resource-oriented approach

- Individual (e.g. a patient) is in the focus!
- Health care professional helps to find their **personal** resources, not point out what to do!

Effective communication is the key!

Focus on individual

Focus on individual

I'm having honest dialogue with my psychiatrist.

We're finding my individual strengths and things that make me feel stressed.

I have a more active role in my rehabilitation now!

We highlight my capabilities, not the limitations caused by my illness.

Family focus

In a family, we can find the resources and stress factors of each family member

- Child:** Protective factors
Worries, fears, uncertainty, stigma
- Parent:** Positive things in family life
Worries, stress factors
- Other family members:** Relationships, family dynamics
- Environmental factors:** Culture, being able to talk in open manner

Family resilience, resources to cope with stress

"How's your family coping?"

Resources	Stressors
"We understand each other's mood changes"	"Our son has to take care of his mom"
"We enjoy doing things together"	"We have money problems"
"We can cope with humor"	"I often feel like a bad parent"
"We talk openly with each other"	"I can't take care of everyday tasks"

How to use this as a professional?

How to encounter parents with possible issues in family?

Can professionals ever be truly free of prejudice?

What if we personally don't know how to help?

Is it even "my job" to help?

"How's it going?"

Family intervention

Low-key approach

So, how is your family doing amidst all this?

Well, my younger son has started oversleeping, and...

Simply by talking...

First step can be taken by anyone!

Simply asking how a patient's kids are doing can make all the difference!

Simply by talking...

- ...we let patients know that we're interested in **their** and **their families** well-being
- ...we let them know that we're **not here to judge**
- ...we let them know that **help is available** 🗝️

First step can be taken by anyone!

Have you talked about your situation with your husband?"

Do you feel that you need some help at home?"

Do you think your kids would like to talk to someone?"

Physicians

Nurses

Social workers

Multiprofessional approach

Multiprofessional approach

Clinical paths in mental disorders are long and diverse

Not everyone has to be able to help, but it's important to be able to **guide** towards help

In all parts of health care: addictions, maternity ca...

all kinds of people...
 school nurses
 counsellors
 occupational health staff
 public health staff
 social workers
 psychiatrists
 psychiatric nurses
 ER staff

in all parts of health care...
 addictions
 maternity care
 health visiting
 ER
 social work services
 voluntary organizations
 inpatient care
 community services

Good communication and flow of information is crucial! ✓

Family intervention

Identifying important family members and getting them together to discuss the issue at hand!

Family Intervention - for mutual understanding

Family intervention - for mutual understanding

Helps the patient understand impact of their disorder on their family

Helps the family understand the symptoms and effects of their family member's disorder

But... it can't be that simple, right?

Families ready for intervention

HUGE amount of families with issues who'll tell you "it's all right"

Families with issues that require contacting child welfare

Is there anything we can do?

Helping when you can't help

No one judges you as a parent, we're all here to help you.

We'd like to help your family, too.

Help is available if you ever feel like needing any.

Stigma
 Cultural factors
 Fear of judgement
 Social environment

"I don't want to worry my kids!"

...you can't always help, but you can always try to.

Liite 2: Palautelomake

Palautelomake

Olemme 3. vuoden sairaanhoidon opiskelijoita, ja teimme opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden liittyen mielenterveysongelmiin perhehoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on ollut tuottaa opetusmateriaali, jonka avulla voidaan välittää tietoa aiheesta moniammatilliselle, monikulttuurilliselle opiskelijaryhmälle ja joka valmistaa opiskelijoita ongelmalähtöiseen ryhmätyöskentelyyn aiheeseen liittyen.

Palautteen kerääminen on osa opinnäytetyötämme, ja pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeen kysymyksiin. Vastaaminen on vapaaehtoista ja anonyymia, eikä lomakkeen tietoja käytetä muuhun kuin työn arviointiin.

Kiitos palautteestasi ja mukavaa kesän odotusta!

T. Mikko Rinne ja Lauri Oja

Ympyröi mielestäsi kuvaavin vaihtoehto (1 = täysin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 5 = täysin samaa mieltä)

1. Opetusmateriaali oli visuaalisesti selkeä

1 2 3 4 5

2. Esitys oli johdonmukainen ja helposti seurattavissa

1 2 3 4 5

3. Esityksessä oli sopivasti tietoa

1 2 3 4 5

4. Esitys toimii ajatustenherättäjänä aiheeseen liittyen

1 2 3 4 5