

MARJATTA BARDY & KAISA ÖHMAN

Vaativa vauvaperhetyö

Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki

puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)

faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-1948-9 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-1949-6 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy
Helsinki 2007

Tiivistelmä

Marjatta Bardy ja Kaisa Öhman. Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Stakes, Työpapereita 13/2007. Helsinki 2007. 61 sivua, hinta 17 €.

ISBN 978-951-33-1948-9

Vaativaa vauvaperhetyötä on käsitelty eräänä ydinteemana kansallisessa Lastensuojelun kehittämisohjelmassa (2004 - 2007). Psykososiaalisissa vaikeuksissa olevien vauva- ja pikkulapsiperheiden auttamiseksi tehdystä työstä Suomessa toimitimme nettijulkaisun ”Vauvaperhetyön kehittäminen lastensuojelussa” (www.sosiaaliportti.fi).

Nyt käsillä olevan katsauksen tarkoituksena on saada kokoava käsitys siitä, 1) millaisia interventioita ”maailmalla” on kehitelty vaativaan (”korkean riskin”) vauva- ja pikkulapsiperhetyöhön, sekä siitä 2) mitä niiden vaikuttavuudesta tiedetään, ts. mikä voi auttaa selviytymään vaikeissakin oloissa. Intressi kohdistuu siis *interventiotutkimuksiin*, ja tavoitteena on saada yleiskatsauksellinen käsitys tematiikan tutkimuksesta ja tuloksista.

Katsaus interventiotutkimuksista perustuu tiedonhakuun kansainvälisistä tieteellisistä tietokannoista. Tiedonhaku rajattiin ajallisesti pääosin vuosiin 1995 - 2005. Noin sadasta artikkelista valikoimme nelisenkymmentä tarkempaan tarkasteluun. Tutkimukset avaavat monipuolisen näköalan vaativaan vauva- ja pikkulapsiperhetyöhön. Niissä paneudutaan I kotikäynti-interventioihin, II monitasoiseihin interventioihin, III riskitekijöiden keskinäisiin vaikutuksiin, IV palvelujärjestelmään ja/tai oirekohtaisuuteen, V kirjallisuuskatsauksiin ja meta-analyysihin. Tiivistelmät tutkimuksista ovat katsauksen toisessa osassa.

Katsauksen ensimmäisessä osassa ”Tutkimus, arki ja interventiot” aineistoa eritellään kokoaavasti. Paneudumme interventiotutkimuksesta tehtävien päätelmien reunaehtoihin ja erityispiirteisiin. Onnistumisen edellytyksistä ja vaikuttavuuden ehdoista kiteytämme kolme temaattista interventioiden sisältöön liittyvää ydinaluetta. Näitä ovat suhdeperustaisuus, ajoitus ja kesto sekä moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa. Interventioiden ja palveluiden kehittämiseen tähtäävistä organisatorisista hahmotuksista nostamme esiin kolme strategisesti eri tavoin painottunutta ”mallia”. Johtopäätöksiä suhteessa kotimaiseen tilanteeseen esitämme osaamisen ja saatavuuden sekä tutkimuksen ja kehittämisen näkökulmista. Lopuksi pohdimme tutkimuksen ja käytännön suhteita sekä sivuamme elinolojen muutoksia.

Avainsanat: varhainen puuttuminen, sosiaaliset ongelmat, psykososiaalinen tuki, varhainen vuorovaikutus, vanhempi-lapsisuhde, vanhemmuus, vaikuttavuus, interventiot, vauvaperheet, lapsiperheet, vauvat, lapset, perhetyö, lastensuojelu, päihdeongelmat, mielenterveyshäiriöt, interventiotutkimus, tutkimus, kehittäminen, strategia, kirjallisuuskatsaus

Esipuhe

Vaativaa vauvaperhetyötä on käsitelty eräänä ydinteemana kansallisessa Lastensuojelun kehittämishjelmassa (2004–2007). Psykososiaalisissa vaikeuksissa olevien vauva- ja pikkulapsiperheiden auttamiseksi tehdystä työstä Suomessa toimitimme nettijulkaisun ”Vauvaperhetyön kehittäminen lastensuojelussa” (www.sosiaaliportti.fi).¹ Kotimaista kehittämistyötä on tehty pitkään ja ansiokkaasti. Kehittyneet käytännöt ovat kuitenkin vielä harvojen ulottuvilla, ja tutkimus seurannasta ja vaikuttavuudesta on vähäistä.

Nyt käsillä olevan katsauksen tarkoituksena on saada kokoava käsitys siitä, 1) millaisia interventioita ”maailmalla” on kehitelty vaativaan (”korkean riskin”) vauva- ja pikkulapsiperhetyöhön, sekä siitä 2) mitä niiden vaikuttavuudesta tiedetään, ts. mikä voi auttaa selviytymään vaikeissakin oloissa. Intressi kohdistuu siis *interventiotutkimuksiin*, ja tavoitteena on saada yleiskatsauksellinen käsitys tematiikan tutkimuksesta ja tuloksista.

Sekä kehittämistyötä että tutkimusta kartoittavien katsausten tavoitteena on tarjota aiempaa kootummin tietopohjaa vaativan vauva- ja pikkulapsiperhetyön *valtakunnalliselle linjaamiselle*, jotta mahdollisimman varhain voitaisiin *ehkäistä pitkäkestoisen lastensuojelun tarvetta*.

Katsaus interventiotutkimuksista perustuu tiedonhakuun kansainvälisistä tieteellisistä tietokannoista.² Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakusanoja: infants and toddlers at (social) risk/ in families with alcohol abuse/ and of mental illness /in child protection/welfare/ interventions and infants at risk. Tiedonhaku rajattiin ajallisesti vuosiin 1995–2005³. Karsimme hausta pois muun muassa puhtaasti lääketieteelliset artikkelit. Otimme mukaan kokeelliseen ja kvasikokeelliseen asetelmaan perustuvia tutkimuksia, tutkimuskatsauksia ja meta-analyysyjä sekä muutamia hankekuvauksia.

Noin sadasta artikkelista valikoimme nelisenkymmentä tarkempaan tarkasteluun. Artikkelit on tiivistetty pääkohtiin, joita ovat tavoitteet, menetelmät ja tulokset sekä mahdolliset johtopäätökset. Tutkimukset avaavat monipuolisen näköalan vaativaan vauva- ja pikkulapsiperhetyöhön. Niissä paneudutaan I kotikäynti-interventioihin, II monitasoiseihin interventioihin, III riskitekijöiden keskinäisiin vaikutuksiin, IV palvelujärjestelmään ja/tai oirekohtaisuuteen, V kirjallisuuskatsauksiin ja meta-analyysihin. Tiivistelmät tutkimuksista ovat katsauksen toisessa osassa.

Katsauksen ensimmäisessä osassa ”Tutkimus, arki ja interventiot” aineistoa eritellään kokoavasti. Paneudumme tutkimuksesta tehtävien päätelmien reunaehtoihin. Onnistumisen edellytyksistä ja vaikuttavuuden ehdoista kiteytämme kolme temaattista ydinaluetta. Sen jälkeen nostamme esiin eräitä rakenteellisia ratkaisumalleja interventioiden kehittämisessä. Lopuksi kootaan yhteenveto ja tehdään johtopäätöksiä sekä pohditaan tutkimuksen ja käytännön suhteita sekä sivutaan elinolojen muutoksia.

1 http://www.sosiaaliportti.fi/File/2ffac049-4d82-4150-a229-dc6e2c891fd5/Lskehiohj-vauvaperhetyokooste_23_9_05.pdf (Bardy & Öhman toim.).

2 Stakesin informaattikko Veera Ristikartano suoritti haun seuraavista tietokannoista: Academic Search Elite (EBSCO), PsycINFO (EBSCO), ASSIA Applied Social Sciences Index and Abstracts (CSA), Social Services Abstracts (CSA), ERIC Educational Resources Information Center (CSA), Science Direct (Elsevier).

3 Vuoden 2006 tutkimuksiin loimme summittaisen silmäyksen täydentääksemme katsausta, mikäli tarjolla olisi tutkimusta, joka lisäisi tai syventäisi havaintoja jollakin olennaisella tavalla. Katsauksen loppuun valitsimme havainnollisen kuvauksen moniulotteisen ohjelman kehittämisaskeleista (Worley & al. 2005). Aiemmiltä vuosilta olemme ottaneet erittelyyn tutkimuskatsauksen (Olds & al. 1990), joka täydensi onnistuneiden interventioiden temaattista alaa. Lisäksi otimme mukaan tuoreen katsauksen (Olds & al. 2007).

Sisällys

Tiivistelmä
Esipuhe

ENSIMMÄINEN OSA: TUTKIMUS, ARKI JA INTERVENTIOT – KOKOAVA ERITTELY	7
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSESTA TEHTÄVIEN PÄÄTELMIEN REUNA-EHDOISTA	9
3 ONNISTUMISEN EDELLYTYKSISTÄ JA VAIKUTTAVUUDEN EHDOISTA	11
Suhdeperustaisuus	11
Ongelmien määrittely ja asiakkaiden tarpeet – eettinen risteyskohta	13
Ajoitus ja kesto	14
Moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa - ja käytäntöjen kehittäminen	15
4 INTERVENTIOIDEN KEHITTÄMISEN RAKENTEELLISIA RATKAISUMALLEJA	17
A) Spesifit ja strukturoidut interventiot	17
B) Aikuis- ja lapsipalveluiden likeisempi yhteistyö	17
C) Yhteinen viitekehys eri ammattilaisille	18
5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	19
6 POHDINTAA TUTKIMUKSEN JA KÄYTÄNNÖN SUHTEISTA – SEKÄ ELINOLOJEN MUUTOKSISTA	22
TOINEN OSA: TIIVISTELMÄT TIETEELLISISTÄ ARTIKKELEISTA	24
I VANHEMMUUDEN TUKEMINEN KOTIKÄYNTI-INTERVENTIOILLA	25
II MONITASOISEEN INTERVENTIOON PERUSTUVAT TUTKIMUKSET	31
III RISKITEKIJÖIDEN KESKINÄISET YHTEYDET JA VAIKUTUKSET	38
IV PALVELUJÄRJESTELMÄ- TAI OIREKOHTAISET TUTKIMUKSET	43
V TUTKIMUSKATSAUKSET JA META-ANALYYSIT	48
LOPUKSI: KUVAUS ERÄÄN INTEGROIDUN HOITO-OHJELMAN KEHITTÄMISESTÄ	53
Lähteet	58

Ensimmäinen osa: Tutkimus, arki ja interventiot – kokoava erittely

1 JOHDANTO

Suuret maakohtaiset erot elinolojen eriarvossa ja kanssakäymisen kulttuureissa sekä sosiaali- turva- ja palvelujärjestelmissä johtavat kysymään: *onko erilaisissa oloissa tehdyillä interventioilla ja tutkimuksilla relevanssia maasta toiseen*. Monet tutkimuksista on tehty Yhdysvalloissa, jossa vanhemmuuden tukemiseen tähtäviä ohjelmia on toteutettu sosiaalisten ongelmien kuormittamilla asuinalueilla, joissa osa ihmisistä on lukutaidottomia ja elää ankarassa köyhyydessä ja turvattomuudessa. Väestöryhmien välinen hyvinvointikuilu on mittavasti laajempi ja jyrkempi kuin Suomessa.

On hiukan hämmästyttävää, että maiden välisistä suurista eroista huolimatta kansainväliset tutkimukset osoittavat varsin *samankaltaisiin* seikkoihin kuin kotimaiset havainnot kehittämistyöstä ja -tarpeista. Mistä tällainen tuttuuden tunne voi juontua? Ehkä *tieteellisen artikkelin formaatti* ei hevin läpäise eriarvoisuuden syvyyttä ja laajuutta eikä sen arkista monimuotoisuutta. Jospa tuttuuden tunteeseen vaikuttavat *yleisinhimilliset seikat*? Ihmisen varhaiset kehitysvaiheet pätevät pääpiirteittäin kaikkialla. Raskaus, lapsen synnytys ja varhaisvuodet ovat kaikille ihmisille merkittäviä tapahtumia, joihin yhteisöt osallistuvat tavalla tai toisella. Ehkä tematiikkaa koskeva viime vuosikymmenten valtaisa *perustutkimus* on ohjannut interventioissa huomion samankaltaisiin seikkoihin, aiemmin tiedettyä tarkentaen.

Interventioiden suhde politiikkaan on laaja ja syvä kysymys, jota tässä katsauksessa vain sivuamme. Jos perheen *kiireelliset perustarpeet*, kuten asuminen tai ruoka, eivät ole turvattuja, interventioon keskittyminen ei yleensä onnistu (Barnes 2003). Vanhemmuutta tukevat interventiot *eivät ole parannuskeino köyhyyteen* ja sen aiheuttamiin ongelmiin. Pidempi kestoinen köyhyys varhaisvuosina altistaa lapsen onnettomuuksille, ravinnon puutteellisuudelle ja traumaattisille kokemuksille. Vanhempien stressi ja kotiympäristön niukkavirikkeisyys vaikuttavat lapsen kohteluun, emotionaalisiin ja sosiaalisiin taitoihin sekä oppimiseen. Välittävien prosessien kulusta ei ole eristettävissä yhtä kausaalista ketjua. Se saattaa olla syy siihen, että köyhyyden vaikutukset ovat niin vahvat ja että lapsia on vaikea suojella köyhyyden negatiivisilta vaikutuksilta (Aber & Jones & al. 2000). On paljon perusteita sille, miksi köyhyyden vähentäminen pitäisi asettaa etusijalle yhteiskuntapoliittisissa valinnoissa (Macleod & Nelson 2000).

Yhteiskuntapoliittisia päätöksiä tarvitaan, jotta vanhemmuutta tukevia interventioita voidaan toteuttaa, mutta interventiot eivät korvaa yhteiskuntapolitiikkaa, joka tasaa eriarvoisuutta. Tämä on tähdellistä myös Suomessa, jossa lasten määrä köyhyysrajan alittavissa talouksissa kääntyi uudelleen nousuun reilu vuosikymmen sitten; kasvava osa muun muassa pikkulapsiperheistä kamppailee aineellisen niukkuuden oloissa.

Mitä sitten tarkoitetaan *varhaisella ja ehkäisevällä* tässä nimenomaisessa ilmiökentässä? On tarpeen hetkeksi pysähtyä näihin tuttuihin termeihin. Tämän katsauksen tutkituissa interventioissa ”varhainen” viittaa lapsen elämänkaareissa sikiövaiheeseen, syntymään ja ensi vuosiin. Aikuisen elämänkaareissa taas ”varhainen” viittaa uuteen elämän vaiheeseen: vanhemmuuteen ensi kertaa tai juuri tämän lapsen kohdalla.

Varhainen ehkäiseminen johtaa ajatukset usein tilanteeseen, jossa ei vielä ole ongelmia tai ne ovat pieniä ja vasta ehkä kehkeytymässä. Tässä katsauksessa kyse on ns. korkean riskin vanhemmuuden tukeen ulottuvista interventioista. Alkoholi- ja/tai huumeriippuvuus, mielen-terveydelliset ongelmat tai muut kuormittavat riskitekijät luonnehtivat oloja ja suhteita, joihin interventioilla pyritään vaikuttamaan lapsen terveyden ja kehityksen turvaamiseksi. Näin *varhainen ehkäisy* liittyy *korjaavaan työhön*, jossa voidaan vastata kuntouttaviin, hoidollisiin ja terapeutisiin tarpeisiin – kiinnekohtana uusi elämä ja uusi elämänvaihe niin, että vanhemmuus pääsee kehittymään lapsen vastaanottavalla tavalla. Kyse on varhaisesta ehkäisystä, joka sisältää sekundaarisen ja tertiäärisen prevention elementtejä.

2 TUTKIMUKSESTA TEHTÄVIEN PÄÄTELMIEN REUNA-EHDOISTA

Varhaisten riskien ja niihin kohdistuvien interventtioiden kansainvälisellä tutkimuksella on noin puolenvuosisadan pituinen perinne. Sitä on erityisesti uudistanut asteittain tarkentunut tieto ihmisen sikiöajan ja ensimmäisten vuosien kiihkeästä kehityksestä ja sen vuorovaikutuksellisesta luonteesta. Tieto varhaisten ennalta ehkäisevien ohjelmien merkityksestä ja kustannustehokkuudesta on kumuloitunut. Vanhemmuuteen varhain harjaannuttavat ohjelmat, lapsen turvallisen kiintymyksen paraneminen ja vanhempien reflektiivisten taitojen kehittyminen ovat osoittautuneet hyödyllisiksi (Fonagy 1998). Vanhemman ja lapsen välistä suhdetta vahvistavat ohjelmat ovat menestyksellisiä lasten pahoinpitelyn vähentämisessä (Naughton & Heath 2001). Kaltoinkohtelun uusiutumisen ehkäisyssä sosiaalisen tuen merkitys on havaittu suureksi (DePanflis & Zuravin 1999). Lapsen fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin on voitu vaikuttaa, kun on saatu vähennetyksi alipainoa ja syömisongelmia (Flynn 1999). Hyötyjä on voitu osoittaa pitkälläkin aikavälillä (Moore & al. 1998).

Varhain ongelmia ehkäisevän toiminnan merkityksellisyydestä vallitsee laajahko yhteisymmärrys. Se käy yhteen arkiajattelunkin kanssa; helpompi on ehkäistä ongelmia tai korjata vähäisiä kuin suuria vaurioita. Yhteisymmärryksestä huolimatta lukukokemus yksittäisistä tutkimuksista voi olla hämmentävä. Interventiot ovat erilaisia; niiden toteuttajat ja niihin osallistuvat muodostavat heterogeenisen joukon ihmisiä. Tutkimusten lähtökohdat, kohderyhmät, muuttujat ja menetelmät vaihtelevat samassakin tutkimusperinteessä. Tutkimukset ovat usein myös lyhytkestoisia, ja se lisää hajallisuuden vaikutelmaa. Tulosten vertailu on vaikeaa ja summittaista.

Jopa useista loistavista tutkimuskatsauksista huolimatta varhaisten interventtioiden tuloksia on vaikea esittää kokoavasti, Fonagy (1998) toteaa eritellessään yksittäisten tutkimusten eriarneksisuutta. Lisäksi usein tutkimuksesta kieltäytyneiden määrä on niin suuri, että sekin uhkaa yleistämistä. Usein tulokset ovat osittaisia, ja mitä useampia samanaikaisia riskejä sitä vaatimatompia ovat tulokset. Interventtioiden vaikutukset näyttävät myös kuluvan, välittömät tulokset eivät välttämättä kannata tulevaisuudessa. Kohderyhmän kuvaus on yleensä heikkoa, kun tutkijoiden kiinnostus kohdistuu omaan metodiin enemmän kuin kohderyhmän huolelliseen kuvaukseen. (Fonagy 1998). Nämä havainnot auttavat osaltaan jäsentämään myös tämän katsauksen tekijöiden havaintoja tutkimuksen reunaehdoista.

Tulokset ovat väistämättä *valikoivia ja osittaisia*, useammassa mielessä. Ensinnäkin interventio saattaa vaikuttaa joihinkin sen kohteena oleviin ulottuvuuksiin. Eräässä kotikäynti-intervention vaikuttavuutta selvittävässä tutkimuksessa neljä kategoriata kahdeksasta koheni tilastollisesti merkitsevästi: sosiaalinen tuki, omanarvontunto, luottamus itseensä vanhempana ja tunnesuhteet. Sen sijaan perhekonflikteissa ja lapsen perustarpeiden kohtaamisen vakaudessa ei tapahtunut muutoksia intervention seurauksena. (Gray & al. 2001.)

Toiseksi interventio voi olla tehokas joillekin mutta ei kaikille. Ehkä useimmiten esiintyvä tulos tutkimuksista on se, että tutkittu interventio saattaa vaikuttaa myönteisesti lasten pahoinpitelyn tai muun kaltainkohtelun riskin vähentymiseen. Se tarkoittaa sitä, että *osa on hyötynyt ja osa ei*, ja silloin ”positiivisista tuloksista huolimatta, osalla vanhemmista vakavat ongelmat jatkuivat” (ks. esim. Huebner 2002). Osalla ne kuitenkin korjaantuivat! Mutta keillä?

Sosiaalisten riskien kasaantuminen on yhteydessä vanhemmuuden korkeaan stressitasoon, jonka on havaittu lisäävän lapsen pahoinpitelyn ja laiminlyönnin riskejä. Varhainen puuttuminen, joka kohdistetaan vanhemmuuteen, sosiaalisten riskien vähentämiseen ja ongelmien kuten esimerkiksi huumeidenkäytön hoitoon *voi* alentaa vanhemmuuden stressiä ja edistää lapsen hyvinvointia ja kehittymistä. (Nair & al. 2003.) Toisille toimii, toisille ei.

Onko selitys riskitekijöiden määrässä ja niiden keskinäisissä suhteissa? Osittain kyllä mutta ei kokonaan. Yllättävää ei ole, että tulokset korkean riskin perheissä ovat *keskimäärin* vaatimattomampia kuin vähäisempien riskien tilanteissa. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että vaikeistakin kierteistä voi selvitä. Äidin ja lapsen välisen suhteen vastavuoroisuus on vauvan kehityksen turvapaikka. Interventio voi auttaa äitiä saamaan lapseensa kannattelevan kontaktin, joka nykytutkimuksen mukaan edellyttää reflektiivisten kykyjen kehittymistä. Osa saa tuntuman vastavuoroiseen suhteeseen ja osa ei, tutkimus ei kuitenkaan ulotu näiden ryhmien erotteluun. Riskilistan pituus ei *yksilötasolla* determinoi: *etukäteen ei voi tietää, kuka selviää ja kuka ei*, vaikka ennuste keskimäärin näyttäisi heikolta.

Usein vaikutuksia on arvioitu välittömästi hankkeen päättyessä, jolloin tulokset saattavat olla hyviä. Harvoin päästään pitkittäistutkimuksiin, jolloin välittömien vaikutusten kantavuudesta ei ole tietoa. Tuloksilla on taipumus *kulua ja väljähtyä*, ja niinpä kestävämpien vaikutusten turvaamiseksi johtopäätöksissä esitetään usein intervention riittävää kestoa ja seuranta- ja pidemmän aikavälin tutkimusta.

Lyhytaikaisiakaan vaikutuksia ei voi vähätellä. Ne voivat olla äärimmäisen tärkeitä, jos ne esimerkiksi vähentävät äidin raskauden aikaista ja/tai varhaisten kuukausien päihteiden käyttöä. Erään huumeiden käyttöä ehkäisevän valistus- ja hoito-ohjelman havaittiin tuottavan lyhyellä aikavälillä positiivisia vaikutuksia. On mahdollista, että lapset syntyivät terveempinä kuin olisi ollut laita ilman interventiota, vaikka puoli vuotta intervention jälkeen vaikutuksia ei ollut enää havaittavissa. Artikkelissa pohditaan vaikeuksia löytää dokumentoituja lupaavia ja pitkäaikaisia interventio-ohjelmien vaikutuksia tämän väestöosan keskuudessa. (Eisen & al. 2000, ks. myös Fraser & al. 2000.)

Tutkimukset voivat olla hyödyllisiä osoittaessaan myös väriin oletuksiin, jotka joudutaan hylkäämään. Esimerkiksi riskilasten taannoisessa interventiotutkimuksessa keskityttiin älykkyysosamäärän nostamiseen toiveena menestyksellinen koulunkäynti. Vaikka tavoitteena olisikin kognitiivisten taitojen lisääminen, se ei riitä lähtökohdaksi, koska varhaislapsuudessa kaikki kehityksen osa-alueet ovat toisiinsa erottamattomasti kytkeytyneitä. (Ks. esim. Erickson & Kurz-Riemer 1999, 19.)

3 ONNISTUMISEN EDELITYKSIÄ JA VAIKUTTAVUUDEN EHDOSTA

Useimmiten tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan lisätutkimusten tarve. Sen enempää käytännöt kuin tutkiminenkaan eivät tietenkään tule koskaan valmiiksi; maailma on alati keskeneräinen. Tutkimuksen sisäiseen logiikkaan kuuluu osoittaa suuntaa jatkotutkimuksille. Suhtautumisessa tutkimuksen reunaehtoihin ja tulosten osittaisuuteen näyttäisi olevan hivenen erilaisia painotuksia, vaikka lisää tutkimusta ja parempia interventioita kaivataankin yleisesti.

Kriittisimpiä kannanottoja tulosten rajallisuudesta ja samalla suurimpia odotuksia tutkimuksen suhteen esitetään tuoreessa katsauksessa (Olds & al. 2007). Sen mukaan kehittäjiä ja tutkijoiden pitäisi perustaa vanhemmuusinterventiot teoriaan ja epidemiologiaan sekä pilotoida ohjelmat huolellisesti ennen satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta. Sen pitäisi perustua satunnaistamisen korkeimpiin standardeihin tavoitteena ohjelmien luotettava implementointi erilaisten väestöryhmien parissa ja erilaisissa oloissa.

Maltillisempia odotuksia edustaa Barnes (2003), joka päättyy laajassa tutkimuskatsauksessaan vaikuttavien elementtien hyödylliseen jaotteluun. Hänen mukaansa lasten kaltoinkohtelua ja mielenterveysongelmia ehkäisevissä interventioissa näyttäisi olevan useita tarpeellisia, mutta ei yksinään riittäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat intervention onnistumiseen. Primaarit, ”kynnystekijät” toimivat ”kaikki tai ei mitään” periaatteella. Ja näitä näyttäisivät olevan jaettu päätöstenteko vanhemman ja työntekijän välillä sekä heidän välisen suhteen laatu. Sekundaarisiin, toissijaisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa taustalla olevan teoreettisen mallin tai toteutuspaikan valinta (koti, klinikka, yhteisöllinen sijainti), intervention toteuttajan koulutustason valinta (ammattilaiset tai puoliammattilaiset). Barnesin mukaan näillä toissijaisilla tekijöillä ei ole merkitystä silloin, jos ensisijaiset tekijät eivät toimi. Hänen kaipaava lisää satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusta, jähän moni seikka auki, muun muassa se, missä määrin ja millä tavoin toissijaiset tekijät voivat kannatella ensisijaisia tekijöitä.

Pitäen mielessä interventiotutkimuksen reunaehdot käännämme katseet seuraavassa tutkimuksissa koeteltuihin suuntiin, jotka osoittavat toimivien interventioiden elementteihin. Lähestymme kynnyskysymyksiä kiteyttämällä *kolme temaattista ydinaluetta*, joilta katsauksen tutkimukset osoittavat onnistuneiden interventioiden piirteisiin tai vaikuttavuuden todennäköisiin edellytyksiin. Kolme kiteyttämääme temaattista ydinaluetta ovat interventioiden 1) suhdeperustaisuus, 2) ajoitus ja kesto, sekä 3) moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa.

Suhdeperustaisuus

Paremmen suomenkielisen sanan puutteessa käytämme kokoavana terminä suhdeperustaisuutta (relationship based), joka viittaa suhteissa oloon, suhteiden luomiseen, ja niissä ja niiden kanssa työskentelyyn, usealla tasolla.

Interventio toteutetaan suhteissa. Onnistuminen edellyttää luottamuksellisen suhteen luomista työntekijöiden ja interventioon osallistuvien (useimmiten äitien) kesken. Etäältä tapahtuvan tiedon välittämisen tai opettamisen sijasta tulee luoda suhde äitiin ja pitää häntä vastuullisena lapsensa kehityksestä (Fonagy 1998). Osallistavat ja vahvuuksia etsivät voimauttavat menetelmät ovat tuloksellisempia kuin asiantuntijalähtöinen ja puutteisiin perustuva lähestymistapa (Macleod & Nelson 2000). Ajatuskulku on se, että ihminen voi luottamuksellisissa suhteissa kasvaa ja kehittyä ja korjata vääristyneitä tunne- ja toimintatapoja. Samaan aikaan interventioissa tarvitaan aktiivista uusien tietojen tarjoamista ja taitojen harjaantumista (Porter & Porter 2004).

Intervention kohde on myös suhde - ja usein kahdessa aikatasossa. Tässä ja nyt tilanteessa se on lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde ja sen emotionaalinen laatu, joka on havaittu monien sosiaalisten *riskien välittäväksi tekijäksi*. Intervention tulee auttaa äitiä ymmärtämään oman ja lapsensa käyttäytymisen taustalla vaikuttavia tunteita ja emotionaalisia tarpeita sekä vastaamaan lapsensa reaktioihin emotionaalisesti läsnä olevalla, avoimella ja joustavalla tavalla niin, että äiti on lapsen saatavilla, myös vuorovaikutuksellisesti (Suchman & al. 2004).

Ylen harvoin tutkimukset raportoivat, ettei interventiolla ollut lainkaan tavoiteltuja vaikutuksia. Teiniäitien vanhemmuutta tukevassa koti- ja klinikkaperustaisessa interventiossa lasten kaltoinkohtelun riskin ehkäisemiseksi (Stevens-Simon & al. 2001) ei saavutettu toivottuja tuloksia huolimatta ohjelman intensiivisyydestä ja monitahoisuudesta. Riskilasten tunnistaminen oli tehokasta, mutta interventio ei muuttanut lapsen kaltoinkohtelun esiintymistiheyttä eikä äidin elämän kulun suuntaa satunnaistettuun kontrolliryhmään verrattuna. Johtopäätöksenä arveltiin, että olisi tarvittu tukiverkoston intensiivisempää mukaanottoa, kotikäyntityöntekijöiden parempaa koulutusta ja enemmän aikaa terapeutin suhteen luomiseen.

Näitä seikkoja tähdennetään varsin usein myös silloin, kun ainakin osa on hyötynyt interventiosta, vähintään osittain. Muutamissa tutkimuskatsauksissa pohditaan, mitä pitäisi tehdä vaatimattomaksi jääneiden tulosten (mm. huume- ja alkoholi-riippuvaisten äitien kohdalla) parantamiseksi. Suhdeperustaisuuden tarkentamista etsitään ainakin kolmesta hiukan eri tavoitin painotuvasta fokuksista. Näitä ovat äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen työstäminen sukupolvien ketjussa ja läheissuhteiden kannattelemista sekä vastaanottajien tarpeiden näkökulmista.

Keskeistä on ottaa huomioon *emotionaalisen kohtaamattomuuden usein sukupolvinen ketju*. Jotta äidin emotionaaliseen läsnäoloon voidaan saada parannusta, tärkeää olisi saada aikaan muutos äidin mentaalisisissa representaatioissa suhteessaan lapseensa ja hoivaamiseen. Äiti tarvitsee apua jäsentääkseen emotionaalista ahdistustaan vanhemman roolissa ja sen alkuperää sekä muuttaakseen vääristyneitä mielen hahmotuksia tasapainoisemmiksi työskentelymalleiksi, joita ohjaavat lapsen tarpeet ja reaktiot. Silloin on mahdollista, että äiti ei siirrä omaa kaltoinkohtelun historiaansa eteenpäin, ja sukupolvelta toiselle siirtyvien tuhoisien vuorovaikutusmallien ketju katkeaa. (Suchman & al. 2004.) Lapsuuden pahoinpitelykokemukset ovat välittäviä tekijöitä käsillä olevien äiti-vauva-suhteen vaikeuksissa (Milan & al. 2004).

Intervention tärkeänä tehtävänä on helpottaa reflektiivisten ja mielellisten taitojen kehittymistä; mielen lukutaitoon tarvitaan sitä ruokkivaa suhdetta. Eräänä lupaavana lähestymistapana on mainittu vauvajohtoinen (infant-led) työskentely, jossa äitiä/hoitajaa rohkaistaan ja opastetaan havainnoimaan vauvan käyttäytymistä (Fonagy 1998). Muun muassa vauvahieronnalla pyritään turvaamaan vauvan tarvitsemää stimulointia. Interventiot, jotka käyttävät hyödykseen äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen luonnollisia komponentteja ovat ratkaisevan tärkeitä yritettäessä murtaa päihderiippuvuuden kierrettä. (Porter & Porter 2004). Kotimaisessa kehittämistyössä (Määttänen 1998, 2005, Törrönen 1998, 2005) nämä seikat ovat olleet innovatiivisella tavalla esillä, ja vuorovaikutuksen videointi toimii keskeisenä oppimisen paikkana.

Intervention tulee ulottua *läheissuhteiden kannattelevuuteen*. Tutkimuksissa tuodaan esiin äidin ja lapsen suhdetta kannattelevien läheisverkostojen sitouttamisen merkityksellisyys. Sosiaalisen tuen puute näyttäisi ennustavan voimakkaimmin lapsen pahoinpitelyn uusiutumista. Sosiaalisen tuen lisääminen voi auttaa perheitä pärjäämään etenkin stressiä lisäävien elämäntapahtumien aikana, jolloin lapsen pahoinpitelyn uusiutumisen riski kohoaa. (DePanfilis & Zuravin 1999). Läheissuhteiden kanssa työskentely tuo intervention kohteeksi ydinperhettä laajempia suhderakenteita, jolloin pidemmän aikavälin tulosten turvaaminen voi parantua.

Tutkimuskatsauksessa varhain pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä ehkäisemään pyrkivien interventioiden vaikutuksia selvitettyä havaittiin, että epäonnistumisista raportoivissa hankkeissa ei ollut usein kiinnitetty tarpeeksi huomiota *vastaanottajan tarpeisiin*. Tutkimukset paljastivat tarkkaamattomuutta muun muassa laajemmista kulttuurisista ja etnisistä tekijöistä, jotka vaikut-

tavat perheiden käyttäytymiseen. Kulttuurisen sensitiivisyyden ohella tähdellistä on leimaamisen välttäminen, joustavuus sekä kriisiavun varmistaminen ennen muita interventiotavoitteita. (Guterman 1997, Barnes 2003).

Vastaanottajien tarpeiden tähdentämisessä suhdeperustaisuutta lähestytään hiukan toisesta näkökulmasta kuin edellä, mutta yhtä kaikki tullaan samankaltaisiin johtopäätöksiin. Vanhempien psykologiset tarpeet, mahdollisten etnisten erityispiirteiden sävyttäminä, on interventioissa otettava huomioon niin, että vanhemmuuden stressi hellittää ja kyvykkyys lisääntyy. Sen lisäksi on tunnettava sosiaaliset tarpeet ja työskenneltävä läheissuhteiden kanssa.

Kokoavasti voi todeta: Kapea kiintymyssuhteeseen keskittyminen ei välttämättä ole riittävää. Riittävää ei ole myöskään yksinomaan sosiaaliseen tukeen keskittyminen, vaikka sitä olisi tarjolla pitkäänkin esim. kotikäyntien muodossa. (Esim. Olds & al. 1990, Schuler & al. 2000, Suchman & al. 2004). Järkeenkäypää onkin päästä joko–tai-asetelmista sekä–että-asetelmiin.

Ongelmien määrittely ja asiakkaiden tarpeet – eettinen risteyskohta

Vastaanottajien tarpeita painotettaessa pohdittavaksi nousee eräitä eettisiä kysymyksiä. Liittyykö tarkkaamattomuus interventioon osallistuvien tarpeista kohderyhmän epätarkkaan kuvaukseen, josta interventiotutkimuksia on moitittu? Jos näin on, silloin joudutaan miettimään sitä, millainen kohderyhmän kuvaus vastaa vastaanottajien tarpeita muun muassa niin, ettei pulmien ja tarpeiden luonnehdinta stigmatsoi ihmistä. Keskimääräisestä normatiivisuudesta lähtevä asiantuntijakeskeinen riskien tarkka määrittely voi olla vastaanottajan kannalta tyrmäävä kokemus, eikä määrittelyllä ole välttämättä yhteyttä hänen kokemuksiinsa tarpeisiin.

Sosiaalitutkimuksessa teemaa on kaihdettu, ja jännitteistä keskustelua on syntynyt muun muassa diagnoosien merkityksestä kokeellista tutkimusta harjoittavien tieteiden kanssa. Voisiko sanoa, että vastakkain tai rinnakkain on kaksi erilaista ongelmaa: yhtäältä kohderyhmän diagnostinen määrittely ja sen mahdollinen leimaavuus ja toisaalta määrittelystä pidättäytyminen, jolloin intervention kohteen luonne voi jäädä hämäräksi. Voi olla, että kummallakin suunnalla *lähestymistavat ja nimeämisen käytännöt* ovat ratkaisevia. Tätä valaisee eräs esimerkki kotimaisesta kehittyneestä vauvaperhetyöstä. Kun interventio opittiin tarkentamaan aiempaa selvemmin traumatietoisuuden pohjalta, edistyminen oli ripeää. Positiivisen ja kannustavan puheen ohella harjaannutettiin tarkkuutta ja taitoja ongelmien nimeämisessä, jotta tavoitettiin tilanteiden totuudellisuus. Tällaisessa sekä–että-asetelmassa työskentely vaatii jatkuvaa koulutusta ja työnohjausta (Törrönen 2005).

Vaativassa vauvaperhetyössä vastaanottajien tarpeiden määrittelyyn liittyy myös kysymys siitä, *kuka tai ketkä ovat intervention vastaanottajia*. Yleensä se on äiti, vanhemmat tai joku muu hoitaja. Häneen tai heihin on saatava luottamuksellinen suhde, jotta interventio voisi onnistua. Parhaimmillaan työn kohteena on lapsen ja lasta hoitavan henkilön välinen suhde. Kun siinä tapahtuu kohenemistä, kumpikin hyötyy. Intervention aikana on mahdollista seurata läheltä lapsen vointia ja myös osallistua sen tukemiseen. Ydinperhettä kannattelevien läheissuhteiden sitouttamisessa interventiossa on otettava heidän mahdollisuuksiensa lisäksi huomioon heidän tarpeensa.

Tähän katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa ei problematisoida niitä kriittisiä tilanteita, joissa muutosta parempaan ei saada aikaan, ja lapsen terveys ja kehitys ovat sellaisessa vaarassa, että olisi harkittava lapsen sijoitusta. Vain yhdessä tutkimuksessa (Davidson-Arad & al. 2003) jo sijoitettujen pikkulasten vointia on verrattu niihin, joita ei ollut sijoitettu. Sijoitettujen hyvinvointi oli parempi kuin alkukotiin jääneiden. Tutkimuksessa ei kuitenkaan valaistu juuri sitä kriittistä taitekohtaa, jossa sijoitukseen on menty. Sijoituksissa intervention piiri laajenee koskemaan heitä, joiden luokse lapsi sijoitetaan. Näiden tilanteiden työskentelyssä suhdekenttä laajenee ja painavin kysymys koskee, miten turvata edellytykset lapsen kiintymyssuhteen kehittymiselle.

Ajoitus ja kesto

Tutkimuskirjallisuudessa käydään jatkuvaa keskustelua interventioiden ajoituksesta ja kestosta. Sangen monissa tutkimuksissa korostetaan sitä, että intervention varhainen ajoittaminen näyttää tuottavan suuren hyödyn, kuten edellä on jo todettu. Raskaana olevat riskiäidit olisi tärkeää saada avun piiriin jo ennen lapsen syntymää. Näin on voitu vaikuttaa positiivisesti lapsen syntymäpäivän, syntymäkuolleisuuden ja laiminlyönnin riskin osalta muun muassa verrattuna paikalliseen ja kansalliseen keskiarvoon. (Flynn 1999). Havaintoja on esitetty siitä, että varhainen tuki ehkäisee lapsen myöhempää kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä, myös silloin kun ongelmia on paljon. Se voi tarjota kustannustehokkaan tuen perheen mielenterveydelle (Kirwan 1998; Moore & al. 1998; Honig & Morin 2001; Naughton & Heath 2001; Macleod & Nelson 2000). Kaiken kaikkiaan ennen lapsen syntymää toteutuvan intervention hyöty näyttäisi suurimmalta; yhteisymmärrys vallitsee siitä, että varhainen sitoutuminen ehkäisevään interventioon on olennaista (Fonagy 1998).

Pitkän aikavälin tulosten säilyttämiseksi ja edistämiseksi painopiste tulisi suunnata ennaltäehkäiseviin pikemminkin kuin reaktiivisiin interventioihin. Kestävimät tulokset näyttävät liittyvän *proaktiivisiin* ohjelmiin, jotka alkoivat joko ennen vauvan syntymää tai heti vauvan synnyttyä, mikä viittaa siihen, että mitä varhaisempi interventio sen parempi. (Macleod & Nelson 2000.) Mutta myös heti syntymän jälkeen tai taaperoikäisiin kohdistuvien interventioiden menestyksellisyys on havaittu (Suchman & al. 2004).

Barnesin (2003) mukaan intervention ajoitus on sekundäärinen tekijä intervention onnistumisen suhteen. Jos primarit tekijät eivät ole kohdallaan, intervention oikea ajoittaminen ei takaa intervention onnistumista. Jos kohtuullisen tyydyttävää terapeutista suhdetta (primaaritekijä) ei saada rakennettua asiakkaan ja työntekijän välille, silloin intervention kestolla tai intensiivisyydellä ei todennäköisesti ole merkitystä lopputuloksen suhteen. Päätelyketju vaikuttaa uskottavalta. Tiedetäänhän hyvin, että interventio voi onnistua missä tahansa elämänvaiheessa (esim. Westman & al. 2005).

Intervention *ajoituksen voi nostaa myös primaariksi* – edellyttäen että interventio kohtaa vastaanottajien tarpeet. Raskauden aikana tai kohta lapsen synnyttyä käynnistyneissä interventioissa on eräitä huomattavia etuja verrattuna myöhemmin ajoittuviin. Parhaimmillaan voidaan vaikuttaa siihen, että vanhemmuus ei pääse vakiintumaan väärille urille. Olennaista on se, että voidaan suojata lapsen varhaista aivojen ja hermoston kiihkeän kehityksen vaihetta ohjaamalla riittävän ravinnon ja vuorovaikutuksen turvaamiseen ja siten *ehkäistä lapsen potentiaalien kaantumista*. (Ks. esim. Olds & al. 2004.)

Eräissä 12 vuoden seurantatutkimuksessa tutkittiin kaltoinkohdelluille riskivauvoille ja taaperoille suunnattujen terapeuttien interventioiden vaikutuksia satunnaistetulla, kontrolloidulla asetelmalla. Intervention piirissä pikkulapsena olleiden nuorten kotiympäristö sekä vanhemman ja lapsen välinen suhde oli parantunut. Nämä nuoret olivat myös vähemmän alttiita rikollisuuteen ja aggressiivisuuteen kuin kontrolliryhmän nuoret, joilla kotiympäristö pikkulapsivaiheestakin oli heikentynyt. Johtopäätöksenä oli, että varhainen puuttuminen voi auttaa ehkäisemään joitakin lapsen kaltoinkohtelun epäsuotuisia pitkän aikavälin seurauksia. (Moore & al. 1998.)

Kehitykselle otollisia erityisiä herkkyyskausia on myöhemminkin, ja ne rakentuvat varhaisimpien vaiheiden perustalle. Lasten tarpeet, kyvyt ja oikeudet kehittyä vaativat interventioissa myös ajoituksen suhteen valpasta katsetta kehitystä estäviin ja vaurioitaviin tekijöihin. (Esim. Iwaniec 1997.) Identifioitavissa riskitilanteissa intervention tulisi käynnistyä ennen lapsen syntymää; varhaisissa interventioissa ”*varhaisuus*” on *tähdellistä pitää varhaisena* elämänkaarellisessa mielessä (Erickson & Kurz-Riemer 1999).

Intervention oikea ajoitus ja riittävä kesto ovat tärkeitä vaativissa tilanteissa myös siksi, että lapsen eri ikä- ja kehitysvaiheet tuovat eteen uusia ja erilaisia haasteita äiti-lapsi-suhteelle. Esimerkiksi taaperoikäisen lapsen luonnolliset uhman ja autonomisuuden ilmaukset voivat aiheuttaa

vaikeassa tilanteessa olevassa äidissä voimakkaita negatiivisia tunteita ja karkeaa, rankaisevaa käyttäytymistä lasta kohtaan. Näitä akuutteja stressitilanteita luonnehtii äitien hämmennys ja vääristyneet mielikuvat lapsen intentioista, kyvyistä ja tarpeista kyseisessä kehitysvaiheessa. (Suchman & al. 2004.)

Intervention keston merkityksestä tiedetään, että lyhytkin interventio voi saada (oikein kohdistettuna) aikaan myönteisiä tuloksia vanhemmuuden stressin helpottamisessa ja auttaa suopeamman suhteen syntymistä lapseen. Yhtä painavasti tiedetään, että interventioiden vaikutukset väljähtyvät. Siksi korkean riskin tilanteissa intervention intensiteetin, keston ja seurannan tulee olla riittävä. Riittävydestä on hiukan erilaisia havaintoja. Interventioiden tulisi kestää yli kuusi kuukautta ja tarjota enemmän kuin 12 kotikäyntiä ollakseen tehokkaita lasten kaltoinkohdeltelun ehkäisemisessä. (Macleod & Nelson 2000.) Seuranta tulisi jatkaa aina lapsen viidenteen ikävuoteen asti (McGuigan & al. 2001). Silloin kun interventio on päässyt osittaisiin tuloksiin, usein katsotaan, että pidempi interventio sekä tiiviimpi ja kohdennetumpi työ olisivat paikallaan (Gray & al. 2001). Tehokkaat interventiot ottavat huomioon myös vanhemmuutta haittaavien tekijöiden mahdollisesti toistuvan rytmin kuten esimerkiksi vakavien mentaalisten häiriöiden syklisen luonteen, jossa hyvät ja heikot kaudet saattavat vuorotella (Fonagy 1998).

Moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa – ja käytäntöjen kehittäminen

Korkean riskin tilanteissa ongelmia voi olla eriasteisesti kaikilla elämänaalueilla. Sekä ongelmien että interventioiden eri elementeillä on toisiaan ruokkiva synergistinen rooli, mutta kunkin elementin vaikuttavuutta on vaikea eristää muista (Olds & Kitzman 1990, Naughton & Heath 2001). Toistuvasti tutkimuksissa päätellään, että *monitahoiset pulmat* vaativat riittävän pitkäkestoisia ja intensiivisiä, *monelta tasolta* tulevia tukitoimia (Suchman & al. 2004; Lutzker & al. 1998; Schuler & Nair & al. 2000; Nair & Schuler & al. 2003; Olds & Kitzman 1990). Optimaaliseen tuloksellisuuteen pääsemiseksi interventioiden pitää kohdistua samanaikaisesti vanhempien psykologisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin, vanhempana käyttäytymiseen, ”äitimisen” taitoihin sekä sikiön ja vauvan kehitykseen ja tilannekohtaista stressiä helpottavaan sosiaaliseen tukeen (ks. myös Olds & Kitzman 1990). Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen tukemisessa pulmia tulisi työstää paitsi monella tasolla myös erilaisin keinoin yhdessä ja erikseen äidin ja lapsen kanssa (Schuler & Nair & al. 2000).

Vanhemmuusinterventioissa pitäisi tavoittaa se ongelmien vyyhti, jonka *äidit elämässään kohtaavat*. Psykopatologiset ongelmat ja *jokapäiväisen elämän pulmat*, joita köyhyys vielä kärjistää, kietoutuvat äitien ja lasten elämässä monimutkaiseksi, monitasoisten pulmien vyyhdeksi, jonka purkaminen edellyttää *monelta tasolta tulevia tukitoimia*. Korkean riskin äiti-lapsiparien pulmat vaativat kokonaisvaltaista ja terapeutista otetta kohdistuen äidin ja lapsen kiintymyssuhteen ja äidin emotionaalisen sensitiivisyyden ja läsnäolon tukemisen lisäksi myös muihin psykososiaalisiin pulmiin, kuten huumeriippuvuuteen, psykiatriisiin sairauksiin (masennus, ahdistus) ja jokapäiväisen elämän ongelmiin. Turhan usein keskitytään pelkästään lapsen käyttäytymisen hallinnan opetteluun (kurinpito, rankaiseminen, palkitseminen). (Suchman & al. 2004.)

Moniulotteisuuden vaatimukset ovat laajasti tunnistettuja. Ne herättävät myös kyseenalaistavaa epäilyä. Jospa moniulotteiseen kattavuuteen pyrittäessä vesitetään yksittäisten komponenttien laatu ja intensiteetti? (Aber & Jones & al. 2000.) Marjukka Pajulo (2004) katsoo, että määrällisesti vähäininkin mutta joustava väliintulo voi tuottaa merkittävän muutoksen, jos se on kohdennettu tarkasti ja oikein vahvistamaan äidin reflektiivistä kyvykkyyttä ymmärtää omaa kokemustaan ja vauvan tunnetiloja. Pajulo (2005) on myös korostanut sitä, että päihitteetömyyteen pyrittäessä tulee hoitaa mahdollisimman varhain, samanaikaisesti ja yhtä intensiivisesti äidin ja lapsen välistä suhdetta. Intensiivisessä hoidossa äitiä voidaan auttaa ”kaappaamaan” mielihyväradat päihneiden sijasta lapsen käyttöön (Pajulo 2005).

Tarkasti spesifioidun ja laajemman lähestymistavan välillä painotukset näyttäisivät jonkin asteisesti vaihtelevan. Vaativissa tilanteissa kyse ei ehkä ole niinkään niiden vastakohtaisuudesta kuin *interventioiden tarkasta fokuinnista useilta ulottuvuuksilta samanaikaisesti*, primääreistä primääreimmän tekijän ottaminen interventiota kannattelevaksi juonteeksi, jonka ympärille muut toimet rakentuvat. Tätä valaisee lisää seuraava jakso.

4 INTERVENTIOIDEN KEHITTÄMISEN RAKENTEELLISIA RATKAISUMALLEJA

Seuraavassa on tuotu esiin kolme laajempaa ”ratkaisumallia” tai strategiaa, jotka osoittavat palvelujärjestelmien kehittämistarpeisiin – yksittäisiä interventioita laajemmin. Painotuksiltaan ne saattavat ensi silmäyksellä poiketa toisistaan. Näin on osin siksi, että ne kiinnittävät huomion käytäntöjen eri ulottuvuuksiin.

A) Spesifit ja strukturoidut interventiot

Epäspesifit ja huonosti strukturoidut yleisen tuen tai neuvonnan muodot eivät hyödytä vakavissa tilanteissa; *interventio pitää sovittaa häiriöiden tai ongelmien vakavuusasteeseen*, Fonagy (1998) painottaa. Yleisluontoisten mallien aikakausi on ohi. Universaali ehkäisy on toivottavaa, mutta se ei voi rakentua vain yhteen malliin, koska yleisen relevanssi heikkenee erityisissä yksilöllisissä kokemuksissa. Yleisluontoinen ehkäisy ei vähennä kaikkien häiriöiden riskiä. Ehkäisyn tulee *fokusoitua spesifeihin riskeihin tai suojaaviin tekijöihin*, tukevasti ankkuroituna häiriökehityksen empiiriseen perustaan. Ehkäisyn kuten hoidonkin on oltava häiriöspesifiä. Mitään hoitoa ei voi soveltaa ilman modifikaatiota kaikkiin häiriöihin. Tulee suuntautua häiriöihin, joiden hoidosta on karttunut pitkittäistutkimusten tuloksia. Lyhyet, ei-intensiiviset dynaamiset terapiat ovat yhtä hyödyllisiä tai hyödyllisempiä kuin intensiiviset ja pitkäkestoiset ei-vakavissa tilanteissa. Preventiiviset toimet pitää sovittaa häiriöiden vakavuusasteeseen. Vakavien häiriöiden preventio edellyttää pitkäjänteistä ja intensiivistä yrittämistä. (Fonagy 1998.)

B) Aikuis- ja lapsipalveluiden likeisempi yhteistyö

Osassa interventiotutkimuksia kiinnitetään huomio ohjelmien ja palveluiden pirstaleisuuteen ja tehdään ehdotuksiakin *palvelujärjestelmän integrointitarpeisiin*. Vanhemmille suunnattujen aikuisorientoituneiden palvelujen ja lapsen hyvinvointiin ja terveyteen perustuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimista tarvittaisiin paljon nykyistä useammin. Huumeohjelmia ympäröivä politiikka voi usein vaikeuttaa lapsikeskeisen lähestymistavan omaksumista. *Sekä vanhempiin että lapsiin keskittyvät ammattiryhmät hyötyisivät tavattomasti jos he ottaisivat huomioon toistensa huolet työssään*. Integroitu käytäntö vaatii toteutuakseen näiden tahojen vuoropuhelua ja sitä ennen molemminsuuntaista koulutusta ennakkoluulojen ylittämiseksi ja yhteisen evidenssiperustan löytämiseksi käytännölleen. Vain toiseen osapuoleen keskittyminen johtaa helposti toisen osapuolen ammatilliseen laiminlyöntiin ja ihmisoikeuksien rikkomiseen. (Jones 2002.)

Monet havainnot osoittavat palveluiden integroidumman koordinaation tarpeisiin muun muassa mielenterveysammattilaisten ja muiden lasten palvelujen välillä, jotta voitaisiin turvata varhaisen tuen suunnittelu riskiäideille ja -vauvoille (Seneviratne & al. 2003, Iwaniec 1997). Sekä peruspalveluiden kotikäyntiohjelmien että erityisohjelmien toteuttamisessa on kiinnitetty huomiota moniammatillisuuden turvaamiseen (Naughton & Heath 2001, Gray & Spurway & al. 2001). Yhteistyötä lastensuojelun ja perheväkivallan kanssa työskentelevien toimijoiden välillä tulisi kehittää. Pahoinpideltyjen lasten kehitys- ja mielenterveysongelmien seulonta ja tehokas, heidän tarpeitaan vastaava hoitaminen sekä perheen tukeminen saattaisivat ennaltaehkäistä lasten pahoinpitelyn uusiutumista. (DePanfilis & Zuravin 1999.)

C) Yhteinen viitekehys eri ammattilaisille

On myös havaittu, että moniin ongelmiin purevat *samankaltaiset* vaikeivät tasan samanlaiset toimintatavat. Varsin erilaisissa vaativissa perhetilanteissa on erilaisuudesta huolimatta *kantavia yhteisiä tehtäviä ja tarpeita*. Tällaisia ovat vanhemmuuden stressin helpottaminen, asialliset odotukset suhteessa lapseen, lapsen tarpeisiin vastaaminen myös turhautumisen tilanteissa, sosiaalinen tuki sekä vanhemmuuteen ja lapsen kasvatukseen liittyvien tunteiden, arvojen ja uskomusten tutkiminen.

Eri ammattilaiset kuten ”vanhemmuuskasvattajat”, terveyden ammattilaiset, varhaiskasvattajat, psykologit, sosiaalityöntekijät ja erityisopettajat tuovat kokonaisuuteen erilaista osaamista. Erilaiset painotukset tunnistaen ja tunnustaen *interventioille tarvittaisiin yhteinen viitekehys*, jonka puitteissa *identifioidaan yhteisiä teemoja* ja voidaan integroida myös teoriaperusteita ja sovittaa strategiat erilaisten perhetilanteiden tarpeisiin. Ideana on saada erilainen osaaminen toisiaan täydentävään toimintaan. Tehokkaimpiin interventioihin päästään kun vapaudutaan kapeista ammatillisista rooleista ja päästään joustavasti ns. asiakaslähtöiseen toimintaan (Erickson & Kurz Riemer 1999). Aiempien kokemusten kokoaminen voi johtaa tarkkaan mietityn, strukturoidun kehikon muodostamiseen, jolloin pyritään hyödyntämään jo olemassa olevia resursseja niin hyvin kuin mahdollista. (Naughton & Heath 2001.)

Mitä näiden kolmen ”mallin” käyttökelpoisuudesta tulisi ajatella? Ovatko ne ristiriidassa keskenään? Spesifien ja strukturoitujen (A) interventioiden tarpeellisuutta on vahvasti painotettu muun muassa kotimaisessa keskustelussa lastensuojelusta, jossa yleisluontoista tukea ja seurantaa on kritisoitu toistuvasti. Aikuis- ja lapsipalveluiden (B) ”eriseuraisuus” on osoittautunut sitkeäksi pulmaksi, johon ei näytä helposti syntyvän satunnaista kestävämpää ratkaisua. Ponnistelut eri ammattilaisten yhteisen viitekehysten (C) kehittelyyn olisivat kysytyjä mutta vaativia.

Näitä ”malleja” tai strategioita voi lähestyä jatkumoina ja toisiaan täydentävinä kehitysvaiheina pyrittäessä *kohti tarkentuvia ja integroituvia käytäntöjä*. Moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa ei merkitse yleisluontoista tukea ja seurantaa (”mössöä”) vaan kohdennettua ja strukturoitua toimintaa, joka on sensitiivistä kulloisessakin tilanteessa. Palvelut jälkiteollisissa yhteiskunnissa vaativat vielä pitkän kehittelyn, jotta instituutio- ja ammattikuntakeskeisyydestä tai menetelmäkohtaisuudesta päästään aiempaa paremmin vastaamaan ihmisten tarpeisiin varhaisen ehkäisemisen periaatteella myös vaativissa tilanteissa.

5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Tämä kirjallisuuskatsaus on tehty osana kansallista Lastensuojelun kehittämisohjelmaa ja sen tarkoituksena on saada käsitys vaativan vauvaperhetyön kansainvälisestä interventiotutkimuksesta ja tuloksista. Katsausta edelsi kooste kotimaisesta kehittämistyöstä.

Tavoitteena on tarjota aiempaa kootummin tietopohjaa vaativan vauva- ja pikkulapsiperhetyön valtakunnalliselle linjaamiselle, jotta mahdollisimman varhain voitaisiin *ehkäistä pitkäkestoisen lastensuojelun tarvetta*. Osa lastensuojelun pitkäaikaisasiakkuuksista alkaa alle vuoden ikäisenä. Turvattomista ja epävakaina perheoloista lapsi saatetaan väliaikaisesti sijoittaa toistuvasti, ja ensi vuodet kuluvat vaihtuvissa käsissä ja katseissa. Vuosikymmenessä kolminkertaistuneen lastensuojelun tarpeen kasvun hillitsemisessä eräs ydinalue on vaativan vauvaperhetyön huomattava tehostaminen.

”Varhainen ehkäisy” vaativissa psykososiaalisissa oloissa raskauden, lapsen syntymän ja ensi vuosien aikana limittyy korjaavaan työhön, jossa voidaan vastata kuntouttaviin, hoidollisiin ja terapeutisiin tarpeisiin. Kyse on varhaisesta ehkäisystä, joka sisältää sekundaarisen ja tertiäärisen prevention elementtejä (s. 7–8). Tematiikka koskee neuvolaa, synnytyssairaalaa, sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluita, ja yhtenä vaan ei ainoana niistä lastensuojelua.

Tutkimuskatsauksen keskeinen anti voidaan tiivistää seuraaviin seikkoihin. Näitä ovat *interventiotutkimuksen reunaehtojen ja erityisyyksiä tunnistaminen* (jota pohdimme lopuksi), kolmen temaattisen interventioiden *sisältöjä* koskevan ydinalueen kiteyttäminen sekä interventioiden ja palveluiden *organisointiin* liittyvien näköalojen kokoaminen.

Kolme temaattista ydinaluetta, joilta on havaittu ja joilta edelleen etsitään *onnistumisen edellytyksiä ja vaikuttavuuden ehtoja* ovat seuraavat:

- * *Suhdeperustaisuus* tarkoittaa sitä, että interventio toteutetaan suhteissa: työntekijöiden ja vanhempien välisenä suhteena, ja se kohdistuu suhteisiin: vanhempien ja lapsen väliseen suhteeseen sekä tätä suhdetta kannatteleviin suhteisiin. Kapea kiintymyssuhteeseen keskittyminen ei välttämättä ole riittävää, kuten ei myöskään yksinomaan sosiaaliseen tukeen keskittyminen. Erilaisten lähestymistapojen eräs eettinen risteyskohta näyttäisi osuvan ongelmien ja asiakkaiden tarpeiden määrittelemisen tapoihin. (Luku Suhdeperustaisuus.)
- * *Ajoitus ja kesto*. Intervention varhaisen ajoituksen merkityksestä vallitsee laajahko yksimielisyys, edellyttäen että interventio kohtaa vastaanottajien tarpeet. Interventioiden välittömät vaikutukset ovat usein hyviä, mutta ne väljähtyvät. Siksi intervention riittävällä kestolla ja seurannalla on suuri merkitys. (Luku Ajoitus ja kesto.)
- * *Moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa*. Korkean riskin tilanteissa intervention pitäisi ulottua äidin/hoitajan ja lapsen välisen vuorovaikutuksen kehittämiseen sekä helpottamaan jokapäiväisen elämän muita rasituksia, samanaikaisesti ja intensiivisesti. Primääreistä primäärein tekijä tulisi ottaa interventiota kannattelevaksi juonteeksi, jonka ympärille muut toimet rakentuvat. (Luku Moniulotteisuus monitahoisissa pulmissa.)

Interventioiden ja palveluiden kehittämiseen tähtäävistä *organisatorisista* hahmotuksista nostimme esiin kolme strategisesti eri tavoin painottunutta ”mallia”, jotka näemme toisiaan täydentävinä. Näitä ovat

- A) spesifit ja strukturoidut interventiot,
- B) aikuis- ja lapsipalveluiden likeisempi (integroituva) yhteistyö, sekä
- C) yhteinen viitekehys eri ammattilaisille.

Näiden ”mallien” elementeistä voidaan kiteyttää kehittämiselle johtotähti, joka viitoittaa toimia samaan aikaan *tarkentumaan* ja (toisten tarkentuvien kanssa) *integroitumaan*.

Johtopäätöksiä suhteessa kotimaiseen tilanteeseen esitämme 1) osaamisen, 2) saatavuuden ja 3) tutkimuksen ja kehittämisen näkökulmista.

Vaativaa vauvaperhetyötä on Suomessa kehitelty pitkään. *Osaamista* muun muassa interventioiden suhdeperustaisuuden ja arjen ongelmien kohtaamisessa on karttunut runsaasti. Eräänä esimerkkinä voidaan mainita Ensi- ja turvakotien liiton monivuotinen työ (Kalavainen 2005), josta vaikutusten kesto koskeva seurantatutkimus on tiettävästi valmisteilla. Monissa yksittäisissä hankkeissa ja toimipisteissä (esim. suurimmissa kaupungeissa) kehittynyttä osaamista voi pitää korkeatasoisena kansainvälisesti koetellun tiedon valossa. Eräin paikoin yliopistolliset keskussairaalat ovat jo pitkään kehittäneet työtä psykososiaalisesti vaativiin tilanteisiin (ks. Halmesmäki & al. 2007), ja kohdennettua monitoimijaista yhteistyötä on teemassa kehitetty (ks. Ollila & al. 2006). Monet hankkeet ovat erillisen projektirahoituksen turvin saaneet kehitettyä työtä. Mutta siirtykö osaaminen pitkäjänteisesti rakenteellisiksi käytännöiksi?

Vakavat ongelmat näyttävät liittyvän *saatavuuteen*. Vaativan vauvaperhetyön interventiot ovat vielä ylen harvojen ulottuvilla, ja silloinkin seuranta jää usein aivan liian vähäiseksi. Hyvinvointipalveluiden menojen karsiminen on merkinnyt muun muassa sitä, että edes olemassa olevaa koeteltua tieto-taitoa ei käytetä, sitä jätetään ostamatta tai ylläpitämättä. Sen lisäksi tiedetään, että vaativan tason osaaminen edellyttää pitkäjänteisyyttä, toistuvaa koulutusta, työnohjausta ja selkeitä rakenteita yhteistyökäytännöissä.

Suomalaisessa yhteiskunnassa neuvola (ks. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille 2004) on pikkulapsiperheiden peruspalvelu, jossa vaativan vauvaperhetyön tarpeet tulisi havaita ja tietää, mistä niihin saa koeteltua osaamista ja miten tarvitsijat niihin saatellaan. Vaativan työn tarpeet voivat tulla esiin myös synnytyksen yhteydessä tai raskauden aikana muun muassa päihdehuollossa ja mielenterveyspalveluissa sekä lastensuojelussa. Viime mainitut muodostavat keskeisen kolmikon, jolla on harvoin satunnaista hanketta integroidumpia yhteistyökäytäntöjä. Niiden kehittäminen on ratkaisevan tärkeää (ks. edellä kohdat A, B ja C).

Vaativassa vauvaperhetyössä kyse on varhaisesta ehkäisystä, johon liittyy kuntouttavia, hoidollisia ja terapeuttisia tarpeita. Se merkitsee *horisontaalisesti sektorirajat ylittävää* toimintaa, joka on osoittautunut ylen vaikeaksi muun muassa sen vuoksi, että hallinnon rajat ylittäviltä toimilta *puuttuu johto* ja sitä myöden pelisäännöt eri toimipisteiden kesken tarpeen tunnistamisessa, arvioinnissa ja hoidossa sekä kuntoutuksessa.

Osaamisen kehittämiseksi ja saatavuuden parantamiseksi vaativa vauvaperhetyö tulee nostaa erääksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi lastensuojelua koskevassa valtioneuvoston päätöksessä. Sen lisäksi kunnilla tulee olla *sosiaali- ja terveystoimen yhteinen suunnitelma ja päätös* siitä, miten kunnassa tai seudullisessa yhteistyössä järjestetään vaativaa vauvaperhetyötä. Riskilistan pituus ei yksilötasolla determinoi: etukäteen ei voi tietää, kuka selviää ja kuka ei, vaikka ennuste keskimäärin näyttäisi heikolta (ks. s. 10). Tästä seuraa interventioiden saatavuuden kannalta painava eettinen vaatimus: niitä pitäisi olla tarjolla kaikille sitä tarvitseville ja siihen kykeneville. Hyvin tiedetään, että yhdenkin varhain alkavan syrjäytymiskehityksen ehkäisemisellä moniammatillinen intensiivistä kuntoutusta tarjoava tiimi maksaa kulunsa kahden kolmen vuoden ajalta. Vuonna 2008 voimaan tulevan lastensuojelulain 12 § velvoittaa laaja-alaisen lastensuojelun suunnitteluun, johon vaativa vauvaperhetyö voisi luontevasti kuulua.

Suomessa on erityisen tähdellistä käynnistää *seurantatutkimusta* po. interventioiden vaikutuksesta. Sitä on perin niukasti, ja pitkällekin kehitetyt interventiot saattavat olla tutkimatta. Pidemmän aikavälin seurantatutkimusta tarvitaan jo yksin sen vuoksi, että saadaan tietoa interventioiden oletetusta optimaalisesta kestosta. Tutkimus ja kehittäminen ovat elinvoimaisuuden edellytyksiä. Vaativa vauvaperhetyö perustuu ihmisen varhaista kehitystä koskevaan perustutkimukseen sekä monialaiseen soveltavaan tutkimukseen käytännön kokemuksen rinnalla. Kohdentuvien

ja integroituvien (A, B, C) palveluiden kehittämisessä ja tutkimisessa tarvitaan muun muassa mielenterveyttä (traumatisoitumista), päihderiippuvuuksia ja syrjäytymistä koskevaa tutkimusta sekä pediatria ja lastensuojelun tutkimusta. Suomessa tarvitaan *tutkimus- ja kehittämisohjelma*, jonka tehtävänä on luoda pitkäjänteiset puitteet tiedon ja kokemuksen kartuttamiselle ns. korkean riskin tilanteissa ja niissä tarvittavasta vaativasta vauva- ja pikkulapsiperhetyöstä.

Aivojen varhainen kehitys vuorovaikutussuhteissa sekä varhaisen kaltoinkohtelun neuro-psykologisten ja käytöshäiriöiden keskinäisen kehityksellisen ketjun yhä parempi tunnistaminen osoittaa seikkoihin, joiden varaan menestyksellinen ehkäisy ja hoito voidaan rakentaa. Vauvan ja pikkulapsen mielenterveyden vaaliminen on tähdellistä mentaalisten ongelmien ehkäisyssä läpi elämän. Yhteiskunnan vakuuttaminen tästä perustotuudesta (Fonagy 1998) on osaltaan myös tämän kirjallisuuskatsauksen tavoite.

Raskaus, syntymä ja vanhemmuus lapsen ensivuotina ovat *inhimillisesti, kansanterveydellisesti ja kansantaloudellisesti* äärimmäisen arvokkaita, ja niihin vaikuttavat yksilölliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset seikat.

6 POHDINTAA TUTKIMUKSEN JA KÄYTÄNNÖN SUHTEISTA – SEKÄ ELINOLOJEN MUUTOKSISTA

Tämän tutkimuskatsauksen tekeminen on ollut ylen opettavaista. Se on tarkentanut tekijöidensä ajattelua po. teemassa. Se on myös pakottanut pohtimaan aiempaa syvemmin interventiotutkimuksen erityisyyttä. Sen reunaehtoja käsitelimme edellä luvussa 2. ja tässä jatkamme pohdintaa tutkimuksesta tehtävien päätelmien mahdollisuuksista ja rajoituksista.

Yksittäisistä tutkimuksista yksinään lienee harvoin suunnan näyttäjäksi. Laajat ja ansiokkaat katsauksetkaan eivät tarjoa paikasta toiseen sellaisenaan siirrettäviä malleja ”hyvistä käytännöistä.” Sen sijaan tutkimus koettelee, korjaa ja tarkentaa kulloisiakin käsityksiä. Se tarjoaa runsaasti pohdittavia aineksia osoittaessaan koeteltuja suuntia sille, mistä päin toimivien interventioiden aineksia kannattaa etsiä ja koota. Tutkimukset pakottavat ajattelemaan ja arvioimaan jo tunnettuakin hiukan uusista näkökulmista, tarkentamaan tiedettyä ja suuntaamaan sitä kohti oletetusti paremmin toimivia käytäntöjä.

Interventioiden (ja palveluiden) vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta kaivataan mitattavaa näyttöä ja tuotteistettavaa tavaraa poliittista ja taloushallinnollista päätöksentekoa varten. Ainakin odotusten horisontissa parhaana takeena näytöstä pidetään luonnontieteissä koeteltua klassista mallia. Satunnaistetussa kontrolloidussa koeasetelmassa seurataan mahdollisimman tarkoin määriteltyjen muuttujien muutoksia kokeen seurauksena. Tuloksia verrataan vertailuryhmään, joka on kokeeseen osallistuvan ryhmän kanssa mahdollisimman samankaltainen mutta ei ole kokeen kohteena. Tästä asetelmasta päätellään kulloisenkin kokeen/intervention vaikuttavuus. Usko näin karttuvan tiedon tuotteistamiseen ja siirtämiseen paikasta toiseen elää suhteellisen vankkana interventiotutkimuksenkin piirissä (ks. Olds & al. 2007).

Interventiotutkimuksissa puhdasoppinen satunnaistettu koeasetelma on käytännössä vaikea järjestää. Se on myös *eettisesti problemaattinen*; ei ole oikein altistaa kontrolliryhmää vaikeille oloille tai viivyttää heidän avun saamistaan tutkimuksen nimissä (esim. Huebner 2002). Se on myös pulmallinen interventioissa, joissa vaikuttavuuden avaimet näyttävät olevan vahvasti suhdperustaisia, kuten edellä on tuotu esiin. Liikkeelle pyritään saamaan muutosvoimia nimenomaan kommunikaation keinoin. Tutkittava toiminta on siinä mielessä tilannesidonnaista, että siihen kulloinkin osallistuvat ihmiset tuottavat sen keskinäisessä vuorovaikutuksessa.

Leiman (2004) on todennut, että vastavuoroisuuteen perustuvat interventiot ovat ristiriidassa kokeellisissa tutkimuksissa sovellettavan metodologian perusoletusten kanssa. Se mitä koeasetelman järjestelmällisyydessä ja täsmällisyydessä voitetaan saattaa tyhjentyä triviaalisuuteen ja sokeuteen ilmiön kompleksiteetille (Arnkil & al. 2005). Mitä selvemmin interventio kohdistuu implisiittisille hiljaista ja kontekstisidonnaista tietoa vaativille alueille, kuten psykososiaalisiin kysymyksiin, sitä vaativampaa se on. Vähänkin monimutkaisemman systeemin omaksuminen on paikallinen luomus. Tarvitaan erilaisen tutkimus- ja kehittämistyön yhteistyötä (Alasoini 2006). Myös kehittyneet käytännöt voivat koetella, korjata ja tarkentaa tutkimuksessa vallitsevia oletuksia. Tutkimuksen ja kehittämisen vastavuoroisuus on koeteltujen interventioiden ehto (ks. Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2006).

Edellä tuotiin esille, miten onnistuneiden interventioiden tulisi olla sensitiivisiä vastaanottajien tarpeille. Se edellyttää *erilaisten väestöryhmien todellisuuksiin* perehtymistä. Nopeat rakenteelliset muutokset yhteiskunnassa ovat monin tavoin vaikuttaneet kansalaisten elinoloihin, arkeen, arvoihin, haluihin ja tottumuksiin sekä strategioihin, joilla ihmiset pyrkivät muutoksissa selviämään. Interventioiden vaikuttavuus kytkeytyy siihen, miten niissä kyetään tunnistamaan muuttuneiden olojen ja suhteiden synnyttämät tarpeet.

Katse on kohdistettava myös elinoloihin kuten lisääntyneeseen köyhyyteen pikkulapsiperheissä. Pitkäkestoisen köyhyyden monialaisesti epäsuotuisista vaikutuksista niin vanhemmuuteen kuin lapsen kehitykseen tiedetään paljon. ”Lapsiköyhyyden” poistaminen tai ainakin vähentäminen on tärkeä tehtävä. Kuten johdannossa tuotiin esiin, kehittyneekään interventiot eivät ole parannuskeino köyhyyteen.

Vaativan vauvaperhetyön perinteisen asiakaskunnan ohella sen tarpeessa voivat olla myös koulutetut, varakkaat ja uraa luoneet vanhemmat, jotka ovat hyvin harjaantuneet suorittamisen ja hallinnan eetokseen mutta eivät osaakaan olla vauvan kanssa. Näin yhteiskunnallisten kehityskulkujen paineet ja yksilöllisten historioiden piirteet saattavat lyödä ”kättä” toisilleen ja tuottaa uudenlaista kärsimystä ja huono-osaisuutta. (Suutari 2007.)

Toinen osa: Tiivistelmät tieteellisistä artikkeleista

Tiivistelmät on ryhmitelty viiteen pääryhmään. Ensimmäisenä ovat kotikäynteihin perustuvat interventiot (numerot 1–8); osassa kotikäynnit ovat muodostaneet osan laajempaa interventiota, mutta tutkimuksen keskiössä on ollut kotikäyntien sisältö ja vaikuttavuus. Toisena ryhmänä on tarkasteltu monitasoiseen interventioon perustuvia tutkimuksia (numerot 9–17). Kolmantena ryhmänä ovat riskitekijöiden keskinäisiä vaikutuksia selvittäneet tutkimukset (numerot 18–27). Neljäntenä ovat järjestelmä- ja oirekohtaiset tutkimukset (numerot 28–35). Viidentenä ovat tutkimuskatsaukset ja meta-analyysit (numerot 36–42). Lopuksi (numero 43) on kuvaus erään integroidun hoito-ohjelman kehittämisestä.

I Vanhemmuuden tukeminen kotikäynti-interventioilla

(1) *Teinivanhemmuuden tukeminen kotikäynti-interventiolla (Yhdysvallat)*

Tutkimus teiniäideille suunnatun, vanhemmuutta tukevan kotikäynti-intervention vaikutuksista heidän lastensa syntymäpainoon, syntymäkuolleisuuteen ja laiminlyönnin riskiin.

Tavoitteet: Intervention tarkoituksena oli tukea äitien terveystottumuksia ja vanhemmuutta sekä edistää vauvojen terveyttä sosiaalisten riskien kuormittamalla, etnisten vähemmistöjen asuttamalla alueella.

Menetelmät: Interventio perustui teorioihin mentoroinnista ja sosiaalisesta tuesta ja se toteutettiin siten, että lyhyen koulutuksen saaneet (paraprofessional), afroamerikkalaiseen yhteisöön kuuluvat hoitajat/perhetyöntekijät (family support worker) tekivät intensiivisiä kotikäyntejä teiniäitien luona viikoittain ja asteittain harvemmin kahden vuoden ajan. Lisäksi kuukausittain äitien luona kävi erikoiskoulutettu yhteisöterveydenhoitaja, joka antoi myös työnohjausta perhetyöntekijöille. Esimerkin ja keskustelun avulla perhetyöntekijät opettivat ja vahvistivat vanhemmuuden taitoja ja terveellistä elämäntapaa, kuten lapsen terveystarkastuksista huolehtimista, tupakoinnin lopettamista, lapsen rokotussuojasta ja perhesuunnittelusta huolehtimista. Perhetyöntekijät tarjosivat äideille emotionaalista ja sosiaalista tukea. He muun muassa kävivät nuoren kanssa terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa ja opastivat nuorta suunnistamaan palveluverkostossa. Perhetyöntekijä myös auttoi nuorta määrittämään lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita elämässään sekä etsimään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi kuten koulutukseen osallistumista. Otos oli 137 (–18-v.) pienituloista, kaupunkialueella asuvaa teinivanhempaa, joiden riski syyllistyä lapsensa pahoinpitelyyn oli arvioitu keskivertoa suuremmaksi. Intervention tehokkuutta arvioitiin ennen jälkeen mittauksilla.

Tulokset: Tuloksia verrattiin paikallisiin ja kansallisiin (USA) tietoihin. Ohjelmaan osallistuneiden teiniäitien vauvoista 4,6 prosenttia oli alipainoisia, kun paikallinen keskiarvo oli 13,5 prosenttia ja kansallinen keskiarvo 9,42 prosenttia. Imeväiskuolleisuus osallistuneiden keskuudessa oli nolla, kun paikalliset luvut ylittivät tavallisesti kaksinkertaisesti kansallisen keskiarvon imeväiskuolleisuudessa. Osallistujien keskuudessa ilmeni vain neljä lapsen laiminlyöntitapausta (2,91 % otoksesta), mikä on vähemmän kuin kansallinen keskiarvo. Tulokset olivat positiivisia, mutta artikkelissa suositellaan lisätutkimusta isolla, maantieteellisesti monipuolisella otoksella, jossa mitataan sosiaalista tukea ja mentorointia ja lapsen pahoinpitelyn riskiä.

(Flynn, Linda 1999: The Adolescent Parenting Program: Improving Outcomes Through Mentorship.)

(2) *Teiniäitien vanhemmuuden tukeminen intensiivisen kotikäynti-intervention avulla. Ehkäisevätkö kotikäynnit lasten kaltoinkohtelun riskiä? (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Artikkelissa tarkastellaan ehkäisekö intensiivisen kotikäynti -interventio-komponentin lisääminen teini-äitien kokonaisvaltaiseen, vanhemmuutta tukevaan ohjelmaan (CAMP) lasten kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä.

Menetelmät: Tutkimukseen osallistui 171 lapsen kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin riskiryhmään lukeutuvaa teiniäitiä (13–19-v.), jotka osallistuivat äitiyttä tukevaan, klinikkakäynneillä toteutettavaan ohjelmaan. Satunnaisesti valittu puolet ryhmästä sai klinikkakäyntien lisäksi kotona tehtävää vanhemmuusneuvontaa. Kotikäyntien tavoite oli edistää äitiyden kykyjä ja hoivaavaa käyttäytymistä, jotta sukupolvelta toiselle siirtyvät negatiiviset kuvat omista kyvyistä ja haitalliset vanhemmuuden tavat saataisiin katkaistuksi. Kotikäyntityöntekijä työskenteli teinien ja heidän

perheidensä kanssa heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Kotikäyntejä oli ensin kerran viikossa 16 viikon ajan, ja sen jälkeen harvemmin yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kotikäyntiä ei koskaan sovittu kauemmaksi kuin kuuden viikon päähän edellisestä ja kotikäyntejä täydennettiin puhelinkontakteilla, jotta työntekijä ja nuori olisivat yhteydessä vähintään kahdesti kuukaudessa. Kotikäyntityöntekijä oli keski-ikäinen, college-koulutettu nainen, joka toimi myös epävirallisena auttajana (paraprofessional) äitiysklinikalla, jossa hän pystyi luomaan teiniäiteihin suhteen jo ennen lapsen syntymää. Kotikäynti kesti noin 1–2 tuntia ja piti sisällään laajaa ja monialaista neuvontaa ja ennakoivaa ohjausta, kuten myös yksilöllisten tarpeiden mukaista lääketieteellistä, koulutuksellista ja sosiaalipalveluihin ohjaamista. Opetusmenetelmät pitivät sisällään didaktisia esityksiä, roolileikkimistä ja kädestä pitäen tapahtuvaa ohjausta. Lisäksi joka tunnille tuotiin ohjaavia tiedotteita, kehityksellisesti sopivia pelejä sekä infolehtisiä koulutusmahdollisuuksista.

Tulokset: Tulokset osoittivat, että *kotikäyntiohjelman noudattaminen vaihteli suhteessa nuoren perheeltään ja vauvan isältä saamaan tukeen*. Hoitoryhmien välillä ei ollut eroja terveydenhuoltopalvelujen käyttämisen, kouluun palaamisen, uusien raskauksien tai lapsen kaltoinkohtelun ja hyväksikäytön suhteen. Lapsen kaltoinkohtelun esiintymistiheys nousi yhdessä äidin ennustetun riskistatuksen kanssa. Kaiken kaikkiaan 19 prosenttia lapsista otettiin pois äitinsä huostasta. *Yritykset tunnistaa riskilapset olivat tehokkaita, mutta tämä intensiivinen koti- ja klinikkaperustainen interventio ei muuttanut lapsen kaltoinkohtelun esiintymistiheyttä eikä äidin elämän kulun suuntaa*. Ekologista interventiomallia noudatteleva vanhemmuusohjelma, joka ottaisi tukiverkoston intensiivisemmin mukaan ohjelmaan, voisi olla suositumpi teinien keskuudessa ja siten tehokkaampi. Tutkijat arvelevat tuloksia voitavan parantaa myös käyttämällä kotikäyntityöntekijöinä enemmän koulutettuja hoitajia ja varmistamalla, että heillä on mahdollisuus työssään käyttää tarpeeksi aikaa terapeuttisen suhteen luomiseen autettaviin äiteihin.

(Stevens-Simon, Catherine; Nelligan, Donna; Kelly, Lisa 2001: Adolescents at risk for mistreating their children Part II: a home- and clinic-based prevention program.)

(3) *Missä vaiheessa ohjelmien teinivanhempien ja vauvojen auttamiseksi tulisi alkaa? (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Teinivanhemmille ja vauvoille suunnatun ohjelman pitkäaikaisvaikutus. Tarkastelussa oli ennen vauvan syntymää alkavan, lapsen kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä ehkäisemään pyrkivän intervention vaikutukset.

Menetelmät: 204 vähän koulutettua teiniäitiä (13–21-vuotiaita ensimmäisen lapsensa syntymän aikoihin) osallistui 18–27 kuukautta kestäväan kotikäynteihin perustuvaan ohjelmaan ennen tai jälkeen ensimmäisen lapsensa syntymän. Ohjelma tarjosi viikoittain kotona tapahtuvaa vanhemmuuden tukea lapsiammattilaisten (Early Childhood Specialists) toimesta. Ohjelmassa toteutettiin myös kehityksellisesti sopivaa fyysisistä, emotionaalista ja kognitiivista stimulaatiota vauvoille. Nuoria vanhempia opastettiin lukemaan vauvansa viestejä ja herkistymään ja vastaamaan vauvan tarpeisiin. Nuoria myös tuettiin rakentamaan positiivista kiintymystä vauvaansa hellittelyn ja hoivaamisen avulla. Äidit jaoteltiin matalan riskin vertailuryhmäksi (low-risk contrast group)(jolle ei tehty interventiota), korkean riskin interventioryhmäksi (high-risk program graduates) sekä korkean riskin keskeyttäjäksi (dropout comparison group)(viimeinen ryhmä muodostui, kun osa äideistä keskeytti intervention). Seurantaevaluaatio suoritettiin 2–6 vuoden kuluttua ensimmäisestä kontaktista.

Tulokset: Tulokset osoittavat, että *korkean riskin äitien ottaminen ohjelmaan jo ennen vauvan syntymää ehkäisee merkittävästi lapsen myöhempää kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä*. Lasten kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin määrä ja myöhempi synnyttäneisyys ei vaihdellut korkean riskin äideiksi ja matalan riskin äideiksi määriteltujen välillä. Lasten laiminlyönnin ja kaltoinkohtelun

määrä näissä kahdessa ryhmässä oli selkeästi vähäisempi kuin intervention keskeyttäneiden äitien kohdalla. Tarkempaa tutkimusta kuitenkin tarvittaisiin. Ohjelman hinta oli huomattavasti alempi, kuin kaltoinkohdeltujen lasten sijaishuollon hinta. *Jo ennen vauvan syntymää alkava perehdyttämisohjelma raskaana oleville, korkean riskin teiniäideille voi tarjota kustannustehokkaan tuen perheen mielenterveydelle ja ehkäistä lasten kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä riskiperheissä.*

(Honig, Alice Sterling; Morin, Christine 2001: When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program.)

(4) *Huumeita käyttäville äideille suunnattu kotikäynti-interventio varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen. Intervention vaikutukset äidin ja vauvan vuorovaikutukseen, vaikka äidin huumeidenkäyttö jatkuisikin. (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa selvitettiin huumeita käyttäville äideille ja heidän lapsilleen suunnatun, äidin ja lapsen vuorovaikutuksen tukemiseen tähtäävän kotikäynti-intervention vaikutuksia. Fokuksessa oli nimenomaan kotikäynti-intervention vaikutukset vauvan ja äidin vuorovaikutukseen, vaikka äidin huumeiden käyttö jatkuisikin.

Menetelmät: Otos oli 170 huumeita käyttävää äitiä lapsineen monien ongelmien kuormittamalta etnisten vähemmistöjen asuttamalta alueelta. Noin puolet heistä oli interventioryhmässä ja puolet kontrolliryhmässä. Interventioyöryhmän äidit saivat viikoittaisen kotikäynnin kuuden kuukauden ajan. Kotikäyntejä teki 2 keski-ikäistä, tähän tehtävään koulutettua (trained lay visitors) afro-amerikkalaista ”maallikko”naista, joilla oli kokemusta kotikäyntien tekemisestä ja joille alue oli tuttu. Työntekijät tapasivat psykologin ja lastenlääkärin viikoittain perheiden edistymisen seuraamiseksi ja ongelmien käsittelemiseksi. Äidin ja vauvan vuorovaikutusta arvioitiin videoimalla syöttämistilanteita. Interventiossa työskenneltiin sekä äidin että lapsen kanssa. Tavoitteena oli äidin voimaannuttaminen identifioimaan ja hallitsemaan ongelmiaan muun muassa tukemalla äitiä hakemaan apua ongelmiinsa olemassa olevista palveluista ja verkostoista. Kotikäyntien aikana äidin kanssa työstettiin asumiseen, julkisiin tukijärjestelmiin, perheväkivaltaan, huumeiden käyttöön ja huumevieroitushoitoihin liittyviä asioita. Kotikäyntien sisällön yhdenmukaisuutta lisättiin ottamalla käyttöön interventiota ohjaava lomake. Lomakkeeseen kirjattiin käyntien kesto ja kontaktin sisältöön ja laatuun liittyviä seikkoja. Siinä pohdittiin myös työntekijän ja äidin suhdetta, äidin henkilökohtaisia ongelmia sekä lapsen kehitykseen ja terveyskasvatukseen liittyviä asioita. Intervention lapsi-osuudessa äitiä ohjattiin vuorovaikutukseen lapsen kanssa käyttämällä apuna muun muassa lapsen kehitystä tukevia leikkejä.

Tulokset: Johtopäätös oli, että tämänkaltaisen interventio saattaa suojata huumeita käyttävien äitien lapsia, koska se parantaa äidin herkkyyttä havainnoida vauvansa tarpeita ja vastata niihin siitäkkin huolimatta, että huumeiden käyttö jatkuu. Tarvittaisiin lisää pitkäaikaistutkimusta mahdollisuuksista vähentää äitien huumeiden käyttöä ja interventioista, joilla voitaisiin tukea äidin ja lapsen vuorovaikutusta ja vanhemmuutta huumeiden käytön jatkumisesta huolimatta.

(Schuler, Maureen E.; Nair, Prasanna; Black, Maureen M.; Kettinger, Laurie 2000: Mother-Infant Interaction: Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use.)

(5) *Lasten pahoinpitelyn ennaltaehkäisy ongelma-asuinalueella kotikäynti-interventioiden ym. avulla (Iso-Britannia)*

Tavoitteet: Artikkelissa esitellään lasten pahoinpitelyä ehkäisevän varhaisen puuttumisen mallin/ohjelman kehittämistä ja implementaatiota monikulttuurisella keskustasluumialueella, jossa väkivalta ja lasten laiminlyönti ovat yleisiä. Ohjelma hyödyntää ja yhdistelee aiempia kokemuksia kotikäynteihin perustuvista malleista muodostamalla niistä tarkkaan mietityn, strukturoidun kehikon. Huomattiin, että kaikkein haavoittuvimmat ”riski”asiakkaat käyttivät vähiten peruster-

veydenhuollon palveluja. Pyrkimyksenä on tunnistaa riskivanhemmat ja luoda heihin luottamuksellinen työskentelysuhde jo ennen vauvan syntymää sekä tunnistaa ja ennakoida riskitilanteet ja -tekijät lasten pahoinpitelylle. Tarkoituksena on hyödyntää jo olemassa olevia resursseja niin hyvin kuin mahdollista.

Menetelmät: Keskeisellä sijalla työssä on arviointiin ja tukeen perustuvat kotikäynnit, joita toteuttavat terveysalan ammattilaiset. Ensimmäinen arvio perheen avun tarpeesta pyritään tekemään ennen lapsen syntymää. Silloin arvioidaan laajasti se vanhemmuuden konteksti, johon lapsi syntyy. Jos huoli herää, tehdään seuraava syvälinen arvio, jossa identifioidaan aktuaalisia ja potentiaalisia vanhemmuuden pulmakohtia. Seuraavassa vaiheessa keskustellaan ja toteutetaan tarpeenmukainen interventio ja sen tuloksia tarkistetaan ja arvioidaan säännöllisesti. Käytössä on aktiivinen työote, luottamuksen rakentamiseen panostetaan ja vanhempia vedetään aktiivisesti mukaan ohjelmaan (heille esim. soitetaan aina sovittua tapaamista edeltävänä päivänä). Lähtökohtana on luottamus siihen, että jokainen vanhempi haluaa ja yrittää periaatteessa toimia lapsensa parhaaksi.

Interventiot tapahtuvat eri tasoilla. Kotikäyntivierailija työottaa perheen kanssa esiin nousevia ongelmia niin kauan kuin mahdollista, koska lapsen odotuksen ja syntymän vanhemmuudelle asettamat haasteet ovat luonteeltaan muuttuvia ja väliaikaisia. Interventiot voivat olla: 1. lapsikeskeisiä, jolloin keskitytään strategioihin, joita vanhemmat voivat käyttää suoraan ohjatessaan lapsen käyttäytymistä. Kiintymyssuhdetta voidaan vahvistaa opettamalla vauvahierontaa. 2. Aikuiskeskeisiä, jolloin fokus on henkilökohtaisten strategioiden kehittämisessä itsetunnon ja sosiaalisen toimintakyvyn ja tukiverkoston vahvistamiseksi. 3. Ennen lapsen syntymää järjestettäviä työpajoja pariskunnille/vanhemmille, joissa pohditaan lapsen tulevaisuutta ja tutkitaan asenteita vanhemmuuteen ja lapsen käyttäytymiseen. Toinen taso, jolla interventioita toteutetaan, on asiakkaiden ohjaaminen toisten ammattilaisten avun piiriin silloin, kun omat auttamismahdollisuudet eivät riitä. Kotikäyntejä tekevä hoitaja (health visitor) toimii linkkinä primaariin terveydenhoitotiimiin. Työntekijöiden konsultaatiomahdollisuuksiin on kiinnitetty huomiota. Keskeisellä sijalla ohjelmassa on ollut myös erityisten vauvahierontatyöpajojen, ei-stigmatisoivien itku-, uni-, syöttö- ja käyttäytymisongelmiin perehtyneiden ja niiden ratkomisessa opastavien klinikoiden kehittäminen. Näitä pulmia ratkomalla voidaan ennaltaehkäistä lapsen pahoinpitelyn riskiä.

Tulokset: Keskeyttämisprosentit olivat alhaisia verrattuna muihin alueella tarjolla oleviin palveluihin. Vaikka tulokset ensimmäisten viiden vuoden arvioinnista ovat rohkaisevia, niihin tulee suhtautua varovaisesti, koska vertailevaa tutkimusta näitä palveluja saaneiden ja esim. tavallisia lastenpsykologin palveluja saaneiden vastaavien perheiden selviytymisestä ei ole. *Tuloksia pitäisi arvioida kokeellisessa asetelmassa.* On havaittu, että suunnitellut, strukturoidut kotikäyntiohjelmat, jotka pyrkivät vahvistamaan vanhemman ja lapsen välistä suhdetta, ovat menestyksellisimpiä lasten pahoinpitelyn vähentämisessä.

(Naughton, Aideen; Heath, Alan 2001: Developing an Early Intervention Programme to Prevent Child Maltreatment.)

(6) *Kotikäynti-intervention vaikutukset vanhemmuuden tukemisessa perheen eri osa-alueiden toimintaan (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Tarkoituksena oli arvioida mitä alueita perheen toiminnassa kotikäynteihin perustuva, korkea vanhemmuuden ongelmien ja lasten pahoinpitelyn riskiä kantaville tuoreille äideille suunnattu interventio voi kohentaa. (The Kempe Community Caring Program).

Menetelmät: Ohjelmaan ohjautuneet vanhemmat haastateltiin aluksi interaktiivisen dialogin periaattein kattavien taustatietojen saamiseksi. Perheiden vanhemmuuden ongelmien riskiä ar-

vioitiin käyttämällä vanhemmuuden valmiuksia sekä riskejä kartoittavia tarkistuslistoja. Perheet luokiteltiin korkean ja matalan riskin perheiksi. Kotikäyntejä tehtiin kerran viikossa ja ne kestivät noin kaksi tuntia kerrallaan. Tämän lisäksi vanhempiin pidettiin yllä puhelinkontaktia yksilöllisen tarpeen mukaan. Osalla perheistä kotikäyntiohjelma jatkui ainakin kuuden kuukauden ajan. Kotikäyntejä toteuttivat kotikäyntityöntekijät, joilla oli takanaan vähintään ylioppilastutkinto sekä 23 tunnin koulutus tehtävään. Ennen interventiota ja sen jälkeen tehtiin mittaus (Scale of Family Functioning -mittarin avulla) 108:lle korkean riskin perheelle, joille oli järjestetty tukea, koulutusta ja ohjausta. Jos joku perhe sai jossakin mittarin kategoriassa huolestuttavia arvoja, kotikäyntityöntekijä suunnitteli yhdessä ohjaajan kanssa perheelle tarpeenmukaista lisäapua. Perheen tilanne vietiin myös pohdittavaksi ja arvioitavaksi moniammatilliseen asiantuntijaryhmään. Tähän käytettiin noin kolme tuntia viikossa. Tämän lisäksi kotikäyntityöntekijöille järjestettiin kuukausittain koulutustilaisuuksia, joissa heitä valmennettiin todennäköisesti eteen tulevia ongelmatilanteita varten, heille opetettiin keinoja tukea ja edistää äidin ja lapsen välistä positiivista vuorovaikutusta, tulkita vauvan viestejä ja välittää niiden sanomaa äideille. (Ohjelman puitteissa on arvioitu 9 vuoden aikana 1 317 perhettä, joista 220 oli korkean riskin perheitä.)

Tulokset: Neljä kategoriasta kahdeksasta perheen toimintaa mittaavasta kategoriasta koheni tilastollisesti merkittävästi intervention aikana: sosiaalinen tuki, omanarvontunto, luottamus itseensä vanhempana ja tunnesuhteet.

Johtopäätökset: Tilastollisesti merkittävää paranemista tapahtui neljässä kahdeksasta kategoriasta perheen toimivuuden asteikolla osoittaen, että tämänkaltaiset koti-interventio-ohjelmat voivat parantaa perheen toimivuutta joillakin osa-alueilla. Pidempi interventio sekä tiiviimpi ja kohdennetumpi huomio vanhemman ja lapsen vuorovaikutukseen voisi lisätä vanhemmuuden sensitiivisyyttä ja odotuksia/toiveita. *Tässä tutkimuksessa perhekonfliktien ja lapsen perustarpeiden kohtaamisen vakauden kategorioissa ei tapahtunut muutoksia kotikäynti-intervention seurauksena.*

(Gray, Jane; Spurway, Patricia; McClatchey, Maureen 2001: Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program.)

(7) *Varhaisvaiheen kotikäynti-interventio lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin ennaltaehkäisemisessä (Australia)*

Varhainen interventio kotikäyntiohjelmien muodossa on monessa maanosassa/maassa (Esim. USA, Eurooppa, Irlanti) havaittu vaikuttavaksi pyrittäessä ehkäisemään lasten pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä. Näiden ohjelmien menestys perustuu niiden tehokkuuteen sosiaalisen eristäytymisen vähentämisessä, vanhemmuuden taitojen parantamisessa ja isetunnon kohentamisessa. Artikkeleissa kerrotaan perheterapian roolista varhaiseen puuttumiseen perustuvissa, vastasyntyneiden perheille suunnatuissa kotikäyntiohjelmissa.

(Huston, C.; Armstrong, K.; Kennedy, S. 1999: Home visiting family therapy for children at risk.)

(8) *Riskivauvaperheiden seulominen, kotikäynti-intervention toimivuus ko. perheiden tukemisessa ja vanhemmuuteen sopeutumista ennustavien tekijöiden tunnistaminen perheen sosiaalisesta ympäristöstä (Australia)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa arvioitiin lasten pahoinpitelyn riskitekijöitä kantavien vauvaperheiden seulomiseen käytetyn menetelmän yhteisöllistä hyötyä ja selvitettiin kotikäynti-intervention toimivuutta vastasyntyneiden vauvojen riskiperheiden tukemisessa. Kolmantena tavoitteena oli identifioida vastasyntyneen sosiaalisesta ympäristöstä niitä tekijöitä, jotka ennustavat vanhempien heikkoa sopeutumista vanhemman rooliin.

Menetelmät: Kotikäynti-intervention vaikutusten arviointiin käytettiin satunnaistettua, kontrolloitua koeasetelmaa otoksena 181 perhettä. Äidit kutsuttiin mukaan pian lapsen syntymän jälkeen ja heidät jaettiin koeryhmään ja kontrolliryhmään. Kotikäyntejä teki yhteisöterveydenhoitaja ja perheillä oli mahdollisuus saada sosiaalityön palveluja. Toistettujen mittausten koeasetelmaa käytettiin testaamaan ja seuraamaan vanhempien stressiä ja äidin masennusta heti syntymänjälkeisestä ajasta 12 kuukauden ikään asti ja lapsen fyysisen pahoinpitelyn potentiaalia 18 kuukauden ikään asti.

Tulokset: Seulontamenetelmä osoittautui käyttökelpoiseksi tutkimukseen värväyksessä ja äidit olivat halukkaita hyväksymään tutkimuksessa käytetyn kotikäyntiohjelman heti lapsen syntymän jälkeen. *Jo kuuden viikon jälkeen* ohjelma osoitti kykyä vaikuttaa positiivisesti äitiin, lapseen, perheeseen ja kotiympäristöön liittyviin muutuksiin. *Seurannassa vanhemmuuteen sopeutumista mittaavat arvot eivät kuitenkaan juuri vaihdelleet ryhmien välillä.* Ennakoiva analyysi niistä tekijöistä, jotka mitattiin juuri lapsen syntymän jälkeen, osoitti, että *demografisilla tekijöillä ei ollut ennustavaa arvoa, vaikka yleensä sekundaarinen preventio kohdistetaan juuri niiden mukaan.*

Johtopäätökset: Seurantaevaluaatio ei osoittanut intervention positiivista vaikutusta vanhemmuuteen liittyvään stressiin, vanhemmuuden kykyihin tai kotiympäristön laatuun, ja vahvisti siten tarvetta testata ohjelman varhaisvaiheiden menestyksen tulokset *pidemmällä aikavälillä.* Tutkimus osoitti, että lapsen syntymän jälkeisenä aikana tunnistetuilla, äitiyteen, perheeseen ja ympäristöön liittyvillä seikoilla oli yhteyttä vanhemmuuteen sopeutumiseen, mutta se haastoi myös tavan kiinnittää huomio pääasiassa demografisiin tekijöihin lasten pahoinpitely- ja laiminlyöntiriskejä ennustettaessa. Samaan aikaan syntymänjälkeinen aika tarjosi kiehtovan mahdollisuuksien ikkunan korkean riskin perheiden tavoittamiseen, jotka muuten olisivat saattaneet marginalisoitua perinteisistä palveluista.

(Fraser, Jennifer A.; Armstrong, Kenneth L.; Morris, Jeanette P.; Dadds, Mark R. 2000: Home Visiting Intervention for Vulnerable Families with Newborns: Follow-up Results of a Randomized Controlled Trial.)

II Monitasoiseen interventioon perustuvat tutkimukset

(9) Kotikäyntiohjelmien vaikutukset äidin elämäntapaan ja lapsen kehitykseen: tuloksia satunnaistetun kokeen 6 vuoden seurannasta. (Yhdysvallat)

Tavoitteet: Tavoitteena oli testata urbaanilla, lähinnä afroamerikkalaisella otoksella ennen lapsen syntymää ja syntymän jälkeen toteutetun, hoitajien suorittamista kotikäynneistä koostuvan ohjelman vaikutuksia äitien hedelmällisyyteen, taloudelliseen omillaan toimeentulemiseen ja heidän lastensa tiedolliseen (academic) ja käyttäytymisen sopeutumiseen silloin kun lapset lopettivat päiväkodin noin kuuden vuoden ikäisinä.

Menetelmät: Tehtiin satunnaistettu, kontrolloitu koe raskausaikaan ja lapsen syntymää seuraavaan aikaan ajoittuvan hoitajien toteuttaman kotikäyntiohjelman vaikutuksista julkisen obstetrisen ja pediatrian hoidon puitteissa Memphisissä, Tennesseessä. 743 enimmäkseen afroamerikkalaista naista, jotka olivat enintään 29. raskausviikolla, joilla ei ollut aikaisempia synnytyksiä ja joilla oli kaksi tai enemmän sosiodemografista riskiä (naimaton, vähemmän kuin 12 vuotta koulutusta, työtön), asetettiin sattumanvaraisesti koeryhmään ja kontrolliryhmään. Koeryhmä sai kotikäyntejä (keskimäärin 7 kotikäyntiä ennen syntymää ja keskimäärin 26 kotikäyntiä syntymän jälkeen lapsen kahden ensimmäisen elinvuoden aikana) ja kontrolliryhmä sai vertailupalveluita. Kotikäynnit perustuivat tarkasti mietittyihin suuntaviivoihin tavoitteenaan A) parantaa raskauden tuloksia edistämällä naisten terveellistä elämäntapaa raskauden aikana B) parantaa lapsen terveyttä ja kehitystä edistämällä vanhempien taitoa huolehtia hyvin lapsestaan C) parantaa vanhempien elämäntapaa rohkaisemalla heitä suunnittelemaan seuraavia raskauksiaan ja niiden ajankohtaa, suorittamaan opintonsa loppuun ja etsimään töitä. Hoitajat auttoivat perheitä käyttämään tarvitsemiaan olemassa olevia palveluita ja yrittivät osallistaa perheen luonnollisia verkostoja (erityisesti lasten isä ja isoäitejä) tueksi raskaudessa, synnytyksessä ja lapsen hoidossa. Ohjelman käytännöt perustuivat epidemiologisiin löydöksiin ja teorioihin muun muassa sosiaaliekologiasta ja kiintymyssuhteesta. Tulokset koostuivat naisten seuraavien raskauksien määrästä ja ajoituksesta, työttömänäolokuukausista, sosiaali- ja terveysavustusten käytöstä, koulutuksellisista saavutuksista, päihteiden käytöstä aiheutuvista käyttäytymisongelmista, avio- ja avioliittojen määrästä, parisuhteiden kestosta, lasten käyttäytymisongelmista, lasten vastauksista tarinarunkoihin (lapset täydensivät keskeneräisiä tarinoita), älyllisestä toiminnasta, kielen vastaanottokyvystä (receptive language), tiedollisesta suoriutumisesta (academic achievement).

Tulokset: Kontrolliryhmään verrattuna hoitajien suorittamia kotikäyntejä saaneilla koeryhmän naisilla oli vähemmän seuraavia raskauksia ja synnytyksiä, pidempi väli ensimmäisen ja toisen lapsen syntymässä, pidemmät suhteet tämänhetkisiin kumppaneihinsa, ja vähemmän niitä kuukausia, joiden aikana he olivat riippuvaisia sosiaalivastausta. Lapset, joiden luokse oli tehty kotikäyntejä, olivat olleet enemmän kodin ulkopuolisissa päivähoidossa kahteen ja 4,5 ikävuoteen mennessä. Lapset, joiden luokse oli tehty kotikäyntejä, osoittivat korkeampaa älyllistä suoriutumista ja vastaanottavan sanaston tuloksia sekä vähemmän käyttäytymisongelmia. Ne kotikäyntejä saaneet lapset, jotka olivat syntyneet äideille, joilla on alhaiset psykologiset resurssit, saivat aritmeettista suoriutumista mittaavassa testissä korkeampia tuloksia ja osoittivat vähemmän aggressiota ja inkohereenssia mitä tulee tarinarunkoihin. Ohjelmalla ei ollut tilastollisesti merkitseviä vaikutuksia naisten koulutukseen, työssäolon kestoon, avioliittojen määrään, parisuhteessa oloon, lapsen isän kanssa asumiseen, perheväkivaltaan, nykyisen partnerin koulutustasoon ja alkoholin tai huumeiden käytöstä aiheutuviin käyttäytymisongelmiin.

Johtopäätökset: Tämä raskausaikaan ja pikkulapsivaiheeseen ajoittuva hoitajien suorittama kotikäynti-interventio kohensi naisten ja lasten elämää ainakin lapsen kuudenteen ikävuoteen saakka, neljä vuotta ohjelman loppumisen jälkeen.

(Olds, David L.; Kitzman, Harriet; Cole, Robert; Robinson, JoAnn; Sidora, Kimberly; Luckey, Dennis W.; Henderson, Charles R.; Hanks, Carole; Bondy, Jessica; Holmberg, John 2004: Effects of Nurse Home-Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial.)

(10) *Tutkimus- ja kehittämishanke lasten pahoinpitelyn riskiä kantavien perheiden tukemiseksi (Yhdysvallat)*

Artikkelissa esitellään lasten pahoinpitelyyn tai laiminlyöntiin syyllistyneiden ja lasten pahoinpitelyn riskiä kantavien perheiden auttamiseen tähtäävä SafeCare tutkimus- ja kehittämishanke.

Tavoitteet: Hankkeessa on pyritty ekobehavioraalsiin, kehitys-ekologisiin ja transaktionaalisiin teorioihin nojaten ottamaan huomioon lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin syiden moninaisuus ja monitasoisuus. Yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla sekä kulttuurisella tasolla voi kaikilla ilmetä riskitekijöitä, jotka kasvattavat lasten pahoinpitelyn todennäköisyyttä. Tasot ja tekijät muuttuvat ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. *Monimutkainen ilmiö vaatii monitasoista arviointia ja apua.*

Menetelmät: Hanke pohjaa ekobehavioraaliselle lähestymistavalle, joka tarkoittaa, että *arviointi ja hoito tapahtuvat perheiden luonnollisissa sosiaalisissa ympäristöissä*, kuten kodeissa, kouluissa, sijaishuollossa, päiväkodeissa. *Hoitostrategiat yhdistelivät havainnointia, käyttäytymisen arviointia ja analyysiä, terapeuttisia menettelytapoja sekä neuvomiskäytäntöjä.* Myöhemmin opittuja taitoja pyrittiin yleistämään yli paikka- ja aikarajojen. Tällä hankkeella oli edeltäjä (Project 12-ways), jossa pyrittiin vahvistamaan 12:ta vanhemmuuden osa-alueita. SafeCare -hanke keskittyy systemaattisemmin ja perusteellisemmin kolmeen interventioalueeseen: kodin turvallisuuteen, vauvojen ja lasten terveydenhoitoon sekä vanhemman ja lapsen suhteen vahvistamiseen ja stimuloimiseen. Jokaista intervention osa-alueita harjoitettiin viisi viikkoa, kaikkia yhteensä siis 15 viikkoa. Hankkeeseen valikoitui yhteensä 116 perhettä. Hankkeeseen osallistui kaksi ryhmää perheitä, joista toisessa oli perheitä, jotka eivät olleet syyllistyneet lapsensa pahoinpitelyyn, mutta jotka oli arvioitu riskiperheiksi. Toisessa ryhmässä oli jo lastensa pahoinpitelyyn syyllistyneitä perheitä. Valtaosa osanottajista oli maahanmuuttajia, alkuperältään erityisesti latinalaisamerikkalaisia. Lisäksi arvioitiin neljää palveluiden antamisen/koulutuksen tapaa: Koulutusta oli antamassa joko tutkimusavustajat, lastensuojelun työntekijät, hoitajat tai koulutus annettiin videoformaattissa. Lasten pahoinpitelyn todennäköisyyttä arvioitiin erilaisilla mittareilla. Myös vanhempien depressiivisyyttä ja vanhemmuuden stressitasoa mitattiin testeillä. Samoin lapsen käyttäytymistä arvioitiin vanhempien täyttämällä kaavakkeella. Myös vanhempien suuttumisherkkyyttä suhteessa lapsen käyttäytymiseen kartoitettiin.

Tulokset: Tutkimuksen tässä vaiheessa artikkelissa esiteltiin lähinnä alustavia tuloksia ja demografisia tietoja tutkimuksen otoksesta. Koska valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli maahanmuuttajataustaisia, kulttuuriset erot ja kielelliset vaikeudet vaikeuttivat hieman tutkimusta ja heikensivät tulosten validiutta.

(Lutzker, John R.; Bigelow, Kathryn M.; Doctor, Ronald M.; Kessler, Maria Lynn 1998: Safety, health care, and bonding within an ecobehavioral approach to treating and preventing child abuse and neglect.)

(11) *Huumeriippuvaisille äideille suunnatut vanhemmuusinterventiot: käyttäytymisen säätelystä emotionaalisten siteiden vaalimiseen (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Äidin huume- ja/tai alkoholiriippuvuus aiheuttaa monenlaisia ongelmia ja puutteita vanhemmuuteen. Tässä artikkelissa esitetään perusteluja ja lähestymistapa kiintymykseen perustuvan vanhemmuutta tukevan intervention kehittämiseen huumeista riippuvaisille äideille. Artikkelissa myös raportoidaan alustavasti ko. pilotti-intervention soveltuvuudesta avohoidossa oleville huumeriippuvaisille äideille.

Menetelmät ja tulokset: Kiintymyssuhdetta koskeva tutkimus korostaa äidin ja lapsen suhteen emotionaalisen laadun vaikutusta lapsen psykososiaaliseen kehitykseen. Huume- ja/tai alkoholiriippuvaisille äideille suunnatut vanhemmuutta tukemaan pyrkivät interventiot eivät useinkaan ole saavuttaneet toivottuja tuloksia äiti–lapsi-suhteen laadussa eivätkä lasten psykologisen kehittymisen tukemisessa. Tämä voi johtua osittain siitä, ettei interventioissa ole kiinnitetty huomiota äidin ja lapsen suhteen emotionaaliseen laatuun, ei ole autettu äitiä ymmärtämään lapsensa (ja oman) käyttäytymisen taustalla vaikuttavia tunteita ja emotionaalisia tarpeita sekä vastaamaan niihin emotionaalisesti läsnä olevalla, avoimella ja joustavalla tavalla. Niissä on sitä vastoin keskitytty pelkästään lapsen käyttäytymisen hallinnan opetteluun (kurinpito, rankaiseminen, palkitseminen). Niissä ei ole myöskään huomioitu *emotionaalisen kohtaamattomuuden usein sukupolvista ketjua*. Tutkimusten mukaan äidin sensitiivisyyttä havainnoida, sietää ja ymmärtää lapsen iänmukaisia tunteita ja tarpeita ja ymmärtää niiden yhteyksiä lapsen käyttäytymiseen sekä vastata niihin rakentavalla tavalla voidaan parantaa *lyhyelläkin interventiolla*. On kuitenkin havaittu, että *äidin sensitiivisyyden kehittyminen yksin ei auta parantamaan äiti–lapsi-suhteen emotionaalista laatua*. Riskiäitien tapauksessa muutkin äitiyteen liittyvät seikat, kuten emotionaalinen läsnäolo/saatavilla olo ja psykososiaaliset rinnakkaisongelmat näyttelevät tärkeää roolia äiti–lapsi-suhteen laadussa ja lapsen psykososiaalisessa kehityksessä. *Jotta äidin emotionaaliseen läsnäoloon voidaan saada parannusta, tärkeää olisi saada aikaan muutos äidin mentaalisisissa representaatioissa suhteestaan lapseensa ja hoivasuhteeseen yleensä*. Muutos mentaalisisissa representaatioissa on mahdollinen hoitosuhteessa turvalliseen ammattilaiseen, joka auttaa äitiä tutkimaan aiemmin kieltämiään tai vääristyneitä tunteita hoivasuhteesta ja lapsesta sekä niiden vaikutuksia omaan käyttäytymiseensä vanhempana ja lapsen emotionaaliseen kokemukseen. Terapeutti auttaa äitiä jäsentämään emotionaalista ahdistustaan vanhemman roolissa ja sen alkuperää ja näin muuttamaan vääristyneitä representaatioita tasapainoisemmiksi työskentelymalleiksi suhteessa lapseen ja hoivaamiseen. Silloin on todennäköisempää saada katkaistuksi myös sukupolvelta toiselle siirtyvien tuhoisien vuorovaikutusmallien ketju. On havaittu myös, että *kapeasti kiintymyssuhteeseen kohdistuvat vanhemmuusinterventiot eivät tavoita sitä ongelmien vyyhteä, jonka äidit elämässään kohtaavat*. Psykopatologiset ongelmat ja jokapäiväisen elämän pulmat, joita köyhyys vielä kärjistää, kietoutuvat äitien ja lasten elämässä monimutkaiseksi, monitasoisten pulmien vyyhdeksi, jonka purkaminen edellyttää *monelta tasolta tulevia tukitoimia*.

Johtopäätökset: Korkean riskin äiti-lapsiparien pulmat vaativat kokonaisvaltaisempaa ja terapeutista otetta vanhemmuusinterventioissa, kohdistuen äidin ja lapsen kiintymyssuhteen ja äidin emotionaalisen sensitiivisyyden ja läsnäolon tukemisen lisäksi myös muihin psykososiaalisiin pulmiin, kuten huumeriippuvuuteen, psykiatriisiin sairauksiin (masennus, ahdistus) ja jokapäiväisen elämän ongelmiin. Auttaminen voisi tapahtua huumehoitoklinikalla, jonka yhteyteen on rakennettu kattava, ongelman eri puoliin apua tarjoavien palvelujen kokonaisuus. Edellä esitetty teoreettinen kehys ja edellä linjatut terapeutit tavoitteet tulisivat todennäköisesti parhaiten toteutetuiksi yksilöterapiassa, joka maksimoisi vahvan ja positiivisen terapeutin joustavuuden intervention räätälöimisessä kunkin äiti-lapsi parin tarpeita vastaavaksi. On syytä uskoa, että vanhemmuuden tukemisintervention suuntaaminen taaperoikäisten (18–36 kk) vanhemmille olisi tehokkainta.

(Suchman, Nancy & Mayes, Linda & Conti, Joanne & Slade, Arietta & Rounsaville, Bruce 2004: Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds.)

- (12) *Päihdeäitien vanhemmuuden tukeminen interventiolla, jossa yhdistetään vauvahierontaa ja varhaisen vuorovaikutuksen luontaisia elementtejä hyödyntävää kognitiivis-behavioristista tukemista. (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Artikkelissa esitellään interventiomallia, jossa yhdistetään vauvahieronta vanhemmuuden tietoja ja taitoja tukevaan ohjelmaan tarkoituksena kuntouttaa päihteitä käyttäviä vanhempia ja heidän vauvojaan.

Menetelmät: Interventiot, jotka käyttävät hyödykseen äidin ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen luonnollisia komponentteja ovat ratkaisevan tärkeitä yritettäessä murtaa riippuvuuden kierrettä. Lähestymistapa on kognitiivis-behavioristinen: tavoitteena ohjelmassa on muuttaa äitien käyttäytymistä tarjoamalla heille uusia tietoja ja taitoja vanhempana olemisesta. Erityisfokuksessa on vauvan stimulointi vauvahieronnan avulla. Päämääränä on auttaa toipuvia huumeriippuvaisia äitejä tulemaan varmoiksi sekä sensitiivisiksi ja vastaanottavaisiksi äideiksi, voimaannuttaa heidän vanhemmuuttaan.

Tulokset: Pilotin tulokset ovat lupaavia sekä vanhempien että vauvojen osalta ja se antaisi aihetta systemaattiseen, kontrolloituun pitkittäistutkimukseen, mikä onkin suunnitteilla.

(Porter, Luz S.; Porter, Brian O. 2004: A Blended Infant Massage-Parenting Enhancement Program for Recovering Substance-Abusing Mothers.)

- (13) *Yhteisöperustaisen, lastensa pahoinpitelyyn syyllistyneiden tai riskivanhempien koulutusohjelman evaluaatio (Yhdysvallat)*

Yhteisöperustaiset vanhempien koulutusohjelmat ovat yleinen komponentti lastensa pahoinpitelyyn syyllistyneille tai riskivanhemmille suunnatuissa palvelusuunnitelmissa. Huolimatta niiden laajalle levinneestä käytöstä vain harvat tutkimukset ovat arvioineet niiden kykyä muuttaa riskivanhempien käyttäytymistä, vaikka tämä on keskeinen tavoite.

Tavoitteet: Tutkimuksessa evaluoitiin yhteisöperustaista koulutusinterventiota, jolla pyrittiin ehkäisemään lasten kaltoinkohtelua riskivanhempien keskuudessa. Evaluoitava interventio oli *suhteellisen lyhyt ja halpa klinikalla tapahtuva koulutusohjelma* ja tarkastelun kohteena oli, että pystytäänkö sen avulla parantamaan vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta ja vähentämään taaperoikäisten lasten vanhempien kokemaa vanhemmuuteen liittyvää stressiä.

Menetelmät: Ohjelmaan osallistui 199 1–36 kuukauden ikäisten lasten vanhempaa, jotka oli määritelty kuuluvaksi riskiryhmään vanhemmuuden ongelmien ja lasten pahoinpitelyn suhteen johtuen muun muassa vakavasta köyhyyden, vähäisen sosiaalisen tuen, omaan historiaan liittyvien pahoinpitelykokemusten ja päihteiden väärinkäytön aiheuttamasta kuormituksesta. Vanhemmat tulivat ohjelmaan eri reittejä, osa sosiaalihuollon tai terveydenhuollon lähettämänä, osa oma-aloitteisesti. Vanhemmat osallistuivat noin 16 tunnin ajan (8 viikon kuluessa) intensiiviseen vuorovaikutukseen monitieteellisen lapsispecialistien tiimin kanssa, johon kuului erikoissairaanhoidaja tai varhaislapsuuteen erikoistunut kouluttaja, sosiaalityöntekijä ja ravintofysiologi. Opetusryhmissä oli keskimäärin kahdeksan vanhempaa, 12 vanhemman ryhmäkoko ei haluttu ylittää. Opintosuunnitelma perustui ”Systematic Training for Effective Parenting (STEP) -ohjelmaan. Se on taitojen opettamiseen perustuva ohjelma, joka on saanut vaikutteita psykologi Alfred Adlerin näkemyksistä, joiden mukaan sosiaalis-ekologiset voimat perheen sisällä vaikuttavat vanhemman ja lapsen vuorovaikutukseen ja lapsen kehitykseen. Tavoitteena oli tarttua suoraan vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Aiheina oli muun muassa päivittäiseen vanhemman roolissa toimimiseen liittyvät kysymykset, ongelmanratkaisutaitojen, vihan hallinnan, kommunikaatiotaitojen ja aikuissuhteiden vaalimisen sekä tuen etsimisen taitojen kehittäminen. Pohdittiin myös kulttuurin ja elämäntyylin sekä henkilökohtaisten tavoitteiden vaikutuksia vanhemmuuden tapoihin. Vanhemmille annettiin tietoa lapsen kehityksestä, lasten yksilöllisistä

eroista ja temperamenteista sekä lapsen käytöksen taustoista ja päämääristä. Kaksi opetuskertaa omistettiin erityisten kurinpitotekniikoiden opetteluun: pohdittiin miten rakentaa pikkulapsen ympäristö onnettomuuksien ja huonon käytöksen minimoimiseksi, mietittiin eri kurinpidon muotojen luonnollisia ja loogisia seurauksia, pohdittiin koska ja miten käyttää ”aikalisää” sekä puntaroiitiin minkälaista debattia selkäsaunan hyödyistä ja haitoista on käyty. Ohjelmassa käsiteltiin myös terveydenhoitojärjestelmän käyttöä, vanhempien tavallisimpia huolia, vanhempien oikeuksia ja lastensuojelun toimivaltaa sekä lapsen ja äidin oikeaa ravitsemusta. Vanhempien kognitiivista oppimista vahvistettiin kaikkien aiheiden osalta taitojen harjoittamisen, ryhmäkeskusteluiden, kotiin vietävien materiaalien ja tehtävien sekä onnistuneita vanhemmuuden tilanteita kuvaavien videoiden avulla. Evaluaatiossa käytettiin kvasikokeellista asetelmaa. Ei-satunnaistettu koeasetelma valittiin, koska klinikat eivät hyväksyneet evaluaatiosuunnitelmaa, joka olisi evännyt tai viivyttänyt palvelujen saantia vanhemmilta, jotka niitä olisivat tarvinneet. Ohjelman tuloksia arvioitiin vanhempien itsensä arvioiman, vanhemmuuteen liittyvän stressin kokemisen sekä vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen havainnoinnin perusteella. Myös ohjelman läpikäyneiden ja keskeyttäneiden vanhempien ominaisuuksia arvioitiin, jotta ymmärrettäisiin mitkä seikat altistavat keskeyttämiseen.

Tulokset: Positiivisia tuloksia vanhemman, vanhemman ja lapsen välisen suhteen sekä lapsen osalta raportoitiin koko ryhmän kohdalta. Koko ryhmän osalta vanhemmat kertoivat vanhemmuuden stressin, erityisesti vanhemman ja lapsen välisestä suhteesta kumpuavan stressin vähentyneen merkittävästi. Myös ohjelman ulkopuoliset terveydenhoitajat, jotka arvioivat kotikäynnin perheympäristön laatua sekä vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta, raportoivat niissä tapahtuneen kohentumista. Lisäanalyyseissa havaittiin annos-vastesuhde ohjelmaan osallistumisen ja vanhemmuuden kyvyissä havaitun hyödyn määrän välillä. Koska seurantatietoa ei ole saatavilla, ei ole mahdollista arvioida vanhemmuusohjelman mahdollisia pitkäaikaisvaikutuksia. Positiivisista tuloksista huolimatta osalla vanhemmista vakavat ongelmat jatkuivat. Realistisesti ottaen tämänkaltaiset lyhyen aikavälin interventiot eivät ehkä ole tarpeeksi voimakkaita ja tukevia sellaisille vanhemmille, jotka kamppailevat vakavien riippuvuus- tai mielenterveysongelmien kanssa. Tällaisille vanhemmille monitahoisemmat, pidempikestoiset ja siten myös kalliimmat ongelmien ennaltaehkäisystrategiat olisivat ehkä tarpeen.

(Huebner, Colleen E. 2002: Evaluation of a Clinic-Based Parent Education Program to Reduce the Risk of Infant and Toddler Maltreatment.)

(14) *Satunnaistettu ja kontrolloitu 12-vuoden seurantatutkimus riskivauvoille suunnattujen terapeuttien interventioiden pitkän aikavälin vaikutuksista. (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Artikkelissa esitellään 12-vuoden seurantatutkimusta kaltoinkohdelluille ja riskivauvoille/taaperoille suunnattujen terapeuttien interventioiden vaikutuksista satunnaistetulla, kontrolloidulla asetelmalla. Tarkoituksena oli vertailla vauvana koe- tai kontrolliryhmään osuneiden nuorten psykososiaalista toimintaa ja kotiympäristöä varhaisnuoruudessa.

Menetelmät: Lapset (61 kpl), joita oli kohdeltu kaltoin tai jotka oli arvioitu riskilapsiksi, rekrytoitiin tutkimukseen vuosina 1980/81 heidän ollessaan 1–24 kuukauden ikäisiä. Lähettävänä tahona oli lastensuojelu ja lasten hyvinvointi/terveyspalvelut. Lapset hyväksyttiin tutkimukseen, jos heidän ennustettiin voivan jäädä vanhempiensa hoitoon annetun hoidon jälkeen. Lapset sijoitettiin satunnaisesti koe- ja kontrolliryhmiin. Koeryhmä sai ekologiseen malliin perustuvaa terapeutista hoitoa (Childhaven’s therapeutic child-care program) ja kontrolliryhmä kunnallisia tai lastensuojelun standardipalveluja.

Ohjelman *vanhemmille* suunnattu osio piti sisällään vanhempia tukevia elementtejä, jotka pyrkivät auttamaan vanhempaa tulemaan hyväksyvämmäksi suhteessa lapseen parantamalla vanhemman ja lapsen suhdetta ja rakentamalla vanhempien sosiaalisen tuen verkostoa. Tavoit-

teisiin pyrittiin konkreettisten palvelujen yksilöidyillä ohjelmilla, vanhempien käytännöllisellä koulutuksella, lapsen ohjelmaan osallistumisella, tukiryhmillä, neuvonnalla, ja yhteydellä muihin professionaalisiin palveluihin tarpeen mukaan.

Ohjelman *lapsille* suunnatussa osiossa lapsia autettiin vastaanottavaisemmiksi vanhempien hoidolle (mikä vähentäisi pahoinpitelyn riskiä) vaalimalla lasten tervettä kasvua ja kehitystä, ja erityisesti heidän ihmissuhdetaitojaan. Yksilölliset suunnitelmat kullekin lapselle pitivät sisällään lääketieteellisiä, kehityksellisiä, psykologisia ja koulutuksellisia palveluita, jokapäiväisen fyysisen hoidon ja hoivan lisäksi. Ohjelman henkilökunta kuljetti lapset viisi kertaa viikossa ohjelmaan ja sieltä pois, mikä helpotti lasten osallistumista ja henkilökunnan mahdollisuuksia seurata kodin tapahtumia. Koeryhmän lapset olivat ohjelmassa keskimäärin 23 kuukautta.

Kotiympäristöä kartoittava seurantatutkimus suoritettiin ensin hoidon jatkuttua 1 vuoden verran. Vaikka perheiden jäljittämiseen ei tämän jälkeen ollut rahoitusta, 10 vuotta tutkimuksen alkamisesta tehtiin arvio huoltoavun kuluista perheiden kohdalla. Arvio tehtiin 62 prosentille alkuperäisistä perheistä. Kaksi vuotta tämän jälkeen tehtiin kokonaisvaltaisempi evaluaatio näistä perheistä, josta myös tässä artikkelissa raportoidaan. 12 vuotta ohjelman alkamisen jälkeen tehtyyn evaluaatioon saatiin mukaan 35 nuorta. Tutkimuksessa on hyödynnetty oikeuden asiakirjoja, haastatteluja ja havainnointiaineistoa nuorilta, opettajilta ja huoltajilta.

Tulokset: Kun tarkasteltiin kotiympäristöä, lähtötilanteen ja yhden vuoden kuluttua tehdyn seurannan vertailu paljasti, että hoitoryhmän lasten kotiympäristö parani huomattavasti mitä tulee leikkimateriaalien saatavilla oloon, kun taas kontrolliryhmän lasten kotiympäristö heikkeni merkittävästi mitä tulee kodin organisoitumiseen sekä yleiseen tukeen lapsen kehitykselle. Kymmenen vuotta hoidon jälkeen kontrolliperheet olivat tarvinneet melkein kaksi kertaa enemmän julkista taloudellista apua kuin hoitoa saaneet perheet, vaikkakin tätä eroa vähentää huomattavasti, jos vertailusta suljetaan pois yksi kontrolliryhmän lapsi, jolla on korkeita, ei pahoinpitelyyn liittyviä sairaanhoidollisia kustannuksia. Ohjelman tehokkuutta arvioitiin lasten pahoinpitelyn uusiutumisen mukaan sekä tiettyjen, identifioitujen ongelma-alueiden parantumisen mukaan. Varhaisessa raportissa (Sheehan 1984) kerrottiin, että 69 prosenttia lapsista osoitti parantumista kaikilla kliinisillä mittareilla ja että hoidon pituus ja vanhempien osallistuminen olivat positiivisesti yhteydessä parantumiseen. Tässä artikkelissa käsitellyssä myöhemmässä, 12 vuotta hoidon jälkeen tehdyssä seurantatutkimuksessa havaittiin, että *hoitoa saaneiden nuorten kotiympäristö sekä vanhemman ja lapsen välinen suhde oli parantunut kun taas kontrolliryhmän kotiympäristö oli heikentynyt. Hoitoa saaneilla nuorilla oli huoltajien mukaan vähemmän käyttäytymisongelmia, koulukuriin liittyviä ongelmia ja he olivat myös vähemmän alttiita väkivaltaiseen rikollisuuteen.* Johtopäätöksenä oli, että varhainen puuttuminen voi auttaa ehkäisemään joitakin lapsen kaltoinkohtelun epäsuotuisia, pitkän aikavälin seurauksia.

(Moore, Elizabeth; Armsden, Gay; Gogerty, Patrick L. 1998: A Twelve-Year Follow-Up Study of Maltreated and At-Risk Children Who Received Early Therapeutic Child Care.)

(15) *Äidin päihteiden väärinkäytön vaikutukset äidin ja vauvan varhaiseen vuorovaikutukseen. Interventiot äitien auttamiseksi päihteettömyyteen.* (Suomi)

Artikkelissa esitellään tutkimustuloksia äitien päihteiden käytöstä sekä sen vaikutuksesta sikiöön, äidin ja lapsen vuorovaikutukseen ja lapsen kehitykseen ja mielenterveyteen. Artikkelissa esitellään hypoteettinen malli, jossa on kuvattu tiivistetysti äidin ja lapsen vuorovaikutukseen vaikuttavat riskitekijät sekä äidin että lapsen puolelta ja riskitekijöiden taustat. Tarkoitus ei ole luoda heidän tilanteestaan stereotyyppiä, vaan ymmärtää paremmin minkälaisilta perustoilta nämä äidit rakentavat vanhemmuuttaan. Positiiviset kokemukset äidin ja lapsen välisessä dyadisessa vuorovaikutuksessa heikentävät riskitekijöitä ja negatiiviset kokemukset voimistavat riskitekijöitä, mikä johtaa helposti noidankehään. Noidankehä voidaan rikkoa sellaisten interventioiden avulla, jotka keskittyvät niihin positiivisiin voimavaroihin, joita on jokaisessa äidin ja vauvan välisessä

dyadisessa vuorovaikutuksessa. Äidin puolelta riskitekijöitä ovat: päihteiden käyttöön liittyvä reagoimattomuus lapsen viesteihin, vahva syyllisyys, negatiiviset representaatiot äitiydestä ja hoivaamisesta, korkeat odotukset itsestään äitinä, heikko itsetunto. Äitiin liittyvien riskitekijöiden taustalla vaikuttavat päihtymys, vieroitusoireet, somaattiset ongelmat, perhehistoria, nykyinen perhetilanne, sosiaalisen tuen puute ja psykiatriset ongelmat. Lapsen liittyviä riskitekijöitä ovat: yliherkkyys, alhainen aloitteellisuus, vaikeatulkintaisuus, torjuminen. Näiden lapsen liittyvien riskitekijöiden taustalla vaikuttavat: päihdealtistus, ennenaikaisuus, somaattiset ongelmat, vieroitusoireet, erossaolo äidistä (esim. syntymänjälkeisen intensiivihoidon tarpeen vuoksi). Lisää tutkimusta tarvitaan tämän hypoteesin testaamiseksi.

Päihteiden väärinkäyttö on lisääntynyt huomattavasti suomalaisnaisten keskuudessa reilun vuosikymmenen aikana. Äidin päihteidenkäytön negatiiviset vaikutukset äidin ja vauvan varhaiselle vuorovaikutukselle kiinnostavat ja huolestuttavat lasten mielenterveyden asiantuntijoita. Äitien päihteiden väärinkäytön havaitseminen on osoittautunut erityisen vaikeaksi. Mutta kun ongelma on tunnistettu, päihteitä väärinkäyttävien naisten on havaittu raskausaikana ja lapsen synnyttyä olevan erityisen halukkaita ja kyvykkäitä vähentämään käyttöönsä. *Naisilla on voimakas halu olla hyviä äitejä lapselleen.* Interventiot, jotka keskittyvät päihdeistä pidättäytymiseen raskausaikana ja varhaiseen äiti–lapsi-suhteeseen, ovat osoittautuneet lupaaviksi äitien auttamisessa parantamaan lapsensa kehityksellistä ennustetta ja tulemaan paremmiksi vanhemmiksi raittiuden avulla. Varhainen tunnistaminen ja interventio äitien päihdeongelmissa on siten erityisen tärkeää.

(Pajulo, Marjaterstu; Savonlahti, Elina; Piha, Jorma 1999: Maternal substance abuse: Infant psychiatric interest: A review and a hypothetical model of interaction.)

Kaksi kirjaa:

(16) *Imeväiset, taaperot ja perheet: viitekehys tuelle ja interventiolle*

Vammaisten lasten, riskilasten ja myös terveiden, hyvin toimiviin perheisiin syntyneiden imeväisten ja taaperojen kohdalla tuki ja varhainen puuttuminen voivat vaalia optimaalista kasvua ja kehitystä. *Tehokkaimmat interventiot sisältävät ja yhdistävät joustavia, asiakaskeskeisiä lähestymistapoja, joissa asiakkaan ja palvelun tarjoajan välinen suhde on keskiössä.* Kirja esittelee kehikon pikkulapsiperheille suunnatulle, voimavaroihin perustuvalle interventiolle. Kirja sisältää käytännön ehdotuksia positiivisten perhesuhteiden rakentamiselle, vanhemmuutta koskevan tiedon viljelemiselle, lapsen kehityksen ymmärtämiselle ja perheitä tukevien systeemien parantamiselle. Luvut 1 ja 2 tarjoavat taustatietoa varhaisen puuttumisen historiallisista juurista ja nykyisistä toteuttamistavoista. Kappaleet 3–5 sisältävät keskusteluja kriittisistä teemoista ja strategioista liittyen pikkulapsiperheiden kanssa työskentelemiseen, käsiteltäviä aiheita ovat muun muassa vanhempien käyttäytyminen, uskomukset ja tunteet sekä sosiaalinen tuki. Läpi kirjan tehdään ehdotuksia strategioiden sopeuttamisesta erilaisille väestöosille, mukaan lukien erilaisen kulttuurisen taustan omaavat perheet, perheet, joiden lapsilla on erityisiä tarpeita, ja vanhemmat, jotka kohtaavat mielenterveysongelmien tai kemiallisen riippuvuuden kaltaisia haasteita.

(Erickson, Martha Farrell; Kurz-Riemer, Karen 1999: Infants, Toddlers, and Families: A Framework for Support and Intervention.)

(17) *Käsikirja pikkulasten mielenterveydestä*

Käsikirja pikkulasten mielenterveydestä tarjoaa monitieteistä analyysia lapsen mielenterveyden kehityksellisistä, kliinisistä ja sosiaalisista puolista syntymästä kolmivuotiaaksi. Luvut järjestyvät viiteen kokonaisuuteen käsittäen pikkulasten mielenterveyteen, riski- ja suojaaviin tekijöihin, arviointiin, psykopatologiaan, interventioihin ja sovelluksiin liittyviä teemoja.

(Zeanah, Charles H. Jr. Ed. 2000: Handbook of Infant Mental Health. Second Edition.)

III Riskitekijöiden keskinäiset yhteydet ja vaikutukset

(18) *Ympäristöön liittyvien riskien, varhaisen puuttumisen, lasten kaltoinkohtelun riskin ja lapsen kehityksen väliset yhteydet päihteitä (huumeita) käyttävillä äideillä. (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa selvitettiin kumulatiivisten ympäristöön liittyvien riskien ja varhaisen puuttumisen, vanhemmuusasenteiden, lasten pahoinpitelyn riskin ja lapsen kehityksen välistä yhteyttä päihteitä väärinkäyttävillä äideillä.

Menetelmät: Tutkittiin 161:tä, kotikäynti-intervention vaikutuksia kartoittaneeseen satunnaisesti tutkittuun pitkäaikaisstudioon osallistunutta päihteitä väärinkäyttävää äitiä, joilla oli lapsensa huoltajuus 18 kuukauden ajan. Interventoryhmä sai viikoittain kotikäynnin ensimmäisten kuuden kuukauden aikana ja sen jälkeen joka toinen viikko 18 kuukauteen asti. Vanhemmuuden stressiä ja lapsen pahoinpitelyn mahdollisuutta arvioitiin kuusi ja 18 kuukautta synnytyksen jälkeen. Lapsen mentaalista ja motorista kehitystä (Bailey MDI ja PDI) sekä kielen kehitystä (REEL) arvioitiin kuuden, 12 ja 18 kk:n jälkeen. Kymmentä äidin riskifaktoria arvioitiin: äidin masennus, perheväkivalta, perheen ulkopuolinen väkivalta, perheen koko, vangitseminen/laitokseen sulkeminen, ei toista merkittävää aikuista kotona, negatiiviset elämäntapahtumat, psykiatriset ongelmat, kodittomuus, huumeiden käytön ankaruus. Riskitaso koodattiin neljäksi kategoriaksi (2 tai vähemmän, 3, 4 ja 5 tai enemmän), joista tuli tarpeeksi suuret uudelleenmittauksen mahdollistamiseksi. Tutkittiin, miten riskitaso ja ryhmä (interventio- ja kontrolliryhmä) olivat yhteydessä vanhemmuuden stressiin, lapsen pahoinpitelyn mahdollisuuteen ja lasten mentaaliin, motoriseen ja kielen kehitykseen.

Tulokset: Vanhemmuuden stressi ja lapsen pahoinpitelyn mahdollisuus oli korkeampi naisilla, joilla oli elämässään viisi tai enemmän riskitekijää verrattuna naisiin, joilla oli neljä riskitekijää tai vähemmän. Lasten mentaalinen, motorinen ja kielen kehitys ei ollut yhteydessä riskitasoon. Lasten motorisen kehityksen taso oli huomattavasti parempi interventoryhmän lapsilla kuin kontrolliryhmän lapsilla kuuden ja 18 kuukauden kohdalla ja mentaalisenkin kehityksen taso oli kuuden ja 12 kuukauden kohdalla heillä hivenen parempi. Verrattuna huumeita käyttäviin naisiin, joilla on vähemmän kuin 5 ympäristöön liittyvää riskitekijää, huumeita käyttävät naiset, joilla oli viisi riskiä tai enemmän kokivat vanhemmuuden stressaavammaksi ja osoittivat korkeampaa riskiä syyllistyä lapsensa pahoinpitelyyn ja laiminlyöntiin. Varhainen, kotikäynnein tehtävä interventio korkean riskin perheissä voi olla suotuisa lapsen kehitykselle.

Johtopäätökset: Tutkimuksessa arvioitiin kumulatiivisten ympäristöön liittyvien riskien ja varhaisen puuttumisen, vanhemmuuden asenteiden (vanhemmuuden stressin ja lapsen pahoinpitelyn riskin) ja lapsen kehityksen välistä suhdetta päihteitä (huumeita) väärinkäyttävillä äideillä. Tutkimus, joka keskittyy riskitekijöiden lukumäärään pikemminkin kuin tiettyihin riskifaktoreihin, nojautuu riskien kumuloitumisen teoriaan, joka perustuu kasautumisvaikutukseen. Toisin sanoen riippumatta jostakin tietyistä riskistä, riskien kasaantuessa ja ylittäessä tietyn kynnyksen, sillä on negatiivinen vaikutus vanhemmuuteen ja lasten kehitykseen. Löydökset tukevat ajatusta riskien kasaantumisen haitallisuudesta vauvan 18 ensimmäisen elinkuukauden aikana. Vanhemmat raportoivat korkeista vanhemmuuden stressitasoista ja lapsen pahoinpitelyn riskistä silloin, kun heillä on viisi riskitekijää tai enemmän, mikä tukee ajatusta riskien kumuloitumisen haitallisista vaikutuksista. Interventoryhmän lasten parempi kehityksellinen tulos on rohkaiseva ja antaa aihetta uskoa, että tämänkaltaisen interventio voi hyödyttää korkean riskin perheitä. Tarvittaisiin kuitenkin pitkäaikaisstudiomusta, jotta varhaisen intervention pitkän aikavälin vaikutukset äidin käyttäytymiselle ja lapsen kehitykselle saataisiin näkyville. Tutkimuksissa, joissa tunnistetaan heikon vanhemmuuden riskiä kantavia naisia, tulisi ottaa huomioon, että ympäristöriskien ka-

saantuminen on yhteydessä korkeaan vanhemmuuden stressitasoon ja lapsen pahoinpitelyn ja laiminlyönnin riskin kasvuun. Vanhemman korkealla stressitasolla on havaittu olevan haitallisia vaikutuksia lapsen fyysiseen ja emotionaaliseen hyvinvointiin. Varhainen puuttuminen, joka kohdistetaan vanhemmuuteen, ympäristöriskien vähentämiseen ja huumehoitoon voi alentaa vanhemmuuden stressiä, ennaltaehkäistä lapsen pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä ja edistää lapsen kehittymistä.

(Nair, Prasanna; Schuler, Maureen E.; Black, Maureen M.; Kettinger, Laurie and Harrington, Donna 2003: Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development.)

(19) *Tutkimus vanhempien päihteiden käytön ja lasten pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön välisestä yhteydestä (Kanada)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa selvitettiin vanhempien päihteiden käytön ja lasten pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön välistä yhteyttä.

Menetelmät: Kyselyssä, joka lähetettiin 8 472:lle ihmiselle, kartoitettiin lapsuuden aikana pahoinpidellyksi tai seksuaalisesti hyväksikäytetyksi joutumisen ja vanhempien päihteiden käytön välistä yhteyttä.

Tulokset: Pahoinpitelyn ja hyväksikäytön esiintyvyys todettiin huomattavasti korkeammaksi niiden joukossa, jotka kertoivat vanhempiensa väärinkäyttäneen päihteitä.

(Walsh, Christine; MacMillan, Harriet L.; Jamieson, Ellen 2003: The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement.)

(20) *Huumeäidit – lisääkö huumeiden käyttö lapsen pahoinpitelyn ja laiminlyönnin riskiä verrattuna muihin lastensuojelutapauksiin? Minkälainen interventio ja ammatillinen yhteistyö toimisi? (Iso-Britannia)*

Tavoitteet ja menetelmät: Tutkimuksessa selvitettiin seurannan avulla, ovatko lapsen pahoinpitely- ja laiminlyöntitapaukset yleisempiä huumeita käyttävien äitien ja huumeille altistuneiden vauvojen kohdalla kuin muissa lastensuojelutapauksissa, joissa huumeiden vaikutusta ei ollut mukana.

Tulokset: Merkittävää eroa ei havaittu 2–3 vuoden seurannassa. Tutkijoiden mukaan ohjelma, jossa tavoitteena olisi ensin raittius ja vasta sitten perheen yhdistäminen, samaan aikaan kun käynnissä olisi koko ajan tarpeenmukainen hoito, voisi olla nykyisiä parempi lähestymistapa. Nykyisin (Isossa-Britanniassa) yleistä on, että huumeita käyttävät vanhemmat lopettavat huumehoito-ohjelman ja osoittavat pystyvänsä olemaan huumeitta tietyn periodin ennen perheen yhdistämistä, mikä ei ole osoittautunut kovin hyviä tuloksia tuottavaksi tavaksi. Tämä on alue, jossa vanhemmille suunnattujen aikuisorientoituneiden interventioiden/palvelujen ja lapsen hyvinvointiin ja terveyteen perustuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimista tarvittaisiin paljon nykyistä useammin. Huumeohjelmia ympäröivä politiikka voi usein vaikeuttaa lapsikeskeisen lähestymistavan omaksumista. *Sekä vanhempiin että lapsiin keskittyvät ammattiryhmät hyötyisivät tavattomasti jos he ottaisivat huomioon toistensa huolet työssään. Integroitu käytäntö vaatii toteutuakseen näiden tahojen vuoropuhelua ja sitä ennen molemminsuuntaista koulutusta ennakkoluulojen ylittämiseksi ja yhteisen evidenssiperustan löytämiseksi käytännölleen. Vain toiseen osapuoleen keskittyminen johtaa helposti toisen osapuolen ammatilliseen laiminlyöntiin ja ihmisoikeuksien rikkomiseen.*

(Jones, David P. H. 2002: Parents with substance use problems and their infants.)

(21) *Kuinka iso pahoinpitelyn riski on huumeongelmallisille äideille syntyvillä lapsilla? (Iso-Britannia)*

Pohjoisamerikkalaisissa tutkimuksissa on osoitettu vahva yhteys äidin huumeiden käytön ja lasten pahoinpitelyn välillä. Iso-Britanniassa ei ole systemaattista tietoa tämän yhteyden osoittamiseen. Yhdysvaltain tuloksia on vaikeaa yleistää Iso-Britannian oloihin huumeuskulttuurien erojen ja niihin liittyvän käyttäytymisen erojen vuoksi.

Menetelmät: Kyse on prospektiivisesta kohorttitutkimuksesta. Tutkittava ryhmä koostui naisista, jotka oli ohjattu raskaana oleville huumeidenkäyttäjille tarkoitettulle sairaalaperustaiselle klinikalle. Ei-huumeidenkäyttäjät äidit valittiin vastaavasta sosiaaliluokasta ja raskauden vastaavan vaiheen mukaan. Vauvojen ollessa 18 kuukauden ikäisiä alueen (Bristol ja sen lähialueet) lastensuojelurekisterit ja lasten terveydentilan rekisterit tutkittiin. Vauvat koodattiin sen mukaan olivatko he olleet tiedustelujen, asiakasneuvottelujen (case conference), rekisteröinnin, rekisteröinnin ja sitä seuranneen rekisteristä poistamisen kohteena tai hoitoon otettuina.

Tulokset: Huumeiden käyttäjien lapsia oli 68 ja ei huumeidenkäyttäjien lapsia 127. Suurin osa huumeiden käyttäjistä oli heroiinin tai metadonin käyttäjiä, puolet käytti/oli käyttänyt huumeita suonensisäisesti.

Huumeiden käyttäjien ja ei-huumeiden käyttäjien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa. Kaiken kaikkiaan lastensuojelutoimenpiteiden riski oli korkeampi huumeidenkäyttäjien lapsilla kuin ei-huumeidenkäyttäjien lapsilla. Aineiston lähempi tarkastelu kuitenkin osoittaa, että suurin osa kohonneesta riskistä on selitettävissä pienellä ryhmällä hoitoon otettuja huumeidenkäyttäjiä, kun taas paljon isomman joukon kohdalla huolet olivat lyhytikäisiä, mikä näkyy ilmoitusten poiskirjautumisena tutkimusjakson aikana.

Äidin huumeiden käyttö ei välttämättä johda sellaisiin vanhemmuuden standardeihin, jotka on mahdoton hyväksyä. Lisää Ison-Britannian tilanteeseen perustuvaa tutkimusta tarvitaan informoimaan lastensuojelua riskien arviointiprosessista.

(Street, K.; Harrington, J.; Chiang, W.; Cairns, P.; Ellis, M. 2004: How great is the risk of abuse in infants born to drug-using mothers?)

(22) *Perhe(parisuhde)väkivallan yhteys lapsen fyysiseen ja psyykkiseen pahoinpitelyyn sekä laiminlyöntiin (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa selvitettiin, onko perheväkivallan ja kolmen tyyppisen lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun (lapsiin kohdistuvan fyysisen ja psyykkisen väkivallan sekä lasten laiminlyönnin) välillä yhteyttä.

Menetelmät: 2 544 ensimmäisen lapsensa saaneen riskiäidin otos osallistui kotikäynteihin perustuvaan lapsen pahoinpitelyn ehkäisyohjelmaan. Pitkittäisen, monenlaisiin aineistonkeruumenetelmiin perustuvan tutkimusmallin avulla tarkasteltiin lapsen kuuden ensimmäisen elinkuukauden aikana tapahtuneen perheväkivallan vaikutuksia havaittuun ja todennettuun lapsen fyysiseen ja psyykkiseen pahoinpitelyyn sekä lapsen laiminlyöntiin lapsen viiden ensimmäisen elinvuoden aikana.

Tulokset: Merkitsevä yhteys perheväkivallan ja kolmenlaisen lapsen kaltoinkohtelun väliltä löytyi. Perheväkivalta lapsen kuuden ensimmäisen elinkuukauden aikana on merkitsevästi yhteydessä kolmentyyppiseen lapsen huonoon kohteluun lapsen viidenteen ikävuoteen asti. Ennaltaehkäisyohjelmien olisi hyvä tarjota riskiperheille tukea aina siihen saakka, kun lapsi on vähintään viisi vuotta vanha. Samanaikaisten, yhdessä vaikuttavien ongelmien käsittely hoidon aikana parantaa todennäköisesti intervention tuloksia.

(McGuigan, William M.; Pratt, Clara C. 2001: The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment.)

(23) *Vauvan itkeminen ja pahoinpitelyriski (Alankomaat)*

Lasten pahoinpitely ja laiminlyönti ovat keskeisiä tekijöitä lasten sairastuvuudessa ja kuolemantapauksissa.

Tavoitteet ja menetelmät: Kyselytutkimuksessa arvioitiin imeväisikäisten itkemisen aiheuttamaa potentiaalisesti haitallista vanhempien toimintaa 3 259:n 1–6 kuukauden ikäisen imeväisen osalta Alankomaissa.

Tulokset: Kuuden kuukauden ikäisten imeväisten vanhemmista 5,6 prosenttia ilmoitti tukahduttaneensa, läimäyttäneensä tai ravistelleensa vauvaansa ainakin kerran tämän itkemisen takia. Haitallisten toimien riski oli korkein vanhemmilla, jotka olivat kotoisin ei-teollistuneista maista, vanhemmilla, jotka olivat joko ilman työtä tai työskentelivät lyhyitä työpäiviä, sekä vanhemmilla, jotka arvioivat vauvansa itkevän liikaa. Kliinikoiden tulisi olla tietoisia paljon itkevien lasten suuremmasta pahoinpitelyriskistä ja suunnata interventiot vanhempiin, jotta nämä selviäisivät paremmin vauvan itkun kanssa.

(Reijneveld, Sijmen A.; Van der Wal, Marcel F.; Brugman, Emily; Sing, Remy A. Hira; Verloove-Vanhorick, S. Pauline 2004: Infant crying and abuse.)

(24) *Vanhempien negatiiviset mielikuvat vauvasta välittävät perheväkivallan ja lapsen pahoinpitelyn välistä yhteyttä (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Aiemman tutkimuksen mukaan vanhempien negatiiviset mielikuvat vauvasta välittävät perheväkivallan ja lapsen pahoinpitelyn välistä yhteyttä. Tavoitteena oli testata tätä yhteyttä.

Menetelmät: Tutkimuksessa käytettiin pitkittäisaineistoa 181 pariskunnasta, joille oli vasta syntynyt ensimmäinen vauva.

Tulokset: Kovarianssianalyysi osoitti, että äideille ja isille, jotka kokivat perheväkivaltaa lapsensa elämän ensimmäisen vuoden aikana, kehittyi huomattavasti negatiivisempi kuva lapsestaan. Perheväkivallan vaikutusta perheen riskiin pahoinpidellä lastaan välitti vanhempien negatiivinen kuva lapsestaan. Artikkelissa pohditaan myös interventio- ja ennaltaehkäisysovelluksia.

(McGuigan, William M.; Vuchinich, Samuel; Pratt, Clara C. 2000: Domestic Violence, Parents' View of Their Infant, and Risk for Child Abuse.)

(25) *Lapsuuden pahoinpitelykokemusten vaikutukset teiniäitien suhteeseen omaan lapseensa (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Artikkeliki käsittelee sitä, miten teiniäitien omat lapsuuden pahoinpitelykokemukset vaikuttavat heidän suhteeseensa omaan lapseensa. Lähtökohtana on kiintymyssuhdeteoria.

Menetelmät: Haastattelututkimus, otoksena 411 riskiäitiä. Ensimmäinen haastattelu tehtiin raskausaikana toinen lapsen ollessa neljä kuukautta vanha.

Tulokset: Välittävinä tekijöinä omien pahoinpitelykokemusten ja käsillä olevien äiti-vauva -suhteen vaikeuksien välisessä yhteydessä oli teiniäitien raskauteensa ja äitiyteensä liittämät tunteet sekä arviot suhteestaan omaan ensisijaiseen hoivaajaansa. Myös romanttinen suhde raskausaikana toimi suojaavana tekijänä vaimentamalla lapsuuden aikaisten pahoinpitelykokemusten vaikutusta äiti-lapsisuhteen laatuun. Löydökset korostavat teiniäitien sosiaalisen taustan ja suhteiden historian arvioinnin ja huomioimisen tärkeyttä.

(Milan, Stephanie; Lewis, Jessica; Ethier, Kathleen; Kershaw, Trace; Ickovics, Jeannette R. 2004: The Impact of Physical Maltreatment History on the Adolescent Mother-Infant Relationship: Mediating and Moderating Effects During the Transition to Early Parenthood.)

(26) *Lasten pahoinpitelyn uusiutumisen ehkäiseminen (Yhdysvallat)*

Lastensuojelupalvelujen ensisijainen tehtävä on suojella lapsia heidän kokemansa kaltoinkohtelun ja pahoinpitelyn toistumiselta. Sen ymmärtäminen mikä ennustaa kaltoinkohtelun uusiutumista voi auttaa kohdistamaan interventiot paremmin lasten kaltoinkohtelun ehkäisemiseksi.

Tavoitteet: Tutkimuksessa selvitettiin lasten pahoinpitelyn uusiutumiseriskiä hoidon aikana. Haettiin selvittää mitkä tekijät ennustavat lapsen pahoinpitelyn uusiutumista.

Menetelmät: Prospektiiviseen tutkimukseen valittiin 446 tutkimuksen vaatimukset täyttävää perhettä 1 181 perheen otoksen joukosta. Nämä 1 181 perhettä oli valittu satunnaisesti 2902 perheen joukosta, joiden oli raportoitu todennetusti syyllistyneen lapsensa pahoinpitelyyn otantavuoden aikana. Aineistoa kerättiin ja koodattiin arkistolähteistä viiden vuoden ajan.

Tulokset: Uusiutumista ennustaviksi muuttujiksi havaittiin: lapsen haavoittuvuus/suojattomuus (lapsen nuoruus, mielenterveys- ja -kehitysongelmat), perhestressi (äidin ikä, lasten syntymien taajuus, lasten lukumäärä), parisuhdeväkivalta, sosiaalisen tuen puute, ja perhestressin ja sosiaalisen tuen puutteen keskinäinen vaikutus. *Sosiaalisen tuen puute näytti ennustavan voimakkaimmin lapsen pahoinpitelyn uusiutumista.* Myös aiempi tutkimus osoittaa, että sosiaalisen tuen lisääminen voi auttaa perheitä pärjäämään stressiä ja lapsen pahoinpitelyn uusiutumiseriskiä lisäävien elämäntapahtumien kanssa. Yhteistyötä lastensuojelun ja perheväkivallan kanssa työskentelevien toimijoiden välillä tulisi kehittää. Pahoinpideltyjen lasten kehitys- ja mielenterveysongelmien seulonta ja tehokas, heidän tarpeitaan vastaava hoitaminen sekä perheen tukeminen saattaisivat ennaltaehkäistä lasten pahoinpitelyn uusiutumista.

(DePanfilis, Diane; Zuravin, Susan J. 1999: Predicting Child Maltreatment Recurrences During Treatment.)

(27) *Emotionaalisen kaltoinkohtelun vaikutukset lapsen kehitykseen ja sen ennaltaehkäiseminen*

Emotionaalinen kaltoinkohtelu on varsin laeva käsite, jota on vaikea selkeästi määritellä, mutta joka on keskeinen lapsen pahoinpitelyn käsitteistössä ja lastensuojelun tarkoituksissa ja metodeissa. Ammattilaisten keskuudessa on kasvava konsensus siitä, että emotionaalinen kaltoinkohtelu on luultua yleisempää ja että sen vaikutukset ovat usein vahingollisempia kuin fyysisen ja seksuaalisen kaltoinkohtelun. Kaikissa pahoinpitelyn muodoissa pääasiallinen haitallinen ja pitkäkestoinen vaikutus on pahoinpitelyn psykologisilla seurauksilla. Emotionaalinen kaltoinkohtelu on avainpiirre suurimmassa osassa lapsen kaltoinkohtelua, mutta muilla kaltoinkohtelun muodoilla tuntuu olevan etusija tapausten luokittelussa ja nimeämisessä. Emotionaalisen kaltoinkohtelun määrittely ja jäsentäminen yleisesti ja operationaalisesti sekä sen mittaaminen tieteellisesti hyvin perustellulla tavalla on tuottanut huomattavia ongelmia. Artikkelitarkastelee emotionaalisen kaltoinkohtelun vaikutuksia kehityksen ja hyvinvoinnin estymiseen sekä interventiostrategioita, joilla sitä voitaisiin estää.

(Iwaniec, D. 1997: An overview of emotional maltreatment and failure-to-thrive.)

IV Palvelujärjestelmä- tai oirekohtaiset tutkimukset

- (28) *Äidin ja vauvan vuorovaikutuksen tukeminen. ”Healthy Steps for Young Children” -ohjelman vaikutukset: Tuloksia vanhemmuuden ja lapsen kehityksen havainnoinnista (Yhdysvallat)*

Tavoitteet: Ohjelma on suunniteltu tarjoamaan tukea tuoreille vanhemmille lastenlääkärin vastaanoton kautta. Ohjelma on luonteeltaan universaali, toisin sanoen se on kohdennettu kaikille tuoreille vanhemmille, ei vain ns. korkean riskin vanhemmille. Ohjelman tarkoituksena on laajentaa perinteistä primaarin pediatriksen hoidon fokusta kokonaisvaltaisemmaksi ja perhekeskeisemmäksi. Artikkelin esittelee löydöksiä ohjelman vaikutuksista äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen laatuun, kiintymyksen turvallisuuteen ja lapsen käyttäytymiseen.

Menetelmät: Healthy Steps -ohjelma on palvelupaketti, joka pitää sisällään tehostettuja käyntejä pediatriin vastaanotolla, kotikäyntejä, puhelintukea kehitys- ja kasvatushuoliin, lapsen kehityksen ja perheen terveyden tarkastuksia, kirjallista informaatiomateriaalia vanhemmille, vanhempainryhmiä ja yhteyksiä yhteisöllisiin resursseihin. Tutkimuksessa hyödynnettiin kahden ohjelmaa käyttäneen, randomisoitua hoitoasetelmaa toteuttaneen hoitopaikan kautta kerättyä havainnointitietoa. Havainnointi suoritettiin perheiden kotona.

Tulokset: Tulokset osoittivat, että äidit, jotka osallistuivat Healthy Steps -ohjelmaan, pystyivät suuremmalla todennäköisyydellä olemaan toisessa arviointiajankohdassa (jolloin lapsi oli 34–37 kk:n ikäinen) sensitiivisessä ja tarkoituksenmukaisessa vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa kuin vertailuryhmän äidit, mutta eivät vielä ensimmäisessä arviointiajankohdassa (jolloin lapsi oli 16–18 kk:n ikäinen). Lasten tuloksissa ei ollut eroja kummassakaan ajankohdassa, kun poikkileikkausaineistoa analysoitiin. Kuitenkin, pitkittäistutkimuksen tulokset (joka piti sisällään perheet, jotka osallistuivat kotihavainnointeihin sekä ajankohtana 1 että 2) osoittivat, että osallistuminen Healthy Steps -ohjelmaan yhdistyi kiintymyksen suurempaan turvallisuuteen ja vähäisempiin ongelmiin lapsen käyttäytymisessä.

Johtopäätökset politiikan ja käytännön suhteen: Löydökset osoittavat, että lapsen kehittymistä ja äidin ja lapsen vuorovaikutusta tukevia palveluita voidaan menestyksellisesti tarjota pediatriksen primaarihoidon käytännöissä. Vuorovaikutusta tukevat palvelut vaikuttaisivat olevan yhteydessä turvallisempaan kiintymykseen ja vähempiin lasten käyttäytymisen ongelmiin matalan riskin perheissä. Tämänkaltaisten palvelujen organisoiminen pediatriksen vastaanoton kautta on lähestymistapa, jota ei ole ennen kokeiltu vanhempien koulutus- tai tukiohjelmassa. Tällainen tuen tarjoamisen paikka tarjoaa joitakin ainutlaatuisia etuja. Monet pienten lasten vanhemmat käyvät pediatriin vastaanotolla säännöllisesti ja sen käyttäminen palvelun antamisen tukikohtana tarjoaa mahdollisuuden tavoittaa laajalti erilaisia vanhempia. Edelleen, sellaisen paikan hyödyntäminen, jota kaikki vanhemmat käyttävät, vähentää stigmaa, joka vain ”korkean riskin” ryhmille suunnatuilla vanhemmuuden tukiohjelmilla on. Healthy Steps -ohjelman tarjoamat palvelut edesauttoivat positiivisemmän vanhemmuuden toteutumista pienten lasten äideillä.

(O’Brien Caughy, Margaret; Huang, Keng-Yen; Miller, Therese and Genevro, Janice L. 2004: The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: results from observations of parenting and child development.)

- (29) *Vanhemmuuden arviointi psykiatrisessa äiti-vauva -yksikössä (Iso-Britannia)*

Oikeusistutimet ja sosiaalipalvelut etsivät usein neuvoja mielenterveysammattilaisilta yrittäessään päättää, pitäisikö mieleltään sairaan äidin pysyä lapsensa ensisijaisena hoivaajana.

Tavoitteet: Artikkeliki kuvaa lähetekäytäntöjä ja sairaalasta kotiuttamisen seurauksia otannalla niistä äideistä, jotka oli ohjattu vanhemmuuden arviointiin psykiatriseen äiti-lapsi yksikköön. Lisätavoitteena oli tutkia tekijöitä, jotka ennustavat lopputulosta.

Menetelmät: Artikkelissa kuvataan 61 sairaalapotilaan vanhemmuuden arviointia kuuden vuoden ajanjaksolta. Sosiaalipalveluihin otettiin yhteys kehityksen todentamiseksi ja äidit olivat seurannassa ainakin yhdeksän kuukauden ajan sairaalasta kotiuttamisen jälkeen.

Tulokset: Alle 50% äideistä kotiutettiin vauvansa kanssa arviointijakson päätteeksi. Seurannassa vähemmän kuin 33 prosenttia äideistä toimi edelleen vauvansa hoivaajana. Äidin sairauden diagnoosi oli keskeisin määrittäjä sille, jatkoiko äiti vauvansa hoivaajana sekä kotiuttamisen jälkeen että seurannassa. Äidit, joilla oli depressio jatkoivat todennäköisemmin vauvansa ensisijaisena hoivaajana. Läheteiden ajoituksessa ja käsittelyssä esiintyi vaihtelua; lapsen syntymää edeltävän suunnittelun puute yhdistyi lisääntyneeseen äitien ja vauvojen erottamiseen ennen arviointia. Tulokset osoittavat, että tarvitaan integroitua koordinaatiota aikuisten mielenterveysammattilaisten ja lasten palvelujen välillä, jotta voitaisiin turvata varhaisen tuen suunnittelu riskiäideille ja -vauvoille.

(Seneviratne, Gertrude; Conroy, Sue; Marks, Maureen 2003: Parenting Assessment in a Psychiatric Mother and Baby Unit.)

(30) *Sijoitettujen lasten ja syntymäkoteihinsa jääneiden riskilasten elämänlaadun vertailu (Israel)*

Tavoitteet: Tutkimuksessa vertailtiin sijoitettujen lasten ja koteihinsa sosiaalityöntekijän päätöksellä jätettyjen lasten sekä sijoitettavaksi määrättyjen, mutta silti yhä kotona olevien lasten elämänlaatua lyhyen aikavälin seurannassa.

Menetelmät: Lapsia oli otoksessa 92. Tutkimus oli prospektiivinen: lasten elämänlaatua arvioitiin ensin siinä vaiheessa, kun sosiaalityöntekijä alkoi pohtia sijoitetaanko lapsi vai ei ja seuraavaksi kuuden kuukauden kuluttua.

Tulokset: Tulokset osoittavat, että ensimmäisessä mittauksessa lasten elämänlaatu oli yhtä alhainen, mutta toisessa mittauksessa siinä tuli näkyviin eroja. *Pois kotoaan sijoitettujen lasten elämänlaatu oli kohentunut*, niiden lasten elämänlaatu, jotka oli määrätty pysymään kotonaan, oli pysynyt suunnilleen samana. *Niiden lasten elämänlaatu, jotka olivat sijoituspäätöksestä huolimatta yhä kotonaan, oli heikentynyt.* Löydökset kertovat, että pois kotoaan sijoitetut riskilapset saattavat elämänlaadun kannalta selvitä paremmin kuin koteihinsa jääneet. Artikkelissa korostetaan sitä kovaa hintaa, jonka ne lapset maksavat, jotka sijoituspäätöksestä huolimatta ovat yhä kotonaan. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan, koska tutkimuksessa ei huomioitu niitä interventioita ja palveluja, joita lapset ja heidän perheensä saivat eri puitteissa.

(Davidson-Arad, Bilha; Englechin-Segal, Dorit and Wozner, Yochanan 2003: Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home.)

(31) *Lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisy yhteisöintervention avulla (Israel)*

Tavoitteet: Artikkelissa kuvataan yhteisöinterventiota ja sen toimivuutta lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja inseeiin puuttumisessa ja niiden ehkäisemisessä. Tarkastelun kohteena on todellinen tapaus pienestä israelilaisesta kaupungista, jossa oli tullut ilmi useita lasten hyväksikäyttötapauksia, joista monet inseeitapauksia.

Menetelmät: Tapaukset nostettiin yhteisössä päivänvaloon, niitä käsiteltiin avoimesti ja rangaistukset langetettiin. Yhteisön sosiaalityöntekijät organisoivat yhteisökampanjaa, jossa sekä yhteisön aktivistit että palveluiden tarjoajat olivat mukana. *Yksilö-, ryhmä- ja yhteisöinterventioita käytettiin kaikkia.*

Tulokset: Hyväksikäytön jatkumista on seurattu ja todisteita sen jatkumisesta kampanjan jälkeen ei ole saatu. *Yhteisön apaattisuus lasten seksuaalisen hyväksikäytön suhteen on saatu pysäytetyksi ja käännettyksi.* Yhteisön asukkaiden, erityisesti aktivistien osallistuminen on lisääntynyt ja se näyttää olevan suurin syy yhteisön normien muuttumiseen suhteessa lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Johtopäätöksissä pohdiskellaan yksilö-, ryhmä- ja yhteisöinterventioiden seuraamuksia. Integroitua ohjelmaa interventiokäytäntöjen edistämiseksi kannatetaan lasten seksuaalisen hyväksikäytön ja inestien esiintymisen ennalta ehkäisemiseksi ja hillitsemiseksi

(Itzhaky, Haya; York, Alan S. 2001: Child sexual abuse and incest: community-based intervention.)

(32) *Lasten pahoinpitelyn havaitsemisen kehittäminen terveys- ja sosiaalipalveluissa sekä kouluissa (Baleaarit, Espanja)*

Tavoitteet: Viisivuotisen tutkimuksen/ intervention tarkoituksena oli lasten pahoinpitelyn havaitsemisen kehittäminen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmissä ja kouluissa Baleaareilla (Espanjan autonominen osa). Pyrkimyksenä oli kaventaa kuilua tunnistettujen tapausten ja todellisten tapausten määrissä ja lisätä mahdollisuuksia laajempaan havaitsemistapojen kirjoon.

Menetelmät: Ensimmäisessä vaiheessa eturivin ammattilaiset (N = 181) kaikista terveys- ja sosiaalipalveluista koulutettiin ongelman havaitsemiseen. Toisessa vaiheessa myös kouluammattilaiset (N = 251) kaikista alueen kouluista koulutettiin. Itsenäinen tekijä interventiossa oli ammattilaisille tarjottu koulutus ja tuki. Ennen-jälkeen tutkimusasetelmaa käytettiin koko alueella, joka oli jaettu osiin. Ohjelma otettiin käyttöön portaittain näillä alueilla, jotta saatiin kontrolloitua alueiden sisäisiä ja välisiä kehityskulkuja.

Tulokset: Vaihe 1: Vertailu ennen ja jälkeen ohjelman implementaation osoittaa, että pahoinpitelyjen havaitseminen kolminkertaistui alueella. Vaihe 2: Seuraava kohonnut havaitsemistaso löydettiin lastensuojelupalvelujen piiristä. Uusista tapauksista 24,5 prosenttia tuli kouluista, toiston kontrolloimisen jälkeen.

Johtopäätökset: Tämä havaitsemissysteemi aikaansai positiivisia muutoksia terveyden- ja sosiaalihuollon eturivin ammattilaisten kouluttamisen ja tukemisen jälkeen. Kuitenkaan näillä ammattilaisilla ei ole kuin satunnaisia kohtaamisia lapsiväestön kanssa. Havaitsemiskäytäntöjen kirjon laajentamiseksi ja useampien myös vähemmän näkyvällä tavalla pahoinpideltyjen lasten tavoittamiseksi on tarpeen kouluttaa ja tukea myös koulun ammattilaisia, koska he tapaavat lapsia lähes päivittäin.

(Cerezo, M. Angeles; Pons-Salvador, Gemma 2004: Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social school professionals.)

(33) *Lastensuojelujärjestelmien haaste: vakavia vammoja saaneet pikkulapset ja vanhempien ristiriitaiset selitykset – tilanteisiin puuttuminen on riittämätöntä ja tapahtuu liian myöhään (Iso-Britannia)*

Tavoitteet: Isossa-Britanniassa tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli selvittää haasteita, joita lastensuojelujärjestelmät kohtaavat arvioidessaan ja käsitellessään tapauksia, joissa vauva on saanut vakavia tai kuolettavia vammoja, joiden synnylle vanhemmat antavat ristiriitaisia selityksiä.

Menetelmät: Tutkittiin 38:n alle 2-vuotiaana vakavia tai kuolettavia vammoja saaneen pikkulapsen asiakirjat. Kvalitatiivisin menetelmin identifioitiin vanhempien selitysten tyypejä, sekä vammojen lisäksi myös huolten aiheita ja lastensuojelujärjestelmien vastauksia ja toimenpiteitä perheille.

Tulokset: Löydökset viittaavat siihen, että lastensuojelujärjestelmien ensimmäiset reagoinnit ja suojelutoimenpiteet vakavia vammoja epäselvissä olosuhteissa saaneiden vauvojen tilanteisiin voivat olla riittämättömiä. Tulevien riskien arviointi voi olla epäjohdonmukaista, etenkin tilanteissa, joissa on vamman lisäksi muitakin huolen aiheita. Iso-Britanniassa on tarpeen kehittää systemaattisempia päätöksentekoprosesseja, jotta saataisiin aikaan yhtenäisempiä standardeja arviointiin ja toimintatapoihin korkean riskin vauvojen tilanteissa ja minimoitaisiin virheelliset negatiiviset ja positiiviset ennustukset tulevista riskeistä.

(Dale, Peter; Green, Richard; Fellows, Ron 2002: Serious and Fatal Injuries to Infants with Discrepant Parental Explanations: Some Assessment and Case Management Issues.)

(34) *Shaken baby -syndrooma. Vallitsevien toimintatapojen (muun muassa tunnistamisen) puutteet ja seuraukset (Iso-Britannia)*

Tavoitteet: Artikkelin taustalla olevassa tutkimuksessa selvitettiin sosiaalisia ja juridisia toimenpiteitä ja seurauksia silloin, kun pikkulapsi on saanut epäillyn ei-onnettomuudesta aiheutuneen subduraalisen (= kovakalvonalaisen) verenvuodon ja tutkittiin kliinisiä ja sosiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttivat kliinisiin lähetepäätöksiin.

Menetelmät: Aineistoa kerättiin terveys- ja sosiaalipalveluista, poliisilta ja oikeuden pöytäkirjoista, jotta saataisiin tietoa siitä, miten eri tahot toimivat tällaisia vammoja saaneiden lasten kanssa Lounais-Englannissa ja Etelä-Walesissa. Aineistoa kerättiin pienten lasten ko. tapausten hallinnasta (asiakaspoluista) alkaen sairaalaan joutumisesta jatkuen mahdolliseen läheteeseen poliisille ja sosiaalipalveluihin.

Tulokset: Selvisi, että suurin riski saada ravisteluvamma oli hyvin nuorilla 3–5 kuukauden ikäisillä vauvoilla. He tulevat todennäköisimmin vaikeissa oloissa elävistä kotitalouksista, joissa vanhemmuus ei ole vakaata ja joissa hoivaajien ulottuvilla oleva sosiaalinen tuki on rajoittunutta. Selvisi, että lastenlääkärit eivät aina tee lastensuojeluilmoitusta, vaikka useat merkit viittaavat vahvasti vauvan tahalliseen ravisteluun ja jatkotoimien tarpeeseen. Artikkelissa suositellaan lastenlääkäreille ja muille pienten lasten hoitoon osallistuville klinikoille monitieteellisen arviointi- ja koulutusprosessin käynnistämistä pienten lasten tahallisesti tuotettujen päävammojen tunnistamiseksi ja tulevaisuuden haittojen vähentämiseksi.

(Sanders, Tom; Cobley, Cathy; Coles, Lisa; Kemp, Alison 2003: Factors affecting clinical referral of young children with a subdural haemorrhage to child protection agencies.)

(35) *Tavalliset päättelyn virheet lastensuojelussa (Iso-Britannia)*

Tavoitteet: Britanniassa ollaan oltu huolissaan lastensuojelussa tapahtuneista tragedioista. Tutkimus perustuu hypoteesiin, että lastensuojelussa tapahtuneet virhearviot voisivat olla selitettävissä esimerkkeinä tyypillisistä virheistä inhimillisessä päättelyssä, joita on identifioitu psykologisessa tutkimuksessa.

Menetelmät: Otos käsitti kaikki julkistetut lasten kaltoinkohtelun selvitykset (child abuse inquiry report) vuosien 1973 ja 1994 välillä (yhteensä 45 kpl). Tutkimuksessa käytettiin sisällön analyysia ja psykologisesta päättelyn tutkimuksesta johdettua viitekehystä. Tutkimus tehtiin tapauksissa mukana olleiden ammattilaisten päättelystä ja tutkimusraporttien löydöksistä.

Tulokset: Havaittiin, että ammattilaiset perustavat riskiarvionsa kapeaan todistus pohjaan. Riskiarvio vinoutui valmiiksi saatavilla olevan tiedon suuntaan, ja muiden ammattilaisten hallussa olevaa tietoa ei usein huomioitu. Arviot vinoutuivat myös helposti kohti helpommin muistettavaa tietoa, toisin sanoen kohti todistusaineistoa, joka on eloisaa/värikästä, konkreettista, tunteita nostattavaa ja joko ensimmäisenä tai viimeisenä saatua tietoa. Todistusaineisto oli myös usein puutteellista, johtuen puolueellisesta raportoinnista tai kommunikaatiovirheistä. Kriittinen asenne todistusaineistoa kohtaan näytti korreloivan sen kanssa, tukiko uusi informaatio olemassa olevaa kuvaa perheestä vai ei. Iso ongelma oli, että ammattilaiset olivat hitaita muuttamaan arvioitaan huolimatta heidän arviotaan vastaan puhuvien todisteiden kasvavasta määrästä.

Johtopäätökset: Virheet ammattilaisten päättelyssä lastensuojelutyössä eivät ole satunnaisia vaan ennustettavissa sellaisen tutkimuksen pohjalta, joka kuvaa miten ihmiset intuitiivisesti yksinkertaistavat päättelyprosessejaan tehdessään monimutkaisia arvioita. Näitä virheitä voi vähentää jos ihmiset tiedostavat ne ja pyrkivät tietoisesti välttämään niitä. Päättelyyn olisi hyvä kehittää apuvälineitä, jotka tunnistavat intuitiivisen päättelyn keskeisen roolin.

(Munro, Eileen 1999: Common Errors of Reasoning in Child Protection Work.)

V Tutkimuskatsaukset ja meta-analyysit

(36) *Kotikäynti-interventioiden mahdollisuudet pikkulapsiperheiden tukemisessa*

Vanhemmat saavat yleensä vain vähän tukea lapsensa ensimmäisten elinviikkojen ja kuukausien aikana. Artikkelissa tarkastellaan, miten vapaaehtoiset kotikäyntiohjelmat pikkulapsiperheissä voivat antaa kaikenlaisille, erilaisen koulutuksellisen, taloudellisen ja kulttuurisen taustan omaaville vanhemmille tietoa, neuvoja ja tukea, jota he tarvitsevat uudessa roolissaan. Artikkelitunnistaa *varhaisten vuosien tärkeyden aivojen kehitykselle*, lapsen suhteille vanhempiin ja muihin hoivan antajiin, sekä luottamuksen kehittymiselle. Artikkelit esittää, että tuoreilta vanhemmilta puuttuu usein uskoa itseän lapsensa hoitajana ja että he etsivät tukea ja opastusta. Kotikäyntihenkilön roolia pohditaan, samoin kuin tapoja, joilla vierailijat vahvistavat perheen luontaisia kykyjä ja mielenkiintoa ja miten he murtavat eristyneisyyttä, jota tuoreet vanhemmat usein tuntevat.

Artikkelissa tarkastellaan ennaltaehkäisevien, vauvaperheille suunnattujen vapaaehtoisten kotikäynti-interventioiden hyötyjä lapsen terveille kehitykselle, vanhemman ja lapsen suhteelle, vanhemmuuden vahvistumiselle ja intervention kustannustehokkuudelle verrattuna pahoinpidellyille lapsille suunnattuihin interventioihin ja hoitopalveluihin pitkäaikaistutkimusten valossa. Menestyksekkäiden kotikäynti-ohjelmien piirteitä luonnehditaan seuraavasti: tärkeää on vapaaehtoisuus, suhdeperustaisuus (relationship-based), keskittyminen vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen, kulttuurinen sensitiivisyys ja kunnioitus, intervention räätälöinti kunkin perheen tilanteen ja vahvuuksien mukaan. Artikkelissa käsitellään myös myyttejä kotikäyntiohjelmien suhteesta vanhempien oikeuksiin, yksityisyyteen, vanhemmuuden luonteeseen ja niiden riippuvuudesta hallituksen ohjelmiin. Lopuksi vakuutetaan, että luomalla valtakunnan laajuinen kotikäyntiohjelmien verkosto, voitaisiin varmistaa että pikkulapsiperheillä on tarvitsemaansa tukea ja välineitä ollakseen parhaita mahdollisia vanhempia lapsilleen.

(Kirwan, Ann 1998: Brighter Babies, Stronger Families: How Home Visitors Help Families Grow Together.)

(37) *Meta-analyttinen katsaus perheiden hyvinvointia edistävien ja lasten kaltoinkohtelua ehkäisevien hankkeiden tuloksellisuudesta. (Kanada)*

Meta-analyysissä käytiin läpi 56 perheiden hyvinvointia edistävää ja lasten kaltoinkohtelua ehkäisevää ohjelmaa käyttämällä kolmiportaista testaustapaa. Tarkoituksena oli myös jäljittää tekijöitä, jotka jarruttavat ohjelman menestystä.

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli: onko ohjelman tyyppillä vaikutusta vaikutusten määrään. Toiseksi ja kolmanneksi korkeimmat vaikuttavuustulokset saaneilla ohjelmatyypeillä (moniosainen ennaltaehkäisevä ohjelma ja ennaltaehkäisevä kotikäyntiohjelma) oli kaksi yhdistävää tekijää: Ne olivat molemmat proaktiivisia eli ennaltaehkäiseviä ja ne alkoivat joko ennen vauvan syntymää tai heti vauvan synnyttyä, mikä viittaa siihen, että mitä varhaisempi interventio sen parempi. Vaikutustaso ennaltaehkäisevillä interventioilla oli korkeampi seurannassa kuin intervention jälkeen tehdyssä arvioinnissa, kun taas reaktiivisissa interventioissa vaikutustaso oli suurempi heti intervention jälkeen tehdyssä arvioinnissa kuin seurannassa. Alhaisimmat vaikutustasot oli kotikäyntiohjelmilla, joissa oli käyntejä enintään 12 ja jotka kestivät vähemmän kuin kuusi kuukautta. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että osanottajia osallistava, voimaantumiseen ja vahvuuksista lähtevään otteeseen pohjaava ja sosiaalisen tuen komponentin sisältävä fokus on tuloksellisempi kuin asiantuntijalähtöinen ja puutteisiin perustuva lähestymistapa. Vaikka lisätutkimusta tarvitaan tulokset viittaavat siihen, että *kotikäynti -ohjelmien pitäisi kestää tarpeeksi kauan ja olla tarpeeksi intensiivisiä* (kestää yli 6 kk ja tarjota enemmän kuin 12 kotikäyntiä) ollakseen tehokkaita lasten kaltoinkohtelun ehkäisemisessä. Katsaus osoittaa, että lasten kaltoinkohtelua voi ehkäistä ja per-

heen hyvinvointia edistää. Päätäjille tutkimuksesta piiryy kaksi johtopäätöstä: Pitkän aikavälin tulosten säilyttämiseksi ja edistämiseksi painopiste tulisi suunnata ennaltaehkäiseviin pikemmin kuin reaktiivisiin interventioihin. Toiseksi on selvää, että tämän tyyppiset interventiot eivät ole parannuskeino köyhyyteen ja sen aiheuttamiin ongelmiin. Köyhyyden aiheuttaman stressin tiedetään kasvattavan lapsen pahoinpitelyn riskiä, ja se on yksi monista syistä miksi köyhyyden vähentäminen pitäisi asettaa etusijalle yhteiskuntapoliittisissa valinnoissa.

(Macleod, Jennifer; Nelson, Geoffrey 2000: Programs for the Promotion of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: a Meta-Analytic Review.)

(38) *Raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten huumeiden käyttöä ehkäisevien valistus- ja hoito-ohjelmien vaikuttavuuden arviointi.*

Arvioitiin yhdeksän yhteisöperustaisen, huumeiden käyttöä ehkäisevän valistus- ja hoito-ohjelman tehoa raskaana oleville tai vasta synnyttäneille naisille kvasikokeellisella asetelmalla. Projektit tarjosivat tilanteen kartoitusta (case management), palveluihin ohjausta tai päiväsaikaan tapahtuvaa hoitoa. Tutkimuksessa kerättiin naisten itsensä raportoimat tiedot kuuden aineen käytöstä projektiin osallistumisen aloittamisesta synnytykseen asti ja synnytyksestä siihen asti, kunnes lapsi oli kuusi kuukautta vanha. Tekijät arvelivat, että naiset, jotka saivat projektipalveluja projektin alusta seurantoihin, vähentäisivät todennäköisemmin aineiden käyttöään kuin naiset, jotka saivat vaihtoehdoisen intervention tai ei interventiota lainkaan. Tulokset osoittavat, että projekteihin osallistuneilla naisilla oli huomattavasti vähäisempää aineiden käyttöä projektissa aloittamisen ja synnytyksen välisenä ajanjaksona. Ainakin lyhyellä aikavälillä interventioilla oli positiivista vaikutusta. Pitkällä aikavälillä (6 kk intervention jälkeen) positiiviset vaikutukset eivät kuitenkaan pysyneet. Artikkelissa pohditaan vaikeutta löytää ja dokumentoida lupaavia ja pitkäaikaisia interventio-ohjelmien vaikutuksia tämän väestönosan keskuudessa.

(Eisen, Marvin; Keyser-Smith, Jennifer; Dampeer, Joyce; Sambrano, Soledad 2000: Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: Findings from a quasi-experiment.)

(39) *Lapsen pahoinpitelyn ja kaltoinkohtelun varhainen ehkäiseminen: olemassa olevaa näyttöä ja tulevaisuuden suuntia*

Varhaisen puuttumisen lähestymistavat lasten pahoinpitelyn ja kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä ovat lupaavia pyrkiessään estämään ongelmia jo ennen kuin ne ilmaantuvat ja edistäessään samaan aikaan positiivista vanhemmuutta sen alusta pitäen. Artikkelin kokoaa varhaisen puuttumisen nopeasti laajenevaa empiiristä perustaa tutkimalla vaikuttavuutta ja hahmottelemalla suuntia, joita tutkimus tarjoaa optimaalisten ennaltaehkäisystrategioiden erittelemiseksi. Artikkelin on tutkimuskatsaus 18:ta, vuosien 1979–1996 välillä julkaistusta kliinisestä, kontrolloidusta tutkimuksesta koskien lasten pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä varhain ehkäisemään pyrkivien interventioiden vaikutuksia. Tutkimukset paljastavat lupaavan mutta monimutkaisen kuvan menestyksekkäistä interventiomalleista. Tutkimukset valittiin ennaltaehkäisyteorian ja kontrolliryhmän käyttämisen perusteella. Interventioiden tuloksia arvioitiin käyttämällä lastensuojelupalveluiden selontekoja ja lausuntoja, vanhemmuuden kykyjen arvioita liittyen erityisesti pahoinpitelevään käyttäytymiseen, vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arvioita, fyysisen pahoinpitelyn ja laiminlyönnin lääketieteellisiä indikaattoreita. Löydökset viittaavat siihen, että tietyt intervention muotoon liittyvät ominaisuudet saattavat edistää haluttuja lopputuloksia, erityisesti interventio- ja lausuntojen kesto- ja ajoitukseen liittyvät seikat. Epäonnistumisista raportoivissa hankkeissa intervention muotoilussa ei ollut usein kiinnitetty tarpeeksi huomiota vastaanottajan tarpeisiin. Kaikki tutkimukset paljastivat tarkkaamattomuutta laajempien kulttuuristen esim. käyttäytymiseen ja

perhe- ja kulttuuridynamiikkaan kohdistuvien vaikutusten huomioimisessa. Useat katsauksessa esiin nousevat trendit osoittavat:

- a) vanhemmuuskasvatuksen keskeiseen rooliin
- b) miten tärkeää on liittää perheet virallisen ja epävirallisen tuen piiriin
- c) miten tärkeää on muotoilla pidemmän aikavälin interventiot siten, että niissä yhdistyy epävirallisten auttajien (antama) kohtuullinen tai intensiivinen tuki
- d) universaalien sisäänottomenettelyn klinisiin etuihin verrattuna niihin, jotka seulovat psykososiaalisia riskejä
- e) terveyskasvatuksen tärkeyteen pahoinpitelyriskien vähentämisessä.

Katsaus osoittaa myös koko joukkoon tärkeitä suuntia tulevaisuuden interventioiden suunnittelulle ja tutkimukselle, erityisesti mitä tulee siihen, että riittävästi tartutaan vanhempien voimattomuuteen, joka on olennaista lasten fyysisessä pahoinpitelyssä ja kaltoinkohtelussa

(Guterman, Neil B. 1997: Early Prevention of Physical Child Abuse and Neglect: Existing Evidence and Future Directions.)

(40) *Preventio, tarkoituksenmukainen kohde lasten psykoterapialle (Iso-Britannia)*

Artikkelin tarkoituksena on arvioida varhaislapsuuden preventiivisiä interventioita, joiden tavoitteena on lapsuusajan psykopatologioiden vähentäminen. Artikkelitarkastelee prevention terminologiaa ja preventiota varhaislapsuuden tapauksessa. Artikkelissa esitetään, että lisääntynyt tieto kehityksellisistä poluista, jotka ovat mukana monessa psykologisessa häiriössä, aukaisee mahdollisuuksia preventiohankkeisiin. Artikkelissa esitellään yleiskatsaus viimeaikaisista preventiokokeiluista ja tarkastellaan hoitoevaluatitutkimuksista tehtyjä johtopäätöksiä. Käytöshäiriöiden preventio esitellään esimerkkinä varhaislapsuuden interventioiden mahdollisuuksista. Kehityksellinen malli käytöshäiriöistä viittaa noidankehään vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa, prosessiin joka voitaisiin todennäköisesti ennaltaehkäistä varhaisella interventiolla. Kolmea tekemisen tapaa tarkastellaan yksityiskohtaisesti: a) varhaista vanhemmuusvalmennusta b) kiintymyksen turvallisuuden kohentamista c) reflektiivisen funktion kehittymisen helpottamista. Tutkimuksia kaikilta näiltä aihealueilta tarkastellaan. Artikkelit päättyy siihen, että lisääntyvä painotus preventionäkökulmaan pikkulasten mielenterveysinterventioissa on perusteltua ja toivottavaa.

(Fonagy, Peter 1998: Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy.)

(41) *Tutkimuskatsaus lasten mielenterveysongelmia käsittelevistä interventioista*

Fonagy (1998) korostaa varhaisen ennaltaehkäisevän puuttumisen tärkeyttä lasten psykopatologioiden vähentämisessä. Tämä artikkeli vetää yhteen laajan raportin viimeisimmistä tuloksista koskien imeväis- ja taaperoikäisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä, ja tutkiskelee klinisiä interventioita. Tutkimuskatsauksen fokuksena on lasten mielenterveysongelmia käsittelevät interventiot. Katsauksessa interventioita muun muassa tarkastellaan niiden käyttämän psykologisen taustateorian mukaan. Katsauksessa tarkastellaan ja vertaillaan myös muita seikkoja, kuten interventioiden tehokkuutta, kohdistamista, toteuttamistapaa, ajoittamista, kestoa jne. Katsauksessa kysytään: 1. Mitkä interventiot ovat vaikuttavia ja mihin teorioihin ne perustuvat? 2. Pitäisikö interventioiden olla universaaleja vai kohdennettuja? 3. Onko paras työskennellä vanhemman vai lapsen kanssa, ja missä? 4. Kuka voi parhaiten auttaa vauvaperheitä? 5. Miten interventio tulisi ajoittaa ja miten kauan sen tulisi kestää? 6. Miten sitouttaa perheitä toimintaan?

Interventioissa näyttäisi olevan useita tarpeellisia, mutta ei yksinään riittäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat intervention onnistumiseen eli tässä tapauksessa tukevat lasten mielenterveyttä. Nämä tekijät voidaan jakaa primaarisiin, ”kynnys” tekijöihin, jotka toimivat ”kaikki tai ei mitään” periaatteella, sekä sekundaarisiin, ”hienosäätö” tekijöihin. Primaarisia tekijöitä ovat:

jaettu päätöstenteko vanhemman ja terapeutin/työntekijän välillä, vanhemman ja työntekijän välisen suhteen laatu, intervention ei-stigmatisoiva luonne, kulttuurinen tietoisuus/sensitiivisyys, joustavat puitteet/ajat, kriisiavun varmistaminen ennen muita interventiotavoitteita. Sekundäärisiä tekijöitä ovat: taustalla olevan teoreettisen mallin valinta, intervention ajoittamisen valinta, intervention tarjoamisen paikan valinta (koti, klinikka, yhteisöllinen sijainti), intervention toteuttajan valinta (ammattilainen, epävirallinen auttaja). Esimerkiksi jos kohtuullisen tyydyttävää terapeutista suhdetta ei saada rakennettua asiakkaan ja työntekijän välille, silloin intervention kestolla tai intensiivisyydellä ei todennäköisesti ole merkitystä lopputuloksen suhteen. Sama koskee sitä, jos interventiomalli epäonnistuu kohtaamaan vanhemman tarpeet, jos vanhempi ei ole mukana päätöksenteossa tai on erimielinen ohjelman tavoitteista. Jos interventio koetaan stigmatisoivaksi tai perheen kulttuurista taustaa ei oteta huomioon, silloin osallistuminen yleensä herpaantuu. Jos vanhemman/perheen kiireelliset perustarpeet, kuten asuminen tai ruoka, eivät ole turvattuja, estää tämä kriisi interventioon keskittymisen. Vaikuttaa siltä, että nämä primääriset tekijät liittyvät enimmäkseen osallistujien käsityksiin ja uskomuksiin intervention potentiaalisten vaikutusten tärkeydestä, ja jos niihin ei ulotuta vaikuttamaan, on vaikeaa saada aikaan muutosta käyttäytymisessä.

Tulevaisuudessa tulisi tutkia näiden primääristen ja sekundaaristen tekijöiden vuorovaikutusta ja kehittää toimiva systeemi interventioiden tarjoamiseen pikkulapsiperheille siten, että lasten emotionaalinen ja sosiaalinen kehitys turvattaisiin ja heidän tulevaisuudelleen saataisiin vankempi pohja. Monia uusia tapoja auttaa vanhempia ja lapsia ollaan kehittämässä (videoinnin käyttö, ryhmät, kotikäynnit, strukturoitu klinikkatyö) ja on mahdollista että tämän katsauksen johtopäätökset vahvistetaan tai kumotaan uuden tutkimuksen pohjalta. Tämän uuden työn luovuus ja joustavuus on sekä sen vahvuus että heikkous. Haasteena on yhdistää näiden lähestymistapojen positiiviset ominaisuudet täsmällisiin ja tiukkoihin tutkimusasetelmiin siten, että tutkimus tuottaa tuloksia, jotka johtavat parantuneeseen, ihmisten tarpeet tunnistavaan ja kohtaavaan palvelujen tarjontaan.

(Barnes, Jacqueline 2003: Interventions addressing infant mental health problems.)

(42) *Ohjelmat vauvojen ja taaperoiden vanhemmille: tuoretta näyttöä satunnaistetuista kokeista (Yhdysvallat)*

Ohjelmat pienten lasten vanhemmille pitävät sisällään lupauksia lasten elämänkulun parantamisesta sekä terveys- ja kehitysongelmien vähentämisestä ja sen myötä yhteiskunnan kulujen pienentämisestä. Toistaiseksi lupauksia ei ole lunastettu. Vanhemmuuteen kohdentuvien interventioiden potentiaalinen hyödyntäminen vaatisi huomattavia parannuksia nykyisiin käytäntöihin ohjelmien kehittämisessä ja tutkimisessa. Interventioiden kehittäminen parantuu jos kehittäjät ja tutkijat perustaisivat vanhemmuusinterventiot teoriaan ja epidemiologiaan ja pilotoisivat ne huolellisesti ohjelman toteuttamiskelpoisuuden, osallistujien sitoutumisen ja käyttäytymisen muutoksen varmistamiseksi, ennen kuin tutkivat ohjelmia satunnaistetuissa ja kontrolloiduissa koeasetelmissa. Vanhemmuusinterventioiden tutkimukset paranisivat jos ne sitoutuisivat satunnaistamisen korkeimpiin standardeihin, jos ne tutkisivat objektiivisesti mitattuja tuloksia kansanterveyden näkökulmasta, ja jos ne minimoisivat valikoitumista aiheuttavat tekijät, joiden tiedetään vaarantavan aineiston analyysin.

Vanhemmuusinterventioiden politiikka- (policy) ja käytäntösuositukset paranevat, jos ne perustuvat toistettaviin kontrolloituihin ja satunnaistettuihin koeasetelmiin, jos interventioita testataan erilaisissa konteksteissa elävillä erilaisilla populaatioilla, ja jos niitä tutkitaan ennen kuin ohjelmiin sijoitetaan julkisia varoja. Menettelytapoja tulee kehittää varmistamaan, että olennaiset elementit näyttöön perustuvista vanhemmuusohjelmista voidaan implementoida luotettavasti erilaisiin oloihin siten, että ne tuottavat tarkoitetun tuloksen. Tähän mennessä harvat ohjelmat

ovat täyttäneet nämä korkeat ohjelmalliset ja näytölliset standardit sillä seurauksella, että monet laajat politiikka-aloitteet riskiperheille ovat epäonnistuneet. Näyttö lisääntyy siitä, että jotkut ammattilaisten toteuttamat ohjelmat, erityisesti hoitajien toteuttamat kotikäyntiohjelmat raskaana oleville naisille ja pienten lasten vanhemmille, tuottavat toistettavia vaikutuksia lasten terveydelle ja kehitykselle, ja että näitä ohjelmia voi luotettavasti toteuttaa erilaisten väestöryhmien parissa ja erilaisissa oloissa.

(Olds, David L.; Sadler, Lois; Kitzman, Harriet 2007: Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials.)

Lopuksi: kuvaus erään integroidun hoito-ohjelman kehittämisestä

(43) *Kuvaus ympärivuorokautisen/asumisperustaisen (residential) hoito-ohjelman kehittämisestä kaksoisdiagnosoiduille naisille ja heidän lapsilleen (Yhdysvallat)*

Huumeiden ja alkoholin väärinkäyttö vaikuttaa Yhdysvalloissa miljooniin naisiin, äiteihin ja lapsiin. Päihderiippuvaiset äidit monimutkaisine ongelmineen ja lukuisine rinnakkais sairauksineen muodostavat ainutlaatuisen hoidollisen haasteen. Ylisukupolvinen riippuvuuden ja laiminlyönnin kierre on vaikea pysäyttää. Arkansasissa käynnistetty CARES -ohjelma (Center for Addiction Research Education and Services) perustettiin alun perin tarjoamaan hoitoa päihderiippuvaisille raskaana oleville ja synnyttäneille äideille ja heidän vauvoilleen. CARES kehittyi kuitenkin ympärivuorokautiseksi hoito-ohjelmaksi kaksoisdiagnosoiduille äideille ja heidän lapsilleen. Artikkelit tarjoaa kurkistuksen hoito-ohjelmaan ja siihen mitä opittiin matkan varrella.

Päihteiden väärinkäyttö on monimutkainen ylisukupolvinen sairaus. Alttius addiktiivisiin häiriöihin on perustaltaan sekä geneettistä että sosiaalisesti opittua. Monien addiktioista kärsivien naisten lapsuudenkodeissa vanhempien päihteidenkäyttö, rajojen rikkomiset ja laiminlyönti oli tavallista. On olemassa selkeästi osoitettu yhteys fyysisen, emotionaalisen ja seksuaalisen kaltoinkohdeltelun kohteeksi joutumisen sekä addiktiivisten ja mielenterveyden häiriöiden välillä raskaana olevilla ja synnyttäneillä naisilla. Vallitsee kasvava ymmärrys siitä, että mielenterveyden häiriöt ovat hyvin yleisiä addiktioihin hoitoa hakevien naisten keskuudessa. Rinnakkain esiintyvien päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien hoito on monimutkaista. Naiset usein itse lääkitsevät taustalla olevia mielenterveyden ongelmiaan päihteillä. Ilman samanaikaista mielenterveyden ongelmien hoitoa naiset helposti retkahtavat etsimään päihteistä helpotusta psykiatriin oireisiinsa. *Sekä päihdeongelman että mielenterveysongelmien hoitaminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen on erittäin tärkeää.* Molemmat ongelmat ovat yhteydessä alhaiseen hoitoon osallistumiseen ennen synnytystä, synnytyskomplikaatioihin sekä muihin psykososiaalisiin ongelmiin.

Integroidun hoito-ohjelman kehittyminen viitenä askeleena

1. Ensimmäinen askel: avohoitoa päihderiippuvuuteen

CARES perustettiin vuonna 1992 tarjoamaan kokonaisvaltaisia avohoidon palveluita raskaana oleville ja synnyttäneille päihdeongelmallisille naisille ja heidän lapsilleen. Alun perin hoito-ohjelmaan kuului raskaudenaikainen ja vastasyntyneen hoito, päivittäiset 12 askeleen addiktio ja retkahduksen ehkäisyryhmät, vanhemmuuskasvatus, tilanteen kartoitus ja palveluihin ohjaus (case management), kuljetus, kirkollinen päivähoito (church-style nursery), terveystieteiden ja -seulonta äideille ja lapsille. Palveluja tarjosi erikoistunut hoitaja (an advanced practise nurse), seksuaalisen hyväksikäytön kysymyksiin erikoistuneet kättilöt (nurse midwives), perinatologi, pediatri, maisteritason sosiaalityöntekijä, alkoholi- ja huumeuvoja (certified alcohol and drug counsellor), vanhemmuuskouluttaja (parenting educator) ja case manager.

Haasteet: Päihderiippuvuudesta toipumaan pyrkivät asiakkaat kohtasivat ylipääsemättömiä haasteita joka ilta, kun he palasivat hoidosta kaoottisiin kotiympäristöihinsä. Heidän ohjelmaan osallistumisensa oli satunnaista ja keskeyttämistaso korkea.

2. Toinen askel: ympärivuorokautinen/asumisperustainen hoito

Vuonna 1993 CARES tarjosi turvallisen, huumeettoman ryhmäasumismahdollisuuden kahdeksalle hoidossa olevalle äidille ja heidän lapsilleen (ikä 0–3 v.). Yliopiston henkilöstö tarjosi ammatillisia hoitopalveluita maanantaista perjantaihin ja yhteisöperustainen organisaatio tarjosi

sopimuksenmukaista asumisen valvontaa sekä ilta-, yö- ja viikonloppuhoitoa. Päivittäinen hoitoon osallistuminen parani ja keskeyttämistaso laski. Asumispalvelun myötä lasten ikärajaa pystyttiin nostamaan (0–5-v.) ja ohjelmasta tuli myös lailliset oikeudet omaava lastenhoidon tarjoaja. Toisin kuin monissa muissa ohjelmissa, mukaan otettavien lasten määrää ei rajoitettu eikä osallistujilta edellytetty odotusjaksoa ennen hoitoon pääsyä.

Haasteet: Huumeettomuudesta huolimatta ryhmäasunnot olivat kaoottisia, johtuen osin äitien rajoittuneista elämän ja vanhemmuuden taidoista ja osin henkilökunnan puutteellisista taidoista tukea hoivaavaa ja kehityksellisesti sopivaa vanhemmuutta ryhmäasumisen oloissa. Ohjelman ammatillisen henkilöstön sekä puoliammatillisen (paraprofessional) asuntolahenkilöstön välillä oli myös kommunikaatio-ongelmia sekä erimielisyyksiä noudatettavista hoitofilosofioista. Noin kahden kolmasosan äitiensä kanssa hoitoon tulevista lapsista arvioitiin kärsivän kehitysviivästy- mistä. Käyttäytymisongelmat olivat lapsilla tavallisia ja monet kärsivät ongelmista, jotka juontuivat siitä, että heidän terveydellisiä, ravitsemuksellisia ja emotionaalisia tarpeitaan ei oltu kohdattu.

3. Kolmas askel: Lasten palvelujen vahvistaminen

Vuonna 1995 ohjelman kohdeväestö laajeni kattamaan äidit ja heidän 0–12-vuotiaat lapsensa. Seuraavana vuonna CARES aukaisi laillistetun lastenhoitopalvelun 3–12-vuotiaille lapsille, joka piti sisällään koululaisten iltapäivähoidon sekä loma- ja kesäpäivähoidon. Pystyäkseen tarjoamaan tarpeenmukaista kouluperustaista lastenhoitoa sekä tarpeenmukaisia terapeutteja palveluja, CARES haki yhteistyökumppaneita muista ohjelmista ja tutkimuskeskuksista. Vuonna 2001 CARESista tuli Medicaid hankkija (Medicaid provider) lasten terveyspalveluihin, mikä teki mahdolliseksi rahoittaa varhaislapsuuden erityisopetusta, terapioiden ja terveydenhoitoa 0–5-vuotiaille lapsille. Lapsista tuli asiakkaita ja oikeutettuja palveluihin riippumatta äitinsä hoitostatuksista. Vanhemmuuskasvatuksesta tuli keskeinen asia ja CARES sai hallinnoitavakseen asumispalvelut. Tämä paransi puoliammatillisen asuntolahenkilökunnan pätevyyttä, koulutusta ja korvauksia. Asuntolahenkilöstölle opetettiin lapsen kehitystä, käyttäytymisen hallintastrategioita sekä ennaltaehkäisyä ja varhaisen puuttumisen strategioita. Toipuvat äidit oppivat vanhemmuuden perustaitoja. Vanhemmuuskouluttaja opetti strukturoituja perherutiineja ja helpotti tehokkaiden vanhemmuustaitojen käyttöä asuntolaympäristössä.

Haaste: Päihderiippuvuushoidon ja mielenterveydenhoidon integraatio jäi yhä ongelmalliseksi huolimatta dramaattisista parannuksista asumisjärjestelyissä ja lasten palveluissa.

4. Neljäs askel: Kokonaisvaltaisen mielenterveyshoidollisen ja päihderiippuvuushoidollisen lähestymistavan integrointi

Yhä enemmän sekä mielenterveyden ongelmista että päihdeongelmista kärsiviä naisia tuli hoitoon. Vuonna 1995 CARESista tuli lailliset oikeudet omaava mielenterveyspalvelu ja oikeutettu Medicaid korvauksiin ryhmä- ja yksilöterapiasta. Psykiatrisen hoidon tarpeessa olevat asiakkaat kuljetettiin yliopiston psykiatriselle klinikalle arviointiin. Hoitotiimin ja konsultoivan psykiatrin välillä ei ollut olemassa toimivia kommunikaatiomekanismeja ja -rakenteita. Siten asiakas palasi CARESiin mukanaan hyvä arvaus psykiatrisesta diagnoosistaan ja usein resepti kalliista lääkkeestä, jota hänellä ei ollut mahdollisuuksia maksaa.

Tammikuussa 2000 psykiatrisesta hoidosta tuli kiinteä osa ohjelmaa. Mielenterveyden rinnakkaisongelmien hoito muuttui oheen liitetystä palvelustrategiasta integroiduksi paikan päällä tapahtuvaksi kaksoisdiagnoosien hoitomalliksi, jota johti ryhmä päihdeongelmiin erikoistuneita psykiatreja. Lääkkeiden saantia helpotettiin hankkimalla lääkkeitä paikan päälle. Lääkkeitä varastoitiin ja jaettiin asianmukaisesti Medical centerin ohjeiden mukaan. Ohjelma ei kehittynyt ongelmitta. *Hyvin erilaisista taustoista tulevien ammattilaisten, jotka eivät olleet tottuneet työskentelemään yhdessä, odotettiin rakentavan keskinäisen luottamuksen sekä ymmärryksen toistensa*

opinaloista. Puoliammatillisen (paraprofessional) henkilöstön (joista monet olivat kuntoutuvia päihdeongelmaisia) keskuudessa oli paljon vastustusta uudistuksille. Myös huumeuvojat (drug counsellors) vastustivat uudistuksia, koska he usein tulkitsivat primaarit psykiatriset oireet (kuten post-traumaattisen oireyhtymän, manian tai vakavan masennuksen) huumehakuiseksi käyttäytymiseksi. Tämän ongelman ratkaisemiseksi henkilökuntaa koulutettiin tarmokkaasti psykiatrisista häiriöistä, niiden oireista ja hoidosta, korostaen että psyykenlääkkeet eivät yleensä ole riippuvuutta aiheuttavia.

Erilaiset hoidolliset lähestymistavat törmäsivät toisiinsa rajusti. Addiktioneuvojat (Addiction counsellors), jotka olivat tottuneet karskeihin yhteenottoihin päihteitä käyttävien asiakkaidensa kanssa, miellettiin ankariksi ja epäterapeuttisiksi mielenterveysammattilaisten keskuudessa, jotka puolestaan vaikuttivat hempeiltä ja naiiveilta addiktioneuvojien silmissä. Kuukausien keskustelujen ja vastavuoroisen perehdyttämisen jälkeen erimielisyydet lievenivät. Toinen riita syntyi aikuisten ja lasten mielenterveysammattilaisten välillä. Lasten terapeutit tunsivat aluksi raivoa päihteistä riippuvaisia äitejä kohtaan, joiden heikko vanhemmuus usein aiheutti syviä emotionaalista arpia heidän lapsilleen. Lasten ja aikuisten terapeuteille perustettiin yhteisiä perhehoitotiimejä ja jatkuva kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin kierre päihteistä riippuvaisten äitien elämässä tehtiin näkyväksi. *Päihderiippuvaisia äitejä ei enää tulkittu ”pahoiksi”, vaan ymmärrettiin, että he ovat itse kohdanneet samanlaista kaltoinkohtelua varttuessaan.* Tämä teki lastenterapeuteille helpommaksi käyttää perheterapiaa kierteen katkaisemiseksi.

Rajojen asettamisen monimutkaisuudet voimistuivat joka kerta kun äiti erotettiin hoidosta sääntöjen rikkomisen ja/tai toistuvien retkahdusten vuoksi. Tällaisissa tapauksissa otettiin yhteyttä lastensuojelupalveluihin ja lapset saatettiin sijoittaa sijaishuoltoon. Monissa tapauksissa pyrittiin järjestämään lasten hoidon jatkuminen CARESissa avohoitona. Kun monitieteelliset kommunikaatiosillat alkoivat toimia, tuli ilmeiseksi, että asuntolaympäristöön oli vaikuttanut voimakkaasti muutaman asiakkaan harjoittama splitting, (eli henkilöstön asettaminen toisiaan vastaan rajojen asettamisen välttämiseksi) ja toisten asiakkaiden kiusaaminen. Tämä käynnisti muutoksen kohti terapeuttisen yhteisön mallia. Luotiin käsikirja, jossa kuvattiin tarkasti monitieteellisiä tavoitteita ja päämääriä, joita tarvittiin seuraavalle oikeuksien ja velvollisuuksien tasolle edettäessä. Johdonmukainen rajojen asettaminen ja sääntöjenmukainen eteneminen yhtenäisen hoitotiimin voimin tuli hoito-ohjelman tärkeimmäksi koossapitäväksi voimaksi. Asiakkaille annettiin viikoittain rakentavaa palautetta tavoitteiden mukaisesta etenemisestä ja terapeuttisia haasteita niillä alueilla, jotka kaipaivat kasvua ja kehitystä.

Haaste: Kun riippuvuus- ja mielenterveysongelmien hoidon koordinointi parani, naiset ja lapset olivat usein poissa hoito-ohjelmasta johtuen heidän fyysiseen terveyteensä liittyvien tarpeiden kohtaamattomuudesta.

5. Viides askel: Terveydenhuollon integrointi

Hyväksyntä Medicaid -korvaukselle saatiin, mikä mahdollisti terveydenhoitajan palkkaamisen ohjelmaan tarjoamaan lisääntymisterveys- ja lasten terveyspalveluja. Ennen tätä monet naiset kävivät yliopiston kampuksen lääkäreillä laiminlyötyjen sairauksien arvioinnissa ja hoidossa. Jotkut palasivat näiltä lääkärikäynneiltä tuntien itsensä syyllistetyksi huumeiden käytöstään. Somaattiset vaivat olivat heillä tavallisia ja ne olivat usein oireita tukahdutetuista tunteista. Perustettiin viikoittain kokoontuva mielen ja ruumiin terveyteen keskittyvä ryhmä hoidossa oleville naisille ja sitä johti addiktioihin perehtynyt psykiatri (jolla oli kokemusta sekä psykosomaattisesta lääketieteestä että lastenpsykiatriasta). Ryhmätoiminta piti sisällään kasvatuksellisia ja terapeuttisia interventioita liittyen: mielen ja ruumiin terveyteen, sairauksiin ja niiden hoitoon, tunteiden ilmaisemiseen sopivalla tavalla, ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon, vanhemmuuteen ja moniin muihin hoidon kannalta relevantteihin aiheisiin. Myös henkilökuntaa koulutettiin ja erikoistuvat

lääkärit osallistuivat mielen ja ruumin terveyden ryhmiin. Henkilökunta ja erikoistuvat lääkärit oppivat toipuvilta äideiltä addiktioista ja niistä toipumisesta.

Haaste: Yli 80 prosenttia hoitoon tulevista naisista kärsi myös nikotiiniriippuvuudesta ja heidän lapsensa kärsivät tupakan savulle altistumisesta. Naiset olivat riippuvaisia tupakkatauoista stressin vähentäjinä, mikä häiritsi toipumista ja vanhemmuutta. Vuonna 1995 alettiin valmistella siirtymistä tupakattomaan ohjelmaan siten, että tupakanpolto kiellettiin kampusalueella ja henkilökuntaa kannustettiin lopettamaan polttaminen, missä moni onnistuikin ja heistä tuli hyvä tuki myöhemmin tupakasta eroon pyrkiville asiakkaille. Tupakoinnin lopettamisen arviointiin olevan vaikeaa kaksoisdiagnoosista kärsiville asiakkaille ja sen jopa ajateltiin vaikeuttavan toipumista ja ohjelmassa pysymistä. Kansallisten tutkimusten mukaan noin 90 päivän mittainen hoito on minimipituus hyvien hoitotulosten saavuttamisen kannalta. Tupakointikielto ei näyttänyt vaikuttavan huomontavasti hoitotuloksiin tai hoidossa pysymiseen, mikä asettaa sen myytin kyseenalaiseksi, että tupakasta luopuminen on liian vaikeaa alkoholi- ja huumeriippuvuuden hoidon alkuvaiheessa.

Jatkuvia haasteita

Kotiuttamissuunnitelmien haasteena kovat rangaistuskäytännöt

Hoitonsa päätökseen saaneilla naisilla on usein alhaisen koulutustasonsa vuoksi vaikeuksia saada sellaista työtä, josta saatava palkka kattaa elinkustannukset ja riittävän sairausvakuutuksen. Lisäksi monet eivät ole oikeutettuja tukiin ja tukipalveluihin, johtuen heidän aiemmista huumetuomiostaan. (Arkansasissa on otettu huumeiden kitkemiseksi käyttöön sellainen ankara politiikka, että huumeiden valmistukseen ja välittämiseen syyllistyneiltä evätään koko loppuelämäksi muun muassa oikeus rahalliseen tukeen, ruokakuponkeihin ja lastenhoitokuponkeihin (!).) Ilman jatkuvia tukipalveluja monet naiset eivät voi saada hoitoa ongelmiansa taustalla vaikuttaviin psykiatrisiin häiriöihin. Psykiatristen oireiden jatkuminen lisää olennaisesti riskiä retkahdukseen. Päihderiippuvuudestaan toipuvien naisten on vaikeaa myös löytää sellaisia turvallisia, edullisia, huumeettomia asumisolosuhteita, jotka sijaitsisivat lähellä heidän sellaisia sosiaalisia verkostojaan, joista on mahdollista saada tukea kuntoutumisessa. Vankilat ovat täynnä päihderiippuvaisia äitejä, joiden lapset ohjautuvat jo ennestään ylikuormitettuun sijaishuoltojärjestelmään. Suurella osalla näistä lapsista on (kalliita) erikoistarpeita, joihin sijaisvanhemmat eivät pysty vastaamaan. Tämä vangitsemiseen perustuva menettelytapa ei auta ylisukupolvisen riippuvuuden ja kaltoinkohtelun kierteen katkaisussa. Vaikuttaisi kustannustehokkaammalta suunnitella rahoitusmekanismi tukemaan tuomioistuinten sitoutumista ohjaamaan päihderiippuvalaiset naiset ja heidän lapsensa integroituihin hoito-ohjelmiin vankilan sijaan. Siellä heiltä tulisi vaatia toimivan vanhemmuuden opettelua, ja ongelmien taustalla vaikuttavien mielenterveys- ja riippuvuusongelmien arviointiin ja hoitoon osallistumista ja sitoutumista. Valitettavasti nykytilanteessa ei ole olemassa koordinoitua rahoitusjärjestelmää, joka tukisi tällaista integroitua hoitomallia. CARES on yhä olemassa omistautuneen ja uutteran projektijohtajan ansiosta, joka väsymättä etsii erilaisia väyliä rahoitukselle apurahoja hakien sekä etsien palvelujen korvauksia erilaisten Medicaid- ja lastenhoito-ohjelmien kautta. Integroitu hoidollinen lähestymistapa voisi säästää yhteiskunnan varoja hoidotta jääneiden ongelmien seurauksien hoitamiselta (esim. ennenaikaiset syntymät, astma, sijaishuolto, psykiatrisen sairaalahoidon, vankeus jne.)

Henkilöstön loppuun palaminen

Päihderiippuvaisten äitien ja heidän lastensa hoitamisen taakka on musertava. Hoito-ohjelmat kohtaavat kroonisia ongelmia, kuten alimiehityksen ja työntekijöiden vaihtuvuuden. Työ on

emotionaalisesti uuvuttavaa ja uupumusta lisää näiden kipeästi tarvittujen palvelujen epävarma rahoituspohja sekä jatkuva tarve oikeuttaa niiden olemassaolo.

Tulevaisuus

Poliittisten päättäjien ja terveydenhuollon väen on yhä tärkeämpää *ymmärtää paremmin fyysisen, emotionaalisen ja seksuaalisen kaltoinkohtelun välinen yhteys ja niiden seuraukset*, jotka lisäävät huomattavasti riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin ja riippuvuussairauksiin. Terveyspalvelujen tarjoajien tulisi tunnistaa näistä ongelmista kärsivät ja ohjata heidät monitieteellisiin hoito-ohjelmiin siten, että tehokas interventio perhesysteemin hoitamiseksi voi tapahtua, jotta ylisukupolvinen kaltoinkohtelun ja päihderiippuvuuden kehä saataisiin pysäytetyksi.

(Worley, Linda L. M. & Connors, N. A. & Crone, C. C. & Williams, V. L. & Bokony, P. A. 2005: Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children.)

Lähteet

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet

- Aber, J. Lawrence & Jones, Stephanie & Cohen, Jennifer (2000). The impact of Poverty on the Mental Health and Development of Very Young Children. Teoksessa Zeanah, Charles H. Jr. (ed.) 2000. *Handbook of Infant Mental Health*. 2nd ed. Guilford Press, New York and London. 113–125.
- Barnes, Jacqueline (2003). Interventions addressing infant mental health problems. *Children and Society*; 17 (5) Dec 2003, pp. 386–395.
- Cerezo, M. Angeles & Pons-Salvador, Gemma (2004). Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social school professionals. *Child Abuse & Neglect*; Nov2004, Vol. 28 Issue 11, p1153, 17p.
- Dale, Peter & Green, Richard & Fellows, Ron (2002). Serious and Fatal Injuries to Infants with Discrepant Parental Explanations: Some Assessment and Case Management Issues. *Child Abuse Review*; Sep/Oct2002, Vol. 11 Issue 5, p296, 17p.
- Davidson-Arad, Bilha & Englechin-Segal, Dorit & Wozner, Yochanan (2003). Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 27, Issue 7, July 2003, pp. 733–750.
- DePanfilis, Diane & Zuravin, Susan J. (1999). Predicting Child Maltreatment Recurrences During Treatment. *Child Abuse & Neglect*; Aug1999, Vol. 23 Issue 8, p729, 15p.
- Eisen, Marvin & Keyser-Smith, Jennifer & Dampeer, Joyce & Sambrano, Soledad (2000). Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: Findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviors*, Vol 25(1), Jan-Feb 2000. pp. 123–129.
- Erickson, Martha Farrell & Kurz-Riemer, Karen (1999). *Infants, Toddlers, and Families: A Framework for Support and Intervention*. Guilford Press, New York.
- Flynn, Linda (1999). The Adolescent Parenting Program: Improving Outcomes Through Mentorship. *Public Health Nursing*; Jun1999, Vol. 16 Issue 3, p182, 8p.
- Fonagy, Peter (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 19(2), Sum1998, pp. 124–150.
- Fraser, Jennifer A. & Armstrong, Kenneth L. & Morris, Jeanette P. & Dadds, Mark R. (2000). Home Visiting Intervention for Vulnerable Families with Newborns: Follow-up Results of a Randomized Controlled Trial. *Child Abuse & Neglect*; Nov2000, Vol. 24 Issue 11, p1399, 31p.
- Gray, Jane & Spurway, Patricia & McClatchey, Maureen (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*; May2001, Vol. 25 Issue 5, p641, 15p.
- Guterman, Neil B. (1997). Early Prevention of Physical Child Abuse and Neglect: Existing Evidence and Future Directions. *Child Maltreatment*, Feb1997, 2, 1, 12–34.
- Honig, Alice Sterling & Morin, Christine (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 21(4), Sum 2001. pp. 447–454.
- Huebner, Colleen E. (2002). Evaluation of a Clinic-Based Parent Education Program to Reduce the Risk of Infant and Toddler Maltreatment. *Public Health Nursing*; Sep2002, Vol. 19 Issue 5, p377, 13p.
- Huston, C. & Armstrong, K. & Kennedy, S. (1999). Home visiting family therapy for children at risk. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*; 20 (1) Mar 1999, p. 41–5.
- Itzhaky, Haya & York, Alan S. (2001). Child sexual abuse and incest: community-based intervention. *Child Abuse & Neglect*; Jul 2001, Vol. 25 Issue 7, p960, 14p.
- Iwaniec, D. (1997). An overview of emotional maltreatment and failure-to-thrive. *Child Abuse Review*; 6 (5) Dec 1997, p. 370–88.
- Jones, David P. H. (2002). Parents with substance use problems and their infants. *Child Abuse & Neglect*, Vol 26(1), Jan 2002. pp. 93–95.
- Kirwan, Ann (1998). *Brighter Babies, Stronger Families: How Home Visitors Help Families Grow Together*. An Ounce of Prevention Fund Paper. 1998, 7p.
- Lutzker, John R. & Bigelow, Kathryn M. & Doctor, Ronald M. & Kessler, Maria Lynn (1998). Safety, health care, and bonding within an ecobehavioral approach to treating and preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, Vol 13(2), Jun 1998. pp. 163–185.
- Macleod, Jennifer & Nelson, Geoffrey (2000). Programs for the Promotion of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: a Meta-Analytic Review. *Child Abuse & Neglect*; Sep2000, Vol. 24 Issue 9, p1127, 23p.
- McGuigan, William M. & Pratt, Clara C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*; Jul2001, Vol. 25 Issue 7, p869, 15p.
- McGuigan, William M. & Vuchinich, Samuel & Pratt, Clara C. (2000). Domestic Violence, Parents' View of Their Infant, and Risk for Child Abuse. *Journal of Family Psychology*; Dec2000, Vol. 14 Issue 4, p613, 12p.

- Milan, Stephanie & Lewis, Jessica & Ethier, Kathleen & Kershaw, Trace & Ickovics, Jeannette R. (2004). The Impact of Physical Maltreatment History on the Adolescent Mother-Infant Relationship: Mediating and Moderating Effects During the Transition to Early Parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol 32(3), Jun2004. pp. 249–261.
- Moore, Elizabeth & Armsden, Gay & Gogerty, Patrick L. (1998). A Twelve-Year Follow-Up Study of Maltreated and At-Risk Children Who Received Early Therapeutic Child Care. *Child Maltreatment*, Feb1998, 3, 1, 3–16.
- Munro, Eileen (1999). Common Errors of Reasoning in Child Protection Work. *Child Abuse & Neglect*; Aug1999, Vol. 23 Issue 8, p745.
- Nair, Prasanna & Schuler, Maureen E. & Black, Maureen M. & Kettinger, Laurie & Harrington, Donna (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 27, Issue 9, September 2003, p. 997–1017.
- Naughton, Aileen & Heath, Alan (2001). Developing an Early Intervention Programme to Prevent Child Maltreatment. *Child Abuse Review*; Mar/Apr2001, Vol. 10 Issue 2, p85, 12p.
- O'Brien Caughy, Margaret & Huang, Keng-Yen & Miller, Therese & Genevro, Janice L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 19, Issue 4, 4th Quarter 2004, p611–630.
- Olds, David L. & Kitzman, Harriet (1990). Can Home Visitation Improve the Health of Women and Children at Environmental Risk? *Pediatrics*. July 1990, Vol. 86, No 1, p108, 9p.
- Olds, David L. & Kitzman, Harriet & Cole, Robert & Robinson, JoAnn & Sidora, Kimberly & Luckey, Dennis W. & Henderson, Charles R. & Hanks, Carole & Bondy, Jessica & Holmberg, John (2004). Effects of Nurse Home-Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial. *Pediatrics*, Dec2004, Vol. 114 Issue 6, p1550–1559.
- Olds, David L. & Sadler, Lois & Kitzman, Harriet (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Mar2007, Vol. 48, issue 3–4, p355–391.
- Pajulo, Marjaterittu & Savonlahti, Elina & Piha, Jorma (1999). Maternal substance abuse: Infant psychiatric interest: A review and a hypothetical model of interaction. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, Vol 25(4), Nov 1999. pp. 761–769.
- Porter, Luz S. & Porter, Brian O. (2004). A Blended Infant Massage-Parenting Enhancement Program for Recovering Substance-Abusing Mothers. *Pediatric Nursing*; Sep/Oct2004, Vol. 30 Issue 5, p363, 11p.
- Reijneveld, Sijmen A. & Van der Wal, Marcel F. & Brugman, Emily & Sing, Remy A. Hira & Verloove-Vanhorick, S. Pauline (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*; 10/9/2004, Vol. 364 Issue 9442, p1340, 3p.
- Sanders, Tom & Copley, Cathy & Coles, Lisa & Kemp, Alison (2003). Factors affecting clinical referral of young children with a subdural haemorrhage to child protection agencies. *Child Abuse Review*; Nov/Dec2003, Vol. 12 Issue 6, p358, 16p.
- Schuler, Maureen E. & Nair, Prasanna & Black, Maureen M. & Kettinger, Laurie (2000). Mother-Infant Interaction: Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use. *Journal of Clinical Child Psychology*; Sep2000, Vol. 29 Issue 3, p424, 8p.
- Seneviratne, Gertrude & Conroy, Sue & Marks, Maureen (2003). Parenting Assessment in a Psychiatric Mother and Baby Unit. *The British Journal of Social Work*, 2003, 33, 4, June, 535–555.
- Stevens-Simon, Catherine & Nelligan, Donna & Kelly, Lisa (2001). Adolescents at risk for mistreating their children Part II: a home- and clinic-based prevention program. *Child Abuse & Neglect*; Jun2001, Vol. 25 Issue 6, p753, 17p.
- Street, K. & Harrington, J. & Chiang, W. & Cairns, P. & Ellis, M. (2004). How great is the risk of abuse in infants born to drug-using mothers? *Child: Care, Health and Development*; 30 (4) Jul 2004, pp. 325–352.
- Suchman, Nancy & Mayes, Linda & Conti Joanne & Slade, Arietta & Rounsaville, Bruce (2004). Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 27(3), Oct 2004. pp. 179–185.
- Walsh, Christine & MacMillan, Harriet L. & Jamieson, Ellen (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*; Dec2003, Vol. 27 Issue 12, p1409, 17p.
- Worley, Linda L. M. & Connors, N. A. & Crone, C. C. & Williams, V. L. & Bokony, P. A. (2005). Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children. *Archives of Women's Mental Health*, Vol 8(2), 2005. pp. 105–111.
- Zeanah, Charles H. Jr. (Ed.) (2000). *Handbook of Infant Mental Health*. 2nd Edition. Guilford Press, New York and London.

Muut lähteet

- Alasoini, Tuomo (2006). Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) (2006). Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Helsinki. 35–52.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko & Arnkil, Robert (2005). Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Yhteiskunta-politiikka 70 (2005):6, 639–649.
- Bardy, Marjatta & Öhman, Kaisa (toim.) (2005). Vauvaperhetyön kehittäminen lastensuojelussa – Työpäperi keskusteluun osana valtakunnallista lastensuojelun kehittämisohjelmaa. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/2ffac049-4d82-4150-a229-dc6e2c891fd5/Vauvaperhetyokooste.pdf>
- Halmesmäki, Erja & Kahila, Hanna & Keski-Kohtamäki, Ritva & Iisakka, Teija & Bäckmark-Lindqvist, Gunne & Haukkamaa, Maija (2007). Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Suomen lääkärilehti 11/2007; 62: 1151–1154.
- Kalavainen, Susanna (toim.) (2005). Ensikodin päiväryhmät. Kuvaus lastensuojelun vauvaperhetyön kehittymisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 34. Helsinki.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena (2004). Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.
- Leiman, Mikael (2004). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Katsaus. Duodecim 2004;120(22): 2645–53.
- Määttänen, Kirsti (1998). Dialogisesta vauvavoimistelusta lasten pahoinpitelyn varhaispreventioon. Stakes, Aiheita 22/1998. Helsinki.
- Määttänen, Kirsti (2005). Dialoginen vauvatanssi kehityksen edistäjänä. Stakes, Aiheita 2/2005. Helsinki.
- Ollila, Anneli & Strengell, Paula & Vahtola, Maria & Taipale, Sinikka & Alaja, Riitta (2006). Raskaana olevien ja vauvaperheiden projektitoiminta 2.6.2002–31.12.2005. Tampereen yliopistollinen sairaala, päihdepsykiatrian poliklinikka.
- Pajulo, Marjukka (2004). Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. Duodecim 120: 2543–2548.
- Pajulo, Marjukka (2005). Äiti- ja lapsisuhteen vahvistaminen ja sen merkitys päihdeongelman hoidossa. Olemmeko valmiita muuttamaan ajattelutapaamme. Pääkirjoitus Duodecim 121:341–2.
- Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) (2006). Kehittämistyön risteyskiä. Stakes. Helsinki.
- Suutari, Virpi (2007). Äiti hukassa. Artikkelit Helsingin Sanomien Kuukausiliitteessä. Helmikuu/2007.
- Törrönen, Hannele (1998). Ehjänä perille. Kokemuksia lastensuojelun vauvatyön kehittämisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 18. Helsinki.
- Törrönen, Hannele (2005). Yhdessä päin nyhköttä. Muistiinpanoja ensikodin päiväryhmätyön kehittämisestä. Teoksessa Kalavainen, Susanna (toim.) (2005). Ensikodin päiväryhmät. Kuvaus lastensuojelun vauvaperhetyön kehittymisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 34. Helsinki. 15–27.
- Westman, Riikka & Haverinen, Riitta & Ristikartano, Veera & Koivisto, Juha & Malmivaara, Antti (2005). Perheinterventioiden vaikuttavuus: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. FinSoc arviointiraportteja 5/2005. Stakes. Helsinki.

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2007

TERVE SOS 2007 -koulutustapahtuman luentolyhennelmät
Työpapereita 12/2007 Tilausno T12/2007

Tero Tammisalo: Tietoturvakoulutuksen esitysmateriaali. Luennoitsijan muistiinpanot
Työpapereita 11/2007 Tilausno T11/2007

Marita Päivärinne: Terveysvaikutusten arviointi Salossa. Uuden menetelmän omaksuminen päätöksentekoon
Työpapereita 10/2007 Tilausno T10/2007

Tuija Portell & Maili Malin: Taustaa varhaiskasvatuksen laatukatsaukselle
Työpapereita 9/2007 Tilausno T9/2007

Tarja Itkonen, Kaija Lindman, Harriet Corin, Anja Noro (toim.): Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä
Työpapereita 8/2007 Tilausno T8/2007

Minna Harjajärvi, Irma Kiikkala, Sami Pirkola: Puolitoista vuotta tsunamin jälkeen. Aasian luonnonkatastrofin seuraamusten psykososiaalinen hoito Suomessa
Työpapereita 7/2007 Tilausno T7/2007

Matti Ojala, Ilkka Saario: Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti
Työpapereita 6/2007 Tilausno T6/2007

Kaija Lindman, Harriet Finne-Soveri, Sinikka Salo, Mauno Konttinen, Päivi Voutilainen ja Anja Noro: Vertailemalla yhteistyötä. Matkakertomus ja pilottitutkimus Sendaista
Työpapereita 5/2007 Tilausno T5/2007

Mieli 2007. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit
Työpapereita 4/2007 Tilausno T4/2007

Matti Mäkelä, Unto Häkkinen, Bengt Juslin, Päivi Koivuranta-Vaara, Antti Liski, Matti Lyytikäinen, Juha Laine: Sairaalasta kotiin asti. Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksoketjut pääkaupunkiseudun kunnissa
Työpapereita 3/2007 Tilausno T3/2007

Jan Klavus (toim.): Terveystaloustiede 2007
Työpapereita 2/2007 Tilausno T2/2007

Maija Ritamo (toim.): X Terve Kunta -päivät. 23.–24.1.2007, Paasitorni, Helsinki
Työpapereita 1/2007 Tilausno T1/2007