http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/525/

VAMMAISTEN LASTEN VANHEMPIEN ATTRIBUUTIOTULKINNAT, TUNNETILAT JA MASENNUS

Susanna Kraft

Sanna Lehtonen

Erityispedagogiikan pro gradu

Syksy 1997

Erityispedagogiikan laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vammaisten lasten vanhempien hyvinvointia; syy- ja kuntoutustulkintojen merkitystä masennuksen selittäjinä. Tutkimuksen malli kehitettiin Weinerin (1985, 1986) attribuutioteorian pohjalta. Oletuksena oli, että äitien ja isien syytulkinnat, odotukset (kehittymisestä ja kuntoutumisesta) ja kuntoutustulkinnat vaikuttavat tunnetiloihin ja ne taas masennukseen. Tutkimuksen avulla haluttiin saada lisää tietoa vanhempien tukemisen kehittämistä varten tutkimalla vanhempien attribuutiotulkintojen merkitystä hyvinvoinnin selittäjinä.

Tutkimukseen osallistui 159 äitiä ja 148 isää, joilla oli CP- tai kehitysvammainen alle 16 -vuotias lapsi. Äidit olivat iältään keskimäärin 38.28 ja isät 40.74 vuotta. Syy- ja kuntoutustulkintoja ja tunnetiloja tutkittiin likert -asteikollisilla mittareilla. Masennusta tutkittiin Beck Depression Inventory -mittarilla.

Tulosten mukaan vanhemmat, jotka syyttivät itseään tai muita lapsen vammautumisesta, raportoivat kokevansa useammin kielteisiä tunnetiloja. Mitä enemmän vanhemmat odottivat lapsensa kehittymiseltä ja kuntoutumiselta, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja. Äitien tekemät kuntoutustulkinnat eivät liittyneet tunnetiloihin. Isien vastuun ottaminen kuntoutuksesta ja opetusasioista johti siihen, että isät kokivat useammin myönteisiä ja harvemmin kielteisiä tunnetiloja. Mitä harvemmin vanhemmat kokivat myönteisiä tunnetiloja ja mitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä masentuneempia he olivat. Syy- ja kuntoutustulkintojen ja masennuksen välille löytyi myös suoria yhteyksiä. Mitä enemmän vanhemmat syyttivät itseään lapsen vammautumisesta, sitä masentuneempia he olivat. Lisäksi isien muiden syyttäminen oli yhteydessä suurempaan masennukseen. Isillä myös vastuun ottaminen lapsen kuntoutuksesta ja opetuksesta oli yhteydessä alhaiseen masennukseen.

Tuloksien perusteella voidaan todeta, että tutkimuksen teoreettinen malli toimi suuntaa-antavasti. Äitien ja isien mallit erosivat joiltakin osin toisistaan. Lisäksi syytulkinnat ja masennus olivat yhteydessä. Tällöin ammatti-ihmisten tulisi huomioida vanhempien itsen ja muiden syyttäminen, jotta masentuminen saataisiin vähenemään.

Avainsanat: vanhemmat, vammaisuus, kausaaliattribuutiot, itsesyytökset, muiden syyttäminen, tunteet, masennus

SISÄLTÖ

1 VANHEMMUUS JA LAPSEN VAMMAISUUS 1

2 VAMMAISTEN LASTEN VANHEMPIEN HYVINVOINTI 4
2.1 Stressi ja sopeutuminen 4
2.2 Masennus 6
2.2.1 Masennuksen kognitiivinen malli 6
2.2.2 Vammaisten lasten vanhempien masennus 8

3 KAUSAALIATTRIBUUTIOT 12
3.1 Weinerin attribuutiomallin perusrakenne 12
3.2 Attribuutiotulkinnat 14
3.3 Vammaisten lasten vanhempia koskevia attribuutiotutkimuksia 15
3.4 Kognitiot, tunteet ja masennus 20

4 TUTKIMUKSEN ONGELMAT 25

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 27
5.1 Näytteen kokoaminen 27
5.2 Tutkimusryhmän kuvaaminen 27
5.3 Muuttujat ja niiden mittaaminen 30
5.4 Tutkimuksen luotettavuus 33
5.4.1 Reliabiliteetti 33
5.4.2 Validiteetti 36
5.5 Aineiston analysointi 44

6 TULOKSET 45
6.1 Vanhempien syytulkinnat, odotukset ja kuntoutustulkinnat 45
6.2 Vanhempien tunnetilat 45
6.3 Vanhempien masennus 46

6.4 Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys taustamuuttujiin ... 47
6.4.1 Lapsen ikä, toimintakyky, äidin ja isän ikä, perheen nettotulot ja lasten lukumäärä ... 47
6.4.2 Yhdessä tai yksin asuminen ... 50
6.4.3 Lapsen sukupuoli ... 51
6.4.4 Lapsen kehitysvammaisuus ... 53
6.4.5 Äidin ja isän ammatillinen koulutus ... 55
6.5 Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteydet ... 58

7 POHDINTA ... 63

LÄHTEET ... 69

LIITTEET ... 80

1 VANHEMMUUS JA LAPSEN VAMMAISUUS

Vanhempana oleminen vammaisen lapsen perheessä voi olla aika ajoin raskasta. Vanhemmuudessa käydään läpi suruja, sopeutumista, stressiä ja masennusta, mutta myös iloja, toivoa, onnistumisia ja onnea ihan niin kuin muissakin perheissä. Muun muassa vammaisten lasten perheiden rutiinit, elämäntilanne, vuorovaikutus, avioliiton onnellisuus, lapsen hoito ja ominaisuudet ovat olleet suosittuja tutkimuksen kohteita. Ominaista tutkimuksille on ollut, että niissä lähdetään perheiden ongelmista käsin. On ajateltu, että ongelmiin voidaan vaikuttaa, kun tiedetään missä perheet tarvitsevat tukea ja apua.

Suomessa tehdyt vammaisten lasten perheitä koskevat tutkimukset ovat merkityksellisiä ja niitä tarvitaan lisää, koska ulkomaisia tutkimuksia ei voida suoraan soveltaa suomalaisiin käytäntöihin. Perheiden hyvinvointiin vaikuttavat yhteiskunnallisten palveluiden rakenne, vallitsevat arvot ja yhteiskunnalliset käytännöt (Itälinna, Leinonen & Saloviita 1994, 41). Suomessa lapsen vammaisuutta perheen näkökulmasta tarkastelevia tutkimuksia on alkanut ilmestyä vasta tällä vuosikymmenellä (Itälinna ym. 1994; Leskinen 1994; Virpiranta-Salo 1992), mutta ulkomailla vammaisten lasten perheitä on tutkittu jo aikaisemmin (esim. Ainge 1995; Gray & Holden 1992; Krauss 1993).

Lapsen syntyminen vammaisena tekee vanhemmuuteen siirtymisen luonteen erityispedagogiseksi. Erityispedagoginen vanhemmuustutkimus turvautuu sosiologian ja psykologian käsitteistöön ja tietoihin, koska erityispedagogiikka on soveltava tieteenala. Tässä tutkimuksessa lähestytään vammaisten lasten perheitä sosiaalipsykologisesta ja kognitiivisesta näkökulmasta. Tutkimus on teoreettista perustutkimusta, jota tarvitaan yksilöllisten perheinterventioiden suunnittelun perustaksi.

VARHE-tutkimusryhmä on tehnyt tutkimuksia vammaisten lasten varhaisvuosista ja erityiskasvatuksesta Jyväskylän erityispedagogiikan laitoksella. Tutkimuksemme on yksi niistä. Ekokulttuurinen teoria on ryhmän tutkimusten lähtökohtana. Määttä (1993) on esittänyt, että ekokulttuurinen teoria perustuu perheen arkipäivän rutiinien ja päivittäisen elämän sujumisen huomioimiseen. Perheitä tukevien ammatti-ihmisten tehtävä on selvittää, miten perheiden arkipäivän tarpeet otettaisiin mahdollisimman hyvin huomioon. Palvelut tarjotaan vanhempien toivomusten pohjalta. Ajattelutapa

korostaa sitä, että vammaisten lasten perheissä on huomattavasti enemmän samanlaisia piirteitä kuin erottavia tekijöitä verrattuna muihin perheisiin. (Määttä 1993, 52.)

Vammaisen lapsen syntyminen on perheelle uusi ja kipeä asia. Outo tilanne ja sen vaatimukset aiheuttavat ulkopuolisen avun ja tuen tarvetta. Perheet tarvitsevat tietoa vammaisuudesta ja vanhempien on opittava lapsen vammaan liittyviä taitoja arkipäivän hallitsemiseksi. Alkuvaiheessa ammatti-ihmiset (esim. lääkäri) arvioivat sen, mitä perhe tarvitsee sopeutuakseen tilanteeseen. Tämän takia on tärkeä tietää, mitä lapsen kuntoutuksesta ja hoidosta vastaavat ihmiset ajattelevat vammaisuudesta. (Määttä & Salo 1991, 3.) Ferguson ja Ferguson (1987) ovat tarkastelleet ammatti-ihmisten käsityksiä lapsen vamman vaikutuksista vanhemmuuteen ja perhe-elämään. Johtopäätöksenä heidän tutkimuksestaan voidaan sanoa, että perheen keskeisen aseman tunnustaminen on tärkeää suunniteltaessa sosiaalisia, kasvatuksellisia ja kuntoutuspalveluja. Tämä tarkoittaa perheiden hyväksymistä tasavertaisiksi yhteistyökumppaneiksi. Asiantuntijakeskeisyydestä olisi päästävä yhteistyöhön, jossa perheet ovat etusijalla.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vammaisten lasten vanhempien eroja syy- ja kuntoutustulkinnoissa, jotta voidaan kohdata vanhempien tarpeita paremmin. Attribuutioteoreetikkojen mukaan syytulkinnoilla vanhemmat etsivät hallinnan tunnetta, koska he haluavat ymmärtää lapsen vammaisuuden syyn. Monet vanhemmat syyttävät itseään tai muita lapsen vammautumisesta. Kuntoutustulkinnoilla tarkoitetaan sitä, miten vastuullisina vanhemmat pitävät itseään tai ammatti-ihmisiä lapsensa kuntoutuksesta ja/tai opetuksesta. Vanhemman osallistuminen lapsen kuntoutus- tai opetusasioihin liittyy myös kognitiiviseen hallintaan omasta tilanteestaan. Syy- ja kuntoutustulkinnoilla on vaikutusta vanhempien hyvinvointiin ja siksi hoitohenkilöstön tulisi keskustella niistä perusteellisesti vanhempien kanssa. Mahdollisimman hyvän tarpeiden tukemisen kautta voidaan täten edistää vanhempien hyvinvointia.

Yksilöille tapahtuvien kielteisten asioiden selittäminen on ollut monien tutkijoiden kiinnostuksen kohteena. Seligman (1975) on kiinnittänyt huomiota selitystyylien, Rotter (1954) yksilöllisten piirre-erojen (locus of control) ja Weiner (1985, 1986) kausaaliattribuutioiden merkitykseen selitettäessä tapahtumia ja ennustettaessa käyttäytymistä. Tutkimukseemme on sovellettu Weinerin (1985, 1986) attribuutiomallia, jonka mukaan syytulkinnoilla, odotuksilla lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta ja

kuntoutustulkinnoilla voidaan olettaa olevan tunnetilojen kautta yhteys hyvinvointiin. Hyvinvoinnin osoittimena on vanhempien kokema masennus.

2 VAMMAISTEN LASTEN VANHEMPIEN HYVINVOINTI

Tämän tutkimuksen yläkäsite on hyvinvointi (well-being), joka on käsitteenä epäselvä ja tarvitsee lisäselvitystä. Hyvinvoinnilla tarkoitetaan nyt sitä, miten hyvin tai huonosti vanhemmat voivat. Hyvinvointi on laaja käsite, johon liittyy elämää helpottavat ja vaikeuttavat asiat. Tässä olemme kiinnittäneet huomiota vanhempien kokemaan stressiin, sopeutumiseen ja masennukseen. Hyvinvoinnin näkökulmasta ne liittyvät läheisesti toisiinsa, mutta korostavat eri ulottuvuuksia. Monissa tutkimuksissa niitä on tutkittu yhdessä. Seuraavaksi esiteltävät tutkimukset perustuvat hyvinvoinnin kognitiivisten selittäjien tarkasteluun.

2.1 Stressi ja sopeutuminen

Stressitekijät ja niihin liittyvät vaikeudet luovat perheessä jännitteitä. Jos perhe ei pysty hallitsemaan niitä, seurauksena on stressi. Perheen stressi kohoaa todellisten ja koettujen vaatimusten välisestä epätasapainosta perheen toiminnassa. Tätä prosessia voidaan luonnehtia laaja-alaisilla sopeutumisvaatimuksilla. Stressi muuttuu rasitukseksi, kun perhe pitää sitä epämiellyttävänä ja ei-toivottuna. (McCubbin & Patterson 1983, 9-10.)

Kehitysvammaisten lasten vanhemmilla on todettu olevan enemmän stressiä kuin vammattomien lasten vanhemmilla (Beckman 1991, 589; Cameron & Orr 1989, 140; Dyson 1991, 626; Dyson & Fewell 1986, 30; Perry, Sarlo-McGarvey & Factor 1992, 240; Wilton & Renaut 1986, 167). Vammaisten lasten vanhemmilla on havaittu olevan keskimääräistä enemmän stressiä kuvastavia mielialoja ja emotionaalisia piirteitä sekä fyysistä tai psykosomaattista oireilua (Chetwynd 1985, 298; Quine & Pahl 1985, 504). Toisaalta alle kouluikäisten kehitysvammaisten ja kehityksessään viivästyneiden lasten vanhempien stressioireiden määrän on todettu olevan täysin normaali (Golberg, Marcovitch, MacGregor & Lojkasek 1986, 614). Cameronin ja Orrin (1989, 142) tutkimuksen mukaan vammaisten lasten vanhempien stressaantuneisuudessa on suuria eroja. Vaikka monilla kehitysvammaisten lasten vanhemmilla on huomattavan paljon stressiä, suurelle osalle stressi ei ole keskeinen ongelma. Heidän tutkimuksessaan noin puolella vanhemmista oli vain lievää tai kohtalaista stressiä.

Vammaisten lasten äitien ja isien stressin määrässä ei joidenkin tutkimusten mukaan ole merkitsevää eroa (Perry ym. 1992, 243; Rousey, Best & Blacher 1992, 104). Toisaalta jotkut tutkimukset ovat osoittaneet, että vammaisten lasten äidit ovat stressaantuneempia kuin isät (Beckman 1991, 589; Dumas, Wolf, Fisman & Culligan 1991, 102; Itälinna ym. 1994, 105). Dumaksen ym. (1991, 105) tutkimuksessa autististen ja käytösongelmaisten lasten äidit ja isät olivat stressaantuneempia kuin kehitysvammaisten ja vammattomien lasten vanhemmat.

Baxter (1992) on osoittanut, että kehitysvammaisen lapsen vanhempana oleminen muuttaa vanhemmuuden roolia. Tämä lisää vammaisten lasten vanhempien stressin tunteita. Vanhempien kokema stressi oli voimakkaasti yhteydessä riittämättömyyden tunteisiin, joita heillä oli vammaisten lasten vanhempina. (Baxter 1992, 524, 527.)

Truten (1995) tutkimuksessa lapsen vammaisuuden käsittäminen stressitekijäksi oli merkitsevästi yhteydessä lapsen ikään, lapsen vammaisuuden asteeseen, perheen tuloihin, Down syndrooma -diagnoosiin ja isän näkemykseen lapsen luonteesta. Lapsen sukupuoli, perheen koko, äidin näkemys lapsen luonteesta ja äidin tai isän ikä tai ammatillinen koulutus eivät olleet yhteydessä vanhempien stressin määrään. (Trute 1995, 1232-1233.)

Vanhempien sopeutumista on tutkittu monesta näkökulmasta. Vammaisten lasten vanhempien avioliittojen onnellisuutta tarkastelleet tutkimukset ovat olleet ristiriitaisia. Bristol (1987, 410) on todennut, että vammaisten lasten vanhempien avioliittoon tyytyväisyydessä ei ole eroa verrattuna muiden vanhempien avioliittojen tyytyväisyyteen. Bristol, Gallagher ja Schopler (1988, 444) ovat kuitenkin osoittaneet toisessa tutkimuksessa, että kehitysvammaisten lasten vanhemmat ovat avioliittoonsa tyytymättömämpiä kuin muut vanhemmat. Vanhempien sopeutumista on tutkittu perhesysteemin toiminnan ja vuorovaikutuksen (Ryde-Brandt 1988, 102-104; Trute 1990, 292-293), perherutiinien ja -ongelmien (Bristol ym. 1988, 444; Harris & McHale 1989, 232) ja äitien elämäntilanteen onnellisuuden (Ryde-Brandt 1988, 102) kannalta. Näissä tutkimuksissa on etsitty sopeutumiseen liittyviä tekijöitä. Trute (1995) on osoittanut, että lapseen liittyvät piirteet (ikä, sukupuoli, luonteenlaatu, vammaisuuden aste, Down syndrooma -diagnoosi) eivät olleet yhteydessä vanhempien sopeutumiseen (Trute 1995, 1237-1238).

2.2 Masennus

Masennus on tunne, psyykkinen oire, oireyhtymä tai sairaus (Depressio: tunnistaminen ja hoito 1995, 1). Masennusta on pidetty hankalana määritellä, koska se ilmiönä sekoittuu helposti arkipäiväiseen alakuloisuuteen ja suruun. Toisaalta masennus voi olla hyvin vakava, vaikeasti invalidisoiva sairaus. Masentuminen vaikuttaa monin tavoin koko perheeseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Poutanen 1996, 11.)

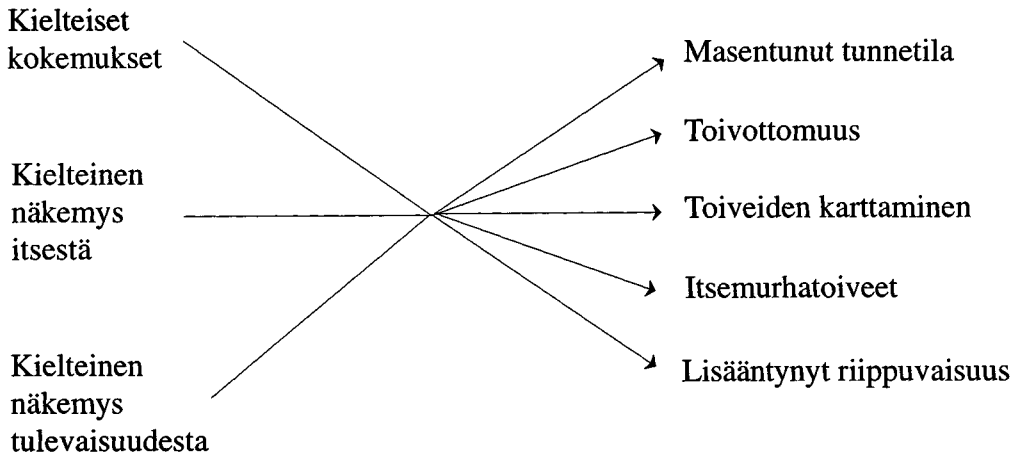
Masennukselle on tunnusomaista mielialan lasku ja alakuloisuus. Mielihyvän kokeminen vähenee ja kiinnostus ympäristöön alenee niin, että henkilön toimintakyky alkaa heikentyä. Masennustunteiden rinnalla esiintyy aina masentuneita ajatuksia. Ne ovat toivottomia ja kielteisiä näkemyksiä tulevaisuudesta, itseen liittyvää arvottomuutta ja syyllisyyttä. Masennus sävyttää ihmisen käyttäytymistä, tahtoa ja päätöksentekoa. (Depressio: tunnistaminen ja hoito 1995, 3.)

Poutasen (1996, 30) mukaan masennuksen oireilun yleisyys on miehillä 10-20 % ja naisilla 15-30 %. Kun masennuksen voimakkuutta eritellään, niin kliinisesti merkityksellistä masennusta sairastaa noin 6 % ja joka viides ihminen sairastuu siihen joskus elämänsä aikana. Lievemmät masennusoireet ovat selvästi yleisempiä kuin varsinainen masennussairaus. (Depressio: tunnistaminen ja hoito 1995, 4)

2.2.1 Masennuksen kognitiivinen malli

Kognitiivisen teorian perusidea on, että ajatukset säätelevät tai määräävät tunteita (Poutanen 1996, 14). Tietty kognitiivinen tyyli - skeema (kaavamainen suunnitelma), attribuutio (syyksi tai ansioksi lukeminen), väärinkäsitys, järjetön uskomus - edeltää masennusta ja aiheuttaa muutoksen mielialassa ja käytöksessä (Suokas 1988, 45). Vastenmielisissä asenteissa ilmenee toistuvia kognitiivisia kaavoja, joita nimitetään skeemoiksi. Vastenmieliset skeemat masentuneisuudessa ovat kielteisiä ajatuksia ympäristöstä, luonteenpiirteistä, toimintakyvystä, terveydestä ja odotuksista. Tällaiset skeemat muovaavat ajatusten sisältöä ja johtavat tyypillisiin masennuksen tunnetiloihin, kuten surullisuuteen, syyllisyyteen, yksinäisyyteen ja pessimismiin. (Beck 1970, 290.)

Beckin (1970) ajattelun ydin on, että masennus on ajattelun häiriö ja tunnetila määräytyy siten, miten henkilö kokemuksiaan tulkitsee. Masentuneen henkilön ajattelu on epäjohdonmukaista ja epärealistista. Masentuneet tekevät kielteisiä ja vääriä tulkintoja. Nämä vääristymät voidaan luokitella triadiksi, joka tarkoittaa kielteisiä kokemuksia, näkemyksiä itsestä ja tulevaisuudesta. Yksilöllä on kielteisiä kokemuksia vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa. Hän tulkitsee niitä epäonnistumisina, puutteellisuuksina ja väheksyntänä. Hän näkee elämänsä täynnä peräkkäisiä rasituksia, esteitä ja traumaattisia tilanteita. Masentuneella yksilöllä on kielteinen näkemys itsestä. Hän pitää itseään riittämättömänä, puutteellisena ja arvottomana. Masentunut pitää vastenmielisten kokemusten syynä itseään, hänen fyysisiä, henkisiä tai moraalisia puutteellisuuksiaan. Hän pitää itseään epämiellyttävänä ja yrittää torjua itsensä. Yksilöllä on myös kielteinen näkemys tulevaisuudesta. Hän ennakoi, että hänen vaikeutensa ja kärsimyksensä tulevat jatkumaan. Kun masentunut arvioi tulevaisuuttaan, se on täynnä vaikeuksia, pettymyksiä ja puutteellisuuksia. (Beck 1970, 255-256.) Kuviossa 1 esitetään, kuinka kognitiiviset vääristymät johtavat masentuneeseen tunnetilaan, toivottomuuteen, toiveiden karttamiseen, itsemurhatoiveisiin ja lisääntyneeseen riippuvuuteen. Nämä affektiiviset ja motivationaaliset oireet ovat masennukselle luonteenomaisia. (Beck 1970, 255-290.)



KUVIO 1. Masennuksen kognitiivisen mallin vaikutus tunteisiin ja motivaatioon (Beck 1970, 256)

Abramson, Seligman ja Teasdale (1978, 49) ovat lähestyneet masennusta kehittämänsä opitun avuttomuuden teorian kautta. Siinä he yrittivät ratkaista useita alkuperäiseen teoriaan (Seligman 1975, 79-106) liittyviä ongelmia. Uusin versio on toivottomuuden teoria (Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage 1988, 5). Teorian mukaan on olemassa masennuksen alatyyppi: toivottomuusmasennus (hopelessness depression). Toivottomuuden teorian mukaan yksilö odottaa, että myönteiset asiat eivät todennäköisesti tapahdu ja kielteiset asiat todennäköisesti tapahtuvat. Yritys muuttaa asioita ei vaikuta tapahtumien kulkuun. Toivottomuuden teorian etu verrattuna opitun avuttomuuden teoriaan on, että siinä määrätään tapahtumien kausaalinen järjestys. Oletettu kausaalinen ketju alkaa kielteisestä elämäntapahtumasta ja päättyy toivottomuusmasennuksen oireiden ilmaantumiseen. Kun yksilölle sattuu jokin kielteinen tapahtuma, ovat tilanteen merkitys yksilölle ja kausaaliset attribuutiot tärkeitä tekijöitä, joista seuraa mahdollisesti toivottomuutta ja masennusta. (Alloy ym. 1988, 5-9.)

Beckin (1987) ja Abramsonin, Metalskyn ja Alloyn (1989, 360) teoretisoinneista löytyy eroja. Ne perustuvat kuitenkin käsitykselle, että masennus esiintyy, kun kognitiivinen haavoittuvuus (diathesis) ja negatiivinen elämäntapahtuma (stress) ovat vuorovaikutuksessa. Kognitiivinen tekijä, joka aiheuttaa haavoittuvuutta vaihtelee teorioiden välillä. Beck (1987) korostaa, että asenteet ja uskomukset itsestä tekevät yksilön alttiiksi masennukselle. Abramson ym. (1989, 358-360) ovat viitanneet attribuutioiden tai kausaalisten selitysten merkitykseen, joita yksilöt käyttävät selittäessään kielteisiä tapahtumia.

2.2.2 Vammaisten lasten vanhempien masennus

Vammaisten lasten vanhempien masennuksesta on tehty paljon tutkimuksia. Taulukkoon 1 on koottu tässä yhteydessä tarkasteltavien tutkimusten keskeisiä piirteitä. Muutamissa tutkimuksissa kerrottiin, kuinka yleistä vammaisten lasten vanhempien masentuminen oli. Muun muassa Sharpley, Bitsika ja Efremidis (1997, 23) osoittivat, että autististen lasten vanhemmista masentuneita oli 18.1 %. Truten (1995, 1233) tutkimuksen mukaan 43 % vammaisten lasten äideistä ja 22 % isistä oli lievästä vakavaan masentuneita.

TAULUKKO 1. Tutkimuksia vammaisten lasten vanhempien masennuksesta

Tutkimus	Tutkimusongelma	Kohderyhmä ja menetelmä
Andersson, 1993. (Ruotsi)	Vanhempien ahdistus ja masennus.	47 äitiä ja 40 isää. Lapset kehitysvammaisia, ikä ½-5-vuotta, 7-12 vuotta. Vertailuryhmä (N=47). Kyselylomake.
Bristol, Gallagher & Schopler 1988. (USA)	Vanhempien psyykkinen hyvinvointi, sopeutuminen ja puolisolta saatu tuki.	31 äitiä ja 31 isää. Lapset kehitysvammaisia poikia, ikä 2-6 vuotta. Vertailuryhmä (25 äitiä, 25 isää). Kysely, haastattelu ja havainnointi.
Dumas, Wolf, Fisman & Culligan 1991. (Kanada)	Vanhempien stressi, masennus ja lasten käytösongelmat.	149 äitiä ja 123 isää. Lapset autistisia, Down syndroomaisia, käytöshäiriöisiä ja vammattomia, ikä keskimäärin 8 vuotta. Kyselylomakkeita.
Gray & Holden, 1992. (Australia)	Vanhempien psykososiaalinen hyvinvointi.	172 perhettä. Lapset autistisia, ikä 3-28 vuotta. Kyselylomakkeita.
Harris & McHale, 1989. (USA)	Perhe-elämän ongelmat, lapsen hoito ja äitien hyvinvointi.	30 äitiä. Lapset kehitysvammaisia, ikä 3-12 vuotta. Vertailuryhmä (N=30). Haastattelu ja kyselylomakkeita.
Ryde-Brandt, 1988. (Ruotsi)	Äitien masennus ja ahdistus, sosiaalinen tuki ja kokemus perhetilanteesta.	13 äitiä. Lapsilla Downin oireyhtymä, ikä 8-9 vuotta. Vertailuryhmä (N=13). Haastattelu ja kyselylomakkeita.
Sharpley, Bitsika & Efremidis 1997. (Australia)	Vanhempien sukupuolen, terveyden ja saadun hoitoavun yhteys stressiin, ahdistukseen ja masennukseen.	219 perhettä. Lapset autistisia, ikä 3-33 vuotta. Kyselylomakkeita.
Smith, Innocenti, Boyce & Smith 1993. (USA)	Äitien masennus, vanhempi-lapsi vuorovaikutus ja lapsen toimintakyky.	48 äitiä. Lapset eri tavoin vammaisia. Kyselylomake, haastattelu ja havainnointi.
Trute 1995. (Kanada)	Vanhempien masennukseen liittyvät tekijät.	73 äitiä ja 73 isää. Lapset kehityksellisesti viivästyneitä, ikä alle 8 vuotta. Kyselylomakkeita.

Tutkimusten tulosten mukaan vammaisten lasten vanhemmat eivät ole vammattomien lasten vanhempia masentuneempia (Andersson 1993, 167; Bristol ym. 1988, 444; Harris & McHale 1989, 235; Ryde-Brandt 1988, 104). Smith, Innocenti, Boyce ja Smith (1993, 1185) havaitsivat, että vammaisten lasten äideillä on suhteellisen paljon masennukseen liittyviä oireita. Useiden tutkimusten mukaan vammaisten lasten äidit ovat ahdistuneempia (Andersson 1993, 167; Gray & Holden 1992, 88; Sharpley ym. 1997, 24) ja masentuneempia (Bristol ym. 1988, 444; Dumas 1991, 102; Gray & Holden 1992, 88; Sharpley ym. 1997, 24 Trute 1995, 1233) kuin isät. Äideillä on myös havaittu olevan alhaisempi itsetunto kuin isillä (Trute 1995, 1237). Tutkijat ovat selittäneet äitien ahdistuneisuutta, masennusta ja alhaista itsetuntoa sillä, että äidit ottavat yleensä lapsesta suuremman hoitovastuun ja että harvoilla on mahdollisuus mennä kokopäivätyöhön (Andersson 1993, 168; Bristol ym. 1988, 445; Sharpley ym. 1997, 20; Trute 1995, 1237). Ryde-Brandtin (1988, 102) on ehdottanut, että äitien kokemukset masennuksesta ja ahdistuksesta ovat kuitenkin harvinaisia ja kokemukset perhetilanteesta ovat usein myönteisiä.

Andersson (1993, 167) havaitsi, että vanhemmat, joilla oli vähemmän kokemusta vammaisesta lapsesta olivat ahdistuneempia kuin ne, joilla oli enemmän kokemusta. Truten (1995) tutkimuksessa nuorten lasten äidit osoittivat enemmän masennuksen oireita kuin isät. Isät olivat masentuneempia, jos heillä oli vammainen poika. Äitien ja isien masennus ei ollut merkitsevästi yhteydessä lapsen luonteenlaatuun, vammaisuuden asteeseen, down syndrooma -diagnoosiin, vanhemman ikään, perheen kokoon tai tuloihin. Puolison masennus oli yhteydessä omaan masennukseen sekä äideillä että isillä. (Trute 1995, 1233-1238.)

Grayn ja Holdenin (1992, 88-91) mukaan vanhemmat, jotka saivat enemmän sosiaalista tukea olivat vähemmän ahdistuneita ja masentuneita. Trute (1995) esitti tuloksissaan, että perheeltä saadun sosiaalisen tuen tyytyväisyydessä ei ollut eroa äitien ja isien kesken. Ystäviltä saatu sosiaalinen tuki oli yhteydessä isien masennukseen. Perheen jäseniltä saatu sosiaalinen tuki ja vanhempien masennus olivat yhteydessä toisiinsa. Aviollisen tuen vähyys oli yhteydessä masennukseen äideillä. (Trute 1995, 1233.)

Smith ym. (1993) havaitsivat, että äitien masennusoireet eivät olleet yhteydessä

lapsen toimintakykyyn. Tutkijat päättelivät, että äitien masennus saattaisi olla yhteydessä arkipäivän asioihin, kuten ajallisiin vaatimuksiin ja yksilöllisiin resursseihin. Äidin ja lapsen vuorovaikutuksen laatu ei ollut myöskään yhteydessä masennukseen. (Smith ym. 1993, 1185.)

Dumas ym. (1991) osoittivat, että autististen ja käyttäytymisongelmaisten lasten äidit olivat lievästi masentuneempia kuin kehitysvammaisten ja vammattomien lasten äidit. Kehitysvammaisten lasten äidit eivät eronneet vammattomien lasten äideistä masennuksen tai stressin suhteen. Lapsen iällä ja sukupuolella ei ollut yhteyttä kehitysvammaisten, käytösongelmaisten ja vammattomien lasten vanhempien masennukseen tai stressiin. Nuorten autististen lasten äidit olivat kuitenkin masentuneempia kuin muut äidit. (Dumas ym. 1991, 104-107.)

3 KAUSAALIATTRIBUUTIOT

Kurt Lewin on vaikuttanut ajatuksillaan attribuutioteorioiden kehitykseen ja attribuutioteoreetikkoihin (Weiner 1990, 3). Attribuutioteoreetikkojen mukaan (mm. Heider 1958; Kelley; 1967; Weiner 1986) yksilön toimintaa voidaan ymmärtää ja ennustaa syytulkintojen perusteella. Attribuutioteoriat perustuvat olettamukselle, että ihmiset haluavat ymmärtää tapahtumia ja saavuttaa tilanteen kognitiivisen hallinnan. Tilanteen kognitiiviseen hallintaan pyritään antamalla tapahtumille yksilöllisiä syytulkintoja. (Kelley 1967, 193; Weiner 1986, 6; 1990, 5.) Taylorin (1983) mukaan yksilöiden uskomukset tapahtumien syistä voivat olla todellisia tai epätodellisia. Ne ovat kuitenkin totta yksilölle ja niillä on vaikutusta sopeutumiseen uhkaavassa tilanteessa. (Taylor 1983, 1167-1168.)

3.1 Weinerin attribuutioteorian perusrakenne

Weiner (1985, 1986) kehitti teoriansa saavuttamisen motivaatiosta ja tunteista, mutta sitä on sovellettu monenlaisiin aihealueisiin. Teorian käyttäminen on levinnyt koskemaan muun muassa akateemisia suorituksia (Graham 1990, 17; Juvonen 1988, 6-8; Juvonen & Weiner 1994, 279; Weary, Stanley & Harvey 1989, 172), urheilussa onnistumista ja epäonnistumista (McAuley & Duncan 1990, 37), stressiä ja sen hallintaa (Amirkhan 1990, 92-97), attribuutioterapiaa (Försterling 1990, 123-124), lapsen kasvatuskäytäntöjä (Himelstein, Graham & Weiner 1991, 301), tulkintoja köyhyydestä (Zucker & Weiner 1993, 925), reaktioita Magic Johnsonin HIV -tartuntaan (Graham, Weiner, Giuliano & Williams 1993, 996), erimielisyyksiä tuotteen ostajien ja myyjien välillä (Folkes 1990, 143) ja ristiriitoja läheisissä suhteissa (Fincham, Bradbury & Grych 1990, 161-162).

Weinerin attribuutiomalli alkaa tapahtumasta, joka koetaan joko myönteisenä tai kielteisenä. Syiden pohtiminen on tyypillistä silloin, kun tulos koetaan odottamattomana, kielteisenä tai tärkeänä. Kun vanhemmat saavat vammaisen lapsen, he todennäköisesti pyrkivät ymmärtämään, miksi niin kävi. Syytulkintojen muodostamiseen vaikuttaa esimerkiksi aikaisemmat kokemukset, toisten käyttäytyminen sekä se, arvioiko hän

omaa vai toisten käyttäytymistä. (Weary ym. 1989, 3-4; Weiner 1985, 564; 1986, 22-24; 1990, 8-10.)

Lapsen vammaisuutta voidaan selittää hyvin erilaisin syin. Syynä voi olla sattuma, huono onni, kohtalo, Jumalan tahto, raskauteen ja synnytykseen liittyvät tekijät, keskosuus, ympäristön saasteet, perimä, onnettomuus, fyysinen trauma ym. (Affleck, Tennen & Rowe 1991, 61-62; Leskinen 1994, 51). Jotta erilaisia syytulkintoja voitaisiin verrata keskenään ja tutkia niiden vaikutuksia, niitä luokitellaan niiden ominaisuuksien (dimensions) perusteella. Attribuutioita voidaan luokitella sisäisiksi tai ulkoisiksi, pysyviksi tai muuttuviksi ja kontrolloitaviksi tai kontrolloimattomiksi. Esitämme tässä yhteydessä Weinerin (1985, 1986) mallia selventäviä esimerkkejä, jotka liittyvät tutkimustehtäväämme. Sisäinen syy liittyy itseen (äidin ikä) ja ulkoinen syy liittyy ulkopuolisiin tekijöihin (sattuma tai synnytyslääkärin virhe). Syyn pysyvyys liittyy siihen, missä määrin yksilö kokee tilanteen syyn pysyvänä (perimä) tai tilapäisenä (onnettomuus). Kontrolloitavuus tarkoittaa periaatteessa vastuun astetta. Syy voi olla kontrolloitavissa (äidin alkoholin käyttö) tai syy voi olla kontrolloimaton (kohtalo). Mitä enemmän vanhempi on voinut kontrolloida tulosta, sitä enemmän hän tuntee siitä vastuuta. (Weiner 1985, 551; 1986, 70-71; 1990, 10.)

Kausaaliattribuutioille yhteiset ominaisuudet muodostavat attribuutioteorian perustan. Syiden sijainti, pysyvyys ja kontrolloitavuus yhdistävät syytulkinnat (attribuutiot) ja affektiiviset seuraamukset, kuten itseen ja toisiin kohdistetut tunteet sekä tulevaisuuden odotukset. Syyn *sijainti* on yhteydessä myönteisessä tuloksessa ylpeyden tunteisiin ja kielteisessä tuloksessa itsetunnon alenemiseen. Kun lapsen vammaisuuden syy on vanhemman perimä, silloin hänen itsetuntonsa alenee. Seuraukset itsetunnolle ovat vakavammat syyn ollessa sisäinen kuin ulkoinen. Syyn *pysyvyys* on yhteydessä odotuksiin tulevasta sekä toivon ja toivottomuuden tunteisiin. Jos lapsen vammaisuus on johtunut äidin raskauden aikaisesta alkoholin käytöstä, syy on tilapäinen ja hän voi olla toiveikas seuraavan lapsen vammattomuuden suhteen. Jos lapsen vammaisuus on johtunut perimästä, syy on pysyvä ja vanhempi voi tuntea toivottomuutta seuraavan lapsen vammattomuuden suhteen. *Kontrolloitavuus* on yhteydessä yksilön syyllisyyden ja häpeän tunteisiin. Lapsen vammaisuuden aiheuttajana alkoholi on kontrolloitavissa oleva tekijä ja aiheuttaa syyllisyyden tunteita. Jos syy on kontrolloimaton, se aiheuttaa

häpeän tunteita. Kontrolloitavuus liittyy myös toisista ihmisistä tehtyihin arviointeihin. Toista ihmistä kohtaan tunnettuun vihaan, kiitollisuuteen ja sääliin vaikuttaa se, miten paljon tai vähän muiden koetaan olevan vastuussa tapahtuman syistä. Jos synnytyslääkäri on vastuussa lapsen vammautumisesta, tätä kohtaan tunnetaan mitä ilmeisimmin vihan tunteita. Keskeistä Weinerin teoriassa on, että syytulkinnat ja tunteet yhdessä ohjaavat käyttäytymistä (Weiner 1985, 564-566; 1986, 161-164; 1990, 8-10.)

3.2 Attribuutiotulkinnat

Attribuutiotulkinnoista erotamme kaksi näkökulmaa. Syytulkinnat ovat Weinerin (1985, 1986) ja kuntoutustulkinnat Juvosen ja Leskisen (1994) kehittämiä. Attribuutiotulkinnat ovat yksilöllisiä tulkintoja tilanteesta. Tulkinnan tekemisen jälkeen yksilö käyttäytyy jollakin tavalla (esimerkiksi masentuu).

Syytulkinnat. Kun lapsi syntyy vammaisena tai vammautuu, vanhemmat yrittävät ymmärtää syitä, miksi näin kävi. He kysyvät itseltään: Miksi tämä tapahtui minulle? Teinkö jotain aiheuttaakseni tämän? Olisinko voinut estää tapahtuneen? Kuka on vastuussa? Tämän tyyppiset kausaaliset kysymykset ovat tavallisia. (Juvonen & Leskinen 1994, 350.) Vammaisten lasten vanhemmilla on tarve tietää, miksi vammautuminen tapahtui. Erityinen tarve on tietää, ovatko he itse vastuussa tapahtuneesta. (Burger 1981, 496-498.) Vastuussa oleminen tapahtuneesta tarkoittaa lähinnä sitä, että vammautumisen syy on ollut henkilökohtaisesti kontrolloitavissa (ks. Weiner 1986). Syiden kontrolloitavuus ja henkilökohtainen vastuu aiheuttavat syyllisyydentunteita (Juvonen & Leskinen 1994, 351).

Kuntoutustulkinnat. Syiden etsiminen lapsen vammaisuudelle tulee ajan mittaan vanhemmille vähemmän tärkeäksi. Vanhempien ajatukset keskittyvät nykyisiin ja tuleviin asioihin, kuten tuen saamiseen. (Adams, Wilgosh & Sobsey 1990.) Vanhemmat tekevät itselleen muun muassa seuraavia kysymyksiä: Mitä voin tehdä selviytyäkseni tässä tilanteessa? Voinko itse edistää lapseni kehittymistä? (Juvonen & Leskinen 1994, 352). Voidaan ajatella, että osallistumisella lapsen kuntoutukseen on myönteisiä emotionaalisia seurauksia, kun vanhempi pystyy vaikuttamaan ja saa aikaan jotakin lapsensa hyväksi (ks. Averill, Catlin & Chon 1990).

3.3 Vammaisten lasten vanhempia koskevia attribuutiotutkimuksia

Useimmat vanhemmat muodostavat omat syytulkintansa lapsen vammaisuudesta. Jotkut tulkinnat auttavat sopeutumaan, jotkut haittaavat sopeutumista. (Affleck ym. 1991, 60.) Janoff-Bulmanin (1979, 1798-1799) mukaan omasta käyttäytymisestä aiheutuva itsesyyttäminen saattaa auttaa ihmisiä sopeutumaan kielteisiin elämän tapahtumiin, koska se lisää yksilön uskoa, että tulevaisuuden kielteiset tapahtumat ovat hallittavissa. Tennenin, Affleckin ja Gershmanin (1986, 692) tutkimuksessa tavallisimmin mainittuja omasta käyttäytymisestä aiheutuvia lapsen vammaisuuden syitä olivat fyysisesti rasittavat harrastukset, haitalliset tavat (esim. tupakointi, puutteellinen ruokavalio) ja liiallinen työnteko. Janoff-Bulmanin (1979, 1798-1799) mukaan omista ominaisuuksista aiheutuva itsesyyttäminen tarkoittaa sitä, että kielteiset tapahtumat ovat tulosta yksilön puutteista, jolloin tulevaisuuteen ei voi paljoakaan vaikuttaa. Tässä tapauksessa sopeutumisen seuraukset ovat kielteisiä. Lisäksi Affleckin ym. (1991, 65) mukaan muihin yksilöihin liittyvät attribuutiot uhkaavat sopeutumista.

Vammaisten lasten vanhempia koskevia attribuutiotutkimuksia on esitelty taulukossa 2. Itse asiassa Affleck ym. (1991) ja Tennen ym. (1986) ovat tutkineet vanhempia, jotka ovat saaneet lapsen (mm. pienen keskosen), jolla on suuri mahdollisuus viivästyä kehityksessä. Näissä tutkimuksissa on lapsilla samantyyppisiä ongelmia kuin muissa tarkastelemissamme tutkimuksissa, joten ne on rinnastettavissa vammaisten lasten vanhempia koskeviin tutkimuksiin.

Syiden etsiminen lapsen vammaisuudelle on yleistä vanhemmille. Yli 80 % äideistä (Affleck, Allen, Tennen, McGrade & Ratzan 1985; Shapp, Thurman & DuCette 1992) ja yli 70 % isistä (Shapp ym. 1992) ovat etsineet syitä lapsen ongelmille. Äidit syyttävät usein omaa käyttäytymistään (67 % - Affleck ym. 1991, 63; 38 % - Tennen ym. 1986, 692; 29 % - Affleck, Allen ym. 1985) tai muiden käyttäytymistä (33 % - Affleck ym. 1991, 63; 19 % - Tennen ym. 1986, 692) lapsen ongelmien aiheuttajana. Affleck, McGrade, Allen & McQeeney (1985, 300) osoittivat, että yli 40 % äideistä raportoi syyttävänsä itseään tai muita lapsen vammaisuudesta.

TAULUKKO 2. Äitejä ja isiä koskevia attribuutiotutkimuksia

Tutkimus	Tutkimusongelma	Kohderyhmä ja menetelmä
Affleck, Allen, Tennen, McGrade & Ratzan 1985. (USA)	Äitien raportoimat syytekijät ja itsesyytökset.	34 äitiä. Lapset diabeetikoita, ikä 8-17 vuotta. Haastattelu.
Affleck, McGrade, Allen & McQeeney 1985. (USA)	Äitien itsesyytökset ja muiden syyttäminen.	51 äitiä. Lapsilla synnytyksenaikaisia komplikaatioita tai kehitysvammaisuutta aiheuttava geneettinen oireyhtymä. Lapset vastasyntyneitä, seurantavaiheissa 9 ja 18 kk. Kyselylomake, haastattelu ja havainnointi.
Affleck, Tennen & Rowe 1991. (USA)	Äitien raportoimat syytekijät, itsesyytökset, syyllisyydentunteet ja muiden syyttäminen.	114 äitiä. Lapset vastasyntyneitä, joilla erilaisia ongelmia. Seurantavaiheissa lapset 6 ja 18 kk. Kyselylomakkeita ja haastatteluja.
Juvonen & Leskinen 1994. (Suomi)	Äitien ja isien syy- ja kuntoutustulkinnat, tunteet ja sopeutuminen.	140 äitiä ja 111 isää. Lapset eri tavoin vammaisia, ikä 2-8 vuotta. Kyselylomakkeita.
Leskinen 1994. (Suomi)	Äitien ja isien syytulkinnat, tunteet ja sopeutuminen.	111 äitiä ja 111 isää. Lapset eri tavoin vammaisia, ikä 2-8 vuotta. Kyselylomakkeita.
Shapp, Thurman & DuCette 1992. (USA)	Äitien ja isien itsesyytökset, muiden syyttäminen ja sopeutuminen.	27 äitiä ja 27 isää. Lapset eri tavoin vammaisia, ikä 3-5 vuotta. Kyselylomake ja haastattelu.
Tennen, Affleck & Gershman 1986. (USA)	Äitien itsesyytökset, muiden syyttäminen ja sopeutuminen.	42 äitiä. Lapsilla vaikeita synnytyksenaikaisia komplikaatioita, ikä keskimäärin 17 viikkoa. Haastattelu.

Affleck, Allen ym. (1985) tutkivat äitien raportoimia syytekijöitä ja itsesyytöksiä lapsen pitkäaikaissairaudesta. Äidit ajattelivat lapsen sairauden olevan Jumalan tahto, kohtalo, rangaistus jostakin tai seurausta siitä, että juuri heidät oli valittu sairaan lapsen vanhemmiksi. Useimmat äidit katsoivat sairauden aiheutuneen joko perimään tai ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Se, että lapsen sairaus johtui jostakin ulkoisesta syystä, eivätkä äidit kokeneet olevansa vastuussa siitä, oli yhteydessä äitien hyvään

sopeutumiseen. Äitien itsesyytökset olivat puolestaan yhteydessä siihen, että äidit pitivät lapsensa sairautta vakavampana, kuin se oli lääketieteellisten arvioiden mukaan. (Affleck, Allen ym. 1985, 367-377.)

Affleck, McGrade ym. (1985) ovat tarkastelleet vammaisten vastasyntyneiden lasten äitien itsesyytöksiä ja muiden syyttämistä. Tutkimuksessa verrattiin keskenään omaa tai muiden käyttäytymistä syyttäviä äitejä ja äitejä, joiden mielestä lapsen vammaisuus ei aiheutunut kenenkään käyttäytymisestä. Muita syyttäneet äidit raportoivat merkitsevästi enemmän mielialan ongelmia ja heillä oli enemmän lapsen hoitoon liittyviä ongelmia kuin äideillä, jotka eivät syyttäneet ketään tai äideillä, jotka syyttivät itseään. Itseään syyttäneet äidit olivat herkempiä reagoimaan tuntein ja sanoin lapsensa tarpeisiin ja he olivat sitoutuneempia lapseensa, kuin muiden ryhmien äidit. Muiden syyttäminen (yleensä synnytyslääkärin) oli yhteydessä huonompaan sopeutumiseen ja itsesyyttäminen parempaan sopeutumiseen. (Affleck, McGrade ym. 1985, 294-300.)

Affleck ym. (1991) ovat selvittäneet äitien raportoimia syytekijöitä lapsen ongelmille, itsesyytöksiä, syyllisyydentunteita ja muiden syyttämistä. Kun hoitohenkilökunta kertoi äideille lapsen ongelmien syitä, he mainitsivat yleisimmin vain raskauden komplikaatiot tai sattuman. Tämän vähäisen tiedon takia äidit muodostivat omia syyteorioitaan. Kun äideiltä kysyttiin lapsen ongelmien syitä, 75 % raportoi, että syy oli lääketieteellinen. 60 % äideistä liitti lääketieteellisen syyn omaan käyttäytymiseensä, esimerkiksi haitallisiin tapoihin ja fyysiseen rasitukseen. Noin puolet äideistä syytti lapsen ongelmista stressaavia tapahtumia tai sattumaa. (Affleck ym. 1991, 63-65)

Tutkimuksen mukaan äidit, jotka syyttivät omaa käyttäytymistään lapsen ongelmien aiheuttajana, havaitsivat pystyvänsä kontrolloimaan ja ehkäisemään tulevien raskauksien ongelmia. Omista ominaisuuksista aiheutuva itsesyyttäminen ei ollut yhteydessä tulevien raskauksien ongelmien kontrolloimiseen ja ehkäisemiseen. (Affleck ym. 1991, 66-68.) Nämä tulokset ovat johdonmukaisia Janoff-Bulmanin (1979, 1798-1799) teorian kanssa.

Omasta käyttäytymisestä aiheutuva itsesyyttäminen saattaa olla sopeuttavaa, koska tulevaisuuden raskauksiin liittyvät asiat ovat kontrolloitavissa (Tennen ym. 1986, 694). Joidenkin tutkijoiden mukaan tällainen attribuutio voi olla vahingollinen, koska se aiheuttaa syyllisyydentunteita (Nixon & Singer 1993, 665; Trout 1983). Affleck ym.

(1991) osoittivat, että noin 70 % äideistä tunsi syyllisyyttä. Synnytyslaitokselta kotiutettaessa suurin osa äideistä kertoi, että syyllisyydentunteet olivat vähentyneet. Muiden syyttäminen lapsen ongelmista aiheutti kielteisiä seurauksia. Niitä olivat muun muassa hoidon, mielialan ja vuorovaikutuksen ongelmat. Muiden syyttäminen oli yhteydessä huonompaan sopeutumiseen. (Affleck ym. 1991, 68-70.)

Juvonen & Leskinen (1994) tutkivat vammaisten lasten vanhempien syy- ja kuntoutustulkintoja, tunteita ja sopeutumista. Tutkimuksessa testattiin attribuutiomallia, jonka mukaan syy- ja kuntoutustulkinnat ovat yhteydessä tunteisiin (syyllisyys ja toivo) ja ne ovat yhteydessä sopeutumiseen. Äidit ja isät vastasivat kysymyksiin hyvin samansuuntaisesti. Tulokset osoittivat, että vanhemmat pitivät itseään enemmän vastuullisina lapsen kehityksestä ja kuntoutuksesta kuin vammaisuuden syistä. Vanhemmat tunsivat harvoin syyllisyyttä, sen sijaan he olivat toiveikkaita ja melko hyvin sopeutuneita lapsen vammaisuuteen. Äidit ottivat enemmän vastuuta lapsen vammaisuuden syistä, tunsivat useammin syyllisyyttä ja olivat sopeutuneempia kuin isät. Kehitysvammaisten lasten vanhemmat eivät pitäneet itseään vastuullisia lapsen kuntoutuksesta, tunsivat vähemmän toiveikkuutta, eivätkä tehneet lapsen kanssa niin monia asioita kuin vanhemmat, joiden lapsilla ei ollut psyykkistä kehitysvammaa. Lapsen iällä ei ollut yhteyttä vanhempien vastauksiin. Testattu attribuutiomalli toimi johdonmukaisemmin äideillä kuin isillä. Mitä enemmän äidit syyttivät itseään, sitä useammin he kokivat syyllisyyden tunteita ja sitä huonompaa oli sopeutuminen. Mitä enemmän äidit ottivat vastuuta lapsen kuntoutus- ja opetusasioista, sitä useammin he kokivat toiveikkuuden tunteita ja sitä paremmin he sopeutuivat. (Juvonen & Leskinen 1994, 356-361.)

Leskinen (1994) on tutkinut vammaisten lasten vanhempien syytulkintoja, tunteita ja sopeutumista. Tutkimuksessa selvitettiin, miten vanhemmat selittävät ja tulkitsevat syitä lapsensa vammaisuudelle. Oletuksena oli, että syillä on suuri merkitys vanhemmille ja niillä on vaikutusta sopeutumiseen. Tutkimuksessa testattiin teoreettista kolmevaiheista attribuutiomallia, jonka mukaan vanhempien syytulkinnat selittävät tunteita, kuten syyllisyys, muiden syyttäminen ja toiveikkuus. Näiden tunteiden oletettiin ennustavan sopeutumista. Tulokset tukivat testattua mallia, joka toimi paremmin äideillä kuin isillä. Vanhemmat, jotka syyttivät itseään tai muita lapsen vammaisuudesta, kokivat useammin syyllisyyden ja muiden syyttämisen tunteita. Mitä

useammin vanhemmat kokivat näitä tunteita, sitä huonommin he sopeutuivat. Vanhemmat, jotka odottivat paljon lapsensa kehitykseltä, kokivat useammin toiveikkuuden tunteita. He sopeutuivat lapsen vammaisuuteen paremmin. (Leskinen 1994, 27-30, 48-77.)

Shapp ym. (1992) osoittivat tutkimuksessaan, että äidit, jotka eivät olleet löytäneet syitä lapsen vammaisuudelle, olivat muita vanhempia huonommin sopeutuneita. Heidän yleinen ja tunne-elämän hyvinvointinsa oli huonompaa kuin muilla äideillä. Tutkijat esittivät, että lapsen vammaisuuden syiden jatkuva pohtiminen saattaa heikentää sopeutumista. Isät, jotka etsivät lapsen vammaisuuden syitä itsensä ulkopuolelta, olivat muita huonommin sopeutuneita. Muita ihmisiä syyttäneet isät olivat myös huonommin sopeutuneita. (Shapp ym. 1992, 295-301.)

Tennen ym. (1986) ovat tutkineet äitien lapsen vammaisuutta koskevia itsesyytöksiä ja niiden yhteyttä emotionaaliseen sopeutumiseen. Omasta käyttäytymisestä aiheutuva itsesyyttäminen oli yhteydessä lapsen vamman vaikeuteen. Vanhemmat, jotka syyttivät omaa käyttäytymistään, tiesivät pystyvänsä ehkäisemään seuraavan raskauden vaikeuksia. Tietoisuus vaikeuksien ehkäisyn mahdollisuuksista oli yhteydessä parempaan sopeutumiseen. Muiden syyttäminen oli yhteydessä tehtyjen attribuutioiden suureen määrään ja huonompaan sopeutumiseen. (Tennen ym. 1986, 692-694.)

Nämä attribuutiotutkimukset antavat melko ristiriitaisen kuvan siitä, edistävätkö vai ehkäisevätkö vanhempien lapsensa vammaisuutta koskevat itsesyytökset sopeutumista. Eri tutkimuksissa omasta käyttäytymisestä aiheutuva itsesyyttäminen on ollut yhteydessä parempaan (Affleck, McGrade ym. 1985, 300; Tennen ym.1986, 694) tai huonompaan (Affleck, Allen ym. 1985; Juvonen & Leskinen 1994, 358-361; Leskinen 1994, 53-73) sopeutumiseen. Muiden syyttäminen lapsen ongelmista on sen sijaan ollut johdonmukaisesti yhteydessä huonoon sopeutumiseen (Affleck, McGrade ym. 1985, 300; Affleck ym. 1991, 70-71; Leskinen 1994, 53-73; Shapp ym. 1992, 299-300; Tennen ym. 1986, 694).

3.4 Kognitiot, tunteet ja masennus

Vaikka Weinerin (1985, 1986) malliin perustuvia tutkimuksia attribuutioiden, tunteiden ja käyttäytymisen yhteyksistä on olemassa, tässä halutaan vielä tarkastella näitä yhteyksiä erikseen. Tarkastelussa kognitiot ovat laajempi käsite, joka sisältää attribuutiot.

Kognitiot ja tunteet. Kognitiivisen lähestymistavan mukaan tunteet ovat seurausta tilanteen tulkinnasta, johon vaikuttavat yksilön tarpeet, toiveet ja odotukset (Frijda 1986; Lazarus 1991, 41; Ortony, Clore & Collins 1988, 2; Roseman 1984, 14; Roseman, Antoniou & Jose 1996, 241; Smith & Ellsworth 1985, 831; Smith & Pope 1992, 32). Tulkinta on seurausta yksilön ja tilanteen toiminnasta. Eri yksilöt voivat tulkita ulkonaisesti samanlaiset olosuhteet erilailla ja reagoivat eri tuntein. Käänteisesti samat yksilöt saattavat tulkita ulkonaisesti erilaiset olosuhteet samalla tavalla, jolloin seurauksena on samat tunteet. (Roseman 1984, 15; Smith & Pope 1992, 38.) Lazaruksen teorian mukaan on olemassa kahdenlaisia tulkintoja: primaari tulkinta ja sekundaari tulkinta. Primaarilla tulkinnalla tarkoitetaan sitä, onko tilanne yksilön tulkinnan kannalta hyvinvoinnille merkityksellinen. Sekundaari tulkinta tarkoittaa, millaiset tilanteen hallinnan mahdollisuudet yksilöllä on. (Lazarus 1991, 133.) Primaari ja sekundaari tulkinta ovat toisistaan riippuvaisia ja ne yhdessä määräävät tunteiden laadun ja määrän (Lazarus & Folkman 1984, 35).

Tunnetilat ja tunteet ovat reaktioita tapaan, jolla yksilö tulkitsee suhteensa ympäristöön. Tunteet ovat tarkkoja ja kapea-alaisia ilmiöitä yksilön elämässä. Tunnetiloja taas on tavallisesti kuvattu yleisin käsittein ja ne ovat laaja-alaisia. (Lazarus 1991, 47-48.) Weiner (1986, 119) olettaa, että tunteilla on myönteisiä tai kielteisiä ominaisuuksia, ne esiintyvät tietyllä voimakkuudella, ne ovat seurausta tilanteen tulkinnasta ja ne antavat perusteen monille teoille.

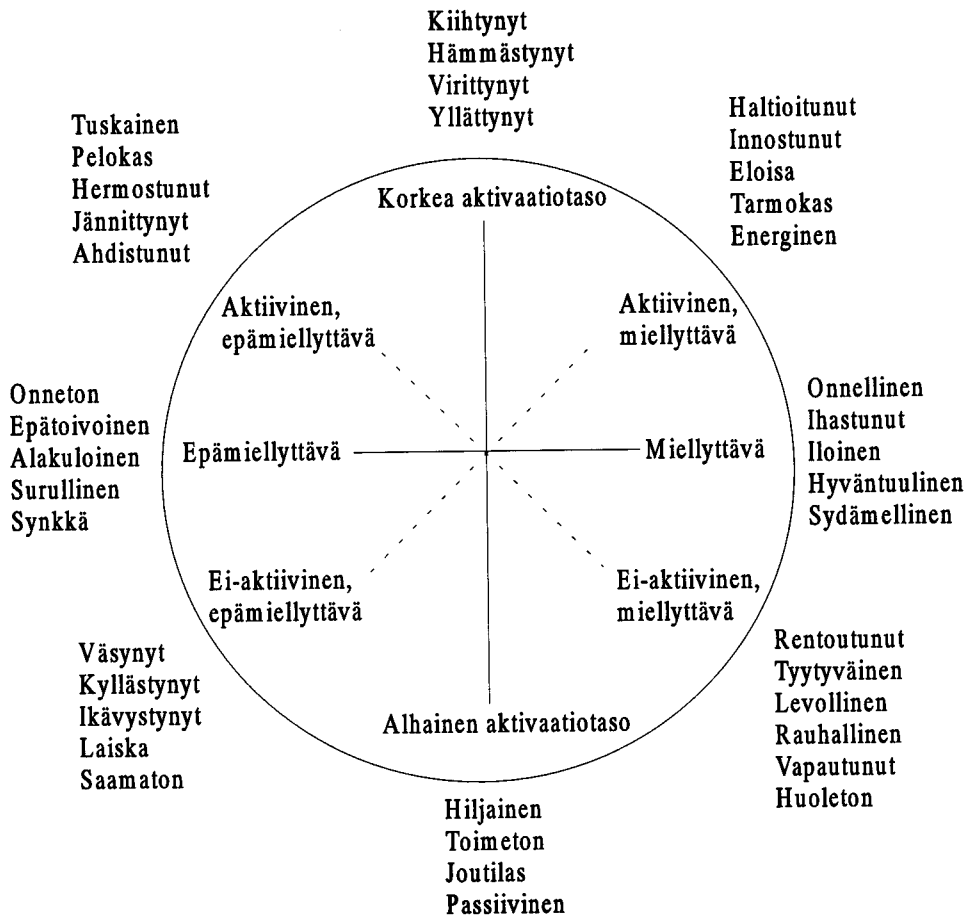
Weinerin (1990, 7) teoriassa kognitiot ja tunteet ovat yhteydessä siten, että jokainen kausaalinen dimensio liittyy tiettyyn tunteeseen. Weinerin (1985, 564) mukaan attribuutio-tunne yhteys ei ole kuitenkaan täysin muuttumaton. Kausaalisesta tulkinnasta ei aina välttämättä seuraa tunnetta.

Wallbott ja Scherer (1988) tutkivat yksilöitä 27 maasta ja viidestä maanosasta.

Tuloksena oli, että tulkinta-tunne yhteydet olivat samankaltaisia eri kulttuureissa. Weiner (1985, 564) arvelee, että on olemassa yksilöllisiä ja kulttuurillisia eroja, miten kausaaliattribuutioita tehdään. Lazarus (1991) kuitenkin väittää, että attribuutioteoreetikot pystyvät jollakin laajuudella selittämään ja ennustamaan tunteita, mutta eivät ole kiinnittäneet huomiota kausaaliattribuutioiden kulttuurillisiin ja yksilöllisiin eroihin. Hän antaa esimerkin, jossa verrataan länsimaisen tai japanilaisen oppilaan syytulkintoja kokeessa epäonnistumiselle. Tällöin tulkinnat ja emotionaaliset seuraukset ovat nähtävästi melko erilaiset. (Lazarus 1991, 148-149.) On myös todennäköistä, että attribuutiot muuttuvat ajan myötä, kuten esimerkiksi mielipiteet ja asenteet (Lazarus & Smith 1988, 296).

Roseman ym. (1996, 265-267) ovat pohtineet tunteiden tutkimisen vaikeutta, menetelmien vahvuuksia ja heikkouksia. He tulivat siihen tulokseen, ettei ole olemassa oikein hyvää menetelmää, jolla tutkia tunteita. Larsen ja Diener (1992) ovat yrittäneet ratkaista tätä ongelmaa kehittämällä tunteiden kehämallin (kuvio 2), jossa pyritään tunteiden tutkimisen menetelmälliseen selkeyteen. Tunteiden kehämalli on teoreettinen työkalu, joka kuvailee tunteiden yhteyksiä käyttäytymiseen. Siinä ehdotetaan tunteita luonnehtivia dimensioita ja tarkastellaan, mitkä tunteet ovat samantapaisia ja erilaisia ja mitä niistä voidaan todennäköisesti kokea yhdessä. (Larsen & Diener 1992, 51-52.)

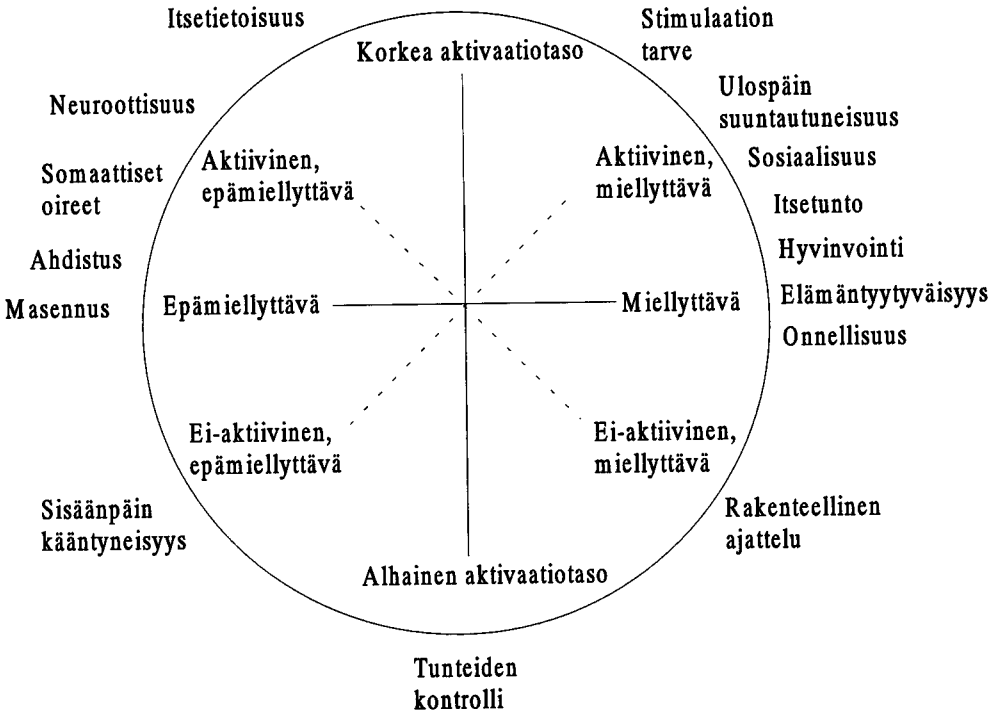
Larsen ja Diener (1992) esittävät, että väärinkäsityksiä ilmaantuu, kun tutkijat käyttävät erilaisia tunteita kuvaavia termejä viittaamaan samaa asiaa ja kun tunteilla on tutkijoille erilaisia merkityksiä. Jos tunteiden kehämallia käytettäisiin standardina, silloin tutkijoita ohjaisi jokin linja. Mallissa affektiiviset tilat vaihtelevat hedonisuuden suhteen, joten ympyrän vasemmalla puoliskolla olevat tunteet ovat epämiellyttäviä ja oikealla miellyttäviä. Affektiiviset tilat vaihtelevat myös aktiivisuuden suhteen, joten ympyrän yläpuoliskolla vallitsee korkea aktivaatiotaso ja alapuoliskolla alhainen aktivaatiotaso. (Larsen & Diener 1992, 30-31.)



KUVIO 2. Tunteiden kehämalli (Larsen & Diener 1992, 31)

Tunteiden kehämalliin liittyy kuvio 3, jossa esitellään tunteisiin liittyvää käyttäytymistä. Tällöin esimerkiksi miellyttäviin tunteisiin liittyy hyvinvointi, elämäntyytyväisyys ja onnellisuus. Vastakkaisesti epämiellyttäviin tunteisiin liittyy masennus. Kehämallin tulkintaan vaikuttaa se, miten masennusta mitataan ja miten se käsitetään. Jos halutaan löytää masentuneet ihmiset elämäänsä tyytyväisten ihmisten joukosta, mittariin tulisi valita miellyttävä-epämiellyttävä dimension adjektiiveja. Tällöin masentunutta yksilöä kuvaavat muun muassa surullisuuden, alakuloisuuden ja epätoivon tunteet. (Larsen & Diener 1992, 39-41.)

Malli antaa mahdollisuudet mitata tunne-elämää yksilöiden ja kulttuurien välillä, koska se luo perustan, jolla vertailla ihmisiä. Larsen ja Diener (1992) toteavat, että rakenne ei ole valmis tai täydellinen tunneteoria, vaan sitä tulee tutkia edelleen suurilla otoksilla. Malliin liittyy myös erinäisiä ongelmia, joihin ei tässä paneuduta. (Larsen & Diener 1992, 48-52.)



KUVIO 3. Käyttäytymisen kehämalli (Larsen & Diener 1992, 39)

Kognitiot ja masennus. Robins (1988) on analysoinut 87 attribuutioiden ja masennuksen välisiä yhteyksiä tarkastelevia tutkimusta. Monissa tutkimuksissa oli selvästi riittämätön tilastollinen voima. Tutkimuksissa, joissa oli melko korkea tilastollinen voima, löytyi yhteys attribuutioiden ja masennuksen välille. Robins ehdottaa, että huomiota pitäisi kiinnittää tilastollisten analyysien voimaan suunniteltaessa tutkimuksia ja tehtäessä johtopäätöksiä valmiista tutkimuksista. (Robins 1988, 880-886.)

Nezu, Kalmar, Ronan ja Clavijo (1986) ovat selvittäneet kausaaliattribuutioiden yhteyttä masennukseen yliopisto-opiskelijoilla. Kielteisten attribuutioiden ja masennuksen välillä oli korkea korrelaatio. Attribuutioilla myönteisistä tapahtumista ja masennuksella ei ollut merkitsevää yhteyttä. (Nezu, Kalmar ym. 1986, 50-54.)

Nezu, Nezu ja Nezu (1986) ovat tarkastelleet kausaaliattribuutioiden ja masennuksen yhteyksiä yliopisto-opiskelijoilla. Myönteiset kausaaliattribuutiot olivat käänteisesti yhteydessä masennukseen ja kielteiset kausaaliattribuutiot olivat myönteisesti yhteydessä masennukseen. (Nezu, Nezu ym. 1986, 184-185.)

Faller, Schilling ja Lang (1995) selvittivät keuhkosyöpäpotilaiden kausaaliattribuuti-

oiden yhteyttä masennukseen. Psykososiaalisilla attribuutioilla (esim. vaikea lapsuus ja tunteiden tukahduttaminen) oli yhteys masennukseen. (Faller ym. 1995, 619-620.)

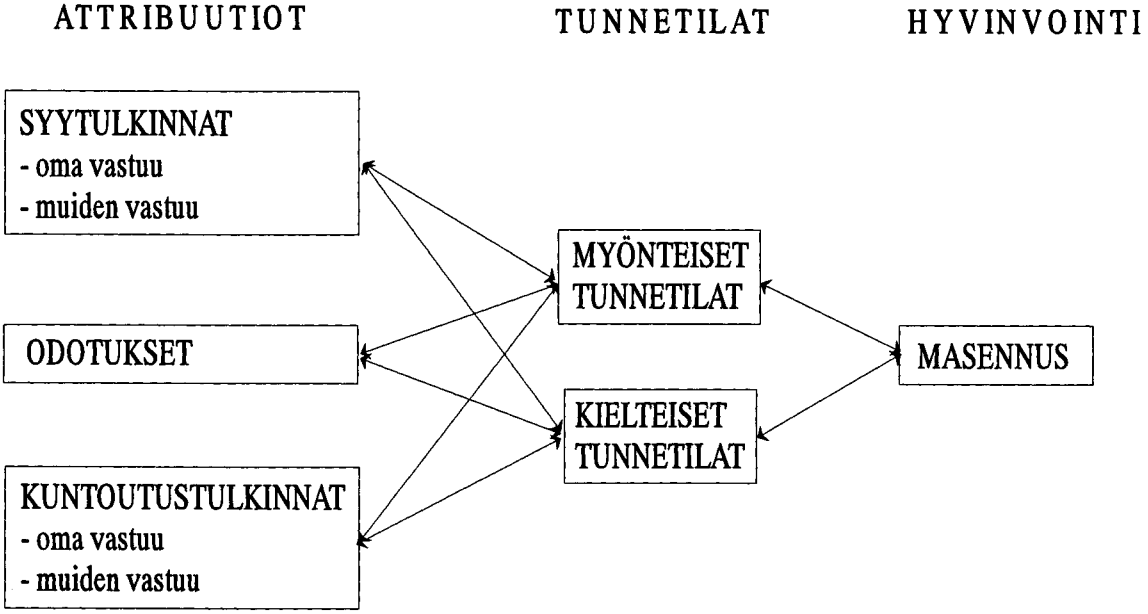
Barnes Nacoste ja Wise (1991) ovat tutkineet kahden kognitiivisen ominaisuuden eli asenteiden ja kielteisten ajatusten yhteyttä masennukseen kielteisissä elämäntapahtumissa. Kolmen sukupolven aikuisia tutkittiin ja havaittiin, että kognitioiden rooli masennuksessa on monimutkainen ja se vaihtelee sukupolvien välillä. Kaikille sukupolville löytyi merkitsevä yhteys kielteisten ajatusten ja masennuksen välille. Ainoastaan nuorten ryhmästä löytyi melkein merkitsevä yhteys myös kielteisten asenteiden ja masennuksen välille. (Barnes Nacoste & Wise 1991, 402-403.)

Tunteet ja masennus. Watson ja Tellegen (1985, 221) ovat osoittaneet, että kielteiset ja myönteiset tunteet muodostavat itsenäiset dimensiot. Tunteiden dimensioiden ja masennusoireiden yhteys on ollut useiden tutkimusten kiinnostuksen aiheena. Niiden mukaan kielteiset tunteet olivat yhteydessä masennukseen (Brett, Brief, Burke, George & Webster, 1990, 62; Clark, Watson & Mineka 1994, 103; Dua 1993, 522-523; Elliott, Marmarosh & Pickelman 1994, 306; Jolly, Dyck, Kramer & Wherry 1994, 548; Lonigan, Carey & Finch 1994, 1006; Lovejoy & Steuerwald 1992, 305; MacLeod, Byrne & Valentine 1996, 76; McGrath & Ratliff 1993, 162; Sullivan, Bishop & Pivik 1995, 350; Watson, Clark & Carey 1988; Watson, Clark & Tellegen 1988, 1068). Myönteiset tunteet taas olivat käänteisesti yhteydessä masennukseen (Affleck ym. 1991, 26; Clark ym. 1994, 103; Dua 1993, 522-523; Jolly ym. 1994, 548; Lovejoy & Steuerwald 1992, 305; MacLeod ym. 1996, 76; McGrath & Ratliff 1993, 162; Sullivan ym. 1995, 350; Watson, Clark & Tellegen 1988, 1068). Tutkimuksissa yleisenä piirteenä oli, että kielteiset tunteet olivat voimakkaammin yhteydessä masennukseen kuin myönteiset.

4 TUTKIMUKSEN ONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on vammaisten lasten vanhempien hyvinvoinnin vaihtelun ymmärtäminen. Tutkitaan, miten attribuutiotulkinnat selittävät tunnetilojen kautta hyvinvointia. Attribuutiotulkintoja ovat Weinerin (1985, 1986) syytulkinnat ja Juvosen ja Leskisen (1994) kuntoutustulkinnat yhdessä. Vanhempien kokemat tunnetilat jaetaan myönteisiin ja kielteisiin tunnetiloihin. Vanhempien hyvinvoinnin selittäjistä, stressistä, sopeutumisesta ja masennuksesta valitaan viimeiseksi mainittu.

Ensimmäisenä tutkimuksessa esitellään vammaisten lasten vanhempien syytulkinto- ja, odotuksia, kuntoutustulkintoja, tunnetiloja ja masennusta. Lisäksi tutkitaan niiden yhteyttä taustamuuttujiin. Nämä yhteydet on esitetty testien mukaisessa järjestyksessä. Viimeisenä esitetään tutkimuksen päätulos, joka perustuu Weinerin (1985, 1986) teoriaan. Tutkitaan, vaikuttavatko vammaisten lasten äitien ja isien syytulkinnat, odotukset (kehittymisestä ja kuntoutumisesta) ja kuntoutustulkinnat tunnetiloihin ja ne taas masennukseen (kuvio 4). Tarkastellaan myös äitien ja isien tekemien syytulkinto- jen, odotusten ja kuntoutustulkintojen yhteyttä masennukseen ilman tunnetilojen vaikutusta. Kokonaisuus muodostuu muuttujien välisistä yhteyksistä, joita tarkastellaan korrelatiivisesti ja regressioanalyysin avulla.



KUVIO 4. Tutkimuksen teoreettinen malli

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia ovat äitien ja isien syytulkinnat, odotukset ja kuntoutustulkinnat?
2. Millaisia tunnetiloja äidit ja isät kokevat?
3. Miten masentuneita äidit ja isät ovat?
4. Miten äitien ja isien syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus ovat yhteydessä taustamuuttujiin?
   4.1 Liittyykö syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus lapsen ikään, toimintakykyyn, äidin ja isän ikään, tuloihin ja lasten lukumäärään?
   4.2 Liittyykö syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus siihen, asuvatko äidit ja isät yhdessä vai yksin?
   4.3 Liittyykö syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus lapsen sukupuoleen?
   4.4 Liittyykö syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus lapsen kehitysvammaisuuteen?
   4.5 Liittyykö syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus äidin tai isän koulutukseen?
5. Miten äitien ja isien syytulkinnat, odotukset, kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus ovat yhteydessä toisiinsa?

Lisäksi tutkitaan, miten äitien ja isien kokemukset eroavat toisistaan.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Näytteen kokoaminen

Tutkimus liittyy Erityispedagogiikan laitoksen Varhaisvuodet ja erityiskasvatus -ryhmän (VARHE) tutkimuksiin. Tutkimuksen suunnitteli Markku Leskinen ja aineiston kokosivat Sirpa Kantinkoski ja Marja Rannila. Tutkimus tapahtui Kehitysvammaisten Tukiliiton ja CP -liiton jäsenyhdistysten kautta. Tutkimusmenetelmänä oli postikysely. Tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat nähtävissä liitteessä 1. Äidit täyttivät taustatieto- ja toimintakykylomakkeen, joissa oli kysymyksiä perheistä ja vammaisista lapsista. Syytulkinta-, kuntoutustulkinta-, tunnetila- ja masennuslomakkeet lähetettiin sekä äideille että isille. Tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollista vastata nimettöminä. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheutunut perheille kustannuksia.

Aineiston kokoamisen ensimmäisessä vaiheessa jäsenyhdistyksiltä (N = 227) kysyttiin osallistumishalukkuutta tutkimukseen. Tutkimukseen ilmoittautui 58 jäsenyhdistystä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli alle 16 -vuotiaiden CP- tai kehitysvammaisten lasten perheet, joita oli 679. Ensimmäisessä kyselyssä tutkimukseen osallistuneita perheitä oli 137. Uusintakyselyn jälkeen vastauksia tuli vielä 22. Aineisto oli koossa marraskuussa 1995 ja palautusprosentti oli 23. Vanhemmilta saadun palautteen mukaan katoon vaikutti muun muassa laaja ja vaikea lomakkeisto sekä vanhempien ajan puute.

5.2 Tutkimusryhmän kuvaaminen

CP- ja kehitysvammaisten lasten vanhemmista äitejä oli 159 ja isiä 148 (taulukko 3). Kyselyyn vastanneet äidit olivat keskimäärin 38-vuotiaita (s = 6.63) ja isät 41-vuotiaita (s = 7.25). Nuorin äiti oli 21-vuotias ja vanhin 56-vuotias. Vastaavasti nuorin isä oli 25-vuotias ja vanhin 68-vuotias.

Suurin osa vanhemmista eli avio- tai avoliitossa, kun taas yksinhuoltajia oli noin viidesosa. Ammatillinen tutkinto oli noin 70 %:lla äideistä ja noin puolella isistä. Äidit olivat saaneet enemmän koulutusta kuin isät. Äideistä yli puolet kävi työssä ja vajaa kolmasosa oli kotiäitejä. Isistä työssäkäyviä oli 83 %. Noin 60 %:lla perheistä kuu-

kausittaiset nettotulot ylittivät 8000 markkaa. Perheissä lasten lukumäärä vaihteli yhdestä kahteentoista. Eniten oli kaksilapsisia perheitä (ka = 2.66, s = 1.66).

TAULUKKO 3. Perheiden taustatiedot

	N	%	ka	s
Äidin ikä	159		38.28	6.63
Isän ikä	148		40.74	7.25
Siviilisääty				
Naimaton	4	2.5		
Avio- tai avoliitto	130	81.8		
Asumusero	7	4.4		
Eronnut	17	10.7		
Leski	1	0.6		
Äidin koulutus				
Ei ole	23	14.5		
Kurssit	24	15.1		
Keskiaste	86	54.1		
Korkea-aste	24	15.1		
Isän koulutus				
Ei ole	27	17.0		
Kurssit	46	28.9		
Keskiaste	54	34.0		
Korkea-aste	20	12.6		
Äidin työtilanne				
Töissä	92	57.9		
Kotiäiti	43	27.0		
Työtön	17	10.7		
Eläkkeellä	2	1.3		
Opiskelija	5	3.1		

(jatkuu)

	N	%	ka	s
Isän työtilanne				
Töissä	122	83.0		
Koti-isä	1	0.7		
Työtön	15	10.2		
Eläkkeellä	5	3.4		
Opiskelija	4	2.7		
Perheen nettotulot				
Alle 6000 mk	30	18.9		
6001-8000 mk	30	18.9		
8001-10000 mk	32	20.1		
Yli 10000 mk	63	39.6		
Lasten lukumäärä			2.66	1.66
1	24	15.1		
2	68	42.8		
3	42	26.4		
4 tai enemmän	25	15.7		

CP- tai kehitysvammaisia lapsia oli 154, joista tyttöjä oli 73 ja poikia 78 (taulukko 4). Vammaisuuden laatua ei tiedetä viiden lapsen kohdalta, koska vanhemmat eivät maininneet sitä. Lapset olivat iältään yhdestä kuuteentoista vuotiaita (ka = 8.62, s = 3.97). Suurin osa lapsista oli keskivaikeasti tai vaikeasti vammaisia. Kahdeksasta kysytystä vammasta lapsilla oli keskimäärin 1.95 vammaa. Lasten toimintakyvyn indeksin keskiarvo oli 48.79 (s = 17.48), kun vaihteluväli oli 20-95.

TAULUKKO 4. Vammaisten lasten taustatiedot

	N	%	ka	s
Ikä	154		8.62	3.97
Sukupuoli				
Tyttöjä	73	47.4		
Poikia	78	50.6		
Allergia	39	24.5		
Astma	4	2.5		
CP-vamma	57	35.8		
Epilepsia	48	30.2		
Kehitysvamma	112	70.4		
Kuulovamma	6	3.8		
Näkövamma	32	20.1		
Sydänvika	16	10.1		
Toimintakyky[1]			48.79	17.48

[1] Mitattu Toimintakyvyn arviointi -mittarilla

5.3 Muuttujat ja niiden mittaaminen

Markku Leskinen on kehittänyt syy- ja kuntoutustulkintamittarit yhteistyössä Jaana Juvosen kanssa. Leskinen (1994) on käyttänyt mittareita väitöskirjassaan, mutta tämän tutkimuksen tarkoituksiin niitä on vielä muokattu. Kehittämäänsä tunnemittaria Leskinen (1992, 1994) on käyttänyt sekä pro gradu -työssään että väitöskirjassaan.

Syytulkinnat ja odotukset. Vanhempia pyydettiin arvioimaan, johtuiko lapsen vammautuminen itsestä (oma vastuu) vai ulkopuolisista tekijöistä (muiden vastuu). Myös vanhempien odotuksia lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta arvioitiin. Syytulkintoja ja odotuksia arvioitiin likert -asteikollisilla osioilla (1 = täysin eri mieltä, 6 = täysin samaa mieltä). Kausaalidimensioihin perustuvat kysymykset ovat seuraavat:

Oma vastuu
a. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti itseeni liittyvistä tekijöistä.
c. Lapseni vammautumisen syy oli osaksi oma syyni.

Muiden vastuu
b. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti ulkopuolisista tekijöistä.
d. Koen muiden olevan vastuussa lapseni vammautumisesta.

Odotukset lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta.
e. Lapseni vammautumisen aste on muuttuva (kuntoutuva).

Syytulkintoja mitattiin kahdella muuttujalla. Omasta ja muiden vastuusta muodostettiin summamuuttujat. Syytulkintasummamuuttujia muodostettaessa osiosumma jaettiin osioiden lukumäärällä (2), jotta asteikko säilyisi ennallaan. Odotuksia lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta mitattiin ainoastaan yhdellä muuttujalla.

Kuntoutustulkinnat. Tarkoituksena oli selvittää vanhempien käsityksiä lapsen kuntoutuksesta ja opetuksesta. Likert -asteikko oli sama kuin syytulkintamittarissa. Kausaalidimensioihin perustuvat kysymykset:

Oma vastuu
f. Olen ollut ensisijaisesti vastuussa lapsen kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.
g. Tein viimekädessä päätökset lapseni kuntoutukseen ja/tai opetukseen liittyvissä kysymyksissä.
h. Olen itse vaikuttanut merkitsevästi lapseni kuntoutumiseen ja kehitykselliseen edistymiseen.
i. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ollut pääasiassa seurausta minun omasta kuntouttavasta toiminnastani.

Muiden vastuu
j. Koen kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten olleen ensisijaisessa vastuussa lapseni kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.
k. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmiset ovat tehneet päätökset lapseni kuntoutus- ja/tai opetusasioissa.
l. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ensisijaisesti ollut kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten ansiota.
m. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten työskentely lapseni kanssa on vaikuttanut ratkaisevasti lapseni kasvuun ja kehitykseen.

Kuntoutustulkinnat jaettiin omaan ja muiden vastuuseen lapsen kuntoutuksesta ja opetuksesta. Kumpaankin luokkaan sisältyi neljä muuttujaa. Kuntoutustulkintojen osiosumma jaettiin osioiden lukumäärällä (4) alkuperäisen asteikon säilymiseksi.

Tunteet. Vammaisten lasten vanhempia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein he ovat kokeneet mittarissa mainittuja tunteita, kun he ovat pohtineet lapsensa vammaa, hänen kehittymistään ja tulevaisuuttaan. Kahtakymmentäkuutta tunnetta arvioitiin 1-7 (1 = erittäin harvoin, 7 = erittäin usein) osioisella likert -asteikolla. Kielteisiä tunteita on 18 ja myönteisiä kahdeksan. Tunteiden järjestys on nähtävissä liitteessä 1. Arvioidut tunnetilat olivat seuraavat:

Olen masentunut
Olen vihainen muille
Olen ahdistunut
Säälin lastani
Olen väsynyt
Olen epätoivoinen
Olen vihainen itselleni
Olen huolestunut jaksamisestani
Olen ärsyyntynyt
Tunnen syyllisyyttä
Tunnen itseni avuttomaksi
Olen katkera
Säälin itseäni
Olen tyytymätön
Olen allapäin
Syytän muita
Olen hermostunut
Olen huolissani lapseni tulevaisuudesta

Olen toiveikas
Olen ylpeä lapsestani
Olen iloinen
Olen tyytyväinen
Olen kiitollinen
Olen tyytyväinen lapseeni
Olen onnellinen
Olen iloinen lapsestani

Tunteista muodostettiin kaksi summamuuttujaa sen perusteella, liittivätkö vanhemmat lapsen vammaan, kehitykseen ja tulevaisuuteen myönteisiä vai kielteisiä tunteita. Myönteisten ja kielteisten tunnetilojen osiosumma jaettiin osioiden lukumäärällä (8 ja 18), jotta asteikko pysyisi ennallaan. Tunnetiloja on siis kaksi: myönteiset ja kielteiset tunnetilat, joihin liittyy monia tarkkoja tunteita.

Masennus. Masennusta mitattiin Beck Depression Inventorylla (BDI). Vanhempia pyydettiin lukemaan kunkin kohdan väittämät ja valitsemaan niistä sopivin vaihtoehto, joka kuvasi hänen tuntemuksiaan sillä hetkellä. BDI koostuu 21 osiosta, joissa on 4-5 vastausvaihtoehtoa. Mittarin osioiden pisteytys on nollasta kolmeen ja se kuvaa masennuksen vaikeutta. Monessa osiossa on kaksi samanarvoista vastausvaihtoehtoa. Tällöin ne on erotettu toisistaan a ja b -kirjaimilla (esim. 2a ja 2b). Masennus -asteikon

summamuuttuja muodostettiin siten, että pistemäärät laskettiin yhteen. Beckin, Steerin ja Garbinin (1988) mukaan kliiniset normit ovat: 0-9 pistettä; ei masennusta, 10-18 pistettä; lievä masennus, 19-29 pistettä; kohtalainen masennus, 30-63 pistettä; vaikea masennus. Esimerkki BDI:n osiosta:

0 En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti.
1 Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta.
2a Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
2b Minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani.
3 Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan.

Toimintakyky. Lapsen toimintakyky on yksi taustamuuttujista, jota mitattiin the ABILITIES Index:llä. Simeonsson ja Bailey ovat kehittäneet mittarin kuvailemaan lapsen toiminnan kyvykkyyttä ja rajoituksia yhdeksällä alueella (Simeonsson, Bailey, Smith & Buysse 1995, 271). Niitä ovat kuulo, käyttäytyminen ja sosiaaliset taidot, älyllinen toiminta, raajat, kommunikaatio, lihasjänteys, terveydentila, näkö ja kehonrakenne. Vanhempia pyydettiin laittamaan jokaiseen sarakkeeseen rasti siihen ruutuun, joka parhaiten kuvaa lasta. Lapsen ongelmien vaikeutta mitattiin asteikolla 1-6 (1 = normaali, 6 = perusteellinen vaikeus). Mittarin uudessa versiossa vastausasteikko on nollasta viiteen ja sitä käytettiin myös tässä tutkimuksessa. Mittarista saadut pistemäärät voivat vaihdella nollasta 95:een.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

5.4.1 Reliabiliteetti

Reliabiliteettikertoimet (Cronbachin alfa) on esitetty taulukossa viisi. Alfa -kerroin tulisi olla vähintään .80 mittauksen luotettavuuden varmistamiseksi (Bryman & Cramer 1990, 71). Masennus- ja tunnetilamittareiden sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä (.84-.94). Kuntoutustulkintamittarin alfa -kertoimet olivat kohtalaiset (.73-.79) ja syytulkintamittarin verrattain alhaiset (.54-.69).

TAULUKKO 5. Tutkimuksen reliabiliteetit.

	Cronbachin alfa	
Muuttuja	Äidit	Isät
Syytulkinnat		
Oma vastuu	.69	.54
Muiden vastuu	.56	.55
Kuntoutustulkinnat		
Oma vastuu	.76	.78
Muiden vastuu	.79	.73
Tunnetilat		
Myönteiset	.86	.84
Kielteiset	.94	.93
Masennus	.87	.89

Syytulkintamittarista alhaisin reliabiliteetti löytyi isien oman vastuun osiosta. Alun perin tämän osion reliabiliteetti oli vain .25. Tätä ulottuvuutta mitanneet kaksi kysymystä eivät olleet sisäisesti johdonmukaisia. Vastauksia tarkasteltiin lähemmin ristiintaulukoinnin avulla. Niiden perusteella havaittiin viisi sellaista isää, jotka olivat vastanneet toiseen kysymykseen yksi ja toiseen kuusi. Näiden tapausten poistaminen nosti reliabiliteetin .54 ja sen perusteella nämä isät jätettiin pois jatkoanalyyseistä.

Mittarin pituus on vahvasti yhteydessä reliabiliteettiin (Slavin 1984, 87). Mittareiden osioiden määrän kasvaessa vähenee sattuman osuus ja reliabiliteetti paranee (Karma 1983, 58). Alhainen reliabiliteetti voidaan selittää yhtä ulottuvuutta mittaavien kysymysten vähäisyydellä. Syytulkintoja mitattiin vain kahdella kysymyksellä, joten alhainen reliabiliteetti voidaan ajatella osittain johtuvan siitä (ks. Slavinin 1984, 78). Alhaista sisäistä johdonmukaisuutta voidaan selittää myös sillä, että kysymykset eivät ehkä mitanneet vanhempien tulkitsemina samaa asiaa. Kysymysten yhteyttä toisiinsa tutkittiin myös Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella (liite 2). Yhteydet olivat erittäin merkitseviä ja kertoimet vaihtelivat .38 ja .56 välillä. Päätimme käyttää syytulkintasummamuuttujia, koska niillä saatu tieto on luotettavampaa kuin yhdellä kysy-

myksellä mitattuna. Koska syytulkintamittarin reliabiliteetit olivat kaiken kaikkiaan alhaisia, niiden sisäiseen johdonmukaisuuteen ja siten myös tuloksiin tulee suhtautua varauksella.

Vanhempien odotuksia lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta mitattiin yhdellä kysymyksellä. Leskinen (1994) päätyi myös mittaamaan odotuksia vain yhdellä kysymyksellä, koska odotus on tarkkarajainen kognitiivinen asenne, johon on vaikea keksiä samaa tarkoittavia kysymyksiä (suullinen tiedonanto 3.7.1997).

Kuntoutustulkintamittarin kysymysten yhteyksiä tutkittiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella (liite 3). Kertoimet vaihtelivat .22 ja .68 välillä. Koska kysymykset korreloivat keskenään ja reliabiliteettikertoimet olivat kohtalaisia, summamuuttujia päätettiin käyttää.

Reliabiliteettia voidaan arvioida myös faktoriratkaisun (faktori- tai pääkomponenttianalyysi) kommunaliteettien kautta, jolloin kommunaliteettikerroin kuvaa reliabiliteetin alarajan. Kommunaliteetti on faktorilatausten neliöiden summa ja lataukset muuttujien korrelaatioita tietylle faktorille. (Karma & Komulainen 1990.) Syy- ja kuntoutustulkintojen kommunaliteetit olivat kohtuullisen hyviä, koska ne vaihtelivat .45 ja .79 välillä (taulukot 6-9). Tätä kautta voitiin tarkastella myös odotusmuuttujan reliabiliteettia. Se muodosti selkeästi oman osionsa suhteessa syytulkintoihin, kun äitien kommunaliteetti oli .97 ja isien .94.

Tunnetilamittarissa, huolimatta korkeasta Cronbachin alfasta, oli mukana reliabiliteetiltaan hieman alhaisia osioita (taulukot 10 ja 11). Erityisen alhaiset kommunaliteetit oli äideillä .28 ja isillä .15 "Olen huolissani lapseni tulevaisuudesta" -osiossa. Äideillä tämä tunne korreloi muiden kielteisten tunteiden kanssa .49 ja isillä .34 tasolla, jonka vuoksi se säilytettiin summamuuttujassa. Osion poistaminen ei kuitenkaan olisi parantanut summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta (äidit .0001 ja isät .003). Tunteiden keskinäisiä korrelaatioita ei esitellä tässä raportissa, vaan ne on pyydettäessä saatavissa tutkijoilta.

5.4.2 Validiteetti

Hyvä reliabiliteetti ei ole yksinään tae siitä, että mittari on hyvä. Se on osoitus, että mitataan luotettavasti jotakin. (Karma 1983, 56.) Menetelmän tai mittarin toinen osatekijä on sen validiteetti eli kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Yksi mittarin validisuutta alentava tekijä on reliabiliteetin puute. (Uusitalo 1995, 84-86.)

Sisäinen validiteetti. Nummenmaan, Konttisen, Kuusisen ja Leskisen (1997, 204) mukaan sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, missä määrin mittarit (osiot, kysymykset ym.) edustavat sitä sisältöaluetta, jota oli tarkoitus mitata. Leskisen (1994, 44) tutkimuksessa tehdyt esimittaukset tukivat sisältövaliditeettia. Muuttujat näyttäisivät mittaavan sitä, mitä niiden on tarkoitus mitata. Leskinen on tehnyt syytulkinta -mittarin käyttäen Russelin (1982) mittaria lähtökohtana.

Mittaria voidaan arvioida rakennevaliditeetin avulla. Leskinen (1992, 1994) ja Juvonen ja Leskinen (1994) ovat kehittäneet tässä tutkimuksessa käytetyt syytulkinta-, kuntoutustulkinta- ja tunnemittarit. Mittarit toimivat Leskisen (1992, 1994) tutkimuksissa hyvin: tulokset tukivat attribuutioteoriaa ja välillisesti rakennevaliditeettia. Tähän tutkimukseen syy- ja kuntoutustulkintamittareita on hieman muokattu ja valittu parhaimmat osiot. Switzkyn ja Healin (1990, 7) mukaan rakennevaliditeettia voidaan tarkastella faktorirakenteen kautta. Tavallisesti tiedetään ja voidaan ennustaa, miten faktoreiden pitäisi muodostua teoreettisen rakenteen valossa. Jos faktorit latautuvat niin kuin ennustetaan, niin silloin mittari käyttäytyy odotetulla tavalla.

Mittareiden rakennevaliditeettia selvitettiin tarkastelemalla muuttujien pääkomponenttirakenteita. Pääkomponenttien lukumäärä oli ennalta valittu teoreettisen viitekehyksen mukaan. Äideillä ja isillä syytulkinnat latautuivat odotetusti kolmelle pääkomponentille: oma vastuu, muiden vastuu ja odotukset (taulukot 6 ja 7). Kuntoutustulkintamittarin osiot latautuivat sekä äideillä että isillä kahdelle pääkomponentille: oma vastuu ja muiden vastuu kuntoutuksesta (taulukot 8 ja 9). Asteikkojen rakennevaliditeetit osoittautuivat hyviksi.

Tunteita mittaavan asteikon osioista erikseen sekä äideille että isille tehtyjen pääkomponenttianalyysien perusteella voidaan asteikon rakennevaliditeettia pitää hyvänä (taulukot 10 ja 11). Sääli ei ollut selkeä osio kahden pääkomponentin rakenteessa.

Äideillä se latautui voimakkaammin myönteiselle pääkomponentille, vaikka se on kielteinen tunne. Koska se on teoreettisesti kielteinen tunne, se liitettiin ensimmäiseen pääkomponenttiin. Muuttujat latautuivat sääliä lukuunottamatta johdonmukaisesti sekä äideillä että isillä kahdelle myönteisten ja kielteisten tunnetilojen pääkomponenteille.

Mittarien psykometristen ominaisuuksien kannalta on yleensä parempi käyttää valmiita, tutkittuja asteikoita, kuin luoda uusia (Slavin 1984, 87). BDI:n psykometrisistä ominaisuuksista tiedetään paljon, koska sitä on käytetty laajasti kuvaamaan masennusta (Beck ym. 1988). Korkea korrelaatio on havaittu BDI:n pisteiden, muiden psykometristen testien ja psykiatrien kliinisten arviointien välillä. Useiden tutkimusten tulokset ovat tukeneet BDI:n rinnakkaisvaliditeettia. (Beck 1970, 195; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 1961, 569; Martinsen, Friis & Hoffart 1995, 460.)

Buysse, Smith, Bailey ja Simeonsson (1993) tutkivat toimintakykymittarin käyttökelpoisuutta ja ymmärrettävyyttä. Heidän mukaansa vanhemmat ja ammatti-ihmiset pitivät mittaria hyödyllisenä lapsen arvioinnin menetelmänä. (Buysse ym. 1993, 234.) Samat henkilöt ovat tutkineet myös mittarin validiteettia. Tulokset tukivat vanhempien, opettajien ja muiden ammatti-ihmisten arviointien rinnakkaisvaliditeettia. (Bailey, Simeonsson, Buysse & Smith 1993, 814.)

Ongelmat syytulkintamittarin sisäisessä johdonmukaisuudessa osoittavat, että validiteettiin on suhtauduttava varauksella. Tunnetilamittarin tarkoituksena oli mitata vanhempien kokemia tunnetiloja laaja-alaisesti, ei ainoastaan tiettyjä tarkkoja tunteita.

Ulkoinen validiteetti. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä varmuutta, todennäköisyyttä, jolla tutkimusoloissa tehty päätelmä voidaan yleistää laajempaan populaatioon, muihin olosuhteisiin, toisiin ajankohtiin sekä yleisimpiä teoreettisia käsitteitä koskevaksi (Moberg & Tuunainen 1989, 64). Tulosten ulkoisesta validiteetista ei voida koskaan olla varmoja ennen kuin arvioidaan koko kiinnostuksen kohteena oleva populaatio (Slavin 1984, 13).

Perusjoukosta selektiivisesti valikoituneesta kohderyhmästä saatua sisäisesti validia tutkimustulosta ei voida yleistää toisenlaista kohderyhmää eikä perusjoukkoa koskevaksi (Moberg & Tuunainen 1989, 65). Tässä tutkimuksessa näyte on valikoitunut, koska aineiston keräämiseen ei käytetty satunnaisotantamenetelmää. Näyte on valikoitunut myös siksi, että kaikki yhdistykset eivät halunneet osallistua tutkimukseen.

Mukana olleiden yhdistysten kaikki jäsenenä olleet vanhemmat eivät ottaneet osaa tutkimukseen, joten osallistumisprosentti jäi alhaiseksi. Voidaan olettaa, etteivät myöskään kaikki CP- tai kehitysvammaisten lasten vanhemmat kuulu tutkimuksessa mukana olleisiin yhdistyksiin. Tutkimustuloksia ei voida yleistää koko Suomen CP- tai kehitysvammaisten lasten vanhempia koskeviksi, koska tutkimuksessa ei voitu selvittää näytteen ja perusjoukon yhdenmukaisuutta. Lisäksi selektio vääristää tutkimuksen tuloksia siten, että todennäköisesti yhteydet tässä populaatiossa ovat heikompia kuin edustavammassa otoksessa. Näin ollen tuloksia on pidettävä lähinnä suuntaa-antavina.

TAULUKKO 6. Äitien syytulkintoja mittaavan asteikon pääkomponenttirakenne (N = 145; Varimax -rotaatio)

Muuttuja	Pääkomponentti I	Pääkomponentti II	Pääkomponentti III	h^2
2 a. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti itseeni liittyvistä tekijöistä.	**.88**	-.10	-.05	.79
2 c. Lapseni vammautumisen syy oli osaksi oma syyni.	**.88**	.05	.11	.79
2 d. Koen muiden olevan vastuussa lapseni vammautumisesta.	.08	**.84**	-.15	.73
2 b. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti ulkopuolisista tekijöistä.	-.13	**.83**	.15	.72
2 e. Lapseni vammautumisen aste on muuttuva (kuntoutuva).	.05	-.00	**.98**	.97
Ominaisarvo	1.62	1.36	1.02	4.00
Selittää yhteisvarianssista	40.4	34.1	25.5	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	32.3	27.3	20.4	80.0

TAULUKKO 7. Isien syytulkintoja mittaavan asteikon pääkomponenttirakenne (N = 99; Varimax -rotaatio)

Muuttuja	Pääkomponentti I	Pääkomponentti II	Pääkomponentti III	h^2
2 c. Lapseni vammautumisen syy oli osaksi oma syyni.	**.84**	.17	-.01	.74
2 a. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti itseeni liittyvistä tekijöistä.	**.83**	-.19	.01	.73
2 d. Koen muiden olevan vastuussa lapseni vammautumisesta.	.09	**.87**	-.14	.78
2 b. Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti ulkopuolisista tekijöistä.	-.12	**.77**	.31	.70
2 e. Lapseni vammautumisen aste on muuttuva (kuntoutuva).	.01	.05	**.97**	.94
Ominaisarvo	1.49	1.41	.99	3.89
Selittää yhteisvarianssista	38.3	36.3	25.4	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	29.8	28.3	19.8	77.9

TAULUKKO 8. Äitien kuntoutustulkintoja mittaavan asteikon pääkomponenttirakenne (N = 146; Varimax-rotaatio)

Muuttuja	Pääkomponentti I	Pääkomponentti II	h^2
2 h. Olen itse vaikuttanut merkittävästi lapseni kuntoutumiseen ja kehitykselliseen edistymiseen.	**.80**	.03	.65
2 g. Tein viimekädessä päätökset lapseni kuntoutukseen ja/tai opetukseen liittyvissä kysymyksissä.	**.78**	-.08	.61
2 f. Olen ollut ensisijaisessa vastuussa lapsen kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.	**.76**	-.09	.59
2 i. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ollut pääasiassa seurausta minun omasta kuntouttavasta toiminnastani.	**.63**	-.23	.45
2 l. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ensisijaisesti ollut kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten ansiota.	-.01	**.88**	.77
2 m. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten työskentely lapseni kanssa on vaikuttanut ratkaisevasti lapseni kasvuun ja kehitykseen.	.02	**.82**	.68
2 j. Koen kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten olleen ensisijaisessa vastuussa lapseni kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.	-.22	**.79**	.68
2 k. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmiset ovat tehneet päätökset lapseni kuntoutus- ja/tai opetusasioissa.	-.45	**.56**	.52
Ominaisarvo	3.14	1.80	4.94
Selittää yhteisvarianssista	63.5	36.5	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	39.2	22.5	61.7

TAULUKKO 9. Isien kuntoutustulkintoja mittaavan asteikon pääkomponenttirakenne (N = 101; Varimax -rotaatio)

Muuttuja	Pääkom-ponentti I	Pääkom-ponentti II	h^2
2 f. Olen ollut ensisijaisessa vastuussa lapsen kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.	**.85**	-.08	.73
2 h. Olen itse vaikuttanut merkittävästi lapseni kuntoutumiseen ja kehitykselliseen edistymiseen.	**.80**	-.00	.65
2 g. Tein viimekädessä päätökset lapseni kuntoutukseen ja/tai opetukseen liittyvissä kysymyksissä.	**.78**	-.03	.61
2 i. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ollut pääasiassa seurausta minun omasta kuntouttavasta toiminnastani.	**.67**	-.03	.45
2 l. Lapseni kuntoutuminen ja kehityksellinen edistyminen on ensisijaisesti ollut kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten ansiota.	-.09	**.79**	.63
2 j. Koen kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten olleen ensisijaisessa vastuussa lapseni kuntoutuksen ja/tai opetuksen suunnittelusta ja järjestämisestä.	.02	**.77**	.59
2 m. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmisten työskentely lapseni kanssa on vaikuttanut ratkaisevasti lapseni kasvuun ja kehitykseen.	.08	**.74**	.56
2 k. Kuntoutuksen ja opetuksen ammatti-ihmiset ovat tehneet päätökset lapseni kuntoutus- ja/tai opetusasioissa.	-.15	**.66**	.46
Ominaisarvo	2.59	2.09	4.68
Selittää yhteisvarianssista	55.3	44.7	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	32.3	26.1	58.4

TAULUKKO 10. Äitien tunteita mittaavan asteikon pääkomponenttianalyysi (N = 145; Varimax -rotaatio)

Muuttuja	Pääkomponentti I	Pääkomponentti II	h^2
Olen ahdistunut	**.80**	-.23	.69
Olen allapäin	**.77**	-.27	.67
Olen hermostunut	**.77**	-.14	.62
Olen katkera	**.75**	-.18	.60
Olen masentunut	**.73**	-.24	.59
Olen epätoivoinen	**.72**	-.35	.63
Olen tyytymätön	**.72**	-.29	.60
Olen vihainen itselleni	**.70**	-.04	.49
Olen väsynyt	**.67**	-.25	.51
Olen ärsyyntynyt	**.66**	-.16	.46
Olen huolestunut jaksamisestani	**.64**	-.26	.48
Säälin itseäni	**.63**	-.31	.49
Tunnen itseni avuttomaksi	**.63**	-.25	.45
Olen vihainen muille	**.60**	-.15	.38
Tunnen syyllisyyttä	**.56**	-.12	.33
Olen huolissani lapseni tulevaisuudesta	**.50**	-.20	.28
Syytän muita	**.49**	-.23	.30
Säälin lastani	**.38**	-.64[1]	.56
Olen iloinen lapsestani	-.14	**.84**	.72
Olen tyytyväinen lapseeni	-.23	**.82**	.73
Olen ylpeä lapsestani	-.06	**.74**	.56
Olen iloinen	-.23	**.70**	.54
Olen tyytyväinen	-.42	**.68**	.64
Olen onnellinen	-.35	**.66**	.57
Olen kiitollinen	-.10	**.63**	.40
Olen toiveikas	-.26	**.54**	.36
Ominaisarvo	11.04	2.62	13.66
Selittää yhteisvarianssista	80.8	19.2	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	42.5	10.1	52.6

[1] Sääli on teoreettisesti kielteinen tunne, joten se liitettiin ensimmäiseen pääkomponenttiin alhaisemmasta latauksesta huolimatta.

TAULUKKO 11. Isien tunteita mittaavan asteikon pääkomponenttianalyysi (N = 97; Varimax -rotaatio)

Muuttuja	Pääkomponentti I	Pääkomponentti II	h^2
Olen ahdistunut	**.77**	-.25	.65
Olen vihainen itselleni	**.76**	-.06	.58
Olen katkera	**.75**	-.27	.64
Olen ärsyyntynyt	**.73**	-.17	.56
Olen allapäin	**.72**	-.31	.62
Olen epätoivoinen	**.71**	-.16	.53
Olen hermostunut	**.69**	-.28	.55
Säälin itseäni	**.69**	-.20	.52
Olen huolestunut jaksamisestani	**.66**	-.10	.45
Olen väsynyt	**.66**	-.07	.44
Tunnen syyllisyyttä	**.65**	-.19	.46
Olen vihainen muille	**.65**	-.03	.42
Syytän muita	**.63**	-.09	.41
Olen masentunut	**.62**	-.30	.48
Olen tyytymätön	**.61**	-.46	.59
Tunnen itseni avuttomaksi	**.55**	-.11	.31
Säälin lastani	**.41**	-.36	.30
Olen huolissani lapseni tulevaisuudesta	**.38**	-.01	.15
Olen iloinen lapsestani	-.00	**.84**	.70
Olen tyytyväinen lapseeni	-.14	**.81**	.67
Olen ylpeä lapsestani	.03	**.75**	.56
Olen toiveikas	-.08	**.71**	.52
Olen kiitollinen	-.16	**.69**	.50
Olen onnellinen	-.44	**.65**	.61
Olen tyytyväinen	-.40	**.63**	.56
Olen iloinen	-.35	**.54**	.42
Ominaisarvo	10.20	2.97	13.17
Selittää yhteisvarianssista	77.5	22.5	100.0
Selittää kokonaisvarianssista	39.2	11.4	50.6

5.5 Aineiston analysointi

Aineiston tilastollinen tietojenkäsittely tehtiin SPSS-X -ohjelmistolla. Tutkimusongelmien ja analysointimenetelmien yhteydet on kuvattu taulukossa 12.

TAULUKKO 12. Aineiston analysointimenetelmät

Tarkoitus	Menetelmä	Tutkimusongelma
1. Mittareiden luotettavuuden arvioiminen	Cronbachin alfa -kertoimet Tulomomenttikorrelaatiokerroin Pääkomponenttianalyysi (Varimax-rotaatio)	
2. Kohderyhmän ja summamuuttujien kuvaaminen	Keskiarvo Keskihajonta	1, 2, 3
3. Summamuuttujien ja taustamuuttujien yhteyden tutkiminen	Tulomomenttikorrelaatiokerroin T-testi Varianssianalyysi Z-testi Kovarianssianalyysi	1, 2, 3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
4. Summamuuttujien väliset yhteydet	Tulomomenttikorrelaatiokerroin Fisherin Z-pisteet Korrelaation neliö Regressioanalyysi	4.1, 5

6 TULOKSET

6.1 Vanhempien syytulkinnat, odotukset ja kuntoutustulkinnat

Vammaisten lasten vanhemmat eivät pitäneet itseään, eikä muita vastuussa lapsensa vammautumisesta. Vanhemmat olivat keskimäärin eri mieltä mittarin väittämistä. Odotukset -muuttujan keskiarvot olivat sijoittuneet asteikon keskivaiheille. Vanhempien odotukset lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta olivat siis suhteellisen myönteisiä. Vanhemmat kokivat olevansa ammatti-ihmisten kanssa vastuussa lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista. Vanhemmat olivat vastanneet kyseessä oleviin kysymyksiin keskimäärin enemmän samaa mieltä -puolelle kuin eri mieltä -puolelle.

Äitien ja isien syytulkintojen, odotusten ja kuntoutustulkintojen keskiarvojen eroja tutkittiin riippuvien otosten t-testillä (kuvio 5 ja liite 4). Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero löytyi syytulkintojen oman vastuun muuttujasta. Äidit (ka = 1.90, s = 1.31) liittivät lapsen vammautumisen syyn enemmän itseensä kuin isät (ka = 1.29, s = 0.65); $t(77) = 3.89$, $p<.001$. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero löytyi myös kuntoutustulkintojen oman vastuun muuttujasta. Äidit (ka = 3.84, s = 1.08) ottivat enemmän vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista kuin isät (ka = 3.21, s = 1.01); $t(77) = 4.69$, $p<.001$. Tilastollisesti melkein merkitsevä ero oli kuntoutustulkintojen muiden vastuun osiossa. Isät (ka = 4.17, s = 0.92) kokivat äitejä (ka = 3.83, s = 1.09) enemmän, että ammatti-ihmiset olivat vastuussa lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista; $t(77) = -2.66$, $p<.05$.

6.2 Vanhempien tunnetilat

Tunnetiloja mitattiin seitsemänluokkaisella asteikolla, joten keskimmäinen arvo oli neljä. Äitien ja isien myönteisten tunnetilojen keskiarvot ylittivät selvästi tämän rajan. Vanhemmat kokivat melko usein myönteisiä tunnetiloja, kun he ajattelivat lapsensa vammaa, kehittymistä ja tulevaisuutta. Vanhemmat kokivat suhteellisen harvoin lapseen kohdistuvia kielteisiä tunnetiloja. Vanhempien keskiarvot olivat lähellä kolmea.

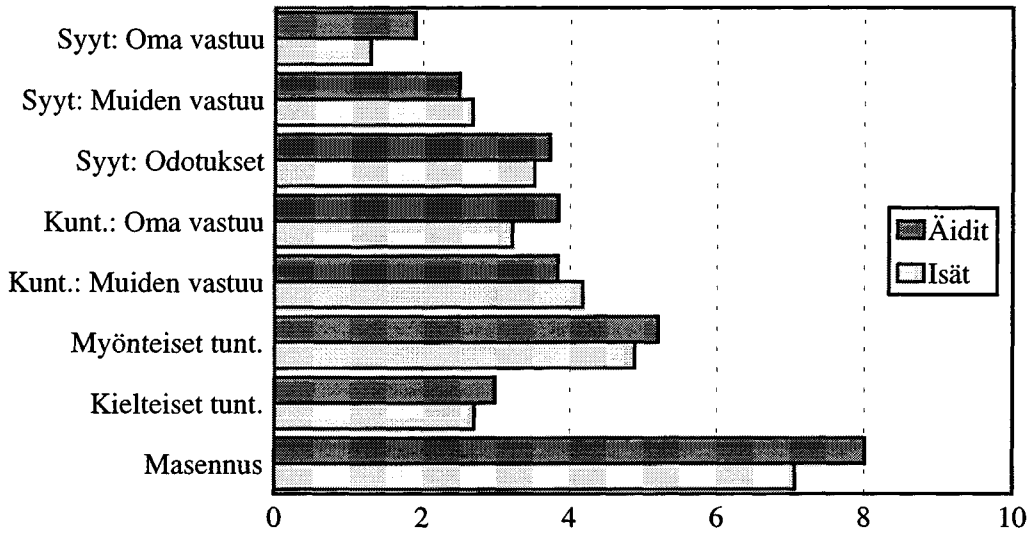
Äitien ja isien tunnetilojen keskiarvojen eroja verrattiin riippuvien otosten t-testillä

(kuvio 5 ja liite 4). Sekä myönteisistä että kielteisistä tunnetiloista löytyi melkein merkitsevä ero vanhempien väliltä. Äidit (ka = 5.20, s = 0.96) kokivat useammin myönteisiä tunnetiloja kuin isät (ka = 4.88, s = 1.09); t (77) = 2.23, p<.05. Äidit (ka = 2.98, s = 1.07) kokivat myös kielteisiä tunnetiloja useammin kuin isät (ka = 2.70, s = 0.90); t (77) = 2.14, p< .05.

6.3 Vanhempien masennus

Vammaisten lasten vanhemmat eivät olleet keskimäärin masentuneita (kuvio 5 ja liite 4). Masentuneisuuden raja oli yhdeksän ja sekä äitien että isien keskiarvot jäivät sen alapuolelle. Vanhempien keskiarvojen eron tilastollinen merkitsevyys tutkittiin riippuvien otosten t-testillä. Äitien masennuksen keskiarvo oli 8.01 (s = 6.49) ja isien oli 7.06 (s = 6.83). Keskiarvojen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä; t (77) = 0.96, p = n.s.

Äideistä 36 % ja isistä 27 % oli masentuneita. Prosenttiosuuksien eroja tutkittiin Z-testillä (Karma & Komulainen 1990, 70-71). Vanhempien masentuneisuuden prosenttiluvut eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan; Z = 1.49, p = n.s.



KUVIO 5. Äitien ja isien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen vertailua

6.4 Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys taustamuuttujiin

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen välisiä suhteita taustamuuttujiin tutkittiin tulomomenttikorrelaatiokertoimella, regressioanalyysilla, t-testeillä ja varianssianalyysillä. Taustamuuttujiksi valittiin lapsen ikä, toimintakyky, äidin ja isän ikä, perheen nettotulot, lasten lukumäärä, yhdessä tai yksin asuminen, lapsen sukupuoli, lapsen kehitysvammaisuus ja äidin ja isän koulutus.

6.4.1 Lapsen ikä, toimintakyky, äidin ja isän ikä, perheen nettotulot ja lasten lukumäärä

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen yhteyttä lapsen ikään, toimintakykyyn, äidin ja isän ikään, perheen nettotuloihin ja lasten lukumäärään tutkittiin tulomomenttikorrelaatiokertoimella ja yhteisiä selitysosuuksia regressioanalyysilla.

Äitien korrelaatiot on esitetty taulukossa 13. Äitien syytulkintojen muiden vastuu korreloi tilastollisesti erittäin merkitsevästi lapsen toimintakyvyn ($r = .38$, $p<.001$) kanssa. Mitä enemmän muut olivat vastuussa lapsen vammautumisesta, sitä rajoittuneempi oli lapsen toimintakyky. Odotukset korreloivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi lapsen iän ($r = -.41$, $p<.001$) ja toimintakyvyn ($r = -.38$, $p<.001$) kanssa ja merkitsevästi äidin iän ($r = -.29$, $p<.01$) kanssa. Mitä enemmän äidit odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan, sitä nuorempi lapsi oli, sitä parempi oli lapsen toimintakyky ja sitä nuorempi oli myös äiti. Regressioanalyysilla (ENTER) tutkittiin, miten paljon lapsen ikä, toimintakyky ja äidin ikä selittivät yhdessä äidin odotuksia lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta. Malli selitti 20 % äitien odotusten vaihtelusta ($F = 10.71$, $p<.001$). Kuntoutustulkintojen oma vastuu korreloi tilastollisesti melkein merkitsevästi äidin iän kanssa ($r = .20$, $p<.05$). Mitä enemmän äidit ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä vanhempi hän oli. Myönteiset ($r = -.35$, $p<.001$) ja kielteiset ($r = .34$, $p<.001$) tunnetilat korreloivat erittäin merkitsevästi lapsen toimintakyvyn kanssa. Äidit kokivat sitä useammin myönteisiä tunnetiloja, mitä parempi lapsen toimintakyky oli. Mitä useammin äidit kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä heikompi lapsen toimintakyky

oli. Masennuksen yhteys lapsen toimintakykyyn ($r = .33$, $p<.001$) oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Äidit olivat sitä masentuneempia, mitä rajoittuneempi lapsen toimintakyky oli. Syytulkintojen oma vastuu ja kuntoutustulkintojen muiden vastuu eivät liittyneet tilastollisesti merkitsevästi taustamuuttujiin.

Isiä koskevat korrelaatiot ovat taulukossa 13. Isien syytulkintojen oma vastuu korreloi tilastollisesti melkein merkitsevästi tulojen ($r = .30$, $p<.05$) kanssa. Mitä enemmän isät liittivät lapsen vammautumisen syyn itseensä, sitä paremmat tulot perheellä oli. Odotukset korreloivat tilastollisesti merkitsevästi lapsen iän ($r = -.36$, $p<.01$) kanssa ja melkein merkitsevästi isän iän ($r = -.24$, $p<.05$) kanssa. Isät odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan sitä enemmän, mitä nuorempi lapsi tai isä oli. Myös isien kohdalla tutkittiin regressioanalyysilla (ENTER), miten paljon lapsen ja isän iät selittivät yhdessä isien odotuksia lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta. Malli selitti 10 % isien odotusten vaihtelusta ($F = 5.11$, $p<.01$). Myönteisten ($r = -.38$, $p<.01$) ja kielteisten ($r = .38$, $p<.01$) tunnetilojen yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä lapsen toimintakyvyn suhteen. Isät kokivat sitä useammin myönteisiä tunnetiloja, mitä parempi lapsen toimintakyky oli ja sitä useammin kielteisiä tunnetiloja, mitä huonompi lapsen toimintakyky oli. Syytulkintojen muiden vastuu, kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu ja masennus eivät liittyneet tilastollisesti merkitsevästi taustamuuttujiin.

Tutkituista taustamuuttujista lapsen toimintakyky selitti kaikkein merkittävimmin vanhempien vastauksien vaihtelua. Sen merkitystä lineaarisiin yhteyksiin selvitettiin osittaiskorrelaatiokertoimien avulla (taulukko 22). Korrelaatiokertoimien ja osittaiskorrelaatiokertoimien eroja tutkittiin Fisherin Z-pisteillä (Karma & Komulainen 1990, 71-72). Suurin kertoimien erotus oli isien kuntoutustulkintojen oman ja muiden vastuun muuttujilla ($Z = -1.07$, p = n.s.), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Korrelatiiviset yhteydet eivät näin ollen olennaisesti muuttuneet, kun lapsen toimintakyvyn vaihtelu kontrolloitiin.

TAULUKKO 13. Äitien (N = 110) ja isien (N = 74) syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen, masennuksen ja taustamuuttujien väliset korrelaatiot

Muuttuja	Lapsen ikä	Toim. kyky	Ikä	Tulot	Lasten lkm
Äidit					
Syytulkinta: oma vastuu	.08	.09	.17	.12	-.11
Syytulkinta: muiden vastuu	.08	.38***	-.01	-.06	-.02
Odotukset	-.41***	-.38***	-.29**	-.06	-.07
Kuntoutustulkinta: oma vastuu	.08	-.08	.20*	-.03	-.10
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu	.06	.12	-.01	-.04	.09
Myönteiset tunnetilat	-.16	-.35***	-.18	.01	.08
Kielteiset tunnetilat	.10	.34***	.06	-.10	.03
Masennus	.05	.33***	.04	-.08	.02
Isät					
Syytulkinta: oma vastuu	-.06	-.06	.06	.30*	-.03
Syytulkinta: muiden vastuu	-.08	.14	-.05	.12	.09
Odotukset	-.36**	-.13	-.24*	.09	-.01
Kuntoutustulkinta: oma vastuu	.03	-.00	-.01	-.01	.04
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu	.08	.20	.17	.15	-.13
Myönteiset tunnetilat	-.06	-.38**	-.11	-.13	.13
Kielteiset tunnetilat	-.08	.38**	.05	.04	-.04
Masennus	-.07	.11	.05	-.09	-.05

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

6.4.2 Yhdessä tai yksin asuminen

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen yhteyttä yhdessä tai yksin asumiseen tutkittiin riippumattomien otosten t-testillä. Yhdessä asuvilla tarkoitetaan avio- tai avoliitossa olevia ja yksin asuvilla leskiä, eronneita ja asumuserossa olevia. Yhdessä tai yksin asumisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä äitien eikä isien syytulkintoihin, odotuksiin, kuntoutustulkintoihin, tunnetiloihin tai masennukseen. Yksin asuvat äidit olivat suuntaa-antavasti masentuneempia verrattuna kahden huoltajan perheisiin (p = .058). Äitien keskiarvojen erojen tarkastelut on esitetty taulukossa 14 ja isien taulukossa 15.

TAULUKKO 14. Äitien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen, masennuksen yhteys perhetilanteeseen

	Yhdessä asuminen		Yksin asuminen			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.87	1.28	1.89	1.35	-0.08	145
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.57	1.52	2.63	1.43	-0.21	143
Odotukset[1]	3.38	1.70	3.28	1.81	0.28	149
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.87	1.05	3.97	1.29	-0.45	147
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	3.94	1.08	3.96	1.20	-0.07	146
Myönteiset tunnetilat[2]	5.17	1.04	5.01	1.07	0.75	146
Kielteiset tunnetilat[2]	2.99	1.10	3.21	1.21	-0.91	145
Masennus[3]	8.09	7.07	11.00	8.34	-1.91	144

[1] Asteikko 1-6
[2] Asteikko 1-7
[3] Vaihteluväli 0-63
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

TAULUKKO 15. Isien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen, masennuksen yhteys perhetilanteeseen

	Yhdessä asuminen		Yksin asuminen			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.33	0.70	1.38	0.48	-0.12	98
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.69	1.54	2.75	0.87	-0.07	97
Odotukset[1]	3.53	1.75	3.50	1.73	0.03	99
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.15	1.12	3.56	1.13	-0.73	99
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	4.18	0.90	4.50	0.89	-0.69	99
Myönteiset tunnetilat[2]	4.86	1.06	5.00	1.21	-0.25	98
Kielteiset tunnetilat[2]	2.72	0.97	2.35	0.73	0.75	97
Masennus[3]	7.22	7.16	8.75	6.19	-0.42	94

[1] Asteikko 1-6
[2] Asteikko 1-7
[3] Vaihteluväli 0-63
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

6.4.3 Lapsen sukupuoli

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen yhteyttä lapsen sukupuoleen tutkittiin riippumattomien otosten t-testillä. Lapsen sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä äitien syy- tai kuntoutustulkintoihin, tunnetiloihin tai masennukseen. Isien osalta tilastollisesti melkein merkitsevä ero löytyi odotuksista. Isät liittivät poikien (ka = 3.98, s = 1.75) kehitykseen ja kuntoutumiseen enemmän odotuksia kuin vastaavasti tyttöjen kehitykseen ja kuntoutumiseen (ka = 3.13, s = 1.68); t (97) = 2.45, p<.05. Äitien t-testien tulokset on esitetty taulukossa 16 ja isien taulukossa 17.

TAULUKKO 16. Äitien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys lapsen sukupuoleen

	Poika		Tyttö			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.94	1.29	1.82	1.30	0.56	142
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.77	1.62	2.39	1.33	1.50	140
Odotukset[1]	3.45	1.71	3.27	1.73	0.63	146
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.83	1.00	3.91	1.19	-0.47	144
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	3.92	1.03	4.00	1.18	-0.44	143
Myönteiset tunnetilat[2]	5.10	1.10	5.22	0.96	-0.69	143
Kielteiset tunnetilat[2]	2.96	1.14	3.08	1.07	-0.67	142
Masennus[3]	8.37	7.38	9.10	7.48	-0.59	142

[1] Asteikko 1-6
[2] Asteikko 1-7
[3] Vaihteluväli 0-63
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

TAULUKKO 17. Isien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys lapsen sukupuoleen

	Poika		Tyttö			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.30	0.68	1.36	0.71	-0.46	96
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.82	1.46	2.53	1.54	0.95	95
Odotukset[1]	3.98	1.75	3.13	1.68	2.45*	97
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.23	1.03	3.09	1.21	0.61	97
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	4.34	0.82	4.06	0.97	1.56	97
Myönteiset tunnetilat[2]	4.93	1.13	4.86	1.00	0.33	96
Kielteiset tunnetilat[2]	2.75	0.97	2.62	0.96	0.67	95
Masennus[3]	6.91	6.69	7.49	7.54	-0.39	92

[1] Asteikko 1-6
[2] Asteikko 1-7
[3] Vaihteluväli 0-63
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

6.4.4 Lapsen kehitysvammaisuus

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen yhteyttä lapsen kehitysvammaisuuteen tutkittiin riippumattomien otosten t-testillä. Äideillä tilastollisesti melkein merkitsevä ero löytyi syytulkintojen oman vastuun muuttujasta ja merkitsevä ero syytulkintojen muiden vastuun muuttujasta (taulukko 18). Äidit syyttivät enemmän itseään lapsen vammautumisesta, kun lapsi ei ollut kehitysvammainen (ka = 2.23, s = 1.39), kuin jos lapsi oli kehitysvammainen (ka = 1.71, s = 1.21); t (145) = 2.30, $p<.05$. Äidit syyttivät enemmän muita lapsen vammautumisesta, kun lapsi ei ollut kehitysvammainen (ka = 3.07, s = 1.49), kuin jos lapsi oli kehitysvammainen (ka = 2.37, s = 1.46); t (143) = 2.65, $p<.01$. Äitien odotukset olivat tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä lapsen kehitysvammaisuuteen. Kun lapsi ei ollut kehitysvammainen (ka = 3.87, s = 1.41), äidit odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan paremmin, kuin jos lapsi oli kehitysvammainen (ka = 3.13, s = 1.80); t (149) = 2.46, $p<.05$.

Isillä syytulkintojen oma ja muiden vastuu olivat tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä lapsen kehitysvammaisuuteen (taulukko 19). Isät syyttivät lapsen vammautumisesta enemmän itseään, kun lapsi oli kehitysvammainen (ka = 1.43, s = 0.78), kuin jos lapsi ei ollut kehitysvammainen (ka = 1.14, s = 0.39); t (97.68) = -2.45, $p<.05$. Isät pitivät enemmän muita vastuullisina lapsen vammautumisesta, kun lapsi ei ollut kehitysvammainen (ka = 3.16, s = 1.67), kuin jos lapsi oli kehitysvammainen (ka = 2.48, s = 1.39); t (97) = 2.13, $p<.05$.

TAULUKKO 18. Äitien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys lapsen kehitysvammaisuuteen

	On kehitysvamma		Ei kehitysvammaa			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.71	1.21	2.23	1.39	2.30*	145
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.37	1.46	3.07	1.49	2.65**	143
Odotukset[1]	3.13	1.80	3.87	1.41	2.46*	149
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.97	1.03	3.71	1.22	-1.34	147
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	3.91	1.11	4.01	1.09	0.50	146
Myönteiset tunnetilat[2]	5.11	1.04	5.22	1.06	0.59	146
Kielteiset tunnetilat[2]	2.98	1.07	3.15	1.23	0.84	145
Masennus[3]	8.17	6.85	9.80	8.49	1.23	144

TAULUKKO 19. Isien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteys lapsen kehitysvammaisuuteen

	On kehitysvamma		Ei kehitysvammaa			
Muuttuja	ka	s	ka	s	t	df
Syytulkinta: oma vastuu[1]	1.43	0.78	1.14	0.39	-2.45*	97.68[4]
Syytulkinta: muiden vastuu[1]	2.48	1.39	3.16	1.67	2.13*	97
Odotukset[1]	3.52	1.81	3.53	1.61	0.03	99
Kuntoutustulkinta: oma vastuu[1]	3.20	1.17	3.08	1.00	-0.52	99
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu[1]	4.12	0.86	4.37	0.97	1.31	99
Myönteiset tunnetilat[2]	4.77	1.07	5.08	1.02	1.40	98
Kielteiset tunnetilat[2]	2.61	0.87	2.91	1.12	1.46	97
Masennus[3]	6.69	6.72	8.52	7.80	1.18	94

[1] Asteikko 1-6
[2] Asteikko 1-7
[3] Vaihteluväli 0-63
[4] Ryhmien varianssit erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ($F = 4.07$, $p<.001$)
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

6.4.5 Äidin ja isän ammatillinen koulutus

Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen keskiarvojen yhteyttä vanhempien ammattikoulutukseen tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Varianssianalyysien tulokset on esitetty äitien osalta taulukossa 20 ja isien osalta taulukossa 21.

Myönteiset tunnetilat olivat tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä äitien ammattikoulutukseen. Tukeyn post hoc -vertailun mukaan kursseja käyneet äidit (ka = 5.71, s = 0.80) kokivat enemmän myönteisiä tunnetiloja kuin äidit, joilla oli korkeaasteen koulutus (ka = 4.90, s = 0.86). Eroja ei ollut sellaisiin äiteihin nähden, joilla ei ollut ammattikoulutusta tai joilla oli keskiasteen koulutus. Tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteys oli masennuksen ja äitien ammattikoulutuksen välillä. Äidit, joilla ei ollut koulutusta (ka = 13.14, s = 9.38) olivat masentuneempia kuin äidit, jotka olivat käyneet kursseja (ka = 6.11, s = 5.92). Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut keski- tai korkea-asteen koulutuksen saaneisiin äiteihin nähden.

Isien varianssianalyysissä ainoa tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys oli syytulkintojen oman vastuun ja ammattikoulutuksen välillä. Ilman koulutusta olleet isät (ka = 1.81, s = 1.05) pitivät itseään enemmän vastuullisina lapsen vammautumisesta kuin isät, jotka olivat käyneet kursseja (ka = 1.19, s = 0.51) tai joilla oli keskiasteen ammattikoulutus (ka = 1.21, s = 0.63). Eroa ei löytynyt niihin isiin nähden, joilla oli korkeaasteen koulutus.

TAULUKKO 20. Summamuuttujien yhteys äitien koulutukseen (N = 130)

	Ammattikoulutus									
	1 Ei ole		2 Kurssit		3 Keskiaste		4 Korkea-aste			
Muuttuja	ka	s	ka	s	ka	s	ka	s	F-arvo	Ryhmäerot (Tukey)
Syytulkinta: Oma vastuu	1.93	1.50	1.58	0.92	1.87	1.32	2.24	1.15	.91	
Syytulkinta: Muiden vastuu	2.48	1.54	2.00	1.19	2.78	1.46	2.79	1.39	1.63	
Odotukset	3.29	1.76	3.79	1.90	3.51	1.68	2.71	1.31	1.64	
Kuntoutustulkinta: Oma vastuu	3.38	1.11	4.04	0.95	3.90	1.09	3.86	1.14	1.55	
Kuntoutustulkinta: Muiden vastuu	4.31	0.96	4.11	1.01	3.74	1.02	4.07	1.28	1.98	
Myönteiset tunnetilat	5.05	1.14	5.71	0.80	5.08	0.99	4.90	0.86	2.80*	2>4
Kielteiset tunnetilat	3.41	1.40	2.60	1.00	3.04	1.02	2.99	0.95	1.89	
Masennus	13.14	9.38	6.11	5.92	8.74	6.58	7.95	7.90	3.49*	1>2

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Huom. Syytulkintojen omaa ja muiden vastuuta, odotuksia sekä kuntoutustulkintojen omaa ja muiden vastuuta arvioitiin kuusiluokkaisella asteikolla. Myönteisiä ja kielteisiä tunnetiloja arvioitiin seitsemänluokkaisella asteikolla. Masennus -mittarissa pistemäärä vaihtelee 0-63.

TAULUKKO 21. Summamuuttujien yhteys isien koulutukseen (N = 89)

	Ammattikoulutus									
	1 Ei ole		2 Kurssit		3 Keskiaste		4 Korkea-aste			
Muuttuja	ka	s	ka	s	ka	s	ka	s	F-arvo	Ryhmäerot (Tukey)
Syytulkinta: oma vastuu	1.81	1.05	1.19	0.51	1.21	0.63	1.46	0.62	3.10*	1>2,3
Syytulkinta: muiden vastuu	2.27	1.15	2.66	1.46	2.93	1.63	2.58	1.68	.64	
Odotukset	2.92	1.32	3.66	1.90	3.57	1.69	1.67	1.78	.62	
Kuntoutustulkinta: oma vastuu	2.79	0.94	3.14	1.01	3.14	1.08	3.19	0.81	.48	
Kuntoutustulkinta: muiden vastuu	4.54	0.88	4.02	0.90	4.25	0.90	3.90	0.91	1.47	
Myönteiset tunnetilat	4.86	1.00	5.00	1.06	5.72	1.14	4.75	0.94	.41	
Kielteiset tunnetilat	3.09	1.06	2.76	0.80	2.71	1.02	2.62	0.94	.64	
Masennus	9.46	7.70	7.76	8.10	6.37	1.83	7.25	6.27	.60	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Huom. Syytulkintojen omaa ja muiden vastuuta, odotuksia sekä kuntoutustulkintojen omaa ja muiden vastuuta arvioitiin kuusiluokkaisella asteikolla. Myönteisiä ja kielteisiä tunnetiloja arvioitiin seitsemänluokkaisella asteikolla. Masennus -mittarissa pistemäärä vaihtelee 0-63.

6.5 Syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteydet

Summamuuttujien keskinäisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella. Vaikka syy- ja kuntoutustulkintojen omaa ja muiden vastuuta tutkittiin korrelatiivisesti erillisinä muuttujina, regressioanalyysissä summamuuttujien merkitystä tarkasteltiin yhtenäisinä kokonaisuuksina teoreettiseen rakenteeseen perustuen.

Äidit. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu eivät korreloineet tilastollisesti merkitsevästi keskenään (taulukko 22). Kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä toisiinsa ($r = -.35$, $p<.001$). Mitä enemmän äidit ottivat vastuuta lapsen kuntoutumis- ja opetusasioista, sitä vähemmän ammatti-ihmiset olivat vastuussa siitä. Myönteisten ja kielteisten tunnetilojen yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($r = -.56$, $p<.001$). Mitä useammin äidit kokivat myönteisiä tunnetiloja, sitä harvemmin he kokivat kielteisiä tunnetiloja.

Syytulkinnat ja odotukset. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä odotusten kanssa.

Syytulkinnat ja kuntoutustulkinnat. Syy- ja kuntoutustulkintojen oman vastuun muuttujat korreloivat tilastollisesti melkein merkitsevästi keskenään ($r = .17$, $p<.05$). Mitä enemmän äidit pitivät itseään vastuullisena lapsen vammautumisesta, sitä enemmän he kokivat olevansa vastuussa lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista. Muilla syy- ja kuntoutustulkintamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä keskenään.

Odotukset ja kuntoutustulkinnat. Odotuksilla ja kuntoutustulkintojen omalla vastuulla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($r = .28$, $p< .01$). Mitä enemmän äidit odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan, sitä enemmän he ottivat vastuuta kuntoutumisesta ja opetusasioista. Odotuksilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kuntoutustulkintojen muiden vastuuseen.

Syytulkinnat ja tunnetilat. Syytulkintojen oma vastuu oli tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä kielteisiin tunnetiloihin ($r = .21$, $p<.05$) ja muiden vastuu oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kielteisiin tunnetiloihin ($r = .26$, $p<.01$). Mitä enemmän äidit pitivät itseään tai muita vastuullisena lapsen vammautumisesta, sitä

useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja. Syytulkintojen omalla ja muiden vastuulla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä myönteisiin tunnetiloihin. Regressioanalyysilla tutkittiin, miten paljon syytulkinnat (oma ja muiden vastuu) selittivät tunnetilojen vaihtelusta. Malli selitti 12 % kielteisten tunnetilojen ($F = 9.11$, $p<.001$) ja neljä prosenttia myönteisten tunnetilojen vaihtelusta ($F = 2.75$, p = n.s.).

Odotukset ja tunnetilat. Odotuksilla ja myönteisillä tunnetiloilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($r = .27$, $p<.01$). Mitä enemmän äidit odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja. Odotuksilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kielteisiin tunnetiloihin. Korrelaation neliön perusteella odotusten selitysosuus äitien myönteisten tunnetilojen vaihtelusta oli 7 % ja kielteisten tunnetilojen vaihtelusta 1 %.

Kuntoutustulkinnat ja tunnetilat. Kumpikaan äitien kuntoutustulkintamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi tunnetilojen kanssa. Kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä myönteisten tunnetilojen vaihtelusta yhden prosentin verran ($F = 0.71$, p = n.s.) ja kielteisiä tunnetiloja ne eivät selittäneet käytännössä yhtään ($F = 0.14$, p = n.s.).

Syytulkinnat ja masennus. Äideillä syytulkintojen oma vastuu oli tilastollisesti erittäin merkitsevässä yhteydessä masennuksen kanssa ($r = .33$, $p<.001$). Mitä enemmän äidit kokivat olevansa vastuussa lapsen vammautumisesta, sitä masentuneempia he olivat. Syytulkintojen muiden vastuu ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä masennukseen. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä 12 % masennuksen vaihtelusta ($F = 9.11$, $p<.001$).

Odotukset ja masennus. Odotukset ja masennus eivät korreloineet tilastollisesti merkitsevästi keskenään. Korrelaation neliön perusteella odotukset eivät selittäneet äitien masennuksen vaihtelua.

Kuntoutustulkinnat ja masennus. Kuntoutustulkinnat ja masennus eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä keskenään. Kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä yhden prosentin masennuksen vaihtelusta ($F = 0.42$, p = n.s.).

Tunnetilat ja masennus. Myönteiset ($r = -.47$, $p<.001$) ja kielteiset ($r = .77$, $p<.001$) tunnetilat korreloivat erittäin merkitsevästi masennuksen kanssa. Mitä harvemmin äidit kokivat myönteisiä tunnetiloja tai mitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä

enemmän äidit olivat masentuneita. Myönteiset ja kielteiset tunnetilat selittivät yhdessä 61 % masennuksen vaihtelusta ($F = 105.59$, $p<.001$).

Isät. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä keskenään (taulukko 22). Myöskään kuntoutustulkinnoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä toisiinsa. Myönteiset tunnetilat korreloivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi kielteisten tunnetilojen kanssa ($r = -.56$, $p<.001$). Mitä useammin isät kokivat myönteisiä tunnetiloja, sitä harvemmin he kokivat kielteisiä tunnetiloja.

Syytulkinnat ja odotukset. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu eivät korreloineet odotusten kanssa tilastollisesti merkitsevästi.

Syytulkinnat ja kuntoutustulkinnat. Syytulkintojen ja kuntoutustulkintojen osioilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä keskenään.

Odotukset ja kuntoutustulkinnat. Odotukset korreloivat tilastollisesti melkein merkitsevästi kuntoutustulkintojen oman vastuun kanssa ($r = .27$, $p<.05$). Mitä enemmän isillä oli odotuksia lapsen kehityksestä ja kuntoutumisesta, sitä enemmän he ottivat vastuuta kuntoutumisesta ja opetusasioista. Odotukset eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä kuntoutustulkintojen muiden vastuuseen.

Syytulkinnat ja tunnetilat. Syytulkintojen omalla vastuulla oli melkein merkitsevä yhteys myönteisiin ($r = -.23$, $p<.05$) ja kielteisiin ($r = .21$, $p<.05$) tunnetiloihin. Mitä enemmän isät pitivät itseään syyllisenä lapsen vammautumisesta, sitä harvemmin he kokivat myönteisiä tunnetiloja ja sitä useammin kokivat kielteisiä tunnetiloja. Syytulkintojen muiden vastuu korreloi tilastollisesti merkitsevästi kielteisten tunnetilojen kanssa ($r = .28$, $p<.01$). Mitä enemmän muut olivat vastuussa lapsen vammautumisesta, sitä useammin isät kokivat kielteisiä tunnetiloja. Syytulkintojen muiden vastuu ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä myönteisiin tunnetiloihin. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä 12 % kielteisten tunnetilojen ($F = 6.39$, $p<.01$) ja 6 % myönteisten tunnetilojen vaihtelusta ($F = 2.94$, p = n.s.).

Odotukset ja tunnetilat. Odotukset olivat tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä myönteisiin tunnetiloihin ($r = .29$, $p<.01$). Mitä enemmän isät odottivat lapsen kehittyvän ja kuntoutuvan, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja. Odotukset eivät olleet yhteydessä kielteisiin tunnetiloihin tilastollisesti merkitsevästi. Korrelaation neliön perusteella odotukset selittivät isien myönteisten tunnetilojen vaihtelusta 8 % ja

kielteisten tunnetilojen vaihtelusta 3 %.

Kuntoutustulkinnat ja tunnetilat. Kuntoutustulkintojen oma vastuu korreloi tilastollisesti erittäin merkitsevästi myönteisten tunnetilojen ($r = .40$, $p<.001$) ja merkitsevästi kielteisten tunnetilojen ($r = -.29$, $p<.01$) kanssa. Mitä enemmän isät ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja ja sitä harvemmin kielteisiä. Kuntoutustulkintojen muiden vastuu ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä myönteisiin eikä kielteisiin tunnetiloihin. Kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä 17 % myönteisten tunnetilojen ($F = 10.10$, $p<.001$) ja seitsemän prosenttia kielteisten tunnetilojen vaihtelusta ($F = 3.76$, $p<.05$).

Syytulkinnat ja masennus. Syytulkintojen oma vastuu ($r = .23$, $p<.05$) oli tilastollisesti melkein merkitsevästi ja muiden vastuu ($r = .35$, $p<.01$) merkitsevästi yhteydessä isien masennukseen. Mitä enemmän isät kokivat itsensä tai muiden olevan vastuussa lapsen vammautumisesta, sitä masentuneempia he olivat. Syytulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät 19 % masennuksen vaihtelusta ($F = 10.42$, $p<.001$).

Odotukset ja masennus. Odotukset lapsen kehittymisestä ja kuntoutumisesta eivät korreloineet masennuksen kanssa tilastollisesti merkitsevästi. Korrelaation neliön perusteella odotukset eivät selittäneet masennuksen vaihtelua.

Kuntoutustulkinnat ja masennus. Kuntoutustulkintojen oman vastuun ja masennuksen yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($r = -.26$, $p<.05$). Mitä enemmän isät ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä vähemmän masentuneita he olivat. Kuntoutustulkintojen muiden vastuu ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä masennukseen. Kuntoutustulkintojen oma ja muiden vastuu selittivät yhdessä neljä prosenttia masennuksen vaihtelusta ($F = 2.06$, p = n.s.).

Tunnetilat ja masennus. Myönteisten ($r = -.44$, $p<.001$) ja kielteisten ($r = .66$, $p<.001$) tunnetilojen yhteys masennukseen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Mitä harvemmin isät kokivat myönteisiä tunnetiloja tai mitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä masentuneempia he olivat. Myönteiset ja kielteiset tunnetilat selittivät yhdessä 45 % masennuksen vaihtelusta ($F = 35.99$, $p<.001$).

Syy- ja kuntoutustulkinnat, tunnetilat ja masennus. Regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, miten paljon syytulkinnat, kuntoutustulkinnat ja tunnetilat yhdessä

selittivät masennusta. Malli selitti 64 % äitien masennuksen vaihtelusta (F = 30.69, p< .001) ja 50 % isien masennuksen vaihtelusta (F = 11.51, p<.001).

Teoreettisten summamuuttujien välisten korrelatiivisten yhteyksien eroa äideillä ja isillä tutkittiin Fisherin Z-pisteillä (Karma & Komulainen 1990, 72-73). Suurimmat kertoimien erotukset olivat syytulkintojen oman vastuun ja masennuksen muuttujilla äideillä .33 ja isillä .23 (Z = 0.78, p = n.s.) ja kielteisten tunnetilojen ja masennuksen muuttujilla äideillä .77 ja isillä .66 (Z = 1.63, p = n.s.). Nämä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Korrelatiiviset yhteydet olivat äideillä ja isillä voimakkuudeltaan varsin samansuuruisia.

TAULUKKO 22. Äitien ja isien syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen väliset korrelaatiokertoimet (äitien N = 131 ja isien N = 90) ja lapsen vammaisuuden asteen osittaiskorrelaatiokertoimet (äitien N = 111 ja isien N = 75)

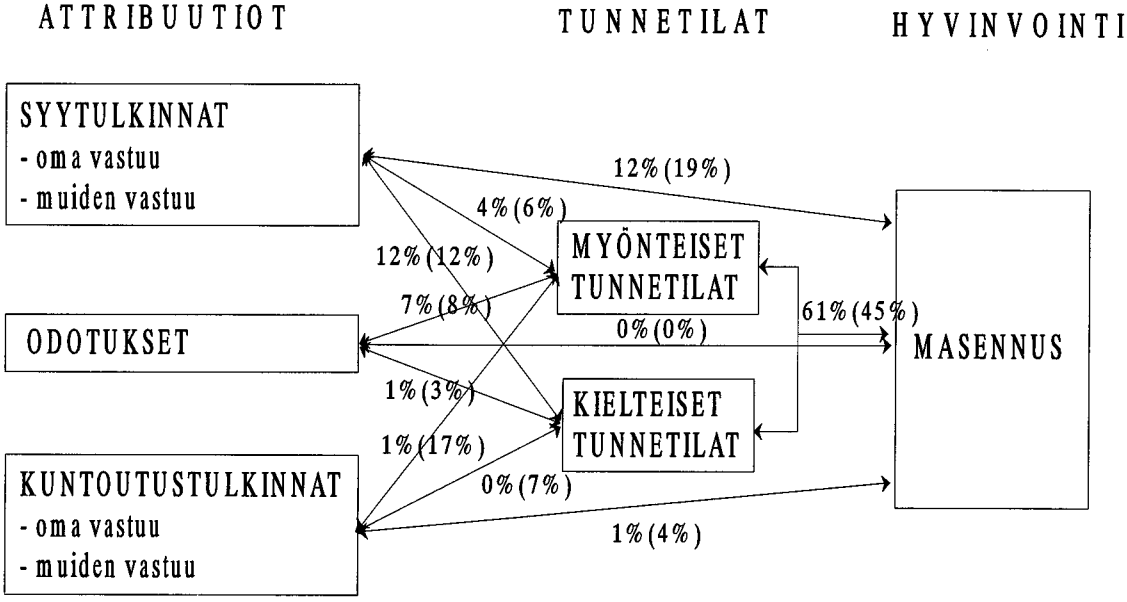
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Syytulkinta:	-	-.12	.06	.17*	-.07	-.10	.21*	.33***
oma vastuu		-.13	.07	.17*	.01	-.05	.17*	.31***
2. Syytulkinta:	-.06	-	-.06	.05	-.01	-.13	.26**	.14
muiden vastuu	-.05		.11	.11	-.03	-.03	.21*	.03
3. Odotukset	-.01	.15	-	.28**	-.12	.27**	-.09	-.06
	-.02	.17		.23**	-.15	.18*	.01	-.00
4. Kuntoutustulk:	-.19	.10	.27*	-	-.35***	.14	-.06	-.07
oma vastuu	-.23*	.15	.24*		-.38***	.12	-.03	-.13
5. Kuntoutustulk:	-.04	-.12	.10	-.15	-	-.12	.06	.09
muiden vastuu	.07	-.16	.09	-.31**		-.11	.03	.12
6. Myönteiset tun-	-.23*	-.10	.29**	.40***	-.12	-	-.56***	-.47***
netilat	-.25*	-.07	.25*	.43***	-.18		-.49***	-.40***
7. Kielteiset tun-	.21*	.28**	-.16	-.29**	.15	-.56***	-	.77***
netilat	.26*	.26*	-.10	-.31**	.12	-.50***		.76***
8. Masennus	.23*	.35**	-.07	-.26*	.06	-.44***	.66***	-
	.30**	.38***	-.04	-.29**	.08	-.41***	.72***	

Huom. Äitien korrelaatiot ovat diagonaalin yläpuolella, isien alapuolella. Osittaiskorrelaatiot ovat kertoimista alemmat.
*p<.05 **p<.01 ***p<.001

7 POHDINTA

Päätulokset. Tutkimuksen suunnittelua ohjaavana periaatteena oli, että vanhempia tulee tukea ja auttaa perheen tarpeista käsin. Tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää vammaisten lasten vanhempien syy- ja kuntoutustulkintojen merkitystä heidän hyvinvointiinsa. Sovelsimme Weinerin (1985, 1986) attribuutiomallia vammaisten lasten vanhempien hyvinvoinnin selittämiseen. Mallin mukaan äitien ja isien syytulkinnat, odotukset ja kuntoutustulkinnat selittävät tunnetilojen kautta masennusta. Juvosen ja Leskisen (1994) tutkimus on ainoa attribuutiotutkimus, joka on niin samankaltainen tämän tutkimuksen kanssa, että voimme vertailla heidän saamiaan tuloksia omiin tuloksiimme. He ovat myös käyttäneet Weinerin (1985, 1986) mallia selvittäessään vammaisten lasten vanhempien syy- ja kuntoutustulkintoja, tunteita (syyllisyys ja toiveikkuus) ja sopeutumista.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset on koottu kuvioon kuusi. Siinä esitetään mitattujen ulottuvuuksien selitysosuudet prosentteina. Äitien ja isien syytulkinnat, odotukset ja kuntoutustulkinnat eivät olleet kovin merkityksellisiä tunnetilojen selittäjinä. Attribuutioista syytulkinnat selitivät eniten masennusta, odotukset eivät selittäneet lainkaan ja kuntoutustulkinnat hyvin vähän. Tunnetilat taas selittivät masennusta suhteellisen paljon. Malli ei toiminut aivan odotetulla tavalla, koska yhteydet eivät olleet teoreettisesti niin voimakkaita kuin oletettiin.



KUVIO 6. Äitien ja isien attribuutioiden, tunnetilojen ja masennuksen väliset selitysosuudet (isien selitysosuudet sulkeissa)

Mallia tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin myös korrelatiivisesti. Mitä enemmän äidit syyttivät itseään tai muita lapsen vammautumisesta, sitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja. Mitä enemmän äidit odottivat lapsen kehitykseltä ja kuntoutukselta, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja. Kuntoutustulkinnat eivät liittyneet tunnetiloihin. Mitä harvemmin äidit kokivat myönteisiä tunnetiloja ja mitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä masentuneempia he olivat.

Mitä enemmän isät syyttivät itseään lapsen vammautumisesta, sitä harvemmin he kokivat myönteisiä tunnetiloja ja sitä useammin kielteisiä tunnetiloja. Mitä enemmän isät syyttivät muita lapsen vammautumisesta, sitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja. Mitä enemmän isät odottivat lapsen kehittymiseltä ja kuntoutumiselta, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja. Mitä enemmän isät ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä useammin he kokivat myönteisiä tunnetiloja ja sitä harvemmin kielteisiä. Mitä harvemmin isät kokivat myönteisiä tunnetiloja ja mitä useammin he kokivat kielteisiä tunnetiloja, sitä masentuneempia he olivat. Nämä äitejä ja isiä koskevat tulokset ovat verrattavissa Juvosen ja Leskisen (1994, 360-361)

samankaltaisiin tuloksiin.

Äitien ja isien mallit olivat hieman erilaisia. Huomattavin ero äitien ja isien malleissa oli kuntoutustulkintojen ja tunnetilojen välillä. Juvosen ja Leskisen (1994) tutkimuksessa sekä äitien että isien kuntoutustulkinnat olivat yhteydessä tunteisiin, mutta tässä tutkimuksessa näin ei ollut äitien kohdalla. Äidit eivät pitäneet lapsen kuntoutukseen ja opetusasioihin osallistumista merkityksellisenä tunnetilojen kannalta. Isät taas kokivat kuntoutukseen ja opetukseen vaikuttamisella olevan merkitystä myönteisten tunnetilojen kokemiseen. Tutkimuksemme ja Juvosen ja Leskisen (1994) tutkimuksen tulosten eroa tässä kohdassa voidaan selittää mittauksien erilaisuudella. Suurin ero tutkimusten mittauksissa oli se, että Juvonen ja Leskinen (1994) tutkivat tarkkoja tunteita, kun taas me tutkimme tunnetiloja. Lisäksi meidän tutkimuksessamme kuntoutustulkintoja ja tunnetiloja mitattiin useilla kysymyksillä. Juvosen ja Leskisen (1994) tutkimuksessa taas kuntoutustulkintoja ja tunteita mitattiin yhdellä kysymyksellä. Operationaalistaminen on saattanut vaikuttaa tuloksiin sen lisäksi, että perheet ovat erilaisia.

Attribuutiotutkimuksissa itsesyytösten ja sopeutumisen yhteydet ovat olleet epäjohdonmukaisia. Joissain tutkimuksissa itsesyytökset olivat yhteydessä parempaan (Affleck, McGrade ym. 1985; Tennen ym. 1986) tai huonompaan (Affleck, Allen ym. 1985; Leskinen 1994) sopeutumiseen. Tässä tutkimuksessa syy- ja kuntoutustulkinnat ja masennus olivat yhteydessä. Mitä enemmän äidit syyttivät itseään lapsen vammautumisesta, sitä masentuneempia he olivat. Mitä enemmän isät syyttivät itseään tai muita lapsen vammautumisesta, sitä masentuneempia he olivat. Mitä enemmän isät ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä vähemmän masentuneita he olivat. Juvosen ja Leskisen (1994, 360) tutkimuksessa löytyi myös yhteyksiä isien syy- ja kuntoutustulkintojen ja sopeutumisen välille. Mitä enemmän isät syyttivät itseään, sitä huonommin sopeutuneita he olivat ja mitä enemmän he ottivat vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista, sitä paremmin sopeutuneita he olivat.

Vaikka tutkimuksen päätavoitteena oli syytulkintojen, odotusten, kuntoutustulkintojen, tunnetilojen ja masennuksen yhteyksien osoittaminen, vertailtiin myös äitien ja isien keskiarvoja. Keskiarvojen tarkastelujen perusteella vammaisten lasten vanhemmat eivät syyttäneet itseään tai muita ihmisiä lapsensa vammautumisesta. Useimmat vanhemmat odottivat lapsensa kehittyvän ja kuntoutuvan. Äidit tekivät kuitenkin

enemmän itseensä kohdistuvia syytulkintoja kuin isät. Saattaa olla niin, että vaikka äiti ei suoranaisesti aiheuta lapsen vammautumista, se kuitenkin liittyy useammin äitiin kuin isään. Nämä tulokset olivat yhdenmukaisia Juvosen ja Leskisen (1994, 356) tulosten kanssa. Itsearviointien perusteella äidit ottivat myös enemmän vastuuta lapsen kuntoutumisesta ja opetusasioista kuin isät. Isät puolestaan kokivat äitejä enemmän, että ammatti-ihmiset olivat vastuussa lapsen kuntoutumisesta ja opetuksesta. Näyttää siltä, että äidit ovat aktiivisempia lapsen huolehtimisen suhteen kuin isät.

Vanhemmat kokivat useammin myönteisiä kuin kielteisiä tunnetiloja, kun he ajattelivat lapsensa vammaa, kehittymistä ja tulevaisuutta. Tätä tulosta voidaan verrata Juvosen ja Leskisen (1994, 357) tuloksiin, joiden mukaan vanhemmat tunsivat harvoin syyllisyyttä ja usein toiveikkuutta ajatellessaan lastaan. Äidit kokivat lapseen liittyviä myönteisiä ja kielteisiä tunnetiloja useammin kuin isät. Voidaan ehkä ajatella, että naiset ovat emotionaalisempia ja raportoivat herkemmin voimakkaampia tunnetiloja kuin miehet.

Äidit olivat masentuneempia kuin isät, muttei tilastollisesti merkitsevästi (vrt. Gray & Holden 1992, 88; Sharpley ym. 1997, 24). Edellä mainitut tutkijat ovat selittäneet äitien masennusta suuremmalla hoitovastuulla ja työhön menemisen vaikeudella. Vanhempien masentuneisuuden keskiarvo jäi alle masennuksen raja-arvon. Vaikka vanhemmat eivät olleet keskimäärin masentuneita, noin kolmasosa äideistä ja isistä oli vähintään lievästi masentuneita. Trute (1995, 1233) on päätynyt suunnilleen samoihin lukemiin vammaisten lasten vanhempien masennuksen yleisyyttä tutkiessaan. Poutasen (1996, 30) mukaan 15-30 % naisista ja 10-20 % miehistä olivat masentuneita. Näyttäisi siltä, että vammaisten lasten vanhemmat olisivat hieman masentuneempia kuin väestö yleensä.

Tulosten arviointia. Tutkimuksen tuloksia ei voida varauksetta yleistää koskemaan kaikkia CP- ja kehitysvammaisten lasten vanhempia, koska valikoituminen vaikuttaa tuloksiin alentamalla ulkoista validiteettia. Valikoitumiseen vaikutti monta asiaa. Ensinnäkin tutkimusaineiston keräämiseen ei käytetty satunnaisotantaa. Toiseksi valikoitumista tapahtui, kun kaikki yhdistykset eivät ottaneet osaa tutkimukseen. Vain yhdistyksiin kuuluviin vanhempiin otettiin yhteyttä. Lisäksi vanhemmat saattoivat olla perusjoukon aktiivisimpia ja vähiten masentuneita yksilöitä, koska tutkimukseen

osallistuminen oli vapaaehtoista.

Vanhemmilta saadun palautteen mukaan mittareita oli vaikea ymmärtää. Kysymysten laatimisessa tulisi pyrkiä yksiselitteisyyteen ja helppoon ymmärrettävyyteen. Mittaristo oli vanhempien mukaan myös liian pitkä (sivuja 24). Vanhempien tuli vastata samalla kertaa perheiden taustatieto-, lapsen vammaisuus-, toimintakyky-, syy- ja kuntoutustulkinta-, tunne-, masennus-, selitystyyli- ja tuen tarvemittareihin.

Tulosten yleistämiseen tulee suhtautua varauksella myös sen takia, että syytulkintamittarin sisäinen johdonmukaisuus oli varsin alhainen. Kun tarkemmin pohdimme kysymyksiä, tulimme siihen tulokseen, että tilanteesta riippuen periaatteessa samaa tarkastelevia kysymyksiä voi tulkita ja niihin vastata erilailla. Esimerkiksi syytulkintojen omaa vastuuta mitattiin kahdella kysymyksellä: "Lapseni vammautuminen johtui ensisijaisesti itseeni liittyvistä tekijöistä" ja "Lapseni vammautumisen syy oli osaksi oma syyni". Nämä kysymykset ovat ehkä erilaisia voimakkuudeltaan. Jos vammautuminen on johtunut esimerkiksi äidin perimästä, ensimmäiseen kysymykseen varmasti tulisi vastattua myönteisesti, koska se on tosiasia. Toisessa kysymyksessä kysyttiin itsesyyttämistä, mitä tässä nimenomaan pitikin mitata. Mittaria tulisi kehittää siten, että epäjohdonmukaisia kysymyksiä karsittaisiin. Tilalle pitäisi kokeilla uusia kysymyksiä ja tehdä niillä uusia tutkimuksia. "Koen olevani vastuussa lapseni vammautumisesta" voisi olla yksi mahdollinen syytulkintoja mittaava kysymys.

Tämän ja vastaavien aikaisempien tutkimusten tulokset osoittavat, että syytulkinnoilla on merkitystä vanhempien hyvinvointiin. Tämän takia niihin vaikuttaminen varhaisessa vaiheessa olisi tärkeää. Ammatti-ihmisten tulisi selvittää, mitä vanhemmat ajattelevat lapsen vammaisuuden syistä. Jos vanhemmat syyttävät itseään tai muita lapsen vammaisuudesta, heidän kanssaan tulisi keskustella niistä, antaa lisää tietoa, emotionaalista tukea ja ennen kaikkea saattaa vanhemmat tietoisiksi syytulkinnoistaan. Tällöin vanhempien olisi helpompaa hallita elämäänsä ilman tavallista suurempaa tai pitkäaikaista stressiä ja masentumista. Nixon ja Singer (1993) ovat laatineet terapiaohjelman, jolla he ovat pyrkineet vähentämään vammaisten lasten vanhempien masennusta vaikuttamalla vanhempien itsesyytöksiin ja syyllisyydentunteisiin. Jokaisella kokoontumiskerralla (5 kertaa) käsiteltiin itsesyytöksiä ja syyllisyydentunteita. Terapiakerrat sisälsivät ryhmäkeskusteluja, kotitehtäviä ja pienryhmäharjoituksia muun

muassa kielteisistä tunteista ja kognitioiden uudelleen muotoilusta. Terapian tulokset olivat lupaavia, koska vanhempien itsesyytökset ja syyllisyydentunteet alenivat ja sitä kautta myös masennus väheni. (Nixon & Singer 1993, 668-670.) Leskisen (1995, 178) tietojen mukaan Suomessa ei ole tällaista materiaalia keskustelujen suunnittelun tueksi, mutta terapiaohjelmien laatiminen on jo vireillä.

Tässä tutkimuksessa haettiin vanhempien hyvinvoinnin eroja attribuutioteorian avulla. Vanhempien hyvinvoinnin eroja voidaan selittää muillakin tavoilla, esimerkiksi selitystyyleillä. Muun muasssa Kantinkosken ja Rannilan (1996, 68-72) mukaan äitien ja isien selitystyylit kielteisestä tapahtumasta olivat yhteydessä masennukseen. Saattaa olla, että taipuvaisuus yleensä elämässä optimistiseen tai pessimistiseen ajatteluun vaikuttaa kielteisten tapahtumien selittämiseen.

Tällaisesta kyselylomaketutkimuksesta voisi jatkaa tekemällä perhekohtaisia haastatteluja. Kyselylomakkeet eivät välttämättä ole paras tapa tutkia perheiden yksilöllisiä eroja. Tässä tutkimuksessa tulkinta siitä, miksi vanhemmat vastasivat tietyllä tavalla, jäi arvailun varaan. Haastattelututkimuksessa voisi päästä syvemmälle perheiden tuntemuksiin, koska haastateltaessa voi tehdä tarkentavia kysymyksiä. Tarpellista olisi tutkia myös sitä, onko syytulkinnoilla todella pitkäaikaisia vaikutuksia hyvinvointiin. Pitkittäistutkimuksella voitaisiin mitata syytulkintoja ja masennusta tiettyjen ajanjaksojen välein. Muun muassa Affleck ym. (1991) ovat päätyneet tähän ratkaisuun tutkiessaan keskoslasten vanhempien itsesyytöksiä, muiden syyttämistä ja sopeutumista tehohoidosta kotiuttamisen hetkellä, lapsen ollessa 6 ja 18 kuukautta.

LÄHTEET

Abramson, L., Metalsky, G. & Alloy, L. 1989. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review 96 (2), 358-372.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. 1978. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology 87 (1), 49-74.

Adams, B., Wilgosh, L. & Sobsey, D. 1990. Sorrow and commitment: The experiences of being the parent of a child with severe disabilities. Developmental Disabilities Bulletin 18, 49-58.

Affleck, G., Allen, D., Tennen, H., McGrade, B. J. & Ratzan, S. 1985. Causal and control cognitions in parent's coping with chronically ill children. Journal of Social and Clinical Psychology, 3 (3), 367-377.

Affleck, G., McGrade, B. J., Allen, D. A. & McQeeney, M. 1985. Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? Journal of Pediatric Psychology 10 (3), 293-303.

Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. 1991. Infants in crisis. How parents cope with newborn intensive care and its aftermath. New York: Springer-Verlag.

Ainge, D. J. 1995. A comparison of couples' views on caring for their child with intellectual disability. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities 20 (3), 175-188.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, B. I. & Hartlage, S. 1988. The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. British Journal of Clinical Psychology 27 (1), 5-21.

Amirkhan, J. H. 1990. Applying attribution theory to the study of stress and coping. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 79-102.

Andersson, E. 1993. Depression and anxiety in families with mentally handicapped child. International Journal of Rehabilitation Research 16 (2), 165-169.

Averill, J. R., Catlin, G. & Chon, K. K. (1990). The rules of hope. New York: Springer.

B. LAPSEN VAMMAISUUS

9. Kuka perheen lapsista on vammainen ?

_____

10. Mikä on lapsen ensisijainen vamma (diagnoosi) ?

_____

11. Onko lapsella muita vammoja tai sairauksia ?

	Ei ole	Kyllä
Allergia	1	2
Astma	1	2
CP-vamma	1	2
Epilepsia	1	2
Kehitysvamma	1	2
Kuulovamma	1	2
Näkövamma	1	2
Sydänvika	1	2

Muu, mikä _____

12. Miten vaikeaksi koet lapsesi vamman ?

1. erittäin lievä
2. lievä
3. keskivaikea
4. vaikea
5. erittäin vaikea

Arviointi suoritetaan jokaisella alueella asteikolla 1-6, jossa 1 merkitsee normaalia kykyä, 2 (epäilyttävä) merkitsee epäilyjä lapsen kyvystä ja 6 merkitsee kyvyn lähes täydellistä puuttumista tai eritäin suurta vajavuutta. Arviointia tehdessäsi ajattele lasta verrattuna muihin samanikäisiin lapsiin. Seuraavassa on muutamia ohjeita auttamaan eri arviointien tekemistä. Voit käyttää tämän lomakkeen takana olevaa tyhjää tilaa antaaksesi lisätietoa arvioinnista.

Auditiivinen (kuulo) Ajattele lapsen kykyä kuulla jokapäiväisissä tilanteissa. Pisteytä kuulo molemmille korville erikseen. Kuusi pistettä (erittäin vakava puutos) merkitsee, että lapsi ei kuule lainkaan. Arvioi lapsi ilman kuulolaitetta. Jos lapsella on kuulolaite, merkitse se lomakkeen taakse.	**Käyttäytyminen ja sosiaaliset taidot** Tällä alueella suoritetaan kaksi arviointia, toinen sosiaalisista taidoista ja toinen sopimattomasta tai epätavallisesta käyttäytymisestä. Sosiaaliset taidot viittaavat lapsen kykyyn suhtautua toisiin mielekkäällä tavalla. Sopimaton ja epätavallinen käyttäytyminen pitää sisällään mm. tappelemista, hakkaamista, huutamista, heijaamista, käsien taputtelua, itsensä puremista, jne.	**Älyllinen toiminta (ajattelu ja järkeily)** Tämän arviointi heijastaa lapsen kykyä ajatella ja järkeillä. Ajattele lapsen tapaa ratkaista ongelmia ja leikklä leluillaan ja vertaa tätä samanikäisten lasten suorituksiin.
Raajat (käsien, käsivarsien ja jalkojen käyttö) Arvioi lapsen kykyä käyttää käsiään (sormet ja ranne), käsivarsiaan ja jalkojaan päivittäisissä toiminnoissa. Pisteytä oikean ja vasemman puolen raajat erikseen. Kuusi pistettä (erittäin vakava vaikeus) merkitsee, ettei lapsi kykene käyttämään raajaa.	**Merkityksellinen kommunikaatio (ymmärtäminen ja kommunikaatio toisten kanssa)** Arvioidaan (1) lapsen kykyä ymmärtää muita ja (2) lapsen kykyä kommunikoida toisten kanssa. Tässä otetaan huomioon muutkin kommunikointiyritykset kuin puhuminen (kuten eleet, ilmeet, pictogrammit). Arvioi lapsen ymmärrys- ja kommunikaatiokykyä verrattuna toisiin samanikäisiin lapsiin.	**Toonisuus (lihasjännitys)** Arvioi lapsen lihasjännitystä. Normaali tarkoittaa ettei lapsen lihasjännitys ole liian jäykkä tai liian veltto. Jos lapsen lihasjännitys ei ole normaalissa puitteissa, laita "X" jokaiseen sellaiseen laatikkoon, joka sinusta kuvaa jäykkyyden tai velttouden astetta tai molempia. On tehtävä kaksi arviointia, koska joillakin lapsilla jäykkyys ja velttous voi vaihdella kehon eriosissa tai eri ajankohdasta toiseen.
Yleinen terveydentila (kokonaisterveys) Arvioi lapsen yleistä terveydentilaa. Normaalia ovat ikäryhmälle tyypilliset terveydelliset ongelmat ja sairaudet. Jos terveydellisiä ongelmia ilmenee, arvioinnin pitäisi ilmentää miten paljon terveydelliset ongelmat rajoittavat toimintoja. Jatkuvia terveydellisiä ongelmia ovat esim. erilaiset kohtaukset, sokeritauti, syöpä, lihassurkastumat, jne.	**Silmät (näkö)** Arvioi lapsen kykyä nähdä jokapäiväisissä tilanteissa. Pisteytä sekä oikea että vasen silmä. Kuusi pistettä (erittäin vakava puutos) merkitsee, että lapsi ei näe lainkaan. Arvioi lapsen näkö ilman silmälaseja. Jos lapsella on silmälasit, merkitse se lomakkeen takana olevaan tilaan.	**Kehonrakenne (kehonmuoto ja kokonaisolemus)** Tämä arvio heijastaa lapsen kehon muotoa ja rakennetta. Normaaliksi arvioidaan, jos kehon tai sen osien muodossa tai rakenteessa ei ilmene poikkeavuutta. Eroavuudet muodossa viittaavat esim. suulakihalkioon tai kampurajalkaan. Rakenteellisia eroavuuksia ovat esim. kieroselkäisyys ja käden tai jalan epämuodostuma. Arvioinnista tulisi käydä ilmi miten paljon nämä eroavuudet vaikuttavat siihen miten lapsi liikkuu, leikkii tai miltä hän näyttää.

Bailey, D. B., Simeonsson, R. J., Buysse, V. & Smith T. (1993). Reliability of an index of child characteristics. Developmental Medicine and Child Neurology. 35, 806-815.

Barnes Nacoste, D. R. & Wise, E. H. 1991. The relationship among negative life events, cognitions and depression within three generations. The Gerontologist 31 (3), 397-403.

Baxter, C. 1992. Appraised significance of intellectual disability for parents of children in three age cohorts: exploring the stress process. Journal of Intellectual Disability Research 36 (6), 519-529.

Beck, A. T. 1970. Depression causes and treatment. Philadelphia: University of Pennysylvania Press.

Beck, A. T. 1987. Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy 1, 5-37.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years evaluation. Clinical Psychology Review 8, 77-100.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. 1961. Inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry Depth of Depression 4, 561-571.

Beckman, P. J. 1991. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. American Journal on Mental Retardation 95 (5), 585-595.

Brett, J. F., Brief, A. P., Burke, M. J., George, J. M. & Webster, J. 1990. Negative affectivity and the reporting of stressful life events. Health Psychology 9 (1), 57-68.

Bristol, M. M. 1987. The home care of children with developmental disabilities: Empirical support for a model of successful family coping with stress. Teoksessa S. Landesman & P. Vietze (toim.) Living environments and mental retardation. Washington: American Association on Mental Retardation, 401-422.

Bristol, M. M, Gallagher, J. J. & Schopler, E. 1988. Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: adaptation and spousal support. Developmental Psychology 24 (3), 441-451.

Bryman, A. & Cramer, D. 1990. Quantitative data analysis for social scientists. London: Routledge.

Burger, J. (1981). Motivational biasesin the attribution of responsibility for and accident. Psychological Bulletin 90 (3), 496-512.

Buysse, V., Smith, T. M., Bailey, D. B. & Simeonsson, R. J. 1993. Consumer validation of an index characterizing the functional abilities of young children with disabilities. Journal of Early Intervention 17 (3), 224-238.

Cameron, S. J. & Orr, R. R. 1989. Stress in families of school-aged children with delayed mental development. Canadian Journal of Rehabilitation 2 (3), 137-144.

Chetwynd, J. 1985. Factors contributing to stress on mothers caring for an intellectually handicapped child. The British Journal of Social Work 15 (3), 295-304.

Clark, L. A., Watson, D. & Mineka, S. 1994. Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. Journal of Abnormal Psychology 103 (1), 103-116.

Depressio: tunnistaminen ja hoito. 1995. Suomen akatemia. Suomalainen lääkäriseura Duodecium. Painatuskeskus.

Dua, J. K. 1993. The role of negative affect and positive affect in stress, depression, self-esteem, assertiveness, type A behaviors, psychological health and physical health. Genetic, Social and General Psychology Monographs 119 (4), 515-552.

Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N. & Culligan, A. 1991. Parenting stress, child behavior problems and dysphoria in parents of children with autism, down syndrome, behavior disorders and normal development. Exceptionality 2 (2), 97-110.

Dyson, L. L. 1991. Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. American Journal on Mental Retardation 95 (6), 623-629.

Dyson, L. L. & Fewell, R. R. 1986. Stress and adaptation in parents of young handicapped and nonhandicapped children: A comparative study. Journal of the Division for Early Childhood 10 (1), 25-35.

Elliott, T. R., Marmarosh, C. & Pickelman, H. 1994. Negativity affectivity, social support and the prediction of depression and distress. Journal of Personality 62 (3), 299-319.

Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. 1995. Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research 39 (5), 619-627.

Ferguson, P. M. & Ferguson, D. L. 1987. Parents and professionals. Teoksessa P. Knoblock (toim.) Understanding exceptional children and youth. Boston: Little Brown, 346-391.

Fincham, F. D., Bradbury, T. N. & Grych, J. H. 1990. Conflict in close relationships: The role of intrapersonal phenomena. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 161-184.

Folkes, V. S. 1990. Conflict in the marketplace: Explaining why products fail. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 143-160.

Frijda, N. H. 1986. The emotions. Cambridge: Cambridge University Press.

Försterling, F. 1990. Attributional therapies. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 123-139.

Goldberg, S., Marcovitch, S., MacGregor, D. & Lojkasek, M. 1986. Family responses to developmentally delayed preschoolers: Etiology and the father's role. American Journal of Mental Deficiency 90 (6), 610-617.

Graham, S. 1990. Communicating low ability in the classroom: Bad things good teachers sometimes do. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 17-36.

Graham, S., Weiner, B., Giuliano, T. & Williams, E. 1993. An attributional analysis of reactions to Magic Johnson. Journal of Applied Social Psychology 23 (12), 996-1010.

Gray, D. E. & Holden, W. J. 1992. Psycho-social well-being among the parents of children with autism. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities 18 (2), 83-93.

Harris, V. S. & McHale, S. M. 1989. Family life problems, daily caregiving activities and the psychological well-being of mothers of mentally retarded children. American Journal on Mental Retardation 94 (3), 231-239.

Heider, F. 1958. The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

Himelstein, S., Graham, S. & Weiner, B. 1991. An attributional analysis of maternal beliefs about the importance of child-rearing practices. Child Development 62 (2), 301-310.

Itälinna, M., Leinonen, E. & Saloviita, T. 1994. Kultakutri karhujen talossa. Kehitysvammaisen lapsen voimavarat ja selviytyminen. Tampere: Kehitysvammaisten tukiliitto.

Janoff-Bulman, R. 1979. Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. Journal of Personality and Social Psychology 37 (10), 1798-1809.

Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A. & Wherry, J. N. 1994. Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specifity: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology 103 (3), 544-552.

Juvonen, J. 1988. Oppilaan ja opettajan attribuutiotulkinnat, tunteet ja toiminta. Kasvatus 19, 5-13.

Juvonen, J. & Leskinen, M. 1994. The function of onset and offset responsibility perceptions in fathers' and mothers' adjustment to their child's developmental disability. Journal of Social Behavior and Personality 9 (5), 349-368.

Juvonen, J. & Weiner, B. 1994. Social motivation in the classroom: Implications for students' achievement. Scandinavian Journal of Educational Research 38 (3-4), 279-289.

Kantinkoski, S. & Rannila, M. 1996. Vammaisten lasten vanhempien hyvinvointi, syytulkintatyylit ja tuen tarpeet. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan pro gradu -työ.

Karma, K. 1983. Käyttäytymistieteiden metodologian perusteet. Keuruu: Otava.

Karma, K. & Komulainen, E. 1990. Käyttäytymistieteiden tilastomenetelmien jatkokurssi. Helsinki: Yliopistopaino.

Kelley, H. H. 1967. Attribution theory in social psychology. Teoksessa D. Levine (toim.) Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 192-238.

Krauss, M. W. 1993. Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. American Journal on Mental Retardation 97 (4), 393-404.

Larsen, R. J. & Diener, E. 1992. Promises and problems with the circumplex model of emotion. Teoksessa M. S. Clark (toim.) Emotion. Review of Personality and Social Psychology 13. Newbury Park: Sage, 25-59.

Lazarus, R. S. 1991. Emotion and adaptation. New York, Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Smith, C. A. 1988. Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. Cognition and Emotion 2 (4), 281-300.

Leskinen, M. 1992. Vammaisten lasten vanhempien sosiaalisen tuen hakeminen ja sopeutuminen - attributionaalinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan pro gradu -työ.

Leskinen, M. 1994. Parents' causal attributions and adjustment to their child's disability. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education. Psychology and Social Research 109.

Leskinen, M. 1995. Toteamisesta tekemiseen. Laaja-alaisuutta ensitietoon. Teoksessa M. Helminen (toim.) Ensitiedosta evästä elämänhallintaan. Lastensuojelun keskusliitto. Pieksämäki: RT-paino, 171-179.

Lonigan, C. J., Carey, M. P. & Finch, A. J. 1994. Anxiety and depression in children and adolescent: Negative affectivity and the utility of of self-reports. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62 (5), 1000-1008.

Lovejoy, M. C. & Steuerwald, B. L. 1992. Psychological characteristics associated with subsyndromal affective disorder. Personality and Individual Differences 13 (3), 303-308.

Martinsen, E. W., Friis, S. & Hoffart, A. 1995. Assessment of depression: Comparison between Beck Depression Inventory and subscales of comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 92 (6), 460-463.

MacLeod, A. K., Byrne, A. & Valentine, J. D. 1996. Affect, emotional disorder and future-directed thinking. Cognition and Emotion 10 (1), 69-86.

McAuley, E. & Duncan, T. E. 1990. The causal attribution process in sport and physical activity. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 37-52.

McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. 1983. The family stress process: The Double ABCX Model of adjustment and adaptation. Teoksessa H. I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson (toim.) Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research. New York: Haworth Press, 7-37.

McGrath, R. E. & Ratliff, K. G. 1993. Using self-report measures to corroborate theories of depression: The specificity problem. Journal of Personality Assessment 61 (1), 156-168.

Moberg, S. & Tuunainen, K. 1989. Erityispedagigiikan metodologinen perusta. Jyväskylä: Gummerus.

Määttä, P. 1993.Vanhemmuus vammaisen lapsen perheessä. Missä asiantuntijuus? Teoksessa E. Saksala (toim.) Kasvun paikka. Lapsuus, vanhemmuus, päivähoito, esi- ja alkuopetus, yhteistyö. Jyväskylä: Gummerus, 49-55.

Määttä, P. & Salo, M. 1991. Perhe uudessa tilanteessa. Kuntoutus 14 (2), 3-10.

Nezu, A. M., Kalmar, K., Ronan, G. F. & Clavijo, A. 1986. Attributional correlates of depression: An interactional model including problem solving. Behavior Therapy 17 (1), 50-56.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Nezu, V. A. 1986. Depression, general distress and causal attributions among university students. Journal of Abnormal Psychology 95 (2), 184-186.

Nixon, C. D. & Singer, G. H. 1993. Group cognitive-behavioral treatment for excessive parental self-blame and guilt. American Journal on Mental Retardation 97 (6), 665-672.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Ortony, A., Clore, G. L. & Collins, A. 1988. The cognitive structure of emotions. Cambridge: Cambridge University Press.

Perry, A., Sarlo-McGarvey, N. & Factor, D. C. 1992. Stress and family functioning in parents of girls with Rett syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders 22 (2), 235-284.

Poutanen, O. 1996. Depressio terveyskeskuspotilailla. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Quine, L. & Pahl, J. 1985. Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. British Journal of Social Work 15 (5), 501-517.

Robins, C. J. 1988. Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent? Journal of Personality and Social Psychology 54 (5), 880-889.

Roseman, I. J. 1984. Cognitive determinants of emotion: A structural theory. Teoksessa P. Shaver (toim.) Emotions, relationships and health. Review of Personality and Social Psychology 5. Beverly Hills: Sage, 11-36.

Roseman, I. J., Antoniou, A. A. & Jose, P. E. 1996. Appraisal determinants of emotions: Constructing a more accurate and comprehensive theory. Cognition and Emotion 10 (3), 241-277.

Rotter, J. B. 1954. Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rousey, A. M., Best, S. & Blacher, J. 1992. Mothers' and fathers' perceptions of stress and coping with children who have severe disabilities. American Journal on Mental Retardation 97 (1), 99-109.

Russell, D. 1982. The causal dimension scale: A measure of how individuals perceive causes. Journal of Personality and Social Psychology 42 (6), 1137-1145.

Ryde-Brandt, B. 1988. Mothers of primary school children with Down's syndrome. How do they experience their situation? Acta Psychiatrica Scandinavica 78 (1), 102-108.

Seligman, M. E. P. 1975. Helplessness on depression and death. New York: W. H. Freeman and Company.

Shapp, L. C., Thurman, S. K. & DuCette, J. P. 1992. The relationship of attributions and personal well-being in parents of preschool children with disabilities. Journal of Early Intervention 16 (4), 295-303.

Sharpley, C. F., Bitsika, V. & Efremidis, B. 1997. Influence of gender, parental health and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety and depression among parents of children with autism. Journal of Intellectual & Developmental Disability 22 (1), 19-28.

Simeonsson, R. J., Bailey, D., Smith, T. & Buysse, V. 1995. Young children with disabilities: Functional assessment by teachers. Journal of Developmental and Physical Disabilities 7 (4), 267-284.

Slavin, R. E. 1984. Research methods in education: A practical Guide. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Smith, C. A. & Ellsworth, P. C. 1985. Patterns of cognitive appraisal in emotion. Journal of Personality and Social Psychology 48 (2), 813-838.

Smith, T. B., Innocenti, M. S., Boyce, G. C. & Smith, C. S. 1993. Depressive symptomalogy and interaction behaviors of mothers having a child with disabilities. Psychological reports 73 (3), 1184-1186.

Smith, C. A. & Pope, L. K. 1992. Appraisal and emotion: The Interactional contributions of dispositional and situational factors. Teoksessa M. S. Clark (toim.) Emotion and social behavior. Review of Personality and Social Psychology 14. Newbury Park: Sage, 32-62.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. & Pivik, J. 1995. The pain catastrophizing scale: Development and validation. Psychological Assessment 7 (4), 524-532.

Suokas, A.1988. Psychodynamic and cognitive theories of depression. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitoksen julkaisuja 300.

Switzky, H. N. & Heal, L. W. 1990. Research methods in special education. Teoksessa R. Gaylor-Ross (toim.) Issues and research in special education. Vol. 1. New York: Teachers College Press, 1-81.

Taylor, S. E. 1983. Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. American psychologist 38 (11), 1161-1173.

Tennen, H., Affleck, G. & Gershman, K. 1986. Self-blame among parents of infants with perinatal complications: The role of self-protective motives. Journal of Personality and Social Psychology 50 (4), 690-696.

Trout, M. 1983. Birth of a sick or handicapped infant: Impact on the family. Child Welfare 62, 337-348.

Trute, B. 1990. Child and parent predictors of family adjustment in households containing young developmentally disabled children. Family Relations 39 (3), 292-297.

Trute, B. 1995. Gender differences in the psychological adjustment of parents of young, developmentally disabled children. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 36 (7), 1225-1242.

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Virpiranta-Salo, M. 1992. Vanhemmuus pienen vammaisen lapsen perheessä. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Research reports 37.

Wallbott, H. G. & Scherer, K. R. 1988. How universal and specific is emotional experience? Evidence from 27 countries on five continents. Teoksessa K. R. Scherer (toim.) Facets of emotion: Recent research. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 31-56.

Watson, D., Clark, L. A. & Carey, G. 1988. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. Journal of Abnormal Psychology 97 (3), 346-353.

Watson, D. Clark, L. A. & Tellegen, A. 1988. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. Journal of Personality and Social Psychology 54 (6), 1063-1070.

Watson, D. & Tellegen, A. 1985. Towards a consensual structure of mood. Psychological Bulletin 98 (2), 219-235.

Weary, G., Stanley, M. A. & Harvey, J. H. 1989. Attribution. New York: Springer-Verlag.

Weiner, B. 1985. An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review 92 (4), 548-573.

Weiner, B. 1986. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

Weiner, B. 1990. Searching for the roots of applied attribution theory. Teoksessa S. Graham & V. S. Folkes (toim.) Attribution theory: Applications to achievement, mental health and interpersonal conflict. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1-16.

Wilton, K. & Renaut, J. 1986. Stress levels in families with intellectually handicapped preschool children and families with nonhandicapped preschool children. Journal of Mental Deficiency Research 30 (2), 163-169.

Zucker, G. S. & Weiner, B. 1993. Conservatism and perceptions of poverty: An attributional analysis. Journal of Applied Social psychology 23 (12), 925-943.

LIITE 1.

Tässä lomakkeessa kysytään perhettänne ja vammaista lastanne koskevia tietoja.

Lomakkeen voi täyttää kumpi tahansa vanhemmista tai molemmat yhdessä. Vastatkaa jokaiseen kysymykseen kirjoittamalla vastaus tai ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

A. PERHEEN TAUSTATIEDOT

1. Merkitse alla oleviin kohtiin perheeseesi kuuluvien nimet ja syntymäajat (päivä/kuukausi/vuosi).

	Etunimi	Syntymäaika
Äiti	_____	_____
Isä	_____	_____
Lapset	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Muut	_____	_____

2. Mikä on siviilisäätysi ?

1. Naimaton 2. Naimisissa 3. Avoliitossa
4. Asumuserossa 5. Eronnut 6. Leski

3. Mikä on vanhempien ammatillinen koulutus ?

Äiti _____

Isä _____

4. Mikä on vanhempien työtilanne ?

Äiti: 1. Töissä 2. Kotiäiti 3. Työtön 4. Eläkkeellä 5. Opiskelija

Jos äiti on työssä, mitä työtä hän tekee ? _____

_____

Isä: 1. Töissä 2. Koti-isä 3. Työtön 4. Eläkkeellä 5. Opiskelija

Jos isä on työssä, mitä työtä hän tekee ? _____

_____

5. Asumme:

1. omakotitalossa
2. rivitalossa
3. kerrostalossa

6. Asuntomme sijaitsee:

1. keskikaupungilla
2. lähiössä
3. maaseututaajamassa
4. haja-asutusalueella
5. syrjäisellä maaseudulla

7. Perheemme nettotyötulot (verojen jälkeen) ovat:

1. alle 4000 mk
2. 4001-6000 mk
3. 6001-8000 mk
4. 8001-10000 mk
5. yli 10000 mk

8. Saatteko KELA:lta tukea lapsenne hoitamiseen ?

1. ei
2. kyllä
   a. hoitotuki
   b. korotettu hoitotuki
   c. erityishoitotuki