

Suvi Kankaanpää ja Sanna Nurmilehto

LAPSEN HUOMIOON OTTAMINEN AIKUISILLE
SUUNNATUISSA MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Hoitotyön koulutusohjelma

2014

LAPSEN HUOMIOON OTTAMINEN AIKUISILLE SUUNNATUISSA MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Kankaanpää, Suvi; Nurmilehto, Sanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2014
Ohjaaja: Myllymaa, Tapio
Sivumäärä: 56
Liitteitä: 7

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveystyö, vanhemmuus, lapsi, lastensuojelulaki

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Satakunnan sairaanhoitopiiristä yleissairaala-psykiatrian osasto M0:n ja aikuispsykiatrian poliklinikan sekä Porin perusturvakeskuksen aikuisten vastaanoton työntekijöiden näkemyksiä lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millaisia työmenetelmiä lapsen puheeksi ottamiseksi on käytössä ja miten mielenterveyspalveluita käyttävät vanhemmat ovat kokeneet lapsensa tulleen huomioiduksi.

Tutkimus tehtiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kahta erillistä kyselylomaketta, joista toinen oli suunnattu työntekijöille ja toinen asiakkaille/potilaille. Molemmat kyselylomakkeet sisälsivät strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Aineisto kerättiin ajalla huhtikuu-kesäkuu 2014. Kyselylomakkeiden vastauksista laadittiin havaintomatriisi Microsoft Excel-tilaukkelmaohjelman avulla ja havaintomatriisi syötettiin Microsoft Tixel-tilasto-ohjelmaan, jonka avulla muodostettiin kuvioita yksiulotteista jakaumaa käyttäen.

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Kaikkien kolmen tutkittavan kohteen työntekijät olivat tyytyväisiä tapaansa toimia lapsen puheeksi ottamiseksi ja lapsen puheeksi oton työmenetelmät olivat tuttuja ja niitä käytettiin. Työntekijät toivoivat enemmän koulutusta lapsen puheeksi oton työmenetelmistä ja he kokivat sosiaalitoimen kanssa tehtävän yhteistyön tärkeäksi. Kolmen tutkittavan kohteen asiakkaat/potilaat olivat suurelta osin tyytyväisiä työntekijöiden tapaan ottaa heidän lapsensa puheeksi. Vaihtelevuutta oli kuitenkin siinä, miten he kokivat lapsensa hoidon ja tuen tulleen turvatuksi ja huomioiduksi. Asiakkaat/potilaat olisivat toivoneet perheensä avuksi jonkinlaista rahallista tukea sekä keskusteluapua lapsilleen.

Jatkossa työntekijöitä tulisi edelleen tukea lapsen puheeksi ottamisessa ja lapsen puheeksi oton työmenetelmien käytössä, jotta lapset tulisi huomioiduksi entistäkin paremmin.

TAKING CHILD'S WELFARE INTO CONSIDERATION IN ADULT-ORIENTED MENTAL HEALTH SERVICES

Kankaanpää, Suvi; Nurmilehto, Sanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
November 2014
Supervisor: Myllymaa, Tapio
Number of pages: 56
Appendices: 7

Keywords: mental health, mental health work, parenthood, child, child welfare

The purpose of this thesis was to investigate the impressions of the nursing staff of three mental health services units (Hospital district of Satakunta: general hospital department of psychiatry M0 and general hospital psychiatric outpatient clinic, Basic health center of Pori: adults receiving of psychiatry). On how the welfare of children are being taken into consideration at mental health services for adult clients/patients. In addition, the investigation aimed at finding out what kind of methods the nursing staff uses in order to broach the subject concerning the child of the client/patient. We also wanted to find out if the parents using mental health services experience that their children are taken properly into consideration at mental health services for adult clients/patients.

The investigation was carried out as a quantitative research. We used two separate questionnaires as data collection methods. One of the questionnaires was directed at the nursing staff and the other at clients/patients. Both questionnaires consisted of structured and open-ended questions. The data was collected during the period from April to June in 2014. Data matrixes were compiled of the results of the questionnaires with Microsoft Excel. The Excel worksheet was put in Tixel software, using one-dimensional distribution for making patterns.

Every research question was answered. All the members of the nursing staff of each health care unit were content with their way of broaching the subject concerning the clients'/ patients' children. The methods of broaching the subject when discussing with clients/patients were familiar to the nursing staff and they were in use. However, the nursing staff wished that they had more training about the methods of broaching the subject concerning the child. In addition, the nursing staff regarded the cooperation with social services as important. The majority of clients/patients of the three health care units were content with the nursing staff's ways of bringing up the subject concerning their children. Nevertheless, when the clients/patients were asked if they felt that the care and support of their children had been secured and taken into consideration, the answers varied. The clients/patients wished they had been offered with some kind of financial support and that their children had been offered some conversational support.

In future the nursing staff should still be guided in broaching the subject concerning children and in using the working methods in order to take children into consideration even better than before.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	MIELENTERVEYS	7
2.1	Mielenterveystyön organisaatio	7
2.1.1	Mielenterveystyö	8
2.1.2	Mielenterveystyön toiminta-alueet	9
2.2	Mielenterveyttä uhkaavat ja suojaavat tekijät.....	9
3	MIELENTERVEYSONGELMAT	11
3.1	Masennustilat	11
3.2	Ahdistuneisuushäiriöt	12
3.3	Persoonallisuushäiriö	13
3.4	Skitsofrenia ja psykoosit.....	15
4	VANHEMMUUS.....	16
4.1	Mielenterveysongelmien vaikutus vanhemmuuteen.....	16
4.2	Vanhemman sairauden vaikutus lapseen	18
5	LASTENSUOJELULAKI.....	19
6	PERHEKESKEINEN MIELENTERVEYSTYÖ.....	20
7	LAPSEN PUHEEKSI OTTAMISEN TYÖMENETELMÄT.....	21
7.1	Huolen vyöhykkeistö ja huolen puheeksi ottaminen	21
7.2	Vanhemmuuden roolikartta	21
7.3	Lapset puheeksi- työmalli	22
7.4	Perhe- ja verkostokeskeinen työmalli	23
7.5	Kotikäynnit	24
8	AIEMMAT HANKKEET JA TUTKIMUKSET	25
8.1	Näkymättömän lapsen tukiverkot- projekti	25
8.2	Toimiva lapsi & perhe	26
8.3	Akkula-hanke	27
9	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
10	TUTKIMUKSEN TOIMINNALLINEN YMPÄRISTÖ	28
10.1	Yleissairaalapsykiatrian osasto M0.....	29
10.2	Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka.....	29
10.3	Aikuisten vastaanotto.....	29
11	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	30
11.1	Tutkimusmenetelmä.....	30
11.2	Aineistonkeruumenetelmä	31

11.3 Tutkimusaineiston analysointi	34
11.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
12 TUTKIMUSTULOKSET	38
12.1 Työntekijöiden kokemukset lapsen huomioon ottamisen toteutumisesta aikuisten mielenterveyspalveluissa.....	39
12.2 Mielenterveyspalveluissa työskentelevien työntekijöiden käyttämät työmenetelmät lapsen huomioon ottamiseksi.....	42
12.3 Mielenterveyspalveluiden asiakkaana olevien vanhempien kokemukset lapsen huomioon ottamisesta.....	45
13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	50
LÄHTEET.....	53
LIITTEET	

Liite 1. Opinnäytetyön aikataulu ja työnjakosuunnitelma

Liite 2. Saatekirje vanhemmille

Liite 3. Kyselylomake vanhemmille

Liite 4. Saatekirje työntekijöille

Liite 5. Kyselylomake työntekijöille

Liite 6. Opinnäytetyön lupahakemus Porin perusturvakeskukselle

Liite 7. Opinnäytetyön lupahakemus Satakunnan sairaanhoitopiirille

1 JOHDANTO

Ihminen on kokonaisuus, johon vaikuttavat psykologiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät. Näin ollen ihminen elää kytkennöissä muihin ihmisiin, joista usein läheisimmiksi muodostuvat perhe ja ystävät. Tästä syystä ihmisen sairastuminen mielenterveyden häiriöön koskettaa sairastuneen lisäksi tämän koko perhettä. Tutkimusten mukaan suomalaisista aikuisista 20-25% kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä (Terveys 2000).

Aiemmat tutkimukset ovat antaneet näyttöä siitä, että mielenterveysongelmista kärsineiden vanhempien lapset ovat tulevaisuudessa alttiina sairastua mielenterveyden häiriöön. Tämän vuoksi on tärkeää, että mielenterveysongelmista kärsivän vanhemman lapset huomioidaan osana asiakkaan/potilaan hoitoa. (Hosman, Van Doesum & Van Santvoort 2009.) Lastensuojelulain kymmenennen pykälän mukaan aikuisille suunnatuissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on otettava huomioon vanhemman huollossa olevan lapsen hoidon ja tuen tarve (Lastensuojelulaki 417/2007, 10§). Työntekijöiden käyttöön on kehitetty erilaisia lapsen puheeksi ottamisen työmenetelmiä, joita käyttämällä pyritään helpottamaan lapsen puheeksi ottoa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014). Suuri osa mielenterveyspalveluita käyttävien vanhempien lapsista ei ole lastensuojelullisen tai lasten psykiatrisen tuen tarpeessa, vaan lapsen tuen tarve arvioidaan jokaisen kohdalla erikseen. Jos työntekijälle herää huoli lapsesta tai lasta suojaavista tekijöistä hänen tulee varmistaa lapsen avunsaanti. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 158.)

Porin perusturvakeskus on ehdottanut opinnäytetyön aiheeksi lapsen huomioon ottamista aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa, koska huoli mielenterveyspalveluita käyttävien vanhempien lasten hyvinvoinnista on todellinen. Lapsen tullessa huomioiduksi vanhemman sairastuttua voidaan turvata, että lapselle on saatavilla tarvittavat tukitoimet turvalliseen kasvuun ja kehitykseen. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että lasten hyvinvointi on tärkeää mielenterveysongelmien lisääntymisen ehkäisyssä. (Reedtz, Lauritzen & Van Doesum 2014, 2; Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen 2014, 1.)

2 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on keskeinen osa ihmisen terveyttä (Laitila & Järvinen 2009, 9). Se liittyy olennaisesti yksilön hyvinvoinnin lisäksi myös yhteisön ja koko väestön hyvinvointiin. Mielenterveys voidaan nähdä positiivisena voimavarana, joka vaikuttaa elämänlaatuun ja taloudelliseen suoriutumiskykyyn. (Friis, Eirola & Mannola 2004, 31.) Mielenterveys on perusta ihmisen hyvinvoinnille ja toimintakyvylle, sekä se on voimavara, joka mahdollistaa erilaisille asioille elämässä. Mielenterveyttä ei määritellä mielen sairauksien puuttumisena, vaan ihmisen kykynä selviytyä arjesta. (World health organizationin www-sivut 2014.) Mielenterveyden häiriöt ja ongelmat voivat ilmetä monin eri tavoin ja häiriöstä on kyse silloin, kun oireet rajoittavat toiminta- ja työkykyä, selviytymistä arjesta tai se aiheuttaa kärsimystä ja psyykkistä vajaakuntoisuutta (Laitila & Järvinen 2009, 9).

Mielenterveys jaotellaan usein viiteen osa-alueeseen: psyykkiseen, fyysiseen, emotionaaliseen, henkiseen tyytyväisyyteen ja sosiaalisiin taitoihin. Psyykinen mielenterveys on taitoa ajatella selkeästi kun fyysinen viittaa kykyyn toimia. Emotionaalisuuteen liittyy kyky ymmärtää tunnetiloja ja taito ilmaista niitä sopivalla tavalla. Henkinen tyytyväisyys kuvaa tyytyväisyyttä itsen eheänä ihmisenä. Sosiaaliset taidot ovat ihmisen kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. (Friis ym. 2004, 32.)

2.1 Mielenterveystyön organisaatio

Mielenterveystyö on ihmisen, aikuisen kuin lapsenkin psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Olennainen osa mielenterveystyötä on elinolosuhteiden kehittäminen niin, että olosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990, 1§.)

Kunnilla tai niiden muodostamilla kuntayhtymillä on lakia noudattaen ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä, mukaan lukien mielenterveystalvelujen tuottaminen. Kunnat voivat järjestää palvelunsa itse, yhteistyössä muiden kanssa tai ostamaa palvelut yksityisiltä palveluilta ja järjestöiltä. Mielenterveystyössä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat ensisijaisia, jonka vuoksi suurin osa mielenterveystyöstä tehdään juuri näissä perustalveluissa. Terveydenhuollossa perustalveluita tarjoavat terveyskeskukset, joiden rooli mielenterveysongelmien tunnistamisessa on kasvanut. Terveystalveluorganisaatiossa mielenterveystyötä toteuttavat terveyskeskuslääkärit, erilaiset vastaanotot, äitiys- ja lastenneuvolat, työterveystalvelu sekä opiskelija- ja kouluterveystalvelu. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 26-27.)

2.1.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyötä voidaan kuvata yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla ja se muodostuu mielenterveyden edistämisestä, ongelmien sekä hoidon ja kuolleisuuden ehkäisystä. Mielenterveystoimet voidaan jakaa mielenterveyden edistämiseen, primaaripreventioon, sekundaaripreventioon, jo syntyneen mielenterveyden häiriön hoitoon ja kuolleisuuden ehkäisyyn. Mielenterveyden edistäminen yhteiskunnallisella tasolla tarkoittaa tasa-arvoa, ihmisoikeuksia sekä mielenterveyden arvon näkymistä päivittäisessä elämässä. Yksilötasolla mielenterveyden edistäminen on harrastustoimintaa, pääsyä koulutukseen ja työhön, terveystalveluun ja tiedotusta. Työttömäksi jääminen, koulukiusaaminen, turvaton elinympäristö tai harrastusmahdollisuuksien vähäisyys voivat helposti vaikuttaa ihmisen mielenterveyteen, psyykkeeseen ja toimintakykyyn. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 19.)

Primaaripreventiossa pyritään ehkäisemään mielenterveyden ongelmien puhkeamista silloin, kun ihminen on vaarassa sairastua niihin. Primaaripreventio tapahtuu vähentämällä yhteisössä esiintyviä riskitekijöitä ja vahvistamalla suojaavia tekijöitä. Primaaripreventio on mahdollista esimerkiksi uupuneelle yksinhuoltaja vanhemmalle, jolla ei ole keinoja tai mahdollisuuksia selvittää uupumuksesta itse. Jos tilanteeseen ei puututa ajoissa ja vanhempi ei saa tarvitsemaansa tukea, saattaa hän sairastua mielenterveyden häiriöön. Ihmisen sairastuttua mielenterveyden häiriöön, esimerkiksi masennukseen,

pyritään masennus toteamaan mahdollisimman varhain. Tällöin puhutaan sekundaari-preventiosta, jossa sairauksien varhainen toteaminen ja hoito sekä uusimisen estäminen ovat vaikuttavimpia keinoja. (Lavikainen ym. 2004, 19.)

Jo syntyneen mielenterveysongelman hoito sekä itsemurhien ehkäisy liittyvät yhteiskunnallisella tasolla sosiaali- ja terveystalvvelujen sekä koulujen kehittämiseen. Yksilötasolla hoitava ote mielenterveyspalveluissa tarkoittaa psyykkisiä, sosiaalisia ja lääketieteellisiä hoitoja. Kuolleisuuden ehkäisyyn kuuluu itsemurhien ehkäisystrategiat, mielenterveysongelmaisten hoitoon pääsy sekä välitön kriisiapu ja itsemurhaa yrittäneiden aktiivinen seuranta. (Lavikainen ym. 2004, 19.)

2.1.2 Mielenterveystyön toiminta-alueet

Mielenterveystyön avohoitopalveluita tarjoavat erilaiset mielenterveyskeskukset. Perusterveydenhuollolla on ensisijainen rooli mielenterveystyön toteuttamisessa. Perusterveydenhuollossa toteutetaan mielenterveysongelmia sairastavien ihmisten tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Mielenterveyspalvelut tarjoavat erilaisia palveluja, kuten vastaanottopalveluja, keskustelu- ja kriisiapua, psykoterapiaa, sekä erilaisia asumisen ja kuntoutuksen tukipalveluja. Mielenterveystyön erikoistason palvelut eli psykiatrinen erikoissairaanhoito järjestetään sairaanhoitopiireittäin. Yleissairaaloitten psykiatristen osastojen lisäksi on olemassa psykiatrisia sairaaloita ja poliklinikoita. Yliopistolliset sairaalat vastaavat alueellaan erikoistason sairaanhoidosta. Sairaanhoitopiirien tulee sovittaa erikoissairaanhoidon- ja perusterveydenhuollon palvelut porrasteiseksi ja joustavaksi palvelukokonaisuudeksi, joka toimii asiakkaan eduksi. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 28.)

2.2 Mielenterveyttä uhkaavat ja suojaavat tekijät

Yhteiskunnan ja työelämän tuomat vaatimukset ja haasteet ovat vuosien aikana kasvaneet ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten osa yhteiskunnassa on käynyt uhatumaksi. Psykkiset ongelmat ja pahoinvointi ilmenevät mielenterveysongelmina, päihitteiden käyttönä, psyykkisenä pahoinvointina ja sosiaalisina ongelmina. Monesti nämä heijastuvat perhe-elämään ja lapsiin, mikä näkyy lastensuojelun tarpeiden kasvuna.

Suomalaisten mielenterveys ei kuitenkaan ole tutkimusten mukaan huonontunut, mutta mielenterveyspalveluiden tarve ja käyttö ovat runsaasti lisääntyneet. Lapsilla psyykkisiä ongelmia on joka neljännellä, mikä kertoo siitä, että mielenterveyspalvelujen tarve on suuri kaikissa ikäryhmissä. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 22-23.)

Lapsen mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä löytyy ympäröivästä yhteiskunnasta, mutta myös perheestä itsestään. Perheen riskitekijöistä merkittävimpiä ovat vanhempien psyykkiset sairaudet. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2004, 374-375.) Joskus lapsen hyvinvointiin ei suoranaisesti vaikuta vanhemman mielenterveyden ongelma, vaan mielenterveyden ongelman kautta seurannut huonontunut sosiaalinen ja taloudellinen tilanne (Sourander & Aronen, 2009, 569). Myös huonoilla elinolosuhteilla, työttömyydellä ja ravinnon puutteella on vaikutusta psyykkisten ongelmien kehittymiseen. Elämäntapahtumat, kuten traumaattiset kokemukset ja muutokset saattavat aiheuttaa riskin mielenterveysongelmien syntymiselle. Toistuvat negatiiviset kokemukset lapsuuden ja nuoruuden aikana saattavat uhata mielenterveyttä myöhemminkin elämässä. (Moilanen ym. 2004, 374-375.)

Mielenterveys ja henkinen hyvinvointi ovat tärkeitä jokaisen ihmisen hyvinvoinnille ja elämänlaadulle. Positiivista mielenterveyttä edistävät yksilölliset voimavarat, elämänhallinta ja hyvät ihmissuhteet. Mielenterveyttä voidaan tukea, palauttaa ja suojata sosiaalisilla verkostoilla, hoito- ja terapiamuotojen avulla. Ympäristön tarjoama tuki on tärkeä suojaava tekijä vaikeissakin elämäntilanteissa. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonan kasvun tukemista, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyö on yksi keino ennaltaehkäistä mielenterveysongelmien syntymistä. Sen tarkoituksena on luoda yksilölle, yhteisölle ja yhteiskunnalle edellytykset terveelle kasvulle ja kehitykselle. Terveyttä edistäviä työmenetelmiä on suunnattu eri ikäkausiin. Varhaisen tuen antaminen lapsiperheille näkyy perheiden elämän laadun kohentumisena, hyvänä vanhemmuutena ja lasten terveenä kasvuna. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 16-19.)

3 MIELENTERVEYSONGELMAT

3.1 Masennustilat

Masennus eli depressio on yksi suomalaisten kansansairauksista ja se on myös merkittävä terveysongelma. Masennustiloja esiintyy suomalaisilla viidestä yhdeksään prosenttiin, mikä tarkoittaa 250 000 masennusta sairastavaa suomalaista. Masennusta esiintyy molemmilla sukupuolilla aina vauvaiästä vanhuuteen, mutta naisilla masennus on yleisempää. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 53.) Yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syy on Suomessa pitkään ollut depressio. Depressio voi kuitenkin johtua monesta tekijästä, eikä se ole sairastuneen omaa syytä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 40.)

Masennus voidaan luokitella vaikeusasteen mukaan. Ohimeneviä masennustiloja valtaosa ihmisistä kokee elämänsä aikana ja ne johtuvat useimmiten lähimmäisen menetyksestä tai epäonnistusta tapahtumista elämässä. Tällaisten tapahtumien seurauksena ihminen kokee surua, mutta masennustila ei jää pysyväksi olotilaksi. (Noppari ym. 2007, 53-54.) Ohimenevät masennustilat ovat siis normaaleja tunne-elämään kuuluvia reaktioita. Tällainen tunnetila motivoi ihmistä ratkaisemaan ongelman sekä irrottautumaan menetyksen kohteesta. (Isometsä 2009, 157.) Masentunut mieliala on ohimenevää masennustilaa vaikeampi masennustila, jossa masentunut mieliala on muuttunut pysyvämmäksi tunnevireeksi. Tunnevire saattaa ohimenevän tunteen sijasta jatkua päiviä, viikkoja, kuukausia tai vuosia. Kun masentuneeseen mielialaan liittyy kliinisesti merkittäviä masennusoireita kuten energisyyden lasku, toimintakyvyn, mielihyvän tai tunteiden kokemisen väheneminen, motorinen hitaus, itsetunnon ja itseluottamuksen heikkeneminen, unihäiriöt tai synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen, on kyseessä masennusoireyhtymä. Masennusoireyhtymä on mielenterveyden häiriö. (Hietaharju & Nuutila 2010, 41; Isometsä 2009, 157; Noppari, ym. 2007, 54.)

3.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistus on tunnetila, jonka useimmat ihmisistä joskus elämässään kohtaavat. Ahdistus liittyy usein päätöksentekoon tai erilaisiin valintatilanteisiin, joiden seurauksena voi syntyä sisäisiä ristiriitoja. Normaalissa ahdistuksessa ihminen kohtaa ahdistuksen aiheuttajan ja pääsee elämässään eteenpäin. Ahdistus voi aiheuttaa pelkoa, jännitystä, levottomuutta tai muita epämiellyttäviä tunteita, mutta läheisten tuesta on usein apua näiden tunteiden työstämiseen. Ahdistuneisuushäiriöstä mielenterveyden häiriönä puhutaan kuitenkin vasta sitten, kun ahdistus ei kohdistu mihinkään tiettyyn ulkoiseen uhkaan tai vaaraan. Tunne muuttuu voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi, ja rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ahdistushäiriölle on tavallista, että se liittyy rinnakkaisoireena johonkin toiseen mielenterveyden häiriöön kuten masennukseen. (Isometsä 2009, 223; Noppari ym. 2007, 75.)

Tavallisimpia ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriön tavallisimpiin oireisiin lukeutuvat autonomisen hermoston aktivoituminen ja pyrkimys välttää ahdistuksen aiheuttajaa tai hallita sitä. Pakenomaiset ja pelonsekaiset ajatukset sekä pakkotoiminnot ovat tyypillisiä ahdistuneisuushäiriön oireita. Usein potilas ei itse kykene kuvaamaan oireitaan, koska ahdistus ei ole selkeä ja itsenäinen tunne. Tiettyihin vaaratomiin kohteisiin kuten eläimet, korkeat paikat, pimeys tai ukkonen liittyy pelkoja eli fobioita, jotka voidaan myös luokitella ahdistuneisuushäiriöiksi. (Noppari ym. 2007, 76.)

Paniikkihäiriö on kohtausittainen ja hyvin voimakas ahdistustila (Isometsä 2009, 224). Paniikkihäiriöön liittyviä oireita ovat autonomisen hermoston kiihotustilan lisäksi ahdistuksen, pelon ja pakokauhun tunteet sekä kontrollin menettämisen, sekoamisen ja kuoleman pelko. Paniikkihäiriökohtaukset alkavat usein yllättäen ja oireet muuttuvat voimakkaiksi muutaman minuutin kuluessa. Paniikkihäiriön uusiutumista usein pelätään ja ihminen alkaa välttää tilanteita, joissa paniikkihäiriö viimeksi alkoi. Seurauksena voi olla sosiaalinen eristäytyminen, joissa ihminen tukeutuu läheisiinsä. Agorafobia on paniikkihäiriön muoto, joissa ahdistus ilmaantuu julkisilla paikoilla.

Tavallisimpia oireita paniikkihäiriökohtauksessa ovat sydämentykytys, hikoilu, vapina, tukehtumisen tunne, rintakivut, pahoinvointi, huimaus, puutumisen tai vilunväreet. (Noppi ym. 2007, 77.)

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa esiintyy monilla ihmisillä ja usein siihen liittyy persoonallisuuspiirteinä ujous (Noppi ym. 2007, 78). Sosiaalinen fobia on vakavampi mielenterveyden häiriö, jossa sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy voimakasta ahdistuneisuutta ja välttämiskäyttäytymistä. Ihmisellä on usein pelko ja ahdistus sosiaalisia tilanteita kohtaan ja tavallisemmin pelkona on joutua omasta käyttäytymisestään joutuvaan nöyryyttävään tai noloon tilanteeseen. Usein ihminen kestää ahdistuksen, mutta alkaa tietoisesti vältellä sosiaalisia tilanteita kuten puhe- tai esiintymistilaisuuksia (Tilli, Suominen & Karlsson 2008, 993). Oireet ovat samankaltaisia kuin muissakin ahdistuneisuushäiriöissä, mutta lisäksi voi esiintyä suun ja kurkun kuivumista, puheen lamautumista, paineentuntua päässä ja päänsärkyä. Pelko-oireet ovat yleensä pahimmillaan puolittujen seurassa, ei niinkään läheisten tai täysin tuntemattomien ihmisten seurassa. Sosiaalisen fobiat ovat osittain perinnöllisiä, esiintyvät nuoruudessa ja voivat aiheuttaa toimintakyvyn laskua. (Noppi ym. 2007, 79.)

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy jatkuva, pitkäaikainen ahdistus. Se voi vaihdella voimakkuudeltaan ja olla toisinaan epämääräistä. Tavallisemmin yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ei liity lääkeaineisiin tai muihin mielenterveyden häiriöihin. Usein ihminen kokee jokapäiväiset asiat jännittävinä ja pelokkaasti. (Noppi ym. 2007, 80.)

3.3 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan syvälle juurtuneita ja joustamattomia käyttäytymismalleja, jotka ilmenevät haitallisina monissa elämäntilanteissa. Tavallisesti tällaiset käyttäytymismallit poikkeavat suuresti kyseisessä kulttuurissa vallitsevista odotuksista havaita, tuntea ja ajatella. Persoonallisuushäiriöihin liittyy myös henkilökohtaista kärsimystä ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2009, 517.) Joissakin tilanteissa persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen ei kuitenkaan itse tunnista erikoisia piirteitään eikä näin ollen edes kärsi oireistaan

(Noppari ym. 2007, 82). Persoonallisuushäiriöt alkavat usein lapsuusiässä, nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa ja ovat täten kehityksellisiä tiloja. Ne tulee kuitenkin erottaa persoonallisuuden muutoksesta, joka on seurausta aivovammasta, äärimmäisestä stressistä, vakavasta psyykkisestä sairaudesta tai aivosairaudesta. (Marttunen ym. 2009, 517-518.)

Persoonallisuushäiriöille alistavina tekijöinä on pidetty kasvuympäristön ongelmia kuten väkivaltaa, päihdeongelmia, seksuaalista hyväksikäyttöä tai vakavaa käyttäytymishäiriötä (Noppari ym. 2007, 82). Oppimisympäristön vaikutusta pidetään tärkeänä siksi, koska persoonallisuuden ajatellaan rakentuvan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Varsinkin lapsuudessa ihminen on hyvin altis kasvattajansa vaikutuksille. (Hietaharju & Nuutila 2010, 53.) Geneettisten tekijöiden vaikutusta ja osuutta persoonallisuushäiriöiden syntyyn on selvitetty kaksoistutkimuksissa. Tutkimuksissa havaittiin, että identtisillä kaksosilla olevan useita kertoja suurempi todennäköisyys sairastua persoonallisuushäiriöön kuin epäidenttisillä kaksosilla. (Marttunen ym. 2009, 519.)

Persoonallisuushäiriöitä on useita erilaisia. Tautiluokitus ICD-10 mukaan luokitellaan muun muassa epäluuloinen, eristäytyvä, psykoosipiirteinen, epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen, narsistinen, estynyt, riippuvainen, vaativa ja pakko-oireinen persoonallisuushäiriö. (Noppari ym. 2007, 82.) Persoonallisuushäiriön oireisto ja vaikeusaste ovat yksilöllisiä ja häiriön laatu vaihtelee sukupuolittain. Miehillä yleisemmin tataan epäluuloista, epäsosiaalista, narsistista ja pakko-oireista persoonallisuushäiriötä, kun naisilla ovat yleisempiä epävakaa, riippuvainen ja hysteerinen persoonallisuus. (Noppari ym. 2007, 82-83.) Persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaaminen voi olla haasteellista, koska hän saattaa olla epämiellyttävä, avuton, yliarvioida omat kykynsä, purkaa sisäistä jännitystään muihin, itsetuhoinen, huomionhakuinen, aggressiivinen tai lyhytjänteinen. Oireet vaihtelevat riippuen siitä millaisesta häiriöstä on kyse. Jokaisen persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan tulisi kuitenkin saada huolenpitoa ja pitkäkestoista hoitoa. (Noppari ym. 2007, 83-84.)

3.4 Skitsofrenia ja psykoosit

Psykoosi on sairaus, jossa sairastuneella todellisuudentaju on merkittävästi häiriintynyt. Psykoottinen potilas ei esimerkiksi erota aistien kautta tulevia ärsykeitä omista mielikuvistaan. Psykooseja on akuutteja tai pitkään jatkuvia ja syyt niiden kehittymiseen ovat moninaiset. (Hietaharju & Nuutila 2010, 58.) Skitsofrenia on yksi psykoosisairaus, jossa mielen toiminnot pirstaloituvat kokonaisvaltaisesti. Sairaus vaikeuttaa kognitiivisia ja emotionaalisia toimintoja sekä käyttäytymistä. Potilailla on muun muassa vaikeuksia ajatella luovasti, solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita, sekä ilmaista rakkauden ja pelon tunteita. Tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä negatiiviset oireet, joita ovat tunteiden latiseminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Kuitenkaan mikään yksittäinen oire ei ole tunnusomainen skitsofrenialle. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2009, 73.)

Skitsofreniaan sairastutaan yleensä melko nuorena. Miehillä keskimääräinen sairastumisikä on 20-28 vuotta ja naisilla vastaava ikä on 24-32 vuotta. (Noppari ym. 2007, 86.) Perintötekijöillä eli geeneillä on ajateltu olevan merkitystä skitsofreniaan sairastumisessa. Tutkimusten valossa skitsofrenian ajatellaan olevan aivojen kehityksen häiriö, johon ovat vaikuttaneet raskauden aikaiset infektiot, toksiinit, ravintotekijät, synnytyskomplikaatiot tai erilaiset psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Geneettiset tekijät ovat luonteeltaan altistavia tekijöitä ja tarvitsevat ilmentyäkseen erilaisia ympäristötekijöitä. (Isohanni ym. 2009, 95.) On löydetty myös joitakin skitsofreniaa ennakoivia tekijöitä kuten lapsuuden motoriset, kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset poikkeavuudet. Näitä voi kuitenkin esiintyä vähäisessä määrin lapsilla, jotka ovat aikuisina täysin terveitä. Skitsofrenia on joka tapauksessa melko harvinainen sairaus ja sen puhkeamista on hyvin vaikea ennustaa. (Isohanni ym. 2009, 81.)

4 VANHEMMUUS

Vanhemmuutta voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista. Perheelle ja vanhemmuudelle ei kuitenkaan ole olemassa selkeää ja yhtenäistä määritelmää, sillä jokaisella on perheestä ja vanhemmuudesta omakohtaisia ja yksilöllisiä näkökulmia. Vanhemmuus voidaan jakaa eri osa-alueiden mukaan biologiseksi, sosiaalseksi ja psykologiseksi vanhemmuudeksi. Biologinen vanhemmuus määrittää lapsen geneettisen identiteetin ja sosiaalinen vanhemmuus luo sosiaalisen identiteetin, joka liittyy yhteiskuntaan, kulttuuriin ja perheen jäsenyyteen. Psykologinen vanhemmuus tarkoittaa sellaisia vanhemmuuden muotoja, jotka tukevat psykologista identiteettiä ja eheyttä sosiaalisena, moraalisena, älyllisenä ja fyysisenä yksilönä. Biologinen, sosiaalinen ja psykologinen vanhemmuus ovat osaksi päällekkäisiä. (Tikkanen 2003, 9-10.)

Vanhemmuus on määritelty henkiseksi kehitysprosessiksi, jonka edellytyksenä voidaan pitää kykyä ymmärtää lapsen tarpeet. Ihmiset luovat ja valitsevat itse perhepiirinsä, jossa voi olla mukana myös useita sukupolvia. (Friis ym. 2004, 20.) Vanhempien erilaiset arvot vaikuttavat siihen, miten he kokevat vanhemmuuden ja mitä asioita he pitävät tärkeänä vanhempana toimiessaan. Vanhempien arvot vaikuttavat paljon koko perheen elämään, sillä heidän valinnoistaan muodostuu perheen elämäntapa. Lapsuuden koti, kulttuuri, elintavat ja tottumukset vaikuttavat siihen, miten ihminen toimii ollessaan itse vanhempi. Hyvä vanhempi luottaa omiin kykyihinsä ja kykenee muodostamaan hyvän suhteen omaan lapseensa. Toimivassa vanhempi - lapsi suhteessa lapsi saa kasvaa rakastavassa, turvallisessa ja ymmärtäväisessä ympäristössä. (Tikkanen 2003, 11.)

4.1 Mielenterveysongelmien vaikutus vanhemmuuteen

Mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa ihmisen voimavaroihin ja ihmissuhdetaitoihin. Perhe on tiivis vuorovaikutusyksikkö, joten perheenjäsenen sairastuminen mielen-terveysongelmaan tulee aina osaksi koko perheen elämää. Lasten ja nuorten kehitys ja hyvinvointi ovat riippuvaisia suhteista vanhempiin, vanhemmuuden toteutumisesta

ja perheen toiminnasta ja ilmapiiristä. (Solantaus & Paavonen 2009, 44.) Läheisen ihmisen psyykkinen sairastuminen on vaikeimpia asioista, joita perhe voi kohdata. Vanhemman sairastuminen saattaa tuoda epätoivottuja muutoksia, joiden kanssa koko perhe elää, ei ainoastaan kuntoutuja. Kuntoutuminen ja toipuminen mielenterveysongelmasta ovat koko perheen yhteinen haaste, koska muutokset näkyvät arjessa, perheen keskinäisissä suhteissa ja perheen toimintakyvyssä. Kuntoutuminen ja toipuminen tapahtuvat myös arjen keskellä, eivät ainoastaan terapiassa tai kuntoutusjakson aikana. (Koskisuus & Kulola 2005, 13.)

Kun perheenjäsen sairastuu mielenterveyden häiriöön, saattaa hänen tunteiden ilmaisuensa ja käytöksensä muuttua vähitellen. Mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien tapa ajatella, reagoida ja toimia ovat usein poikkeavia. Sairastunut ei välttämättä aina jaksa osallistua arjen tuomiin askareisiin, varsinkaan vaikeimpina aikoina, mutta se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vanhemmuudesta luovuttaisiin. Käytöksessä tapahtuvia pieniä muutoksia kutsutaan varhaisoireiksi. Ne ovat ensimmäiset merkit siitä, että kyseessä voisi olla vakavampi ja pitkäaikaisempi psyykkinen ongelma. Näitä oireita voi olla haastava tunnistaa. Joskus sairastunut tiedostaa mielenterveyden ongelman itse, mutta usein ongelman huomaa joku muu perheenjäsen, useimmiten puoliso. Koska sairastumista ei voi ennalta tietää, ei sitä myöskään osata epäillä. Tämän vuoksi hoitoon ja kuntoutukseen hakeutuminen saattaa viivästyä. (Koskisuus & Kulola 2005, 26-27.)

Yleisimmin avunhakija kertoo ensimmäisenä ongelmistaan perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Ensimmäinen hoitokontakti voi siis aluksi olla muu kuin psykiatrin palveluyksikkö. Hoitoon hakeudutaan hyvin eri tavoin. Mitä ongelmallisempi hoitoon hakeutuminen on, sitä voimakkaampia tunnereaktioita siihen liittyy. (Koskisuus & Kulola 2005, 28-29.) Oli ensimmäinen hoitopaikka tai hoitoon hakeutuminen millainen tahansa perheen odotukset sairauden suhteen ovat samat. Avun saaminen on toive, jonka avulla vanhemman toivotaan parantuvan. Perheellä voi kuitenkin olla pelkoja hoitoon hakeutumiseen liittyvistä tapaamisista ja palavereista. Varsinkin hoidon alkuvaiheessa tämä asettaa haasteita työntekijöille. Työntekijöiden tulisi kyetä arvioimaan myös sairastuneen puolison ja perheen mahdollinen tuen tarve ja

pyrkii turvaamaan erilaisin keinoin perheen arki. Parhaimmillaan puoliso ja perhe voivat kokea tulleen kuulluksi ja saaneensa riittävästi apua. (Koskisuus & Kulola 2005, 41-42.)

4.2 Vanhemman sairauden vaikutus lapseen

Lapsen kehitys etenee askelin, jotka otetaan vuorovaikutuksessa ympäristön ja muiden ihmisten kanssa. On ymmärrettävää, että vanhemman sairastuminen voi vaikeuttaa ajankohtaisten kehitystehtävien toteutumista. Vauvaiällä tärkein kehitystehtävä on suuntautuminen toisiin ihmisiin ja kiintymyssuhteiden syntyminen. Vanhemman mielenterveysongelma ja siitä johtuvat vaikeudet vuorovaikutuksessa saattavat häiritä tätä kehitystä. Tämän vuoksi vauvalla voidaan todeta ongelmia sosioemotionaalisessa kehityksessä. Leikki-ikässä nousee esille omien tunteiden ja käyttäytymisen hallinta ja kouluun meneminen tuo suuria sosiaalisia haasteita. Useissa tutkimuksissa todetaan vanhemman mielenterveysongelman, erityisesti masennuksen vaikuttavan varhaisvuosina ja alakouluiässä lapsen ahdistus- ja käytöshäiriöihin. Nuoruusiässä luodaan omaa identiteettiä ja suuntaudutaan tulevaisuuteen. Tällöin vanhemmilta tarvitaan kannustusta, ohjausta ja hyväksyntää. Jos vanhempi ei sitä oman sairautensa vuoksi pysty tarjoamaan, altistaa se nuoren masennukselle ja päihteiden käytölle. (Solantaus & Paavonen 2009, 44.)

Vanhemman sairastaessa mielenterveyden häiriötä, aiheuttaa se usein erilaisia muutoksia vanhemman käytöksessä. Lapsen voi olla hyvin vaikea ymmärtää vanhemman muuttunutta käytöstä ja oireilua. (Reupert, Maybery & Kowalenko 2012, 7.) Lapsi saattaa olla pelokas ja tuntea syyllisyyttä vanhemman sairastumisesta. Mielenterveysongelmaan sairastuneella vanhemmalla voi olla vaikeaa omien oireidensa, huoliensa ja hätäännyksen keskellä huomioida ja auttaa lastaan. (Vuori-Kemilä 2010, 157-158.) On tavallista, että lapsille ei selitetä vanhempien tai huoltajien vaikeuksia. Yleisesti ajatellaan, että lapsille puhuminen kuormittaa lasta. Koetaan, että lapset eivät ymmärrä tai huomaa mistä on kysymys, vaikka lapset huomaavat ja havainnoivat yllättävän paljon erilaisia asioita ja ovat osaltaan yhtä arkoja tuomaan esille havaintojaan. Lapsille on tyypillistä, että he rakentavat itse selityksen asioille, joita heille ei selitetä. Syntyy helposti väärinkäsityksiä. Lapsi voi kuvitella, että vanhemman harhat ovat todellisia,

tai että masentuneen ihmisen itkuisuus on lapsen syytä. On tavallista, että lapset hakevat syytä itsestään sille, miksi vanhemman tai huoltajan käytös on muuttunut. Lapset tarvitsevat tukea ymmärryksen syntymiselle ja tämän vuoksi vanhempien olisi tärkeää kertoa omasta sairaudestaan avoimesti. Perheitä auttaa, jos perheenjäsenet voivat puhua vaikeistakin asioista keskenään. Keskinäinen ymmärrys tukee läheisyyttä ja auttaa osaltaan lisäämään luottamusta. Vaikeissa tilanteissa lapset tarvitsevat vanhempiensa/huoltajiensa läsnäoloa, huomiota ja tukea. Puhuminen sairaudesta lapsen kanssa voi tuntua vaikealta, jolloin työntekijät voivat tukea vanhempaa asioiden kertomisessa lapsille. Lasta auttaa, että hänelle kerrotaan: kyseessä on sairaus, johon lapsi ei ole syytä, lapsen ei tarvitse huolehtia, koska vanhempi/huoltaja saa apua sairauteensa ammattilaiselta. (Koskisu & Kulola 2005, 115-118.)

Lasten ja nuorten turvallisen kasvun takaaminen on tärkeää koko yhteiskunnalle, koska lasten huomioon ottamisella sekä muilla toimilla vaikutetaan tulevaisuudessa ihmisten hyvinvointiin. Lasten ja nuorten hyvien kasvumahdollisuuksien turvaaminen, ongelmia ehkäisevä toiminta ja varhainen ongelmiin puuttuminen on erityisen tärkeää sekä inhimillisesti että taloudellisesti. (Friis ym. 2004, 13.)

5 LASTENSUOJELULAKI

Suomen lain mukaan lapsella on oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Tavallisesti vanhemmilla on vastuu lapsen hyvinvoinnista ja turvallisen kasvun takaamisesta, mutta poikkeavissa tilanteissa lastensuojelu puuttuu asiaan. (Lastensuojelulaki 417/2007, 10§.) Tällaisia tilanteita, joissa vanhempi ei kykene huolehtimaan riittäväällä tavalla lapsen hoidosta ja kasvatuksesta ovat esimerkiksi vanhemman sairastuminen mielenterveyden häiriöön. Mielenterveyden häiriöihin vanhemmat saavat apua aikuisille suunnatuissa palveluissa kuten päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluissa. (Lastensuojelulaki 417/2007, 10§.) Lastensuojelulaki kuuluu sosiaalilainsäädäntöön ja se koskettaa kaik-

kia lasten parissa työskenteleviä, erityisesti terveydenhuollossa työskenteleviä henkilöitä. Lapsen oikeudet turvataan vaikuttamalla lasten kasvuoloihin esimerkiksi tuemalla vanhempia lasten kasvatuksessa. (Friis ym. 2004, 82.)

6 PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ

Asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kiinteänä osana perheen ottaminen mukaan asiakkaan hoitoon. Omaisten ja perheen osallistumisella hoitoon on suuri merkitys asiakkaan toipumiselle, koska hän on osa perhettä sairaalajakson ajanakin. Perhekeskeisellä hoidolla pyritään huomioimaan asiakkaan ihmissuhteet ja elinympäristöt, esimerkiksi se, mitkä asiat vaikuttavat hänen kuntoutumiseensa ja hyvinvointiinsa. Perheen kanssa neuvotellaan hoidon kaikissa vaiheissa ja autetaan vaikeissa tilanteissa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 191.)

Perheitä on monenlaisia ja perheen elämäntilanne vaihtelee nuoresta lapsettomasta parista, jotka suunnittelevat lasten hankkimista vanhenevaan perheeseen, jossa lapset ovat isoja ja eläköityminen on alkamassa. Jokainen perhe elää omaa elämänvaihettaan, jossa jokaisessa vaiheessa on ajankohtaiset kehitystehtävänsä sekä uusiin tilanteisiin sopeutuminen. Perheet tarvitsevat tilanteestaan riippuen erilaista tukea sekä ohjausta, jonka vuoksi lasten huomioon ottaminen nousee ensisijaiseksi tehtäväksi. (Hietaharju & Nuutila 2010, 192.) Perhekeskeisen työn tavoite ei ole muokata perhettä työntekijän arvojen mukaiseksi vaan etsiä perheen tarpeet ja toiveet, ja toimia niiden mukaisesti. Perhe on perusyksikkö, jota ei voida sivuuttaa. (Friis ym. 2004, 171.)

Perhekeskeisellä mielenterveystyöllä tarkoitetaan käytännössä sitä, että hoitohenkilökunta huomioi perheen tarpeet. He antavat tukea, ohjausta ja neuvontaa omaisille, vastaavat kysymyksiin ja selittävät asioita. Usein sairaus hämmentää omaisia, jonka vuoksi on tärkeää kertoa omaisille mitä hoidossa tapahtuu. Omaisia rohkaistaan sekä tuetaan emotionaalisesti. (Hietaharju & Nuutila 2010, 192.) Lisäksi on tärkeää, että lapsia kohtaan osoitetaan lämpöä ja ymmärrystä. Lapset tulevat otetuiksi huomioon ja

heidän annetaan ilmaista tunteitaan vapaasti. Lapset usein ymmärtävät vanhempansa sairaudesta enemmän, kuin he antavat ymmärtää. (Hietaharju & Nuutila 2010, 193.)

7 LAPSEN PUHEEKSI OTTAMISEN TYÖMENETELMÄT

7.1 Huolen vyöhykkeistö ja huolen puheeksi ottaminen

Huolen vyöhykkeistö on työntekijöiden varhaisen yhteistyön väline työskentelysuhteiden jäsentämiseksi ja avoimen yhteistyön kehittämiseksi. Huolen vyöhykkeistö on tehty työntekijän avuksi. Sitä käyttämällä työntekijän on mahdollista jäsentää ja tutkia lapsen, nuoren ja perheen tilanteesta noussutta huolta, auttamismenetelmien riittävyyttä sekä lisävoimavarojen tarvetta. Vyöhykkeistö ei ole tarkoitettu asiakkaiden tai perheiden luokitteluun vaan ainoastaan sen hetkisen tilanteen ja yhteistyötarpeen jäsentelyyn. (Sosiaaliportin www-sivut 2014.)

Huolen vyöhykkeitä on neljä. Huoli nähdään jatkumona, jonka toisessa päässä on tilanne, johon ei liity huolta, ja toisessa on suuri huolen aihe. Työntekijän tehtävänä on ottaa mahdollinen huoli puheeksi asiakkaan kanssa. Työntekijä pyytää tarvittaessa apua huolensa vähentämiseksi ja asiakkaan sekä perheen tukemiseksi. Puheeksi ottonnistumisen varmistamiseksi työntekijä voi käyttää tukena huolen puheeksi ottamisen ennakointilomaketta. (Sosiaaliportin www-sivut 2014.)

7.2 Vanhemmuuden roolikartta

Vanhemmuuden roolikartta-työvälineen on kehittänyt Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä vuonna 1999. Roolikartta on tarkoitettu perhekuntoutuksen ja vanhemmuuden arvioinnin apuvälineeksi. Sen avulla voidaan jäsentää vanhemmuuden

rooleja ja käyttää apuna keskustelussa. Roolikartta on helppokäyttöinen ja suosittu työväline, jota käytetään erilaisissa työyksiköissä. (Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymän www-sivut 2014.)

Roolikartassa vanhemmuuden tärkeimmät tehtävät on jaettu viiteen päärooliin, jotka ovat huoltaja, rakkauden antaja, elämän opettaja, rajojen asettaja ja ihmissuhdeosaaja. Pääroolit on edelleen jaettu useampaan alarooliin. Lapsi tarvitsee eri ikäkausinaan erilaista vanhemmuutta ja vanhemmuuden rooleihin tarvitaan herkkyyttä ymmärtää lapsen tarpeita ja hänen kehitystasoaan. Vanhemmuuden roolikartta -työvälineen käyttäjille on julkaistu kolme opasta, joista ensimmäinen myös ruotsinkielisenä. Kolmas opas on päivitetty vuonna 2011 ja se on tarkoitettu roolikartaksi vanhemmuuden, parisuhteen ja itsenäistymisen tueksi. Vanhemmuuden roolikartan käyttämiseen on olemassa koulutuksia, joiden tavoitteena on antaa perusvalmiudet, miten työvälinettä sovelletaan käytäntöön. Koulutus on tarkoitettu lasten ja vanhempien kanssa työskenteleville ammattihenkilöille. (Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymän www-sivut 2014.)

7.3 Lapset puheeksi- työmalli

Lapset puheeksi -työmalli perustuu ymmärrykseen mielenterveyden häiriön vaikutuksista lapseen ja vanhempaan sekä siihen, miten vanhemmat voivat tukea lapsen ja nuoren kehitystä. Lapset puheeksi – työmenetelmä on kehitetty alun perin terveydenhuollon työntekijöille, jotka työskentelevät psyykkisesti sairaiden vanhempien kanssa. Vanhempi voi olla avo- tai osastohoidossa tai erikoissairaanhoidossa. Työntekijän työtehtävät voivat olla erilaisia eikä työskentelyyn tarvita terapiakoulutusta. Lapset puheeksi –työmallia voidaan soveltaa myös sosiaali- ja koulutoimeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Lastensuojelulaki velvoittaa vanhempaa hoitavaa tahoa huomioimaan potilaan/asiakkaan lasten hoidon ja tuen tarpeen. Tämä perustuu lastensuojelulain 2. lukuun ja 7. pykälään. Lapset puheeksi –työmalli on kehitetty täyttämään lakiin kuuluva velvoite ja helpottamaan työntekijää ottamaan lapset puheeksi vanhempia ja lasta kunnioittaen.

Lapset puheeksi keskustelun tärkein asia on avata keskustelu lapsista ja vanhemmuudesta. Tarkoituksena on, että vanhempi ja työntekijä voivat ensimmäisen keskustelun jälkeen palata puhumaan lapsista avoimesti ja välittömästi liittyi siihen ilonaiheita tai ongelmia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

Lapset puheeksi -keskustelun toteuttamiseksi on tehty erilaisia aineistoja, joita voidaan käyttää apuna lasten ja vanhempien kanssa. On olemassa kaksi hyvää opaskirjasta, joista toinen on tarkoitettu vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelma. Opas on nimeltään: Miten autan lastani? Toinen opas on tarkoitettu lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelma. Kyseisen oppaan nimi on: Mikä meidän vanhempia vaivaa? Oppaat ovat selkeästi kirjoitettuja ja kuvilla koristeltuja, teksti on ymmärrettävää ja helposti luettavaa. Tytti Solantaus on kirjoittanut molemmat oppaat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

7.4 Perhe- ja verkostokeskeinen työmalli

Perhekeskeinen psykiatrinen hoito on määritelty hoitomuodoksi, jossa työntekijä tapaa yhtä tai useampaa perheenjäsentä yhdessä tai erikseen ja jossa hoidon tavoitteena on perheen sisäisen vuorovaikutussuhteen muuttuminen. Kun perhekokonaisuus liitetään yhteisöön, voidaan puhua verkostokeskeisestä työskentelystä. Verkostokeskeisessä työssä pyritään tukemaan yksilön ja hänen verkostonsa voimavaroja. Tällä tavalla asiakkaan ja perheen kokonaistilanne tulee paremmin huomioituksi. Perheenjäsenen sairastuminen tuo aina mukanaan elämänmuutoksen, joka koskettaa myös hänen lähiverkostoaan. Siksi on tärkeää, että asiakkaan/potilaan tärkeät henkilöt kutsutaan mukaan yhteiseen keskusteluun, jotta on helpompi ymmärtää sairastuneen ongelmia. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 97.)

Osaksi perhe- ja verkostokeskeistä työmallia on kehitetty verkostokartta, jonka avulla yksilön ihmissuhdekokonaisuuksia voidaan analysoida. Verkostokartan avulla saadaan kuvaa yksilön sosiaalisesta verkostosta, jossa ilmenee tärkeät henkilöt eri elämänalueilla. Verkostokartan tekeminen asiakkaan/potilaan kanssa on voimakas tunnekokemus, jossa vaaditaan luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta työntekijän ja asiakkaan välillä. Omista ihmissuhteistaan ja perheestään kertominen on monille hyvin

vaikea tilanne. Työntekijän tulee kertoa selkeästi, miksi kartta piirretään ja mihin sitä käytetään. Verkostokarttaa käytetään keskusteluvälineenä kahdenkeskisissä tapauksissa tai perheen ollessa läsnä. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 97-98.)

Verkostokartan kehittämisessä on käytetty pohjana Bronfenbrennerin teoriaa. Verkostokarttaa voidaan käyttää monissa eri tarkoituksissa ja sen ajatusta voidaan hyödyntää hahmotettaessa sosiaalityön yhteistyötahoja. Usein on hyödyllistä pyytää asiakasta/potilasta nimeämään verkoston keskeinen henkilö eli se, joka on tärkein tuen lähde hänelle. Yleisesti verkostokarttaa tehtäessä asiakasta/potilasta pyydetään ensin tekemään lista jokaiseen lohkoon kuuluvista ihmisistä, joiden kanssa hän on tekemisissä. Tämän jälkeen hänen tulisi piirtää kutakin ihmistä vastaava merkki ja laittaa se itsestään oikealta tuntuvan etäisyyden päähän. Merkkeinä käytetään esimerkiksi kolmiota miehestä ja ympyrää naisesta. Sen jälkeen hänen tulisi yhdistää viivalla ne ihmiset, jotka ovat toistensa kanssa tekemisissä. Joskus merkintöjä saattaa tulla hyvinkin vähän, jolloin olisi tärkeää pohtia asiakkaan/potilaan kanssa sitä, miten tukiverkostoja voisi rakentaa tai mitä asioita voisi tehdä, jotta ihmissuhteet verkostokartassa eivät olisi niin heikkoja. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014.)

7.5 Kotikäynnit

Kotikäynnit ovat yksi primaariehkäisyn muoto. Kotikäynnin tarkoitus on neuvoa ja tukea perheitä sekä lapsen kehitystä. Paras vaste kotikäynneille saadaan, kun ne aloitetaan jo ennen lapsen syntymää tai heti syntymän jälkeen. Näin perheen vuorovaikutussuhteet ovat vielä muovautumassa ja suhteisiin on helpompi vaikuttaa. Kotikäynneillä voidaan ottaa huomioon yksilöllisesti perheen sosiaalinen tausta, tarpeet, kulttuuritausta ja voimavarat. (Aronen, Kuosa, Tallila & Arajärvi 1995.)

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen avohoitopainotteisemmaksi on lisännyt kotikäynntejä ja henkilöstön liikkuvuutta. Kotikäynnit auttavat entistä paremmin tunnistamaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita ja vastaamaan niihin tehokkaammin. Matalan kynnyksen periaatetta toteutetaan akuuttityöryhmissä, sillä palvelu ei edellytä lähekkyyttä. Pääsääntöisesti potilaan kotona tehtävällä akuutin vaiheen tiiviillä hoidolla pyritään välttämään sairaalassa oloa ja pitkiä hoitajaksoja. Kotikäynnillä tehdään samalla

ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä huomioimalla myös potilaan perheen ja läheisten avuntarve. (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2014.)

8 AIEMMAT HANKKEET JA TUTKIMUKSET

8.1 Näkymättömän lapsen tukiverkot- projekti

Näkymättömän lapsen tukiverkot -projektin tavoitteena oli kehittää työmenetelmiä ja toimintamalleja tukemaan lasten ja perheen avun tarpeen arvioimista sekä tuen järjestämistä osana päihde- tai mielenterveysongelmaisen vanhemman hoitoa. Näkymättömän lapsen tukiverkot -projekti toteutettiin 1.4.2004 - 31.12.2005, jossa hallinnoitsijana toimi Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Projektissa laadittiin sairaanhoitopiirin yksiköihin lasta huomioivan työn toimintamalli ja uusia lapsikeskeisiä työvälineitä. Erikoissairaanhoidon ja kuntien välinen yhteistyö parani projektin aikana ja henkilöstön valmiudet päihde- tai mielenterveysongelmaisen vanhemman lapsen ja perheen kohtaamisessa lisääntyivät. Ennen kaikkea projektin koettiin lisänneen tärkeää keskustelua eri auttamiskeinoista vanhemman sairastaessa. (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2014.)

Syksyllä 2005 psykiatrian osastojen henkilöstöstä koottu työryhmä loi projektin tavoitteena olleen toimintamallin eri sairaanhoitopiirin yksiköille. Mallissa lähtökohtana on asiakkaan perheen, vanhemmuuden ja siihen liittyvän asiantuntijuuden kunnioittaminen myös silloin, kun asiakkaan tilanne on vaikea. Erilaisten työmenetelmien ja tapojen avulla pystytään paremmin luomaan ympäristö ja tila, jossa perhe ja erityisesti lapset tulevat kuulluksi ja autetuksi. Jatkossa mallin pohjalta on tarkoituksena laatia osastokohtaisia toimintamalleja yhteistyössä Pohjanmaa-hankkeen kanssa. (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2014.)

8.2 Toimiva lapsi & perhe

Tytti Solantaus on ollut kehittämässä Toimiva lapsi & perhe työmenetelmää, joka on osa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen Toimiva lapsi & perhe- hanketta. Hanke käynnistyi vuonna 2001. Sen päämääränä on tukea lapsen normaalia kehitystä ja ehkäistä sukupolvien yli siirtyviä ongelmia. Tavallisimmin tilanteet, joissa menetelmää pyritään käyttämään, ovat vanhemman vakava fyysinen sairaus, mielenterveys- tai päihdeongelma. Nämä ongelmat verottavat vanhemman voimavaroja ja jaksamista. Tällöin vanhempi ei kykene huolehtimaan lapsensa tai lapsiensä hyvinvoinnista riittävässä määrin. (Solantaus 2006, 4.)

Toimiva lapsi & perhe- hankkeen työmenetelmiä ovat Lapset puheeksi- keskustelu, neuvonpito ja perheinterventio. Lisäksi menetelmiin kuuluu Vertti-toiminta. Keskustelun tavoitteena on tukea vanhemmuutta ja lasten kehitystä. Menetelmää apuna käyttäen kartoitetaan lapsen hyvinvointia tukevat ja vaarantavat tekijät sekä sovitaan saatavissa olevista toimenpiteistä lapsen kehityksen tukemiseksi. Menetelmän tavoitteena on myös saattaa lapsi tai perhe ajankohtaiset avun äärelle jos he sitä tarvitsevat. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Lapset puheeksi- keskustelua seuraa neuvonpito. Sellainen järjestetään, kun on tarpeellista keskustella lasta suojaavista tekijöistä ja niiden tarpeesta. Neuvonpidon avulla pyritään luomaan perheelle eräänlainen sosiaalinen turvaverkko, joka tukee perheen ja lapsen pärjäämistä. Lapset puheeksi- intervention tavoitteena on saada vanhemmat auttamaan lapsiaan. Interventio on prosessityöntelyä perheen kanssa, jossa avataan keskustelua vanhemman sairaudesta ja muista ongelmista. Prosessityöntely tukee perheenjäsenten vuorovaikutusta ja vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä. Vertti-toiminta on suunnattu erityisesti mielialahäiriöisille ja päihdeongelmista kärsiville vanhemmille ja heidän lapsilleen. Toiminta tukee vanhemmuutta ja lapsen kehitystä. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

8.3 Akkula-hanke

Akkula-hanke käynnistyi Seinäjoella akuuttipsykiatrian ylilääkärin aloitteesta vuonna 1992 yhdessä lastenpsykiatrian yksikön kanssa. Sana Akkula tulee sanoista Akuutti, Kurikka ja Lastenpsykiatria. Projektin tavoitteena on psyykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheen kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisesti tarvittavan tuen ja hoidon järjestäminen. Hankkeen alkuvaiheessa huomattiin, ettei aikuispsykiatrian käyttöön ole kehitetty hyvin toimivia käytäntöjä tai menetelmiä perheiden hyvinvoinnin turvaamiseksi. (Leijala 2001, 139.) Tavoitteena oli arvioida psykiatriseen hoitoon tulevien aikuispotilaiden perheen ja lasten psyykinen kokonaistilanne sekä järjestää perheelle tukea (Leijala 2001, 140).

Hankkeen lähtökohtana olivat tutkimukset, jotka osoittivat vanhemman psyykkisen sairauden kuormittavan koko perhettä ja olevan selkeä riskitekijä perheen lasten psyykkiselle terveydelle. Lisäksi työryhmä oli havainnut, että aikuispsykiatriassa koettiin vaikeaksi lasten kehityksellisten tarpeiden ja tunne-elämän ymmärtäminen sekä lapsen edun arvioiminen ongelmatilanteissa. Aikuispsykiatriassa havaittiin myös mielenterveyden songelmaa sairastaneiden vanhempia lasten hakeutuminen psykiatriseen hoitoon aikuistuttuaan. (Inkinen 2001, 138.) Akkula-hankkeen työryhmän keskeinen ajatus oli yhteistyö ja siihen liittyvien toimintamallien kehittäminen psykiatristen potilaiden lasten hyvinvoinnin lisäämiseksi. Työryhmä piti oleellisena, että tukea järjestettäisiin varhaisessa vaiheessa tarjoamalla palveluja oikein ajoitettuna. Lisäksi tavoitteena oli lisätä ja vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä sekä tukea perheen omaa osaamista ja jaksamista. (Leijala 2001, 139.)

Akkula-hankkeen tutkimus käynnistyi vuonna 1997, ensimmäinen pilottitutkimus toteutettiin kuitenkin vuosina 1993-1996 (Leijala 2001, 140). Akkula-hanke II käynnistettiin vuonna 2000 ja sen tavoitteena oli kehittää työmenetelmiä kuten arviointilomake psyykkisesti sairaan aikuisen lasten huomioimiseksi (Leijala 2001, 155). Akkula-hanke II työryhmien haastatteluissa kävi ilmi, että lasten ongelmat tiedettiin hyvin, mutta ei sitä, mitä pitäisi tai on velvollisuus tehdä. Lisäksi kävi ilmi, että lasten läsnäolo on auttanut aikuisen hoitoon tulemistä. (Leijala 2001, 156.)

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Satakunnan sairaanhoitopiiristä yleissairaallapsykiatrian osasto M0:n ja yleissairaallapsykiatrian poliklinikan sekä Porin perusturvakeskuksen aikuisten vastaanoton työntekijöiden näkemyksiä lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaisia työmenetelmiä lapsen puheeksi ottamiseksi on käytössä ja miten mielenterveyspalveluita käyttävät vanhemmat ovat kokeneet lapsensa tulleen huomioiduksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten työntekijät kokevat lapsen huomioon ottamisen toteutuvan aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa?
2. Millaisia työmenetelmiä mielenterveyspalveluiden työntekijät käyttävät lapsen huomioon ottamiseksi?
3. Miten mielenterveyspalveluiden asiakkaana oleva vanhempi kokee lapsensa tulleen huomioiduksi?

10 TUTKIMUKSEN TOIMINNALLINEN YMPÄRISTÖ

Tutkimus toteutettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin tulosalueella, yhteistyössä Porin perusturvakeskuksen aikuisten vastaanoton sekä Satakunnan keskussairaалassa sijaitsevien yleissairaallapsykiatrian osasto M0:n ja yleissairaallapsykiatrian poliklinikan yksiköiden kanssa.

10.1 Yleissairaalapsykiatrian osasto M0

Yleissairaalapsykiatrian osasto M0 sijaitsee Satakunnan keskussairaalassa. Se toimii osana Satakunnan sairaanhoitopiirin kokonaisvaltaista yleissairaalapsykiatrista erikoissairaanhoitoa, joka on tarkoitettu psyykkisesti ja somaattisesti oireileville potilaille, joille avohuollon palvelut eivät ole riittäviä. Osasto toimii yhteistyössä muiden Satakunnan keskussairaalan yksiköiden ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikan kanssa. Yleissairaalapsykiatrian osastolla hoidetaan aikuisia potilaita, jotka ovat iältään 18-64-vuotiaita. Osastolla hoidetaan potilaita, joilla on ruumiillisiin sairauksiin liittyvä mielenterveyden häiriötila. Tyypilliset potilasryhmät ovat masentuneet, sähköhoitopotilaat, kipupotilaat ja syömishäiriöpotilaat. Yksikössä tutkitaan myös mielenterveyden vaikutusta sairauksien syntyyn ja kulkuun. Yksikköön tullaan aina läheteellä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2014.)

10.2 Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka sijaitsee Satakunnan keskussairaalassa. Poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan aikuisia potilaita, joilla on ruumiillisiin sairauksiin liittyviä mielenterveyden häiriötiloja. Siellä tutkitaan myös mielenterveyden vaikutusta sairauksien syntyyn ja kulkuun. Potilaat tulevat poliklinikalle aina lääkärin läheteellä. Lääkäri voi lähettää potilaan hoitoon tai arviointiin myös toiselta poliklinikalta tai osastolta. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2014.)

10.3 Aikuisten vastaanotto

Aikuisten vastaanotto on tarkoitettu Porin yhteistoiminta-alueen asiakkaille, joilla on psykososiaalisia ongelmia. Syitä aikuisten vastaanotolle tulemiselle voi olla elämän kriisitilanteet, ihmissuhdeongelmat, päihteiden väärinkäyttö ja mielenterveysongelmat. Aikuisten vastaanotto on tarkoitettu lyhytaikaiseen hoidon tarpeeseen yli 22-vuotiaille. Vastaanotolle tullaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tekemällä läheteellä tai asiakas voi itse olla yhteydessä puhelinpäivystykseen ja tilata ajan. Vastaanoton tarkoituksena on selvittää asiakkaan tilannetta, toimintakykyä ja mahdollista

jatkohoidon tarvetta. Varhaisella puuttumisella pyritään ennaltaehkäisemään mahdollisten mielenterveyteen ja ihmissuhteisiin liittyvien ongelmien syntymistä. Käynnit ovat maksuttomia asiakkaille. (Porin kaupungin www-sivut 2014.)

11 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

11.1 Tutkimusmenetelmä

Tyypillisesti määrälliset eli kvantitatiiviset menetelmät ovat lomakekyselyjä tai strukturoituja lomakehaastatteluja, joissa samoja asioita kysytään isolta joukolta ihmisiä. Isoa joukkoa kutsutaan otokseksi ja otos on osa perusjoukkoa. Määrällisissä tutkimuksissa tutkitaan pitääkö jokin teoria paikkansa. Tavanomaista määrälliselle tutkimukselle on hypoteesien eli väittämien ja oletusten asettaminen. Näiden väittämien ja oletusten pohjalta muodostetaan kysymyksiä. Kyselyn jälkeen tutkitaan pitivätkö hypoteesit paikkansa vai eivät. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 93.)

Määrällisten tutkimusmenetelmien käyttö edellyttää, että tutkija tuntee aihepiiriin liittyvän teorian riittävän hyvin, jotta sitä voidaan kontrolloidusti mitata. Lomakkeen kysymykset pohjautuvat teorial tietoon ja niiden avulla voidaan mitata teorian paikkansapitävyyttä. Data eli kerätty aineisto analysoidaan tilastollisin menetelmin ja tiedot yleistetään koskemaan koko perusjoukkoa. Määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää huomata, että tutkija ei vaikuta tutkittavaan. Tutkijan subjektiiviset kokemukset tai tulkinnat eivät siis vaikuta tutkimustuloksiin. Tavallista on, että tutkija ei koskaan edes kohtaa tutkittavaa. Tutkimuksen luotettavuutta mitataan reliabiliteetin eli tutkimuksen luotettavuuden sekä validiteetin eli mittarin tarkkuuden avulla. (Ojasalo ym. 2009, 93-94.)

Opinnäytetyön tarkoituksen kannalta oli tärkeää saada selville kolmen eri yksikön työntekijöiden ja asiakkaiden/potilaiden kokemuksia ja ajatuksia, jonka vuoksi määrällisen tutkimusmenetelmän käyttö tässä tutkimuksessa oli tarkoituksenmukaista koh-

dejoukon suuruuden vuoksi. Pohdimme myös laadullisen tutkimusmenetelmän käyttöä, mutta kohdejoukon suuruuden vuoksi laadullisen tutkimuksen toteuttaminen olisi ollut erittäin haasteellista. Määrällisen tutkimusmenetelmän käyttö tässä tutkimuksessa oli hyvä ja toimiva. Tutkimuksen kulusta laadimme aikataulutuksen (LIITE 1). Tutkimusmenetelmä jaetaan usein määrällisiin ja laadullisiin menetelmiin (Ojasalo ym. 2009, 93). Näitä kahta erilaista suuntausta on usein pidetty toisistaan erillisinä tutkimustapoina tai vastakohtina. Ne pitäisi kuitenkin nähdä pikemminkin toisiaan täydentävinä ja rinnakkaisina suuntauksina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 132.)

11.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kysely on paljon käytetty aineistonkeruumenetelmä. Kyselyä käytetään paljon, koska sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se on suhteellisen halpa. Lisäksi menetelmä on nopea ja tehokas, koska se perustuu numeerisiin tuloksiin ja sitä voidaan käsitellä tilastollisesti. (Ojasalo ym. 2009, 108.) Kyselytutkimus usein säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä, koska data on helposti syötettävissä ja analysoitavissa tietokoneen avulla. Lisäksi aikataulu ja kustannukset ovat arvioitavissa melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.)

Kyselylomakkeessa kysymykset muotoillaan tavallisimmin kolmella eri tavalla. Menetelminä ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset sekä asteikkoihin perustuvat kysymykset. Avoin kysymys tarkoittaa sitä, että kysymyksen jälkeen lomakkeessa on tilaa vastaajalle kirjoittaa vapaamuotoinen vastaus kysymykseen. (Hirsjärvi ym. 2008, 193.) Monivalintakysymykset muodostuvat tutkijan valmiiksi laatimista ja numeroiduista vastausvaihtoehdoista. Toisinaan myös käytetään strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoa. Tällöin valmiin vastausvaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Avoimen kysymyksen avulla pyritään löytämään uusia näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen osannut ajatella. Skaaloihin perustuvissa kysymyksissä vastaajalle esitetään väittämiä, joista hän valitsee vastausvaihtoehdon, joka on lähimpänä hänen käsitystään asiasta. Tavallisimmin skaalat perustuvat kysymysvaihtoehtoihin, jotka tutkivat kuinka voimakkaasti tutkittava on samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittäjä. (Hirsjärvi ym. 2008, 194.)

Avoimilla ja monivalintakysymyksillä on molemmilla omat vahvuutensa ja heikkou- tensa. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa sen, mitä hä- nellä on mielessään eikä ehdota vastauksia. Monivalintakysymyksissä valmiit vastaus- vaihtoehdot kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin eikä tilaa jää vastaajan itseilmaisulle. Monivalintakysymyksistä tutkittava ei siis aina löydä sopivaa vastausvaihtoehtoa, mutta vastauksia on mielekkäämpi vertailla keskenään. Avointen kysymysten tuottamat vastaukset voivat olla hyvin erilaisia, kirjavia ja vaikeita luoki- tella, mutta sen sijaan vastaukset osoittavat vastaajan tietämyksen ja asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 2008, 196.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme kyselylomakkeen. Kyselylomakkeita laadi- tiin kaksi erilaista, joista toinen oli työntekijöille ja toinen asiakkaille/potilaille (LIITE 3 ja LIITE 5). Kyselylomakkeet sisälsivät avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Ky- selylomakkeiden kysymysten laatimisessa käytimme apuna aiheeseen liittyvää teo- riatietaoa, lastensuojelulakia ja aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Strukturoidut kysy- mykset esitettiin väittäminä, joihin vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osit- tain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Täl- laisiin kysymyksiin vastaajan on helppo ja nopea vastata. Kun kyselylomake on melko nopeasti täytettävissä, säilyy vastaajan mielenkiinto ja kaikkiin kysymyksiin vasta- taan. Meille oli tärkeää, että jokainen kyselyyn vastaaja vastaa kaikkiin kyselylomak- keen kysymyksiin. Strukturoitujen kysymysten lisäksi oli avoimia kysymyksiä, joilla halusimme selvittää vastaajan omia mielipiteitä ja kokemuksia ilman valmiiksi annet- tuja vastausvaihtoehtoja.

Aineistonkeruumenetelmänä kyselyn heikkouksia ovat tutkittavien vastausten vaka- vuuden arviointi, koska vastaukset saattavat olla pinnallisia (Ojasalo ym. 2009, 108). Ei ole siis varmaa tietoa siitä, ovatko vastaajat pyrkineet vastaamaan rehellisesti ja huolellisesti. Lisäksi on vaikea kontrolloida väärinymmärryksiä tai ovatko vastaajat perehtyneet asiaan, josta kysymykset esitettiin. Vaikka kyselylomake voidaan lähettää usealle, saattaa toisinaan myös kato eli vastaamatta jättäminen olla suurta. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.) Lisäksi haastattelijan läsnäolo saattaa vaikuttaa kyselyn luotettavuus- teen. Varsinkin kysymykset, jotka käsittelevät henkilökohtaisia tai arkaluontoisia asi- oita saattavat vääristyä. Toisaalta haastattelijan läsnäolo helpottaa tilanteissa, joissa

kysytään tietopohjaisia kysymyksiä. (Ojasalo ym. 2009, 108.) Ennen kyselyiden toteuttamista kävimme jokaisessa tutkimuskohteessa henkilökohtaisesti kertomassa tutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävästä tutkimusmenetelmästä. Tällä tavalla pyrimme varmistamaan hoitohenkilökunnan ymmärryksen tutkittavasta asiasta ja heidän arvionsa siitä, miten asiakkaat/potilaat kykenevät kyselyyn vastaamaan. Kyselylomakkeiden ohessa oli myös saatekirje (LIITE 2 ja LIITE 4), jossa kerroimme kyselylomakkeen aiheesta ja siihen vastaamisesta.

Tyypillisimmät tavat käyttää kyselyä ovat postitse lähetettävät kyselylomakkeet, internetissä itsenäisesti täytettävät kyselyt sekä puhelimitse ja kasvokkain tehtävät kyselyt (Ojasalo ym. 2009, 108). Postikyselyissä lomake usein lähetetään tutkittavalle ja he lähettävät täytetyn lomakkeen valmiiksi maksetussa kirjekuoressa takaisin tutkijalle. Postikyselyyn tarvitaan kuitenkin henkilöiden nimet ja osoitteet sekä lupa käyttää henkilöstörekisteriä. Postikyselyissä vastausprosentti jää usein kolmeenkymmeneen tai neljäänkymmeneen prosenttiin. Lähellä postikyselyä on organisaatioihin tai instituutioihin lähetettävät kyselyt. Hoitotyötä koskevat kyselyt voidaan tällöin lähettää tutkittavalle osastolle hoitolaitoksessa. Tällaisissa tilanteissa vastausprosentti muodostuu usein tavanomaista korkeammaksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 191.) Kyselylomakkeet vietiin jokaiseen tutkittavaan kohteeseen henkilökohtaisesti. Kyselyistä ensin toteutettiin potilaiden/asiakkaiden kysely, sillä halusimme varmistua siitä, että työntekijät eivät pystyneet vaikuttamaan potilaiden/asiakkaiden vastauksiin. Asiakkaiden/potilaiden kyselyn jälkeen jaettiin tutkittaviin kohteisiin työntekijöiden kyselylomakkeet. Täytettyään kyselylomakkeen vastaaja palautti vastauslomakkeen määräaikaan mennessä suljetussa kirjekuoressa osastolla sijaitsevaan lukolliseen kyselylomakelaatikkoon. Vastausajan jälkeen haimme lukolliset kyselylomakelaatikat tutkittavista kohteista.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin ajalla huhtikuu-kesäkuussa 2014. Kyselyt toteutettiin yleissairaalapsykiatrian osasto M0:n, yleissairaalapsykiatrian poliklinikan ja aikuisten vastaanoton hoitohenkilökunnalle ja toinen kysely potilaille.

11.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston käsittelyyn liittyy kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tarkistetaan vastausten tiedot. Käytännössä tämä tarkoittaa virheellisyyksien ja puuttuvien tietojen tarkistamista. Kyselyiden suhteen voidaan joskus joutua hylkäämään joitakin lomakkeita jos vastaaja on jättänyt vastaamatta moneen kysymykseen. Jos kuitenkin vain yksi kysymys on ilman vastausta, olisi tuhlausta hylätä kyseinen paperi. Yksi puuttuva tieto voidaan korvata keskiarvotiedolla. Analysoinnin toisena vaiheena on tietojen täydentäminen. Kyselylomakkeen tietoja voidaan pyrkiä lisäämään lomakkeita karhuamalla. Kolmantena vaiheena on aineiston järjestäminen tallennusta ja analyysia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tiedot järjestetään numeerisesti ja aineistosta muodostetaan muuttujia, jonka jälkeen aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 217.)

Tutkimusaineiston analysointi alkoi tutkimuslomakkeiden tarkistamisella. Kaikkiin kyselylomakkeisiin ja kysymyksiin oli vastattu asiallisesti, joten yhtään kyselylomaketta ei jouduttu hylkäämään. Tämän jälkeen molemmat kyselylomakkeet numeroitiin toisistaan erillisinä kokonaisuuksina ja lomakkeiden data syötettiin erillisiin Excel-taulukoihin. Kyselylomakkeiden vastauksista laadittiin kaksi erillistä havaintomatriisia Excel-taulukkolaskelmaohjelman avulla. Valmis taulukko syötettiin Tixel-tilasto-ohjelmaan, jonka avulla muodostettiin kuvio jokaisen tutkittavan kysymyksen vastauksista käyttäen yksiulotteista jakaumaa.

Tutkimuksen analysointiin, käsittelyyn ja tulkintaan vaikuttaa se, miten tutkimus on toteutettu. Vasta tutkimuksen analyysivaiheessa tutkijalle selviää millaisia vastauksia hän saa. (Hirsjärvi ym. 2008, 216). Kvantitatiivisen aineiston käsittely ja analysointi pitäisi aloittaa heti aineistonkeruuvaiheen jälkeen, mutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan joskus ajatella tarvittavan ajallista etäisyyttä. Myös aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin. Kvantitatiivista aineistoa pyritään selittävään lähestymistapaan, jolloin käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Kun taas halutaan ymmärtää jotakin asiaa, lähestymistapana käytetään laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Tavoitteena on siis valita sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 219.)

Sisällön erittely on tutkimustekniikka, joka soveltuu objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua varten. Systemaattisuus ja objektiivisuus kuuluvat osaksi tieteellistä tutkimusta, kommunikaation ilmisältö vaatii esitetyssä määritelmässä tarkempaa tarkastelua. Sisällön erittelyssä tiedot voidaan kerätä sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai määrällisessä muodossa, kuten luokiteltuna tai tilastoituna. Sisällön analyysi on kehittynyt kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen suuntaan, jonka vuoksi ei ole syytä puhua tilastollisesta sisällön erittelystä. Monissa lähteissä puhutaan sisällön analyysistä ja sisällön erittelystä samoina asioina, vaikka niistä voidaan puhua kahdessa eri merkityksessä. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan siis dokumenttien analyysia, jolla kuvataan esimerkiksi tekstin sisältöä sanallisesti eli kvantitatiivisesti. Sisällön analyysillä tarkoitetaan dokumenttien sisällön kuvausta sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-106.) Sisällön erittelyä voidaan käyttää kahdentyyppisissä tutkimuksessa, jonkun dokumenttijoukon kuvaamisessa tai päätelmien tekemiseen dokumenttien sisällön perusteella. Dokumenttien sisältöä voidaan kertoa muiden ilmiöiden avulla tai muita ilmiöitä dokumenttien avulla. (Janhonen & Nikkonen 2001, 22.) Kyselylomakkeet sisälsivät avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset luettiin ja niistä selvitettiin vastauksien eroavaisuudet ja yhteneväisyydet. Vastaukset analysoitiin sisällön erittelyllä ja tuloksissa ne ovat esitetty suorina lainauksina. Avoimia vastauksia oli kuitenkin niukasti, jonka vuoksi sisällön analyysin käyttö ei olisi ollut tarkoituksenmukaista tässä työssä.

11.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta suorittaessamme olemme noudattaneet tutkimuseettisen neuvottelukunnan tunnustamia toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tutkimustulosten tallentamisessa, raportoinnissa sekä arvioinnissa. (Satakorkea www-sivut 2014.) Ennen tutkimuksen toteuttamista saimme tutkimusluvan Satakunnan sairaanhoitopiiriltä ja Porin perusturvakeskukselta helmikuussa 2014. (LIITE 6 ja LIITE 7)

Viimeaikoina on korostettu hyvin paljon sitä, että jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava, mikä on tutkimuksen hyödyllisyys. Aina hyöty ei kohdistu tutkittavana olevaan vaan tutkimustuloksia voidaan hyödyntää

myöhemmin uusiin potilaisiin ja asiakkaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.) Tutkimusaiheemme tuli opinnäytetyön tilaajalta Porin Perusturvakeskukselta. Esille oli noussut huoli siitä, miten mielenterveyspalveluita käyttävien vanhempien lapset tulevat huomioiduksi. Aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja tärkeä, jonka vuoksi halusimme tutkia aihetta lisää. Pohdimme aiheen valinnassa myös sitä, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin muilla asiakkailta/potilailta.

Mielenterveystyö on osa-alue, jossa esiintyy hyvin paljon eettisiä ongelmia. Suurin syy liittyy mielenterveyshäiriöiden luonteeseen ja sen vaikutuksiin. Mielenterveyshäiriöt vaikuttavat ajatteluun ja kykyyn tehdä omaan terveyteen liittyviä päätöksiä. Eettinen pohdinta mielenterveystyössä on erityisen tärkeää, sillä mielenterveyden ongelmat tekevät ihmisestä erittäin haavoittuvia. Kun ymmärrys omasta tilasta on vajavaainen, heikentää se käsitystä avun tarpeesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 264-265.) Tutkimuksen kohderyhmänä olivat mielenterveyspalveluiden asiakkaina/potilaina olevat vanhemmat sekä mielenterveyspalveluiden työntekijät. Ennen tutkimuksen toteuttamista kävimme jokaisessa tutkittavassa kohteessa kertomassa tutkimuksen aiheesta ja tutkimusmenetelmästä. Arvioimme tutkittavien kohteiden asiakkaiden/potilaiden olevan psyykkisesti riittävän hyvässä kunnossa antaakseen tietoisesti suostumuksensa tutkimukseen ja vastatakseen asianmukaisesti kyselylomakkeeseen. Myös työntekijät, jotka jakoivat kyselylomakkeita asiakkaille/potilaille arvioivat heidän kykyä vastata kyselylomakkeeseen.

Ennen kyselylomakkeiden viemistä tutkittaviin kohteisiin suoritettiin pienimuotoinen kyselylomakkeiden testaus luotettavuuden ja toistettavuuden varmistamiseksi. Kyselylomakkeet testattiin sairaanhoidon opiskelijoilla, jotka arvioivat kyselylomakkeiden ymmärrettävyyttä ja selkeyttä. Siinä esille tulleet asiat huomioitiin lomakkeiden viimeistelyssä. Kyselylomakkeiden testauksen jälkeen ne vietiin tutkittaviin kohteisiin. Opinnäytetyön toteutuksessa asiakkaat/potilaat täyttivät kyselylomakkeet ennen työntekijöitä, jotta voitiin varmistaa, ettei henkilökunta pystynyt vaikuttamaan asiakkaiden/potilaiden kyselylomakkeiden vastauksiin.

Tutkimusetiikan mukaisesti asiakkaiden itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen osallistumisen lähtökohta. Osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja kaikilla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Myös anonymiteetti ja salassapito tutkimusta

tehdessä on tärkeä huomioida. Tämä tarkoittaa sitä, ettei tutkimuksen tietoja luovuteta kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-179.) Kyselylomakkeiden ohessa oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista. Kyselyihin vastattiin nimettömästi ja vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastattuaan kyselylomakkeeseen vastaaja laittoi sen suljettavaan kirjekuoreen ja palautti kirjekuoren yksikössä sijaitsevaan lukolliseen kyselylomakelaatikkoon. Tällä varmistettiin, että ulkopuoliset eivät pystyneet näkemään aineiston sisältöä.

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat keskeisiä aiheita hoitotieteissä ja muidenkin tieteenalojen tutkimuksessa. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymyksen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulisi noudattaa. Tutkimusetiikka voidaan taas jakaa joko tieteen sisäiseen tai sen ulkoiseen etiikkaan. Sisäinen etiikka tarkoittaa tieteenalan luotettavuutta ja todellisuutta. Tähän liittyy se, ettei tutkimusaineisto ole keksittyä tai väärennettyä. Tutkimuksessa tulee myös huomioida miten aineisto kerätään, ketkä osallistuvat kirjoittamiseen ja miten tulokset raportoidaan. Yleisesti ottaen se tarkoittaa tutkijan toimintatapojen arviointi erilaisista eettisistä näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.) Kyselylomakkeita käsitelivät vain opinnäytetyön tekijät ja aineistoa säilytettiin siten, että ulkopuoliset eivät sitä pystyneet näkemään. Saadut tulokset kirjoitettiin sellaisinaan, eli tutkimusaineistoa ei ole muutettu. Saadut vastaukset analysoitiin ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Määrällisessä tutkimuksessa täytyy aina arvioida luotettavuutta. Usein tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat vaikka tutkimuksessa yritetään välttää virheiden syntymistä. Luotettavuutta voidaan arvioida monin eri keinoin, mutta tavallisemmin mitataan tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. (Kananen 2011, 118.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen eli mittaustulosten toistettavuutta. Toistettavuus on käytännössä sitä, että kaksi eri tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai samalta henkilöltä eri mittauskerroilla saadut tulokset vastaavat toisiaan. Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Tämä on tärkeää siksi, että usein mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todelli-

suutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Vastaajat ovat siis saattaneet käsittää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta mittaamaan tarkoitettut määreet ovat luotu lähinnä kvantitatiivisia tutkimustuloksia varten. (Hirsjärvi ym. 2008, 226-227.)

Tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ja parantaa olemassa olevia toimintatapoja ja työmenetelmiä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten lapsi huomioidaan aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Saatujen tulosten perusteella opinnäytetyön tavoitteet on saavutettu ja niitä voidaan jatkossa hyödyntää tulevia tutkimuksia varten. Opinnäytetyö perustuu tutkituun tietoon, alan kirjallisuuteen, hankkeisiin ja tutkimuksiin. Luotettavuuden parantamiseksi tehtiin useita aineistohakuja. Lisäksi luotettavuutta on arvioitu koko tutkimuksen ajan. Tutkijan tulee myös arvioida ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuutta ja toimivuutta tavoitteiden kannalta. (Vilka 2005, 159.)

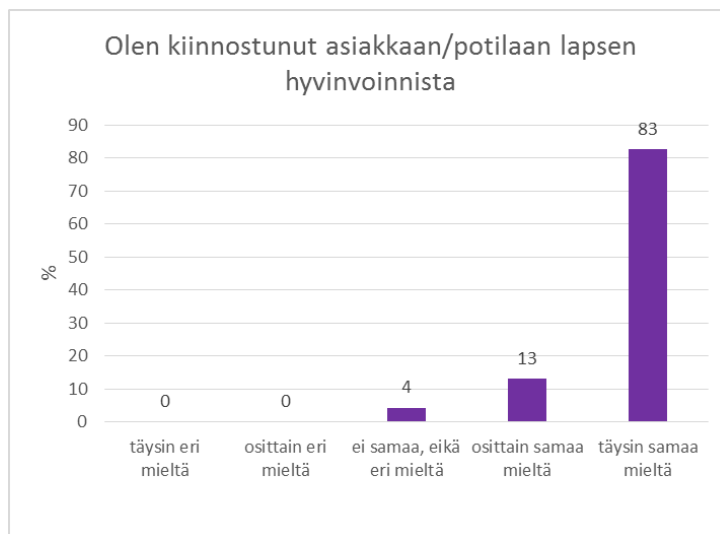
12 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineisto kerättiin aikuisten vastaanotolta, yleissairaalapsykiatrian osasto M0:lta ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikalta huhti-kesäkuussa 2014. Osaston työntekijät jakoivat tutkimukseen soveltuville vanhemmille kyselylomakkeen, joista palautuneita oli yhteensä 17 kappaletta. Työntekijöiden kyselylomakkeita vietiin aikuisten vastaanotolle, yleissairaalapsykiatrian osasto M0:lle ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle yhteensä 31 kappaletta, joihin vastanneita oli yhteensä 23. Vastausprosentti työntekijöiden kyselyyn oli 74 %.

12.1 Työntekijöiden kokemukset lapsen huomioon ottamisen toteutumisesta aikuisten mielenterveyspalveluissa

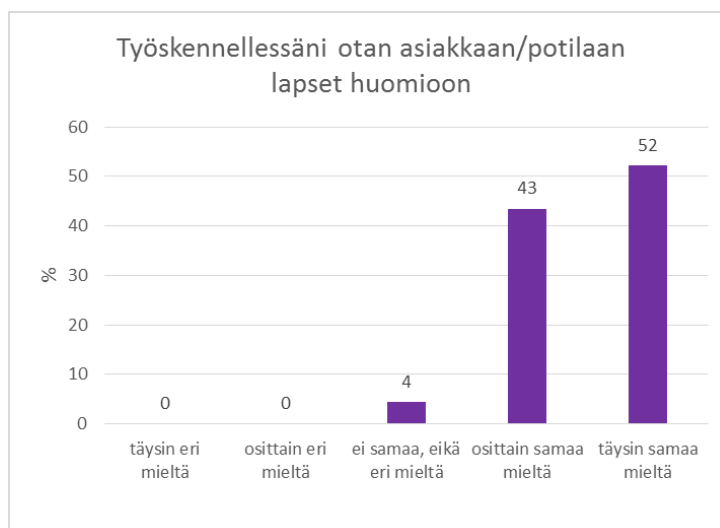
Ensimmäinen tutkittava kysymys oli, onko työntekijä kiinnostunut asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvoinnista. Vastaajista 83 % oli täysin samaa mieltä, 13 % osittain samaa mieltä ja 4 % ei samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Työntekijän kiinnostus asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvoinnista.



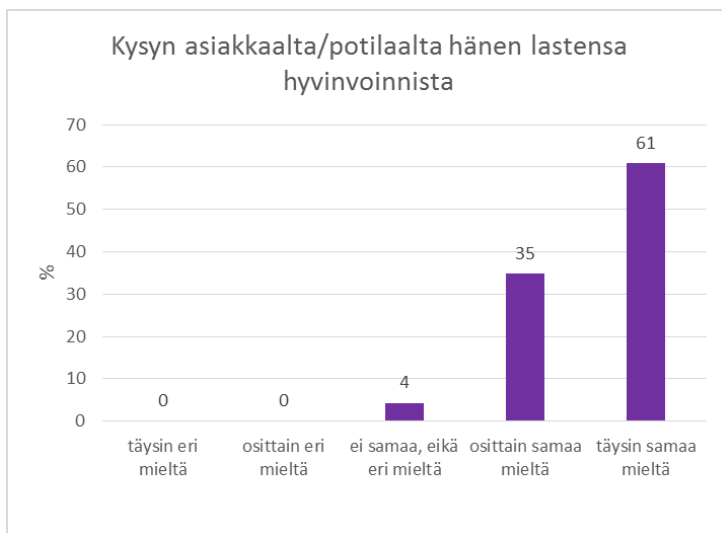
Kun kysyttiin ottaako työntekijä asiakkaan/potilaan lapset huomioon työskennellessään, 52 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, 43 % osittain samaa mieltä ja 4 % ei samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Asiakkaan/potilaan lapsen huomiointi työskennellessä.



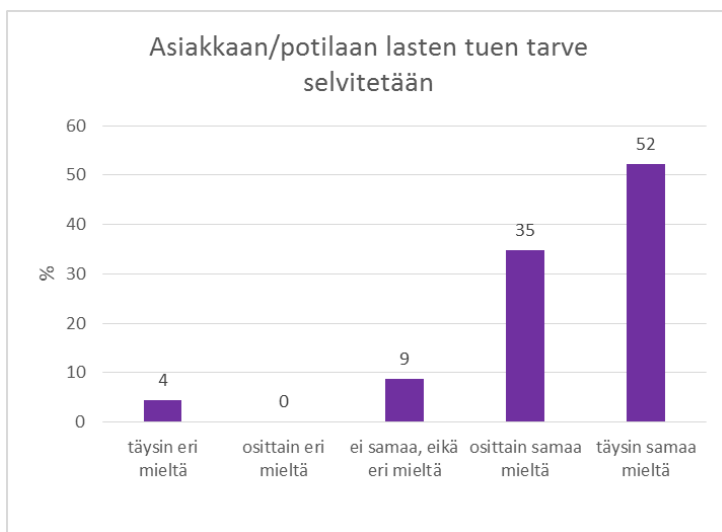
Työntekijöistä 61 % oli täysin samaa mieltä siitä, että kysyy asiakkaalta/potilaalta hänen lastensa hyvinvoinnista. Vastaajista 35 % oli osittain samaa mieltä ja 4 % ei samaa eikä eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvoinnista kysyminen.



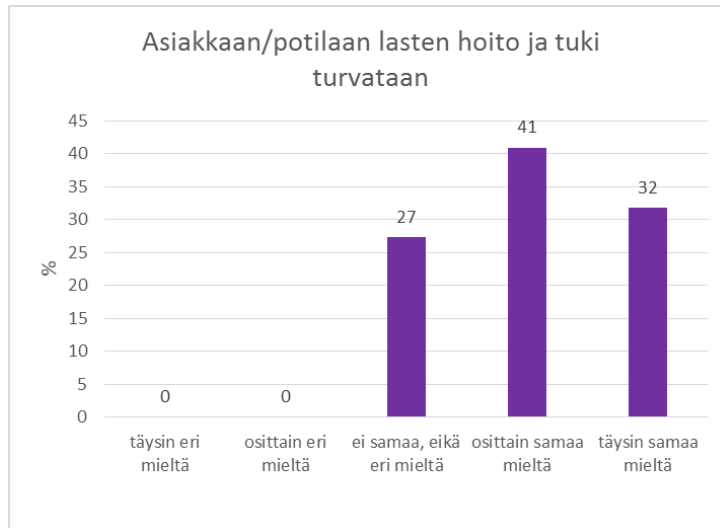
Kysyttäessä asiakkaan/potilaan lasten tuen tarpeen selvittämistä, vastaajista 52 % oli täysin samaa mieltä, 35 % osittain samaa mieltä siitä, 3 % ei samaa eikä eri mieltä. 4 % vastaajista oli täysin eri mieltä. (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Asiakkaan/potilaan tuen tarpeen selvittäminen.



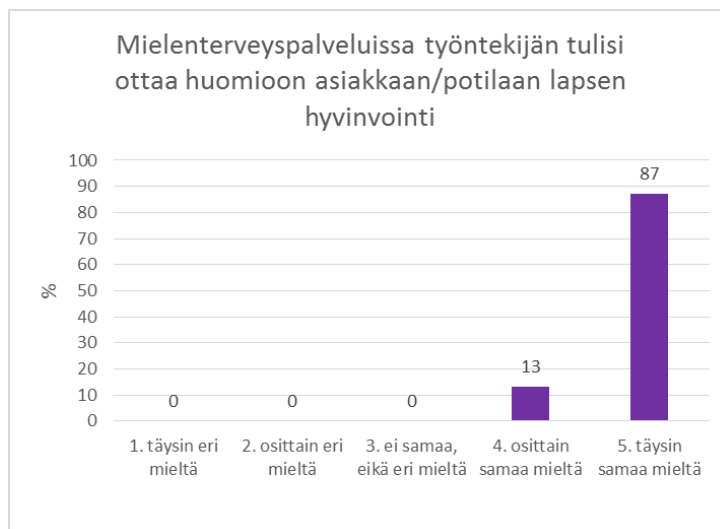
Vastaajista 32 % oli täysin samaa mieltä siitä, että asiakkaan/potilaan lasten hoito ja tuki turvataan. 41 % vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 27 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 5.)

Kuvio 5. Asiakkaan/potilaan lasten hoidon ja tuen turvaaminen.



Vastaajista 87 % oli täysin samaa mieltä ja 13 % osittain samaa mieltä siitä, että työntekijän tulisi ottaa asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvointi huomioon. (Kuvio 6.)

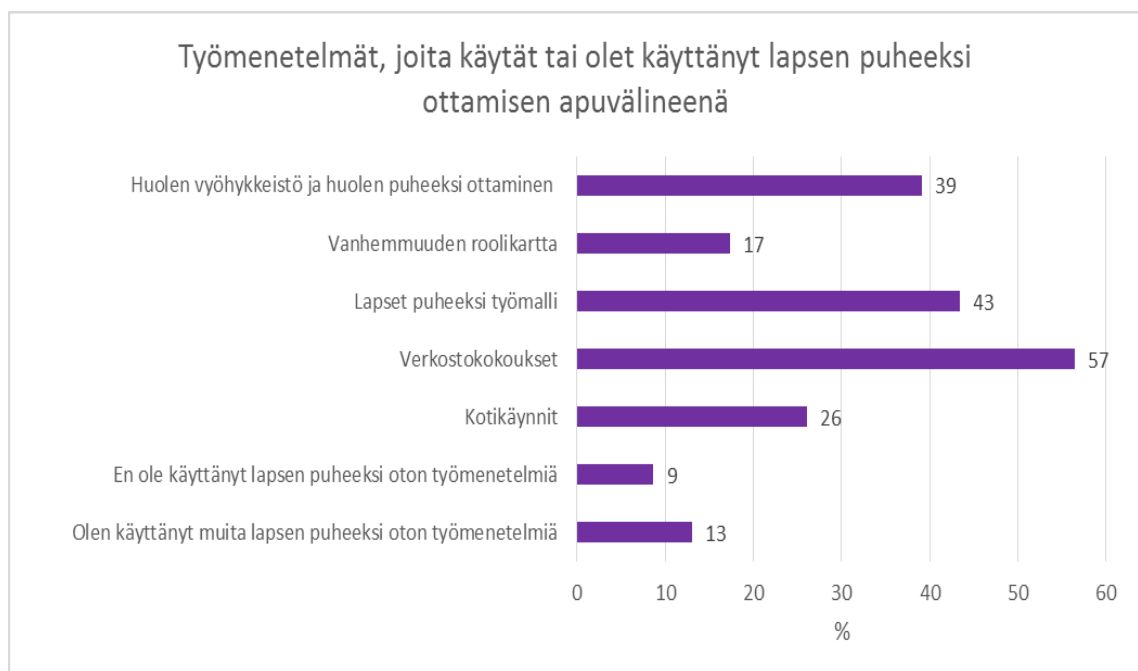
Kuvio 6. Työntekijöiden halu huomioida asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvointi.



12.2 Mielenterveyspalveluissa työskentelevien työntekijöiden käyttämät työmenetelmät lapsen huomioon ottamiseksi

Kun opinnäytetyössä kartoitettiin mielenterveyspalveluissa käytettäviä työmenetelmiä, vastaajista 57 % kertoi käyttävänsä verkostokokouksia apuvälineenä lapsen puheeksi ottamisessa. Huolen vyöhykkeistöä ja huolen puheeksi ottamista kertoi käyttävänsä 39 % vastaajista. Vanhemmuuden roolikarttaa kertoi käyttävänsä 17 % vastaajista ja lapset puheeksi työmallia 43 %. Muita työmenetelmiä olivat kotikäynnit, joita 26 % vastaajista oli hyödyntänyt työssään. Vastaajista 9 % ei ollut käyttänyt mitään lapsen puheeksi oton työmenetelmiä. 13 % vastaajista kertoi käyttävänsä muita kuin kyselyssä mainittuja työmenetelmiä. (Kuvio 7.)

Kuvio 7. Lapsen puheeksi ottamiseksi käytetyt työmenetelmät.



Avoimella kysymyksellä kysyttiin, mitä muita työmenetelmiä työntekijä on käyttänyt. Vastauksissa esiintyi avoin keskustelu asiakkaan/potilaan kanssa, erilaisten työmenetelmien soveltaminen, lapsen elämäntilanteen kartoitus ja erilaisten mallien soveltaminen.

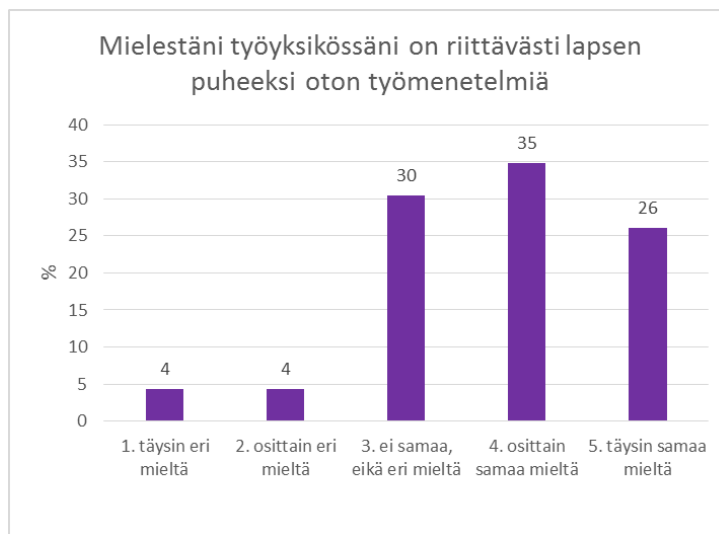
”Keskustelua avoimin kysymyksin”

”Olen aloittanut keskustelun potilaan kanssa”

”Lapsen elämäntilanteen kartoitus; vahvuuden ja haavoittuvuudet”
”Soveltaen edellä mainittuja malleja”

Vastaajista 26 % oli täysin samaa mieltä, 35 % oli osittain samaa mieltä ja 30 % ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että työyksikössä on riittävästi lapsen puheeksi oton työmenetelmiä. Osittain eri mieltä työmenetelmien riittävydestä oli 4 % ja täysin eri mieltä oli myös 4 % vastaajista. (Kuvio 8.)

Kuvio 8. Lapsen puheeksi oton työmenetelmien riittävyys työyksikössä.



Kyselyssä kysyttiin avoimella kysymyksellä, mitä työmenetelmiä työntekijä toivoisi otettavan käyttöön lapsen puheeksi ottamiseksi jos hän ei kokenut lapsen puheeksi oton työmenetelmiä riittäviksi. Vastauksista nousi esille yhteistyö eri viranomaisten kanssa ja sosiaalityöntekijöiden osallistuminen lapsen puheeksi ottamisen helpottamiseksi.

”Yhteistyö eri viranomaisten kanssa (vaitiolovelvollisuus)”

”Ohjaa sosiaalityöntekijälle, joka valitsee menetelmät”

”Sosiaalipuolen panosta lapsille suunnattujen tukipalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä voisi lisätä”

Osa työntekijöistä toi esiin yhtenäisen työmenetelmän puutteen ja he toivoivat enemmän koulutusta erilaisten työmenetelmien käyttämiseksi.

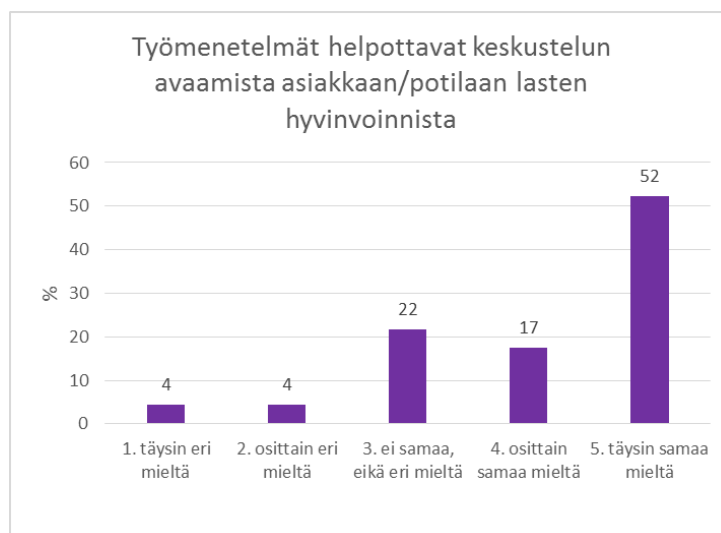
”Menetelmä, mikä loisi keskustelusta luontevaa normaalikäytännöksi”

”Eri menetelmistä olisi hyvä saada koulutusta”

”Tietoa ja jonkinlaista koulutusta eri työmenetelmistä”

Kysyttäessä helpottavatko työmenetelmät keskustelun avaamista asiakkaan/potilaan lasten hyvinvoinnista, vastaajista 52 % oli täysin samaa mieltä, 17 % oli osittain samaa mieltä ja 22 % ei samaa eikä eri mieltä. 4 % oli osittain eri mieltä ja 4 % täysin eri mieltä. (Kuvio 9.)

Kuvio 9. Keskustelun avaaminen asiakkaan/potilaan lasten hyvinvoinnista



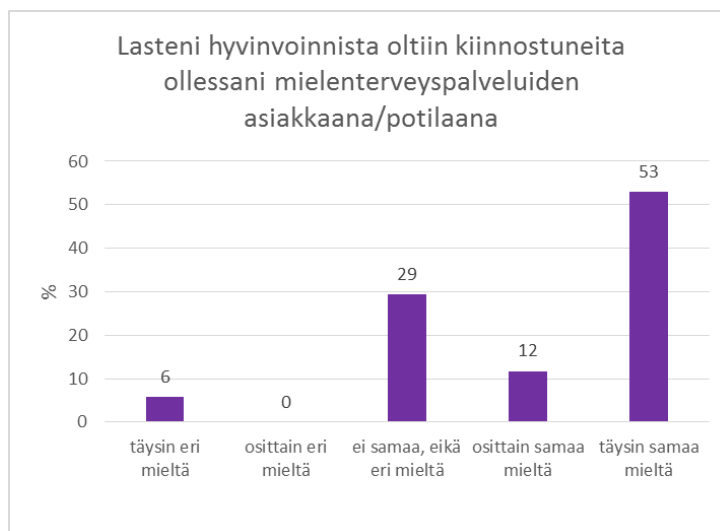
Työntekijöiden kyselylomakkeen lopussa kysyttiin muita kommentteja ja mielipiteitä asiakkaan/potilaan lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Vastauksissa työntekijät saivat vapaasti kertoa omista mielipiteistään aiheeseen liittyen ja vastaukset olivat myönteisiä.

”Vuosien saatossa tilanne parantunut lasten kannalta, mutta työ lasten parhaaksi ei lopu”

12.3 Mielenterveyspalveluiden asiakkaana olevien vanhempien kokemukset lapsen huomioon ottamisesta

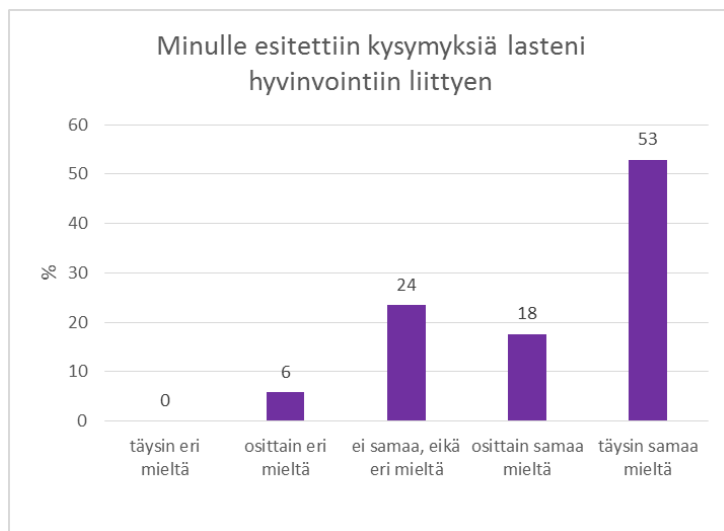
Asiakkaista/potilaista 53 % oli täysin samaa mieltä siitä, että työntekijät olivat kiinnostuneita lasten hyvinvoinnista heidän ollessaan mielenterveyspalveluiden asiakkaana/potilaana. Vastaajista 12 % oli osittain samaa mieltä ja 29 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. 6 % oli täysin eri mieltä siitä, että työntekijä oli kiinnostunut lapsen hyvinvoinnista. (Kuvio10.)

Kuvio 10. Työntekijöiden kiinnostus lasteni hyvinvoinnista



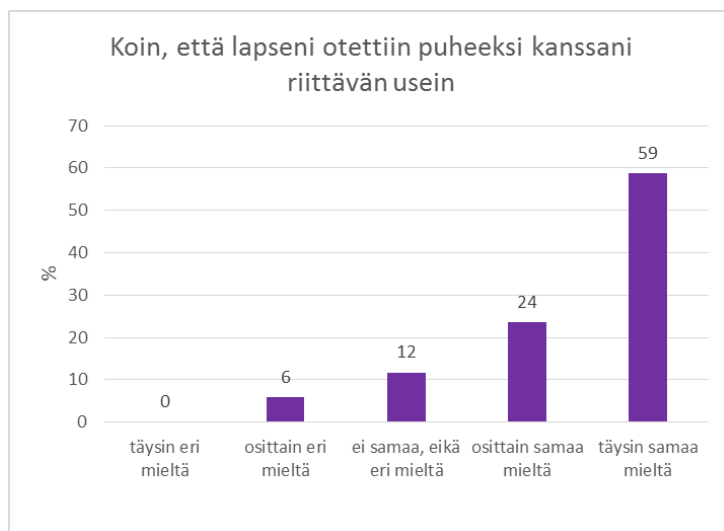
Kun asiakkailta/potilailta kysyttiin esitettiin heille kysymyksiä lasten hyvinvoinnista, 53 % oli täysin samaa mieltä. 18 % oli osittain eri mieltä ja 24% ei samaa, eikä eri mieltä asiasta. Vastaajista 6% oli osittain eri mieltä.

Kuvio 11. Asiakkaalle/potilaalle esitettiin kysymyksiä lasten hyvinvoinnista.



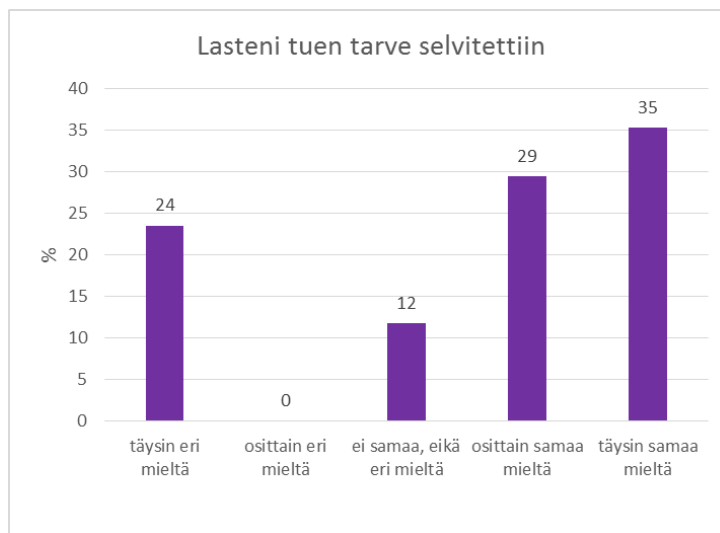
Kysyttäessä asiakkaalta/potilaalta otettiin hänen lapsensa puheeksi riittävän usein, 59 % oli täysin samaa mieltä. 24 % oli osittain samaa mieltä ja 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajista 6 % oli osittain eri mieltä. (Kuvio 12.)

Kuvio 12. Asiakkaan/potilaan kokemus riittävästä lapsen puheeksi ottamisesta.



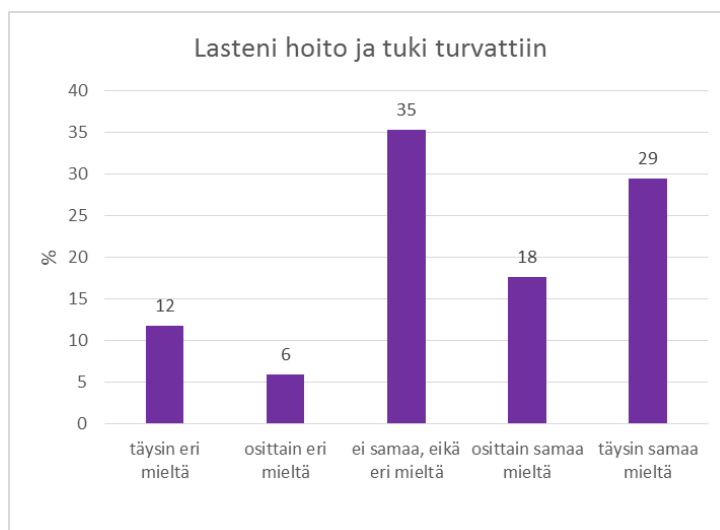
Kun vastaajilta kysyttiin heidän lastensa tuen tarpeen selvittämisestä, 24 % vastaajista oli täysin eri mieltä asiasta. Vastaajista 35 % oli täysin samaa mieltä ja 29 % oli osittain samaa mieltä siitä, että lasten tuen tarve selvitettiin. 12 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 13.)

Kuvio 13. Lasten tuen tarpeen selvittäminen.



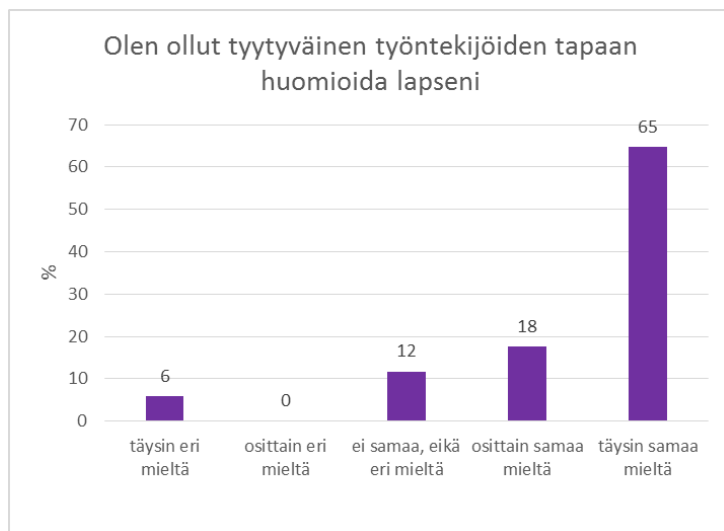
Kysymyksellä, jossa kysyttiin lasten hoidon ja tuen turvaamisesta, 12 % vastaajista kertoi olevansa täysin eri mieltä ja 6 % osittain eri mieltä lastensa hoidon ja tuen turvaamisesta. 29 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 18 % osittain samaa mieltä siitä, että lapsen hoito ja tuki turvattiin vanhemman ollessa mielenterveyspalvelujen asiakkaana/potilaana. 35 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 14.)

Kuvio 14. Lasten hoidon ja tuen turvaaminen.



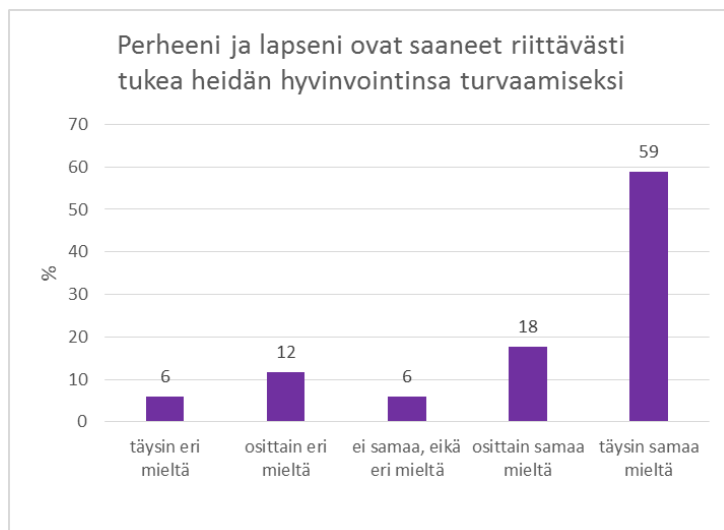
Vastaajista 65 % oli täysin samaa mieltä kysyttäessä asiakkaan/potilaan tyytyväisyyttä työntekijöiden tapaan huomioida lapsi. Vastaajista 18 % kertoi olevansa osittain samaa mieltä ja 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajista 6 % oli täysin eri mieltä. (Kuvio 15.)

Kuvio 15. Asiakkaan/potilaan tyytyväisyys työntekijöiden tapaan huomioida lapsi.



Kysymyksessä, jossa kysyttiin asiakkaan/potilaan kokemusta perheen ja lapsen riittävän tuen saamisesta heidän hyvinvointinsa turvaamiseksi, 59 % vastaajista oli täysin samaa mieltä. Vastaajista 18 % oli osittain samaa mieltä ja 6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. 12 % vastaajista oli osittain eri mieltä ja loput 6 % täysin eri mieltä siitä, että perhe ja lapset ovat saaneet riittävästi tukea hyvinvoinnin turvaamiseksi. (Kuvio 16.)

Kuvio 16. Riittävä tuen saaminen perheen hyvinvoinnin turvaamiseksi.



Avoimella kysymyksellä asiakkaat/potilaat saivat kertoa millaista tukea he olisivat halunneet saada lastensa hyvinvoinnin turvaamiseksi, jos he eivät olleet kysymyksen kohdalla täysin samaa mieltä. Enemmistö vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa tukeen lastensa hyvinvoinnin turvaamiseksi. Osa vastaajista olisi halunnut rahallisia tukimuotoja ja osa vastaajista kaipasi lapselleen keskusteluapua.

”Erilaisia rahallisia tukimuotoja kaipailen”

”Nyt huomasin, että nuorimmainen lapsista olisi pitänyt huomioida paremmin. Hän ei ole päässyt kertomaan omista tuntemuksistaan kenellekään. Toivoisin, että hänkin saisi puhua/häneltäkin kysyttäisiin, mitä hän ymmärtää ja ajattelee tilanteesta.”

Kyselylomakkeen lopussa oli tilaa vapaille kommenteille ja mielipiteille lapsen huomioinnin ottamisesta osana asiakkaan/potilaan hoitoa. Moni vastaajista oli kertonut lapsistaan, muun muassa lapsen iän sekä siitä, miten oma sairaus on heidän lapsiinsa vaikuttanut. Vastaajat kertoivat myönteisiä kokemuksia lastensa huomioimisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa.

”On erittäin hyvä ja oleellista huomioida lapset, he ovat tärkeä osa elämää ja lapsista on aina oma murheensa ja huolensa!”

”Lapsistani ollaan oltu kiinnostuneita ja jaksamisestani heidän kanssaan on pidetty huolta.”

”Olen itse hakeutunut apuun jotta lapseni ei joutuisi kärsimään vaivoistani. Lopputulos on positiivinen.”

”Hienoa, että olette ottaneet asiakseen tämän. Aikuisten ongelmat kuitenkin vaikuttavat myös lapsiin.”

13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyölle asetettiin kolme tutkittavaa kysymystä ja kyselylomakkeilla saatu aineisto vastasi niihin. Ensimmäisenä kysymyksenä oli selvittää, miten työntekijät kokevat lapsen huomioon ottamisen toteutuvan aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Tulosten mukaan työntekijät olivat tyytyväisiä lapsen huomioon ottamisen toteutumiseen. Työntekijät olivat kiinnostuneita lasten hyvinvoinnista sekä arvioivat ottavansa asiakkaan/potilaan lapset huomioon. Vastaajista enemmistö kertoi kysyvänsä lapsen hyvinvoinnista. Tämä herättää kysymyksen, miksi kaikki työntekijät eivät kuitenkaan kysy vanhemmilta lapsen hyvinvoinnista.

Kysyttäessä työntekijöiltä lapsen tuen tarpeen selvittämisestä vastauksissa oli vaihtelua. Vaikka suurin osa työntekijöistä ymmärtää lapsen tuen tarpeen selvittämisen tärkeyden, on oleellista, että jokaisen lapsen tuen tarve huomioidaan. Kysyttäessä asiakkaan/potilaan lapsen hoidon ja tuen turvaamisesta vastaajat olivat keskenään eri mieltä. Osa vastaajista oli täysin samaa mieltä väitteestä, osa ei kuitenkaan ollut samaa eikä eri mieltä. Työntekijöillä on lastensuojelulain mukainen velvollisuus huomioida lapsen hoidon ja tuen tarve.

Opinnäytetyön kyselyjen tuloksista selvisi, että mielenterveyspalvelujen työntekijät olivat pääsääntöisesti kiinnostuneita sekä motivoituneita huomioimaan asiakkaan/potilaan lapset osana vanhemman hoitoa. Tärkeä havainto oli vastaajien lähes täysi yksimielisyys siitä, että mielenterveyspalveluissa asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvoinnin huomiointi kuuluu mielenterveyspalvelujen työntekijälle.

Toisena tutkittavana kysymyksenä oli kartoittaa työmenetelmät, joita mielenterveyspalvelujen työntekijät käyttävät lapsen huomioon ottamiseksi. Suosituimmat työmenetelmät opinnäytetyön tulosten perusteella olivat verkostokokoukset, lapset puheeksi työmalli ja huolen vyöhykkeistö. Muutkin työmenetelmiksi annetut vastausvaihtoehdot olivat olleet käytössä. Vastaajat kertoivat avoimessa kysymyksessä käyttävänsä myös muita työmenetelmiä, joista tärkeimmäksi nousi avoin keskustelu asiakkaan/po-

tilaan kanssa ja eri työmenetelmämallien soveltaminen. Vastauksista päätellen työmenetelmät ovat käytössä ja tukevat työntekijää lapsen puheeksi ottamisessa. Tuloksista selviää, että työmenetelmät ovat hyvä apukeino ottaa lapset puheeksi ja työmenetelmiä kannattaa jatkossakin kehittää.

Mielenterveyspalvelujen työntekijöiltä kerättiin tietoa myös lapsen huomioon ottamisen työmenetelmien riittävydestä työyksikössä. Vastauksissa oli selkeää hajontaa, mutta kuitenkin enemmistö vastaajista koki työmenetelmät riittäviksi. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin, millaisia työmenetelmiä työntekijät toivoivat jos he eivät kokeneet työmenetelmiä riittäviksi. Vastauksista selvisi, että työntekijät toivoivat enemmän yhteistyötä eri viranomaisten kuten sosiaalityöntekijän kanssa. Lisäksi vastauksista selvisi, että työntekijät toivoivat koulutusta eri työmenetelmistä. Vastauksista päätellen työmenetelmiä oli riittävästi, mutta työntekijät toivovat koulutusta niiden käytöstä sekä tukea muilta viranomaisilta lapsen huomioon ottamiseksi. Tulevaisuudessa voisi miettiä esimerkiksi sitä, miten helpottaa sosiaaliviranomaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä lapsen huomioon ottamiseksi. Vastauksista selvisi myös, että osa työntekijöistä koki työmenetelmien helpottavan keskustelun avaamista lapsen puheeksi ottamiseksi. Työntekijät kokivat lapsen huomioon ottamisen aikuisten mielenterveyspalveluissa parantuneen vuosien saatossa. Tulevaisuudessa on tärkeää, että henkilökunnan ammattitaitoa pidetään yllä sekä kehitetään erilaisten koulutusten avulla.

Kolmantena tutkittavana kysymyksenä oli selvittää, miten mielenterveyspalvelujen asiakkaana oleva vanhempi kokee lapsensa tulleen huomioiduksi. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että mielenterveyspalvelujen työntekijät olivat kiinnostuneita heidän lapsensa hyvinvoinnista, mutta joukosta löytyi myös vastaajia, jotka olivat täysin eri mieltä. Jatkossa voisi selvittää, miksi vastaajat olivat asiasta eri mieltä ja mitkä asiat siihen vaikuttivat. Vastaukset olivat samansuuntaisia kysyttäessä vastaajan kokemusta lapsen riittävästä puheeksi ottamisesta sekä lapsen hyvinvoinnin puheeksi ottamisesta aikuisten mielenterveyspalveluissa. Tästä päätellen vastaajat ovat olleet tyytyväisiä työntekijöiden panokseen lapsen huomioon ottamisessa.

Kysyttäessä lapsen tuen tarpeen selvittämisestä sekä lapsen hoidon ja tuen turvaamisesta vastaukset jakaantuivat eri vastausvaihtoehtojen välille. Vastaajat eivät olleet

täysin tyytyväisiä työntekijöiden antamaan tukeen eivätkä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseen. Syyksi tähän vastaajat kertoivat esimerkiksi erilaisten rahallisten tukimuotojen puutteen. Lisäksi vastaajat kertoivat toivovansa keskusteluapua myös lapselle itselleen. Tuloksista kuitenkin selvisi, että kokonaisuudessaan valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä työntekijöiden tapaan huomioida asiakkaan/potilaan lapsi. Jatkossa voisi kartoittaa millaista tukea sekä tukimuotoja asiakas/potilas toivoisi lapselleen ollessaan mielenterveyspalvelujen asiakkaana.

Jotta lapset huomioitaisiin paremmin aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa, olisi tärkeää tutkia aihetta lisää. Aiheesta laajempaa tietoa voitaisiin saada haastattelemalla työntekijöitä ja asiakkaita/potilaita. Jatkotutkimuksena aiheesta voitaisiin tehdä haastattelututkimus, jossa kyseisestä aiheesta saataisiin tutkittavilta syvempää tietoa, omia kokemuksia ja näkemyksiä aiheesta. Koska lapsen huomioon ottaminen on tärkeää, olisi eri yksiköiden kannalta hyödyllistä kartoittaa yksiköissä käytettäviä lapsen puheeksi oton työmenetelmiä ja antaa työntekijöille koulutusta niiden käyttöön.

Opinnäytetyö oli omaa oppimistamme kehittävä, mutta haasteellinen työ. Opinnäytetyömme aihe oli mielestämme kiinnostava ja ajankohtainen ja se motivoi meitä tekemään työtä aikataulun mukaisesti. Nyt ymmärrämme lapsen huomioon ottamisen vaikutukset yhteiskunnallisella tasolla, ei vain tutkittavissa kohteissa. Olemme oppineet uusia asioita tiedonhankinnasta, lainsäädännöstä, näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja lapsen huomioon ottamisesta. Työtä tehdessä olemme kasvaneet ammatillisesti ja tehneet työtä hyvässä yhteistyössä arvostaen toistemme työpanosta. Koemme oppineemme opinnäytetyön myötä lapsen huomioon ottamisen merkityksen jokaisessa yksikössä, jossa hoitotyötä toteutetaan. Saamaamme tietoa voimme varmasti hyödyntää työskennellessämme sairaanhoitajina.

LÄHTEET

- Aronen, E., Kuosa, M., Tallila, M. & Arajärvi, T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen - 15 vuoden seuranta tutkimus. Aikakauskirja Duodecim 111(6):505. Viitattu 4.10.2014. <http://www.duodecim-lehti.fi>
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelminä. Helsinki: Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. uud. painos. Keuruu: Tammi.
- Hosman, CMH., van Doesum, KTM. & Van Santvoort, F. 2009. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in The Netherlands the scientific basis to a comprehensive approach. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/jamh.8.3.250>.
- Inkinen, M. 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2009. Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Isometsä, E. 2009. Masennushäiriöt. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteissä. Helsinki: SanomaPro.
- Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laitila, M. & Järvinen, T. 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Helsinki: yliopistopainos.

Lastensuojelulaki. 2007. 13.4.2997/417.

Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, KT. & Martinussen, M. 2014. Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. Viitattu 11.11.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24507566>

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leijala, H. 2001. Psykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – Akkula hanke. Teoksessa Inkinen, M (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2009. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki. 1990. 14.12.1990/1116.

Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. 1-2. painos. Helsinki: WSOYpro.

Porin kaupungin www-sivut. 2014. Viitattu 11.11.2014. <http://www.pori.fi>

Reedz, C., Lauritzen, C. & Van Doesum K. 2012. Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. BMJ Open. Viitattu 21.10.2014. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e000709.full.pdf+html>

Reupert, A., Maybery, D. & Kowalenko, N. 2012. Andrea E Reupert, Darryl J Maybery and Nicholas M Kowalenko. MJA Open. Viitattu 30.9.2014.

Sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2014. Viitattu 7.1.2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2006/muut_artikkelit/tukiverkkoja_nakymattomille_laps/

Sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2014. Viitattu 19.10.2014. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2009/muut_artikkelit/ovet_auki_avohoidolle/

- Satakorkea www-sivut. 2014. Viitattu 11.11.2014. <http://www.satakorkea.fi>
- Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2014. Viitattu 11.11.2014. <http://www.satshp.fi/Sivut/default.aspx>
- Solantaus, T. 2006. Toimiva lapsi & perhe. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Viitattu 26.11.2013. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/lapsetpuheeksi.pdf>
- Solantaus, T & Paavonen, E. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Duodecim 17, 44. Viitattu 19.10.2014. <http://www.duodecimlehti.fi>
- Sourander A. & Aronen, E. 2009. Lastenpsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.
- Sosiaaliportin www-sivut. 2014. Viitattu 7.1.2014. http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelukasikirja/tyovalineet/tyomenetelmat/huolenvyohykkeisto_ja_huolennpuheeksiottaminen/
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2013. Toimiva lapsi & perhe: menetelmät, koulutus ja konsultaatio. Viitattu 26.11.2013. http://www.thl.fi/fi-FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/toimiva_lapsi_perhe
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2014. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Viitattu 20.8.2014. http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/tlp/Lp_manuaali_ja_lokikirja_kun_vanhemmalla_on_mtr_ongelmia_13112013.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2014. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Viitattu 20.8.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110699/URN_ISBN_978-952-245-668-7.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2014. Mikä meidän vanhempia vaijaa? Käsikirja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia. Viitattu 20.8.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110697/URN_ISBN_978-952-245-667-0.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Verkostokartta. 2014. Viitattu 14.9.2014. <http://www.thl.fi/web/lastensuojelun-kasikirja/lastensuojelun-kasikirja/tyomenetelmat-ja-valineet/tyovalineet/verkostokartta>
- Terveys 2000. 2002. Viitattu 14.9.2014. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>
- Tikkanen, M. 2003. Vanhemmuus ja vanhemmuudelle saatu tuki masennuksen aikana. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Tilli, V., Suominen, K. & Karlsson H. 2008. Paniikkihäiriön hoito perusterveydenhuollossa. Teoksessa Aikakauskirja Duodecim. 124 (9).

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

Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymän www-sivut. 2008. Vanhemmuuden roolikartta. Viitattu 10.11.2014. <http://www.vslk.fi/index.php?id=19>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2010. Mielensterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4-5. p. Helsinki: WSOY.

World Health Organization www-sivut. 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 21.10.2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

LIITE 1

Opinnäytetyön aikataulu ja työnjako Sanna Nurmilehto ja Suvi Kankaanpää

Opinnäytetyön vaiheet	Tekijät/vastuuhenkilöt	Aikataulu ja tunnit
Ideavaihe <ul style="list-style-type: none"> Aiheen rajaaminen, aihe-seminaari, tiedonhaku: lapsen huomioon ottaminen, mielenterveys, mielenterveystyönorganisaatio, vanhemmuus, lastensuojelulaki, perhetyö, lapsen suoja- ja riskitekijät, aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet Teorian kirjoittamista Yhteydenotot ja tapaamiset tilaajan kanssa, ideointia Ohjaavan opettajan kanssa tapaamisia aiheesta ja sen rajauksesta 	<p>Sanna 50 t tiedon hakuja ja kirjoittamista aiheista: Lapsen huomioon ottaminen, vanhemmuus, lapsen suoja- ja riskitekijät, erikoissairaanhoidon mielenterveyspalvelut. Yhteydenottoja sairaalan osastojen tutkimuskohdeiden ylilääkäriin.</p> <p>Suvi 50t tiedon hakuja ja kirjoittamista aiheista: mielenterveys, avo- huollon mielenterveyspalvelut, perhetyö, aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet, lastensuojelulaki. Yhteydenotot opinnäytetyön tilaajan kanssa.</p> <p>Yhdessä haettu aiheeseen liittyvää tietoa.</p>	<p>kevät 2013-talvi 2013</p> <p>50 + 50 t</p>
Suunnittelu <ul style="list-style-type: none"> Teoreettisten lähtökohtien selkeyttäminen ja kirjoittaminen Suunnitelman laadinta Suunnitteluseminaari Kyselyjen tekeminen Lupien anominen ja sopimuksien tekeminen 	<p>Sanna 80 t: Omista aihealueista kirjoittaminen. Kysely hoitohenkilökunnalle.</p> <p>Suvi 80 t: Omista aihealueista kirjoittaminen. Kysely potilaille.</p> <p>Yhdessä 40 t: Laadittu kyselyt ja tehty suunnitteluseminaariin suunnitelma</p>	<p>talvi 2013- kevät 2014</p> <p>100 + 100 t</p>
Toteutus <ul style="list-style-type: none"> Kyselyjen tekeminen tulosten analysointi 	<p>Sanna 100 t: Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden tulosten analysointi.</p> <p>Suvi 100 t: Kyselyyn vastanneiden potilaiden tulosten analysointi.</p> <p>Yhdessä 200 t kyselyjen tekoa, tulosten vertailua ja kokoamista, sekä analysointia.</p>	<p>kevät 2014</p> <p>200 + 200 t</p>
Raportointi <ul style="list-style-type: none"> Opinnäytetyön viimeistely ja raportin kirjoittaminen Työn esitys 	<p>Sanna 25 t: opinnäytetyön viimeistelyä ja korjauksia</p> <p>Suvi 25 t: opinnäytetyön viimeistelyä ja korjauksia</p> <p>Yhdessä 50 t: Raportointi seminaarin suunnittelu ja esitys</p>	<p>kesä 2014 - syksy 2014</p> <p>50 + 50 t</p>
		Yhteensä 800 tuntia

LIITE 2

Arvoisa mielenterveyspalveluja käyttävä vanhempi

12.3.2014

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Tarkoituksenamme on selvittää miten Te vanhempana olette kokeneet lapsenne huomioon ottamisen, kun olette tulleet mielenterveyspalveluiden asiakkaaksi/potilaaksi.

Vastaamalla kysymyksiin Teillä on tilaisuus kertoa kokemuksistanne ja antaa kehitysideoita. Kokemuksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä, sillä kysely on osa laajempaa tutkimusta.

Pyydämme Teitä lukemaan kysymykset huolellisesti ja vastaamaan niihin. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja se suoritetaan nimettömänä. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Olkaa hyvä ja laittakaa täytetty kyselylomake kirjekuoreen, sulkekaa kuori ja palauttakaa se tuotuun vastauslaatikkoon.

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Sanna Nurmilehto ja Suvi Kankaanpää

Hoitotyön opiskelijat



LAPSEN HUOMIOON OTTAMINEN MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin joko **ympyröimällä** Teille sopivin vaihtoehto (**1=täysin eri mieltä**, 2=osittain eri mieltä, 3=ei samaa, eikä eri mieltä, 4=osittain samaa mieltä, **5=täysin samaa mieltä**) ja **kirjoittamalla** mielipiteenne sille varattuun tilaan kysymyksen jälkeen. Avoimiin kysymyksiin vastataan vapaamuotoisesti ja tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi kyselyn kääntöpuolelle. Paras hyöty kyselystä saadaan, kun vastaatte kaikkiin kysymyksiin.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisuutta kunnioittaen.

Kuinka monta lasta Sinulla on? Ympyröi sopivin vaihtoehto.

- a) 1 lapsi
- b) 2-3 lasta
- c) enemmän kuin 3 lasta.

Valitse sopivin vastausvaihtoehto (**1= täysin eri mieltä**, 2= osittain eri mieltä, 3= ei samaa, eikä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, **5= täysin samaa mieltä**)

1. Lasteni hyvinvoinnista oltiin kiinnostuneita ollessani mielenterveyspalvelujen asiakkaana/potilaana

1 2 3 4 5

2. Minulle esitettiin kysymyksiä lasteni hyvinvointiin liittyen

1 2 3 4 5

3. Koin, että lapseni otettiin puheeksi kanssani riittävän usein

1 2 3 4 5

4. Lasteni tuen tarve selvitettiin

1 2 3 4 5

5. Lasteni hoito ja tuki turvattiin

1 2 3 4 5

6. Olen ollut tyytyväinen työntekijöiden tapaan huomioida lapseni

1 2 3 4 5

7. Perheeni ja lapseni ovat saaneet riittävästi tukea heidän hyvinvointinsa turvaamiseksi

1 2 3 4 5

Jos et ollut **täysin samaa mieltä** kysymys 7. kohdalla, millaista tukea olisit halunnut saada?

Muuta kommentoitavaa tai mielipiteitä lapsen huomioon ottamisesta osana hoitoani:

Lämmin kiitos vastauksestanne!



LIITE 4

Arvoisat yleissairaalapsykiatrian poliklinikan, aikuisten vastaanoton ja aikuispsykiatrian työntekijät

3.2.2014

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä lapsen huomioon ottamisesta aikuisten mielenterveyspalveluissa ja tutkimme lastensuojelulain 10§:n toteutumista. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa siitä miten mielenterveyspalveluiden työntekijät ottavat asiakkaan lapset huomioon ja millaisilla työmenetelmillä. Tutkimukseen liittyy toinen kysely, johon mielenterveyspalveluja käyttävä vanhempi vastaa. Kahden erillisen kyselylomakkeen vastaukset analysoidaan ja tuloksia verrataan keskenään.

Vastaamalla kysymyksiin Teillä on tilaisuus kertoa kokemuksistanne lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Kokemuksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä. Pyydämme Teitä lukemaan kysymykset huolellisesti ja vastaamaan niihin. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja se suoritetaan nimettömänä. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Olkaa hyvä ja laittakaa täytetty kyselylomake kirjekuoreen, sulkekaa kuori ja palauttakaa se tuotuun vastauslaatikkoon.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!*Sanna Nurmilehto ja Suvi Kankaanpää*

Hoitotyön opiskelijat



LAPSEN HUOMIOON OTTAMINEN MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin joko **ympyröimällä** Teille sopivin vaihtoehto (**1=täysin eri mieltä**, 2=osittain eri mieltä, 3=ei samaa, eikä eri mieltä, 4=osittain samaa mieltä, **5=täysin samaa mieltä**) ja kirjoittamalla mielipiteenne sille varattuun tilaan kysymyksen jälkeen. Avoimiin kysymyksiin vastataan vapaamuotoisesti ja tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi kyselyn kääntöpuolelle. Paras hyöty kyselystä saadaan, kun vastaatte kaikkiin kysymyksiin.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisuutta kunnioittaen.

Valitse sopivin vastausvaihtoehto (**1=täysin eri mieltä**, 2=osittain eri mieltä, 3=ei samaa, eikä eri mieltä, 4=osittain samaa mieltä, **5=täysin samaa mieltä**)

1. Olen kiinnostunut asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvoinnista

1 2 3 4 5

2. Työskennellessäni otan asiakkaan/potilaan lapset huomioon

1 2 3 4 5

3. Kysyn asiakkaalta/potilaalta hänen lastensa hyvinvoinnista

1 2 3 4 5

4. Asiakkaan/potilaan lasten tuen tarve selvitetään

1 2 3 4 5

5. Asiakkaan/potilaan lasten hoito ja tuki turvataan

1 2 3 4 5

6. Mielenterveyspalveluissa työntekijän tulisi ottaa huomioon asiakkaan/potilaan lapsen hyvinvointi

1 2 3 4 5

Ympyröi seuraavista **yksi tai useampi** työmenetelmä, joita käytät tai olet käyttänyt lapsen puheeksi ottamisen apuvälineenä

1. Huolen vyöhykkeistö ja huolen puheeksi ottaminen
2. Vanhemmuuden roolikartta
3. Lapset puheeksi työmalli
4. Verkostokokoukset
4. Kotikäynnit
6. En ole käyttänyt lapsen puheeksi oton työmenetelmiä
7. Olen käyttänyt muita lapsen puheeksi oton työmenetelmiä. Mitä menetelmiä olet käyttänyt?

7. Mielestäsi työyksikössäni on käytössä riittävästi lapsen puheeksi oton työmenetelmiä

1 2 3 4 5

Jos et vastannut **täysin samaa mieltä**, mitä työmenetelmiä toivoisit otettavaksi käyttöön?

8. Työmenetelmät helpottavat keskustelun avaamista asiakkaan/potilaan lasten hyvinvoinnista

1 2 3 4 5

Muuta kommentoitavaa tai mielipiteitä asiakkaan/potilaan lapsen huomioon ottamisesta:



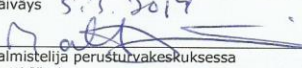
Lämmin kiitos vastauksestanne!

LIITE 6

PORI
Perusturvakeskus

Liite 2

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
PÄÄTÖS**

Opinnäytetyön tekijä/tekijöitä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet
	Sanna Maarit Nurmilehto ja Suvi Mari Elina Kankaanpää Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta ja koulutusohjelma
	Nurmilehto: lähihoitaja. Kankaanpää: ylioppilas Perusturvakeskuksen palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, missä Vanhuspalvelut os. 7 <input type="checkbox"/> Ei
	Kotiosoite Nurmilehto: Yrjönkatu 4 A 6, 28100 Pori Kankaanpää: Otavankatu 20 A 16, 28100 Pori Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee
	SAMK
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi Lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa
Lupahakemuksen valmistelua koskevat tiedot	Valmistelija ;Suku- ja etunimi/virka/toimi /Sähköpostiosoite/puh/gsm
	Matti Järvinen
	Lupahakemus saapunut (pp.kk.vvvv)
	6.2.2014
	Yhteyshenkilön nimeäminen tarvittaessa
	Matti Järvinen
	Opinnäytetyön raportointi
	<input checked="" type="checkbox"/> Valmis raportti toimitetaan sähköisesti luvan valmistelijalle (liite 2) <input type="checkbox"/> Työ esitetään <input type="checkbox"/> palvelualueen työryhmässä <input type="checkbox"/> osastokokouksessa <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä
	Päiväys 5.3.2014
	 valmistelija perusturvakeskuksessa Matti Järvinen
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin
	Tutkimusluvan alkamispäivä 6.3.2014

PORI
Perusturvakeskus

Liite 2

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
PÄÄTÖS**

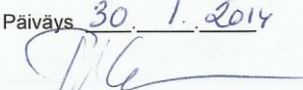
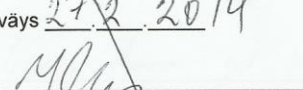
	Tutkimusluvan päättymispäivä
	31.12.2014
	Päiväys <i>Jan 7/314</i>
	Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys <i>[Signature]</i> <i>Esko Rönkä</i>

LIITE 7



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Hakija/ Hakijat	<p>Nimi/nimet Sanna Maarit Nurmilehto ja Suvi Mari Elina Kankaanpää</p> <hr/> <p>Yhteyshenkilön puh: Nurmilehto: 0400-950506 Kankaanpää: 045-3949973 Osoite: Nurmilehto: Yrjönkatu 4 A 6 Kankaanpää: Otavankatu 20 A 16 Postino: 28100 Postitoimipakka: Pori Email: sanna.nurmilehto@student.samk.fi suvi.kankaanpaa@student.samk.fi</p>	<p>Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori</p> <hr/> <p>Virka/toimi (ei koske opiskelijoita): - Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu</p>
Kuvaus	<p>TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill.ohje)</p> <p>Opinnäytetyön nimi: Lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa mielenterveyspalveluissa. Kohderyhmänä yleissairaala psykiatrian poliklinikan ja aikuispsykiatrian osasto M0:n työntekijät ja asiakkaat/potilaat. Tutkimus on sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto kerätään kahdella erillisellä kyselylomakkeella, joista toinen on työntekijöille ja toinen asiakkaille/potilaille.</p> <p>Liitteenä opinnäytetyösuunnitelma ja kyselylomakkeet</p>	
Aiheen valinta	<p>Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoitopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, kenen kanssa: Psykiatrisen hoidon toimialueylhoitaja Jussi Hänti, Ylilääkäri Yrjö Lähteenlahti</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p>	
Oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	<p>Päiväys <u>30. 1. 2014</u></p> <p></p> <p>Allekirjoitus ja nimenselvitys Tapio Myllymäki</p> <p>E-mail: <u>tapio.myllymaki@samk.fi</u> Puh: <u>044-7103737</u></p>	<p>Päiväys <u>27.2.2014</u></p> <p></p> <p>Allekirjoitus ja nimenselvitys Y. Lähteenlahti vaj.</p> <p>E-mail: Puh:</p>



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä. Sitoudun toimittamaan opinnäytetyön/tutkimuksen tuloksista raportin sairaanhoidopiiriin joko sähköisesti tai paperiversiona. Päiväys: <u>30.1.2014</u> Päiväys: <u>30.1.2014</u> <u>Sanna Nurmilehto</u> <u>Suvi Kankaanpää</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys Sanna Nurmilehto Suvi Kankaanpää	
Hoitotyön kehittämisy hmän lausunto	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puoletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puoleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <u>13.2.2014</u> <u>Ullantila</u> Päiväys: Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>MARJA KANNIN</u> <u>KÄY. YH</u> KOMMENTIT ANTON FRIKIPASINSE	
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.	
Tutkimus- luvan myöntämine n	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:	
Ylihoitaja(t) Palvelupääll ikö(t)	Päiväys: <u>5.3.2014</u> <u>Jussi Hänni</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys Jussi Hänni	Päiväys: <u>10.3.2014</u> <u>Toula Ranne y.p.</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys Toula Ranne
Ylilääkäri(t)	Päiväys: <u>27.2.2014</u> <u>Mika</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys Mikko Lahti	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys