



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vera Leinonen

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN
PUOLISOIDEN KOKEMUKSIA
MIELENTERVEYSPALVELUISTA

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Vera Leinonen
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveyskuntoutujien puolisojen kokemuksia mielenterveyspalveluista
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	35 + 3 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Kiinnostus aiheeseen syntyi syksyllä 2014 yleisöluennolta ” Mielenterveyskuntoutuja ei jää yksin. Akuuttia kotiin vietävää palvelua kuntalaisille”. Luennon aikana tekijä huomasi mielenterveyskuntoutujien omaisten huolen liittyen vähentyviin laitoshoitopaikkoihin. Aihe on lisäksi merkittävä niin mielenterveyskuntoutujan omaiselle, hoitotyölle ja yhteiskunnalle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata puolisojen kokemuksia mielenterveyspalveluista ja mielenterveyspalveluiden saatavuudesta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada mielenterveyskuntoutujien puolisojen ääni kuuluviin. Siten voidaan lisätä FinFami ry:n tietoa omaisten kokemuksista ja heidän toiminnan kautta vaikuttaa mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.

Tämä laadullinen tutkimus toteutettiin keräämällä aineistoa avoimilla yksilöhaastatteluilla, joissa oli kaksi tukikysymystä. Yksi haastatteluista toteutettiin sähköpostitse. Haastattelut toteutettiin 10/2015 – 1/2016. Haastatteluihin osallistui kuusi täysi-ikäistä mielenterveyskuntoutujan puolisoa. Haastateltavat rekrytoitiin kohdeorganisaatio FinFami ry:n välityksellä. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat mielenterveyskuntoutuja, hänen puolisonsa ja mielenterveyspalvelut. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimuksessa havaittiin mielenterveyskuntoutujien puolisojen kokemusten mielenterveyspalveluista olevan sekä negatiivisia että positiivisia. Mielenterveyspalveluiden koettiin olevan hyviä, mutta omaisten kuuntelu koettiin puutteelliseksi. Puolisot toivoivat, että heidän tietojensa liittyen mielenterveyskuntoutujaan hyödynnettäisiin enemmän ja heille kerrottaisiin enemmän tietoa sairauteen liittyen. Heidät tulisi myös ottaa hoitoon mukaan paremmin. Mielenterveyspalveluiden saatavuudessa koettiin hyväksi jatkohoidosta huolehtiminen, sekä lähetteen saaminen erikoissairaanhoidon piiriin. Huonoina ominaisuuksina oli tuen ja avun saaminen, kun mielenterveyskuntoutuja on kotona, sekä hoidon saaminen diagnoosin jo ollessa. Koettiin, että palveluita oli vaikea saada ennaltaehkäisevästi ja oikeaan aikaan.

Avainsanat	mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyskuntoutujan puoliso, kokemukset, mielenterveyspalvelut
------------	--

ABSTRACT

Author	Vera Leinonen
Title	The Experiences of Partners of Psychiatric Rehabilitees on Mental Health Services
Year	2016
Language	Finnish
Pages	35 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The interest into this topic came about when the author of this bachelor's thesis participated in a lecture called "A psychiatric rehabilitee is not left alone. Acute home service to inhabitants of a municipality." During the lecture the author noticed the concern of the psychiatric rehabilitees' partners about the decreasing number of institutional care places. Further, this topic is important to the relatives of psychiatric rehabilitees, to nursing and to society. The purpose of this bachelor's thesis is to describe the experiences of the partners of psychiatric rehabilitees on mental health services and the availability of mental health services. The aim of this thesis is to make the voice of the partners of psychiatric rehabilitees heard. Thus one can increase the knowledge of FinFami ry of the experiences of the relatives and also affect the development of mental health services.

This qualitative research was carried out by collecting data with individual interviews, which had two supportive questions. The interviews were carried out in 10/2015 – 1/2016. The interviews were conducted with six adult partners of psychiatric rehabilitees. The respondents were recruited via FinFami ry. The key concepts are psychiatric rehabilitee, the partner and mental health services. The material was analyzed by using inductive, in other words data based content analysis.

The results show that the experiences of the partners of the psychiatric rehabilitees are both negative and positive. Mental health services were considered to be good, but the listening of relatives was experienced to be deficient. The partners hoped that their knowledge about the psychiatric rehabilitee would have been utilized better and that relatives would get better information about the mental illness. They also thought that they should be taken better into account in the treatment process. The positive sides in the availability of mental health services include the follow-up treatment as well as it was easy to get a referral to specialized medical care. Negative sides include not getting support and help when the psychiatric rehabilitee was at home and getting treatment after the person was also diagnosed with a disease. There was a problem with the availability of preventive services at the right time.

Keywords	Psychiatric rehabilitee, partner of a psychiatric rehabilitee, experiences, mental health services
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA	9
	2.1 Mielenterveyskuntoutujan puoliso.....	9
	2.2 Mielenterveyskuntoutujan rooli parisuhteessa ja perheessä	11
3	MIELENTERVEYS	13
	3.1 Mielenterveyden edistäminen	13
	3.2 Mielenterveyspalvelut.....	14
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	17
	5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	17
	5.2 Aineiston analysointi	17
6	TUTKIMUSTULOKSET	18
	6.1 Mielenterveyskuntoutujien puolisojen kokemuksia mielenterveyspalveluista.....	18
	6.2 Mielenterveyskuntoutujien puolisojen kokemuksia mielenterveyspalveluiden saatavuudesta	24
7	POHDINTA.....	29
	7.1 Tutkimuksen eettisyys	29
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	31
	7.3 Työn aikataulu	32
	7.4 Tutkimustulosten tarkastelu	33
	7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	35
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1.** Mielenterveyskuntoutujien puolisoiden kokemuksia mielenterveyspalveluista s. 23
- Kuvio 2.** Mielenterveyskuntoutujien puolisoiden kokemuksia mielenterveyspalveluiden saatavuudesta s. 28

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje tutkittaville

LIITE 2. Haastattelukysymykset tutkittaville

LIITE 3. Sähköpostihaastattelun kysymykset

1 JOHDANTO

Kiinnostus aiheeseen ”Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielen-terveyspalveluista” syntyi syksyllä 2014 ollessani yleisöluennolla Vaasan opistotalolla, jonka piti Vaasan keskussairaalan psykiatrisen poliklinikan sairaanhoitaja, ”Mielenterveyskuntoutuja ei jää yksin. Akuuttia kotiin vietävää palvelua kuntalaisille”. Siellä huomasin mielen-terveyskuntoutujien omaisten huolen vähentyvistä laitoshoitopaikoista.

Mielen-terveysongelma on koko perhettä koskeva, vaikea asia, joka koskettaa mielen-terveyskuntoutujaa ja hänen omaisiaan eikä ainoastaan koske kuntoutujaa itseään (Koskisu & Kulola 2005, 13). Aiheen tärkeys tulee ilmi ”Tarinat mielen-terveyskuntoutujien omaisten vertaisryhmässä” -artikkelissa, jossa kerrotaan siitä, kuinka mielen-terveyskuntoutujien omaisille siirretään jatkuvasti enemmän hoitovastuuta ja se taas herättää omaisissa pelkoa (Harsu, Jähi, Koponen & Männikkö 2010, 153). Lisäksi aihe on tärkeä mielen-terveyskuntoutujan omaiselle, sillä psykiatrisen hoidon sairaalapaikkojen väheneminen 1980–1990 luvun vaihteessa alkoi kuormittaa omaisia, sillä avohoitopaikat eivät lisääntyneet samaa tahtia ja näin omaisen rooli mielen-terveyskuntoutujan hoitajana alkoi korostumaan. (Omaiset mielen-terveystyön tukena keskusliitto ry 2009.)

”Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielen-terveyspalveluista” on aiheena tärkeä hoitotyölle, sillä hoitotyössä mielen-terveyskuntoutujan perhe tulee ottaa huomioon siten, että heille tarjotaan tietoa ja tukea sairauteen liittyen. Lisäksi mielen-terveyskuntoutujan omaisia tulee kuunnella; heidän kokemuksia ja ajatuksia omaisen sairastumisesta. (Koskisu, ym. 2005, 185–186.)

Yhteiskunnallisesti ”Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielen-terveyspalveluista” on aiheena tärkeä, sillä valtioneuvoston tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksesta käy ilmi, että mielen-terveyshäiriöihin liittyvät työllisyyttämyyseläkkeet ovat olleet aiempina vuosina kasvussa ja tämä taas näkyy kasvavina kustannuksina; Suomessa onkin otettu kehityskohteeksi mielen-terveystyö. (Valtioneuvoston tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2009, 7–14.)

Kertomuksesta käy ilmi, että ennaltaehkäisyksi on tehty suunnitelmia, kuten työurien pidentäminen ja Masto-hanke (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2009, 7–14).

Tämän opinnäytetyön kohderyhmäksi on valittu täysi-ikäiset mielenterveyskuntoutujien puolisot. Puolisolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutujan samassa taloudessa asuvaa avo- tai aviopuolisoa.

Teoriatietoa tutkimukseen on haettu tieteellisistä julkaisuista, kuten *Advances in mental health* -lehdestä, *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* -lehdestä sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Teoriatietoa on löydetty myös tietokannoista Medic ja CINAHL. Hakusanoina on käytetty käsitteitä omainen, puoliso, mielenterveyspalvelut, mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, kokemukset mielenterveyspalveluista, mielenterveyden edistäminen, sekä mielenterveyskuntoutujan rooli perheessä.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA

Yleisen suomalaisen asiansaston (YSA 2015) mukaan termin ”psykiatriset potilaat” rinnakkaisterminä käytetään ”mielenterveyskuntoutujat”. Mielenterveyden keskusliitto määrittelee mielenterveyskuntoutujan henkilöksi, jolla on sairaus hallinnassa ja hän on toipumassa.

Terveyskirjaston mukaan psykiatrisiin sairauksiin kuuluu ahdistuneisuushäiriöt ja pelot, elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt, hillitsemishäiriöt, dissosiaatiohäiriöt, lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat häiriöt, masennus ja muut mielialahäiriöt, muut psykiatriset häiriöt, persoonallisuuden häiriöt, psykoottiset sairaudet, ruumiillisiin oirein ilmenevät häiriöt, sekä syömis- ja unihäiriöt. Tässä tutkimuksessa termi mielenterveyskuntoutuja käsittää nuoret ja aikuiset joilla on tai on ollut diagnoosina masennus, jokin persoonallisuuden häiriö tai psykoottisia häiriöitä. Psykoottisia häiriöitä ovat muun muassa psykoosi, skitsoaffektiivinen häiriö, sekä skitsofrenia. (Terveyskirjasto 2015.)

2.1 Mielenterveyskuntoutujan puoliso

Yleisen suomalaisen asiansaston mukaan asiansana ”omainen” käsittää muun muassa isovanhemmat, appivanhemmat, avopuolisot, lapsenlapset, lapset, miniät, puolisot, sisarukset, perheenjäsenet, sukulaiset, vanhemmat, langot, kälyt ja vävyt. Tässä tutkimuksessa puhutaan puolisoista myös termillä omainen. Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry (2010) on luonut kahdeksan pykälää mielenterveysomaisten oikeuksista, joilla halutaan huomioida epäkohdat ja vääryydet, joita omaiset kohtaavat.

Mielenterveysomaisten oikeuksiin kuuluu oma aika, niin virkistysten, kuin vapaa-ajan toimintojen parissa. Mielenterveyskuntoutujan omaisen ei tulisi olla jatkuvasti kiinni kuntoutujan hoidossa, eikä tulisi olettaa, että omainen voisi olla omaishoitajana. Mielenterveyskuntoutujien puolisot kokevatkin oman vapaa-ajan tärkeäksi, jopa pieni hetki auttaa. Usein kuitenkin omalla ajalla hoidetaan koko perheen asioita, eikä aikaa jää tarpeeksi itselleen. (Mielenterveysomaisten keskusliitto – Fin-

Fami ry 2010; Kotamäki 2012, 31.) Omaishoitajana toimiessaan on oikeus omaishoidon tukeen ja tukitoimiin silloinkin, kun kyseessä on psyykkisesti sairaan hoito. Omaishoidon tuen saantia vaikeuttaa se, että tuen myöntämisen perustana käytettävä arviointimenetelmä keskittyy fyysiseen ja kognitiivisen toimintakykyyn ja heikosti mielenterveyden ongelmiin. Vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa selviää, että Manner-Suomen 21 784 omaishoidon tuella hoidettavasta vain 3 % oli psyykkisestä sairaudesta johtuvia. Tuki pitää sisällään myös lakisääteiset kolme vapaapäivää joka kuukausi, sairastuneelle tulee järjestää siksi aikaa korvaava hoitaja tai hoitolaitos. (Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry 2010; Voutilainen, Kattainen & Heinola 2007, 29,58.)

Työelämässä tulee taata joustavuus, jotta omainen pystyy tilanteen vaatiessa jäämään pois töistä tai olla lyhemmän työpäivän hoitaakseen kuntoutujaa. Vapaan tulee olla samanlainen, kuin sairaan lapsen hoitoon myönnettävä tilapäinen vapaa. Lisäksi tästä tulee saada asianmukainen korvaus, esimerkiksi eläke hoitajalle hoitajaksolta. Omaisella tulee olla oma talous, usein omaisten rahat kuluvat sairastuneen lääkkeisiin ja ruokiin, sillä sairastuneen etuudet ovat vähäisiä. Lisäksi olisi toivottavaa, että omainen saisi tukea taloudellisesti. (Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry 2010.) Työllä on suuri merkitys puolison jaksamiseen, sillä se auttaa unohtamaan kodin tilannetta. Usein koettiin, että työnantaja jousti tarpeen mukaan (Kotamäki 2012, 28).

Mielenterveyskuntoutujan omaiselle tulee taata säännölliset terveydentarkastukset, koska omaishoitajuus on psyykkisesti raskasta. Usein omaiset ovat jääneet pois työelämästä ja näin työterveyttäkään ei ole käytössä. Terveystieteiden huollossa tulee parantaa omaishoitajuuden kuormittavuuden tunnistamista. Omaisille tulee olla omaisvastaava, joka kertoo omaisille heidän ja sairastuneiden oikeuksista ja olemassa olevista palveluista, muun muassa omaisyhdistyksistä. Omaisella on oikeus saada tietoa sairauksista, lääkityksestä ja hoidosta. Hänelle tulee kertoa näistä kaikista, koska hän on olennainen osa sairastuneen hoidossa. Tiedon ja tuen puuttuessa, voi omaisen toimintakin olla puutteellista. (Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry 2010.)

Alaikäisellä lapsiomaisella on oikeus normaaliin lapsuuteen vanhemman sairastumisesta huolimatta, eikä hänen tule olla vastuussa vanhemmastaan. Suomalaisen tutkimukseen vastanneiden mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemusten mukaan sairastuminen ei ollut vaikuttanut lapsen kehitykseen ja kasvuun, vaan se oli jopa lähentänyt perhettä. Lapsen elämää tulee tukea muun muassa tarjoamalla perhetyön, neuvoloiden, terveydenhuollon palveluita. Myös perheen toista vanhempaa tulee tukea tarvittaessa. (Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry 2010; Kotamäki 2012, 27.)

Jari Kotamäen pro gradu -tutkielmassa (2012) kuvataan hyvin mielenterveyskuntoutujan puolison kokemuksia sairastuneen puolisona olemisesta. Tutkimuksesta ilmenee, että usein etenkin alkuaika on vaikeaa, sillä arki muuttuu kokonaan ja puolison täytyy rakentaa se uudelleen. Vastaajat kokivat, että arjen pyörittäminen jäi heidän vastuulleen. Tuen ja tiedon tarve on alkuvaiheessa runsaampaa, kuin myöhemmässä vaiheessa, sillä ajan edetessä sairaus muuttuu useimmiten osaksi arkea. (Kotamäki 2012.)

2.2 Mielenterveyskuntoutujan rooli parisuhteessa ja perheessä

Psykykinen sairaus tuo tullessaan muutoksia koko perheeseen, eikä vain mielenterveyskuntoutujaan. Sairaus vaikuttaa perheen välisiin suhteisiin ja toimintakykyyn. (Koskisuus, ym. 2005, 13.) Kotamäen (2012, 25) tutkielmasta ilmenee, että sairaus ja sen mukana tulleet haasteet voivat myös syventää parisuhdetta.

Yleensä mielenterveyskuntoutujan tilanne on pikkuhiljaa edennyt huonommaksi, joka vaikeuttaa ongelman hahmottamista. Usein puoliso on sopeutunut tilanteeseen ja näin ollen psyykkisesti sairaan epänormaalia tilaa pidetään normaalina ja ongelmia vähätellään. Ongelmien huomaaminen voi vaikeutua myös omaisen uupumuksen ja ahdistuksen vuoksi, kun pahenemisvaiheessa vastuu perheestä on siirtynyt hiljalleen puolison vastuulle. Ongelmia ilmenee monilla eri alueilla; läheisyys, kosketus ja seksuaalisuus muuttuvat, suhteet lapsiin muuttuu ja toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. Mielenterveyskuntoutujan roolia perheessä voi vahvistaa muodostamalla rutiineja arkeen esimerkiksi tekemällä viikko-ohjelman ja näin puolison

taakka kevenee. Parisuhteen muuttuessa on olemassa riski, että puoliso on enemmän omaishoitaja, kuin kumppani. (Koskisuus, ym. 2005, 30–34; Kotamäki 2012, 20–26.)

Epäselvyys ja häpeä tuovat haasteita parisuhteelle. Sairastumiseen etsitään yleensä syyllistä, joten sairastunut ja hänen puolisonsa syyttävät usein itseään. (Kotamäki 2012, 22.) Sairastunut ajattelee elämäntapojensa ja -valintojensa vaikuttaneen sairastumiseen, kun taas puoliso syyttää itseään siitä, ettei ole havainnut sairautta aiemmin. Molemmat voivat kokea epäonnistuneensa myös puolisoina ja parisuhteessa. Tilanteen vaikeuden vuoksi ajatusten jakaminen toisille on haasteellista etenkin sairauden alkuvaiheessa ja näin ollen syyllisyys ja sen tuottamat ajatukset muodostuvat todeksi kunkin osapuolen omassa ajatusmaailmassa. (Koskisuus, ym. 2005, 53–55.)

3 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on perusta hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvyille. Mielenterveys on tila, joka muokkaantuu läpi koko elämän ja siihen vaikuttaa monet eri tekijät. Tekijät on jaettu viiteen eri ryhmään; yksilölliset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kulttuuriset tekijät, sekä biologiset tekijät. (THL 2014a)

3.1 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan toimintaa, joka edesauttaa hyvän mielen terveyden toteutumista, sekä toimintaa, joka lisää henkilön omia vahvistavia ja suojaavia tekijöitä. Henkilö itse voi edistää mielen terveyttään vahvistamalla itse tuntea ja elämäntilannetta, olemalla optimistisempi, toteuttamalla mielekkäitä aktiviteetteja sekä solmimalla sosiaalisia suhteita. (THL 2014b)

Advances in mental health lehdessä artikkeli Developing the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing (McHenry & Donovan 2013) kertoo seitsemän periaatetta mielen terveyden edistämiseksi.

Ensimmäisessä ja toisessa periaatteessa kerrotaan mielen terveyden edistämisestä, sairauden ehkäisystä ja hyvinvoinnin lisääntymisestä. Hyvä mielen terveys parantaa elämänlaatua ja hyvinvointia sekä parantaa stressinsietokykyä. Tämän vuoksi mielen terveyttä ja hyvinvointia tulisi tehostaa lapsuudesta asti ja myös läpi koko elämän. Koko elämän kestävä kehitys sisältyy myös sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin kehitykseen. Näiden alojen kehitys tulee sisällyttää elämään kuuluviin sosiaalisiin instituutioihin, kuten kouluihin ja työpaikkoihin. (McHenry & Donovan 2013, 9–10.)

McHenry & Donovan (2013, 9–10) kertovat kolmannessa periaatteessa siitä, kuinka mielen terveyden edistäminen tulisi yhdistää julkiseen terveydenhuoltoon. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan terveydentilaan puututtaisiin kokonaisvaltaisesti, eikä vain hoidettaisi sairautta, esimerkkinä päihteiden tai huumeiden väärinkäyttäjät ja itsemurhaa yrittäneet.

Neljännessä ja viidennessä periaatteessa kerrotaan fyysisen ja psyykkisen terveyden olevan erottamattomia, vaikka fyysisestä terveydestä ja sairauksista on enemmän tietoa kuin psyykkisestä terveydestä. Lisäksi mielenterveyden häiriöistä tiedetään enemmän kuin itse mielenterveydestä ja sen edistämisestä. Periaatteen mukaan eroavaisuutta fyysisen ja psyykkisen terveyden ja sairauden tietojen välillä tulee pienentää ja mielenterveyden tutkimiseen tulee lisätä resursseja. Tietojen kehittäminen on tärkeää, koska mielenterveys ja -sairaus ovat kaksi eri ulottuvuutta, joiden tasapaino vaihtelee jatkuvasti. Etenkin sairauden ja parantumisen ajanjaksoilla tulee keskittyä tämän tasapainon ylläpitämiseksi. (McHenry, ym. 2013, 9–10.)

Kuudennessa ja seitsemännessä periaatteessa käsitellään stigmaa ja sen lievittämistä. Leimaamista tapahtuu siitä riippumatta, minkälainen mielenterveyskuntoutuja on kyseessä; kerran tapahtunut huono kokemus mielenterveyskuntoutujan kanssa voi leimata helposti koko mielenterveyskuntoutujien ryhmän. (McHenry, ym. 2013, 9-10; Korkeila 2015.) Stigman vuoksi mielenterveyshäiriöiset voivat kokea syrjintää ja tämä voi johtaa mielenterveyshäiriöisen ahdinkoon. Henkilöt, jotka tarvitsisivat hoitoa, voivat kokea stigman vuoksi hankalaksi hoitoon hakeutumisen ja näin ollen myös parantumisprosessi viivästyy. Mielenterveyden edistäminen on yksilöiden ja yhteiskunnan asia, yksilöiden mielenterveyttä voidaan edistää kehittämällä henkilökohtaisia taitoja ja selviytymiskeinoja. Yhteiskunta voi edistää mielenterveyttä neuvomalla yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä kehittämään ja ylläpitämään omaa ja läheisten mielenterveyttä. Mielenterveyden edistämiseen voivat kaikki vaikuttaa. (McHenry, ym. 2013, 9–10.)

3.2 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluita järjestävät kunnat ja erikoissairaanhoido, lisäksi palveluita saa yksityiseltä sektorilta ja järjestöiltä. Palvelut sisältävät ohjausta, neuvontaa, psykososiaalista tukea, mielenterveyshäiriöiden tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta. Ensisijaisesti hoidossa käytetään avopalveluita, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita, mutta palveluita järjestetään myös erikoissairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Suomen mielenterveysseura 2016.) Mielenterveys-

palveluihin kuuluu myös kuntoutus, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää mielenterveyden häiriöitä, niistä aiheutuvia haittoja ja tukea jo sairastuneen toimintakykyä. (Kuntoutusportti 2013.)

Ensimmäiset tapaamiset mielenterveysasiakkaaseen tapahtuu usein terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimistoissa. Terveyskeskukset, työterveys ja yksityislääkärit voivat hoitaa lievempiä mielenterveysongelmia vastaanotoillaan. Ennaltaehkäisevää ja mielenterveyttä vahvistavaa ohjausta ja neuvontaa annetaan muun muassa terveystarkastuksissa, neuvoloissa, päiväkodeissa, opiskeluterveydenhuollossa, vastaanotoilla ja kotihoidossa. (Kunnat.net 2011.)

Psykiatrinen erikoissairaanhoito tarjoaa palveluitaan sekä avohoidossa, että sairaaloissa. Erikoissairaanhoitoa tarvitaan, kun kyseessä on vaikea mielenterveyshäiriö. Erikoisalan hoitoon päästäkseen potilaalla tulee olla lähete, jonka hän voi saada omalta terveysasemalta, työterveys- tai yksityislääkäriltä. Vaikeammissa tapauksissa potilas voidaan myös määrätä tahdosta riippumattomaan osastohoitoon. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluihin kuuluu esimerkiksi poliklinikat, päiväosastot ja kuntoutuskodit, jonne voidaan siirtyä sairaalahoidon jälkeen. (Kunnat.net 2011.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata puolisoiden kokemuksia mielenterveyspalveluista ja mielenterveyspalveluiden saatavuudesta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada mielenterveyskuntoutujien puolisoiden ääni kuuluviin. Siten voidaan lisätä FinFami ry:n tietoa omaisten kokemuksista ja heidän toiminnan kautta vaikuttaa mielenterveyspalveluiden kehittymiseen.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujien puolisoilla on mielenterveyspalveluista?
2. Millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujien puolisoilla on mielenterveyspalveluiden saatavuudesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen, eli laadullinen. Tutkimuksessa kuvataan mielen-terveyskuntoutujien puolisoiden kokemuksia, muun muassa kokemusten kuvaaminen on ominaista laadulliselle tutkimukselle. Tutkimusmenetelmänä olivat strukturoimattomat yksilöhaastattelut. (Kankkunen, ym. 2013, 65–66, 126.)

5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat täysi-ikäiset mielenterveyskuntoutujien puoliset. Haastateltavien rekrytointi tapahtui pääosin FinFami ry:n välityksellä. Kohdeorganisaatio laittoi saatekirjeen (LIITE 1) yhdistyksen jäsentiedotteeseen ja he rekrytoivat haastateltavia myös puhelimitse.

Aineisto tähän opinnäytetyöhön saatiin kuudella yksilöhaastattelulla, jotka olivat tutkimukselle sopiva aiheen sensitiivisyyden vuoksi (Kankkunen, ym. 2013, 123). Haastatteluissa keskustelu oli vapaamuotoista ja apuna käytettiin muutamia tukikysymyksiä (LIITE 2). Yksi haastattelu toteutettiin sähköpostitse. Vastaajalle oli laadittu kysymykset (LIITE 3), mutta hänelle kerrottiin, että hän saa kertoa myös asioista, joita haastattelukysymyksissä ei kysytä. Haastattelut äänitettiin myöhempää litterointia varten. Haastattelut tapahtuivat FinFami Pohjanmaa ry:n ja FinFami Etelä-Pohjanmaa ry:n tiloissa.

5.2 Aineiston analysointi

Tämän opinnäytetyön aineiston analysointi aloitettiin litteroinnilla, jossa äänitetyt haastattelut kirjoitettiin tekstimuotoon. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä, sisällönanalyysiä. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin, eli lauseet tiivistettiin selkokielelle. Seuraavaksi samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alakategorioiksi ja ne nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Samankaltaiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistuneet olivat täysi-ikäisiä. Vastajaissa oli sekä miehiä, että naisia, jotka ovat mielenterveyskuntoutujan puolisoita. Kokemukset mielenterveyspalveluista ja niiden saatavuudesta koskivat laitoshoidtoa, mielenterveystoimistoa, keskustelupalveluita, omaisyhdistystä, sekä työterveyden ja terveysaseman palveluita. Haastatteluiden alkuperäisilmaisussa sairaaloiden nimet korvataan sanalla sairaala.

Haastattelut litteroitiin ja materiaalia kertyi yhteensä 18 sivua, fonttina käytettiin Times New Romania, koossa 12, riviväli 1,5. Haastatteluiden alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistystä kertyi yhteensä 177 kappaletta. Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tulokset.

6.1 Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielenterveyspalveluista

Mielenterveyskuntoutujien puolisoita kuvasivat kokemuksiaan mielenterveyspalveluista sekä hyvinä, että huonoina. Hyviä kokemuksia olivat tuen ja avun saaminen, palveluiden taso, hoitotoimenpiteiden toimivuus, sekä puolison kuuntelu ja huomioiminen. Huonoja kokemuksia olivat tuen ja avun saamattomuus, palveluiden taso, hoitotoimenpiteiden toimimattomuus, palveluiden hinta, sekä puolison kuuntelu ja huomioiminen. Samanlaiset asiat koettiin mielenterveyspalveluissa sekä hyviksi ja huonoiksi tekijöiksi. (Kuvio 1)

Hyvä kokemus mielenterveyspalveluista

Palveluiden taso koettiin hyväksi, mm. ammattitaidon ja pätevyyden vuoksi, vastanneet eivät kuitenkaan avanneet mielipiteitänsä tarkemmin. Myös palvelut koettiin sellaiseksi, kuin niiden pitääkin olla.

”-- siellä sairaalalla sillon aikoonansa se ammattitaito ja se pätevyys oli mun mielestä oikeella tasolla.”

”-- nää palvelut – ne on ihan nyt tällä hetkellä semmoset, ku me nyt tarvitaan.”

”Kyllä mä uskon, että se palvelu mitä mä oon sairaalalta saanu, niin en mä ainakaan tiedä, että puuttuuko siitä nyt sitten mitään.”

Hoitotoimenpiteet koettiin toimivaksi, sillä ne ovat auttaneet mielenterveyskuntoutujan tilanteeseen. Kokemukset liittyivät pääosin lääkehoitoon. Yhdellä oli kokemuksia myös erilaisesta auttamismenetelmästä, lääkärin ehdottamasta maisemanvaihdoksesta.

”-- meiän tapauksessa tosiaan autto se maisemanvaihdos.”

”-- tää terveyskeskuslääkäri otti pois puolet lääkkeitä ja mun mies alko ihan silmissä niinku koheneen --”

”-- mentiin sinne poliklinikalle ja sitte ne siä taas kannusti sitä vain ottamaan niitä lääkkeitä ja sitte taas tilanne korjaantuu.”

Puolison kuuntelu ja huomioiminen koettiin hyväksi. Näihin vastauksiin kuului niin puolison jaksamisesta huolehtiminen, sekä puolison huomioiminen hoidon apuna.

”-- sit se yhtäkkiä alko kattoo mua ja sano kuinka sä kuule itte voit.”

”-- huomasin, että ne oli tietysti ne hoitajat kiitollisia mulle, kun mä istuin mun miehen vieressä, niin niiden ei tarvinnu kokoajan vahtia sitä.”

”-- kun hän oli siellä sairaalassa, nii mä sain soittaa tälle omahoitajalle -- ja kysellä siltä.”

Tuen ja avun saaminen koettiin hyväksi, sillä mielenterveyspalveluiden ja vertaistuen kautta saa tietoa mielenterveyskuntoutujan sairaudesta. Etenkin vertaistuki koettiin hyödylliseksi, sillä siellä sai kuulla muiden kokemuksia ja sai huomata, että itse on toiminut myös oikein.

”-- näillä tiedoilla mitä mulla on, niin oon saanu sen, mitä tarvinnu --”

”--täältäähän saa hirveesti tietoo. Vertaistuki on tärkeetä, mä sanoisin, että kaikista tärkeintä omaiselle”

Huono kokemus mielenterveyspalveluista

Tuen ja avun saaminen koettiin huonoksi, sillä mielenterveyspalveluilta ei saanut tietoa, eikä tukea sairauteen liittyen, tieto piti hankkia itse. Kokemuksia oli myös ennaltaehkäisevän tuen ja avun saamattomuudesta, apua saatiin vasta, kun mielenterveyskuntoutujan tila oli huonontunut ja kriisi oli jo koettu. Vastaajat kertoivat,

ettei heitä oltu ohjattu keskustelemaan kenenkään kanssa, he löysivät itse omat tukipalvelunsa. Usea koki, että sairauden kanssa joutui pärjäämään yksin.

”-- oli niin kun hirveen vaikeeta olla omaisena, ku ei tienny mistään mitään.”

”-- omaisena mä en kyllä mistään saanu apua ilman omaa hakemista --”

”-- ei annettu mitää työkaluja, että sen jälkeen ku oli se suuri kriisi --”

”-- ei oo niin ku siihe sairauteen kukaan kertonu yhtään mitään, että pitäny itte oppia kaikki.”

”Että mä sanoisin, että me itte niin kun selvittiin omaisena olosta jokaikinen.”

”-- en saanu mitään tietoo, mä en mitään mä en tiennyt näistä sairauksista.”

Ajoittain puoliset kokivat myös palveluiden tason huonoksi. Koettiin, ettei tilanteeseen paneuduttu kunnolla, vaan määrättiin heti lääkitystä. Mielenterveyskuntoutujan puoliset olisivat toivoneet, että olisi tarjottu enemmän keskusteluapua. Osa haastateltavista koki, että terapeuttien tulisi vaihtaa työskentelytapojaan. Myös yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koettiin puutteelliseksi, sillä perusterveydenhuollolla ei ole pääsyä erikoissairaanhoidon tietoihin. Perusterveydenhuollon ammattitaito koettiin vajavaiseksi, koska vastaajilla oli kokemuksia siitä, ettei siellä osattu kertoa mitään mielenterveyshäiriöön liittyen.

”-- annettiin useita vuosia sitten tehdyn diagnoosin perusteella lääkitys yhden tapaamiskerran jälkeen.”

”-- se hoito oli sellasta, että aina määrätty uusia ja uusia psyykenlääkkeitä.”

”-- en tiedä muitten terapeuttien työskentelystä, mutta jos pikkusen toisella tavalla käyny näitä asioita.”

”Sillo aikoinaan sairaalalla kyllä lääkäri sanoo, että hänellä ei oo muita pelastuskeinoja tästä taudista, ku se että otat avioeron.”

”-- kerran siirrettiin toiselle osastolle ja mä en saanu tietoa ollenkaan.”

”-- silloin ei ollu tällä sairaalalla ja meidän terveyskeskuksella paljon yhteistyötä. -- terveydenhoitaja -- ei tienny mistään mitään.”

”-- tää terveyskeskuksen taso, ja nämä alemmat tasot, niin minä en luota niitten ammattitaitoon oikeastansa yhtään, kaiken tän kokemani jälkehen mä voin sanoa, jotta munkin ammattitaito -- on kymmeniä kertoja korkeammalla tasolla.”

”-- työterveyslääkärillä, niin hänelle vaan reseptiä uusittiin koko ajan, että keskusteluapua ei niin ku ees tarjottu.”

Hoitotoimenpiteiden toimimattomuudesta oli kokemuksia. Osa vastanneista koki, että hoitotoimenpiteet jopa pahensivat tilannetta, esimerkiksi terapiakeskusteluissa puoliso koki, että häntä syyllistettiin. Toimimattomia hoitotoimenpiteitä olivat mm. sähköshokkihoidot ja lääkityshoito. Kokemuksia oli sekä puolison, että mielenterveyskuntoutujan hoitoon liittyen.

”Sai 19 kertaa sähköshokkihoitoa ja kokeiltiin tietysti ensin lääkkeitä ja mikään ei auttanut --.”

”-- oon kolme vuotta käyny terapiassa hänen kanssaan --. Siellä mun mielestä tilanne vaan niinku paheni.”

”-- kokeiltiin ensin justiin näitä antidepressiivi, -- ja unilääkettä ja mitä kaikkea niitä oli, että ku ne ei auttanut --”

”-- jonkinlaista psykoterapiaa hän anto. Mutta se oli mulle vaan niinkun vahingoksi, sen takia, että minusta tuntu, että hän niinkun syyllisti mua --”

Hinta oli osan vastaajien mielestä turhan korkea. Palveluita jätettiin käyttämättä hintojen kalleuden vuoksi.

”Mä nyt oon tietysti tällähetkellä omaishoitaja ja saan tiettyjä kunnan palveluja, vaikka ne on niin kalliita, että mähän teen kaikki ite.”

”Huono puoli, että yksityinen puoli on aika kallis.”

Paljon huonoja kokemuksia mielenterveyspalveluista ilmeni puolison kuuntelemiseen ja huomioimiseen liittyen. Monet toivoivat, että heidän tietojaan mielenterveyskuntoutujan tilasta hyödynnettäisiin hoitotyössä enemmän ja että heitä otettaisiin mukaan hoitoon. Vastanneet kertoivat siitä, että mielenterveyskuntoutujat osaat tsemptä lääkitä tapaamisen ajan ja näin ollen lääkäriltä jää huomaamatta mielenterveyskuntoutujan todellinen tilanne. Mielenterveyskuntoutujan puoliso toivoivat, että heitä pidettäisiin ajan tasalla siitä, missä hoidon ja mielenterveyskuntoutujan voinnin suhteen mennään.

”Hetä hoidon alkuvaiheessa pitäis ottaa niinku siihen joku, -- tukihenkilö -- että se on rankkaa sille sairastuneellekin yksin kaikkia niitä yrittää luovia etiäppäin.”

”Kyllä ilman muuta pitäisi puoliso ottaa huomioon, että meillä ainaki mies -- että voi ihan hyvin, et tsemppaa justiin sen tapaamisen --.”

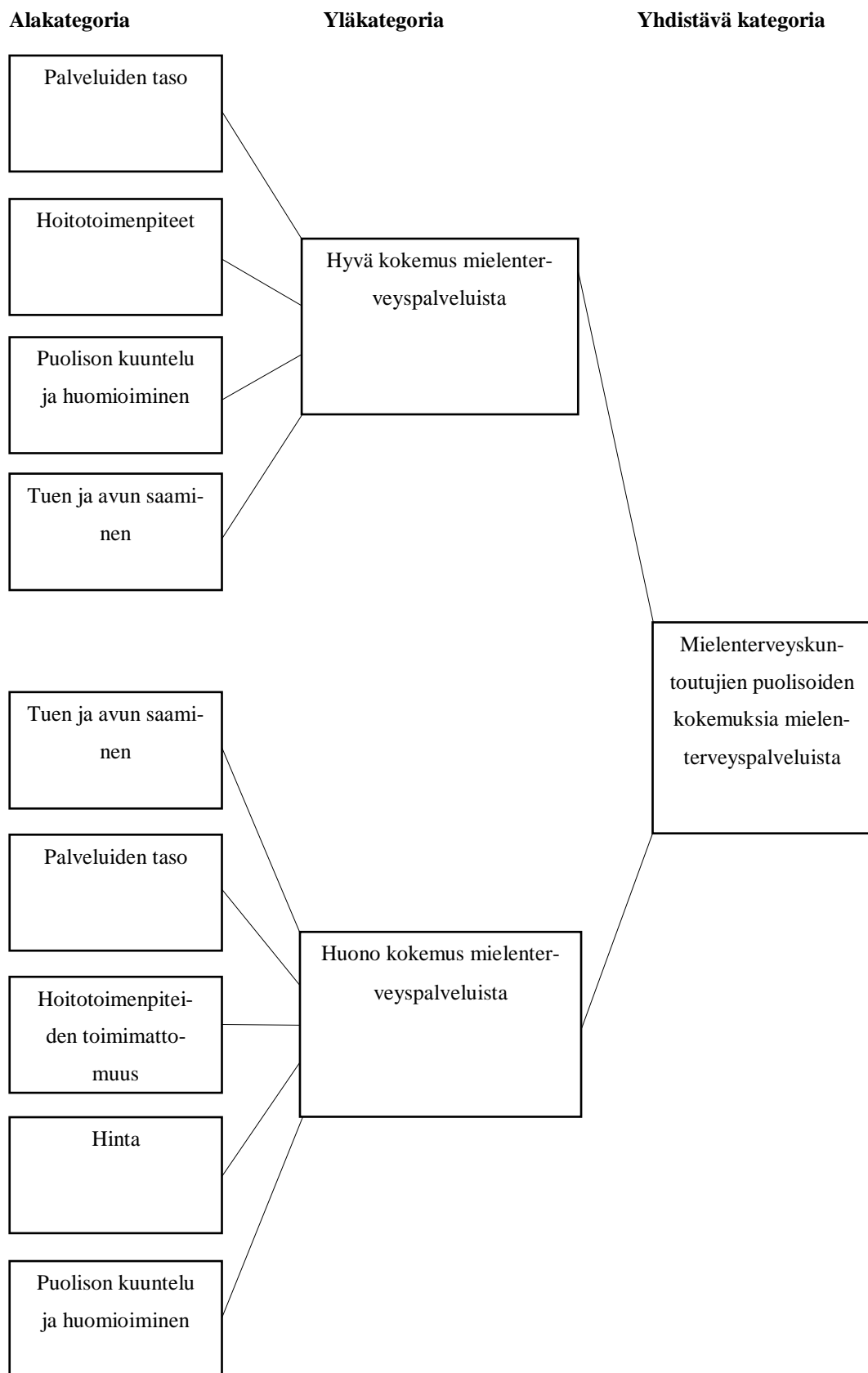
”-- nii siellä ei kukaan sanonu mulle, että sä voi itteki ittelles hakee apua.”

”-- pitäis aina ajatella niin ku laajemmin ku vaan sitä potilasta.”

”Omaisä pitäis tai ois hyvä, jos kuunnellaan ja jopa vielä uskotaankin mitä omaiset sanoo, koska eihä kukaan muu vieras asu heiän kans --”

”Ja siinä tilanteessa monesti tää sairas väittää kaikin keinoin vastaa -- ja osaavat skarpata siellä lääkäreitten tykönä.”

”Munki mies on antanu luvan, että mulla saa kaikki niin ku ilmottaa ja näin, mutta ei niitä oo sitte niin ku mitää koskaa tapahtunu.”



Kuvio 1. Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielenterveyspalveluista

6.2 Mielenterveyskuntoutujien puolisoiden kokemuksia mielenterveyspalveluiden saatavuudesta

Mielenterveyskuntoutujien puolisoiden kokemukset mielenterveyspalveluiden saatavuudesta olivat yhtäläillä hyviä ja huonoja. Hyviä kokemuksia heillä oli pääsääntöisesti hoidon jatkuvuuden varmistamisesta. Huonoja kokemuksia olivat tuen ja avun saamisesta kotona olemisen aikana, ennaltaehkäisevän tuen ja avun saamisessa, tuen ja avun saaminen oikeaan aikaan, omaisen saaman tuen ja avun löytämisessä, hoidon jatkuvuudessa sekä hoitoon pääsyssä. (Kuvio 2)

Hyvä kokemus mielenterveyspalveluiden saatavuudesta

Hoidon jatkuvuus varmistettiin puolisoiden kokemusten mukaan; pääsy erikoissairaanhoidon piiriin koettiin helpoksi ja koettiin että kotiutumisen jälkeisestä jatkohoidosta on pidetty huolta. He kokivat, että lähetteen erikoissairaanhoidon puolelle sai helposti ja kotiutumisen jälkeen jatkettiin lääkärin tapaamisia, lääkäriä sai tarvittaessa kiinni myös puhelimitse. Mielenterveyskuntoutujan puolisolle oli kerrottu mahdollisuuksista saada vertaistukea ja heidät oli autettu tukipalveluiden piiriin.

”-- jotta se tosiaan tarvitsee mielenterveysaloja hyödyntää, käynnin tuolla sairaalalla. Se sai sinne lähetteen --.”

”No kyllä me päästiin helpolla sinne, -- hän sai lähetteen sinne heti ja siitä se sitten jäi hoitoon --”

”-- me jouduttiin jo mennä seuraavana päivänä uudestaan. Ja sitten saatiin lähete sieltä sairaalalle --”

”-- sitte hän kotiutu. Ja sitten jatku siten -- et hän kävi siellä lääkärin vastaanotolla olikohan kerran kuukaudessa. -- oli sellanen mielenterveystoimisto -- nii siellä jatkettiin sitä hoitoa varmaan useamman vuoden.”

”-- lääkäriä sitten sai puhelimella kiinni, oliko se nyt määrättyt päivät --”

”-- löysin netistä tuon sen lasten huoli poliklinikan, niin he sieltä sitten neuvoivat sinne leirille --”

Huono kokemus mielenterveyspalveluiden saatavuudesta

Vastanneet kokivat haasteelliseksi tuen ja avun saannin mielenterveyskuntoutujan ollessa kotona. Toivottiin, että kotona olemisen ajan olisi myös yhteys jonkinlaisiin mielenterveyspalveluihin, pelkkiä lääkäriaikoja ei koeta riittäväksi. Haastateltavilla oli kokemuksia myös mielenterveyskuntoutujan tilanteen pahenemisesta kesän osastosulkujen vuoksi.

”-- sitte oli se kesäloma, oliko se nyt kesä-heinäkuussa, että me ei saatu mistään apua. Et siinä se sitte pääsi taas pahenee se tilanne.”

”Ei oikeastaan saanu mistään mitään tukee kotiutumisen jälkeen, ne annettiin vaan ne lääkäriaajat --”

”-- saada ne palvelut käyttöön, nii se oli aikamoinen prosessi.”

”-- on tämmönen niin kun tavallaan helposti hoidettava, joka tarvis vaan lisäapua ja tukee, niin niitä on niin ku mun mielestä tosi hankala saada.”

Ennaltaehkäisevän tuen ja avun saanti koettiin hankalaksi, sillä sairauden piti olla akuutisti päällä ennen kuin sai apua. Vastanneet toivoivatkin, ettei tilanteen tarvitsisi mennä niin huonoksi, jotta apua saisi.

”Että se on niin ku jotenki, se on vaan hankala päästä sinne, et sitte ku on kriisi oikee päällä, nii sitte kyllä.”

”-- ennaltaehkäisevä puoli, nii se on hankalaa”

”Joka kerta sittekö psykoosi on ollu jo tarpeeks sielä kotona pitkään, nii kyllä sitten kuitenkin on se osastopaikka saatu.”

Haastateltavilla oli kokemuksia siitä, ettei tukea ja apua saanut oikeaan aikaan, sillä palveluihin on pitkät jonot. Koettiin, että jopa itsemurhan partaalla ollessa apua on vaikea saada. Vastanneet toivoivat, että tuen ja avun saamiseen olisi matalampi kynnyks. Mielenterveyskuntoutujaa voi olla vaikeaa saada suostuteltua hakemaan apua ja silloin, kun hän sitä suostuu hakemaan, toivottaisiin pikaisempaa sisään-pääsyä perusterveydenhuollon parissa.

”Se että itte mä en oo saanu mielenterveyspalveluiden apua sillä hetkellä, ku mä oosin niitä oikeasti tarvinnu.”

”Mielenterveyspalveluihin on -- pitkät jonot ja kokemuksia on, että vaikka ihminen oli itsemurhan partaalla (yrittänytkin sitä) ja moniongelmainen, itselle ja muille vaaraksi, silti hoitoon pääsy ei onnistunut.”

”-- saattoi saada ensimmäisen ajan usean kuukauden päähän ja aikoja sen jälkeen kerran kuukaudessa.”

”Tai kävimme kyllä terveyskeskuksessa, mutta se keskeytyi se käynti, emäntä ei jaksanu odottaa sitä vuoroansa -- se tilanne ois vaatinu pikasempaa sisäänpääsyä --”

”Hoitoon on vaikea päästä ja hoito hidasta, jolloin apu ei oikeaan aikaan”

Vastanneiden mielestä puolisoille tarkoitetun tuen ja avun löytäminen oli vaikeaa, sillä heille ei ohjeistettu mistä näitä palveluita voisi löytää. Avun saaminen oli pääosin itsestä kiinni. Mielenterveyspalveluita on löytynyt internetin ja tuttavien avulla, joskus avun on löytänyt sattumalta.

”-- me omaiset ihan niinku omien voimien mukaan pidettiin myös semmosta omaisryhmää --”

”-- et itte piti seki ettiä netistä ja löytää niin ku et tällänen sairaanhoitopiirin palvelu on.”

Vastanneet kokivat hoidon jatkuvuuden varmistamisen hankalaksi, he kertoivat, että on vaikeaa, kun lähetettä tulee hakea aina uudestaan. Haastateltavat kokivat erikoissairaanhoidon lääkärin tavoittamisen vaikeaksi, lähes mahdottomaksi. Nämä kaikki yhdessä lisäävät omaisen pelkoa siitä kuinka käy, jos mielenterveyskuntoutujan kunto huononee.

”Jos sielä ei käy sielä, niitten määräämin väliajoin, nii sit ne siirtää taas perusterveydenhuoltoon. Että jos nyt tulee asiaa, nii sitten on taas mentävä uuella läheteellä. Sehän on aina hankala tilanne --”

Mielenterveyspalveluiden saatavuuden huonoja kokemuksia kertyi paljon liittyen hoitoon pääsyn vaikeuteen; myös silloin kun diagnoosi on jo olemassa. Vastanneet toivoivatkin, että osastohoitoon pääsy olisi helpompaa silloin, kun mielenterveyskuntoutujalla on jo olemassa diagnoosi.

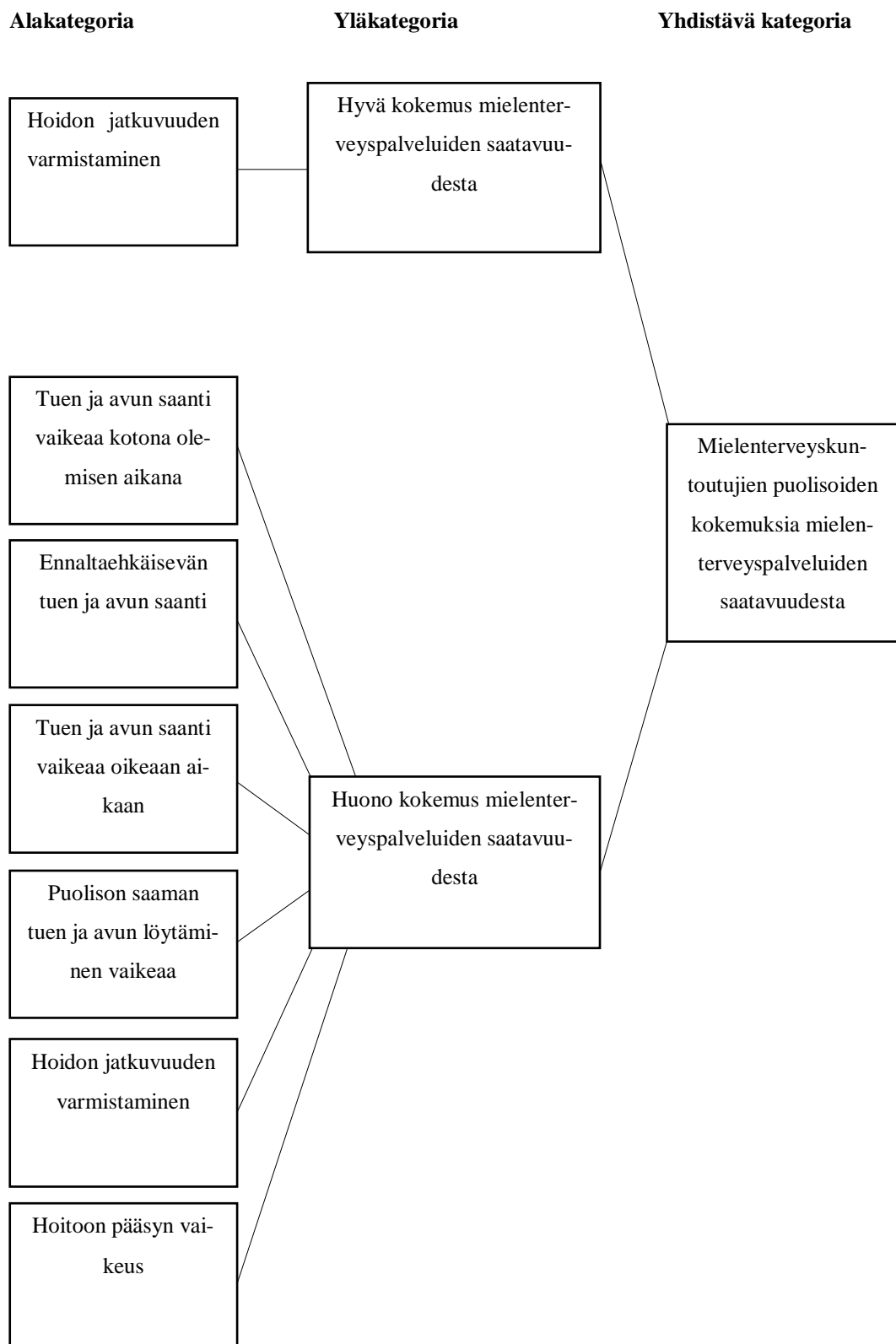
”-- lääkärin juttusille ei ollu, ei päässy millään.”

”-- mulla meni monta viikkoa ennenkun mä pääsin hoitavan lääkärin juttusille ja silloinkin mä menin sinne lääkärin huoneeseen ilman lupaa.”

”-- on kyllä luvattu monta kertaa, jotta lääkärille pääsee --”

”-- on aika kovien taisteluitten kans jouduttu niinko sinne osastolla -- on joutunu aikamoiset väännöt käymää lääkäreitten kans.

”-- että ois se avoin pääsy niinku osastolle, et jos tiedetään että on diagnoosi -- nii että se ois vaan että nyt meillä on tällönen tilanne, että on niinkö tultava. Koska ei sinne kukaa huviksee lähe. -- ei ois se pelko, että mitenkähän meille käy, jos tulee tilanne.”



Kuvio 2. Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielenterveyspalveluiden saatavuudesta

7 POHDINTA

Tässä kappaleessa käsitellään tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta ja tarkastellaan tutkimustuloksia. Lopuksi pohditaan johtopäätöksiä, sekä mahdollisia jatko-tutkimusaiheita.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta; tutkimusaiheen, aineistonkeruumenetelmien sekä analyysin ja raportoinnin näkökulmista. Tutkimusaiheen eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että onko aiheen tutkiminen perusteltua. Tutkimusmenetelmien eettisyys tarkoittaa aineistonkeruumenetelmien sopivuutta tutkimukseen. Analysoinnin ja raportoinnin eettisyys pitää sisällään haastatteluvien anonymiteetin, tutkimustulosten puolueettoman raportoinnin sekä analyysiprosessin kirjaamisen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimusetiikasta on olemassa kansainvälisesti hyväksytty ohjeistus, nimeltään Helsingin julistus (1964). Tutkimuksessa on toimittu American Nurses Associationin hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten ohjeiden (1995) mukaan (Kankkunen, ym. 2013, 217–218).

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaiheen eettisyys täyttyy, sillä aihetta on tutkittu vähän ja mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia tulisi hyödyntää mielenterveyspalvelujen kehittämisessä. Lisäksi aiheen on tarkoituksena olla hyödyksi mielenterveyskuntoutujien puolisoille, hoitotyölle, sekä yhteiskunnalle. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009; Koskisuu, ym. 2005, 185–186; Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2009, 7–14.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmät ovat olleet eettisiä, sillä ne sopivat kyseiseen tutkimukseen. Teoriaa tutkimukseen on kerätty useasta eri lähteestä ja lähteisiin on viitattu asianmukaisesti. Haastattelut on suunniteltu parihaastatteluiksi, mutta halutessaan haastateltava sai toteuttaa vastaamisen myös yksilöhaastatteluna tutkimuksen sensitiivisen aiheen vuoksi. Haastateltavat ovat saaneet vastata tutkimukseen avoimesti, tarvittaessa muutaman tukikysymyksen avulla. Ennen tutkimukseen osallistumista haastateltavat saivat perehtyä saatekirjeeseen (LIITE

1), jossa kerrottiin tutkimuksen luonteesta, tutkimusmenetelmästä ja aineiston säilytyksestä, saatekirjeessä oli mukana myös tutkimuskysymykset (LIITE 2). Tutkimukseen osallistuminen on ollut täysin vapaaehtoista ja siitä on voinut jättäytyä pois halutessaan. (Kankkunen, ym. 2013, 218–219; Saaranen-Kauppinen, ym. 2006.)

Analysoinnin ja raportoinnin eettisyys on toteutunut tässä opinnäytetyössä. Haastateltavien anonymiteetista on pidetty huolta siten, ettei kukaan muu, kuin tutkija itse, ole päässyt käsiksi tutkimusmateriaaleihin. Tutkittavien henkilöllisyys on pysynyt salassa ulkopuolisilta, lisäksi haastateltavat osallistuivat tutkimukseen nimettömästi. Tutkimusaineiston litteroinnin jälkeen äänitteet hävitettiin asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimusaineisto on ollut ainoastaan tutkimuksen tekijän saatavilla. Opinnäytetyön tutkimustulokset on raportoitu rehellisesti ja muuttamattomina. Tutkimustuloksissa esille tulleet sairaaloiden nimet ovat muutettu litterointivaiheessa, niin ettei sairaalan nimi tule tuloksissa julki. (Kankkunen, ym. 2013, 221; Saaranen-Kauppinen, ym. 2006.)

Hyvän eettisen toimintatavan mukaisesti tutkimukseen osallistuminen on jokaiselle osallistujille vapaaehtoista ja siitä on voinut jättäytyä pois näin halutessaan. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyttä ei paljastettu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksesta aiheutuvat mahdolliset haitat ovat tutkittavan oman ajan käyttö ja aiheen mahdollinen arkaluonteisuus. Haastatteluista saatu aineisto säilytetään asiaan kuuluvalla tavalla, salasanalla suojatulla tietokoneella. Haastatteluissa saadut äänitteet ovat vain tutkittavan käytettävissä, eikä äänitteitä luovuteta ulkopuolisille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.) Etuna tutkimuksessa on tämän kyseisen kaupungin mielenterveyspalveluiden hahmottaminen.

Tutkimusaiheen on hyväksynyt Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäällikkö, ohjaava opettaja, sekä kohdeorganisaatio FinFami ry. Kohdeorganisaatiolta on lupaa sen nimen käyttämiseen tutkimuksessa (Kankkunen, ym. 2013, 222).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerit luotettavuudelle ovat Cuban ja Lincolnin (1981 & 1985) mukaan muun muassa uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön lukijalle on ymmärrettävästi kerrottu miten aineisto on analysoitu ja mitkä ovat rajoituksina ja vahvuuksina tutkimuksessa. Uskottavuus kuvaa myös luokittelujen ja kategorioiden sopivuuden aineistoon nähden. Siirrettävyydellä viitataan tutkimustulosten siirrettävyyteen toiseen tutkimusympäristöön, siksi sille onkin tärkeää kuvata asiasisältö, kertoa syyt haastateltavien valintaan, sekä tarkkaa aineiston keräämisen ja analyysin kuvausta. (Kankkunen, ym. 2013, 197–198.)

Luotettavuuteen vaikuttaa aineiston ja tulosten kuvaus, siksi usein tutkimukseen liitetään suoria lainauksia haastatteluista. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen kirjoittavat, että haastatteluiden alkuperäisilmaisuja käytettäessä tulisi miettiä lainauksien pituutta ja sitä käytetäänkö niitä lainkaan. Murrettä sisältävien lainauksien käytössä tulee käyttää harkintaa, jottei haastateltavan anonymiteetti kärsi siitä, on suositeltavaa, että lainaukset käännetään yleiskielelle. Yhtenä riskitekijänä kvalitatiivisen tutkimuksen tekemisessä yksin on aineistolle sokaistuminen. (Kankkunen, ym. 2013, 197–198.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää aineiston analyysin tarkka kuvaaminen ja tulosten kategoriointi. Lisäksi teoriaa on pyritty etsimään monesta eri lähteestä. Tutkimuksessa on kerrottu selkeästi tutkimuskonteksti ja määritelty tutkimuksen kohderyhmä. Tutkimustuloksia on kuvattu avoimesti, eivätkä tutkijan henkilökohtaiset ennako-oletukset ole vaikuttaneet tutkimustulosten raportointiin. Jokaiselle tutkimuskysymykselle on luotu oma kuvio, joka helpottaa tuloksien ymmärrettävyyttä. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös useat suorat lainaukset haastatteluista.

Otoksen rajausta olisi voinut tarkentaa, sillä osa vastaajista koki, ettei muista enää kokemuksiaan niin hyvin. Rajaukseen olisi siis voinut lisätä, että mielenterveyspalveluita on käytetty viimeisen 5–10 vuoden sisällä. Luotettavuutta saattaa myös hei-

kentää se, ettei haastateltavia löytynyt tarvittavaa määrää, joten voidaan pohtia olisiko suurempi otos tuonut uutta tietoa. Osa haastateltavista ilmaisi heti haastattelun alussa, etteivät he kuulu tämän tutkimuksen kohderyhmään ja olivat hieman vastahakoisia vastaamaan haastattelukysymyksiin. Lisäksi haastatteluissa kävi ilmi, että vastaajat puhuivat ikään kuin mielenterveyskuntoutujan puolesta, vaikka tutkija yritti korostaa, että tutkimuksessa keskitytään puolison kokemuksiin.

Opinnäytetyön mittarina käytettiin kahta avointa kysymystä. Kysymykset laati tutkija itse, sillä haluttiin varmistua siitä, että mitattiin sitä tutkimusilmiötä, jota täytyykin. Haastattelukysymyksiä käytettiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Osa haastateltavista kokivat ajoittain toisen haastattelukysymyksistä vaikeaksi sen laajuuden vuoksi, joten tutkijan täytyi avata kysymystä enemmän heille:

1. Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspalveluista?
 - a. Miten puolisona koitte mielenterveyspalvelut?
 - b. Miten teidät otettiin huomioon puolisonne hoidossa?
 - c. Miten puolisolalle tarjottiin apu-/tukipalveluita?
 - d. Miten omaisen jaksaminen otettiin huomioon?

7.3 Työn aikataulu

Tämän opinnäytetyön tutkimusaiheen valinta tapahtui tammikuussa 2015 ja aihe hyväksyttiin Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäällikön ja ohjaavan opettajan puolesta ja kohdeorganisaatiossa helmikuussa 2015. Tutkimussuunnitelman lähdeaineiston keruu aloitettiin huhtikuussa 2015 ja tutkimussuunnitelma valmistui suunnitellusti kesäkuussa 2015. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen toteutui kevään ja loppuvuoden 2015 aikana. Teoriaosuus valmistui suunnitelmista poiketen huhtikuussa 2016. Haastattelulomakkeen valmistelu ja pilotointi tapahtui kesäkuussa 2015, niin kuin oli tarkoituskin.

Haastattelut tapahtuivat osittain syys-lokakuussa 2015, mutta ne jatkuivat vielä helmikuussa 2016, aikataulu venähti haastatteluiden ja niiden analysoinnin kohdalta. Saatu aineisto käsiteltiin ja analysointiin aina sitä mukaan, kun haastatteluja saatiin. Tarkoituksena oli, että analysointi olisi ollut valmis loka-marraskuussa 2015, mutta analysointi jatkui vielä helmikuussa 2016. Tutkimustuloksia kirjoitettiin

helmi-huhtikuussa 2016, alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen, joka olisi ollut marras-joulukuussa 2015. Opinnäytetyön raportin oli tarkoitus olla valmis jo marras-joulukuussa 2015, mutta raportti valmistui vasta huhtikuussa 2016. Tämän työn viimeistely, sekä ensimmäinen palautus oli suunniteltu joulukuulle 2015, mutta kaikkien aiempien vaiheiden viivästymisen vuoksi, ensimmäinen palautus tapahtui vasta huhtikuussa 2016. Esittäminen tapahtuu toukokuussa 2016.

7.4 Tutkimustulosten tarkastelu

Aiempaa tutkittua tietoa mielenterveyspalveluista löytyi jonkin verran. Kuitenkaan nimenomaan puolisoiden näkökulmasta asiaa ei ole tutkittu paljoa. Tämän tutkimuksen tuloksia ei tule yleistää, sillä se ei ole kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus (Kankkunen, ym. 2013, 67).

Tässä tutkimuksessa käsitellään arkaluontoista aihetta ja se näkyi haastatteluissa siten, että osa haastateltavista liikuttuivat kokemuksista kertoessaan. Tutkija pystyi tutkimuksen tunteellisuudesta huolimatta pysymään neutraalina, eikä antanut haastateltavien liikutuksen vaikuttaa haastattelun luonteeseen. Tämä, sekä taustameteli tuotti vaikeuksia haastattelumateriaalien litterointivaiheessa.

Vastaajilla oli monenlaisia kokemuksia **mielenterveyspalveluista**, kokemuksia oli sekä positiivisia, että negatiivisia. Se, minkä yksi vastaaja koki hyvänä, saattoi taas toinen vastaaja kokea huonona tekijänä mielenterveyspalveluissa. Yksi vastaajista oli huomannut myös selkeän eron yksityisen ja julkisen puolen palveluissa. Vastaukset pitävät sisällään niin mielenterveyskuntoutujan, kuin hänen puolisonsakin käyttämät mielenterveyspalvelut.

Hyviä kokemuksia ilmeni palveluiden tasoon ja hoidon toimivuuteen liittyen. Hyviä kokemuksia oli myös tiedon saantiin, sekä puolison huomiointiin liittyen. Huonoissakin kokemuksissa tuli esille palveluiden taso, sekä se, ettei mielenterveyskuntoutujan puoliso koe saavansa tukea ja apua; he kokevat, että tulee selvitä yksin ja ettei heille kerrota tietoa mielenterveyskuntoutujan sairauteen liittyen. Suomalaisessa pro gradu -tutkielmassa on vastaavanlaisia kokemuksia (Kotamäki 2012,

19). Norjalaisen tutkimuksen “Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities: Relatives’ Experiences with Mental Health Services” (2011), sekä Australialaisen tutkimuksen ”Support Needs of Family Caregivers of People Who Experience Mental Illness and the Role of Mental Health Services” (2007) tulokset täsmäävät opinnäytetyön tulosten kanssa. Tuloksissa kerrotaan siitä, kuinka mielenterveyspalveluilta ei ole saanut tukea, eikä omaisen tietoja liittyen mielenterveyskuntoutujan tilaan ole huomioitu (Weimand, Hedelin, Hall-Lord & Sällström 2011, 705; Shankar & Muthuswamy 2007, 306). Huonoja kokemuksia oli myös hoidon toimivuuteen ja palveluiden hintaan liittyen.

Mielenterveyspalveluiden saatavuuteen liittyvät kokemukset painottuivat huonoihin kokemuksiin, mutta vastanneilla oli myös hyviäkin kokemuksia. Vastaajilla toistui samantyylliset vastaukset.

Vastanneiden mielestä hyvät kokemukset palveluiden saatavuuteen liittyivät hoidon jatkuvuuteen; mielenterveyskuntoutuja tai hänen puolisonsa on ohjattu tarvittaessa jatkohoitoon. Huonot kokemukset mielenterveyspalveluiden saatavuuteen liittyivät tuen ja avun saantiin kotona olemisen aikana, ennaltaehkäisyyn, tuen ja avun saantiin oikeaan aikaan, hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon pääsyyn liittyen. Shankarin ja Muthuswamyn tekemän tutkimuksen tuloksissa löytyy samankaltaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujien omaisilta. Tutkimuksessa eräs vastannut kertoo, että hänelle sanottiin apua pyytäessä, etteivät he ota hänen poikaansa hoitoon ennen kuin hän on aivan ”pohjalla”. (Shankari, ym. 2007, 305.) Tämä täsmää opinnäytetyön tuloksiin siitä, että apua saa vasta kriisitilanteessa. Shankarin ja Muthuswamyn tutkimuksesta (2007, 305) ilmenee jatkohoitoon liittyvien ongelmien samanlaisuus myös Australiassa; heidän tutkimukseen vastanneet kokivat samaa mitä opinnäytetyöhön vastanneet; jatkohoidon järjestäminen on puutteellista. Useita huonoja kokemuksia vastanneilta löytyi hoitoon pääsyyn liittyen. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa vastanneilla oli samanlaisia kokemuksia palveluiden saamisen vaikeuksista; heillä ei ollut tietoa mitä tehdä tai minne mennä psykoosin iskiessä päälle, myöskään kotona ollessa ei saanut tukea, eikä apua (Weimand, ym. 2011, 706).

Tutkimustuloksista ilmeni, että osa vastaajista oli sairastunut myös itse ja kahdelle vastanneesta oli määrätty lääkehoito. Vastauksista sai sen käsityksen, että lääkitys oli määrätty ensitapaamisella. Yllättävänä koin sen, että aineistossa oli samankaltaisuuksia hyvänä ja huonoina koettujen asioiden suhteen. Erikoista oli se, että niin moni vastaajista koki olevansa yksin.

7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Mielenterveyskuntoutujien puolisoitten kokemuksia mielenterveyspalveluista tarkastellessa ilmenee, että mielenterveyskuntoutujien puolisoit kokivat, ettei heitä kuunnella. He toivoisivat, että heidän tietämystään mielenterveyskuntoutujan tilasta huomioitaisiin myös hoidossa ja sen suunnittelussa. Omaisille on tärkeää, että he tietävät missä hoidossa mennään ja mitä tulee tapahtumaan. Omaiselta haluaisivat saada enemmän tukea ja apua saamalla tietoa sairauteen liittyen. Toiveena oli myös ennaltaehkäisevän avun saanti; hoidon saaminen ennen mielenterveyskuntoutujan voinnin romahtamista.

Puolisoiden olisi tärkeää saada tukea, etteivät he kokisi olevansa yksin ja näin ollen ylikuormittuisi. Kolme vastanneista kertoi masentuneensa itse. Useassa haastattelussa ilmeni, että vertaistuki koettiin hyödylliseksi sieltä saadun tuen ja tietojen vuoksi.

Jatkotutkimusaiheet:

1. Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujan omaisen jaksamisessa.
2. Mielenterveyden edistämisen keinot - kuinka ehkäistä oma sairastuminen ollessa mielenterveyskuntoutujan omaishoitaja?
3. Mielenterveyskuntoutujan omaisen hyödyntäminen hoitotyössä kokemusasiantuntijana.

LÄHTEET

FinFami ry – Mielenterveysomaisten keskusliitto 2015. Mielenterveysomaisille omia oikeuksia. Viitattu 4.6.2015. <http://www.finfami.fi/menuajankohtaista/28-la-byrintti/401-2110201172>

FinFami ry – Mielenterveysomaisten keskusliitto 2010. Mielenterveysomaisten oikeudet. Viitattu 12.5.2015. <http://www.finfami.fi/mielenterveys-omaisten-oikeudet>

Harsu, A., Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. 2010. Tarinat mielenterveyskuntoutujien omaisten vertaisryhmässä. *Janus*. 18, 2, 153–169.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Korkeila, J. 2015. Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 6, 131, 563–564.

Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. *Yhdessä yksin?* Helsinki. Edita Publishing Oy.

Kotamäki, J. 2012. Skitsofreniaa sairastavan puolison kokemukset arjesta ja tuen tarpeesta. Pro gradu -tutkielma. *Hoitotiede*. Tampereen yliopisto.

Kunnat.net. 2011. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Viitattu 1.6.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/mielenterveys-ja-paihdepalv/Sivut/default.aspx>

Kuntoutusportti 2013. Mielenterveyskuntoutus. Viitattu 12.5.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusmuotoja/mielenterveyskuntoutus/>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11, 1, 3–12.

McHenry, J. & Donovan, R. 2013. Developing the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing. *Advances in Mental Health*. 12, 1, 8–10. Viitattu 29.5.2015. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=15aa99a3-c51a-4d6d-bc59-87b7ff45e7b3%40sessionmgr4003&vid=3&hid=4209>

Mielenterveyden keskusliitto 2015. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 18.5.2015. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>

Omaisets mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. 2009. Tehdääkö mielenterveyskuntoutujan omaisesta ilmainen hoitoresurssi? Viitattu 12.5.2015. <http://www.finfami.fi/tiedotteet/201-2812009>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.4.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Shankar, J. & Muthuswamy, S. 2007. Support Needs of Family Caregivers of People Who Experience Mental Illness and the Role of Mental Health Services. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. 88, 2, 302-310.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 12.5.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut

Suomen Mielenterveysseura 2016. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 28.4.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>

Terveyskirjasto 2015. Mielen sairaudet (psykiatria). Viitattu 29.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_selaus=7776&p_osio=#7776

THL 2014a. Mielen hyvinvointi. Viitattu 12.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>

THL 2014b. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 12.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Tarkastuskertomus 194/2009. Helsinki. Edita Prima Oy.

Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna - Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Yliopistopaino. <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omaishoidon%20tuki%20sosiaalipalveluna.%20Selvitys%20omaishoidon%20tuesta%20ja%20sen%20vaihtelusta%201994-2006.pdf>

Weimand, B.M., Hedelin, B., Hall-Lord, M-L., Sällström, C. 2011. "Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities:" Relatives' Experiences with Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*. 32, 11, 703-710. Viitattu 20.4.2016. <http://web.b.ebsco-host.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=67&sid=ea4cb2ec-9156-4bae-99e5-28d6761d6160%40sessionmgr115&hid=118>

Yleinen suomalainen asiasanasto – YSA. Viitattu 12.5.2015. <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

SAATEKIRJE TUTKITTAVILLE

Arvoisa haastatteluun osallistuva

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Mielenterveyskuntoutujien puolisoiden kokemuksia mielenterveyspalveluista”.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada mielenterveyskuntoutujien puolisoiden ääni kuuluviin. Siten voidaan lisätä FinFami ry:n tietoa omaisten kokemuksista ja heidän toiminnan kautta vaikuttaa mielenterveyspalveluiden kehittymiseen.

Tutkimus toteutetaan parihaastatteluna. Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun, joka tapahtuu FinFami ry:n tiloissa syys-lokakuussa 2015. Vastaukseen tulisi varata aikaa noin tunti.

Haastattelusta saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelunauhoitukset on vain tutkittava käytössä, eikä sitä luovuteta missään vaiheessa ulkopuolisille. Tutkimustulokset raportoidaan niin, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi jättäytyä pois näin halutessaan.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

KIITOS OSALLISTUMISESTA

Ystävällisin terveisin,

Vera Leinonen, sairaanhoitajaopiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu

Sähköposti: xxxxxxxxxxxx

Puhelin: xxxxxxxxxxxx

HAASTATTELUKYSYMYKSET TUTKITTAVILLE

1. Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspalveluista?

2. Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspalveluiden saatavuudesta?

SÄHKÖPOSTIHAASTATTELUN KYSYMYKSET

1. Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspalveluista?
 - Miten puolisona koitte mielenterveyspalvelut? (esim. palveluiden-laatu)
 - Miten teidät otettiin huomioon puolisonne hoidossa? (Kerrottiinko mitä tapahtuu, miksi tapahtuu? Kysyttiin teidän kokemuksianne sairauden laadusta, otettiin huomioon hoitoa suunniteltaessa?)
 - Miten teidän jaksaminen otettiin huomioon? (Tarjottiinko teille apua/tukipalveluita? Olisitteko toivoneet tätä? Huomioitiinko teidän jaksamistanne? Saitteko neuvoja, kuinka tukea mielenterveyskuntoutujaa?)

2. Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspalveluiden saatavuudesta?
 - Miten koitte, että mielenterveyspalveluita oli saatavilla?
 - Voitte myös kertoa, kuinka teidän puolisonne mielenterveyspalvelujen saaminen edistyi?