



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Kansainvälisesti adoptoitujen alle 18-vuotiaiden lasten käyttämät terveys- ja terapiapalvelut Suomessa - Finado -tutkimuksen tuloksia

---

Jaro, Anne

Sarkkinen-Andersson, Päivi

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Hyvinkää

KANSAINVÄLISESTI ADOPTOITUJEN ALLE 18-  
VUOTIAIDEN LASTEN KÄYTTÄMÄT TERVEYS- JA TERA-  
PIAPALVELUT SUOMESSA  
-FINADO -TUTKIMUKSEN TULOKSIA

Anne Jaro  
Päivi Sarkkinen-Andersson  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2011

Jaro Anne  
Sarkkinen-Andersson Päivi

Kansainvälisesti adoptoitujen alle 18-vuotiaiden lasten käyttämät terveys- ja terapiapalvelut Suomessa - Finado -tutkimuksen tuloksia

Vuosi	2011	Sivumäärä	36
-------	------	-----------	----

---

Tämä opinnäytetyö on osa lajaa Finado-tutkimusta, jossa tarkastellaan kansainvälisesti adoptoitujen alle 18-vuotiaiden lasten terveyspalveluiden ja terapioiden käyttöä. Opinnäytetyöemme tarkoituksena on kuvata, minkälaisia lapsia Suomeen on adoptoitu ja minkälaisia terveys- ja terapiapalveluita he ovat käyttäneet. Teoriaosuudessa tarkastellaan myös adoptiota, kansainvälistä adoptiota ja adoptiolapsen kehityspiirteitä.

Aineisto kerättiin adoptiovanhemmille lähetetyllä kyselylomakkeella (N=1436). Saatu aineisto kuvattiin Microsoft Excel-97-taulukkolaskentaohjelmalla.

Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan eniten lapsia oli tullut Kiinasta (404 lasta). Tyttöjä oli tullut hieman enemmän (802 lasta). Keskimääräinen adoptioikä oli ollut 2,32 vuotta. Sijoitus ennen adoptiota oli ollut lastenkoti 800 lapsella. Kyselyn täyttöhetkellä lapset olivat keskimäärin 9,47 -vuotiaita. Terveyspalveluiden osalta viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli eniten käyty lääkärin vastaanotolla (1123 lasta). Terapiapalveluista eniten lapset olivat käyttäneet viimeisen kahdentoista kuukauden aikana puheterapiaa (150 lasta), kuten myös joskus aikaisemmin terapiapalveluita käyttäneistä puheterapian osuus oli suurin (103 lasta).

Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa käyttää kehittämään ja parantamaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattilaisten osaamista adoptiolasten mahdollisten erityistarpeiden kohtaamisessa ja tukemisessa.

Avainsanoja: Adoptio, adoptiolapsi, terveys- ja terapiapalvelut

Jaro Anne  
Sarkkinen-Andersson Päivi

Health and Therapy Services Used by Internationally Adopted Children under 18 Years  
- Finado Survey results

Year	2011	Pages	36
------	------	-------	----

---

This study is part of Finado-study of internationally adopted children under the age of 18, children's health and use of therapies. The purpose of this thesis was to describe what kind of children were adopted to Finland and what kind of health and therapy services they had used. The theory part also examines the adoption, international adoptions and adoptions of child development features.

The data was collected from a questionnaire (N = 1436) send to the adoptive parents. The data was described by Microsoft Excel 97 spreadsheet program.

The research showed that most children had come from China, 404 children. The research data included slightly more girls than boys (802). The average age of the adopted was 2.32 years. 800 children were placed in a children´s home before adoption. At the time of the query was made children were 9.47 years of age on average. The most used health service for the past twelve months had been a doctor's appointment, 1123 children. Speech therapy was the most used therapy service, 150 children had used it during the past twelve months. Among those who had used therapy services in the past, speech therapy was the most important (103 children).

The results will be used to develop and improve the skills of social and healthcare professionals to meet the needs of adoptive children's and provide them support.

Key words: Adoption, adoptive child, health and therapy services

## Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarve .....	6
2	Teoreettiset lähtökohdat.....	7
2.1	Adoptio.....	7
2.2	Kansainvälinen adoptio.....	7
2.3	Suomalainen terveystalvelujärjestelmä ja terapiat .....	9
2.4	Adoptiolapsi terveystalvelujen asiakkaana.....	10
3	Opinnäytetyön toteutus .....	14
3.1	Tutkimuskysymykset.....	14
3.2	Tutkimus- ja kuvausmenetelmä .....	14
4	Tulokset .....	15
4.1	Tulosten tarkastelu .....	15
4.1.1	Terveystalvelujen käyttö .....	19
4.1.2	Terapioiden käyttö.....	21
4.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	23
5	Pohdinta.....	24
	Kuviot .....	28
	Taulukot .....	29
	Liitteet.....	30

## 1 Opinnäytetyön tausta ja tarve

Suomessa on käynnissä laaja FINnish ADOption -study (Finado -tutkimus), jossa tarkastellaan kansainvälisesti adoptoitujen alle 18-vuotiaiden lasten terveys- ja terapiapalveluiden käyttöä. Tutkimuksessa arvioidaan lasten ja nuorten terveyttä, psyykkistä sopeutumista ja mahdollisia kehityksen ongelmia tai häiriöitä. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan tulevaisuudessa kehittää palveluja vastaamaan paremmin perheiden tarpeita. (Lapinleimu, Elovainio, Mäkipää, Raaska & Sinkkonen, 2007.) Tässä työssämme käytämme tutkimuksesta lyhennettä Finado.

Finado - tutkimusryhmä, johon kuuluvat dos. Helena Lapinleimu (TYKS), dos. Jari Sinkkonen (TY, Pelastakaa Lapset ry), dos. Marko Elovainio (THL, Helsingin yliopisto), TtM Sanna Mäkipää (TaY) ja LL Hanna Raaska (TY), ovat käynnistäneet Finado - tutkimushankkeen adoptiojärjestöjen (Helsingin kaupungin sosiaalitoimisto, Interpedia ja Pelastakaa Lapset) suostumuksella. Adoptiojärjestöiltä he ovat saaneet adoptoitujen osoitetiedot. Finado -tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten ulkomailta Suomeen adoptoidut lapset ovat sopeutuneet uusiin olosuhteisiin uudessa kotimaassaan. Tutkimuksessa kartoitetaan myös vanhempien kokemuksia omasta vanhemmuudestaan sekä maamme palvelujärjestelmistä ja niiden puutteista. (Lapinleimu, 2009.) Koska vastaavanlaista laajaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty, pidämme tämän opinnäytetyön tekemistä erittäin tärkeänä. Olemme ylpeitä, että saamme olla osallisina antamassa uutta tietoa tutkimusryhmän jäsenille, jotta he voivat olla vaikuttamassa tulevaisuuden palvelujen kehittämiseen adoptiolasten ja heidän perheidensä parasta ajatellen.

Tämä opinnäytetyö on osa laajaa Finado- tutkimusta. Lähtökohtana on ollut kuvata ulkomailta vuosina 1985 - 2007 adoptoitujen lasten terveys- ja terapiapalvelujen käyttöä sekä Suomeen adoptoitujen lasten taustatekijöitä. Opinnäytetyössä haluttiin saada tietoa, minkälaisia terapia- ja terveyspalveluja ulkomailta adoptoidut lapset käyttävät. Minkä verran lapset ovat käyneet lääkärin vastaanotolla neuvolassa, sairaalan poliklinikalla tai yksityissektorilla? Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa käyttää kehittämään ja parantamaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattilaisten osaamista adoptiolasten mahdollisten erityistarpeiden kohtaamisessa ja tukemisessa.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Adoptio

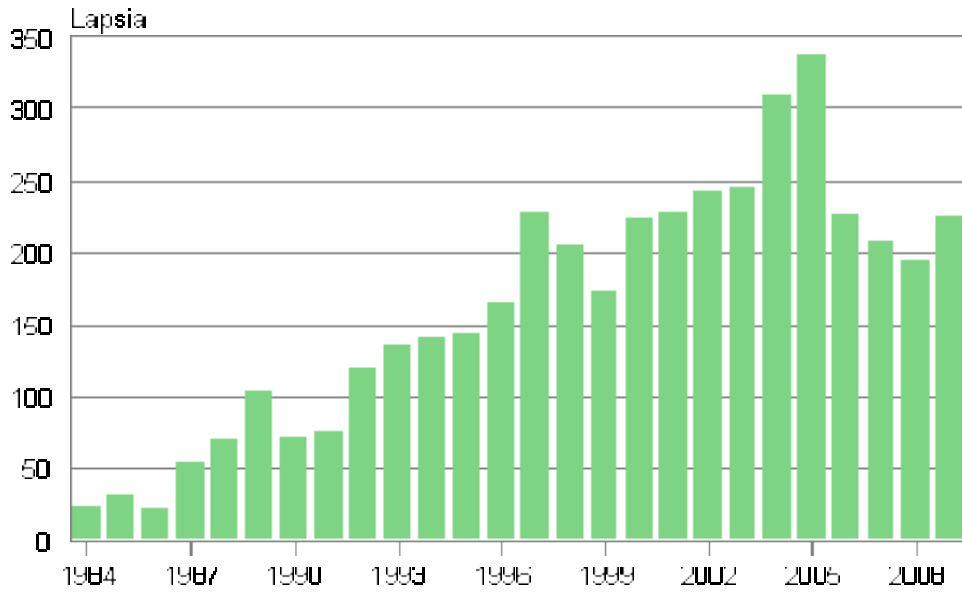
Sana adoptio tulee latinan kielestä ja tarkoittaa lapseksi ottamista. Suomen laissa on säädetty lapseksi ottamisesta. Lain mukaan lapseksi ottamisen tarkoituksena on edistää lapsen parasta. Lapseksi ottaminen voidaan vahvistaa, jos sen harkitaan olevan lapsen edun mukaista. Lapsen tulee saada hyvä hoito ja kasvatus. (Laki lapseksi ottamisesta, 1985.) Adoption lähtökohtana on aina lapsen etu.

Adoptio on erinomainen mahdollisuus tarjota lapselle pysyvä koti ja myös hyvä keino ennalta ehkäistä lasten psyykkisiä häiriöitä. Adoptiossa lapsen sosiaaliset ja aineelliset olot paranevat. Lapsen ja perheen sopeutuminen uuteen tilanteeseen vaatii kuitenkin oman aikansa eikä tämä prosessi ole läheskään aina ongelmaton. Tämän prosessin lopputulokseen vaikuttavat sekä geneettiset että psykologiset tekijät. Nykyisin suurin osa Suomeen adoptoitavista lapsista tulee kansainvälisen adoption kautta ja useilla heistä on terveydellisiä ja psyykkisen kehityksen ongelmia ja tästä johtuen vaikeasti deprivoidun lapsen kiinnittyminen ottovanhempiinsa vaatii onnistuakseen usein asiantuntija-apua ja erityisosaamista. (Sinkkonen, 2001a.)

### 2.2 Kansainvälinen adoptio

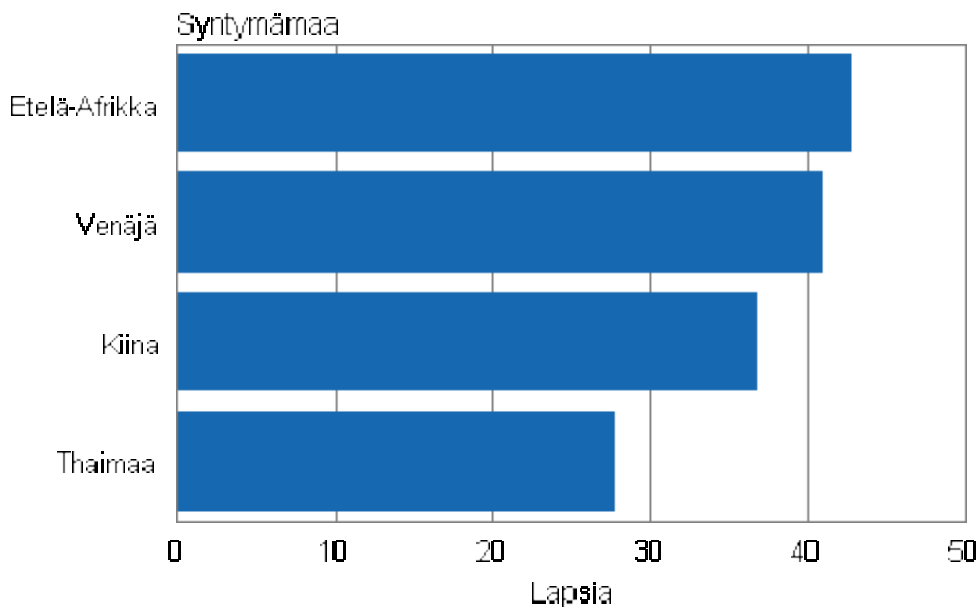
Kansainvälisessä adoptiossa on suositeltava käyttää kansainvälistä adoptiopalvelua. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön myöntämä lupa palvelun antamiseen on Helsingin kaupungin sosiaalitoimistolla, Interpedia ry:llä ja Pelastakaa Lapset ry:llä. Kansainvälisesti adoptiolapsia voidaan välittää vain niistä valtioista, joissa on yhteistyöelin, jonka lapseksiottamisasioiden lautakunta on hyväksynyt. Esimerkiksi Venäjällä, Pietarissa on Pelastakaa Lapset ry:n paikallistoimisto, joka toimii yhteistyöelimenä Suomen Pelastakaa Lapset ry:n kanssa. Palvelun tarkoituksena on myös avustaa lapseksiottamiseen liittyvissä toimenpiteissä sekä auttaa ja tukea ottovanhempia tarvittaessa myös ottolapsisuhteen varmistamisen jälkeen. (Laki lapseksi ottamisesta, 1985.)

Kuviossa 1 on esitetty ulkomailta adoptoitujen lasten määriä vuosien 1984 -2009 välillä. Vuosittain ulkomailta adoptoidaan noin 200 lasta eri maista. Vuonna 2009 Suomeen adoptoitiin 224 ulkomailta syntynyttä lasta. Se on 29 lasta enemmän kuin vuonna 2008. (Suomen virallinen tilasto, 2009.)



Kuvio 1. Ulkomailla syntyneiden adoptoinnit Suomeen 1984 - 2009 (Suomen virallinen tilasto)

Kuviossa 2 on kuvattu neljä maata, joista vuonna 2009 on adoptoitu eniten lapsia Suomeen. Adoptioita ulkomailla tapahtui eniten Etelä-Afrikasta (43) ja Venäjältä (41). Kiinasta on adoptoitu 37 ja Thaimaasta 28 lasta. Vuonna 2008 eniten lapsia Suomeen adoptoitiin Thaimaasta ja Venäjältä. (Suomen virallinen tilasto, 2009.)



Kuvio 2. Adoptiot syntymämaan mukaan 2009 (Suomen virallinen tilasto)



Ulkomaisissa adoptioissa adoptoinnin suoritti valtaosasta tapauksia (87 %) kaksi vanhempaa. Suurin osa lapsista on ollut tullessaan 0-4 vuoden ikäisiä, vuonna 2009 heitä oli 175. (Suomen virallinen tilasto, 2009.)

### 2.3 Suomalainen terveystalvelujärjestelmä ja terapiat

Suomessa ihmisten terveystalvelut käsittävät hoivan ja hoidon lisäksi ennaltaehkäisevän tautien torjunnan, varhaisen puuttumisen sekä terveyden edistämisen että kuntoutuksen, joilla pyritään lieventämään taudin seurauksia. Kuntoutuksen muotoja ovat mm. fysio-, puhe- ja toimintaterapiat. (Taipale ym. 2004, 139-142.)

Terveyden määritelmiä on useita. Maailman terveystalvelujärjestön, WHO:n vuosikymmeniä vanha määritelmä terveydestä on seuraava: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity." (Vertio, 2003, 26.) Vapaasti suomennettuna se tarkoittaa täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa, ei ainoastaan sairauden tai vamman puuttumista. Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen ja Åstedt-Kurki (2007, 80-81) korostavat Hoitotiede- kirjassaan hoitotieteen näkökulmasta ihmisen terveyden määrittelyä sekä objektiivisesti mittaamalla että subjektiivisesti kokemalla. Objektiivisuudella tarkoitetaan tässä ulkoapäin mittaamista, johon kuuluvat täydellinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys. Subjektiivisuuteen kuuluu ihmisen oma kokemus terveydestään. Terveys on ihmisen henkilökohtaisia voimavaroja ja kykyjä. Ihmistä ja hänen perhettään sekä läheisiään ei saa erottaa toisistaan tarkasteltaessa terveyttä. Tämä näkemys pohjautuu WHO:n näkemykseen. (Eriksson ym. 2007, 80-81.)

Ihmisen terveyteen vaikuttavat geeniperimä, ympäristö, elintavat ja sattuma. Joidenkin teorioiden mukaan sikiöaikaisella kehityksellä on tärkeä terveyttä määrittävä tekijä. Tällöin on otettava huomioon perintötekijöiden ja ympäristön osuus kehitykseen. Varhaislapsuudessa neuvolatoiminnalla on merkittävä rooli terveyden edistämässä. Lapsen kasvaessa kouluterveydenhuolto omien resurssiensa mukaan kantaa vastuunsa kouluikäisten terveydestä. Rinnalla toimii avoterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido. (Vertio 2003, 41, 114-123.)

On olemassa useita erilaisia terapiamuotoja, joiden avulla lasta yritetään auttaa saavuttamaan sellaiset taidot, joiden kanssa hän selviytyy jokapäiväisistä toiminnoistaan. Puheterapia on lääkinällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on saada mahdollisimman hyvä toiminta- ja kommunikaatiokyky asiakkaalle selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä niin kodissa, päivähoidossa, koulussa kuin työelämässä (Puheterapeuttiliitto 2004). Lapsella voi olla motorinen viive, jota pyritään korjaamaan esimerkiksi fysio- ja toimintaterapialla tai kommunikaatiota

haittaava häiriö, johon puheterapialla pyritään saamaan apua. Psykkisiin ongelmiin voi avun tuoda esimerkiksi psykoterapia.

Suomen Fysioterapeutit (2010) kertovat fysioterapiasta seuraavasti: "Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan/potilaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristössään. Fysioterapian menetelmiä ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut." (Suomen Fysioterapeutit 2010.) Fysioterapiassa puhutaan liikemallien palauttamisesta epänormaalista normaaliksi. Fysioterapian avulla ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky pyritään kuntoutuksen keinoin korjaamaan. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 16, 40-48.)

Toimintaterapia on kuntoutusta, jossa toimintaterapeutilla ja asiakkaalla on oltava luottamuksellinen suhde, jotta yhteistyö ja vuorovaikutus toimivat. Terapiamuoto perustuu toiminnan terapeutin käyttöönsä ja sen tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan itsenäisyyttä omassa arjessa ja toiminnassa. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto Ry.) Toimintaterapeutit edistävät lapsen taitojen kehittymistä ja itsenäisyyttä, jotta hän oppisi selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan. Terapiassa keskitytään toimintakyvyn kehittämiseen, palauttamiseen ja ylläpitämiseen. (Yack, Sutton & Aquilla, 2001, 16.)

Psykoterapiassa hoidetaan psyykkisiä oireita ja kärsimyksiä. Terapian tavoitteena on, että asiakas tunnistaa, ymmärtää ja osaa käsitellä omia tunteitaan, sisäisiä ristiriitojaan ja ongelmiaan. Terapiatunteja on yleensä 2-3 viikossa ja hoito voi kestää useita vuosia. (Helsingin Psykoterapiayhdistys.) Psykoterapia perustuu potilas-terapeutin suhteen käyttämiseen potilaan auttamisessa. Hoitosuhteessa pyritään terapeutin ilmapiiriin luomiseen. Psykoterapian menetelmiä on erilaisia, muun muassa yksilö-, perhe- ja ryhmäterapiaa. Päämääriensä puolesta terapiat voidaan jakaa tukea antaviin eli supportiivisiin sekä paljastaviin tai tulkitseviin eli interpretatiivisiin menetelmiin. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 68-71.) Sinkkonen (2000, 210) mukaan psykoterapeutilta vaaditaan ammatillisen koulutuksen lisäksi työkokemusta, soveltuvuutta terapeutiksi, vähintään kolmen vuoden mittaista terapeutin koulutusta, omaa terapiaa ja työnohjausta. Psykoerapia ei ole yleislääke, vaan vaativa ja rankka prosessi, joka koskettaa paitsi lasta niin myös koko perhettä. (Sinkkonen, 2000.)

#### 2.4 Adoptiolapsi terveystalouden asiakkaana

Adoptioiden avulla on pyritty selvittämään, mitkä ovat perimän ja ympäristön merkitykset psyykkisten häiriöiden, rikollisuuden ja päihdeongelmien syntyisessä. Tutkijoita on myös kiinnostanut lapsen iän ja adoptiota edeltävien elämänvaiheiden vaikutus lapsen myöhempään selviytymiseen. (Sinkkonen 2001a.)

Ennen lapsen saapumista maahan adoptiovanhempien olisi hyvä tutustua lastenneuvolaan ja omaan terveydenhoitajaansa. Terveydenhoitajalta voi pyytää materiaalia, jota jaetaan biologisille vanhemmille koskien lapsen kehitystä vauvaiästä lapsen kronologiseen ikään asti ja lisäksi perustietoa lapsen hoidosta ja sairaan lapsen kotihoidosta. Terveydenhoitajalta voi myös kysyä käytännön neuvoja lapsen hakumatkaa varten esimerkiksi lapsen hoidosta, mukaan otettavista lääkkeistä, niiden käytöstä ja lisätietoa rokotuksista. Lapsen saavuttua Suomeen perheen olisi hyvä saada useampia käyntiaikoja neuvolaan. Näin voitaisiin seurata tarkasti lapsen kasvua ja kehitystä maahantulon jälkeen ja jos mahdollista tarkempaa tutkimusta vaativien asioiden selvittämiseen päästäisiin tarttumaan hyvin nopeasti. (Pentikäinen & Poikonen 2008.)

Adoptiolapsen kehitykselle tyypillistä on epätasaisuus, joka on syntynyt lapsen varhaisista kokemuksista. Lapsi on voinut kokemuksellisesti olla mukana tapahtumissa, joissa moni aikuinenkaan ei ole ollut. Lapsen sosiaaliset taidot tai tunne-elämän kehitys voivat olla huomattavasti nuoremman lapsen kehitystasolla. Palapelimäisen kehitysprofiilin vuoksi voi toisinaan olla haasteellista selvittää, mistä lapsen vaikeudet johtuvat. Lapsen älylliset taidot voivat olla ikätasoisesti kehittyneet, kun taas sosiaalinen kehitys voi olla useita vuosia ikätasoa jäljessä. Yhtä tärkeää on huomata, että lapsen fyysinen kehitys, kuten pituus ja paino, voi olla viivästynyt. Esimerkiksi aasialaiset lapset kasvavat eri tavoin kuin pohjoismaalaiset. Adoptiolasten tunne-elämä ja ravitsemus on voinut olla myös hyvin niukkaa, joten heidän tullessaan uuteen perheeseen voi kasvupyrähdys olla hyvinkin voimakas. (Brantberg & Mäkipää 2009, 20-21.)

Lapsen ja aikuisen välisellä kiintymyssuhteella on tärkeä merkitys lapsen kehitykseen. Hänen on voitava kokea läheisyys, ero ja jälleennäkeminen turvallisella tavalla. Kulttuurillisilla tekijöillä on kiintymyssuhteen kannalta merkitystä. Pohjolassa tunneilmaisut ovat etelämaalaisia pidettyväisempiä. Ongelmia kiintymyssuhteessa voi syntyä, jos lapsi joutuu uhraamaan omat tunteensa ja tarpeensa, kuten esimerkiksi alkoholistivanhempien lapsille tai väkivaltaisten tai ailahtelevien vanhempien lapsille voi käydä.

Jos lapset kokevat äärimmäistä deprivatiota tai jos lasta on siirrelty jatkuvasti paikasta toiseen, voi lapsen olla hyvin vaikea kiinnittyä kehenkään. Adoptiolapsilla häiriöt kiintymyssuhteessa voivat oireilla mm. vierastamisen puutteena tai katsekontaktin välttelyä. Laitoksissa kasvaneilta adoptiolapsilta on voinut puuttua aikuinen, johon lapsi olisi voinut kiinnittyä. (Kalland 2003, 201-205; Sinkkonen 2001b, 45, 64.)

Geenit eivät muuta kasvatuksen tulosta vaan kasvatusta on aina se, joka antaa perimälle muodon. Jos lapsi ei ole saanut kokea turvallista kiintymystä, se voi myöhemmin johtaa vaikeuksiin solmia ihmissuhteita ja ennen kaikkea ylläpitää kiintymyssuhteita. Lapsen synnynnäisellä temperamentilla on merkitys kiintymyssuhteen kehittymisessä. (Keltikangas-Järvinen 2004,

190-194.) Muutto kotiseudulta on iso prosessi, jonka onnistuminen riippuu esimerkiksi muuttajan iästä, persoonasta, kulttuurista ja tukiverkosta. Maahanmuuttaneet lapset saattavat kokea helposti yksinäisyyttä. Huono koulumenestys tai rauhattomuus luokassa voivat kertoa lapsen vaikeuksista olla muiden kanssa. (Diarra, Tuominen & Föhr 1998, 124, 137.) Käytännöt salattavista tiedoista vaihtelevat adoptiossa. Useat adoptoidut tuntevat syvää tyhjyyden tunnetta, koska he eivät tiedä omia biologisia vanhempiaan, heidän sukupuunsa jää vajaaksi. Adoptiovanhempien kyky ja halu keskustella adoptioon liittyvistä asioista avoimesti lähentää adoptiovanhempien ja lapsen suhdetta. (Suontausta-Kyläinpää 2008, 90-91.)

Adoptioprosessin psyykkinen työstäminen voi usein olla hyvinkin työlästä. Ennen adoptiota on tapahtunut monia menetyksiä. Adoptiovanhemmat ovat menettäneet mahdollisuuden omaan biologiseen lapseen. Adoptiolapsi on menettänyt omat biologiset vanhempansa ja sijaiskodin työntekijät sekä muut siellä asuvat lapset. Näillä tapahtumilla voi olla vaikutusta uuden kiintymyssuhteen luomiseen.

Saapuessaan Suomeen lapsella on olemassa oma äidinkielenä. Uudessa kotimaassaan hän joutuu opettelemaan uuden äidinkielen. Lapsi ei siis ole kaksikielinen vaan hän vaihtaa kieltä. (Oksi-Walter, Roos & Viertola-Cavallari 2009, 106.) Tämä näkökulma on tärkeä huomioida, kun tarkastellaan lapsen kehityksen kulkua uudessa kotimaassaan.

Oman identiteetin ajatteleminen tulee ajankohtaiseksi varsinkin silloin, kun ihminen ei tiedä, mihin sijoittaisi itsensä muiden joukossa. Varsinkin silloin, kun identiteettiä ei saada veroperintönä, sen pohdinta lisääntyy. Todennäköisesti kansainvälisesti adoptoidut tuntevat itsensä suomalaisiksi. Se voi olla ristiriidassa ulkopuolelta tulevan määrittelyn kanssa. Kun nuoria kansainvälisesti adoptoituja on haastateltu, kokivat he olevansa täysin suomalaisia, ulkopuoliset ovat niitä, jotka kyseenalaistavat adoptoitujen identiteetin. (Virkki 2006, 24, 42.) Center for Adoption Support and Education (C.A.S.E) on määrittellyt kuusi yleisintä kysymystä, mitkä mietityttävät adoptiolapsia. Niitä ovat 1. Eroavaisuus; Miksi en ole kuin muut lapset? Miksi minun perheeni on erilainen? Miksi en näytä samanlaiselta kuin vanhempani (ihon väri, hiukset, silmät) ? 2. Syy adoptioon; Miksi minut annettiin pois? Teinkö jotain väärin, olinko paha vauva? Minun biologinen äitini oli käyttänyt huumeita ja alkoholia raskausaikana. Onko näillä jotain vaikutusta minuun? Mikä ikinä oli syy, eikä minun biologinen äitini olisi voinut ratkaista tätä ongelmaa ja pitää minua? 3. Puuttuvat tiedot; Minulla ei ole edes kuvaa biologisista vanhemmistani, miltäköhän he näyttävät? Minulle on kerrottu, että minut on jätetty lastenkodin ulkopuolelle ilman mitään tietoja, mistäköhän minä olen tullut ja mikäköhän on oikea syntymäaikani? Minun biologinen äiti ei ollut varma isästani. 4. Identiteetti; Kuka minä olen? Olenko kuin minun adoptiovanhemmat vai kuin biologiset vanhemmat? Tiedän vähän tai en mitään biologisista vanhemmistani, kuinka voin ikinä saada selville kuka olen? 5. Uskollisuus; Minulla on monta kysymystä biologisista vanhemmistani, mutta kun kysyn heistä adoptiovanhemmilta-

ni niin he tulevat surullisiksi. Tiedän, että asiat ovat huonosti kotimaassani, mutta rakastan äitiäni ja mummoani ja ehkä voin olla heidän kanssaan vielä jokin päivä, joten kuinka voin sitten rakastaa adoptiovanhempiani? 6. Jatkuvuus, tulevaisuus; Koska minun vanhempani antoivat minut pois, niin mistä voin olla koskaan varma, että se ei tapahdu myös adoptiovanhempieni kohdalla? Olen asunut monissa sijaisperheissä ja olen varma, että joudun muuttamaan taas? (Singer & Krebs 2008, 172.) Tässä on paljon kysymyksiä, jotka adoptiolapsen kanssa olisi käytävä läpi, jotta he pystyisivät rakentamaan omaa identiteettiään.

Viimeistään lapsen tultua Suomeen on varattava aika neuvolaan. Ennen ensimmäistä neuvolaikäntä lapsi tulisi käyttää maahantulotarkastuksessa terveyskeskuksessa tai yksityisellä lääkärillä, jossa tehdään perusteellinen terveystarkastus lapselle. Lapselle voi myös varata ajan lääkärille jo ennen hakumatkalle lähtöä, mikäli paluupäivän ajankohta on tiedossa. Samalla voi pyytää lääkärinä kirjoittamaan etukäteen lähetteet maahantulotarkastuksen laboratoriotarkastuksia ja keuhkoröntgeniä varten, jolloin tulokset ovat valmiina lääkärinkäyntiä varten. (Pentikäinen & Poikonen 2008.) Maahantulotarkastuksen jälkeen adoptiolapsen kehitystä ja kasvua tullaan seuraamaan normaaliin tapaan säännöllisin neuvolakäynnein (Peltoniemi-Ojala 1999, 67). Näin ei kuitenkaan tulisi olla, vaan lapsi tarvitsee tiheää seuranta- ja kehityksen seuraamiseksi sekä tukea turvallisen kiintymyssuhteen syntyminen ja kehittymiseen. Adoptiolapset tulevat hyvin erilaisista taustoista. Heidän varhainen deprivationsensa ja fyysiset ja psyykkiset elinolonsa ovat voineet olla hyvinkin puutteellisia. He ovat saattaneet kokea hyvin traagisia asioita pienen elämänsä aikana. Heillä on voinut olla jo useampi erokokemus takanaan. Näiden asioiden vuoksi adoptiolapsilla saattaa olla suurempi tarve terveys- ja terapiapalvelujen käyttöön kuin valtaväestöllä. On tärkeää muistaa, että jokainen adoptoitu lapsi on yksilö.

Luovutusmaiden rokotusohjelmien toteuttaminen on lapsikohtaista. Toisinaan rokotukset on annettu asianmukaisesti ja niistä on merkinnät lapsen papereissa, mutta toisinaan tiedot ovat vaillinaisia tai puuttuvat kokonaan. Pääosiltaan eri maiden rokotusohjelmat vastaavat suomalaisia suosituksia. Jos lapsen aikaisemmista rokotuksista ei ole tarkkaa tietoa, niin rokotusohjelma aloitetaan aina alusta. Jos lapsella on selvät asiakirjat toteutuneesta rokotusohjelmasta, jatketaan Suomeen tulon jälkeen rokotuksia suomalaisen rokotusohjelman mukaisesti. (Pentikäinen & Poikonen 2008.)

### 3 Opinnäytetyön toteutus

#### 3.1 Tutkimuskysymykset

Kuvaamme, minkäkaisia lapsia Finado- kyselyn mukaan Suomeen on adoptoitu vuosina 1985-2007. Selvitämme heidän syntymäaikansa, sukupuolensa, syntymämaansa, asuinpaikan ennen adoptiota, adoptioiän ja lapsen iän lomakkeen täyttöhetkellä. Sitten kuvaamme heidän käyttämiään terveyspalveluja viimeisen 12 kuukauden aikana ja terapiapalvelujen käyttöä viimeisen 12- kuukauden aikana tai aiemmin.

Aineiston kuvaamisessa tullaan käyttämään seuraavia Finado-adoptiotutkimuksessa käytettyjä kysymyksiä:

- 1 Millaisia ovat ulkomailta adoptoidut lapset?
- 2 Minkälaisia terveys- ja terapiapalveluja lapsi on käyttänyt?

#### 3.2 Tutkimus- ja kuvausmenetelmä

Tätä opinnäytetyötä lähestyttäessä on tutustuttu Survey -tutkimukseen. Siinä ennalta määritellystä tutkimusjoukosta poimitaan otos yksilöitä. Heiltä kerätään strukturoidussa muodossa aineistoa, jonka avulla ilmiötä pyritään kuvaamaan, vertaamaan ja selittämään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 130.) Finado -tutkimuksen aineisto on kerätty strukturoidulla, vanhemmille suunnatulla postikyselyllä ja koodattu. Käytämme opinnäytetyössä osaa tästä aineistosta.

Aineisto kuvataan tilastollisin eli kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään selvittämään tutkimuskysymyksiä numeerisen tiedon pohjalta ja edustavan otoksen saamiseksi täytyy otoksen olla numeerisesti suuri (Heikkilä, 2004, 16-17). Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on etsiä aiempia teorioita ja johtopäätöksiä aiheesta. Käsitteiden määrittely ja hypoteesien esittäminen sekä aineiston keruusuunnitelmat ovat myös keskeisessä asemassa tällaisessa tutkimuksessa. Perusjoukon valinnan ja siitä erotettavan otoksen määrittely on tärkeää. Aineisto on saatava tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmien teon on perustuttava tilastolliseen analysointiin. Kun sanotaan, että kvantitatiivinen tutkimus käsittelee numeroita ja taas kvalitatiivinen tutkimus merkityksiä, ei ole tarkoitus asettaa niitä vastakkain, vaan pitää niitä toisiaan täydentävinä tutkimusmuotoina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 132-133, 136.) Aineisto kuvataan käyttämällä Microsoft Excel-97-taulukkolaskentaohjelmaa. Ensin kuvataan, minkälaisia ulkomailta adoptoidut lapset ovat

ja sitten kuvataan heidän käyttämiään terveys- ja terapiapalveluita. Tulokset esitetään taulukoilla ja pylväskaavioilla.

#### 4 Tulokset

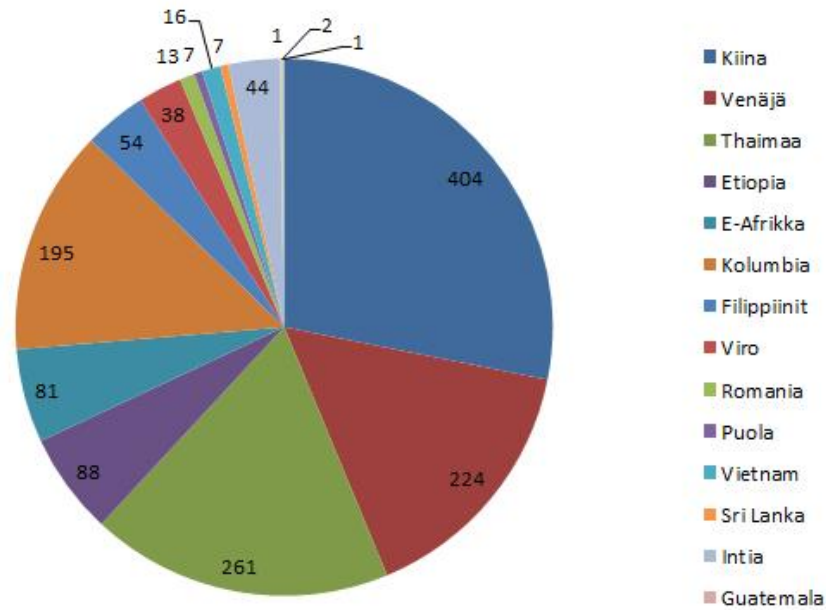
Tämä aineiston kuvaus julkaistaan Laurea ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä ja luovutetaan Finado -tutkimuksen tutkijoille lastenlääkäri, dosentti Helena Lapinleimulle (TYKS), lastenpsykiatrian dosentti Jari Sinkkoselle (TY), Pelastakaa Lapset ry), tutkimusprofessori Marko Elovainiolle (THL, Helsingin yliopisto), terveystieteiden maisteri Sanna Mäkipäälle (TaY) ja lastenpsykiatrian erikoislääkäri Hanna Raaskalle (TY). Ohjaajanamme ovat filosofian tohtori, kehittämisspäällikkö Jorma Jokela ja dosentti, lastenlääkäri Helena Lapinleimu.

##### 4.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimus lähetettiin noin 2700 adoptioperheelle ja lopulta tutkimukseen saatiin 1436 lapsen tiedot (n = 1436). Vastausprosentti oli 56. Tulosten analysointi näkyy liitteissä 2 ja 3. Taustamuuttujia oli kuusi: syntymäaika, sukupuoli, syntymämaa, asuinpaikka ennen adoptiota, adoptioikä ja ikä kaavakkeen täyttöhetkellä.

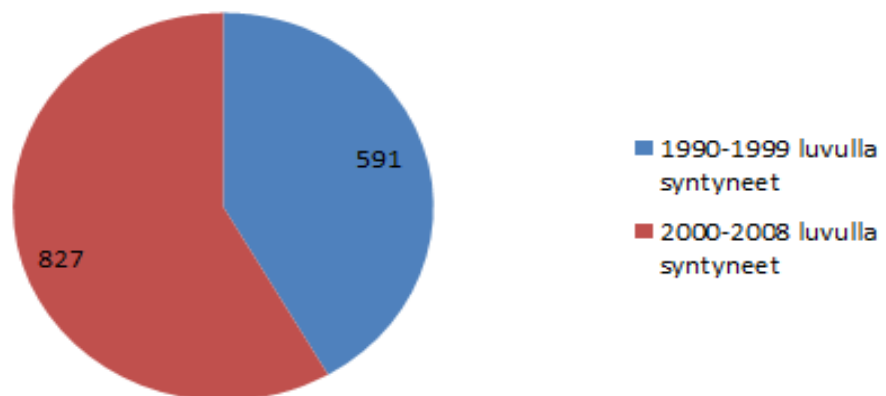
Taulukko 1. Adoptiomaat ja adoptiot

Numero	Maa	Adoptiot
1	KIINA	404
2	VENÄJÄ	224
3	THAIMAA	261
4	ETIOPIA	88
5	E-AFRIKKA	81
6	KOLUMBIA	195
7	FILIPPIINIT	54
8	VIRO	38
9	ROMANIA	13
10	PUOLA	7
11	VIETNAM	16
12	SRI LANKA	7
13	INTIA	44
14	GUATEMALA	1
17	ISRAEL	2
18	MOSAMBIK	1



Kuvio 3 Suomeen adoptoidut lapset syntymämaahan mukaan

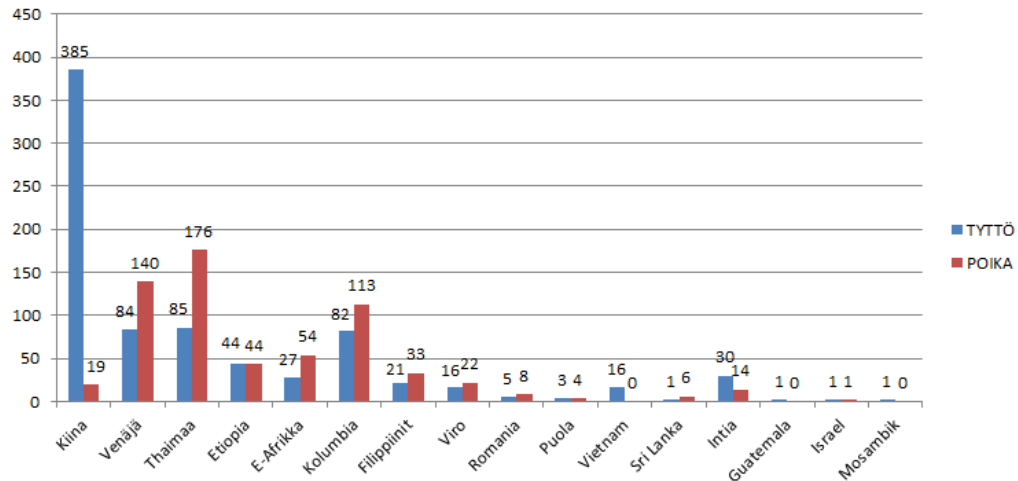
Taulukossa 1 ja kuviossa 3 on kuvattuna adoptiomaat ja adoptoitujen lasten lukumäärä maakohtaisesti. (Taulukko 1, kuvio 3).



Kuvio 4 Suomeen adoptoidut lapset syntymäajan mukaan

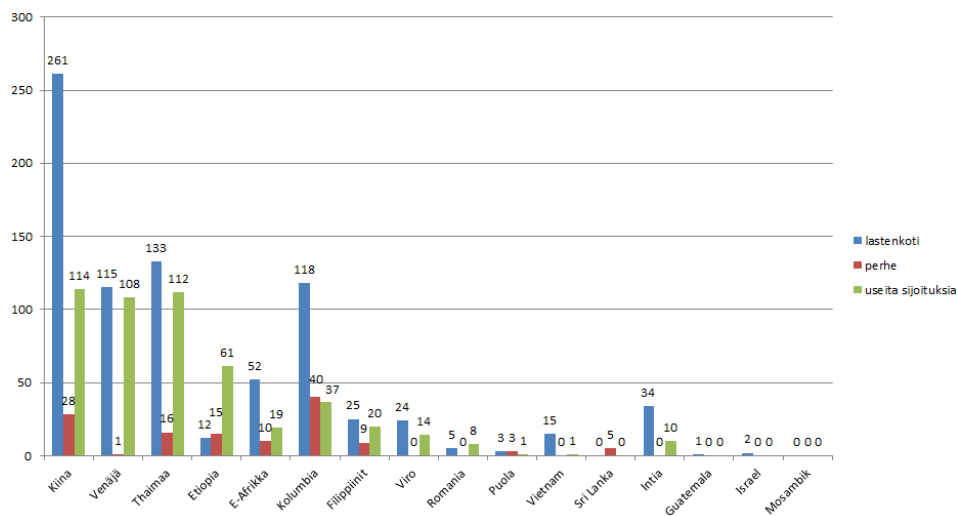
Kyselyyn vastanneista 591 lasta oli syntynyt 1990 -1999 -luvulla ja 827 lasta oli syntynyt 2000 -2008- luvulla. Lapsista 804 oli tyttöjä ja vastaavasti poikia oli 632. (Kuvio 4.)





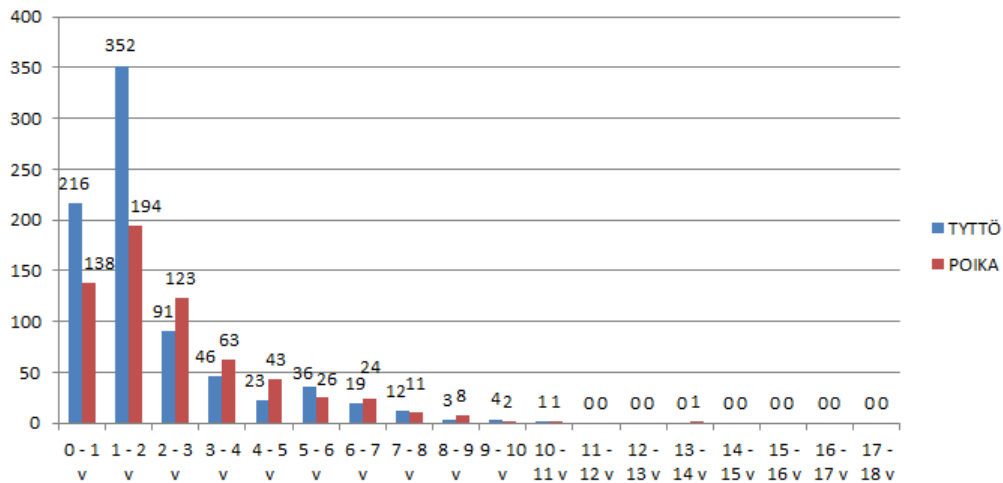
Kuvio 5 Suomeen adoptoitujen lasten sukupuolijakauma kotimaan mukaan

Kiinasta, Vietnamista ja Intiasta oli adoptoitu eniten tyttöjä (385, 16 ja 30 tyttöä). Thaimaasta, Venäjältä ja Kolumbiasta eniten poikia (176, 140 ja 113 poikaa). Muista maista sukupuolijakaumassa ei ole suurta eroa. (Kuvio 5.)



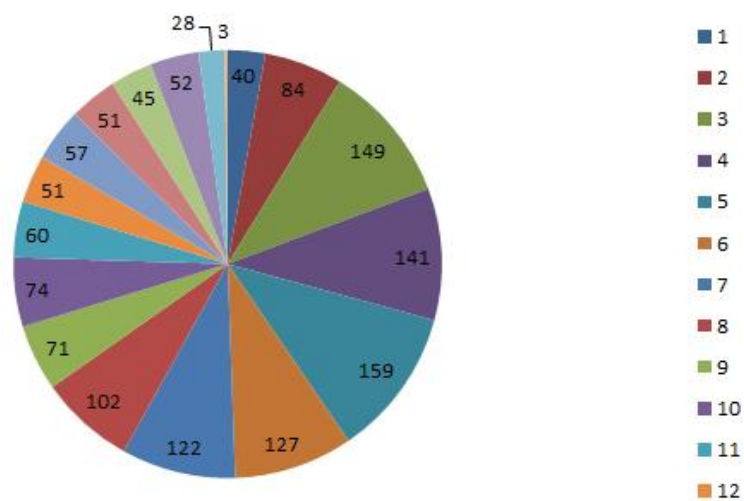
Kuvio 6 Asuinpaikka ennen adoptiota

Yli puolet, eli 801 lasta oli sijoitettuna lastenkotiin ennen adoptiota, 128 lasta asui sijaisperheessä ja 504 lapsella oli useita sijoituksia ennen lopullista adoptiota (Kuvio 6).



Kuvio 7 Adoptioikä Suomeen saapuessa

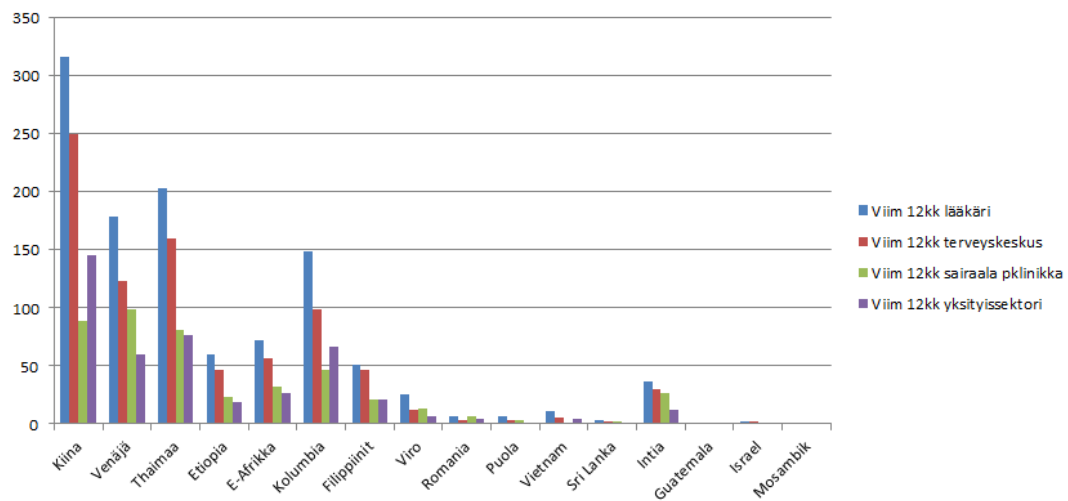
Keskimääräinen adoptioikä oli 2,3 vuotta. Virosta ja Romaniasta adoptoidut ovat olleet keskimääräistä vanhempia ja Venäjältä adoptoidut ovat myös kesiarvon yläpuolella. (Kuvio 7.)



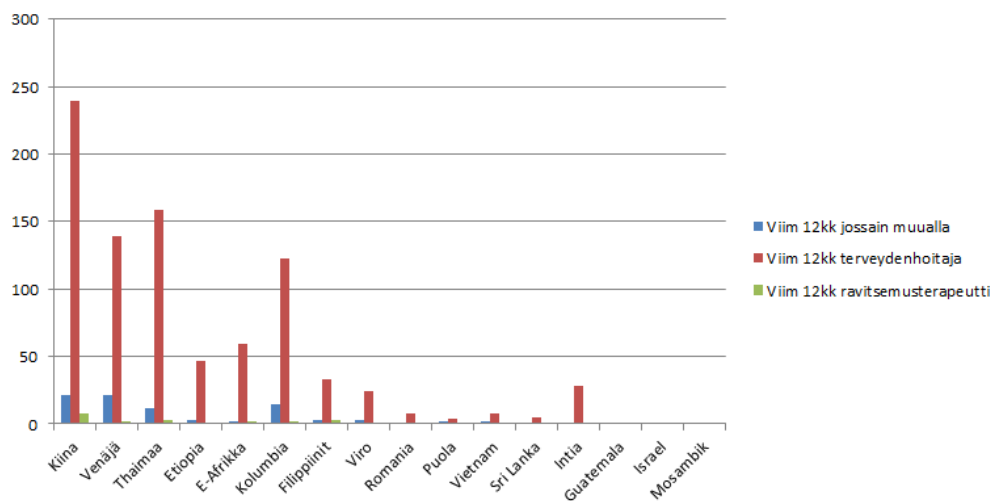
Kuvio 8 Lapsen ikä kaavakkeen täyttöhetkellä

Kyselyn täyttöhetkellä adoptiolapset ovat olleet keskimäärin 9,5 -vuotiaita. Valtaosalla lapsista oli takanaan useita sijoituksia tai lastenkoti sijoituksena ennen adoptiota Suomeen. Perheeseen sijoituksia oli hyvin vähän. Kolme lapsista oli täyttänyt 18 vuotta. Kuvauksessa ei voinut erotella heidän tietojaan aineistosta, joten he ovat mukana aineistossa. Kolmella lapsella ei ole tiedossa aikaisempaa sijoitusta ennen adoptiota, he ovat myös mukana aineistossa. (Kuvio 8.)

#### 4.1.1 Terveyspalvelujen käyttö



Kuvio 9a Terveyspalvelujen käyttö jaoteltuna maittain



Kuvio 9b Terveyspalvelujen käyttö jaoteltuna maittain

Terveyspalvelujen käyttöä on kuvattu kuvioissa 9a ja 9b. Lääkärin vastaanotolla viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käynyt 1123 lasta. Kiinasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten lääkäripalveluja; 28,2 % eli 317 lasta. Heistä 304 oli tyttöjä ja 14 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetkellä he olivat keskimäärin 5.6 vuotta. Ennen adoptiota Suomeen heistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3 %:lla (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 22,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Lääkärin vastaanottopalveluita jossain määrin viimeisen kahdentoista kuukauden aikana olivat käyttäneet kaikista maista tulleet lapset.

Terveyskeskus-neuvola vastaanotolla viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käynyt 839 lasta. Kiinasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten näitä palveluja 29,8 % eli 250 lasta. Heistä 238 oli tyttöjä ja 12 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetykellä he olivat keskimäärin 5.8 vuotta. Ennen adoptiota Suomeen heistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3 %:lla (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 22,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Terveyskeskus-neuvola palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana olivat jossain määrin käyttäneet kaikista maista tulleet lapset. Ainoastaan yksi Guatemalasta adoptoitu lapsi ei ollut käyttänyt näitä palveluita.

Sairaalaan poliklinikalla viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käynyt 443 lasta. Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten sairaalan poliklinikka palveluita 22,4 % eli 99 lasta. Heistä 35 oli tyttöjä ja 64 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetykellä he olivat keskimäärin 10-vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 14,4 % (117 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 11,7 %:lla (106 lasta) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Sairaalan poliklinikka palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana olivat käyttäneet jossain määrin kaikista maista adoptoidut lapset, ainoastaan yksi Guatemalasta adoptoitu lapsi ja yksi Mosambikista adoptoitu lapsi eivät olleet käyttäneet näitä palveluita.

Yksityisen terveydenhuollon palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käyttänyt 443 lasta. Kiinasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten yksityisen terveydenhuollon palveluita 32,7 % eli 145 lasta. Heistä 136 oli tyttöjä ja yhdeksän poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetykellä he olivat keskimäärin 5.8 vuotta.

Ennen adoptiota Suomeen heistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3:lla (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 12,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Yleissektorin palveluita jossain määrin olivat käyttäneet kaikista maista adoptoidut lapset, ainoastaan yksi Guatemalasta adoptoitu lapsi, kaksi Israelista adoptoitua lasta ja yksi Mosambikista adoptoitu lapsi eivät olleet näitä palveluita käyttäneet.

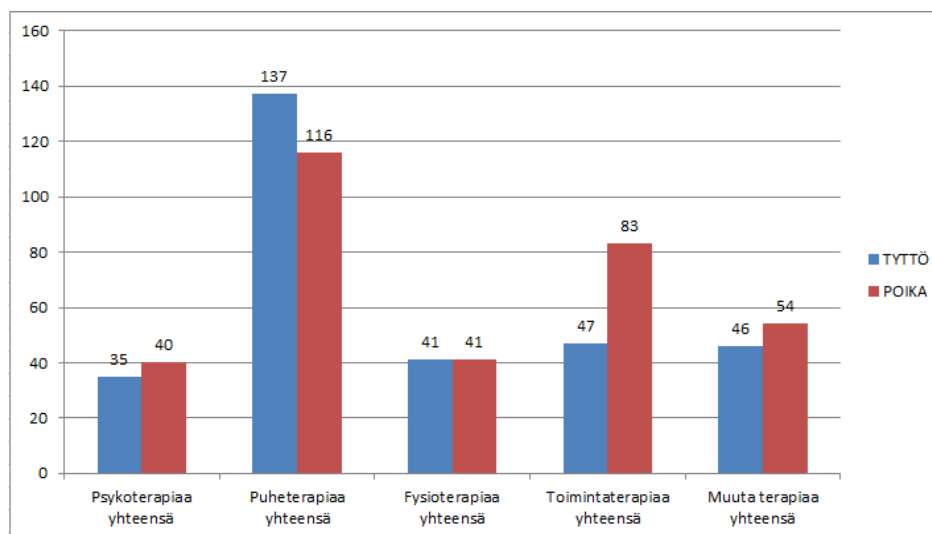
Jossain muualla palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käyttänyt 84 lasta. Kiinasta ja Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten näitä palveluita 25 % eli 21 lasta. Kiinasta tulleistä tyttöjä oli 21 ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetykellä he olivat keskimäärin 5.8 vuotta. Ennen adoptiota Suomeen Kiinasta tulleistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3:lla (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 22,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Venäjältä tulleistä tyttöjä oli 11 ja poikia 12 ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuotta. Kaa-

vakkeen täyttöhetskellä he olivat keskimäärin 10-vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 14,4 % (115 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 11,7:lla (106 lasta) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Jossain muualla palveluita eivät olleet käyttäneet yhdeksän Romaniasta adoptoitua lasta, Sri Lankasta seitsemän adoptoitua lasta, yksi Guatemalasta adoptoitu lapsi, yksi Israelista adoptoitu lapsi eikä myöskään yksi Mosambikista adoptoitu lapsi.

Terveystenhoitajan palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käyttänyt 879 lasta. Kiinasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten näitä palveluita 27,2 % eli 239 lasta. Kiinasta tulleista tyttöjä oli 225 ja poikia 14 ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetskellä he olivat keskimäärin 5.8 vuotta. Ennen adoptiota Suomeen heistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3 %:lla (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 22,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Terveystenhoitajan palveluita jossain määrin olivat käyttäneet kaikista maista tulleet lapset.

Ravitsemusterapeutin palveluita viimeisen kahdentoista kuukauden aikana oli käyttänyt 21 lasta. Kiinasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten näitä palveluita 38,1 % 35 lasta. Kiinasta tulleista tyttöjä oli kahdeksan ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 1.6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetskellä he olivat keskimäärin 5.8 vuotta. Ennen adoptiota Suomeen heistä 32,6 % (261 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 12,3 % (114 lasta) oli useita sijoituksia takanaan ja 22,1 % (28 lasta) olivat olleet perheeseen sijoitettuna. Ravitsemusterapeutin palveluita olivat käyttäneet ainoastaan Kiinasta, Venäjältä, Etiopiasta, Etelä-Afrikasta ja Kolumbiasta adoptoidut lapset.

#### 4.1.2 Terapioiden käyttö



Kuvio 10 Terapioiden käyttö jaoteltuna sukupuolen mukaan

Kuviossa 10 on jaoteltu eri terapioiden käyttöä sukupuolen mukaan. Psykoterapiaa oli viimeisen kahdentoista kuukauden aikana käyttänyt 57 lasta. Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten psykoterapiapalveluita; 43,9 % eli 25 lasta. Heistä 14 oli tyttöjä ja 11 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetkellä he olivat keskimäärin 10 -vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 52,0 % (117 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 47,0 %:lla (106 lapsella) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Muuten psykoterapiaa oli käyttänyt 18 lasta. Heistäkin suurin ryhmä olivat Venäjältä adoptoidut lapset, joita oli 50,0 % eli yhdeksän lasta. Tyttöjä heistä oli kolme ja poikia kuusi. Mosambikista, Israelista, Guatemalasta, Intiasta ja Sri Lankasta adoptoidut lapset eivät ole käyttäneet ollenkaan psykoterapiapalveluita.

Puheterapiaa oli viimeisen kahdentoista kuukauden aikana käyttänyt 150 lasta. Kiinasta ja Thaimaasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten puheterapiapalveluita eli Kiinasta adoptoidut 25,3 % eli 38 lasta ja Thaimaasta adoptoidut 24,0 % eli 36 lasta. Kiinasta adoptoiduista 36 oli tyttöjä ja kaksi poikia, Thaimaasta adoptoiduista 12 oli tyttöjä ja 24 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä Kiinasta oli 1,6 ja Thaimaasta 2,1 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetkellä Kiinasta adoptoidut olivat keskimäärin 6 -vuotiaita ja Thaimaasta adoptoidut 7 -vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen Kiinasta adoptoiduista 64,0 % (260 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 28,0 %:lla (115 lapsella) oli useita sijoituksia takanaan. 28,0 % (7 lasta) oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Muuten puheterapiaa oli käyttänyt 103 lasta. Heistä suurin ryhmä olivat Venäjältä adoptoidut lapset, joita oli 25,2 % eli 26 lasta. Tyttöjä heistä oli 13 ja poikia 13. Mosambikista, Israelista, Guatemalasta, Intiasta, Sri Lankasta, Vietnamista ja Etiopiasta adoptoidut lapset olivat käyttäneet todella vähän tai ei ollenkaan puheterapiapalveluita.

Fysioterapiaa oli viimeisen kahdentoista kuukauden aikana käyttänyt 50 lasta. Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten fysioterapiapalveluita eli 26,0 % (13 lasta). Heistä seitsemän oli tyttöjä ja kuusi poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetkellä he olivat keskimäärin 10 -vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 52 % (117 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 47 %:lla (106 lapsella) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Muuten fysioterapiaa oli käyttänyt 32 lasta, joista suurin ryhmä olivat Kiinasta adoptoidut lapset, joita oli 25 % eli kahdeksan lasta. Heistä tyttöjä oli kahdeksan. Mosambikista, Israelista, Guatemalasta, Intiasta ja Sri Lankasta adoptoidut lapset eivät ole käyttäneet ollenkaan puheterapiapalveluita.

Toimintaterapiaa oli viimeisen kahdentoista kuukauden aikana käyttänyt 82 lasta. Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten toimintaterapiapalveluita eli 36,6 % (30 lasta). Heistä kahdeksan oli tyttöjä ja 22 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuot-

ta. Kaavakkeen täyttöhetkellä he olivat keskimäärin 10 -vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 52,0 % (117 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 47,0 %:lla (106 lapsella) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Muuten toimintaterapiaa oli käyttänyt 48 lasta. Heistäkin suurin ryhmä olivat Venäjältä adoptoidut lapset, joita oli 43,8 % eli 21 lasta. Tyttöjä oli 6 ja poikia 15. Mosambikista, Israelista, Guatemalasta, Sri Lankasta ja Virosta adoptoidut lapset olivat käyttäneet todella vähän tai ei ollenkaan toimintaterapiapalveluita.

Muita terapioita oli viimeisen kahdentoista kuukauden aikana käyttänyt 66 lasta. Venäjältä adoptoidut lapset olivat käyttäneet eniten muita terapioita eli 30,3 % (20 lasta). Heistä kuusi oli tyttöjä ja 14 poikia ja heidän keskimääräinen adoptioikänsä oli 3,6 vuotta. Kaavakkeen täyttöhetkellä he olivat keskimäärin 10 -vuotiaita. Ennen adoptiota Suomeen heistä 52,0 % (117 lasta) oli sijoitettuna lastenkotiin ja 47,0 %:lla (106 lapsella) oli useita sijoituksia takanaan. Vain yksi lapsi oli sijoitettuna perheeseen ennen lopullista adoptiota. Muuten muita terapioita oli käyttänyt 34 lasta. Heistäkin suurin ryhmä olivat Venäjältä adoptoidut lapset, joita oli 26,5 % eli yhdeksän lasta. Tyttöjä oli kaksi ja poikia seitsemän. Mosambikista, Israelista, Guatemalasta, Intiasta, Sri Lankasta, Vietnamista, Puolasta ja Etelä-Afrikasta adoptoidut lapset eivät ole käyttäneet ollenkaan muita terapiapalveluita.

#### 4.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Keskeinen kysymys luotettavuuden arvioinnissa on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Otoksen on oltava tarpeeksi suuri ja edustava. Vastausprosentin tulisi olla korkea ja kysymysten tulisi mitata oikeita asioita suhteessa tutkimusongelmaan. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata erilaisilla mittaus- ja tutkimustavoilla. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta eli reliabeliutta arvioidaan suhteessa tuloksiin. Tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä on vaikea tarkastella ja arvioida jälkikäteen. Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttaa, kuinka onnistuneita kysymykset ovat. Voidaanko kysymyksillä saada vastaus tutkimuskysymyksiin? Tutkija on kysymyksellään saattanut tarkoittaa aivan muuta, mihin vastaaja on vastannut. Survey -tutkimuksessa mahdollinen virhelähde on vastaajan valehteleminen tai muistivirhe. Nämä voivat aiheuttaa satunnaisvirheitä ja näin alentaa tutkimuksen reliabiliteettia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227; Heikkilä 2008, 185-189.)

Opinnäytetyötä tehdessä on otettu huomioon Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) kirjassaan esille tuomia eettisiä vaatimuksia tutkimukselle. Keskeisinä periaatteina on pidetty seuraavaa: Työssä ei plagioida toisten tekstiä eikä sepitetä sekä kaunistella ja aiheettomasti yleistetä työn tuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26). Työtä tehdessä on myös perehdytty Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimiin eettisiin ohjeisiin (2002), jonka mukaan hyvän tieteellisen käytännön toimintaperiaatteet tulee huomioida. Työn eri vaiheet, niin

suunnittelu, toteutus, raportointi kuin julkaisu, on tehtävä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti ja toiminnan tulee olla eettisesti kestävä. (Eettiset ohjeet 2002, 3-8.)

Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Finado - tutkimuksen toteuttamista lääketieteellisenä tutkimuksena on puoltanut Varsinais-Suomen Sairaanhoidtopiirin eettinen toimikunta. Tutkimuslupa-anomuksen olemme lähettäneet Finado - tutkimusryhmälle ja saaneet luvan opinnäytetyön tekemiseen 21.9.2009. (Liite 1). Työssä on pyritty rehellisyyteen, luotettavuuteen ja tarkkuuteen sekä käytetty tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364). Tutkittavien anonymiteetti on turvattu koko tutkimusprosessin ajan, koska koodatusta aineistosta, jota työssä käytetään, ei ilmene henkilöturvatuksia eikä tutkittavien nimiä.

Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimuksen luotamuksellisuus. Saatekirjeessä kerrottiin myös, ketkä vastauksia käsittelevät ja missä vastauksia säilytetään. Kyselyyn pyydettiin vastaamaan nimellä, koska tutkimus määriteltiin lääketieteelliseksi. Vastaajilla oli myös mahdollisuus vastata nimettömänä. Nimettömiä vastauksia tuli vain muutama. Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu opinnäytetyön tekijöille missään vaiheessa.

## 5 Pohdinta

Vastaavaa tutkimusta ulkomailta adoptoitujen lasten psyykkisestä ja fyysisestä terveydentilasta ja sopeutumisesta Suomen oloihin ei aikaisemmin ole tehty, joten tutkimuksesta saatuja tietoja voidaan jatkossa käyttää kehittämään ja parantamaan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattilaisten osaamista adoptiolasten mahdollisten erityistarpeiden kohtaamisessa ja tukemisessa. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan myös hyödyntää suunniteltaessa millaisia palveluja adoptiolapsille tulisi tarjota ja kuinka palveluita tulisi kehittää tulevaisuudessa. Tulevaisuudessa kansainväliseen adoptioon tulevat lapset näyttäisivät olevan kasvavassa määrin erityistukea tarvitsevia lapsia, joten ehkä näitä tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää suuntaa antavina. (Sinkkonen, 2001a.)

Kysely ei anna todellista kuvaa Suomeen ulkomailta adoptoiduista lapsista, koska kaikki kyselyn saajat eivät ole vastanneet kyselyyn. Tyttöjen osuus on tässä tutkimuksessa suuri, koska tämän kyselyn mukaan Kiinasta on adoptoitu huomattavasti enemmän lapsia kuin muualta ja nimenomaan Kiinasta annetaan adoptoitavaksi tyttöjä. Tilastokeskuksen Suomen virallisen tilaston mukaan on ulkomailta adoptoitu vuosina 1999 - 2009 yhteensä 2589 0 - 19 -vuotiaista lasta. Valtaosa on ollut 0-4 -vuotiaita. Adoptioikään vaikuttaa muun muassa adoptioprosessin kesto, joka voi kestää kahdesta viiteen vuotta.



Takala, Klaukka ja Rahkonen ovat tutkineet alle 15 -vuotiaiden lasten lääkäripalvelujen käyttöä. Heidän mukaan lasten lääkärissä käynnit lisääntyivät selvästi vuosien 1987 - 1996 välisenä aikana. Lasten iän ja sukupuolen mukaan ei ollut suurta muutosta vuosien välillä. Vuonna 1980 tuli markkinoille lapsille tarkoitettu yksityisvakuutus, jolla on saattanut olla merkitystä lisääntyneeseen lääkärissä käyntiin. Suurin syy lääkärissä käyntiin oli hengityselinten taudit ja korvatulehdukset. Perheen sosiaalisella asemalla ei ollut merkitystä avohoidon lääkärin vastaanottokäynteihin, kun taas yksityislääkärissä käynnit lisääntyivät tulojen ja perheen äidin koulutuksen kasvaessa. Toisaalta lääkärissä käynnit myös vähenivät lapsen kasvaessa. (Takala, Klaukka & Rahkonen, 2002, 4199-4203.) Olisi mielenkiintoista tietää, onko Finado - tutkimuksen tuloksilla yhteyttä Takalan ym. tutkimuksen lääkäripalvelujen käyttöön. Adoptiolasten vanhemmat ovat usein hyvin toimeentulevia, joten kynnys yksityissektorin palvelujen käyttöön saattaa olla hyvinkin matala. Pohdittavaksi jäi, että pitkään odotetun lapsen mahdolliset käytöshäiriöt tai heikko koulumenestys voi olla vaikea paikka adoptiovanhemmille, jotka ovat kauan odottaneet adoptiolastaan. Kynnys terapioihin hakeutumiseen voi olla hyvinkin matala. Onko jopa matalampi kuin muilla?

Yleisesti ajatellaan, että erityistarpeinen adoptiolapsi on stressaava ja haasteellinen, mutta jokainen adoptoitu lapsi tuo mukanaan muutoksen ja omanlaisen stressin ja haasteen perheeseen. Adoptiolapsen tullessa perheeseen tulee perhe-elämään uusia vaatimuksia ja muutoksia adoptiovanhempien aikaisempaan elämäntapaan verrattuna. Tästä johtuen perhe voi kokea tilanteen erittäin haasteelliseksi ja tarvita ammattiapua. (McGlone, Santos, Kazama, Fong & Mueller, 2002, 152-153). Pohdintaa aiheuttaa myös, onko lapsen mahdolliset sairaudet adoption taustaa vai olisiko lapsi muutenkin sairastunut? Kun lapsi on mahdollisesti lähetetty terveenä adoptiomaastaan, onko hän terve Suomen kriteerien mukaan? Ja koska lapsi on terve? Tämä on eettinen ongelma. Eri maiden lasten kehitys tapahtuu eri tahtiin, joten lapsen ikää ja kehitystä ei voi verrata. Alhainen syntymäpaino on rodullinen kysymys, tärkeämpää olisi mitata pään ympärystä ja seurata pään kasvua. Alle puolet adoptoiduista oli tarvinnut terapiapalveluita. Sijoituksella ennen adoptiota ei näytä olevan merkitystä terapiapalvelujen käyttöön. Terapiapalveluista puheterapiaa oli tarvittu eniten ja tyttöjen ja poikien terapiapalvelujen käytöllä ei ollut mainittavaa eroa.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi verrata taustamuuttujien vaikutusta terveys- ja terapiapalvelujen käyttöön sekä sairaalahoitojen käytön tutkiminen, joka tästä kyselystä puuttuu. Samoin olisi mielenkiintoista tutkia, onko sisaruksilla vaikutusta eri palvelujen käyttöön eli onko sillä mitään merkitystä, mikäli perheessä on biologisia lapsia tai perheeseen adoptoidaan samaan aikaan kaksi tai kolme lasta kerrallaan?

## Lähteet

Achte, K., Alanen, Y. & Tienari, P. 1982. Psykiatria. 5. painos. Porvoo: WSOY.

Adoptioerheet ry 2007. Maahantulotarkastuksessa suositeltavat rutiinitutkimukset adoptiolapselle eli ns. Auroran lista. Viitattu 29.12.2009.  
<<http://www.adoptioerheet.fi/linkit.html>>

Brantberg, B. & Mäkipää S. 2009. Adoptiolapsi ja adoptioerhe neuvolassa. Terveydenhoitaja, 6, 19 - 23.

Diarra, H., Tuominen, R. & Föhr J. 1998. Ulkomaalaisten mielenterveysongelmat. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY, 124-137.

Eettiset ohjeet. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 21.1.2011.  
< <http://www.tenk.fi/htkfi.pdf>>

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Helsingin Psykoterapiayhdistys. Viitattu 18.1.2011.  
<<http://www.helsinginpsykoterapiayhdistys.fi/psykoterapia/index.htm#terapia>>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Otava.

Laki lapseksi ottamisesta 1985. Viitattu 8.9.2009.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1985/19850153?search%5Btype%5D=pika&search%5Bprika%5D=laki%20lapseksiottamisesta>>

Lapinleimu, H. Keskustelu 12.5.2009.

Kalland, M. 2003. Kiintymyssuhdeteorian kliininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Teoksessa Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Vantaa: WSOY, 201 - 205.

Keltikangas-Järvinen, L. 2004. Temperamentti -ihmisen yksilöllisyys-. Porvoo: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. 5. painos. WSOY Oppimateriaalit.

McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R. & Mueller, C. 2002. Psychological Stress in Adoptive Parents of Special-Needs Children. Child Welfare League of America, 2002, 152-153.

Oksi-Walter, P., Roos, J. & Viertola-Cavallari, R. 2009. Monikulttuurinen perhe. Helsinki: Otava.

Peltoniemi-Ojala, M. 1999. Oma lapsi vihdoinkin. Pelastakaa lapset - Rädda barnen.

Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen.2007. Lehdistöiedotteet 2007. Viitattu 11.11.2009.  
<<http://www.pelastakaalapset.fi/fi/media/lehdistotiedotteet/2007/365>>

Pentikäinen, S. & Poikonen, S. 2008. Infokansio adoptioerheille. Adoptioerheet ry.

- Puheterapeuttiliitto. 2004. Viitattu 18.1.2011.  
<<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/main.site?action=siteupdate/view&id=8>>
- Saarikoski, S. 2007. Pelastakaa lapset ry. Viitattu 02.04.2010.  
<<http://www.pelastakaa lapset.fi/fi/media/lehdistotiedotteet/2007/365>>
- Singer, E. & Krebs, M. 2008. Assisting Adoptive Families: Children Adopted at Older ages. *Pediatric Nursing*, 34 (2) 172.
- Sinkkonen, J. 2001a. Adoptiolapsen psyykkisen kehityksen haasteet. *Duodecim*. Viitattu 09.04.2010.  
<<http://www.duodecim.fi/web/guest/arkisto>>
- Sinkkonen, J. 2001b. Lapsen puolesta. Juva: WS Bookwell OY.
- Sinkkonen, J. 2000. Lasten yksilöllinen psykoterapia. Teoksessa Sinkkonen, J & Pihlaja, P. (toim.) *Ulos umpikujasta - miten auttaa tunnehäiriöistä lasta?* Juva: WS Bookwell OY.
- Suomen Fysioterapeutit. 2010. Viitattu 18.1.2011.  
<[http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=64&Itemid=55](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55)>
- Suomen Toimintaterapeuttiliitto Ry. Viitattu 18.1.2011.  
<<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Adoptiot [verkkójulkaisu]. ISSN=1797-7363. 2009. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 29.3.2011.  
< [http://www.stat.fi/til/adopt/2009/adopt\\_2009\\_2010-05-20\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/adopt/2009/adopt_2009_2010-05-20_tie_001_fi.html)>
- Suontausta-Kyläinpää, S. 2008. *Perhesalaisuudet Vaikenemisesta vapauteen*. Helsinki: Otava.
- Takala, P., Klaukka, T. & Rahkonen, O. 2002. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. *Lääkärilehti*, 42, 4199-4204.
- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti, T. 2004. *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. 5. painos. Porvoo: WS Bookwell.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima.
- Vertio, H. 2003. *Terveyden edistäminen*. Jyväskylä: Gummerus.
- Virkki, Heidi. 2006. *Suomalaisuuden peilissä*. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto. Viitattu 29.3.2011.  
<<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=15650>>
- Yack, E., Sutton, S & Aquilla, P. 2001. *Leikki linkkinä lapseen*. Juva: WS Bookwell.

## Kuviot

- 1 Ulkomailla syntyneiden adoptioinnit Suomeen 1984 - 2009 (Suomen virallinen tilasto)
- 2 Adoptiot syntymämaan mukaan 2009 (Suomen virallinen tilasto)
- 3 Suomeen adoptoidut lapset syntymämaan mukaan
- 4 Suomeen adoptoidut lapset syntymäajan mukaan
- 5 Suomeen adoptoitujen lasten sukupuolijakauma kotimaan mukaan
- 6 Asuinpaikka ennen adoptiota
- 7 Adoptioikä Suomeen saapuessa
- 8 Lapsen ikä kaavakkeen täyttöhetkellä
- 9a ja b Terveyspalvelujen käyttö jaoteltuna maittain
- 10 Terapioiden käyttö jaoteltuna sukupuolen mukaan

Taulukot

1 Adoptiomaat ja adoptiot



## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan hakijoiden nimi/ nimet ANNE JARO		puhelin 040 180885
osoite HETKIVÄENT. 135 12640 JOKINIEMI		
sähköpostiosoite ANNE.JARO@LAUREA.FI		
oppilaitos		
<input type="checkbox"/> yliopisto	<input type="checkbox"/> muu korkeakoulu	<input type="checkbox"/> keskiasteen / ammatillinen koulu
<input checked="" type="checkbox"/> ammattikorkeakoulu	<input type="checkbox"/> muu oppilaitos	<input type="checkbox"/> muu taustayhteisö
tutkimuksen ohjaaja HEENA LAPINLEHTO, PÄIVI LAINE, LAUREA		
toimipaikka ja osoite PÄIVI LAINE LAUREA HYVINKÄÄ UUDENMAANKATU 22		puhelin PÄIVI LAINE 0468567721
oppinro / ammatti 05800 HYVINKÄÄ TTH, ESH/MNSc, RN, PHDCc) LEHTORI		
tutkimuksen nimi ja aihe lyhyesti kuvattuna KANSAINVÄLISTEN ADOPTIO-LAPSEN <del>HOITO</del> TUETUKSIPALVELUJEN JA TERAPIOJEN KÄYTTÖ		
tutkimuksen kohderyhmä ADOPTIO-LAPSET		
<input type="checkbox"/> varsinainen tutkimussuunnitelma liitteenä		
tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppi-tutkimuslaitoksessa		
tutkimuksen tyyppi		
<input type="checkbox"/> väitöskirja	<input type="checkbox"/> itsenäistutkimus	<input type="checkbox"/> Pro Gradu
<input checked="" type="checkbox"/> ammatillinen oppinnäyte	<input type="checkbox"/> muu oppinnäyte	<input type="checkbox"/> muu, mikä
Pääasiallinen tutkimustapa / menetelmä		
<input type="checkbox"/> kysely	<input type="checkbox"/> haastattelut	<input checked="" type="checkbox"/> asiakirja- tai tilastoanalyysi
<input type="checkbox"/> koeasetelma	<input type="checkbox"/> havainnointi	<input type="checkbox"/> muu, mikä
Aineiston suunniteltu keruu-aika		tutkimuksen arvioitu valmistusaika
alkaa	päätyy	
Tarvitsevat salassa pidettävät asiakirjatodot, mitä tietoja ja mistä		
Muit tutkimuksessa käytettävät tiedot kuten haastatteluin ja kyselyin saatavat tiedot, mallit yhteydenottokirjeistä ja suostumusasiakirjoista liitteeksi		
tutkimusaineiston suojaus, missä säilytetään, ATK:lla käsiteltävän aineiston suojaustapa (mahdollisesti käyttäjätunnukset, salasana yms.)		



tunnistetiedot <input type="checkbox"/> tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa		<input type="checkbox"/> tunnistetiedot säilytetään ja analysoidaan
perustelut tunnistetietojen säilyttämiselle		
tutkimusrekisterin hävittäminen <input type="checkbox"/> tutkimusrekisteri hävitetään, kun henkilötiedot eivät enää ole tarpeen tutkimuksen suorittamiseksi tai tulosten asianmukaisuuden varmistamiseksi <input type="checkbox"/> kaikki tunnistetiedot hävitetään		
tutkimusrekisterin arkistointi <input type="checkbox"/> ilman tunnistetietoja <input type="checkbox"/> tunnistetiedoin arkistolaissa tarkoitettuna viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostussuunnitelman mukaisesti <input type="checkbox"/> tunnistetiedoin kansallisarkiston luvalla		
Arvioitu Pelastakaa Lapset ry:n työpanos ja aiheutuvat kustannukset järjestölle		
<b>sitoumukset</b> Minä allekirjoittanut vakuutan noudattavani sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta annetun lain 14 §:ssä säädettyä asiakirjasalaisuutta sekä saman lain 15 §:ssä säädettyä valtiolovelvollisuutta ja hyväksikäyttökieltoa niiden tietojen osalta, jotka olen saanut tehdessäni tutkimusta Pelastakaa Lapset ry:ssä. Hakija sitoutuu lisäksi luovuttamaan yhden kappaleen valmistuneesta tutkimuksesta Pelastakaa Lapset ry:n keskuustoimiston kirjastoon.		
allekirjoitukset salassa pidettäviä tietoja käsitteleviltä henkilöiltä		
paikka ja pvm Helsinki 18.8.2009	allekirjoitus ja nimenselvitys Matti Eronen	
paikka ja pvm Helsinki 18.8.2009	allekirjoitus ja nimenselvitys Anniina Järvi	
paikka ja pvm Turku 18/8 09	allekirjoitus ja nimenselvitys Helena Koponen	
paikka ja pvm Lovella 1.9.2009	hakijan allekirjoitus ja nimenselvitys ANNE JARO	
Päätös <input type="checkbox"/> tutkimuslupa hyväksytty <input type="checkbox"/> tutkimuslupa hylätty Mahdolliset lisäehdot:		
yhteyshenkilö Pelastakaa Lapset ry:ssä		
paikka ja pvm	päättäjien allekirjoitukset ja nimenselvennykset	
jakelu <input type="checkbox"/> hakijalle <input type="checkbox"/> Pelastakaa Lapset ry:n yhteyshenkilölle <input type="checkbox"/> oppilaitoksen tutkimuksen ohjajalle Liitteet		



## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan hakijoiden nimi/ nimet PÄIVI SARKKINEN -ANDERSSON		puhelin 040 565 0140
osoite ANGERUOTIE 28 01390 VANTAA		
sähköpostiosoite PÄIVI.SARKKINEN-ANDERSSON@LAUREA.FI		
oppilaitos <input type="checkbox"/> yliopisto <input type="checkbox"/> muu korkeakoulu <input type="checkbox"/> keskiasteen / ammatillinen koulu <input checked="" type="checkbox"/> ammattikorkeakoulu <input type="checkbox"/> muu oppilaitos <input type="checkbox"/> muu taustayhteisö		
tutkimuksen ohjaaja HELENA LAPINKIEMU                      PÄIVI LAINE, LAUREA		
toimipaikka ja osoite PÄIVI LAINE LAUREA HUUINKÄÄ, UOENMAANKATU 22		puhelin PÄIVI LAINE 040 556 4421
oppiarvo / ammatti OSAO HUUINKÄÄ THM, ESH / MNSc, RN, PHD(c)		
tutkimuksen nimi ja aihe lyhyesti kuvattuna KANSAINVÄLISTEN ADOPTIOKASTEN TERVEYSRAKKE- LUJEN JA TERAPIOIDEN KÄYTTÖ		
tutkimuksen kohderyhmä ADOPTIO LAPSET		
<input type="checkbox"/> varsinainen tutkimussuunnitelma liitteinä		
tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppi-tutkimuslaitoksessa		
tutkimuksen tyyppi <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro Gradu <input checked="" type="checkbox"/> ammatillinen opinnäyte <input type="checkbox"/> muu opinnäyte <input type="checkbox"/> muu, mikä		
Pääasiallinen tutkimustapa/ -menetelmä <input type="checkbox"/> kysely <input type="checkbox"/> haastattelut <input checked="" type="checkbox"/> asiakirja- tai tilastoanalyysi <input type="checkbox"/> koeksittely <input type="checkbox"/> havainnointi <input type="checkbox"/> muu, mikä		
Aineiston suunniteltu keruu-aika alkaa		päättyy tutkimuksen arvioitu valmistumisaika
Tarvittavat salassa pidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä		
Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot kuten haastatteluihin ja kyselyihin saatavat tiedot, malit yhteydenottokirjeistä ja suostumusasiakirjoista liitteeksi		
tutkimusaineiston suojaus, missä säilytetään, ATK:lla käsiteltävän aineiston suojaustapa (mahdollisesti käyttäjätunnukset, salasana yms.)		





tunnistetiedot <input type="checkbox"/> tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa		<input type="checkbox"/> tunnistetiedot säilytetään ja analysoidaan	
perustelut tunnistetietojen säilyttämiselle			
tutkimusrekisterin hävittäminen <input type="checkbox"/> tutkimusrekisteri hävitetään, kun henkilötiedot eivät enää ole tarpeen tutkimuksen suorittamiseksi tai tulosten asianmukaisuuden varmistamiseksi <input type="checkbox"/> kaikki tunnistetiedot hävitetään			
tutkimusrekisterin arkistointi <input type="checkbox"/> ilman tunnistetietoja <input type="checkbox"/> tunnistetiedoin arkistolaissa tarkoitetun viranomaisen aineistona arkistoinnin säännösten nojalla arkistonmuodostussuunnitelman mukaisesti <input type="checkbox"/> tunnistetiedoin kansallisarkiston luvalla			
Avioitu Pelastakaa Lapset ry:n työpanos ja aiheutuvat kustannukset järjestöille			
sitoumukset Minä allekirjoittanut vakuutan noudattavani sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta annetun lain 14 §:ssä säädettyä asiakirjasalaisuutta sekä saman lain 15 §:ssä säädettyä vaitiovelvollisuutta ja hyväksikäyttökieltoa niiden tietojen osalta, jotka olen saanut todessani tutkimusta Pelastakaa Lapset ry:stä. Hakija sitoutuu lisäksi luovuttamaan yhden kappaleen valmistuneesta tutkimuksesta Pelastakaa Lapset ry:n keskuksitoimiston kirjastoon.			
allekirjoitukset salissa pidettäviä tietoja käsittelevistä henkilöistä			
paikka ja pvm Helsinki 18.8.09	allekirjoitus ja nimenselvennys Jari Ståhlberg	paikka ja pvm Helsinki 18.8.09	allekirjoitus ja nimenselvennys Hanna Markkula
paikka ja pvm Jyväskylä 18/8-09	allekirjoitus ja nimenselvennys Helena Korpis Lapinleimu	paikka ja pvm VANTAA 01.09.2009	hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys Päivi Sarkkinen-Andersson PÄIVI SARKKINEN-ANDERSSON
Mahdolliset lisäehdot:			
yhteyshenkilö Pelastakaa Lapset ry:ssä			
paikka ja pvm Helsinki 21.9.2009	päättäjien allekirjoitukset ja nimenselvennykset Pirkko Saavits Hanna Markkula-Kivisa		
jaettu <input checked="" type="checkbox"/> hakijalle <input type="checkbox"/> Pelastakaa Lapset ry:n yhteyshenkilölle <input type="checkbox"/> oppilaitoksen tutkimuksen ohjaajalle	Liitteet		

	N	Tyttöjä	Poikia	Adoptioikä (ka)	Ikä nyt (ka)	sijoitus ennen adoptiota lastenkoti	perhe	us. sij	ei tiedossa
Kiina	404 (28.13%)	385 (48.00%)	19 (3.00%)	1,59	5,75	261 (32.63%)	28 (22.05%)	114 (12.30%)	1
Venäjä	224 (15.60%)	84 (10.47%)	140 (22.08%)	3,60	9,59	115 (14.38%)	1 (0.79%)	108 (11.65%)	
Thaimaa	261 (18.18%)	85 (10.60%)	176 (27.76%)	2,11	7,47	133 (16.63%)	16 (12.60%)	112 (12.08%)	
Etiopia	88 (6.13%)	44 (5.49%)	44 (6.94%)	2,64	9,45	12 (1.50%)	15 (11.81%)	61 (6.58%)	
E-Afrikka	81 (5.64%)	27 (3.37%)	54 (8.52%)	1,61	4,31	52 (6.50%)	10 (7.87%)	19 (2.05%)	
Kolumbia	195 (13.58%)	82 (10.22%)	113 (17.82%)	1,25	8,14	118 (14.75%)	40 (31.50%)	37 (3.99%)	
Filippiinit	54 (3.76%)	21 (2.62%)	33 (5.21%)	1,84	3,96	25 (3.13%)	9 (7.09%)	20 (2.16%)	
Viro	38 (2.65%)	16 (2.00%)	22 (3.47%)	5,80	13,03	24 (3.00%)	0 (0.00%)	14 (1.51%)	
Romania	13 (0.91%)	5 (0.62%)	8 (1.26%)	4,74	12,85	5 (0.63%)	0 (0.00%)	8 (0.86%)	
Puola	7 (0.49%)	3 (0.37%)	4 (0.63%)	2,52	9,43	3 (0.38%)	3 (2.36%)	1 (0.11%)	
Vietnam	16 (1.11%)	16 (2.00%)	0 (0.00%)	0,89	11,69	15 (1.88%)	0 (0.00%)	1 (0.11%)	
Sri Lanka	7 (0.49%)	1 (0.12%)	6 (0.95%)	1,32	16,00	0 (0.00%)	5 (3.94%)	0 (0.00%)	
Intia	44 (3.06%)	30 (3.74%)	14 (2.21%)	1,95	7,30	34 (4.25%)	0 (0.00%)	10 (1.08%)	
Guatemala	1 (0.07%)	1 (0.12%)	0 (0.00%)	1,90	15,00	1 (0.13%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
Israel	2 (0.14%)	1 (0.12%)	1 (0.16%)	1,88	8,50	2 (0.25%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2
Mosambik	1 (0.07%)	1 (0.12%)	0 (0.00%)	1,50	9,00	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>1436</b>	<b>802</b>	<b>634</b>			<b>800</b>	<b>127</b>	<b>505</b>	<b>3</b>

Viim 12kk	Viim 12kk	Viim 12kk	Viim 12kk	Viim 12kk	Viim 12kk	Viim 12kk
lääkäri	terveyskeskus	sairaala pkliniikka	yksityissektori	jossain muualla	terveydenhoitaja	ravitsemusterapeutti
317 (28.23%)	250 (29.80%)	89 (20.09%)	145 (32.73%)	21 (25.00%)	239 (27.19%)	8 (38.10%)
179 (14.66%)	123 (14.66%)	99 (22.35%)	60 (13.54%)	21 (25.00%)	139 (15.81%)	2 (9.52%)
203 (18.08%)	160 (19.07%)	81 (18.28%)	76 (17.16%)	12 (14.29%)	159 (18.09%)	3 (14.29%)
60 (5.34%)	46 (5.48%)	23 (5.19%)	19 (4.29%)	3 (3.57%)	47 (5.35%)	0 (0.00%)
72 (6.41%)	57 (6.79%)	32 (7.22%)	26 (5.87%)	2 (2.38%)	59 (6.71%)	2 (9.52%)
149 (13.27%)	99 (11.80%)	46 (10.38%)	67 (15.12%)	14 (16.67%)	123 (13.99%)	2 (14.29%)
51 (4.54%)	46 (5.48%)	21 (4.74%)	21 (4.74%)	3 (3.57%)	33 (3.75%)	3 (0.00%)
25 (2.23%)	12 (1.43%)	13 (2.93%)	7 (1.58%)	3 (3.57%)	24 (2.73%)	0 (0.00%)
7 (0.62%)	3 (0.36%)	6 (1.35%)	4 (0.90%)	0 (0.00%)	8 (0.91%)	0 (0.00%)
6 (0.53%)	3 (0.36%)	3 (0.68%)	1 (0.23%)	2 (2.38%)	4 (0.46%)	0 (0.00%)
11 (0.98%)	5 (0.60%)	1 (0.23%)	4 (0.90%)	2 (2.38%)	8 (0.91%)	0 (0.00%)
3 (0.27%)	2 (0.24%)	2 (0.45%)	1 (0.23%)	0 (0.00%)	5 (0.57%)	0 (0.00%)
37 (3.29%)	30 (3.58%)	26 (5.87%)	12 (2.71%)	1 (1.19%)	28 (3.19%)	1 (4.76%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.11%)	0 (0.00%)
2 (0.18%)	2 (0.24%)	1 (0.23%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.11%)	0 (0.00%)
1 (0.09%)	1 (0.12%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.11%)	0 (0.00%)
<b>1123</b>	<b>839</b>	<b>443</b>	<b>443</b>	<b>84</b>	<b>879</b>	<b>21</b>

Liite 2

Viim 12kk	Joskus aik.	Viim 12kk	Joskus aik.	Viim 12kk	Joskus aik.	Viim 12kk	Joskus aik.	Viim 12kk	Joskus aik.
psykoterapia	psykoterapia	puheterapia	puheterapia	fysioterapia	fysioterapia	toimintaterapia	toimintaterapia	muu terapia	muu terapia
3 (5.26%)	3 (16.67%)	38 (25.33%)	21 (20.39%)	7(14.00%)	8 (25.00%)	9 (10.98%)	4 (8.33%)	7 (10.61%)	6 (17.65%)
25 (43.86%)	9 (50.00%)	26 (17.33%)	26 (25.24%)	13(26.00%)	6 (18.75%)	30 (36.59%)	21 (43.75%)	20 (30.30%)	9 (26.47%)
6 (10.53%)	0 (0.00%)	36 (24.00%)	21 (20.39%)	9 (18.00%)	5 (15.63%)	15 (18.29%)	4 (8.33%)	15 (22.73%)	4 (11.76%)
1 (1.75%)	3 (16.67%)	0 (0.00%)	3 (2.91%)	5 (10.00%)	0 (0.00%)	4 (4.88%)	3 (6.25%)	6 (9.09%)	1 (2.94%)
2 (3.51%)	0 (0.00%)	8 (5.33%)	1 (0.97%)	2 (4.00%)	1 (3.13%)	3 (3.66%)	1 (2.08%)	1 (1.52%)	1 (2.94%)
7 (12.28%)	0 (0.00%)	18 (12.00%)	17 (16.50%)	2 (4.00%)	6 (18.75%)	11 (13.41%)	7 (14.58%)	2 (3.03%)	6 (17.65%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	6 (4.00%)	3 (2.91%)	3 (6.00%)	0 (0.00%)	3 (3.66%)	0 (0.00%)	4 (6.06%)	0 (0.00%)
10 (17.54%)	1 (5.56%)	2 (1.33%)	4 (3.88%)	2 (4.00%)	0 (0.00%)	1 (1.22%)	0 (0.00%)	3 (4.55%)	2 (5.88%)
0 (0.00%)	2 (11.11%)	2 (1.33%)	1 (0.97%)	0 (0.00%)	1 (3.13%)	0 (0.00%)	3 (6.25%)	4 (6.06%)	2 (5.88%)
2 (3.51%)	0 (0.00%)	3 (2.00%)	2 (1.94%)	1 (2.00%)	2 (6.25%)	2 (2.44%)	2 (4.17%)	1 (1.52%)	0 (0.00%)
1 (1.75%)	0 (0.00%)	1 (0.67%)	1 (0.97%)	2 (4.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (4.17%)	1 (1.52%)	0 (0.00%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.97%)	1 (2.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.94%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	9 (6.00%)	1 (0.00%)	3 (6.00%)	3 (9.38%)	4 (4.88%)	1 (2.08%)	2 (3.03%)	2 (5.88%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.97%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
57	18	150	103	50	32	82	48	66	34

