



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jutta Peltonen 1600787 ja Lotta Svahn 1600785

**HAASTAVASSA ELÄMÄNTILAN-
TEESSA OLEVIEN ÄITIEN KOKEMUK-
SIA PALVELUJÄRJESTELMÄSTÄ**

Äitiyden vaikutus koettuun hyvinvointiin

Sosiaali- ja terveysala
2020

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jutta Peltonen ja Lotta Svahn
Opinnäytetyön nimi	Haastavassa elämäntilanteessa olevien äitien kokemuksia palvelujärjestelmästä. Äitiyden vaikutus koettuun hyvinvointiin.
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	62 + 2 liitettä
Ohjaaja	Heidi Blom

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, millaiseksi päihde- ja/tai mielenterveysongelmista kärsivät äidit kokevat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän. Lisäksi halusimme selvittää, miten raskaus ja äidiksi tuleminen ovat vaikuttaneet äitien koettuun hyvinvointiin. Päättökysymyksenä oli, millaisena päihde- ja/tai mielenterveysongelmista kärsivät äidit kokevat palvelujärjestelmän. Alatutkimuskysymyksinä olivat, miten raskaus ja lapsen syntymä ovat vaikuttaneet äitien koettuun hyvinvointiin sekä se, miten äidit kehittäisivät palvelujärjestelmää, jotta se palvelisi heitä nykyistä paremmin.

Tutkimus oli menetelmältään laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin kyselyllä, joka toteutettiin e-lomakekyselynä. Kyselyssä oli yhteensä 16 kysymystä. Kysymyksillä kartoitettiin äitien taustaa, heidän asiakkuuksiaan eri palveluissa ja heidän tyytyväisyyttään palveluiden sisältöön sekä heidän koettua hyvinvointiaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. E-lomakekyselyssä oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Tutkimustulokset analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimustulosten havainnollistamisen apuna käytettiin kuvioita.

Tutkimustuloksista selvisi, että vastaajat olivat melko tyytyväisiä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään sekä saamiinsa palveluihin. Suurimmaksi kehittämiskohdeeksi äidit nostivat palveluiden oikea-aikaisuuden. Äidit kokivat, ettei apua saatu aina silloin kun olisi tarvinnut. Saadut palvelut koettiin kuitenkin merkittävänä hyvinvointia lisäävänä tekijänä. Vastauksista selvisi myös, että vastaajat oli kohdattu pääsääntöisesti hyvin eri palveluissa.

ABSTRACT

Author	Jutta Peltonen and Lotta Svahn
Title	The Experiences of Mothers in Challenging Life Situations on the Social and Health Care System. The Effect of Motherhood on Experienced Wellbeing.
Year	2020
Language	Finnish
Pages	62 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Heidi Blom

The aim of this bachelor's thesis was to investigate how mothers with substance abuse and/or mental health problems experience the social and health care system. We also wanted to research how pregnancy and becoming a mother have affected mothers' experienced wellbeing. The main research question was how mothers with substance abuse and/or mental health problems experience the social and health care system. The research sub-questions were how pregnancy and becoming a mother have affected mothers' experienced wellbeing and how mothers would develop the social and health care system so that it would serve them better than the present system.

The survey was a qualitative research. The material was collected through a questionnaire which was implemented as an e-form survey. There were 16 questions in the electronic questionnaire. The questions surveyed the mothers' backgrounds, the mothers as clients of different services, their satisfaction with the contents of the services and their experienced wellbeing and factors influencing it. There were both open-ended and closed questions in the questionnaire. The material was analysed with material-based content analysis and demonstrated with figures.

The results of the survey showed that the respondents were quite satisfied with the social and health care system and the services they received. The most essential development need according to the mothers was to offer the services right on time. The mothers experienced that they have not received help always when they needed. However, the services that the mothers received were experienced as a significant factor in increasing wellbeing. The results showed also that the respondents were generally well encountered in different services.

Keywords social and health care system, substance abuse problem, mental health problem, motherhood

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT.....	10
	2.1 Tutkimuksen rajaus.....	11
3	SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ.....	12
	3.1 Sosiaalihuoltolaki.....	13
	3.2 Sosiaalipalvelut.....	14
	3.3 Lapsiperheiden palvelut.....	15
	3.4 Terveyspalvelut.....	15
4	ÄITIYS.....	17
	4.1 Äitiyslaki.....	17
	4.2 Äitiyden tunne.....	17
	4.3 Äitiys ja päihderiippuvuus.....	18
	4.3.1 Kiintymyssuhde.....	18
5	MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI.....	21
	5.1 Mielenterveyslaki.....	22
	5.2 Mielenterveyden häiriöt.....	22
	5.2.1 Masennus.....	23
	5.2.2 Raskauden aikainen ja synnytyksen jälkeinen masennus.....	24
	5.2.3 Ahdistuneisuushäiriöt.....	26
	5.2.4 Pakko-oireinen häiriö.....	27
	5.2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	27
	5.2.6 Skitsofrenia.....	28
6	PÄIHDERIIPPUUUS.....	29
	6.1 Päihdehuoltolaki.....	29
	6.2 Alkoholismi.....	30
	6.3 Huumeriippuvuus.....	31
	6.4 Päihderiippuvuuden kehitys.....	31

6.5	Päihderiippuvuudesta toipuminen.....	32
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34
7.1	Aikaisemmat tutkimukset	34
7.2	Tutkimusote	35
7.3	Aineiston kerääminen	35
7.4	Aineiston analyysi.....	36
7.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	37
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	39
8.1	Vastaajien tausta	39
8.2	Mielenterveys-/ päihdeongelman vaikutus hyvinvointiin.....	40
8.3	Vastaajien aiemmat asiakkuudet eri palveluissa.....	41
8.4	Vastaajien nykyiset asiakkuudet	42
8.5	Asiakkuuksien kesto eri palveluissa	43
8.6	Palveluihin päätyminen.....	43
8.7	Avun saaminen.....	45
8.8	Palveluiden vaikutus hyvinvointiin.....	46
8.9	Vastaajien kokema kohtaaminen palveluissa.....	47
8.10	Tuen oikea-aikaisuus	48
8.11	Palveluiden saatavuus	49
8.12	Vastaajien kokemukset omasta hyvinvoinnistaan	49
8.13	Äidiksi tulon vaikutukset hyvinvointiin ja jaksamiseen	50
8.14	Kokemukset äitiydestä	51
8.15	Vastaajien tukiverkko	52
8.16	Palvelujärjestelmän kehittäminen	52
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	54
10	POHDINTA.....	57
	LÄHTEET.....	60

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Vastaajien jakautuminen mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsiviin.	39
Kuvio 2. Vastaajien näkemykset ongelman vaikutuksesta heidän koettuun hyvinvointiinsa.	40
Kuvio 3. Vastaajien aiemmin käyttämät palvelut.	41
Kuvio 4. Vastaajien tällä hetkellä käyttämät palvelut.	42
Kuvio 5. Vastaajien kokemukset siitä, mitä kautta he ovat ohjautuneet eri palveluiden asiakkaiksi.	44
Kuvio 6. Avun piiriin ohjautuminen.	45
Kuvio 7. Vastaajien kokemuksia palveluiden vaikutuksesta hyvinvointiin.	46
Kuvio 8. Vastaajien kokemuksia siitä, miten heidät on kohdattu palveluissa.	47
Kuvio 9. Vastaajien kokemuksia siitä, onko heidän saamansa palvelu ollut oikea-aikaista eli ovatko he saaneet palvelua silloin, kun ovat sitä tarvinneet.	48
Kuvio 10. Vastaajien kokemukset palveluiden saatavuudesta.	49
Kuvio 11. Vastaajien kokemukset heidän koetusta hyvinvoinnistaan.	50
Kuvio 12. Vastaajien ajatuksia äitiyden vaikutuksesta omaan jaksamiseen.	50
Kuvio 13. Vastaajien kokemuksia siitä, millaiseksi he kokevat äitiyden tällä hetkellä. Onko se enemmän voimavara vai kuormittava tekijä?	51
Kuvio 14. Vastaajien tukiverkko.	52
Kuvio 15. Vastaajien ajatuksia palvelujärjestelmän kehittämisestä.	53

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

1 JOHDANTO

Suomessa asuu tällä hetkellä lähes 1,6 miljoonaa naista, jotka ovat äitejä. Suomea pidetään yhtenä parhaista maista, jonne lapsi voi syntyä ja saada edellytykset hyvään elämään. Tästä huolimatta hyvin moni äideistä on vaikeassa elämäntilanteessa. Esimerkiksi Ensi- ja turvakotien liiton (2018) mukaan vuonna 2017 yli 12 000 vaikeassa elämäntilanteessa olevaa ihmistä haki heiltä apua. Määrä oli kasvanut vuodessa tuhannella ihmisellä ja on samalla Ensi- ja turvakotien liiton historian suurin.

Kehitysvammaliiton (2019) mukaan tällä hetkellä alkoholinkäyttö raskausaikana on yksi keskeisimmistä kehitysvammaisuuden aiheuttajista länsimaissa. FASD:lla tarkoitetaan alkoholista johtuvaa sikiövauriota. Raskaana olevien naisten alkoholinkäyttö saa aikaan kehitysriskin tuhansille sikiöille. Lisäksi vuosittain syntyy 600-3000 lasta, joilla on jonkintasoinen alkoholivaurio. Tarkkaa määrää on kuitenkin vaikea sanoa, sillä aiheesta ei ole tehty laajaa tutkimusta. On kuitenkin arvioitu, että noin 4 % vastasyntyneistä on FASD-lapsia ja noin 6 % raskaana olevista on päihdeongelmaisia.

Mielenterveysongelmat ovat yleinen ilmiö myös lapsiperheissä. Esimerkiksi Suomessa noin 10 % eli noin 6 000 äitiä kärsii vuosittain synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Masennus ei kuitenkaan koske ainoastaan naisia, vaan myös osa isistä sairastuu masennukseen. (Väestöliitto 2019.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien kokemukset sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän vaikutuksesta heidän koettuun hyvinvointiinsa. Tärkeimpänä tarkastelukohteena on tuen oikea-aikaisuus ja se, miten oikein ajoitettu tuki on vaikuttanut äitien koettuun hyvinvointiin.

Opinnäytetyön tekijöille tutkimus antaa arvokasta tietoa uudesta asiakasryhmästä sekä mahdollisuuden kehittää omaa ammatillisuutta. Opinnäytetyössä halutaan korostaa sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän hyviä puolia ja sen tarjoamia mahdol-

lisuuksia myös haastavassa elämäntilanteessa oleville äideille. Päädyimme aiheeseen, koska molempia kiinnosti tietää lisää mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivistä äideistä asiakasryhmänä.

Opinnäytetyöllä halutaan myös kannustaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä äitejä hakeutumaan ja hyödyntämään sosiaali- ja terveystalveluiden mahdollisuuksia.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien kokemuksia siitä, miten raskaus ja äidiksi tuleminen ovat vaikuttanut heidän hyvinvointiinsa. Haluamme myös selvittää, miten äidit ovat kokeneet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän elämänmuutoksen keskellä.

Opinnäytetyössämme keskitytään seuraaviin päihde- ja mielenterveyden ongelmista kärsivien äitien kannalta oleellisimpiin sosiaali- ja terveyspalveluihin: neuvola, Kela (esim. lapsilisät ja sairauspäiväraha), ensi- ja turvakodit, päihdepalvelut, mielenterveyspalvelut, lastensuojelu, varhaiskasvatus, lapsiperheiden kotipalvelu sekä kolmannen sektorin lapsiperheille suunnatut palvelut.

Oletuksena on, että oikea-aikainen tuki edistää äitien kokemaan hyvinvointia ja väärin ajoitettu tai saamatta jäänyt tuki heikentää sitä.

Opinnäytetyön tavoite on nostaa esiin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän vahvuuksia, mutta myös heikkouksia sekä tuen oikea-aikaisuutta äitien näkökulmasta. Tavoitteena on, että tutkimustulosten avulla järjestelmää voidaan kehittää äitien tarpeiden palvelemiseksi ja saada selville, miten voisimme estää äitejä putoamasta palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on myös saada aikaiseksi yleistä keskustelua mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsivien äitien mahdollisuudesta saada tukea sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmältämme. Aihetta ei ole tutkittu vielä kovin laajasti. Jo valmistuneissa tutkimuksissa näkyy vahvasti ammattilaisten näkökulma, mutta äitien näkökulma on aiheen tutkimisessa vielä melko uusi.

Tutkimukseen kutsuttavat henkilöt ovat Suomessa asuvia äitejä, jotka ovat raskauden tai lapsen syntymän aikoihin kärsineet päihde- ja/tai mielenterveysongelmista.

Opinnäytetyön päätutkimuskysymyksenä on, millaisena haastavassa elämäntilanteessa olevat äidit kokevat sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän. Alatutkimuskysymykset ovat:

1. Miten raskaus ja lapsen syntymä ovat vaikuttanut äitien koettuun hyvinvointiin?
2. Miten haastavassa elämäntilanteessa olevat äidit kehittäisivät sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmää, jotta he hyötyisivät siitä enemmän?

Tässä opinnäytetyössä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin äiteihin viitataan jatkossa myös termillä *haastavassa elämäntilanteessa olevat äidit*.

2.1 Tutkimuksen rajaus

Tutkimuksen ulkopuolelle rajataan äidit, jotka eivät kärsi tai ole kärsineet mielen-terveys- ja/tai päihdeongelmista raskausaikana tai lapsen syntymän jälkeen. Äitien ja lasten iällä tai sillä, elävätkö äidit parisuhteessa vai sinkkuina, ei ole väliä. Äidit voivat asua missä päin Suomea tahansa. Tutkimuksen päätarkoitus ei ole tuottaa millekään organisaatiolle tietoa asiakastyytyväisyydestä.

Tutkimuksessa keskitytään sosiaali- ja terveystalveluihin. Halusimme keskittyä haastavassa elämäntilanteessa olevien äitien kannalta olennaisimpiin palveluihin pitääksemme kyselylomakkeen mahdollisimman selkeänä ja ytimekkäänä sekä hel-posti vastattavana. Tutkimuksen ulkopuolelle rajataan sen vuoksi muut hyvinvoin-tipalvelut.

3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ

Kunnilla on vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Palvelujärjestelmällä voidaan ylläpitää tai lisätä hyvinvointi- ja terveyseroja, mikäli siinä ei huomioida erilaisia tarpeita. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että yleensä heikommassa asemassa olevat ihmiset hyötyisivät eniten ennaltaehkäisevistä palveluista, mutta siitä huolimatta niitä käyttävät eniten hyvin koulutetut työssäkäyvät ihmiset. (THL 2019.)

Lakisääteisen pohjan kunnalliselle sosiaalipolitiikalle muodostavat perusoikeuksia koskeva lainsäädäntö, kuntalainsäädäntö sekä sosiaalihuollon lainsäädäntö, johon kuuluu muun muassa sosiaalihuoltolaki, laki lasten päivähoidosta, lastensuojelulaki, toimeentulotukilaki, vammaispalvelulaki ja päihdehuoltolaki. Lisäksi opetus- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja asuntotoimen lainsäädäntö vaikuttavat kunnallisen sosiaalipolitiikan painotuksiin ja tehtäviin. (Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 26-27.)

Kunnat vastaavat kansalaisten tarvitsemien sosiaalipalveluiden järjestämisestä Suomessa. Lainsäädäntö pitää sisällään kunnan järjestämisvelvollisuuden sekä kansalaisten oikeudet palvelujen saantiin. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan sitä, että lainsäädännön määrittämien palveluiden tulee olla kuntalaisten käytettävissä, mutta kunnan ei kuitenkaan ole pakko tuottaa niitä itse. Sekä palvelujen järjestämisvastuuta että toiminnan rahoitusta säätelee laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992). (Kananoja ym. 2008, 156.)

Kunnat voivat kantaa vastuuta riittävästä sosiaali- ja terveyspalveluista monilla eri tavoin. Kunnat voivat esimerkiksi itse ylläpitää omia päiväkotia ja muita palveluorganisaatioita, ylläpitää sairaaloita ja muita palveluorganisaatioita yhdessä toisten kuntien kanssa ja ostaa niistä tarvittavan määrän palveluita omille asukkailleen tai ostaa yksityisten yritysten, järjestöjen tai muiden tuottamia palveluita asukkailleen. Kuntien tulee myös valvoa yksityisten terveyspalveluiden tuottajien toimintaa, joita käyttäessään kunnan asukkaat saavat Kelan korvauksen palvelun hinnasta. Esi-

merkkejä tällaisista palveluista ovat yksityisen lääkärin vastaanotto sekä apteekki-palvelut. Kunnat voivat myös antaa asukkailleen palveluseteleitä, joilla kunnan asukkaat pystyvät ostamaan palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta, kuten esimerkiksi lasten päivähoidon. Lisäksi kunnat voivat kantaa vastuutaan edistämällä yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden toimintaa oman kuntansa alueella. Tämä onnistuu esimerkiksi varaamalla kyseisille toimipisteille tontteja, tarjoamalla niiden työntekijöille edullisia asuntoja ja muita palveluita sekä tekemällä muita erilaisia yhteistyösopimuksia. (Taipale ym. 2011, 53.)

3.1 Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta, turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut ja muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet, edistää asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa sekä parantaa yhteistyötä sosiaalihuollon sekä kunnan eri toimialojen ja muiden toimijoiden välillä (L30.12.2014/1301).

Sosiaalipolitiikasta ja sosiaalihuoltoa koskevan lainsäädännön valmistelusta vastaa Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö (jatkossa STM). Sosiaalihuolto pitää sisällään sosiaalihuollon ammattihenkilön toteuttamaa yksilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta edistäviä ja ylläpitäviä toimia, sosiaalipalveluja ja niihin sisältyviä tukipalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Sosiaalihuoltolaissa (L30.12.2014/1301) säädetään sosiaalipalveluista, jotka kuntien pitää järjestää. Sosiaalipalveluiden tulee sisällöltään antaa tukea arjesta selviämiseen, turvata välttämätön toimeentulo, ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä ja vahvistaa osallisuutta, vastata äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuentarpeeseen, antaa tukea väkivaltaa kokeneille, tukea lapsen tasapainoista kasvua ja kehitystä, vastata päihde- ja mielenterveysongelmista tai muista sairauksista tai vammoista tai

ikäntymisestä johtuvaan tuentarpeeseen sekä tukea tuen tarpeessa olevan omaisia ja läheisiä. (STM 2019.)

3.2 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelu-käsite syntyi 1960-luvulla, jolloin sosiaalihuoltoa alettiin uudistaa. Tästä huolimatta toiminnan juuret ovat kaukana historiassa, jolloin huolehdittiin jo esimerkiksi kuntien köyhäinhoidosta. Kuitenkin vasta 1960-luvun yhteiskunnallisella liikehdinnällä sosiaalipalveluiden sisältöä muutettiin niin, että vanhaa sosiaalihuoltoa muutettiin enemmän palveluiden suuntaan, minkä seurauksena palveluita laajennettiin kaikille kansalaisille. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri, Lahti & Lammi-Taskula 2011, 73.)

Nykyaikana sosiaalipalvelut koskevat kaikkia kansalaisia ja ne ulottuvat kaikkiin elämänvaiheisiin. Tarve saada sosiaalipalveluja vaihtelee kuitenkin kaikkina elämänkaaren vaiheina. Yleensä lapsuudessa palveluita käytetään paljon, esimerkiksi suurinta osaa lapsista hoidetaan päivähoitossa, minkä jälkeen lapset siirtyvät kouluun, jossa myös kouluttaudutaan muiden tukemana. Aikuisiässä palveluiden tarve on yleensä vähäisempi, koska suurin osa aikuisista aloittaa työelämän, jolloin myös pidetään huolta muista sukupolvista. Vanhuudessa palveluita tarvitaan yleensä taas enemmän, kun jäädään eläkkeelle ja toimintakykyyn tulee muutoksia. Suomessa sosiaalipalveluiden hyvä puoli onkin se, että ne ovat universaaleja eli kaikilla on mahdollista käyttää palveluita varallisuudesta riippumatta. Niiden tarkoituksena on tukea selviytymistä ja ihmisten omaa aktiivisuutta sekä olla suojaverkkona. Sosiaalipalvelut on määritelty erikseen sosiaalihuoltolaissa, minkä lisäksi siihen kuuluu myös erityispalveluita, joita on määritelty myös muissa laeissa. (Taipale ym. 2011, 73-74.)

Sosiaalipalvelut koostuvat sosiaalihuoltolaissa (L30.12.2014/1301) määriteltyjen tarpeiden mukaisista asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömistä sosiaalipalveluista. Näitä palveluita ovat esimerkiksi sosiaalityö, perhetyö, kotipalvelu, asumis- ja laitospalvelut, päihdetyö, mielenterveystyö sekä vammaispalvelut. (Kuntaliitto 2017.)

3.3 Lapsiperheiden palvelut

Lasten vanhemmilla on ensisijainen vastuu lapsen kehityksen tukemisesta. Lasten ja vanhempien tukena ja apuna ovat kuitenkin erilaiset lapsiperheiden palvelut. Nämä palvelut tukevat vanhemmuutta ja lapsen sekä vanhempien tai huoltajien mahdollisuuksia toimia lapsen kasvattajina. Lisäksi lapsiperheiden palveluilla yritetään vahvistaa lapsen suotuisaa kasvua ja kehitystä. Keskeisimpiä terveystalve-luita lapsille ja perheille ovat äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido ja kasvatus- ja perheneuvolat. Sosiaalipalveluista perheiden kannalta oleellisimpia palveluita ovat päivähoitopalvelut ja erityissosiaalipalvelut, kuten lastensuojelu ja lapsiperheiden sosiaalityö. Muita lapsiperheille tärkeitä palveluita näiden lisäksi ovat esiopetus ja perusopetus sekä esimerkiksi Kela ja vertaistuen kautta saatava tuki. Suurimman osan lapsien ja perheiden palvelusta tuottavat kunnan eri toimialat, esimerkiksi sosiaalitoimi, terveystoimi, opetustoimi ja kulttuuri- ja liikuntatoimi. Palveluita tuottavat myös kuntayhtymät, järjestöt, seurakunnat sekä yksityiset palveluntuottajat. (Halme, Vuorisalmi & Perälä 2014, 19.)

3.4 Terveystalve-lut

Terveystalve-luilla tarkoitetaan tautien hoitoa, hoivaa, tautien ennaltaehkäisyä, varhaisista tunnistamista sekä terveyden edistämistä ja kuntoutusta. Ennaltaehkäisy pitää sisällään esimerkiksi rokotukset sekä hygieniasta huolehtimisen. Nykypäivänä myös seulonta on tärkeä osuus ennaltaehkäisyä, sillä sen avulla eri tauteja voidaan tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa, jolloin hoito on tehokkaampaa. Terveystalve-luä voidaan ylläpitää kaikilla toimilla, joilla on myönteinen vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn. Kuntoutuksella puolestaan yritetään lieventää taudeista aiheutuvia seurauksia. (Taipale 2011, 95-97.)

Taipaleen ym. mukaan (2011, 95-97) terveydenhuolto on suurimmassa osassa maista jaettu kaikille kuuluvaan perusterveydenhuoltoon sekä keskitetysti tarjottuun erikoissairaanhoidoon. Jaon tarkoituksena on tehostaa palveluiden saatavuutta ja niiden järkevää käyttöä. Yleensä julkinen terveydenhuolto huolehtii tautien hoidosta sekä tautien ennaltaehkäisystä, seulonnasta ja terveyden edistämisestä. Tämä-

kään ei kuitenkaan ole niin yksiselitteistä, sillä esimerkiksi yksityisiltä lääkäriase-
milta ostettuun työterveydenhoitoon kuuluu aina myös ennaltaehkäiseviä palve-
luita.

4 ÄITIYS

Äitiyden alkamisesta on useita eri käsityksiä, mutta usein äitiyden ajatellaan alkavan silloin, kun tieto raskaudesta saadaan. Usein äitiyden herkin vaihe on ensimmäisen lapsen syntymä, sillä silloin kaikki on vielä äidille täysin uutta. Tällöin äidit tarvitsevat usein myös erityisen paljon tukea neuvolasta ja läheisiltä. (Väestöliitto 2019.)

Tilastokeskuksen (2018) mukaan Suomessa on tällä hetkellä 1 587 888 eli lähes 1,6 miljoonaa naista, joilla on joko biologisia lapsia tai ottolapsia. 15-83-vuotiaista naisista 65,9% on synnyttänyt vähintään yhden lapsen.

4.1 Äitiyslaki

Äitiyteen liittyvistä asioista säädetään äitiyslaissa. Äitiyslaissa todetaan, että äiti on lähtökohtaisesti henkilö, joka on synnyttänyt lapsen. Äitiyslakia sovelletaan äitiyden toteamiseen, vahvistamiseen sekä äitiyden kumoamiseen. Lisäksi laissa säädetään äitiyden selvittämisestä ja tunnustamisesta. (L20.4.2018/253.)

4.2 Äitiyden tunne

Pirkko Niemelä (2003) käsittelee artikkelissaan äitiyden tunteen syntymistä orastavan äitiyden ja ydinäitiyden tunteen kautta.

Orastavan äitiyden tunteen vaiheessa äiti käy läpi elämänmuutokseen liittyviä tunteita ja äidin suhde omaan läheisiin saattaa muuttua. Etenkin ensimmäisen raskauden aikana äiti kokee usein suhteen omaan äitiinsä aiempaa merkityksellisemmäksi. Hän saattaa käsitellä suhdetta omaan äitiinsä uudella tavalla. Oman äitisuhteen käsitteleminen valmistaa äitiä ottamaan oman vauvansa vastaan sellaisena kuin hän on ilman, että äidin mahdolliset negatiiviset kokemukset ja tunteet suhteessa omaan äitiin kuormittavat uuden äidin suhdetta vauvaan. Äiti tuntee olonsa vauvan syntymän jälkeisinä päivinä usein epävarmaksi, koska vauvan tavat ja tottumukset eivät ole äidille vielä tuttuja. Myös omat tunteet ja kokemukset voivat hämmentää tuoretta äitiä. (Niemelä 2003, 238-240.)

Ydinäitiyden tunne kehittyy viikkojen ja kuukausien kuluessa, kun äiti oppii tuntemaan vauvansa tarpeet ja reaktiot paremmin, ja vauva on alkanut kokea itsensä ja äitinsä erillisinä kokonaisuuksina. Samoin äiti muodostaa tunteen itsestään äitinä suhteessa juuri tähän vauvaan ja toisen ydinkuvan vauvastaan. Äiti tuntee olevansa sisällä äitiyden ytimessä. Omien tunteiden tunnistaminen ja kokeminen itselleen kuuluviksi kuuluu ydinäitiyden kokemukseen. Äidille on tärkeää, että muut äidit hyväksyvät hänen tapansa olla äiti omalle lapselleen ja rohkaisevat häntä äitiydessä. (Niemelä 2003, 241-242, 248-249.)

4.3 Äitiys ja päihderiippuvuus

Päihteitä käyttäville tuleville äideille raskaus tarkoittaa usein ristiriitaisia ajatuksia suhteessa omaan tahtoon ja todellisuuteen. Toisaalta äidillä on kova tahto luoda tulevaan lapseen mahdollisimman hyvä suhde ja tarve suojella häntä kaikelta pahalta. Toisaalta riippuvuus aiheuttaa kontrollin menettämistä, mikä puolestaan aiheuttaa äidille huonouden ja syyllisyyden tunteita. Päihderiippuvainen äiti saattaa kohtuuttomasti odottaa, että lapsen syntymä muuttaisi kaiken paremmaksi ja auttaisi häntä jopa pääsemään riippuvuudesta eroon. (Punamäki, Belt, Rantala & Posa 2006, 232.)

Raskauden aikana äidin omat lapsuuden kokemukset ja muistot varhaisesta äitisuhteesta aktivoituvat orastavan äitiystunteen kehityessä (Niemelä 2003). Äidiksi tulo muuttaa totuttuja selviytymiskeinoja ja psyykkisiä toimintamalleja, mikä luo hyvän mahdollisuuden päihteistä irtautumiselle. Päihteitä käyttävän äidin motivaatio hoitoon on yleensä tässä vaiheessa myös hyvä, koska äiti tiedostaa positiivisen äitiyskokemuksen merkityksen lapsen kehitykselle. (Punamäki ym. 2006, 232.)

4.3.1 Kiintymyssuhde

Bowlby (1979) määrittelee kiintymyssuhdeteoriassaan kiintymyksen pitkäkestoiseksi psykologiseksi yhteydeksi merkityksellisen ihmisen kanssa. Kiintymyssuhteen laadulla on merkittävä rooli lapsen kehityksen kannalta. (David 2016).

Kiintymyssuhteen muodostumisella on vauvalle ensisijaisen tärkeä merkitys, koska aikuisen läheisyys ja hoiva on vauvan selviämisen kannalta välttämätöntä.

Ihmisellä on synnynnäinen tarve suuntautua toista ihmistä kohti (Sinkkonen 2004 a). Lapsi kiinnittyy turvallisuudentarpeensa vuoksi lähimpään saatavilla olevaan aikuiseen, vaikka tämä olisi laiminlyövä, etäinen tai vihamielinen (Sinkkonen 2004 b, 93). Yleensä vauvan ja hoitajan välille muodostuu jonkinlainen kiintymyssuhde, vaikka se ei olisikaan ideaalinen. Vain erittäin poikkeuksellisissa olosuhteissa vauvan kiinnittyminen hoitajaan jää puuttumaan kokonaan. (Sinkkonen 2004 a.)

Vauva pyrkii alusta asti jäsentämään kokemaansa ja luomaan kokemuksista ennakoitavia tapahtumaketjuja, joissa syyt ja seuraukset seuraavat toisiaan (Sinkkonen 2004 a). Vauva käyttää syntymästään asti itkua välineenä viestittää tarpeitaan hoitajalle. Äiti kokee itkun hälyttävänä tai epämiellyttävänä, mikä saa hänet lähestymään lasta ja poistamaan itkun syyn. Myöhemmin vauva oppii viestimään kontaktinhalustaan myös hymyilemällä ja jokelteleamalla. (Sinkkonen 2004 b, 93-94.) Tavallisesti äiti reagoikin vauvansa itkuun välittömästi ja toimii vauvan tarpeiden mukaisesti. Sitä vastoin psykoottinen tai vakavista päihdeongelmista kärsivä äiti voi toimia lapsen näkökulmasta arvaamattomalla ja odottamattomalla tavalla. Vauva havainnoi äidin toimintatapoja ja oppii toimimaan tavalla, joka varmimmin tuo äidin hänen luokseen ja pyrkii välttämään tapoja, joilla jää vaille äidin hoivaa ja huomiota. (Sinkkonen 2004 a.)

Kiintymystyyli voidaan luokitella turvallisiin ja turvattomiin Mary Ainsworthin havaintojen pohjalta kehitetyn vieras tilanne -menetelmän tulosten mukaan. Ainsworth esitteli tutkimustuloksissaan kolme kiintymyssuhdetyyliä, joista yksi on turvallinen ja kaksi turvattomia. (Sinkkonen 2004 b.)

Turvallisesti kiintyneen lapsen elinympäristössä asiat ovat tapahtuneet johdonmukaisesti ja ennakoitavasti. Lapsen tunteidenilmaisu on johtanut äidin sensitiiviseen lähestymiseen ja häden poistumiseen. (Sinkkonen 2004 b.)

Turvattomat kiintymyssuhteet voidaan jakaa kahteen kategoriaan: välttelevä kiintymyssuhde ja ristiriitainen kiintymyssuhde. Välttelevästi kiintyneet lapset ilmaisevat tunteitaan vähäisesti, koska lapsi on kokenut joutuvansa selviämään niistä yksin. Lapsi oppii hillitsemään tunteitaan, mutta saattaa ääritapauksessa myös menettää yhteyden tunteisiinsa kokonaan. Ristiriitaiselle kiintymyssuhteelle puolestaan

on ominaista lapsen kokemus äidistä, joka on epäjohdonmukainen ja impulsiivinen. Lapsi kokee, että hänellä ei ole suojautumiskeinoja maailman vaaroja vastaan. Riskitietoisesti kiintynyt lapsi on oppinut, että äidin huomion saa parhaiten intensiivisellä tunteiden ilmaisulla, oli se sitten raivokohtaus tai provokatiivinen kiusanteko. (Sinkkonen 2004 b.)

Kasvuympäristön kaoottisuuden takia jotkut lapset eivät löydä mitään toimivaa kiintymysstrategiaa. Tällaista kiintymyssuhdetta kutsutaan organisoimattomaksi. Organisoimattoman kiintymyssuhteen omaava lapsi saattaa jähmettyä paikoilleen kauhusta stressaavissa tilanteissa sen sijaan, että hakisi tukea aikuisesta. (Sinkkonen 2004 b.)

Sinkkonen (2004 b) mukaan on myös mahdollista, että lapsi ei luo varsinaista kiintymyssuhdetta kehenkään. Tällöin taustalla on lukuisia hylkäämiskokemuksia. Kiintymyssuhteen turvallisuutta tai turvattomuuttakaan ei voida tällöin arvioida. Kyseessä on **reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö**.

Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö voi ilmentyä estottomassa tai estyneessä muodossa. Estottomalle muodolle on ominaista, että lapsi osoittaa kaikkia kohtaan rajatonta ja valikoimatonta ystävällisyyttä, kun taas estyneessä muodossa lapsi vetäytyy kaikista sosiaalisista kontakteista. (Sinkkonen 2004 a, 102.)

5 MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI

Hyvinvoinnilla tarkoitetaan kokonaisuutta, joka koostuu useasta eri osa-alueesta. Tavanomaisesti hyvinvointi jaetaan kolmeen eri ulottuvuuteen, jotka ovat terveys, materiaallinen hyvinvointi sekä koettu hyvinvointi tai elämänlaatu. Terveysteen lukeutuu fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen terveys. Fyysistä terveyttä ylläpitää ja edistää liikunta, terveellinen ja monipuolinen ravinto sekä riittävä määrä unta. WHO:N (2013) määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy hahmottamaan omat taitonsa ja selviytymään arjessa, työskentelemään ja osallistumaan yhteisönsä toimintaan. Psyykkistä ja sosiaalista terveyttä edistävät esimerkiksi työ, ihmissuhteet, harrastukset ja kyky rentoutua. Omat elintavat siis vaikuttavat hyvin paljon terveyteen. Materiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavat esimerkiksi ympäristö, asuminen, palvelut sekä toimeentulo. Koettu hyvinvointi tai elämänlaatu tarkoittaa yksilön käsitystä omasta terveydestään, hyvinvoinnistaan ja niistä tekijöistä, joista yksilön kokonaisvaltainen hyvinvointi muodostuu. (WHO 2013; Teppo 2015.)

Hyvinvoinnin käsite voidaan jakaa kolmen ulottuvuuden lisäksi vielä yksilölliseen hyvinvointiin ja yhteisötason hyvinvointiin. Yksilöllisessä hyvinvoinnissa tarkastellaan sosiaalisia suhteita, itsensä toteuttamista, sosiaalista pääomaa sekä onnellisuutta. Yhteisötason hyvinvointiin puolestaan sisältyy muun muassa työhön ja koulutukseen liittyvät asiat, työllisyys ja työolot, toimeentulo sekä elinolot, kuten esimerkiksi ympäristö ja asuinolot. (Teppo 2015.) Eri väestöryhmien välillä on isoja eroa kaikissa hyvinvoinnin osa-alueissa, eivätkä niiden väliset erot hyvinvoinnissa ole kaventuneet, vaikka suomalaisten hyvinvointi onkin kehittynyt parempaan suuntaan. Ammatilla, koulutuksella ja tulotasolla on todettu olevan selvä yhteys hyvinvointiin ja terveyteen. Yhteiskunnallista jakautumista pahentaa se, että pahoinvointi kasaantuu tiettyihin väestöryhmiin. (THL 2019.)

Mielenterveys on tärkeä osa psyykkistä hyvinvointia. On olemassa sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä, jotka suojelevat mielenterveyttä. Sisäisillä tekijöillä tarkoitetaan ihmisen omia taitoja ja ominaisuuksia ja ympäristöä kuten ongelmanratkaisutaitoja, vahvaa sosiaalista turvaverkkoa, hyvää itsetuntoa sekä vuorovaikutustaitoja. Ulkoiset

tekijät puolestaan ovat asioita, joihin ihminen itse ei välttämättä voi suoraan vaikuttaa. Näitä ovat esimerkiksi mahdollisuus kouluttautua, turvallinen elinympäristö sekä kuulluksi tuleminen ja mahdollisuus vaikuttaa itseä koskeviin asioihin. (Mieli Suomen Mielenterveys Ry 2019.)

Mielenterveyttä voidaan edistää yksilötasolla tukemalla elämänhallintaa sekä itse-tuntoa, yhteisötasolla sosiaalista tukea ja osallisuutta vahvistamalla sekä rakenne-tasolla turvaamalla toimeentulo ja huomioimalla yhteiskunnallisessa päätöksenteossa se, etteivät päätökset lisääisi syrjintää ja epätasa-arvoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

5.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaissa mielenterveystyöllä tarkoitetaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä sekä mielenterveystyön edistämistä. Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, ellei laissa toisin säädetä. Lisäksi aluehallintavirasto on vastuussa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta omalla toimialueellaan. Erityisesti aluehallintaviraston tulee valvoa itsemääräämisoikeuden rajoitusten käyttöä. Mielenterveystyön asiantuntijavirastona toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kunnan tehtävänä on huolehtia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä osana kansanterveystyötä. (L14.12.1990/1116.)

5.2 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyshäiriöllä tarkoitetaan yleisesti normaalista poikkeavaa käyttäytymistä, elämänhallinnan menettämistä tai häiritseviä mielensisäisiä ristiriitoja (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 110). Mielenterveyden häiriö on yleisnimi eri psykiatrisille häiriöille. Niissä ilmenee huomattavia psyykkisiä oireita, joista aiheutuu kärsimystä tai haittaa. Mielenterveyden häiriöt ja niiden oireet

ilmenevät monilla eri tavoin. Niiden diagnostiikka perustuu yhteisesti sovittuihin luokituksiin, oireiden määriin sekä niiden ominaispiirteisiin. Diagnostiikan tarkoituksena ei kuitenkaan ole leimata tai luokitella ihmisiä, vaan sen avulla pystytään hoitamaan ja lieventämään potilaan oireita mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hämäläinen ym. 2017, 224-226.)

Duodecim Terveyskirjaston artikkelin mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä käsittelevän artikkelin (2019) mukaan Suomessa noin 1,5 % väestöstä sairastuu vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön ja noin 20% suomalaisista sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Suomen yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat masennus, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt sekä pakko-oireinen häiriö. Yleisimpiä psykoosisairauksia ovat skitsofrenia sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö (Suomen Mielenterveys Ry).

5.2.1 Masennus

Masennuksen tyypillisiä oireita ovat muun muassa lisääntynyt alakuloisuus, väsymys, saamattomuus, ahdistuneisuus, syyllisyyden tunteet, ruokahaluttomuus ja unettomuus. Joskus masentuneella henkilöllä saattaa ilmetä myös kognitiivisia oireita, joita ovat esimerkiksi keskittymisvaikeudet, heikentynyt muisti, psykomotorinen hidastuneisuus sekä toiminnanohjauksen häiriöt. Masennukseen saattaa liittyä myös päihteiden käyttöä. On tutkittu, että 10-30 prosentilla masentuneista on myös päihteiden väärinkäyttöä ja noin 30-60 prosentilla päihteiden väärinkäyttäjistä on masennusta. Usein masennuksen ja samanaikaisen alkoholiiongelman tunnistaminen on vaikeaa. Tämän vuoksi onkin suositeltavaa, että kaikilta masennukseen sairastuneilta kysytään myös alkoholin käytöstä. Alkoholin käyttö vaikeuttaa masennusoireita, heikentää potilaan toipumista ja lisää itsemurhakuolleisuutta. Tämän lisäksi masennus myös lisää retkahduksia alkoholiin. (Hämäläinen ym. 2017, 272-274.)

Mielenterveystalon (2020) mukaan masennukseen sairastuu noin 20 % ihmisistä jossakin elämänsä vaiheessa. Se voi puhjeta missä elämänvaiheessa tahansa iästä

riippumatta. Masennus jaetaan vakavuusasteiden mukaisesti lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen masennukseen. Masennuksen varhainen toteaminen ja hoidon aloittaminen ovat tärkeitä, jotta masennus ei pitkity.

Masennuksen hoito suunnitellaan kaikille potilaille yksilöllisesti. Hoitoon vaikuttavat monet eri tekijät, joita ovat esimerkiksi potilaan omat toiveet hoidon suhteen, potilaan toimintakyky, itsemurhavaara, monihäiriöisyys, somaattinen terveys sekä mahdolliset aikaisemmat hoidot ja kokemukset niistä. Hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhde hoitajan ja potilaan välillä ovat todella tärkeitä. Jos potilaan toimintakyky on alhainen ja hän ei itse kykene suoriutumaan elämästään, potilas ohjataan todennäköisesti sairaalahoitoon. Osastolle tullessaan potilas saattaa tarvita konkreettista apua itsestään huolehtimisessa, sängystä ylösnousemisessa, peseytymisessä ja ruokailussa. Liika auttaminen ei kuitenkaan ole hyväksi, sillä se saattaa passivoida potilasta entisestään. Hoitajan tulisi auttaa potilasta niin, että tämä lisäisi potilaan kokemuksia itsenäisestä selviytymisestä. Ei saisi myöskään olla liian vaativa, sillä sekin voi vahvistaa masentunutta mielialaa, mikäli potilas kokee, ettei pysty vastaamaan hoitajan odotuksiin. Kannustaminen ja aito välittämisen tunne ovat tärkeitä hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa. Suhteen tulisi lisäksi olla aito, turvallinen, luottamuksellinen ja tasa-arvoinen. (Hämäläinen ym. 2017, 274-278.)

Suomen Mielenterveys ry:n (2020) mukaan masennusta hoidetaan useimmiten samanaikaisesti lääkehoidolla sekä psykoterapialla. Lisäksi sen hoidossa annetaan usein keskusteluapua, jota antavat pääasiassa psykiatriset sairaanhoitajat terveyskeskuksissa. Vaikeissa tapauksissa tarvitaan myös sairaalahoitoa. Myös vertaistukiryhmät ovat masennukseen sairastuneille tärkeitä. Niitä järjestetään useilla paikkakunnilla.

5.2.2 Raskauden aikainen ja synnytyksen jälkeinen masennus

Tutkimusten mukaan raskauden aikaisesta masennuksesta kärsii noin 7-20 prosenttia raskaana olevista naisista. Vaikka lapsi olisi toivottu, saattaa odottavilla äideillä ilmetä mielialan laskua, ahdistusta ja itkuisuutta. Usein tällöin on myös epävarma ja avuton olo, minkä lisäksi äidillä voi ilmetä erilaisia pelkoja. Tulevalla äidillä

saattaa myös olla tunne, että mikään ei tunnu miltään, eikä tulevaa välttämättä edes halua ajatella. (Honkavaara, Majamaa & Raimoranta 2018, 9.)

Raskaudenaikaiseen masennukseen liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa aiemmin sairastettu masennus sekä synnytyspelko. Raskauden aikainen masennus saattaa kuitenkin puhjeta myös, vaikkei taustalla olisikaan aiempaa taipumusta masennukseen. Sen taustalla saattaa olla lapsettomuushoitoja, toistuvia keskenmenoja ja vauvan menetyksiä. Raskaus on voinut aloittaa myös yllättäen ja täysin odottamatta. Joskus masennuksen laukaisevia tekijöitä voivat olla myös traumaattinen synnytyskokemus, tyytymättömyys parisuhteeseen tai esimerkiksi vaikeat kokemukset vanhemmuudesta. (Honkavaara ym. 2018, 9-11.)

Honkavaara ym. (2018, 10-11) kertovat, että raskauden aikaista masennusta esiintyy kaikenikäisillä äideillä. Kuitenkin asiantuntijoiden mukaan viime vuosina yli 30-vuotiaiden ja erityisesti ensimmäistä lastaan odottavien äitien raskauden aikainen masennus on lisääntynyt. Tähän syynä saattaa olla se, että hieman vanhemmalla iällä äidiksi tuleva henkilö on saattanut tottua pitämään elämänsä täysin järjestyksessä, kun yhtäkkiä kaikki muuttuu.

Raskauden aikaista masennusta hoidetaan monilla eri tavoin. On kuitenkin ensiarvoisen tärkeää hakeutua hoitoon, sillä muutoin masennus jatkuu helposti myös synnytyksen jälkeen. Usein masentunut äiti saa apua esimerkiksi terapeuttisesta vauvaperhetyöstä tai perheterapiasta. Joissakin tilanteissa pelkkä keskusteluapu riittää, mutta usein avuksi tarvitaan myös lääkitystä. (Honkavaara ym. 2018, 11-12.)

Synnytyksen jälkeen jopa 80 prosenttia äideistä kokee herkistymisvaiheen, jota kutsutaan baby bluesiksi. Silloin äidin mielialat heittelevät ja itkuisuus sekä ärtyneisyys lisääntyvät. Vaihe on tärkeä, sillä se auttaa äitiä sopeutumaan uuteen elämänvaiheeseen ja vastaamaan herkästi pienen vauvan tarpeisiin. Yleensä vaihe menee itsestään ohi ja se kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Kun alkaa tuntumaan siltä, ettei kyseinen vaihe ja sen oireet mene ohi ollenkaan tai ne palaavat takaisin, voi olla kyse synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Siihen sairastuu 10-15 prosenttia äideistä. Masennukseen voi liittyä väsymystä, mikä ei lähde pois edes nukkumalla. Ruokahaluun voi tulla muutoksi ja äidillä saattaa olla univaikeuksia.

Äiti saattaa hoitaa lastaan, mutta ei kuitenkaan ole varsinaisesti läsnä. Usein elämänilo katoaa ja pienet vastoinkäymiset tuntuvat todella suurilta. Ajatukset saattavat olla epävarmoja ja mielessä saattaa olla pakkoajatuksia. (Honkavaara ym. 2018, 28-29.)

Myös synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistavat eri tekijät. Raskaus on voinut olla vaikea ja huolia täynnä. Joskus synnytys on voinut tuntua pelottavalta tai se on ollut traumaattinen. Myös hormonivaihtelulla on iso merkitys synnytyksen jälkeisessä masennuksessa, sillä synnytyksen jälkeen estrogeenin määrä vähenee äkillisesti, mikä vaikuttaa aivojen serotoniinipitoisuuden vähenemiseen. Se laskee mielialaa ja aiheuttaa voimattomuutta. Myös synnytyksen jälkeisessä masennuksessa on tärkeää, että se todetaan mahdollisimman varhain. Usein masennus havaitaan neuvolassa, mistä voidaan varata aika lääkärille. Jos diagnoosi todetaan, voidaan äidille määrätä lääkitys, mutta usein jo pelkästä keskusteluavusta on hyötyä. (Honkavaara ym. 2018, 29-30.)

5.2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, jolla on pelon kaltaisia voimakkaita tunteita, vaikka mitään todellista ulkoista uhkaa tai vaaraa ei ole. Ahdistuneisuutta voi kokea eri vaiheissa elämää ja se on normaalia satunnaisesti, mutta jos oireilu on pitkäkestoista, voimakasta, psyykkisiä tai fyysisiä voimavaroja kuluttavaa sekä toimintakykyä rajoittavaa, puhutaan mielenterveyden häiriöstä. Ahdistuneisuus voi liittyä muihin mielialahäiriöihin tai psykoosisairauksiin. Esimerkiksi noin 50 prosentilla masentuneista henkilöistä ilmenee myös jonkinlainen ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat esimerkiksi pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireiset häiriöt sekä eriasteiset stressireaktiot ja elimellisoireiset häiriöt. (Hämäläinen ym. 2017, 247-248.)

Hämäläisen ym. (2017, 249) mukaan yleisiä oireita ahdistuneisuudessa ovat esimerkiksi kohtauksittainen, tilannesidonnainen tai jatkuva ahdistuneisuus ja huolestuneisuus, mikä on luonteeltaan pitkään jatkunutta ja tilanteeseen nähden liiallista. Lisäksi siihen kuuluu erilaisia pelkoja, jännittyneisyyttä, keskittymisvaikeuksia,

nukahtamis- ja univaikeuksia, motorista levottomuutta ja niin edelleen. Ahdistuneisuudessa ilmenee myös erilaisia fyysisiä oireita, joita ovat muun muassa sydämen-tykytykset, hikoilu, pahoinvointi, vapina, vatsatuntemukset, päänsärky ja erilaiset lihassäryt. Joskus ahdistunut potilas on hätäntynyt ja peloissaan, minkä vuoksi hän tarvitsee turvallisuuden tunnetta sekä tunnetta siitä, että asiat tulevat selviämään.

5.2.4 Pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireinen häiriö luokitellaan ahdistuneisuushäiriöksi. Häiriötä sairastavalla ilmenee erilaisia pakonomaisia ajatuksia ja toimintoja. Toimintoja on pakonomaisesti suoritettava, ajatukset ovat kaavamaisia ja palaavat toistuvasta häiriöstä kärsivän mieleen, eikä niiden vastustaminen onnistu. Pakko-oireisesta häiriöstä puhutaan, kun oireet ovat toistuvia ja jatkuvia ja ne aiheuttavat merkittävää ahdistusta tai kärsimystä. Usein ajatukset ja toiminnot ovat liiallisia ja epärealistisia. (Hämäläinen ym. 2017, 248.)

Suomen mielenterveys ry:n (2020) mukaan yleisimpiä pakkoajatuksia ovat pelko likaantumisesta, pelko tartunnan saamisesta, paknomainen epäily ja symmetrian tarve. Tavallisimpia pakkotoimintoja puolestaan ovat tarkistaminen ja peseminen. Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivä henkilö saattaa esimerkiksi tarkistaa kymmeniä kertoja, että ovi on lukossa tai kahvinkeitin pois päältä. Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivä henkilö saattaa myös esimerkiksi pestä käsiään todella tiheään. Pesemiseen saattaa liittyä myös pitkiä ja monimutkaisia rituaaleja, jotka on pakko suorittaa tiettyssä järjestyksessä.

5.2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla potilaalla esiintyy mielialojen masenusjaksoja ja mielialan kohoamisjaksoja vaihdellen. Mielialat vaihtelevat todella masentuneesta hyvin maaniseen eli yliaktiiviseen. Yleensä oireet kestävät useista päivistä viikkoihin. Välissä saattaa olla myös oireettomia jaksoja. On todettu, että noin puolet kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä jää toteamatta ja niitä hoidetaan pelkästään masennuksena. Tunnistamista hankaloittaa se, että hyvin harva potilas ha-

keutuu hypomaniavaiheessa itsenäisesti hoitoon. Tämän vuoksi aloite hoidon tarpeelle tulee usein potilaan läheisiltä ja sen vuoksi hoitoon tullaankin usein potilaan tahdosta riippumatta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa yhdistyy yleensä lääkehoito ja psykososiaaliset hoitomuodot. (Hämäläinen ym. 2017, 280-282.)

5.2.6 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleisin psykoosiksi luokiteltu vakava ja monimuotoinen psykiatrinen sairaus. Sen yleisimpiä oireita ovat havaintokyvyn häiriöt, kuten esimerkiksi harhaluulot ja aistiharhat. Usein skitsofreniaa sairastavan on vaikeaa tunnistaa oireitaan itse, sillä hän tulkitsee oireiden vaikutuksen alaisena ympäristön viestit usein vääristyneellä tavalla. Yleensä se puhkeaa nuorella aikuisällä ja siihen sairastuu noin 1% ihmisistä elinaikanaan. Alttiutta sairastua skitsofreniaan lisää perinnölliset tekijät ja on tutkittu, että noin joka kymmenes lapsi sairastuu skitsofreniaan elinaikanaan, mikäli toinen hänen vanhemmistaan sairastaa skitsofreniaa. (Hämäläinen ym. 2017, 113-115.)

6 PÄIHDERIIPPUUUS

Suomen mielenterveys ry:n (2019) mukaan riippuvuus voi kehittyä mihin vain aineeseen tai toimintaan. Riippuvuudelle ominaista on se, että henkilö on valmis käyttämään runsaasti aikaa ja vaivaa käyttääkseen jotakin ainetta tai tekemään jotakin toimintaa. Jos se ei jostain syystä ole mahdollista, henkilö tuntee usein ahdistusta ja saattaa saada myös vieroitusoireita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (jatkossa THL) mukaan päihderiippuvuus voi kehittyä eri aineisiin, joita ovat esimerkiksi nikotiini, alkoholi, kannabis, bentsodiatsepiinit, opiaatit sekä amfetamiini. Eri aineisiin liittyvät riippuvuudet ovat usein samankaltaisia.

Päihderiippuvaisuuteen kuuluu päihteen jatkuva ja usein toistuva käyttö, joka saattaa olla täysin pakonomaista. Päihderiippuvainen henkilö ei välitä haitoista, jotka saattavat vaikuttaa negatiivisesti hänen terveyteensä tai sosiaaliseen elämäänsä. (Terveyskirjasto 2018.)

Riippuvuus voidaan jakaa psyykkiseksi, fyysiseksi ja sosiaalseksi riippuvuudeksi. Psykkisellä riippuvuudella tarkoitetaan sitä, että henkilö saa käyttämästään aineesta tai suoritetusta toiminnasta nopeasti tyydytystä. Se voi olla ikään kuin pakokeino todellisuudesta. Aineen tai toiminnan puute voi aiheuttaa henkilössä voimakasta ahdistuneisuutta. Fyysisestä riippuvuudesta tulee fyysisiä vieroitusoireita, joita voivat olla esimerkiksi päänsärky, hikoilu ja tärinä. Sosiaalinen riippuvuus puolestaan tarkoittaa riippuvuuden tunnetta jotakin ryhmää kohtaan. Esimerkiksi tietyssä kaveriporukassa saatetaan aina tupakoida. Sosiaaliseen riippuvuuteen liittyy myös ryhmäpaine. (Suomen mielenterveys Ry.)

6.1 Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolaissa päihteillä tarkoitetaan alkoholijuomia sekä muita aineita, joita käytetään päihtymistarkoituksessa. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä sekä vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä haittoja, jotka voivat olla sekä sosiaalisia että terveydellisiä. Lisäksi päihdehuoltolain tarkoituksena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laissa säädetään kuntien järjestämisvastuusta. Kunnan tehtävänä on huolehtia, että

päihdehuoltoa järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. (L17.1.1986/41.)

6.2 Alkoholismi

Alkoholismi eli alkoholiriippuvuus on krooninen sairaus, jossa ihmiselle kehittyy fyysinen ja psyykinen riippuvuus alkoholiin. Alkoholismista kärsivä käyttää alkoholia toistuvasti ja pakonomaisesti kykenemättä välittämään sen aiheuttamista haittoista. Hänen sietokykynsä alkoholia kohtaan on usein kohonnut ja eriaistiset vieroitusoireet vaivaavat häntä käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä. Alkoholiriippuvuuden taustalla on usein geneettisten taipumusten lisäksi lapsuus- ja nuoruusiän epäedulliset kasvuolosuhteet ja häiriökäyttäytyminen sekä varhaiset päihdekokeilut. Yksilö voi myös lääkittää alkoholilla eriaistisia mielenterveysongelmia. Psyykkisten ongelmien esiintyminen yhdessä alkoholiongelman kanssa onkin yleistä. (Huttunen 2020; Havio ym. 2008, 55-57.)

Suomalaisessa kulttuurissa alkoholi on laillinen ja yleisesti hyväksytty päihde, jonka käyttö on yleistä. Alkoholin käyttö kuuluu suomalaisilla niin arkeen kuin juhlaankin. Alkoholin käytön motiivina on usein niin kohtuukäyttäjillä kuin alkoholisteillakin siitä saadut positiivisiksi koetut vaikutukset. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 53.)

Alkoholin suurkulutuksen riskiraja on miehillä yli 24 annosta viikossa ja naisilla yli 16 annosta viikossa. Kun käytetyt annokset nousevat riskirajojen yli, alkavat terveyshaitat ja toleranssin eli sietokyvyn huomattava nousu olla todennäköisiä. (Havio ym. 2008, 55-57.)

Alkoholin jatkuvalla ongelmakäytöllä on yleensä ikäviä vaikutuksia käyttäjän elämään. Niitä voivat olla esimerkiksi avioero, perheväkivalta, psyykkiset ongelmat ja sairaudet, tapaturma-alttius. Lisäksi naisilla raskaudenaikainen alkoholinkäyttö altistaa keskenmenoille ja sikiön alkoholivaurioille. (Havio ym. 2008, 73.)

6.3 Huumeriippuvuus

Huumeriippuvuudelle, kuten alkoholismillekin, on tyypillistä jatkuva tai usein toistuva pakonomainen käyttö sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista riippumatta. (Huttunen, 2018.)

Huttunen (2018) kertoo artikkelissaan, että Suomessa yleisimmin käytettyjä huumeita ovat erilaiset kannabistuotteet, opiaatit (esim. heroini), amfetamiini ja metamfetamiini, kokaiini sekä hallusinogeenit. Myös hengitettäviä tai impattavia inhaloitteja esiintyy.

Huumeriippuvuuteen liittyy yleensä voimakas fysiologinen riippuvuus, jolloin henkilön toleranssi ainetta kohtaan on noussut. Käytön jälkeisinä päivinä käyttäjällä ilmenee voimakkaita vieroitusoireita, jotka saavat henkilön jatkamaan aineen käyttöä niitä välttääkseen. Riippuvuus voi kuitenkin olla luonteeltaan myös psykologista, jolloin käyttäjä on riippuvainen aineen euforisesta vaikutuksesta ja muista positiiviseksi mielletyistä vaikutuksista. (Huttunen 2018.)

Huumeiden ongelmakäyttäjän elämässä suurin osa ajasta kuluu tyypillisesti aineen hankintaan, käyttämiseen sekä vieroitusoireista selviämiseen. Heistä suurin osa on syrjäytyneitä tai vakavassa syrjäytymisvaarassa olevia. Huumeiden käytöllä lääkitään psyykkisiä tai kehityksellisiä ongelmia ja täytetään jotakin aukkoa elämässä. (Havio ym. 2008, 63-64.)

6.4 Päihderiippuvuuden kehitys

Ihminen on ensimmäisinä elinvuosinaan täysin riippuvainen toisista ihmisistä. Koko ihmisen elämä voidaan tietyllä tavoin käsittää tasapainoiluksi riippuvuuden ja riippumattomuuden välillä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 40)

Mahlerin psykoanalyttisen separaatioindividuaatioteorian mukaan myönteinen riippuvuus edeltää ihmisen kehityksessä riippumattomuuden vaihetta. Myönteinen riippuvuus näkyy ihmisen käyttäytymisessä toistuvana mielihyvää tuottavana toimintana. Kielteinen riippuvuuden kehittyminen puolestaan johtaa haitalliseen, pakonomaiseen riippuvuuteen, joka vie voimavaroja persoonallisuuden kehittymisen

muilta osa-alueilta. Yksi ihmisyyden tärkeistä ominaisuuksista on mielihyvän tavoittelu ja pyrkiminen eroon psyykkistä tasapainoa häiritsevistä voimakkaista tunteista ja mielihavasta. Ihminen oppii sekä myönteistä että kielteistä riippuvuus- ja riippumattomuuskäyttäytymistä positiivisen vahvistamisen kautta. Siksi ihminen toistaa toimiviksi toteamiaan keinoja, mikä aiheuttaa sen, että päihteidenkäytöstä muodostuu joillekin keino tyydyttää tietoisia ja tiedostamattomia tarpeita ja lääkittä negatiivisia tunteita silloin, kun muut keinot eivät tuota toivottua lopputulosta. (Havio ym. 2008, 40-41.)

6.5 Päihderiippuvuudesta toipuminen

Ihmisen motivaatio muutokseen alkaa siitä, kun hän alkaa kyseenalaistaa omaa käyttäytymistään. Kognitiivinen psykologia näkee käyttäytymisen muutoksen useavaiheisena muutoksen pyöränä. Sen mukaan pysyvä muutos on mahdollinen, kunhan tiedostetaan muutoksen eri vaiheet ja niiden vaatima aika ja työ. Pysyvä muutos ihmisen käyttäytymisessä saattaa vaatia useita yrityksiä. (Havio ym. 2008, 47-48.)

Ensimmäinen vaihe muutoksen tiellä on esiharkintavaihe. Esiharkintavaiheessa ihminen ei tyypillisesti vielä tiedosta ongelmaansa. Muut hänen ympärillään elävät ihmiset kuitenkin alkavat kokea henkilön päihteidenkäytön ongelmalliseksi. Käyttäjän kotona ristiriidat voivat lisääntyä ja terveysalan ammattilaiset kuten lääkärit ja työterveyshoitajat huomauttaa päihteidenkäytöstä. (Havio ym. 2008, 48.)

Esiharkintavaihetta seuraa harkintavaihe. Harkintavaiheessa päihteidenkäyttäjä itse alkaa huolestua päihteidenkäytön vaikutuksista omaan elämään, kuten rahatilanteesta, työssä suoriutumisesta tai terveydentilanteesta. (Havio ym. 2008, 48.)

Joskus pitkänkin harkintavaiheen jälkeen muutosprosessissa on vuorossa päätös-vaihe. Voimakkaat tunne-elämykset, läheisten tuki ja oman tilan uudelleenarviointi auttavat ihmistä tekemään päätöksen muutoksesta. Päätöksen jälkeen käyttäjän on tärkeää sitoutua päätökseensä, ryhtyä tekemään konkreettisia asioita muutoksen

eteen ja tehdä muutossuunnitelma, joka voi sisältää tavoitteet, keinot niiden saavuttamiseksi, aikataulun sekä palkkiojärjestelmän pitämään motivaatiota yllä. (Havio ym. 2008, 48-49.)

Toimeenpanovaiheessa muutos alkaa näkyä ulkopuolisille ihmisille. Päihderiippuvainen alkaa hakea vaihtoehtoja päihteidenkäytölle. Hän voi myös puhua käytön vähentämisestä tai raittiudestaan ja saattaa hakea keinoja ja tukea lähipiiriltä päätöksen toteuttamiseksi. Tuen merkitys päihderiippuvaiselle on tässä vaiheessa erittäin suuri. (Havio ym. 2008, 49.)

Toimeenpanovaihetta seuraa ylläpitovaihe. Ylläpitovaiheessa riski palata entiseen käyttäytymismalliin on kasvanut, kun positiiviset kokemukset ja palautteet alkavat muuttua arkiseksi. Arjen piristämiseksi toipuva päihteidenkäyttäjä saattaa taas alkaa käyttää päihteitä. Pettymykset niin ikään altistavat retkahdukselle. (Havio ym. 2008, 49.)

Vanhaan käyttäytymismalliin palaaminen eli retkahdus on osa muutosprosessia. Retkahdus tulisi epäonnistumisen sijaan nähdä mahdollisuutena huomata syyt, jotka altistavat vanhaan käyttäytymismalliin palaamiselle, jotta ne voi jatkossa ottaa huomioon ja jotta ne osaa tarvittaessa välttää. (Havio ym. 2008, 49.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerromme, miten olemme toteuttaneet opinnäytetyömme.

7.1 Aikaisemmat tutkimukset

Mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsivien äitien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikutuksesta koettuun hyvinvointiin ei ole tutkittu vielä kovin laajasti. Jo valmistuneissa tutkimuksissa näkyy vahvasti ammattilaisten näkökulma, mutta äitien näkökulma on aiheen tutkimisessa vielä melko uusi.

Huttunen ja Kekkonen (2018) tutkivat laadullisessa opinnäytetyössään, miltä ammattilaisten silmin näyttää raskaana olevien päihdeidenkäyttäjä-äitien kuntoutuksen nykytilanne sekä tulevaisuus. Tutkimus tehtiin haastattelemalla ammattilaisia, joilla on pitkä työkokemus päihdeäitien päihdekuntoutuksessa toimimisesta. Tutkimustulosten mukaan raskaudenajan päihdehuolto Suomessa on melko hyvä, mutta se kaipaa kuitenkin kehittämistä. Kehitettäviä asioita ovat esimerkiksi perheen kokonaisvaltaisempi huomioiminen sekä parempi yhteistyö eri ammattiryhmien ja kuntoutuspaikkojen maantieteellisen sijainnin osalta. Lisää tietoa kaivattaisiin myös jatkuvasti muuttuvien huumeiden osalta.

Koskinen ja Soininen (2010) tutkivat opinnäytetyössään kirjallisuuskatsauksen avulla, miten päihdeäidit tunnistetaan äitiyshuollossa, miten siellä tuetaan ja seurataan päihdeäitien raskautta sekä miten päihdeäitien jatkohoito järjestetään. Tutkimustuloksista selvisi, että neuvolan työntekijät ovat tärkeässä asemassa päihdetaustaisen äidin tunnistamisessa sekä äitien palveluihin ohjaamisessa. Kuitenkaan kaikkia päihdeäitejä ei tunnisteta. Tuloksista selvisi myös, että työntekijät eivät koe saaneensa riittävästi valmiuksia päihdeäitien kohtaamiseen ja heidän kanssaan työskentelyyn. Äitiyshuollon sisällä moniammatillisuus olisi tärkeää. Tuloksista selvisi lisäksi, että päihdeäidit tarvitsisivat lisää oikeaa ja luotettavaa tietoa esimerkiksi ensi- ja turvakodeista.

Kuronen ja Leino (2018) toteuttivat opinnäytetyönsä kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Sen tarkoituksena oli selvittää, miten mielenterveyshäiriöstä kärsivä äiti

tulisi kohdata lapsivuodeajalla sekä miten mielenterveyshäiriö voidaan silloin tunnistaa. Tutkimustulosten mukaan mielenterveyshäiriön tunnistaminen synnytyksen jälkeen voi olla hyvin haastavaa erilaisen oireilun vuoksi. Tuloksista selvisi, että hoitajien tulisi kiinnittää huomiota äidin ja vauvan väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen sekä sen tukemiseen. Tuloksista selvisi myös, että vertaistuki olisi äideille tärkeää ja hoitoverkoston välinen yhteistyö on hyvin merkittävää.

7.2 Tutkimusote

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää aihe syvällisesti yksilön näkökulmasta. Laadullisen kyselytutkimuksen avulla saadaan syvällistä tietoa vastaajien perimmäisistä perusteluista sekä vaikuttimista. Usein sen avulla voidaan myös ymmärtää aiheen tai ongelman yksityiskohtia. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, mutta ei ennustaa. (SurveyMonkey 2020).

Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Yhteisiä piirteitä laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmissä ovat kohteen esiintymisympäristöön ja taustaan sekä tarkoitukseen ja merkitykseen ja ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat. Laadullista tutkimusta voidaan käyttää itsenäisenä tutkimusmenetelmänä tai sitten sitä voidaan käyttää yhdessä kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen kanssa. (Jyväskylän yliopiston Koppa 2015.)

7.3 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön kysely toteutettiin e-kyselylomakkeella. Kysely saatekirjeineen jaettiin suuressa naisille suunnatussa Facebook-ryhmässä. Kaikilla julkaisun tavoittamilla kohderyhmään kuuluvilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn (liite 2). Vastausaika kyselyyn oli viikko, jonka aikana vastaajia myös muistutettiin kyselyyn vastaamisesta.

Kyselyn mukaan liitettiin saatekirje (liite 1), jotta vastaajat saisivat paremman käsityksen siitä, mistä opinnäytetyössämme on tarkemmin kysymys. Vastausten kerääminen tapahtui maaliskuussa 2020. Saimme kyselyymme yhteensä kahdeksan vastausta.

Kyselyssä oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä vastaajilla oli mahdollisuus avata vastauksiaan laajemmin ja kertoa tarkemmin kokemuksistaan sekä mielipiteistään. Suljetut kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joissa muun muassa tarkasteltiin sitä, minkä palveluiden asiakkaana asiakas on ollut tai on edelleen, palveluiden saatavuutta sekä vastaajien kokemusta omista hyvinvoinnistaan.

Tavoitteenamme oli, että kysely tavoittaisi mahdollisimman laajan joukon äitejä. Lisäksi tavoitteena oli, että äidit vastaavat kaikkiin kysymyksiin. Lomakkeen tekninen toimivuus testattiin tutkimuksen otantaan kuulumattomilla ihmisillä. Kyselylomakkeen kysymysten asettelu mietittiin tarkasti etukäteen, jotta tutkimuksen validiteetti eli tutkimuksen pätevyys olisi mahdollisimman korkea.

7.4 Aineiston analyysi

Kyselyvastaukset käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kyseisessä menetelmässä aineisto on pääosassa, ja teoria rakentuu aineiston ympärille (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sen vuoksi tutkimustuloksia tarkastellessamme meidän oli tärkeää pysyä aineistossa ja sulkea pois aiemmat teoriat ja ennakkokäsitykset.

Sisällönanalyysin tavoitteena on saada aineistosta selville tiivistetty kuvaus ilman aineiston informaatioarvon menetystä. Tarkoituksena oli, että pystymme sisällönanalyysin avulla kuvaamaan aineistosta löytyviä yhtäläisyyksiä sekä eroja. Aineiston keskeiset asiat kuvataan tiivistetysti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin lähtökohtana on, että aineisto vie analyysia eteenpäin. Asioilla, jotka nousevat aineistosta esiin ei ole mitään väliä verrattuna siihen, mitä aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu. Teoriatieto ei saa vaikuttaa asioihin, jotka nousevat esiin aineistosta. (Leinonen 2018.)

7.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Valitsimme aineistonkeruutavaksi kyselyn, sillä oletimme saavamme siten eniten vastauksia. Se myös mahdollisti asiakkaille täyden anonymiteetin, kun he saattoivat täyttää kyselyn paljastamatta henkilötietojaan. Lisäksi kysely mahdollisti sen, että he voivat valita itsellensä kaikista parhaan ajan ja paikan sen täyttämiseksi.

Äitien ei tarvinnut täyttää erillistä lomaketta tietoisesta suostumisesta tutkimukseen osallistumisesta, koska arkaluontoisen aiheen takia heille oli tärkeää saada pysyä täysin anonymyminä. Tätä äideiltä tullutta toivetta halusimme opinnäytetyössämme kunnioittaa. Opinnäytetyömme kyselylomakkeessa on erillinen kohta, jossa on käyty läpi kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus sekä anonymiteetti. Lomakkeessa on kerrottu, että kohtaan vastaamalla vastaaja suostuu siihen, että vastausta käytetään opinnäytetyössä.

TENK:n (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) Hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksessa (2012) esitellään seitsemän keskeistä lähtökohtaa eettisesti toteutetulle tutkimukselle. Ensimmäinen niistä koskee tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat muun muassa rehellisyys ja huolellisuus tutkimustyössä, tutkimuksen dokumentoinnissa ja tulosten esittämisessä sekä arvioinnissa. Ohjeistuksen mukaan aineistonkeruu-, tutkimus ja dokumentointitapojen tulee olla eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Toisiin teoksiin ja aineistoihin tulee viitata asianmukaisella tavalla ja tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä tutkimuksessa syntyneiden aineistojen tallennus tulee tehdä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Asianmukaiset tutkimusluvut tulee olla hankittuna ja mahdolliset yhteistyökumppanit sekä rahoittajat on ilmoitettava asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville henkilöille ja tahoille. Yhteistyökumppanit ja rahoittajat on Hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksen mukaan ilmoitettava ja käsiteltävä myös tutkimuksen julkisissa raporteissa.

Sitouduimme tässä opinnäytetyössä noudattamaan TENK:n eettisiä ohjeita. Toimimme rehellisesti ja huolellisesti tutkimustyössämme, tutkimuksemme dokumentoinnissa ja tulostemme esittämisessä sekä arvioinnissa. Aineistonkeruu-, tutkimus-

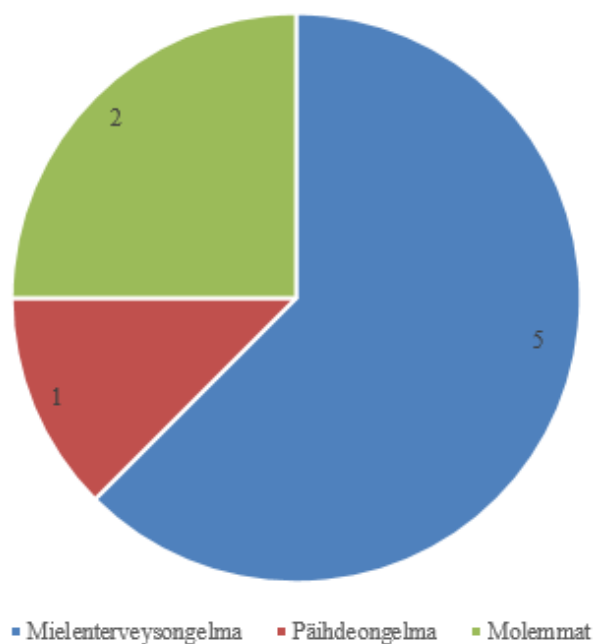
ja dokumentointitapamme ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Toisiin teoksiin ja aineistoihin viittaamme asianmukaisella tavalla ja toteutamme tutkimuksemme suunnittelun, toteutuksen, raportoinnin sekä tutkimuksessa syntyneiden aineistojen tallennuksen tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esittelemme tutkimuksesta saamamme tulokset. Tuloksissa käymme läpi vastauksia, joita on tullut eniten tai jotka olemme kokeneet merkittäviksi tutkimuksen osalta. Tuloksissa näkyy myös suoria lainauksia äitien vastauksista. Ne on erotettu tekstistä sisennyksillä, lainausmerkeillä ja kursivoinnilla.

8.1 Vastaajien tausta

Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin, onko vastaajalla mielenterveys- vai päihdeongelma. Myös molempiin vastausvaihtoehtoihin oli mahdollista vastata. Kysymys oli pakollinen, joten siihen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.

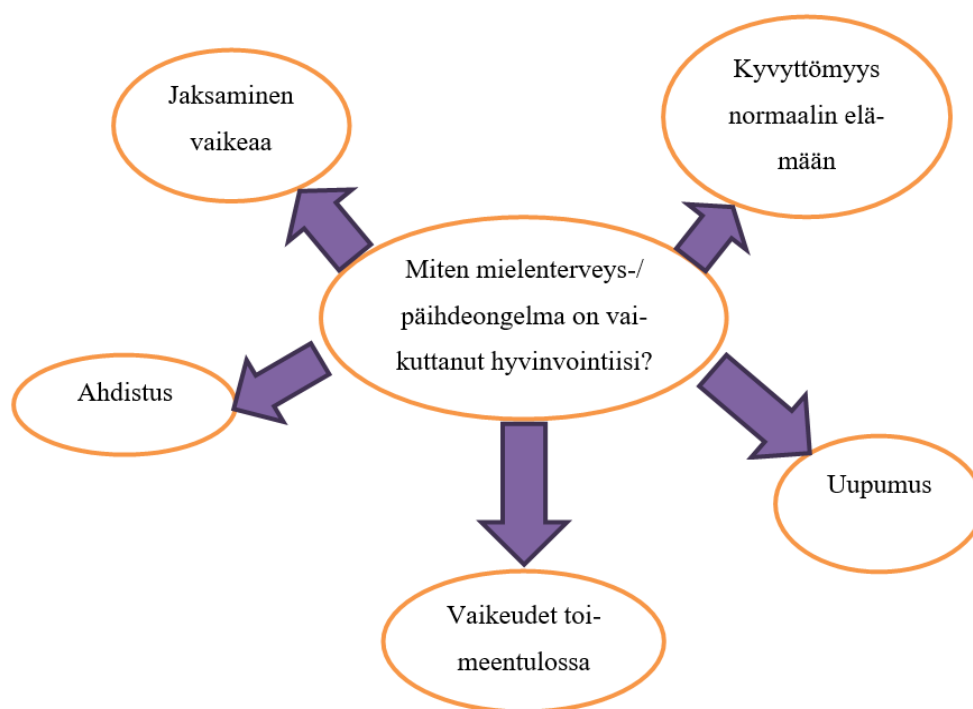


Kuvio 1. Vastaajien jakautuminen mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsiviin.

Suurin osa vastaajista kärsi mielenterveysongelmasta. Kaksi vastaajaa vastasi kärsivänsä sekä mielenterveys- että päihdeongelmasta. Ainoastaan yksi vastaaja kertoi kärsivänsä päihdeongelmasta.

8.2 Mielenterveys-/ päihdeongelman vaikutus hyvinvointiin

Toisessa kysymyksessä tutkittiin, miten vastaajan mielenterveys- ja/tai päihdeongelma on vaikuttanut hänen koettuun hyvinvointiinsa. Kysymykseen tuli yhteensä seitsemän vastausta.



Kuvio 2. Vastaajien näkemykset ongelman vaikutuksesta heidän koettuun hyvinvointiinsa.

Suurin osa vastaajista kertoi jaksamisvaikeuksien ja uupumuksen rajoittavan arkeaan.

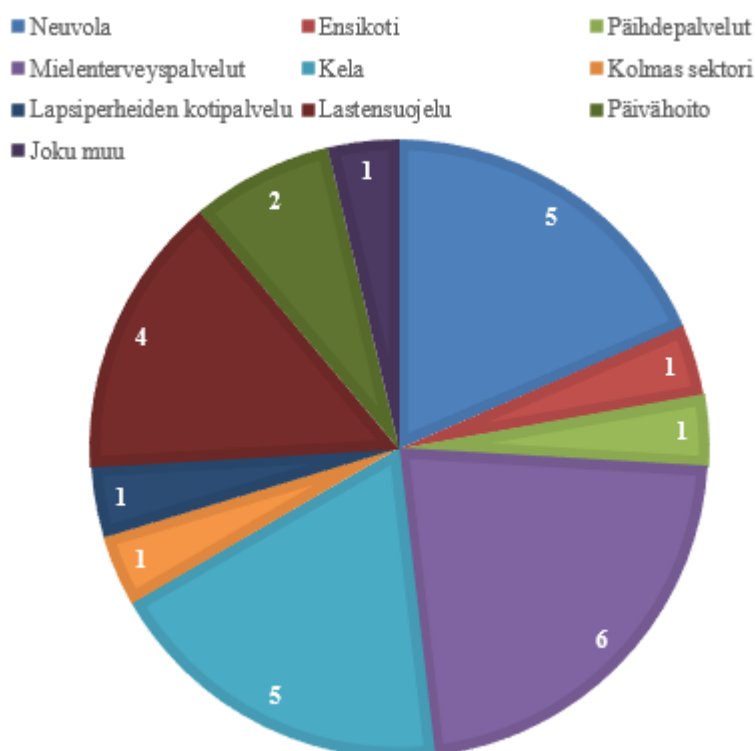
”Jaksaminen välillä vaikeaa lapsen kanssa.”

Muita vastauksista esiin nousseita asioita olivat muun muassa ahdistus, toimeentulovaikeudet, kyvyttömyys normaaliin elämään.

Yhteistä kaikille vastauksille oli, että päihde- ja/tai mielenterveysongelmien koettiin vaikuttavan negatiivisella tavalla vastaajien omaan hyvinvointiin.

8.3 Vastaajien aiemmat asiakkuudet eri palveluissa

Kolmas kysymys oli monivalintakysymys, jonka avulla haluttiin selvittää, minkä palveluiden asiakkaana vastaajat ovat olleet aiemmin. Vastaajat pystyivät valitsemaan niin monta vastausvaihtoehtoa kuin he halusivat. Kysymykseen vastasi kaikki kahdeksan vastaajaa.



Kuvio 3. Vastaajien aiemmin käyttämät palvelut.

Suurin osa vastaajista kertoi olleensa aikaisemmin mielenterveyspalveluiden asiakkaana. Toiseksi eniten vastaajia oli ollut Kelan tai neuvolan asiakkaina. Kolmanneksi eniten vastaajia kertoi olleensa aikaisemmin lastensuojelun asiakkaana. Lisäksi päivähoiton asiakkaina oli yhteensä ollut kaksi vastaajaa.

Yksittäisiä vastauksia saivat päihdepalvelut, lapsiperheiden kotipalvelu, ensikoti ja kolmas sektori. Kolmannesta sektorista asiakkaille annettiin esimerkiksi Irti Huumeista ry sekä Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

8.4 Vastaajien nykyiset asiakkuudet

Neljäs kysymys oli monivalintakysymys, jonka avulla selvitettiin, minkä palveluiden asiakkaana vastaajat ovat tällä hetkellä. Myös tässä kysymyksessä oli mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.



Kuvio 4. Vastaajien tällä hetkellä käyttämät palvelut.

Suurin osa vastaajista kertoi olevansa tällä hetkellä Kelan asiakkaina. Toiseksi eniten vastauksia sai lastensuojelu ja neuvola. Kolmanneksi eniten vastaajat kertoivat olevansa päivähoiton asiakkaana. Lisäksi kolme vastaajista kertoi olevansa mielenterveyspalveluiden asiakkaana ja kaksi päihdepalveluiden asiakkaana. Ainoastaan yksi vastaajista kertoi olevansa kolmannen sektorin asiakkaana. Yhtään vastauksia ei saanut ensikoti, lapsiperheiden kotipalvelu tai joku muu.

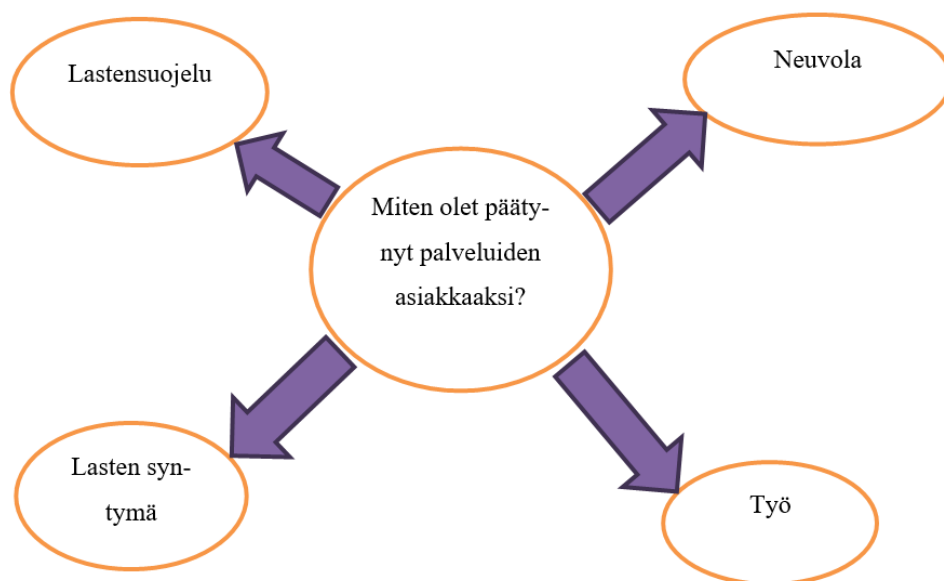
8.5 Asiakkuuksien kesto eri palveluissa

Viides kysymys oli avoin kysymys, jossa pyydettiin vastaajia kertomaan, minä vuosiina he ovat olleet mainittujen palveluiden asiakkaina. Lisäksi kysymyksessä pyydettiin erikseen kertomaan vuodet kunkin palvelun kohdalla. Kysymykseen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.

Vastauksissa oli paljon hajontaa. Kaikkien vastaajien elämässä neuvola ja Kela olivat olleet mukana useita vuosia. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaana oli oltu kausittain aina muutaman vuoden kerrallaan. Turvakodin asiakkaana olleet vastaajat olivat käyttäneet palvelua vain lyhyen ajan. Lastensuojelun päättyneet asiakkuudet vaihtelivat pituudeltaan kolmesta vuodesta kymmeneen vuoteen. Varhaiskasvatuksen asiakkaista kukaan ei eritellyt asiakkuutensa pituutta.

8.6 Palveluihin päätyminen

Kuudes kysymys oli avoin kysymys ja se koski sitä, miten vastaajat ovat päätyneet eri palveluiden asiakkaina. Kysymykseen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.



Kuvio 5. Vastaajien kokemukset siitä, mitä kautta he ovat ohjautuneet eri palveluiden asiakkaiksi.

Puolet vastaajista eli yhteensä neljä vastaajaa kertoi tulleen ohjatuksi palveluihin neuvolan toimesta.

”Neuvolasta ohjattu lapsiperheiden kotipalveluiden asiakkaaksi.”

”Neuvolasta laitettiin päihdekuntoutukseen ja lasun asiakkaaksi.”

Lisäksi vastauksista nousi esille, että heitä on ohjattu palveluiden pariin esimerkiksi lastensuojelun tai työn kautta.

”Minulle tarjottiin apua työn kautta.”

Vastaajat kertoivat myös, että lapsen syntymällä on ollut merkittävä osuus palveluiden pariin ohjautumisessa, sillä lapsen syntymän kautta Kelan ja neuvolan asiakkuus alkaa automaattisesti.

”Lapsia ko syntyy nii Kela ja neuvola tulee kuvioihin.”

8.7 Avun saaminen

Seitsemäs kysymys oli avoin kysymys ja siinä vastaajilta kysyttiin, millaista apua he ovat saaneet ja mistä. Lisäksi pyydettiin antamaan jokin konkreettinen esimerkki. Kysymykseen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.

Palvelu	Saatu apu
Kela	Taloudellinen tuki
Lastensuojelu	Tukihenkilötyö, ohjattu hoitoon, auttanut jaksamaan arjessa
Terveyspalvelut	Ohjattu mielenterveyspalveluiden piiriin
Päihdepalvelut	Tukea päihteettömyyteen, keskusteluapu
Oma lähipiiri	Tukea jaksamiseen

Kuvio 6. Avun piiriin ohjautuminen.

Palveluihin oli ohjautettu pitkälti muiden palveluiden kautta. Esimerkiksi lastensuojelun kautta oli ohjautettu päihdekuntoutukseen ja saatu oma tukihenkilö. Lastensuojelun koettiin myös auttaneen jaksamaan arjen keskellä.

”Lasu auttanut jaksamaan pahimman yli.”

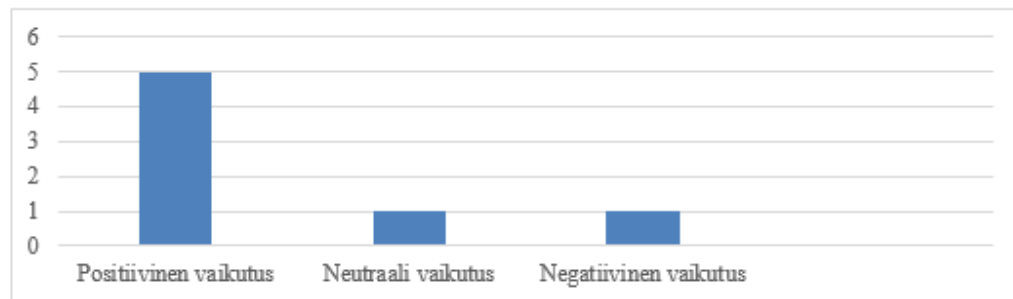
Terveyspalveluista oli ohjautettu mielenterveyspalveluihin, josta oli päästy psykiatrisen sairaanhoitajan tarjoaman keskusteluavun piiriin. Myös Kelan tarjoama tuki toimeentuloasioissa sekä omien läheisten tuki koettiin tärkeäksi.

”Kela auttanut toimeentulossa.”

”Oma perhe ollut tukena.”

8.8 Palveluiden vaikutus hyvinvointiin

Kahdeksas kysymys oli avoin kysymys, jolla haluttiin selvittää, miten vastaajat kokivat palveluiden vaikuttaneen heidän hyvinvointiinsa. Kysymykseen saatiin seitsemän vastausta.



Kuvio 7. Vastaajien kokemuksia palveluiden vaikutuksesta hyvinvointiin.

Suurin osa vastaajista, eli viisi seitsemästä vastasi, että palveluilla on ollut positiivinen vaikutus heidän hyvinvointiinsa.

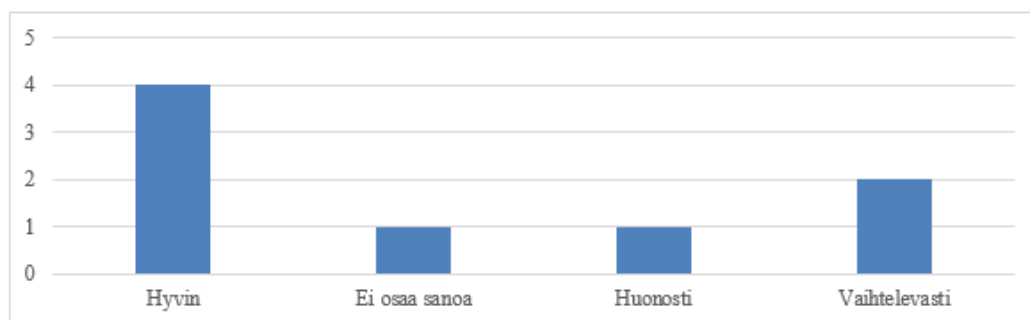
”Tärkeää. Olisin varmasti kuollut muutoin.”

”On ne auttaneet pysymään pinnalla.”

Neutraaliksi palveluiden vaikutuksen koki yksi vastaaja. Yksi vastaaja koki palveluiden vaikuttaneen hyvinvointiinsa negatiivisesti.

8.9 Vastaajien kokema kohtaaminen palveluissa

Yhdeksäs kysymys oli avoin kysymys, jolla haluttiin selvittää vastaajien ajatuksia siitä, miten heidät on kohdattu heidän käyttämässään palveluissa. Kysymykseen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.



Kuvio 8. Vastaajien kokemuksia siitä, miten heidät on kohdattu palveluissa.

Puolet vastaajista koki, että heidät on kohdattu palveluissa hyvin.

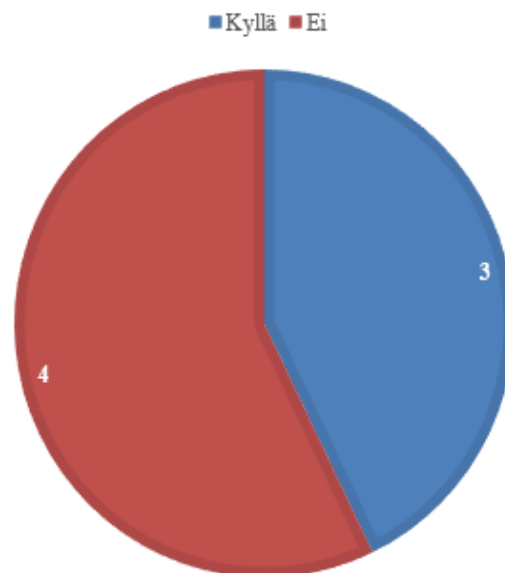
”Hetimitettiin yksilöllisesti vastaan ja tarjottiin apua.”

Yksi vastaaja koki, että hänen kohtaamisensa palveluissa on ollut huonoa. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. Kaksi vastaajaa koki tulleen kohdatuksi välillä hyvin ja välillä huonosti.

”Pääasiassa hyvin, joskus tuomitsevasti.”

8.10 Tuen oikea-aikaisuus

Kymmenennessä kysymyksessä selvitettiin, kokeeko vastaaja saaneensa apua oikeaan aikaan eli silloin kun vastaaja on sitä tarvinnut. Kysymys oli avoin kysymys ja siihen vastasi yhteensä seitsemän vastaajaa.



Kuvio 9. Vastaajien kokemuksia siitä, onko heidän saamansa palvelu ollut oikea-aikaista eli ovatko he saaneet palvelua silloin, kun ovat sitä tarvinneet.

Kolme vastaajaa kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että ovat saaneet palveluita silloin, kun ovat niitä tarvinneet.

”Kyllä. Aina saanu avun ko pyytäny”

”Olen. Minut on sijoitettu lastensuojeluyksikköön alaikäisenä.”

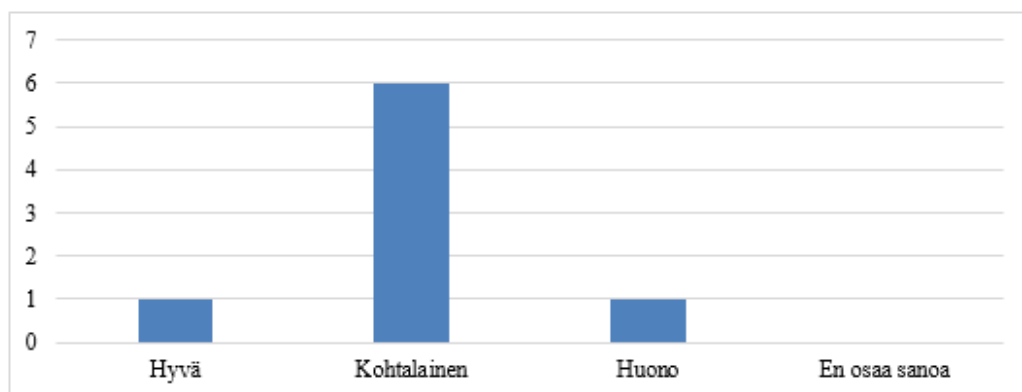
Yhteensä neljä vastaajaa olivat sitä mieltä, että he eivät ole saaneet palveluita oikea-aikaisesti, silloin kun olisivat sitä tarvinneet.

”Ei ole ollut. Avun saaminen on ollut vaikeaa.”

”...maksaria joutui odottamaan liian kauan, siinä ehti retkahtaa”

8.11 Palveluiden saatavuus

Yhdennessätoista kysymyksessä selvitettiin vastaajien mielipiteitä siitä, minkälainen heidän mielestään on palveluiden saatavuus. Tämä kysymys oli monivalintakysymys, jossa oli neljä eri vaihtoehtoa, joista oli mahdollista valita vain yksi. Vastausvaihtoehdot olivat hyvä, kohtalainen, huono ja en osaa sanoa. Kaikki kahdeksan vastaajaa vastasivat kysymykseen.

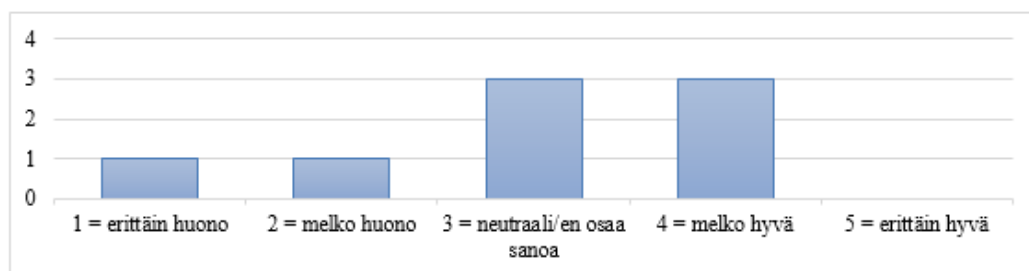


Kuvio 10. Vastaajien kokemukset palveluiden saatavuudesta.

Vastaajista yksi kertoi kokevansa, että palveluiden saatavuus on hyvä. Suurin osa vastaajista eli yhteensä kuusi vastaajaa kertoi, että heidän mielestään palveluiden saatavuus on kohtalainen. Ainoastaan yksi vastaajista oli sitä mieltä, että palveluiden saatavuus on huono. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”En osaa sanoa”.

8.12 Vastaajien kokemukset omasta hyvinvoinnistaan

Kahdennessatoista kysymyksessä kysyttiin, minkälaiseksi vastaajat kokevat hyvinvointinsa tällä hetkellä. Kysymys oli monivalintakysymys, jossa oli viisi eri vastausvaihtoehtoa. Vastaajat pystyivät valitsemaan ainoastaan yhden vastausvaihtoehdon. Vastaajien tuli arvioida omaa hyvinvointiaan numeroasteikolla yhdestä viiteen. Vastaajille kerrottiin ohjeistukseksi vastaamiseen, mitä eri vaihtoehdot tarkoittavat: 1= erittäin huono, 2= melko huono, 3= neutraali/en osaa sanoa, 4= melko hyvä ja 5= erittäin hyvä. Kaikki kahdeksan vastaajaa vastasivat kysymykseen.

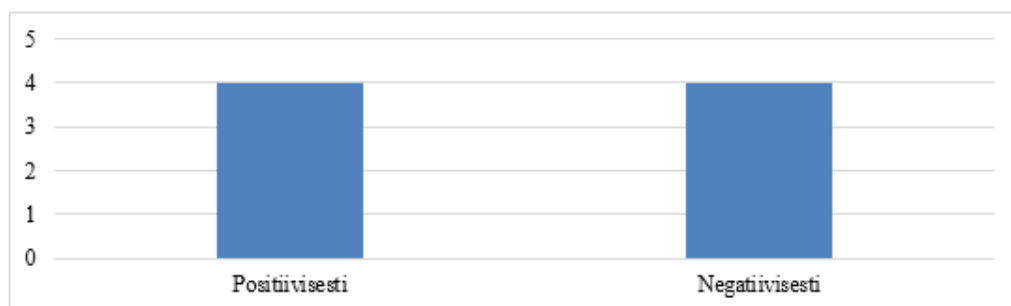


Kuvio 11. Vastaajien kokemukset heidän koetusta hyvinvoinnistaan.

Vastaajista yksi koki, että hänen hyvinvointinsa on tällä hetkellä erittäin huono. Yksi vastaajista koki hyvinvointinsa huonoksi. Kolme vastaajaa kertoi kokevansa hyvinvointinsa olevan neutraali tai he eivät osanneet vastata siihen. Kolme vastaajista koki hyvinvointinsa melko hyväksi. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan kokenut hyvinvointinsa olevan erittäin hyvä.

8.13 Äidiksi tulon vaikutukset hyvinvointiin ja jaksamiseen

Kolmannessatoista kysymyksessä selvitettiin, miten äidiksi tuleminen on vaikuttanut vastaajien kokemuksiin heidän omasta hyvinvoinnistaan tai jaksamisestaan. Kysymys oli avoin kysymys ja siihen vastasivat kaikki kahdeksan vastaajaa.



Kuvio 12. Vastaajien ajatuksia äitiyden vaikutuksesta omaan jaksamiseen.

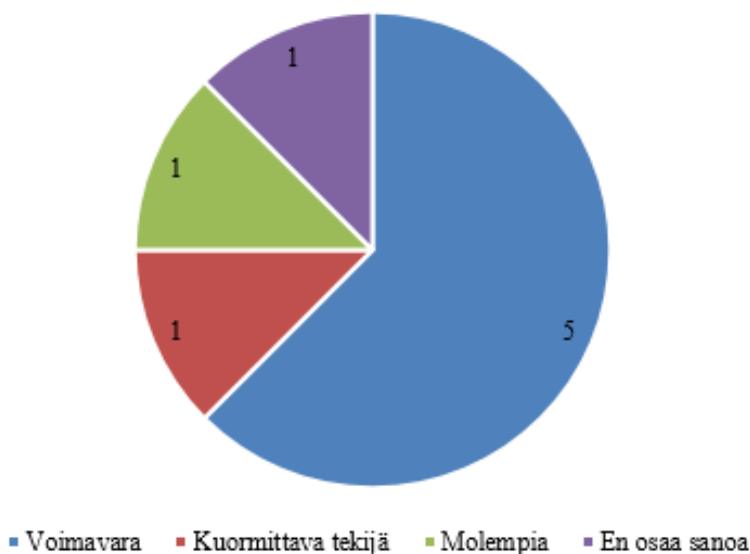
Puolet vastaajista koki äidiksi tuleminen vaikuttaneen omaan hyvinvointiin ja jaksamiseen positiivisesti ja puolet negatiivisesti. Vastaajat nimesivät jaksamisen haasteiksi äitiyden mukanaan tuoman väsymyksen. Raskausaika ei myöskään ollut kaikille vastaajille ollut helppo.

”Raittiuden kautta opin äidiksi ja arvostamaan elämää ja lapsia.”

”Esikoisen kanssa oli tosi vaikeaa. Juominen lisääntyi.”

8.14 Kokemukset äitiydestä

Neljästoista kysymys koski sitä, miten vastaajat kokevat äitiyden tällä hetkellä. Kysymyksessä kartoitettiin sitä, kokevatko vastaajat äitiyden enemmän voimavaraksi vai kuormittavaksi tekijäksi. Kysymys oli avoin kysymys ja siihen saatiin yhteensä kahdeksan vastausta eli kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen.



Kuvio 13. Vastaajien kokemuksia siitä, millaiseksi he kokevat äitiyden tällä hetkellä. Onko se enemmän voimavara vai kuormittava tekijä?

Suurin osa vastaajista koki äitiyden olevan tällä hetkellä heille enemmän voimavara kuin kuormittava tekijä.

”Voimavara! Vaikka kantapään kautta joutunut oppimaan”

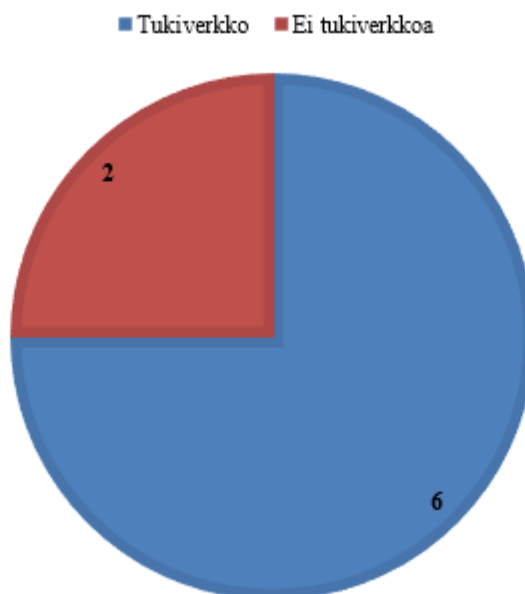
”Kai voimavara mutta olis kiva jos lasta vois nähä enemmän”

Yksi vastaajista kertoi kokevansa äitiyden olevan tällä hetkellä enemmän kuormittava tekijä.

Yksi vastaaja kertoi, ettei osaa sanoa ja yksi oli sitä mieltä, että hän kokee äitiyden olevan sekä voimavara että kuormittava tekijä.

8.15 Vastaajien tukiverkko

Viidennessätoista kysymyksessä kartoitettiin sitä, minkälainen tukiverkko kyselyyn vastaajilla on. Kysymys oli avoin kysymys ja siihen vastasi kaikki kahdeksan vastaajaa. Vastaukset jakautuivat kahtia heihin, joilla tukiverkkoa on, ja heihin, joilla sitä ei ole.



Kuvio 14. Vastaajien tukiverkko.

Kuusi kahdeksasta vastaajasta nimesi vähintään yhden henkilön kuuluvaksi omaan tukiverkkoonsa. Tukiverkostoon nimettiin omat läheiset, NA sekä oma tukihenkilö. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heidän tukiverkkonsa on huono tai sitä ei ole lainkaan.

8.16 Palvelujärjestelmän kehittäminen

Kyselyn kuudestoista ja samalla viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jossa selvitettiin, miten vastaajat kehittäisivät palvelujärjestelmää. Kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen eli vastauksia tuli yhteensä kahdeksan.



Kuvio 15. Vastaajien ajatuksia palvelujärjestelmän kehittämisestä.

Kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen eri tavalla. Kuviossa on mukana kaikki saadut vastaukset suorina lainauksina.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käsitellään tutkimustulokseksi saatujen vastausten kautta esiin nousseita asioita.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien kokemuksia siitä, miten raskaus ja äidiksi tuleminen on vaikuttanut heidän hyvinvointiinsa. Halusimme myös selvittää, miten äidit ovat kokeneet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän elämänmuutoksen keskellä. Opinnäytetyön tavoite oli nostaa esiin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän vahvuuksia, mutta myös heikkouksia sekä tuen oikea-aikaisuutta äitien näkökulmasta.

Päätutkimuskysymyksenämme oli, millaisena haastavassa elämäntilanteessa olevat äidit kokevat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän. Tutkimustulosten mukaan vastaajat olivat melko tyytyväisiä palvelujärjestelmään. Vastaajat kokivat hyötynsä palveluista haastavassa elämäntilanteessa. Joistain palveluista oli ollut apua niin paljon, että tarve palvelulle oli kadonnut ja sen asiakkaat olivat saaneet keinoja, joilla pärjätä omillaan. Muutamat vastaajat kokivat saaneensa oikeanlaista tukea oikeaan aikaan, mutta suurin osa vastaajista koki saaneensa apua liian myöhään. Eri-tyisesti mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsivillä asiakkailla tuen oikea-aikaisuus on todella tärkeää, koska kuten kyselyvastauksistakin kävi ilmi, vointi ja motivaatio ehtivät huonontua apua odotellessa.

Ensimmäinen alatutkimuskysymyksemme koski äitien ajatuksia siitä, miten äidiksi tuleminen on vaikuttanut äidin omaan hyvinvointiinsa. Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että vastaajat kokivat äidiksi tuleminen vaikuttaneen omaan hyvinvointiin sekä positiivisesti että negatiivisesti. Vastauksista oli tulkittavissa, että lapsi itsessään koettiin voimavaraksi, mutta äitiyden mukanaan tuoma väsymys ja vastuu kuormittivat vastaajia.

Toisena alatutkimuskysymyksenämme oli, miten äidit kehittäisivät nykyistä palvelujärjestelmää, jotta se vastaisi heidän tarpeisiinsa nykyistä paremmin. Vastauksissa nostettiin useita kertoja esiin suuret vaikeudet palveluiden oikea-aikaisuudessa.

Muita laajoja kehittämissideoita ei nostettu esiin. Palveluiden oikea-aikaisuuden parantaminen vaatii laaja-alaista muutosta niin työskentelytavoissa, kuin koko palvelujärjestelmän rakenteessa. Tuleva sote-uudistus avaakin hyviä mahdollisuuksia pureutua myös tähän ongelmaan palvelujärjestelmän rakenteista käsin.

Palvelujärjestelmän erityiseksi vahvuudeksi nousi useaan kertaan eri palveluiden kautta saatu keskusteluapu, joka koettiin hyvin tärkeäksi hyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Vastausten perusteella siihen, onko tuen oikea-aikaisuudella vaikutusta vastaajan hyvinvointiin, ei saatu selkeää vastausta. Palveluiden oikea-aikaisuutta koskevaan kysymykseen vastaamista hankaloitti kuitenkin se, että kysymys koski palveluiden oikea-aikaisuutta yleisellä tasolla, eikä siinä pyydetty erittelemään kokemuksia eri palveluiden suhteen. Aineistosta oli tulkittavissa, että oletuksemme siitä, että oikea-aikainen tuki edistää äitien kokemaa hyvinvointia ja väärin ajoitettu tai saamatta jäänyt tuki heikentää sitä, oli oikeansuuntainen.

Tulosten pohjalta pohdimme, että palvelujärjestelmässä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän palveluohjauksellista työtettä. Palveluohjauksellinen työote vähentäisi asiakkaiden juoksuttamista ”luukulta luukulle”, minkä äidit olivat tutkimuksemme mukaan kokeneet kuormittavana. Palveluohjaus parantaa myös tuen oikea-aikaisuutta, kun äideillä on saatavilla enemmän tukea oikea-aikaisen tuen piiriin hakeutumisessa.

Tutkimustuloksista nousi esille äitien kokemus siitä, että apua esimerkiksi akuuttiin päihdeongelmaan ei saa silloin, kun motivaatiota hoitoon hakeutumiselle olisi, jolloin päihdeongelmasta toipumisen tiellä koetaan takaiskuja: retkahtaminen ehtii tapahtua ja motivaatio kärsii (Havio ym. 2008, 48-49).

Sosiaalialan kentälle tarvittaisiin myös lisää tietoa ja osaamista varhaisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja merkityksestä, jotta orastaviin ongelmiin osattaisiin ja uskallettaisiin tarttua mahdollisimman ajoissa.

Havion ym. (2008) mukaan päihdeongelmat esiintyvät usein yhtäaikaisesti mielen-terveysongelmien kanssa, mikä oli todettavissa myös saamistamme kyselyvastauksista. Päihde- ja/tai mielenterveysongelmista toipumisessa läheisten tuki on tärkeää

(Havio ym. 2008). Kyselyvastauksista voitiin tulkita, että tukiverkoston puuttuminen heikensi vastaajien koettua hyvinvointia. Haastavassa elämäntilanteessa olevien äitien tukiverkon syntymistä voitaisiin tukea järjestämällä heille aiempaa enemmän matalan kynnyksen tilaisuuksia, joissa verkostoituminen olisi mahdollista, ja ohjata heitä osallistumaan jo olemassa oleviin tapahtumiin ja tilaisuuksiin.

Yleisessä keskustelussa nousee usein esille päihde- ja/tai mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden huonot kokemukset ammattilaisten taidoista kohdata haastavissa elämäntilanteissa olevia asiakkaita. Tutkimuksessamme vastaajat kokivat yksittäisiä negatiivisia kokemuksia lukuun ottamatta, että heidät oli kohdattu palveluissa hyvin, mikä yllättikin meidät positiivisesti.

Kyselyvastauksista saadun aineiston perusteella voidaankin päätellä, että äitien näkökulmasta yksi palvelujärjestelmän suurimmista vahvuuksista on ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, joka ohjaa asiakasta eteenpäin, kunhan tuen piiriin ensin pääsee. Palveluiden kautta saatava apu koettiin myös niin vaikuttavana, että ilman sitä ei välttämättä oltaisi enää edes hengissä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme ideointi lähti liikkeelle keväällä 2019 molempia kiinnostavasta aiheesta äitiyden aihepiiristä. Opinnäytetyön aihe jatkojalostettiin kesän ja syksyn aikana siihen pisteeseen, että pääsimme aloittamaan kirjoittamisen joulukuussa 2019. Koimme aiheen tärkeäksi, koska aihetta on aiemmin tutkittu melko vähän, ja suurin osa olemassa olevista tutkimuksista on toteutettu ammattilaisten näkökulmasta.

Etsimme prosessin alkuvaiheessa opinnäytetyöllemme yhteistyökumppania sosiaalialan toimijoista usean kuukauden ajan. Kun yhteistyökumppania ei etsinnöistä huolimatta löytynyt, meidän piti päättää, muokkaammeko aihetta vai toteutammeko alkuperäisen idean omillamme. Koimme lopulta haastavassa elämäntilanteissa olevien äitien äänen saattamisen kuuluviin niin tärkeänä ja ajankohtaisena, että päättimme pysyä alkuperäisessä aiheessa ja etsiä kohderyhmään kuuluvat äidit itse.

Opinnäytetyön teoriaosuuden kokoaminen oli melko vaivatonta. Lähdekirjallisuutta oli paljon, joten tehtäväksemme jäi valikoida siitä opinnäytetyömme kannalta olennaisin tieto. Teoriaosuuden rajaamisen kanssa ei ollut ongelmia.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmän piti alun perin olla haastattelu, mutta päädyimme vaihtamaan sen kyselyyn, koska totesimme sen suojelevan parhaiten vastaajien identiteettiä arkaluontoisen aiheen äärellä. Ajattelimme kyselytutkimuksen myös mahdollistavan meille laajemman otannan. Lähdimme tavoittelemaan noin 10-15 kyselyvastausta. Jaoimme kyselylinkkiä saatekirjeineen suuressa Facebook-ryhmässä, jossa julkaisumme hukkui nopeasti muiden julkaisujen alle. Arkaluontoisen aiheen takia osasimme odottaa vähäistä vastausmäärää. Vaikka vastauksia tuli vähemmän kuin toivoimme, koemme päässeemme kiinni aiheeseen ja saaneemme selville tavoittelemiamme asioita.

Opinnäytetyömme tuloksia ei sellaisenaan voida yleistää, koska otanta oli pieni, ja pyrimme laadullisella tutkimuksellamme selvittämään ja ymmärtämään äitien henkilökohtaisia ajatuksia ja kokemuksia aiheesta. Palvelujärjestelmän vahvuuksista ja heikkouksista tulokset kuitenkin antanevat suuntaa.

Olemme tyytyväisiä opinnäytetyömme teoriaosuuteen sekä siihen, että onnistuimme samaan vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Saimme arvokasta tietoa molemmille uudesta asiakasryhmästä, jota voimme hyödyntää tulevaisuudessa sosiaalialan ammattilaisina. Opinnäytetyöprosessi opetti meille oma-aloitteisuutta, pitkäjänteisyyttä ja stressinhallintaa. Se kasvatti meitä sosionomin kompetensseista erityisesti sosionomin eettisen osaamisen osa-alueella, koska koko opinnäytetyöprosessin ajan kaikki päätökset tehtiin pitkän eettisen pohdinnan jälkeen.

Mietimme pitkään esimerkiksi oikeita termejä ja sitä, miten varmistamme äideille täyden anonymiteetin. Aiheen valinnassa ja rajaamisessa kohdattiin myös yksittäisiä arvostiriitoja. Valitsemamme aiheen ansiosta pääsimme prosessin aikana laajentamaan osaamistamme paljon myös palvelujärjestelmäosaamisen ja lainsäädännön kompetenssin alueella. Lisäksi pääsimme kokeilemaan siipiämme tutkimuksen suunnittelun, tekemisen ja arvioinnin kompetenssin parissa.

Olemme iloisia siitä, että lähdimme opinnäytetyöprosessiin yhdessä, koska aktiivinen yhteydenpito ja ajatusten vaihto toimivat suurena tukena koko prosessin ajan. Jos aloittaisimme opinnäytetyön kirjoittamisen alusta nyt, aloittaisimme prosessin alusta asti aktiivisemmin ja ottaisimme vastoinkäymiset vastaan lannistumatta. Miettisimme kyselylomakkeen kysymykset vielä tarkemmin läpi, jotta vastaukset olisivat yksityiskohtaisempia. Tarkasta harkinnasta huolimatta vastausten käsittelyvaiheessa huomasimme, että joitain vastauksia oli vaikeaa purkaa, eivätkä kaikki vastaukset antaneet niin oleellista tietoa kuin toivoimme. Joitain kysymyksiä voisi jopa poistaa lomakkeesta kokonaan. Esimerkiksi eri palveluiden asiakkuuksien ajankohtaa koskeva kysymys 5 osoittautui purkuvaiheessa tutkimuksemme kannalta turhaksi.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi:

Millaisia eroja päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien äitien kokemuksilla palvelujärjestelmästä on alueellisesti?

Millaisia eroja eri ikäisten äitien välillä on palvelujärjestelmästä ja koetusta hyvinvoinnista?

Minkälaisia kokonaan uusia palveluita äidit haluaisivat?

Miten äidit kehittäisivät jo olemassa olevia palveluita?

LÄHTEET

- David, L. 2016. Attachment Theory (Bowlby). Learning Theories. Viitattu 23.2.2020. <https://www.learning-theories.com/attachment-theory-bowlby.html>
- Ensi- ja turvakotien liitto. 2018. Ensi- ja turvakotien liitosta apua hakeneita ennätysmäärä. Viitattu 23.9.2019. <https://ensijaturvakotienliitto.fi/ensi-ja-turvakotien-liitosta-apua-hakeneita-ennatysmaara/>
- Halme, N., Vuorisalmi, M. & Perälä, M-L. 2014. Tuki, osallisuus ja yhteistoiminta lasten ja perheiden palveluissa – työntekijöiden näkökulmia. Tampere. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Honkavaara, L., Majamaa, M. & Raimoranta, T. 2018. Äiti aallokossa – kun vauvan mukana tulikin masennus. Helsinki. Kirjapaja.
- Huttunen, M. Terveyskirjasto Duodecim. 2020. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Viitattu 27.2.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196
- Huttunen, M. Terveyskirjasto Duodecim. 2018. Päihde- ja huumeriippuvuus. Viitattu 27.2.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414
- Huttunen, M. & Kekkonen, K. 2018. Raskauden ajan päihdehuollon nykytila ja tulevaisuus – ammattilaisten mielipiteitä. Viitattu 24.9.2019. <https://www.theseus.fi/handle/10024/154040>
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen-terveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Itäpuisto, M. 2008. Pullon pohjimmaisat – Lapsi, perhe ja alkoholi. Jyväskylä. Kotimaa-yhtiöt Oy/Kirjapaja.
- Jyväskylän yliopiston Koppa. 2015. Laadullinen tutkimus. Viitattu 22.3.2020. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimus-strategiat/laadullinen-tutkimus>
- Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka – osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva. PS-kustannus.
- Kehitysvammaliitto. 2019. FASD. Viitattu 16.12.2019. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/kehitysvammaisuus/fasd/>
- Koskinen, B. & Soininen, L. 2019. Päihdeäiti äitiyshuollon asiakkaana. Viitattu 24.9.2019. <https://www.theseus.fi/handle/10024/20666>

- Kuntaliitto. 2017. Sosiaalihuolto. Viitattu 21.4.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto>
- Kuronen, M. & Leino, I. 2018. Mielenterveyshäiriöiden huomiointi lapsivuodeajalla - kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Viitattu 24.9.2019. <https://www.theseus.fi/handle/10024/159340>
- L17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.9.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihde>
- L 253/2018. Äitiyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.2.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180253>
- L14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.4.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Leinonen, R. 2018. Sisällönanalyysi. Viitattu 19.12.2019. <https://www.spoken.fi/sisallanalyysi/>
- Mielenterveystalo. 2020. Masennus. Viitattu 2.3.2020. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/kokemuksia/Pages/masennus>
- Niemelä, P. 2003. Äitiyden tunteen syntyminen. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 238-242, 248-249. Toim. Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. Juva. WSOY.
- Punamäki, R-L., Belt, R., Rantala, M. & Posa, T. 2006. Huumeidenkäytön yhteys äidin mielenterveyteen ja lapsen kehitykseen, 231-247. Teoksessa Pullo, pillerit ja perhe – vanhemmuus ja päihdeongelmat. Toim. Nätkin, R. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html. Viitattu 5.12.2019.
- Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelukseen. Aikakauskirja Duodecim. 15, 1866. Viitattu 23.2.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94437.pdf>
- Sinkkonen, J. 2004. Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 93-94, 102. Toim. Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. Juva. WS Bookwell.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Sosiaalipalvelut. Viitattu 27.11.2019. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>

Suomen Mielenterveys ry. 2020. Miten hoidat masennusta? Viitattu 2.3.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/miten-hoidat-masennusta>

Suomen Mielenterveys Ry. 2019. Mitä on mielenterveys? <https://mieli.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mita-mielenterveys>. Viitattu 22.8.2019.

Suomen Mielenterveys ry. 2020. Pakko-oireinen häiriö. Viitattu 9.3.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/pakko-oireinen-h%C3%A4iri%C3%B6t>

SurveyMonkey. 2020. Laadullisen tutkimuksen tekeminen. Viitattu 22.3.2020. <https://fi.surveymonkey.com/mp/conducting-qualitative-research/>

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A., Lahti, T. & Lammi-Tasakula, J. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki. WSOY.

Teppo, U. 2015. OHOI-Osaamista vuorohoitoon henkilöstökoulutus. Viitattu 9.7.2019. <https://peda.net/hankkeet/oov/kh/1hkjpv/materiaali/klm/utt:file/download/b41c6afd76f64a285b8f9934710b5e9db81d0cbd/Ty%C3%B6hyvinvointi%2022%209%20.pdf>

Terveyskirjasto Duodecim. 2019. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 22.9.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002#s3

Terveyskirjasto Duodecim. 2018. Päihde- ja huumeriippuvuus. Viitattu 21.8.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

THL. 2019. Hyvinvointi. Viitattu 19.12.2019. <https://thl.fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

THL. 2019. Mielenterveyden edistäminen. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>. Viitattu 22.8.2019.

THL. 2018. Päihderiippuvuus. Viitattu 21.8.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

Tilastokeskus. 2019. Äidit tilastoissa. Viitattu 23.9.2019. <http://www.stat.fi/tup/tilastokirjasto/aidit-tilastoissa-2019.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistus. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 5.12.2019.

Väestöliitto. 2019. Kohti riittävän hyvää äitiyttä. Viitattu 15.8.2019. https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parisuhteen-happy-hour/tietoa/kohti-riittavan-hyvaa-aitiytta/

Väestöliitto. 2019. Mielenterveysongelmat. Viitattu 16.12.2019. https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parisuhteen-happy-hour/tietoa/mielen-terveysongelmat/

WHO. 2019. Definition of health. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>. Viitattu 22.8.2019.

LIITE 1

Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi viimeisen vuoden sosiaalialan opiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien äitien kokemuksista palvelujärjestelmän vaikutuksesta hyvinvointiin.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien kokemuksia siitä, miten raskaus ja äidiksi tuleminen on vaikuttanut heidän hyvinvointiinsa ja millaisena he ovat kokeneet sosiaalipalvelujärjestelmän elämänmuutoksen keskellä.

Opinnäytetyön tavoite on selvittää äitien ajatuksia palvelujärjestelmän hyvistä ja huonoista puolista sekä tuen oikea-aikaisuudesta. Tavoitteena on, että tutkimustulosten avulla järjestelmää voidaan kehittää äitien tarpeiden palvelemiseksi ja saada selville, miten palvelujärjestelmän ulkopuolelle pudonneita äitejä saadaan pysymään mukana järjestelmässä.

Kutsumme teidät vastaamaan tähän kyselyyn. Vastaaminen on kuitenkin vapaaehtoista. Kyselystä saatu aineisto hävitetään heti raportoinnin jälkeen. Vastaamiseen kuluu noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastataan täysin anonymisti, eikä valmiista opinnäytetyöstä voida tunnistaa ketään.

Valmis opinnäytetyö esitellään Vaasan ammattikorkeakoulussa esitystilaisuudessa opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle ja muille aiheesta kiinnostuneille. Kyselyyn vastaajina olette myös tervetulleita osallistumaan tilaisuuteen! Ajankohta ilmoitetaan myöhemmin. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Heidi Blom, heidi.blom@vamk.fi. Lisäkysymyksiä opinnäytetyötämme koskien voi esittää joko Heidille tai suoraan meille xxx / xxx. Opinnäytetyömme tullaan julkaisemaan Theseus-tietokannassa, jonka osoite on www.theseus.fi.

Kyselyyn pääsee tästä linkistä: <https://e-lomake.puv.fi/elomake/lomakkeet/8124/lomake.html>

Terveisin,

Lotta Svahn ja Jutta Peltonen

LIITE 2

Opinnäytetyön kysely

Arvoisa vastaaja, tutkimuksemme onnistumiselle on tärkeää, että pyrkisitte vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastatkaa kysymyksiin valitsemalla oikeaksi katsomanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle. Kiitos!

Kysymys 1

Minulla on

- Mielenterveysongelma
 Päihdeongelma

Kysymys 2

Miten se on vaikuttanut hyvinvointiisi?

Kysymys 3

Minkä palveluiden asiakkaana olette olleet aiemmin?

- Neuvola
 Ensikoti
 Päihdepalvelut
 Mielenterveyspalvelut
 Lastensuojelu
 Kela
 Kolmas sektori (esim. Mannerheiminlastensuojeluliitto, Irti Huumeista ry, seurakunta)
 Päivähoito
 Lapsiperheiden kotipalvelu
 Joku muu, mikä?

Kysymys 4

Minkä palveluiden asiakkaana olette nyt?

- Neuvola
 Ensikoti
 Päihdepalvelut
 Mielenterveyspalvelut
 Lastensuojelu
 Kela
 Kolmas sektori (esim. Mannerheiminlastensuojeluliitto, Irti Huumeista ry, seurakunta)
 Päivähoito
 Lapsiperheiden kotipalvelu
 Joku muu, mikä?

Kysymys 5

Minä vuosina olet ollut edellä mainittujen palveluiden asiakkaina? Mainitse erikseen palvelu ja vuodet.

Kysymys 6

Miten olet päätenyt kyseiseen palveluun/palveluihin?

Kysymys 7

Kerro miten olet apua saanut ja mistä. Anna konkreettinen esimerkki.

Kysymys 8

Miten nämä palvelut ovat vaikuttaneet hyvinvointiisi?

Kysymys 9

Miten sinut kohdattiin näissä palveluissa?

Kysymys 10

Onko saamasi palvelu ollut oikea-aikaista eli oletko saanut palvelua silloin kun olet sitä tarvinnut? Anna jokin esimerkki.

Kysymys 11

Millainen mielestäsi palveluiden saatavuus on?

- Hyvä
- Kohtalainen
- Huono
- En osaa sanoa

Kysymys 12

Millaisena koet hyvinvointisi tällä hetkellä? 1=erittäin huono 2=melko huono 3=neutraali/en osaa sanoa 4=melko hyvä 5=erittäin hyvä

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Kysymys 13

Miten äidiksi tuleminen on vaikuttanut hyvinvointiisi / jaksamiseesi?

Kysymys 14

Miten koet äitiyden tällä hetkellä? Onko se enemmän voimavara vai kuormittava tekijä?

Kysymys 15

Minkälainen tukiverkko sinulla on?

Kysymys 16

Miten kehittäisit palvelujärjestelmää?

Ryhmä 17



Vastaamalla tähän kyselyyn suostun, että antamani tietoja käytetään tutkimuksessa. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään täysin anonymisti, eikä ketään voida tunnistaa valmiista työstä.

Tietojen lähetyk

Tallenna

Kiitos vastauksistanne!