

PERHEHOITOTYÖ NUORISOPSYKIATRISILLA OSASTOLLA

Perhehoitotyön kehittäminen ja perehdyttäminen



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Valkeakoski, hoitotyön koulutus

Kevät, 2018

Tuomas Liimu
Johanna Laine

Hoitotyön koulutus
Valkeakoski

Tekijät	Tuomas Liimu & Johanna Laine	Vuosi 2018
Työn nimi	Perhehoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla	
Työn ohjaaja	Hanna Naakka	

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä perhehoitotyössä sovellettavaa tietoa sairaanhoitaja voi hyödyntää nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä sekä laatia tuotos helpottamaan uuden työntekijän perheiden kohtaamista. Tavoitteena on kehittää osastolla tehtävää perhehoitotyötä sekä auttaa uutta työntekijää perhehoitotyössä. Opinnäytetyön aihe on sekä valikoitunut työelämälähtöisesti, että tekijöiden mielenkiinnosta kehittää perhehoitotyötä. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Perehdyttämisen yksi tehtävä on vahvistaa työntekijän sitoutumista työhön ja työyhteisöön. Sitoutumista vahvistaa perustehtävän ja tavoitteiden tunteminen. Perhehoitotyön perehdyttämisellä on myös merkitystä, sillä kokematon sairaanhoitaja saattaa tuntea perheen läsnäolon ylimääräisenä taakkana. Aiheesta tiedetään, että yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja perheenjäsenten tukeminen on osa hoitamista. Perherakenteet ovat myös muuttuneet, joten perhettä ei määrittele välttämättä biologiset tekijät.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että tiedon saaminen on suurin tuen tarve vanhemmille, kun lapsi on sairaalahoidossa. Vanhempien tukemisessa ja ohjauksessa on saatu hyviä tuloksia jo 15 minuutin tai alle kestäville perheinterventioilla, joka on hyvä huomioida varsinkin akuuttipsykiatrisilla osastoilla. Toinen keskeinen löydös liittyy hoitajien koulutukseen ja työkokemukseen perheiden hoitamisesta. Kouluttautuminen ja kokemus perheiden hoitamisesta on eduksi perheiden kohtaamisessa ja kokemisessa perhe ennemmin yhteistyökumppanina kuin taakkana. Hoitamalla koko perhettä systeeminä voidaan vaikuttaa myös yksilön hyvinvointiin.

Avainsanat perhe, perhehoitotyö, nuorisopsykiatria, perehdyttäminen

Sivut 43 sivua, joista liitteitä 13 sivua

Nursing
Valkeakoski

Authors	Tuomas Liimu & Johanna Laine	Year 2018
Subject	Family nursing in adolescent psychiatry	
Supervisor	Hanna Naakka	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to discover what has been studied about family nursing and how a nurse could use these findings in his or her work. This is a practice-based thesis and as an output written and digital material for familiarization was made based on the findings. The aim of this thesis was to develop the family nursing made in the adolescent psychiatry unit and to help a new nurse to encounter patients' families. Subject of the this thesis started off from author's own urge to develop family nursing but it is also work-based. Thesis has been made in alliance with Tampere University Hospital.

One mission in familiarization is to strengthen workers commitment to the work and to the working unit. Workers commitment strengthens when the basic work and aims of the work are known and noticed. Familiarization in family nursing matters because unexperienced nurse may feel familys presence as a burden. What is already known from the subject is that one family member's illness effects the whole family and supporting family members is part of a nurses job. Family structures have changed and family is no longer necessarily defined by biological factors.

As a result came out that getting information was the biggest form of support for the parents when their child was hospitalized. In supporting parents, good results have been found with family conversation interventions lasting only 15 minutes or less. This is notable especially in acute psychiatric wards. Another mainline discovery was to do with nurses education and work experience which were related to family nursing happening. Education and experience in family nursing are an advantage in encountering families and experiencing families as cooperation partners instead of burden. Taking care of family as a unit is the way to effect on individuals well-being.

Keywords family, family nursing, adolescent psychiatry, familiarization

Pages 43 pages including appendices 13 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PERHEEN MÄÄRITTELY	3
3	NUORISOPSYKIATRINEN OSASTOHOITO	4
4	PERHEHOITOTYÖ	5
4.1	Perhehoitotyön taustat ja kiintymyssuhdeteoria	6
4.2	Perhehoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla	7
4.3	Perhehoitotyötä edistävät ja estävät tekijät.....	9
4.4	Perhehoitotyön menetelmiä	10
4.4.1	Verkostokartta	10
4.4.2	Sukupuoli	10
4.4.3	Psykoedukaatio.....	11
4.4.4	Perhearviointi – voimavarat, vahvuudet ja vaikeudet	12
5	PEREHDYTTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ	13
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	14
7	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	14
7.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
7.3	Produktio ja tuotos.....	16
7.4	Opinnäytetyön prosessi	16
8	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
8.1	Tiedonhaku.....	19
8.2	Aineiston analysointi	20
9	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	22
10	POHDINTA.....	24
10.1	Johtopäätökset.....	24
10.2	Eettisyys ja luotettavuus	25
10.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	26
	LÄHTEET	27

LIITTEET

Liite 1	Aineiston keskeiset tulokset
Liite 2	Tuotos

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä perhehoitotyössä sovellettavaa tietoa sairaanhoitaja voi hyödyntää nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä sekä laatia tuotos helpottamaan uuden työntekijän perheiden kohtaamista. Tavoitteena on kehittää osastolla tehtävää perhehoitotyötä sekä auttaa uutta työntekijää perheiden kohtaamisessa. Opinnäytetyön aihe on valikoitunut työelämälähtöisesti, että tekijöiden mielenkiinnosta kehittää perhehoitotyötä. Teoriaosuuteen käytettiin kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Katsauksen tarkoituksena opinnäytetyössä on arvioida, kehittää jo olemassa teoriaa sekä tunnistaa ongelmia ja ristiriitaisuuksia. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7–9.)

Perehdyttämisen yksi tehtävänä on vahvistaa työntekijän sitoutumista työhön ja työyhteisöön. Sitoutumista vahvistaa perustehtävän ja tavoitteiden tunteminen. Perehdyttämisen onnistuminen tai epäonnistuminen voi aiheuttaa myös kauaskantoisia seurauksia. Sitoutunut työntekijä on valmis panostamaan työhönsä, joka näkyy kysymyksinä, ajatuksina ja kehitysideoina sekä työntekijä kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta työyhteisössä. (Juholin 2009, 45–46.) Varsinkin ensimmäisinä päivinä saaduilla kokemuksilla on suuri merkitys, koska ne jaetaan usein suurelle joukolle läheisiä ja näin he saavat käsityksen työyhteisöstä ja työnantajasta. (Surakka 2009, 72.)

Perhehoitotyön perehdyttämisellä on myös merkitystä, sillä kokematon sairaanhoitaja saattaa tuntea perheen läsnäolon ylimääräisenä taakkana. Tämä saattaa selittyä sillä, että hänelle ei vielä ole tullut rutiinia itse työn hoitamiseen ja siksi hänellä on vähemmän aikaa käytössä kuin kokeneemalla hoitajalla. (Vuorenmaa, Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 93.) Työvälineitä, joita voidaan käyttää perehdyttämisessä henkilökohtaisen ohjaamisen lisäksi, ovat kirjalliset/sähköiset oppaat, internet ja sisäinen intranet. Sisäistä intranettiä voi käyttää esimerkiksi alustana perehdytys-suunnitelmalle, hoito-ohjeille sekä se voi sisältää myös linkkejä ja alan kirjallisuutta. (Surakka 2009, 73.)

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen. Hoitajien aktiivinen yhteistyö perheiden kanssa parantaa hoidon laatua lisäämällä hoitajan tietoisuutta potilaan elämäntilanteesta. (Vuorenmaa ym. 2016, 84). Vanhemmat tuntevat lapsensa ja pystyvät näin ollen tulkitsemaan hänen tunteitaan, käyttäytymistään ja toimintaansa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 64). Perhettä ei määrittele välttämättä biologiset tekijät. Tärkeää on yhteen kuulumisen tunne ja välittäminen sekä perheen sisäiset suhteet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11–13).

Tiedonhakua vaikeutti se, että perheiden hoitoon mukaan ottamiselle on useita termejä, esimerkiksi family-focused practise, familycentered practice, family health and healing, family nursing ja Family Systems Nursing (Bell 2009, 124). Perhehoitotyö perustuu useisiin erilaisiin teorioihin eikä yksikään niistä yksinään ole se ainoa ja oikea (Wright & Leahey 2009, 19). Monessa tutkimuksessa oli käytetty pohjana FSN (family systems nursing) –teoriaa. Wrightin & Learyn (1990) mukaan FSN tarkoittaa koko perheen hoitamista perheen vuorovaikutuksen ja vastavuoroisuuden avulla. Keskitymällä koko perheen hoitamiseen yksilökeskeisen perhehoitotyön sijaan on todettu sen edesauttavan perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hoitajan koulutus sekä kokemus perhehoitotyöstä edistävät suhtautumista perheeseen yhteistyökumppanina (Vuorenmaa ym. 2016, 88–89, Hsiao & Tsai 2015, 515–516, Svavarsdottir, Sigurdardottir, Konradsdottir, Stefansdottir, Sveinbjarnardottir, Ketilsdottir, Blondal, Jonsdottir, Bergs & Guomundsdottir 2014, 12)

Nuoren sairaalaan joutuminen voi aiheuttaa perheessä turhautumisen, voimattomuuden sekä pelon ja häpeän tunteita stigman vuoksi (Lindgren, Söderberg & Skär 2016, 101, Inoue & Matsumoto 2016, 9). Perheet tarvitsevat tiedollista ja emotionaalista tukea lapsen jouduttua sairaalaan koko hoitoprosessin ajan (Rodríguez-Meirinhos, Antolín-Suárez & Oliva 2018, 155). Lisäksi perheiden tärkeimpiä tuen tarpeita ovat vanhempien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat, vanhemmuuden tukeminen ja lapsen auttaminen sekä hoitaminen, vanhempien keskinäiset suhteet, sosiaaliset suhteet sekä lapsen terveyteen ja kasvuun liittyvät asiat (Häggman-Laitila, Tanninen & Pietilä 2010, 2505, Hsiao & Tsai 2015, 523). Näihin vanhempien raportoimiin avun tarpeisiin voidaan käyttää voimavaralähtöistä perhehoitotyötä (Häggman-Laitila ym. 2010, 2509). Lasten hyvinvointi on riippuvainen hoitajan kyvystä tunnistaa perheen vahvuudet ja voimavarat (Laukkanen 2011, 6). Vanhempia voidaan tukea myös 15 minuutin tai alle lyhyt terapeutisella interventiolla (Wright & Leahey 2009, 245–260). Tutkimusten (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir & Wright 2012, 600; Svavarsdottir, Tryggvadottir & Sigurdardottir 2012, 318) mukaan lyhyelläkin terapeutisella perheinterventiolla on merkitystä. Perheen toimintakyky saatiin jo 2-5 interventiolla säilytettyä kriisitilanteessa (Sveinbjarnardottir ym. 2012, 594).

2 PERHEEN MÄÄRITTELY

Potilas saa aina joka tilanteessa itse määritellä keitä hänen perheeseen kuuluu ja kenet saa ottaa mukaan hänen hoitoonsa. Ihmiset myös määrittelevät perheen erilaisin termein kuin viranomaiset ja terveydenhuollon työntekijät. Lainsäädännöllisiä termejä ovat huoltaja, sukulainen, lähiomainen ja edunvalvoja. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11.)

Perinteisesti perhe on koostunut ydinperheestä, joka muodostuu biologisin perustein äidin, isän ja lasten kokonaisuudesta. Perheen muodostumiseen vaikuttaa myös juridiset perusteet ja emotionaaliset tekijät. Perheeseen voi kuulua adoptoituja lapsia tai uusperheessä molempien puolisoitten lapsia. Lisäksi naapuri tai ystävä voi olla läheinen ihminen potilaalle ja kuulua yhtä hyvin perheeseen. Näin ollen perhettä ei määrittele välttämättä biologiset tekijät. Tärkeää on yhteen kuuluvuuden tunne ja välittäminen sekä perheen sisäiset suhteet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11–13). Perhehoitotyön yksi menetelmä on verkostokartta, johon potilas saa hoidon alkuvaiheessa määritellä lähiverkostonsa sekä myös heidän välisensä suhteet (Kivimäki 2008, 41).

Kun kyseessä on alaikäinen potilas, on vanhemmilla kuitenkin erityisasema hoidossa. Potilaslain (785/1992) mukaan nuorella on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Jos tätä oikeutta rajoitetaan, hoidetaan nuorta yhteistyössä hänen vanhempiensa kanssa. Molemmissa tapauksissa nuoren mielipidettä ja ajatuksia kuunnellaan ja hänelle kerrotaan häntä koskevista asioista. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 133.) Vanhempien erityisasemaan vaikuttavat nuoren ikä ja hänen kehitystasonsa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 133.) Jos nuori on kykenevä päättämään hoidostaan ja haluaa kieltää tietojensa luovuttamisen vanhemmilleen, tulee tätä tahtoa noudattaa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 135).

Perheen lisäksi nuoren lähiverkostoon voi kuulua koulutoimi, avohoito sekä lastensuojelu (Kumpulainen 2016, 675). Nuori voi olla esimerkiksi sijoitettuna toiseen perheeseen tai lastensuojelulaitokseen. Sijaishuolto voidaan toteuttaa Lastensuojelulain (417/2007) mukaisesti avohuollon tukitoimena, kiireellisellä sijoituksella tai huostaanottona.

3 NUORISOPSYKIATRINEN OSASTOHOITO

Ympäri vuorokautisella osastohoidolla on edelleen tärkeä rooli silloin kun avohoidon, kodin ja koulun tuki eivät enää riitä. Avohoidon palvelut ovat silti aina ensisijainen hoitomuoto. Viime vuosina avohoitoa on kehitetty vahvasti ja osastojaksojen pituudet ovat lyhentyneet. Osastohoito voidaan aloittaa elektiivisesti tai päivystyksellisesti sekä toteuttaa vapaaehtoisesti tai mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti tahdosta riippumattomana. (Kumpulainen ym. 2016, 674.)

Hoito toteutetaan erikoissairaanhoidossa, jos nuorella on vaikea-asteinen masennus, itsemurhariski, todellisuudentajun horjumista tai vakava lai huushäiriö (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 200). Sairaalahoidon kriteerit ovat kuitenkin tilannekohtaisia ja suhteellisia sekä joskus osastohoidon syynä voi nuoren kykenemättömyys ottaa avohoitoa vastaan, vakavat käytöksen häiriöt tai traumaattiset kriisit. Lisäksi osastohoito on hyvin strukturoitua ja se tarjoaa mahdollisuuksia aloittaa ja toteuttaa erilaisia lääkehoitoja. (Kumpulainen ym. 2016, 674.)

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon perustehtävä on hoitaa ja tutkia päivystyksellisiä ja akuutteja mielenterveydenhäiriöitä. Monessa sairaanhoitopiirissä akuutit ja elektiiviset potilaat hoidetaan samalla osastolla, mutta akuuttihoitoon voi olla myös erillinen osasto. Kriisihoidot ovat lyhyitä, 1–2 viikkoa, ja sen aikana työskentely on intensiivistä nuoren, perheen ja verkoston kanssa. (Kumpulainen ym. 2016, 675–676.)

Kriisihoidon lisäksi osasto-olosuhteissa voidaan toteuttaa elektiivisiä tutkimus- ja hoitjaksoja. Tutkimusjaksot sisältävät yleensä osaston oman henkilökunnan lisäksi fysio- ja toimintaterapian arviot. Tutkimusjaksoa pyydetessä tulee määrittää, mistä syystä osastotutkimuksia tarvitaan ja mistä syystä tutkimuksia ei voida tehdä avohoidon piirissä. Osastotutkimusjakson etuna on nuoren tiiviimpi seuranta sairaalaolosuhteissa. (Kumpulainen ym. 2016, 676.)

Sairaalahoidot pyritään nykyisin pitämään lyhyinä. Joskus on tarpeen kuntouttava hoitjakso nuoren vakauttamiseksi. Syynä voi olla esimerkiksi vakava psykoosioireilu, lai huushäiriö tai itsetuhoisuus. Kuntouttavaa osastohoitoa tarvitsevat nuoret kärsivät yleensä pitkäaikaisista häiriöistä joiden oirehdinta on tavallista vaikeahoitoisempaa. (Kumpulainen 2016, 678.)

4 PERHEHOITOTYÖ

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen (Vuorenmaa ym. 2016, 84). Vanhemmat voivat kokea riittämättömyyttä vanhempana lapsen ollessa sairaalahoidossa. Tämä stressi vaikuttaa heidän kykynsä tukea lasta tai muita perheen lapsia. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 44.) Siksi on tärkeää, että hoitaja tukee vanhemmuutta ja sitä kautta koko perheen selviytymistä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 64). Huoli muuttaa asenteita ja rooleja kotona ja lisää epävarmuutta sekä uupumusta. Vanhempien keskinäinen suhde voi lujittua tai heikentyä, jos ei ole voimavaroja huolehtia keskinäisestä suhteesta. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 45.) Perheenjäsenten tukeminen on osa hoitamista (Vuorenmaa ym. 2016, 85).

Perhehoitotyön tavoitteena on perheen tiedon lisääminen, tukeminen ja tarpeenmukainen ohjaaminen hoidon piiriin. Perheet tarvitsevat tietoa sairauden mukanaan tuomien ongelmien ratkaisuun sekä tietoa sairauden varhaisista varomerkeistä. (Kivimäki 2008, 10.)

Tuntemalla potilaan ja hänen sosiaaliset suhteensa voi hoitaja saavuttaa huomattavasti laajemman näkemyksen (Kivimäki 2008, 10). Hoitajien aktiivinen yhteistyö perheiden kanssa parantaa hoidon laatua lisäämällä hoitajan tietoisuutta potilaan elämäntilanteesta. (Vuorenmaa ym. 2016, 84). Vanhemmat tuntevat lapsensa ja pystyvät näin ollen tulkitsemaan hänen tunteitaan, käyttäytymistään ja toimintaansa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 64). Perheenjäsenten tarjoama tieto perustuu yksilölliseen potilaan tuntemiseen (Åstedt-Kurki ym. 2008, 145). Perhehoitotyö on aina perhe- ja tilannekohtaista (Åstedt-Kurki ym. 2008, 83).

Perhehoitotyön menetelmiä on kannustaminen, osallistumisen mahdollistaminen, ohjaaminen, tiedon lisääminen ja yhdessä tekeminen. Koko perheen tilannetta helpottaa, kun heitä autetaan yhdessä ääneen puhumaan sairaudesta ja sen mukanaan tuomista asioista. Näin vaikutetaan perheen sisäiseen vuorovaikutukseen. (Kivimäki 2008, 11.)

Aktiivinen rooli edistää koko perheen sopeutumista (Åstedt-Kurki 2008, 45). Tärkeintä yhteistyössä perheen kanssa on perheen omien voimavarojen arvioiminen, niiden löytäminen sekä vahvistaminen (Åstedt-Kurki ym. 2008, 73). Perheen kanssa sovitaan uusia keskustelu-aikoja tai tarjotaan mahdollisuutta ottaa yhteyttä tarvittaessa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 84).

Perheen selviytymistä uudessa tilanteessa hyödyttää myös sen kyky toimia yhteistyössä jäsentensä kanssa. Lisäksi perheen täytyy uskoa, että he voivat osallistua aktiivisesti ja pystyä näkemään tapahtumat mieluummin mahdollisuutena kasvaa perheenä kuin uhkana perheelle. (Greef ym. 2006, 296.) Siksi on tärkeää, että työtä tehdessä keskiössä on perhe ja sen omat voimavarat (Greef. ym. 2006, 298). Hoitaja auttaa perhettä ylläpitämään toivoa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 88).

Hoitaja valmistautuu perheen tapaamiseen muun muassa perehtymällä potilastietoihin ja sairauskertomuksiin. Täytyy huomioida, että joskus ennakkotieto voi muodostaa ennakoasenteita. Aina valmistautuminen ei ole mahdollista ja silloin tilanteisiin on hyvä mennä avoimesti, mutta odottamattomaankin varautuen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 83.) Tapaamisessa voidaan selvittää perheen keskinäistä vuorovaikutusta, voimavaroja sekä jäsenellä kunkin perheenjäsenen huolia tilanteeseen liittyen. Tärkeää on myös kysyä perheeltä, mitä apua he odottavat saavansa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 92.)

Hoitajan on hyvä tiedostaa, että yllättävän ja järkyttävän elämäntilanteen sattuessa perheen henkinen lamaantuminen on luonnollista (Åstedt-Kurki ym. 2008, 77). Greefin, Vansteenvegenin & Iden tutkimuksessa (2006, 295) ilmeni, että vanhempien mielestä kriisitilanteen passiivinen arviointi tai välttämiskäyttäytyminen auttoivat perheitä sopeutumaan tilanteeseen. Perheet jopa kieltävät jäsenensä psyykkisen oireilun. Edellä kuvatun kaltainen toiminta antaa heille lisää aikaa kerätä voimia ja sopeutua tilanteeseen. Toisaalta se vaikeuttaa perhehoitotyön aloittamista. (Fawcett 1993, 348.)

4.1 Perhehoitotyön taustat ja kiintymyssuhdeteoria

Kiintymyssuhdeteoria perustuu John Bowlbyn, brittiläisen psykiatrin ja psykoanalyytikon, ajatteluun. Bowlbyn työtoveri Mary Ainsworth on taas kehittänyt teoriaa edelleen ja esitellyt kolme kiintymyssuhdekategoriaa. (Sinkkonen 2004, 1866–67.)

Psyykinen ja sosiaalinen kehittyminen on tärkeää lapsen kannalta ja vanhempien tulee tukea niitä fysiologisten tarpeiden rinnalla. Kiintymyssuhdeteorian kautta hoitotyössä voidaan paremmin ymmärtää psyykkisiä ongelmia hankalissa olosuhteissa kasvaneilla lapsilla. Kiintymyssuhdemalleja on löydetty kolme: turvallinen, turvaton välttelevä ja turvaton ristiriitainen. Kiintymyssuhteet ovat ylisukupolvisia ja niillä on pysyvyystaipumus lapsuudesta aikuisuuteen. (Kumpulainen ym. 2016, 75–76.) Turvalliset kiintymyssuhteet lasten hoitajiin ovat tärkeitä, jotta lapsi voi tuntea yksilönä itsensä turvalliseksi (Bentowim & Miller 2012, 25).

Turvallisessa kiintymyssuhdemallissa lapsi voi ilmaista kaikenlaisia tunteita, eikä hänen tarvitse pelätä hylätyksi tulemista. Kun lapsi voi luottaa hoivaajaansa, jää aikaa ja voimavaroja oppimiseen ja ympärillä olevan maailman tutustumiseen. Turvallinen kiintymyssuhde tukee lapsen tiedollista ja sosiaalista kehitystä sekä lapsi oppii kognitiivista ja emotionaalista vuorovaikutusta. (Kumpulainen ym. 2016, 76.)

Välttelevässä kiintymyssuhteessa lapsi joutuu selviämään yksin voimakkaista tunnetiloista ja hoivaaja sietää huonosti vaikeita tunteita. Lapsen kiukutellessa ja raivotessa, hän joutuu jäämään yksin ja näin oppii tukahduttamaan tunteitaan, jotta voisi toimia hoivaajan haluamalla tavalla. Seu-

rauksena lapsi oppii reippaaksi ja saa tunnustusta, kun ei kuormita vanhempiaan. Riskinä on että, vaikeiden tunteiden käsittely ja kosketus niihin voi kadota. (Kumpulainen 2016, 76.) Lapsi oppii kokemustensa perusteella suosimaan käytöstä, jolla hoivaaja tulee lähelle ja välttämään käytöstä, joka vie hänet kauemmaksi. Tältä pohjalta syntyy malleja, jotka ohjaajat toimintaa ja käyttäytymistä tulevaisuudessakin. (Sinkkonen 2004, 1867.)

Ristiriitaisessa kiintymyssuhdemallissa hoivaaja on ailahteleva ja ristiriitainen sekä tunnereaktioissa intensiivinen. Lapsi lisää omien tunteiden voimakkuutta, koska on epäselvää, milloin ja mikä selittää hoivaajan reaktion. Kielteisiä tunteita ilmaistaan avoimesti ja vuorovaikutus on kuohahtelevaa, mutta ilmapiiri pysyy negatiivisena tai tuskastuneena. (Kumpulainen ym. 2016, 76.)

Kaltoinkohtelua tai pitkäaikaista hoidon laiminlyöntiä kokeneiden lasten käyttäytyminen ei ole sopinut kolmeen aikaisempaan kategoriaan, jonka vuoksi luotiin neljäs organisoitumaton kiintymyssuhde (Kumpulainen ym. 2016, 77). Jotkut lapsista käyttäytyvät erityisen poikkeavasti stressaavissa tilanteissa ja voivat jähmettyä paikoilleen kauhusta sen sijaan, että hakisivat aikuisen turvaa. Käytös saattaa vaikuttaa ensisijaisesti normaalilta, mutta paremmin tarkasteltuna saattaa ilmetä stereotyyppistä liikehdintää ja tuskaista irvistelyä. (Sinkkonen 2004, 1867–68.)

Lapsen turvallisuudentunteeseen vaikuttaa myös vanhempien parisuhde. Pitkäkestoiset riitatilanteet ja väkivallanuhka aiheuttavat riskin lapsen häiriintymiseen, vaikka lapsi kokisikin vanhemmat turvallisina erikseen. (Kumpulainen 2016, 79). Hyväkaltaisiin kasvutekijöihin lapsi tarvitsee mielellään useamman, mutta ainakin yhden hyvän kiintymyssuhteen sekä ennakkoivan kasvuympäristön (Sinkkonen 2004, 1871).

4.2 Perhehoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla

Nuoruuden yksi kehitystehtävä on uudenlaisen, aikuisen suhteen luominen vanhempiin. Yksilöitymisen prosessiin osallistuvat nuori, hänen vanhempansa ja muu perhe. Yhteistyö vanhempien kanssa lisää nuoren sitoutumista hoitoon. Toisaalta tämä toimii myös toisinpäin eli vanhempien kielteinen suhtautuminen hoitoon tai johonkin sen osa-alueeseen heikentää myös nuoren sitoutumista. (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2013, 588.)

Osastohoidon yhtenä tärkeänä tavoitteena on aina nuoren palaaminen luonnolliseen kasvuympäristöön sekä kouluun. Luonnollinen kasvuympäristö tarkoittaa yleensä asumista vanhempien kodissa, joten vanhempien osallistuminen hoitoon on erittäin tärkeää. Vanhemmille tulee antaa tietoa nuoren häiriöistä, oireista ja niiden hoidosta sekä pohtia yhdessä keinoja oireenhallintaan nuoren kotiutuessa. (Kumpulainen ym. 2016, 680.) Lisäksi vanhempia tarvitaan antamaan kuvaa nuoren toimintakyvystä sekä käyttäytymisessä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista. Vanhemmilta

myös yleensä saadaan luotettavampaa tietoa perheen historiasta ja nuoren varhaiskehityksestä kuin nuorelta itseltään. (Henriksson ym. 2013, 588.) Osastohoito aloitetaan aina tulohaastattelulla, jossa yhdessä vanhempien tai muun aikuisen huoltajan kanssa tarkastellaan ongelmia sekä asetetaan hoidolle tavoitteet ja keinot niiden toteuttamiseksi. Nuorisopsykiatrisella osastolla tehdään perhehoitotyötä läpi koko osastojakson aina kotiutumiseen asti.

Useimmiten perhehoitotyö nuoren kanssa tarkoittaa tiedon keräämistä vanhemmilta, vanhempien tukemista vanhemmuuteen ja esimerkiksi rajojen asettamiseen nuorelle. Toisaalta taas myös tuetaan perhettä ja nuorta yksilöitymisprosessissa. (Henriksson ym. 2013, 588.) Nuoren verkostojen kanssa tulee myös tehdä tiivistä yhteistyötä, varsinkin jos tilanne on kriisiytynyt. Verkostoihin voi kuulua perheen lisäksi esimerkiksi koulutoimi, lastensuojeluviranomaiset ja hoitavat tahot. (Kumpulainen ym. 2016, 675.)

Perhehoitotyön merkitys korostuu vielä tilanteissa, jos perheissä havaitaan olevan ongelmia aiheuttavia tai ylläpitäviä käytösmalleja. Näissä tilanteissa ei ole kovinkaan merkityksellistä keskittyä vain yksilötyöskentelyyn, koska osastolla harjoitellut vuorovaikutus- ja oireenhallintataidot eivät todennäköisesti siirry kotiin, jos vanhemmat eivät pysty niitä tukemaan. (Kumpulainen ym. 2016, 680.) Vanhemmuuteen voi liittyä monenlaisia ongelmia ja sitä pystyy tarkastelemaan monesta eri näkökulmasta. Vanhemmuuden ongelmat voivat liittyä esimerkiksi kiintymykseen, ohjaukseen ja rajoittamiseen sekä kehityksen tukemiseen kuten virikkeisiin, lämpöön ja kannustamiseen. (Bentovim & Miller 2012, 23–24.)

Vaikeissa tilanteissa ajoittain huomataan oireiden suorastaan lisääntyvän nuoren ollessa perheen kanssa kontaktissa. Näissä tilanteissa ei kuitenkaan ole hyödyllistä rajata kanssakäymistä perheen kanssa, vaan päinvastoin ottaa ongelmat osaksi nuoren kanssa tehtävää työskentelyä. Lähestymiskiellot ovat kuitenkin asia erikseen ja ne tulee ottaa huomioon. Lastensuojelun kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä, jos sellaiselle on tarvetta. (Kumpulainen ym. 2016, 680.)

Perhesysteemi voi olla järjestäytynyt traumaattisesti ja sen vaikutus voi olla niin suuri, että se määrää perheen tavan tulla keskenään toimeen. Se voi myös olla esteenä vuorovaikutuksessa, kun puhutaan tunnepitoisista asioista tai tehdä keskipisteeksi perheessä jonkin traumaan liittyvän tunneasian. Perheen taustan tutkiminen voi auttaa ymmärtämään esillä olevia ongelmia ja toimia viitekehyksenä, jotta voidaan ymmärtää nykytilaa. (Bentovim & Miller 2012, 42–44.) Perheen tutkimus on hyvä aloittaa tapaamalla koko perhettä, sillä tämä antaa monipuolisemman kuvan potilaan ja perheen historiasta. Molempien vanhempien näkemys on hyvä saada, koska yksittäisen vanhemman näkemystä ei voida pitää sen luotettavampana kuin toisenkaan osapuolen. Perhe odottaa usein saavansa selville mistä lapsen häiriö johtuu ja sitä kautta heijastuu mieliin syyllisen hakeminen. Syyllistämisisilmapiiri voi samalla tarttua nuoreen, jonka vuoksi

tutkimusprosessi itsessään voi hankaloittaa vuorovaikutusta perheessä. Nämä tekijät edellyttävät hoitavalta taholta arvostavaa ja empaattista suhtautumista ja kykyä etäisyyteen sekä läheisyyteen suhteessa perheeseen. Nuoren kehityksen ja kasvun kulussa tulisi selvittää, miten sosiaaliset elämäntapahtumat ja perheen ihmissuhdekontekstit ovat niihin yhteyksissä. Tapahtumat voidaan selvittää tikapuuanamneesin avulla, jossa merkitään aikajanelle psykososiaalisen ympäristön ja nuoren kehitykselliset tapahtumat. Menetelmä auttaa ymmärtämään nuoren oireiden ja elämäntapahtumien yhteyksiä. (Kumpulainen ym. 2016, 146, 149.)

4.3 Perhehoitotyötä edistävät ja estävät tekijät

Hoitajan rauhallinen, asiallinen ja realistinen suhtautuminen perheeseen sen vaativassa elämäntilanteessa auttaa. Asennoituminen on keskusteltavaa, yhdessä asioita pohtivaa ja kuuntelevaa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 78.) Hoitajan tulee viestiä samanarvoisuutta perheenjäseniin nähden, jotta voi syntyä luottamus ja kohtaaminen on avointa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 144). Kohtaamisissa hoitajan on tärkeää tiedostaa muiden ihmisten erilaisuus suhteessa itseensä, sillä se mahdollistaa avoimuuden ja aidon läsnäolon. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 145.)

Hoitaja voi estää perhehoitotyötä ja sen etenemistä tarkoituksenmukaisesti esimerkiksi sivuttamalla täysin perheen tunteja, jolloin tulee vähätellessä heidän pelkojaan tai jättää reagoimatta heidän avunpyyntöihinsä. Hoitaja voi sivuuttaa perheen tiedontarpeen antamalla ylimalkaista tietoa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 80.) Väärinymmärryksiä tapahtuu myös, jos tietoa annetaan pelkästään ammattisanastoa käyttäen tai henkilökunta keskustele perheen läsnä ollessa heidän ohitse (Åstedt-Kurki ym. 2008, 81). Hoitajan ei tule suhtautua ylimielisesti perheenjäseniin tai korostaa itseään ja omaa asemaansa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 145). Edellä kuvatun kaltaisen toiminta on autoritääristä vallankäyttöä, joka johtaa siihen, että perheenjäsenet eivät pysty osallistumaan hoitoon ja näin ollen kokevat itsensä ulkopuolisiksi (Åstedt-Kurki ym. 2008, 144).

Joskus eri perheenjäsenillä on erilaiset käsitykset potilaan tilanteesta. Tämän kaltaisessa tilanteessa ristiriitojen välttäminen on vaikeaa ja hoitajan on oltava erityisen tietoinen omien näkemystensä vaikutuksesta tilanteeseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 142). Kun puututaan sanallisesti perheen sisäisiin asioihin, edellyttää se hoitajalta hienotunteisuutta ja valppautta. Hoitajan ei tule ottaa kantaa omine mielipiteineen, sillä näin tehdessään hän saattaa tulla vaikeuttaneeksi perheen tilannetta. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 82.)

4.4 Perhehoitotyön menetelmiä

Perheen kanssa tehdään yhteistyötä vuorovaikutuksen kautta. Kyse ei ole niinkään hoitajan erilaisista tekniikoista, vaan yhteistyöstä, jonka ulottuvuudet syventyvät ja kehittyvät ihmisten välisissä suhteissa. (Åstedt-Kurki 2008, 75.) Hoitajan tulee samaan aikaan tunnistaa ja hallita sekä omaa toimintaansa että ottaa vastaan ja vastata rakentavasti perheen vuorovaikutukseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 79.)

Yhteistyösuhteen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat sekä perhe että hoitaja. Vuorovaikutuksen sisältö ja sävy ovat ratkaisevia tekijöitä. Edellytyksiä hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiselle on perheen tasa-arvoinen kohtaaminen ja yhteistyösuhteen jatkuvuus. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 74.) Suhde hoitajaan voi olla tärkeä perheen selviytymistä edistävä tekijä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 75). Toisaalta hoitaja voi toiminnallaan vahingoittaa yhteistyösuhdetta sekä vaikeuttaa perheen selviytymistä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 79). Puutteet vuorovaikutuksessa voivat ilmetä perheen kokemuksena apua vaille jäämisestä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 87).

4.4.1 Verkostokartta

Verkostokartan avulla saadaan esille perheen sosiaalinen verkosto. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 101.) Kartassa voi olla kohdat erikseen työlle/opinolle, perheelle, suvulle, viranomaisille ja muille tärkeille ihmisille. Asiakasta pyydetään merkitsemään ihmiset joiden kanssa tekemisissä kartalle. (Vuorilehto ym. 2014, 74.)

Verkostokarttaa hyödynnetään esimerkiksi tilanteessa, jossa mietitään, keiden olisi tärkeitä olla läsnä perheen asioita käsiteltäessä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 102). Lisäksi kartan käyttö voi aukaista keskustelua syistä, jotka ovat johtaneet vähäisiin ihmissuhteisiin (Vuorilehto ym. 2014, 74).

4.4.2 Sukupuu

Sukupuu on tiedon saannin sekä hoitajan ja perheen tai perheenjäsenen yhteisen ymmärryksen lisäämisen apuväline. Sukupuu on graafinen jäsenyys, josta ilmenee perhe ja sen lähisuku. Sukupuuhun sisällytetään ainakin kolme sukupolvea. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 97–99.) Merkitsemistapa ovat vakiintunut, ympyrä kuvaa naista ja neliö miestä. Esimerkiksi rasti neliön päällä kuvaa kuollutta miestä ja sukulaisten välisille tunnesiteille ovat omat niitä kuvaavat symbolit. Menetelmän avulla pystytään lisäksi tarkastelemaan suvun vahvuuksia ja kysymyksiä, jotka vaikka liittyvät vallankäyttöön perheessä. Sen piirtäminen saattaa herättää erilaisia ja ristiriitaisia tunteita perheenjäsenissä. (Vuorilehto 2014, 82.)

Rajatun sukupuun voi kohdentaa tietylle osa-alueelle, esimerkiksi sairaushistoriaan. Tällöin kirjataan ylös esimerkiksi diagnosoidut merkittävät sairaudet, sairauden toteamisikä, sen hetkinen ikä tai kuolin ikä ja terveystotumukset. Tämän kautta syntyvät kysymykset tarjoavat lähtökohdan sen arviointiin, että mitä asiantuntijoita perheen hoitamiseen kannattaa mukaan ottaa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 98.)

Laajennettu sukupuu kuvaa sekä toiminnallisia että emotionaalisia prosesseja yli sukupolvirajojen (Åstedt-Kurki ym. 2008, 98). Siihen kirjataan perustietojen (syntymäaika, ammatti, avo- tai aviosuhteet jne.) lisäksi myös valta-, huolenpito- ja ristiriitasuhteita sekä merkittäviä henkilöitä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 99). Tämä laajentaa perheen käsitystä syy-seuraussuhteista ja näyttää sen, kuinka yhdelle perheenjäsenelle tapahtuvat tapahtumat vaikuttavat koko perheeseen. Tällöin voidaan tarkastella miten tämänhetkinen ongelma, esimerkiksi nuoren sairastuminen psyykkisesti, vaikuttaa kunkin perheenjäsenen elämään ja toisaalta, miten jokaisen elämä vaikuttaa ongelmaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 100.)

4.4.3 Psykoedukaatio

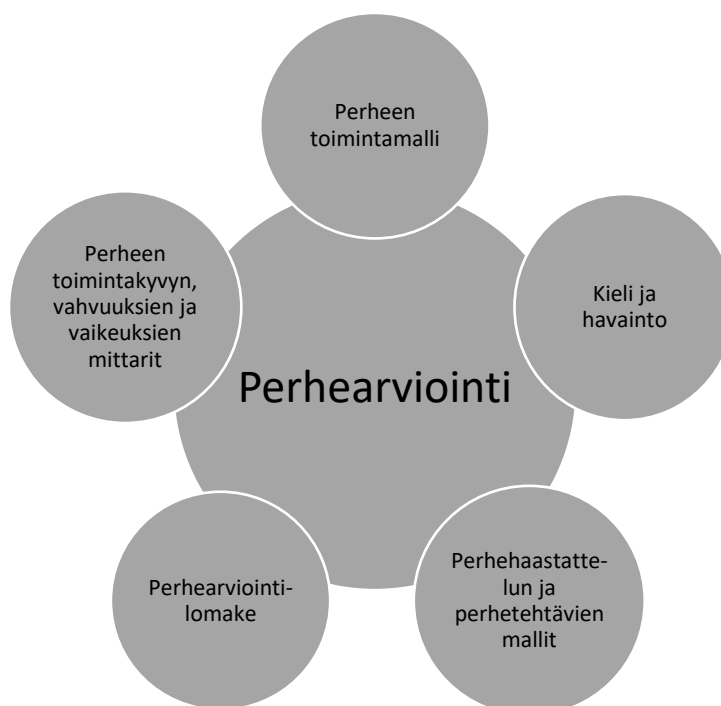
Koulutuksellinen terapia eli psykoedukaatio tarkoittaa sellaisia toimia, joilla sekä potilaalle että hänen omaisilleen annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja sitä kautta parannetaan heidän käsitystään sairautentilasta. (Oksanen, J. 2013.) Tällaisia toimia ovat tiedon jakaminen sairaudesta hoitoineen, uuden psykoosin ennakko-oireiden tunnistamisen opettelu sekä perheen yhteisen toimintasuunnitelman tekeminen uuden psykoosijakson varalle. Lisäksi psykoedukaatio on perheen emotionaalisen taakan lieventämistä ja perheen sisäisen kommunikaation tukemista ja ongelmanratkaisutaitojen parantamiseen tähtäviä toimia. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus, 2015.) Psykoedukaation tarkoitus on tukea aikaisempaa parempien selviytymiskeinojen kehittämisessä, jotta välttytään uusilta sairaalahoidoilta (Henriksson ym. 2013, 123).

Psykoedukaatio yhdistettynä muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennakko-oireiden seurantaan vähentää tutkitusti uudelleen sairastumista sekä näin ollen sairaalajaksoja. Paras näyttö vaikuttavuudesta tulee esiin tilanteissa, joissa koulutuksellista terapiaa tarjotaan myös potilaan omaisille. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus, 2015.) Kun psykoedukaatioon lisätään tuen tarjoaminen perheille sekä perheen ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen, sairauksien akuuttivaiheiden uusiutuminen vähenee ja perheen tunneilmapiiri muuttuu. Myös potilaiden sosiaalinen vajaakuntoisuus parantuu ja heidän osallisuuden kokemuksensa paranee. (Henriksson ym. 2013, 125) Psykoedukaatio auttaa perhettä myös sopeutumaan uuteen tilanteeseen (Greef ym. 2006, 298).

4.4.4 Perhearviointi – voimavarat, vahvuudet ja vaikeudet

Perhearviointiopas: Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä on Ison-Britannian terveysministeriön toimesta laaditun (Framework for the Assessment of Children in Need and their Families) sosiaalityöntekijöille suunnatun arviointikehyksen osa. Koko arviointikehystä ei ole suomenkielisenä saatavana, mutta Perhearviointi on sen itsenäinen osa. Perhearviointiopas on käännetty suomenkielille ja taustalla on noin 25 vuoden yhteistyö perheterapian englantilaisten asiantuntijoiden parissa. Opasta voi soveltaa monella eri tavoilla ja erilaisissa ympäristöissä. Menetelmää voi hyödyntää kaikki alan ammattilaiset, jotka tekevät perhesuhteista ja perhe-elämästä arviota, esimerkiksi kun suunnitellaan perheen tarvitsemia tukitoimia, interventioita ja palveluja tai tehdään perhetutkimusta. (Bentovim & Miller 2012, v–4.) Perhearviointiopas edellyttää erillistä koulutusta, varsinkin jos työntekijällä on vähän kokemusta perheiden kanssa työskentelystä. Lisäksi menetelmän käyttöön on hyvä yhdistää työnohjaus parhaan mahdollisen hyödyn saamiseen. (Bentovim & Miller 2012, 8.)

Kaavio 1.



Perhearvioinnin osatekijöissä kaavio 1. perheen toimintamalli koostuu merkityksellisistä perhesuhteista ja lasten tarpeiden kohtaamisesta. Kielellä jota menetelmässä käytetään, painotetaan havaitsemista ja käyttäytymistä mielipiteiden sijasta. Kielen tavoitteena on olla kuvailevaa, arkista

ja ymmärrettävää, jotta voidaan luoda objektiivinen kuva toiminnan ymmärtämiselle ja kuvaamiselle. Perhearvioinnin menetelmät ja tehtävämallit lisäävät perheen keskinäistä vuorovaikutusta ilman työntekijän keskeytyksiä. Haastattelumallit taas auttavat tarkastelemaan huolenaiheita ja perheen taustoja, järjestäytymistä ja ominaisuutta. Toimintakyvyn, vahvuuksien ja vaikeuksien mittarit ovat osa perhearviointilomakkeita. Lomakkeet ja haastattelumallit ovat saatavissa sähköisesti, joten ne ovat helposti muokattavissa ja kopioitavissa. (Bentovim & Miller 2012, 3–4.)

5 PEREHDYTTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Perehdyttämisen yksi tehtävä on vahvistaa työntekijän sitoutumista työhön ja työyhteisöön. Sitoutumista vahvistaa perustehtävän ja tavoitteiden tunteminen. Perehdyttämisen onnistuminen tai epäonnistuminen voi aiheuttaa kauaskantoisia seurauksia. Sitoutunut työntekijä on valmis panostamaan työhönsä ja se näkyy kysymyksinä, ajatuksina ja kehitysideoina sekä työntekijä kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta työyhteisössä. (Juholin 2009, 45–46.)

Tarkoituksena perehdyttämisessä on esitellä uudelle työntekijälle työtoverit, työympäristö, olosuhteet ja tehtävät. Ensimmäisinä päivinä saaduilla kokemuksilla on suuri merkitys, koska ne jaetaan usein suurelle joukolle läheisiä ja näin he saavat käsityksen työyhteisöstä ja työnantajasta. (Surakka 2009, 72.)

Työvälineitä, joita voidaan käyttää perehdyttämisessä henkilökohtaisen ohjaamisen lisäksi, ovat kirjalliset ja sähköiset oppaat, internet ja sisäinen intranet. Sisäistä intranettiä voi käyttää esimerkiksi alustana perehdytys-suunnitelmalle, hoito-ohjeille sekä se voi sisältää myös linkkejä ja alan kirjallisuutta. (Surakka 2009, 73.)

Verkkopohjaisen oppimisympäristön etuna on, että sama materiaali on saatavilla ajasta ja esimerkiksi tietokoneesta riippumatta monelle työntekijälle yhtä aikaa. Se on myös tehokasta, sillä tieto on nopeammin kaikkien saatavilla. Lisäksi yhteistoiminta eri tahojen kanssa mahdollistaa sen, että jokaisella työntekijällä on aina paras tietämys käytettävissään. Yhteistoiminnallinen oppiminen on tehokkaampaa verkkopohjaisessa ympäristössä kuin perinteisessä oppimisessa. (Ruoranen 2007, 12.)

Uuteen asiaan perehtyminen verkko-opiskeluna säästää aikaa ja kustannuksia. Verkkopohjainen perehdyttäminen myös yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa työntekijän itsenäisemmän päätöksenteon. Itsenäinen päätöksenteko lisää työmotivaatiota ja vähentää stressiä. Verkkopohjainen oppiminen myös tukee työntekijän kasvua ja kehittymistä ammatissaan, kun valtuuk-

sia voidaan lisätä perehdytyksen edetessä. Verkkopohjainen oppimisympäristö ohjaa työntekijöitä jatkuvaan työssäoppimiseen. (Ruoranen 2007, 12.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä perhehoitotyössä sovellettavaa tietoa sairaanhoitaja voi hyödyntää nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä sekä laatia tuotos helpottamaan uuden työntekijän perheiden kohtaamista.

Opinnäytetyön tehtävänä on:

1. Minkälaista on nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä hyödynnettävä viimeaikaisin tutkimustieto perhehoitotyöstä?
2. Minkälaista perhehoitotyössä sovellettavaa tietoa uusi työntekijä tarvitsee aloittaessaan perhehoitotyön tekemisen?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osastolla tehtävää perhehoitotyötä sekä auttaa uutta työntekijää perheiden tapaamisessa.

7 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla perehdyttämisopas, turvallisuusohjeistus tai esimerkiksi tapahtuma. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 9.) Oleellista on, että tuotos on aikaisempaa parempi tai kokonaan uusi (Salonen 2013, 25).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on suotavaa, että työllä on toimeksiantaja (Airaksinen & Vilkkä. 2003, 16). Toimeksianto lisää opiskelijoiden vastuuntuntoa työstä ja opettaa projektinhallintaa, johon kuuluvat muun muassa aikataulutettu toiminta, tiimityö ja suunnitelman tekeminen. Työelämälähtöinen opinnäytetyö tukee myös opiskelijan ammatillista kasvua. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 17.) Pelkkä produktio ei riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi (Airaksinen & Vilkkä 2003, 41). Työn ideana on osoittaa, kuinka pystyy yhdistämään teoreettisen tiedon ammatilliseen käytäntöön ja valmiuksia pohtia teorian perusteella käytännön ratkaisuja ja kehittää niitä (Airaksinen & Vilkkä 2003, 42).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimusongelmaa tai tutkimuskysymyksiä, ellei työn tekemiseen kuulu myös selvityksen tekeminen (Airaksinen & Vilkkä 2003, 30). Aineistoa kerätään selvityksen keinoin, kun aiheesta on vähän julkaistua tietoa (Airaksinen & Vilkkä 2003, 57). Tässä työssä on tarkoitus hyödyntää viimeisintä tietoa perhehoitotyöstä ja alustavien hakujen jälkeen näyttää siltä, että sitä on vähän tarjolla. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole välttämätöntä analysoida kerättyä tietoa yhtä tarkasti kuin tutkimuksellisissa töissä (Airaksinen & Vilkkä 2003, 57).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä työstetään ikään kuin kahta eri työtä: itse produktiota sekä raporttia tehdystä työstä. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, jonka tarkoitus on selvittää, mitä, miten ja miksi jotain on tehty, millainen työprosessi kokonaisuudessaan on ollut ja mitkä ovat työn johtopäätökset ja tulokset. Raportista tulee ilmentyä myös oma arviointi siitä, miten prosessi on edennyt ja mitä on oppinut. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 65.) Raportti on siis kuvaus prosessista, jonka tuloksena on syntynyt tuotos (Salonen 2013, 25). Raportin kirjoittamisessa persoonamuoto valitaan tapauskohtaisesti: on yhtä oikein käyttää passiivista tai kolmatta persoonaa, mutta myös oman persoonan esiintuonti käy (Airaksinen & Vilkkä 2003, 112).

7.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyössä käytetään kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Katsauksen tarkoituksena opinnäytetyössä on arvioida, kehittää jo olemassa olevaa teoriaa sekä tunnistaa ongelmia ja ristiriitaisuuksia. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7–9.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi runsaasti käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto. Selvitys perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291). Tutkimus tähtää ilmiön ymmärtämiseen kuvauksen kautta (Kangasniemi ym. 2013, 292). Kun tiettyyn ilmiöön halutaan uusi näkökulma tai halutaan kyseenalaistaa jo olemassa olevaa tietoa, käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta (Kangasniemi ym. 2013, 294). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan myös käyttää hajanaisiin aiheisiin, jolloin tavoitteena voisi esimerkiksi olla tuottaa tietoja hyvien käytäntöjen edistämiseksi (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi jaetaan neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen (Kangasniemi ym. 2013, 292). Vaikka eri vaiheet voidaan eritellä, on tällaiselle tutkimukselle luonteenomaista, että vaiheet etenevät päällekkäin suhteessa toisiinsa (Kangasniemi ym. 2013, 294).

7.3 Produktio ja tuotos

Produktiona on tarkoitus laatia digitaalinen sekä kirjallinen tuotos perhehoitotyöhön perehdyttämisen tueksi. Tuotos laaditaan kirjallisuuskatsauksessa löydettyjen tutkimusten ja hoitosuosituksen sekä opinnäytetyön teoriaosuuden perusteella. Tuotos ja opinnäytetyön tulokset esitellään osatutunnilla, jota varten laaditaan oma esitys.

Tuotoksessa pyritään käyttämään hyväksi digitaalisen viestinnän mahdollisuuksia, joiden merkitys on jatkuvasti kasvamassa. Digitaalisessa viestinnässä pyritään pois lineaarisesta ajattelusta vuorovaikutteiseen, säteilevään ja assosioivaan ajatteluun. Avainsanoja digitaalisessa viestinnässä ovat dialogi, yhteisöllisyys, jakaminen ja tarinat. (Juholin 2009, 273.)

Garr Reynoldsin (2009) mukaan Daniel H. Pink (2005) määrittelee ”kuusi aistia” tai kuusi ”oikean aivopuoliskon kykyä” ja kertoo niiden olevan välttämättömiä vuorovaikutukseen perustuvassa maailmassa, jossa ulkoistaminen ja automaatio kasvattavat suosiotaan (Raynolds 2009, 14). Kyvyt ovat: suunnittelu (design), tarinan kertominen (story), sinfonia (symphony), empatia (empathy), leikki (play) ja merkitys (meaning). Yllä olevien kykyjen merkitystä pohditaan nyt opinnäytetyön tuotosta ajatellen, mutta näitä voidaan soveltaa myös ohjelmointiin, tuotesuunnitteluun, projektinhallintaan, pelien suunnitteluun, opetukseen, myyntiin sekä terveydenhuoltoon. Periaatteet, jotka ohjaavat produktion kulkua ovat maltillisuus, yksinkertaisuus ja luonnollisuus (Reynolds 2009, 7, 15).

Tuotos laadittiin opinnäytetyön teoriaosuus ja kirjallisuuskatsauksen tulokset huomioiden. Opinnäytetyön toinen tehtävä ”Minkälaista perhehoitotyössä sovellettavaa tietoa uusi työntekijä tarvitsee aloittaessaan perhehoitotyön tekemisen?” ohjaili produktion kulkua. Produktion suunnitelmassa pohdittiin infograafin tapaista ja visuaalista tuotosta, mutta suunnitelma kaatui ohjelmistojen lisenssikysymyksiin. Lopulta tuotos päädyttiin tekemään word-pohjaan, joka oli helposti luettavissa pdf-muotoon ladattuna. Toteutuksessa tavoiteltiin tiivistä, selkeää ja helposti luettavaa materiaalina.

7.4 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, kuten toiminnallisessa opinnäytetyössä yleensä. Aihe valittiin myös omien mielenkiinnon kohteiden mukaan. Perhehoitotyö on varsinkin nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä tärkeässä roolissa, koska vanhemmat tarvitsevat tietoa ja keinoja nuoren oireenhallinnassa (Kumpulainen, Aronen, Ebeling, Laukkanen, Marttunen, Puura & Sourander 2016, 680).

Opinnäytetyöprosessi koostui aloitusvaiheesta, suunnitteluvaiheesta, toteutusvaiheesta, arviointivaiheesta ja viimeistelyvaiheesta. Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2017, kun tilaus työlle tehtiin ja opinnäytetyön silloinen aihe (perhehoitotyö) esiteltiin opinnäytetyöpiirissä.

Alun perin tarkoituksena oli tehdä aiheesta kuvaileva kirjallisuuskatsaus, mutta ensimmäisessä yhteisessä työelämäpalaverissa päädyttiin ratkaisuun, josta oli eniten hyötyä työn tilaajalle. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa onkin tärkeää keskustella aiheen rajauksesta sekä kirkastamisesta (Salonen 2013, 17). Työ muuttui toiminnalliseksi opinnäytetyöksi, jonka produktiona tuotettiin tilaajaosastolle perehdytysmateriaalia. Lisäksi työelämäpalaverissa sovittiin, että työn tulokset ja perehdytysmateriaali esiteltäisiin osastotunnilla, jotta mahdollisimman moni osaston työntekijä pääsisi kuulemaan tuloksia. Työelämäpalaverissa pohdittiin opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja keskeisiä käsitteitä. Lisäksi saimme tietoa luvan hakemisesta sairaanhoitopiiriltä.

Suunnitelmavaiheessa hankkeesta tehdään kirjallinen kehittämissuunnitelma, joka tässä tapauksessa tarkoittaa opinnäytetyösuunnitelmaa. Suunnitelmasta tulee ilmetä työn tavoitteet, vaiheet, materiaalit ja aineistot, tiedonhankintamenetelmät sekä dokumentointitavat niissä määrin, kun ne jo ovat tiedossa. (Salonen 2013, 17.) Heti palaverin jälkeen aloitettiin teoriatiedon etsiminen sekä työn ja lupahakemuksen kirjoittaminen. Lupaa varten vaadittiin jo paljon teoreettista tietoa lähteineen, joten opinnäytetyön väliseminaari pidettiin näiden kerättyjen teoriatietojen valossa 7.3.2018. Lupa opinnäytetyön tekemiseen saatiin 21.3.2018.

Toteutusvaihe on opinnäytetyöprosessissa toiseksi tärkein vaihe suunnittelun jälkeen, sillä tässä vaiheessa työtä tehdään jopa päivittäin sovittuun tulokseen pääsemiseksi (Salonen 2013, 18). Tiedonhakuja opinnäytetyötä varten tehtiin sekä yksin että yhdessä kirjastossa. Tiedonhakuun käytettiin paljon aikaa, mutta se ei tuottanut toivottua tulosta. Lopulta varattiin aika informaattikon luokse Hämeenlinnan kampukselle. Informaatikko antoi vinkkejä uusiin tietokantoihin, joita kokeiltiin. Tiedonhaku siltikin oli haasteellista, sillä monesta tietokannasta löytyi samat tutkimukset. Lopulta tutkimuksia löydettiin ja 10 tilattiin ammattikorkeakoulun kaukopalvelua hyödyntäen. Tutkimukset haettiin Valkeakosken kampuksen kirjastosta.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia analysoitiin yhdessä Hämeen ammattikorkeakoulun Valkeakosken kampuksella 6.4.2018. Tutkimusten keskeisiä tuloksia oli kerätty Excel-taulukkoon ja tuloksia oli edelleen pelkistetty. (kts. 8.2. Aineiston analyysi). Pelkistyksien jaottelun jälkeen saatiin esille kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset. Osastotuntia ja tuotosta alettiin suunnitella, kun kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat selvillä.

Seuraavaksi vuorossa oli tuotoksen tekeminen. Alkuperäisenä suunnitelmana oli tehdä tuotoksesta infograafin tyylinen, vähemmän tekstiä sisältävä ja visuaalisempi, mutta suunnitelma kaatui lisenssiasioihin. Salonen

(2013, 17) kirjoittaa, että suunnitteluvaiheessa tekijät pystyvät suunnittelemaan asioita vain osittain tarkasti ja näin ollen etukäteen ei voi tietää, mikä tulee onnistumaan ja mikä ei. Lisäksi todettiin yhdessä työelämäohjaajan kanssa, että pelkät tutkimustulokset eivät tuotoksessa auta, sillä aihe vaatii teoriaa tuekseen. Valmis ehdotus lähetettiin sekä työelämäohjaajalle että ohjaavalle opettajalle kommentoitavaksi. Tämä produktio vastasi opinnäytetyön toiseen tehtävään.

Arviointivaiheessa arvioidaan syntynyttä tuotosta ja joko palautetaan se takaisin työskentelyvaiheeseen tai jatketaan viimeistelyyn (Salonen 2013, 18). Arviointi jatkui koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hankittua teoretietoa sekä tutkimuksia arvioitiin jatkuvasti, sillä materiaalia valittiin sen perusteella, vastasiko se opinnäytetyön tehtäviä. Toisaalta myös opinnäytetyön tehtäviä arvioitiin useampaan otteeseen ja niitä muutettiin muotoon, johon ammattikorkeakoulun opinnäytetyöllä on mahdollista saada vastaus. Raportti lähetettiin useampaan otteeseen sekä työelämäohjaajalle että ohjaavalle opettajalle arvioitavaksi.

Opinnäytetyö sekä tuotos esiteltiin osastotunnilla 24.4.2018. Osastotunnin aikana käytiin läpi myös opinnäytetyöprosessin kulkua. Osallistujille esiteltiin aiheen valinnan perusteet, tiedonhaku, valitut tutkimukset keskeisine tuloksineen, niistä tehdyt johtopäätökset sekä kaksi perhehoitotyön menetelmää (Perhearviointi & lyhytterapeuttinen interventio), joista ajateltiin olevan hyötyä osastolla. Palaute oli positiivista. Koettiin, että työn avulla saatiin tuotua näkyväksi myös sellaisia tärkeitä arjen asioita, joita ei välttämättä mielletä perhehoitotyöksi, kuten esimerkiksi puhelut nuoren vanhemmille. Lisäksi myös uutta tietoa jo kokeneemmille hoitajille tarjottiin. Tuotos nähtiin tarpeeseen vastaavana. Osastotunti onnistui hyvin ja keskustelua aiheesta saatiin aikaiseksi.

Viimeistelyvaiheessa viimeistellään sekä raportti että tuotos. Tuotoksen viimeistelyssä voi olla mukana muitakin toimijoita, mutta opiskelijoilla yksin on vastuu raportin kirjoittamisesta. (Salonen 2013, 18.) Tuotoksen viimeistelyssä tärkeä rooli oli työelämäohjaajalla, jonka tilauksesta työ alun perin lähti liikkeelle.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista. Raportin kirjoittamista helpotti se, että Onedrive mahdollisti kahden ihmisen samanaikaisen tiedoston muokkaamisen, joten molemmat pystyivät tekemään työtä juuri silloin kun omaan aikatauluun sopi sekä myös toisaalta näkemään reaaliajassa toisen kirjoituksia. Aikataulu oli tiukka, mutta työ eteni nopeasti alun tiedonhaun hankaluuksien jälkeen, sillä aihe oli kiinnostava. Lisäksi yhteistyö kirjoittajien välillä sujui ongelmattomasti. Valmis opinnäytetyö tuotokseen vastaa prosessille määritellyjä tarkoitusta, tehtäviä ja tavoitteita.

8 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Tiedonhaku

Tässä luvussa kuvataan tiedonhaun eteneminen eli millä hakusanoilla ja mistä tietokannoista näyttöön perustuvaa tietoa etsittiin. Lisäksi kuvataan, millaisin perustein haettua tietoa valittiin lähteiksi ja millaisin perustein joitakin hylättiin. Tiedonhaussa on tarkoitus löytää ja tunnistaa aineisto, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Sähköisten tietokantojen käyttö on kustannustehokasta, mutta se ei aina tavoita välttämättä kaikkia sopivia tutkimuksia, joten lisäksi on hyvä tehdä myös manuaalista hakua. (Stolt ym. 2016, 25.)

Tiedonhakua ohjaili opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tiedonhaussa käytettiin apuna kirjaston henkilökuntaa ja ammattikorkeakoulun informaattikkoa. Sähköisten kantojen lisäksi tehtiin manuaalisia hakuja selaamalla hoitotieteellisten artikkelien julkaisuja.

Alustavia hakuja tehtiin eri tietokannoista (Cinahl, Medic & Elektra) hakusanalla perhehoitotyö tai family nursing tai perhehoitotyö AND psykiatria tai family nursing AND psychiatry. Haut eivät tuottaneet toivottavaa tulosta, joten hakusanoja monipuolistettiin allaolevan taulukon mukaisesti. Perheiden hoitoon mukaan ottamiselle on useita termejä, esimerkiksi family-focused practise, familycentered practice, family health and healing, family nursing, family health and healing, family nursing, Family Systems Nursing, systemic health care, family medicine, medical family therapy, medical social work ja niin edelleen (Bell 2009, 124). Tämä omalta osaltaan vaikeutti tiedon hakua. Hakua ei rajattu fulltextiin, koska tietoa löytyi vähänlaisesti. Yhteensä 10 tutkimusta tilattiin HAMK:in kaukopalvelua hyödyntäen.

Tutkimuksia hylättiin, jos ne koskivat perhehoitotyötä perheessä, jossa vanhemmalla on psyykinen sairaus tai jos tutkimus oli tehty koskien jotain tiettyä alaa, esimerkiksi lasten syöpätauteja. Suuri osa esimerkiksi Google Scholarin 1990 tuloksesta ei vastannut tämän opinnäytetyön tehtäviin, eikä niin ollen kelvannut kirjallisuuskatsaukseen. Yhteensä kirjallisuuskatsaukseen valittiin 14 tutkimusta, jotka vastasivat opinnäytetyön tehtäviä. Tutkimukset olivat laadittu Taiwanissa, Islannissa, Hollannissa, Yhdysvalloissa, Ruotsissa, Suomessa, Kanadassa, Japanissa ja Espanjassa.

Taulukko 1. Tiedonhaku

Tietokannat	Hakusanat	Viitteet	Otsikon perusteella	Sisällön tarkastelun jälkeen
CINAHL with Full Text (Ebsco)	"Family nursing" AND psych*	49	8	1
Medic	"perhehoitotyö" "Asiantuntija-perhesuhteet" OR "Perhehoitotyö+menetelmät" OR "Perhesuhteet"	447	22	4
Andor	("family nursing") AND (adolesce*) AND (psych*)	1634, rajattu viimeiseen 5 vuoteen 406	18	4
Google scholar	adolescent psychiatry "family nursing"	4840, rajattu viimeiseen 5 vuoteen 1990	22	5
Arto	perhehoitotyö	21	0	

8.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi ja synteesi tapahtuvat yhtä aikaa käytännössä. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kootaan yhteen ja niistä poimitaan tärkeät tiedot esimerkiksi julkaisuvuosi, menetelmät, tarkoitus ja keskeiset tulokset. (Stolt ym. 2016, 30). Ensimmäistä vaihetta varten laadittiin taulukko liite1, johon koottiin nimi, julkaisuvuosi, tekijät, tarkoitus ja keskeiset tulokset. Tutkimusten menetelmiä, luotettavuuden ja laadun arviointia ei kirjattu aikataulun ja työn laajuuden vuoksi, mutta asioita huomioitiin tutkimusten valintaa tehdessä.

Toisessa analyysin vaiheessa materiaalia luetaan uudelleen, tehdään merkintöjä, joiden avulla teemoja, luokkia ja kategorioita. Merkintöjen on tarkoitus koota aineiston pääasiat yhteen ja tutkia niistä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sekä tulkita, vertailla ja ryhmitellä niitä. (Stolt ym. 2016, 31.)

Aineiston analyysi toteutui pääasiassa lukemalla tutkimustuloksia sekä alleviivaamalla ja muistiinpanoja tekemällä. Tämän jälkeen tutkimukset luettiin uudelleen opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät mielessä ja poimittiin alkuperäisiä ilmaisuja Excel-taulukkoon. Alkuperäisten ilmaisujen perään tehtiin pelkistys, joiden perusteella aineisto luokiteltiin.

Kolmannessa vaiheessa analyysiä, luokittelun tuloksista muodostuu synteesi, joka tehdään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia vertailemalla. Yksittäisistä tuloksista on tarkoitus muodostua kokonaiskuva, jossa käydään läpi myös ristiriitaisia tuloksia. Havainnoinnin tueksi voidaan laatia kuviointeja ja taulukoita. (Stolt 2016, 31.)

Taulukko 2. esimerkki aineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"it is important that clear information is provided to them regarding the disorder and its treatment and that they are supported throughout the entire adaptation process"	Perhettä tuetaan antamalla tietoa sairauden hoidosta koko prosessin ajan.	Tukeminen
"psycho-educational interventions in psychiatry for patients and their family members has shown improvements in social and family functioning, reduced risk of relapse and diminished psychotic symptoms of the patient"	Psykoedukaatiolla on paljon positiivisia vaikutuksia monella osa-alueella.	
"family psychoeducational interventions are cost effective due to the decreased need for acute psychiatric inpatient services"	Psykoedukaatio vähentää sairaalassa oloa.	
"nurses who had taken a course in FSN reported significantly more positive attitude towards involving families in their care"	Sairaanhoitajien koulutus lisäsi positiivisempaa asennetta perheitä kohtaan.	Valmiudet
"these nurses reported a significantly lower burden towards involving families in their care compared to	Aiheeseen koulutetut sairaanhoitajat pitivät perhettä vähemmän taakana.	

the nurses who had not taken such course. These findings emphasize that education had an influence on the nurses' attitude towards evaluating families that they cared for (families were viewed as significantly less burdensome)		
”Myönteisempi suhtautuminen perheeseen resursseina oli yhteydessä naissukupuoleen, ylempään korkeakoulututkintoon ja työskentelyyn työyksikössä, jossa hoidetaan lapsia”	Koulutustaso eduksi perheiden kohtaamisessa.	

9 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista nousi analysoinnin jälkeen eniten esiin perheiden tukemisen erilaisia muotoja, joista keskeisimmäksi nousi tiedon tarjoaminen ja psykoedukaatio (Lindgren ym. 2016, 100; Sveinbjarnardottir ym. 2012, 600; Rodríguez-Meirinhos ym. 2018, 155, 157; Inoue & Matsumoto 2016, 10). Perhe tarvitsee tietoa sairaudenkulusta, oireista ja hoidosta koko prosessin ajan (Rodríguez-Meirinhos ym. 2018, 155; Greef ym. 2006, 298). Tiedon antaminen vanhemmille on keskeinen tukemisen muoto (Rodríguez-Meirinhos ym. 2018, 155). Hoitajien tulee selvittää, mitä perheet jo tietävät sairaudesta ja sairaalassaoloajasta (Inoue & Matsumoto 2016, 9). Tutkimusten (Sveinbjarnardottir ym. 2012, 600; Svavarsdottir, Tryggvadottir & Sigurdardottir 2012, 318) mukaan lyhyelläkin terapeuttisella perheinterventiolla on merkitystä. Perheen toimintakyky saatiin jo 2-5 interventiolla säilytettyä kriisitilanteessa (Sveinbjarnardottir ym. 2012, 594). Interventioon osallistuneet perheet kokivat saaneensa kognitiivista ja emotionaalista tukea verrattuna niihin perheisiin, joille interventiota ei tarjottu (Sveinbjarnardottir ym. 2012, 600). Varsinkin nuorilla perheillä ongelmanratkaisukykyä tulisi korostaa (Svavarsdottir ym. 2012, 321). Sairaaloiden ei tulisi tarjota hoitoa pelkästään potilaille, vaan myös perheille sekä psykiatrista, että muuta tukea (Inoue & Matsumoto 2016, 13). On tutkittu, että perheenjäsenet hyötyvät vertais-

tuesta (Inoue & Matsumoto 2016, 13). Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki (2010, 146) mukaan kuitenkin suomalaisilla vuodeosastoilla vertaisryhmiin ohjaaminen on ollut heikkoa.

Perheet tarvitsevat tukea vanhempien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa, vanhemmuuden tukemiseen ja lapsen auttamiseen sekä hoitoon, vanhempien keskinäiseen suhteeseen, sosiaalisiin suhteisiin sekä lapsen terveyteen ja kasvuun liittyvissä asioissa (Häggman-Laitila ym. 2010, 2505; Hsiao & Tsai 2015, 523). Näihin vanhempien raportoimiin avun tarpeisiin voidaan käyttää voimavaralähtöistä perhehoitotyötä (Häggman-Laitila ym. 2010, 2509). Lasten hyvinvointi on riippuvainen hoitajan kyvystä tunnistaa perheen vahvuudet ja voimavarat (Laukkanen 2011, 6). On tärkeää tukea perheen sisäisiä suhteita, varsinkin suhteita vanhempien ja lasten välillä, sekä tutkia perheen sisäisiä vuorovaikutusprosesseja (Russell, Beckmeyer & Su-Russel 2018, 51; Laukkanen 2011, 7). Esimerkiksi perhearviointi on malli, jonka avulla hoitaja voi tarkastella voimavaroja ja vahvuuksia ja näin vaikuttaa perheen keskinäiseen vuorovaikutukseen (Laukkanen 2011, 13). Perhearviointimenetelmässä painotetaan tarkkoja kuvauksia vahvuuksista ja vaikeuksista, ilman tulkintoja (Laukkanen 2011, 8). Perheen vahvuudet ovat yhteydessä perheen sopeutumiskykyyn (Greef ym. 2006, 296).

Perhe tarvitsee ammattilaisilta tukea, jotta heidän kykynsä käsitellä nuoren tilannetta paranee (Lindgren ym. 2016, 102). Sosioemotionaalinen tuki lisää perheen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja itsetuntoa (Rodríguez-Meirinhos ym. 2018, 155). Perhe tulee nähdä yhteistyökumppanina nuoren hoidossa (Rodríguez-Meirinhos ym. 2018; 161, Vuorenmaa ym. 2016, 88–89). Perheen pitää uskoa, että he voivat osallistua hoitoon ja uskoa muutoksen tuovan mukanaan kasvua (Greef ym. 2006, 296). Nuoren sairaalaan joutuminen aiheuttaa perheessä turhautumisen, voimattomuuden sekä pelon ja häpeän tunteita stigman vuoksi (Lindgren ym. 2016, 101; Inoue & Matsumoto 2016, 9).

Kriisissä olevan perheen kohtaaminen on yksi vaikeimpia hoitajan työtehtäviä (Kurki 2013, 25). Tilanteessa korostuu toiminnan ennalta suunnittelu ja strukturointi (Kurki 2013, 25; Inoue & Matsumoto 2016, 13–14). Kriisissä olevat perheet välttävät asioiden käsittelyä ja saattavat kieltää tapahtuneen (Greef ym. 2006, 295–296). Tahdosta riippumaton hoito on esimerkiksi vaikea kriisitilanne koko perheelle ja saattaa aiheuttaa epäluottamuksen, katkeruuden, vihan ja pelon tunteita, jotka voivat olla seurausta jo aikaisemmistakin traumaattisista tapahtumista. Voidaan sanoa, että tahdosta riippumaton hoito luo juridiset perusteet hoidon toteuttamiselle ja hoitoja on tietyllä tapaa kahta eri tyyppiä: tahdosta riippumatonta ja tahdosta riippuvaa. Juridinen viitekehys tahdosta riippuvassa hoidossa voi olla kuitenkin sekundäärinen seikka, joka ei juurikaan vaikuta itse hoitotyön interventioihin. Tämä saattaa selittyä sillä, että tutkimuseettisistä syistä tahdosta riippumatonta on vaikea tai lähes mahdoton tutkia itse hätätilan-

teissa. On kuitenkin todettu merkkejä siitä, että potilaan tila saattaa huonontua pian tahdosta riippuvan hoidon aloittamisen jälkeen. Perheterapeutinen interventio olisi perusteltua näissä tilanteissa ja varsinkin tilanteissa joissa on käytetty enemmän pakkotoimenpiteitä, vaikka aiheesta onkin hyvin vähän tutkimustietoa. (Kurki 2013, 16, 24.)

Toinen keskeinen löydös liittyi hoitajan valmiuksiin. Tulosten analysoinnin jälkeen ilmeni, että hoitajan koulutus sekä kokemus hoitotyöstä edistävät suhtautumista perheeseen yhteistyökumppanina (Vuorenmaa ym. 2016, 88–89; Hsiao & Tsai 2015, 515–516; Svavarsdottir ym. 2014, 12). Muita perheiden kohtaamista edistäviä tekijöitä ovat empatia, hoitajan positiivinen asenne perhehoitotyötä kohtaan sekä kokemus oman perheenjäsenen sairaudesta ja ammattiavun tarpeesta (Hsiao & Tsai 2015, 515–516).

Tutkimuksista löytyi myös kehitysehdotuksia koskien perhehoitotyötä: Sveinbjarnardottir ym. (2012, 600) ehdottavat protokollan kehittämistä lyhytterapeutin keskusteluintervention käyttämiseksi. Russellin ym. (2018, 52) mukaan erilaisia perherakenteita on koko ajan enemmän. Olisi tärkeää tavoittaa koko perhe, eikä pelkästään ensisijaista hoivanantajaa, koska nuorella voi olla muitakin tärkeitä aikuisia, mutta heitä ei oteta mukaan tapaamisiin. Perhekeskeisen hoidon mallia olisi tärkeää tarjota ja kehittää.

10 POHDINTA

10.1 Johtopäätökset

Perhehoitotyön taustalta löytyi paljon erilaisia teorioita, jotka ovat ohjailleet tutkimusta aiheen ympärillä. Erilaiset teoriat perheiden välisestä vuorovaikutuksesta ja kiintymyssuhteista auttavat ymmärtämään aihetta ja toisaalta vaikeuttavat aiheen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Lisäksi perhehoitotyön tueksi on kehitetty lukuisia erilaisia menetelmiä, joista muutamia on käsitelty aikaisemmissa luvuissa. Tärkeää on muistaa mennä erilaisiin tilanteisiin perheiden tarpeet edellä, eikä menetelmäkeskeisesti. Menetelmät eivät myöskään auta perheiden suorassa kohtaamisessa eivätkä tee havaintoja hoitajan puolesta. Erilaisien menetelmien hyödyntäminen ja soveltaminen oikeissa tilanteissa antaa kuitenkin paljon hyviä työkaluja perheiden tuen tarpeiden, vahvuuksien ja voimavarojen tunnistamiseen. Varsinkin voimavarojen ja vahvuuksien käsittelemistä ei tule unohtaa hyvin ongelmakeskeisessä sairaalamaailmassa.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista voidaan päätellä, että tiedonantamisella on suuri merkitys perheelle. Tietoa tulee antaa koko hoitoprosessin ajan, sekä jo lyhyelläkin interventiolla on perheen kannalta merkitystä. Nuorisopsykiatrisella päivystysosastolla tulee lyhyitä, 15 minuutin tai alle, perheen

kohtaamisia ja puhelinsoittoja useita kertoja vuorokauden aikana. Lyhytinterventiota voi olla esimerkiksi puhelinkeskustelu, muutaman sanan vaihtaminen tilanteessa, kun perhe on tapaamassa nuorta sairaalassa sekä vertaistukitoimintaan ohjaaminen ja tietolehtisten jakaminen. Interventiota ei tarvitse erikseen järjestää, vaan on syytä painottaa ja antaa merkitys myös lyhyemmillekin perheen ohjaamistilanteille ja kohtaamisille. Lyhyiden perheinterventioiden merkitystä voisi myös korostaa tilanteissa, jos vaikka perhetapaaminen peruuntuu esimerkiksi hoitajan sairastumisen, perheiden pitkien välimatkojen, aikataulullisten ongelmien tai muiden estävien seikkojen vuoksi.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien työkokemus sekä koulutus perhehoitotyöhön edesauttavat perhehoitotyötä sekä koulutuksella on selkeä yhteys perheen näkemisellä yhteistyökumppanina. Tästä voidaan päätellä, että perhehoitotyöhön perehdyttämällä ja kouluttamisella hoitotyössä on merkitystä. Panostamalla koko perhesysteemin hoitamiseen voidaan vaikuttaa myös yksilönhyvinvointiin, varsinkin nuorilla alaikäisillä potilailla, jotka ovat vielä vahvasti riippuvaisia myös koko perheen hyvinvoinnista.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tekevän opiskelijan tulee työtä tehdessään toimia hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Hyvä tieteellinen käytäntö kattaa erilaisia toimintaperiaatteita, muun muassa eettisesti kestävä tiedonhaun, muiden tutkijoiden tutkimusten ja saavutusten kunnioittamisen ja tutkimuslupien hankkimisen. Tutkimus tehdään tarkasti, huolellisesti ja avoimesti. Lisäksi ennen tutkimuksen tekemisen aloittamista tulee kaikkien osapuolien kanssa sopia oikeuksista ja velvollisuuksista sekä vastuuasioista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyötä varten ei kerätä tietoja potilaiden, eikä hoitajien kokemuksista. Hoitotieteellisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimukseen osallistuvien henkilöiden anonymiteetti sekä hyödyt ja haitat tulee ottaa vahvasti huomioon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 215–216).

Opinnäytetyön objektiivisuutta lisää se, että toinen tekijä on osaston työntekijä ja toinen osaston ulkopuolinen. Näin ollen toisella on tietoa siitä, mihin meidän osaston näkökulmasta tulee keskittyä ja toinen taas tietää, että mitä itse uutena työntekijänä haluaisi konkreettisesti perehdytysmateriaalilta, jotta se olisi selkeä ja ymmärrettävä sekä palvelisi tarkoitusta.

Eettiset periaatteet ovat tieteellisessä toiminnassa ydinajattelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 211–212) mukaan Pietarinen (2002) määrittelee kahdeksan eettistä vaatimusta: älyllisen kiinnostuksen-, tunnollisuuden-, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus.

Tutkimuksen etiikkaa on jaettu sisäiseen ja tieteen ulkopuoliseen. Totuudellisuus ja luotettavuus osoittavat sisäiseen tieteen etiikkaan, jossa katsotaan koko tutkimusprosessia, kohdetta ja tavoitteita. Perusvaatimuksena on, että tutkimuksen aineistoa ei väärennetä tai luoda tyhjästä. Tiedeyhteisössä vallitsevat säännökset, kuten raportointitapa, kirjoittajat ja aineiston valinta kuuluvat myös sisäiseen tutkimusetiikkaan. Kriittinen arviointi vaatii erilaisia näkökulmia omien toimintatapojen ja perusteluiden tarkastelussa. Ulkopuoliseen etiikkaan kuuluvat tutkimuksen ulkoiset tekijät esimerkiksi tutkimuksen tilaaja tai rahoittajat, jotka vaikuttavat tutkimustapaan ja aiheenvalintaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212).

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Työtä tehdessä huomattiin, että tutkimuksia perhehoitotyöstä pelkästään nuorisopsykiatrisella osastolla ei ole juurikaan tehty. Lisäksi koko psykiatrian puolella kattaen aikuispotilaatkin on perhehoitotyön tutkimuksia tehty hyvin vähänlaisesti. Jatkossa olisi mielenkiintoista nähdä, miten esimerkiksi muissa sairaaloissa hoitajia perehdytetään perhehoitotyöhön sekä miten ja millä menetelmillä perhehoitotyötä toteutetaan.

Perhehoitotyön toteutusta voisi myös helpottaa jonkinlainen yhteenveto taustalla vaikuttavista keskeisimmistä teorioista esimerkiksi perhesysteemistä ja varhaisista vuorovaikutusmalleista. Lukuisten erilaisten termien: family-focused practise, familycentered practice, family health and healing, family nursing and Family Systems Nursing (Bell 2009, 124) yhdenmukaistaminen helpottaisi tiedonhakua ja tutkimuksen tekemistä. Calgary Family Assessment ja Intervention model, jonka ovat kehittäneet Wright & Leehey, vaikutti mielenkiintoiselta mallilta. Teoksen suomenkielisestä painoksesta voisi olla myös hyötyä perhehoitotyön kehityksen ja koulutuksen kannalta, koska monet kansainväliset tutkimukset perustuvat tämän teoksen ja tekijöiden laatimiin teorioihin ja menetelmiin.

LÄHTEET

- Airaksinen, T. & Vilkka, H. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Bell, J. (2009). Family Systems Nursing Re-examined. *Journal of Family Nursing* 15(2), 123–129.
- Bentovim, A., Miller Bingley, L. (2012). *Perhearviointiopas – Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä*. Turenki: Suomen Mielenterveysseura r.y.
- Fawcett, C. S. (1993). *Family psychiatric nursing*. Missouri: Mosby.
- Greef, A.P., Vansteenwegen, A. & Ide, M. (2006). Resiliency in Families with a Member with a Psychological Disorder. *The American Journal of Family Therapy* 34, 285–300.
- Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (2013). *Psykiaatria*. 9–10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Juholin, E. (2009). *Viestintä strategiasta käytäntöön*. 5. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*. 25(4), 291–301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kivimäki, A. (2008). *Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana*. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Haettu 3.12.2017 osoitteesta <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78969/gradu02516.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A., (2016). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Duodecim. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 22.3.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lastensuojelulaki 417/2007. Haettu 15.3 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Mielenterveyslaki 116/1990. Haettu osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>

Oksanen, J. (2013). *Koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) skitsofrenian hoidossa. Näytönastekatsaus*. Haettu 4.3.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak02540>

Reynolds, G. (2009). *Esityksen suunnittelu*. Visuaalisen viestintätaidon opas. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Ruoranen, R. (2007). *Perehdytyksen kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Haettu 27.3.2018 osoitteesta [http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2007\(51426\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2007(51426))

Salonen, K. (2013). *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinäytetyöhön - opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle*. Turun ammattikorkeakoulu. Haettu 29.3.2018 osoitteesta <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sinkkonen, J. (2004). Kiintymyssuhdeteoria – tutkimus löydöksistä käytännön sovelluksiin. *Duodecim* 120, 1866–73.

Skitsofrenia. Käypä hoito –suositus. (2015). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Haettu 4.3.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#s17>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (2016). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun Yliopisto.

Surakka, T. (2009). *Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia*. Vammala: Kustannusyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Haettu 4.3.2018 osoitteesta <http://www.tenk.fi/>

Vuorenmaa, M. Palonen, M. Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA -mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 28(2), 83–96.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014). *Uudistuva mielenterveyspsykiatria*. Helsinki: Fioca Oy.

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families – a Guide to Family Assessment and Intervention, Edition 5*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wright, L. & Leahey, M. (1990). Trends in Nursing of Families. *Journal of Advanced Nursing* 15, 148–154.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. (2008). *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Helsinki: WSOY.

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Greef, A.P., Vansteenwegen, A. & Ide, M. (2006). Resiliency in Families with a Member with a Psychological Disorder. *The American Journal of Family Therapy* 34, 285–300.

Hsiao, C. & Tsai, Y. (2015). Factors Associated With the Perception of Family Nursing Practice Among Mental Health Nurses in Taiwan. *Journal of Family Nursing*, 21(4), 508–528.

Häggman-Laitila, A., Tanninen, H. & Pietilä, A. (2010). Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2500–2510.

Inoue, K. & Matsumoto, K. (2016). Thoughts and Support of Family Members Caring for Adolescent Schizophrenics: A Two-Case Study. *Journal of the Academic Society for Quality of Life*. 2(4), 1–14.

Kurki, J. (2013). Tahdosta riippumatta - Perheterapeuttisen intervention mahdollisuudet tahdosta riippumattomaan lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon otettujen potilaiden ja heidän perheidensä auttamisessa. *Perheterapia* 29(1), 15–26.

Laukkanen, M. (2011). Perhearviointi – Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä. *Perheterapia* 27(2), 5–16.

Lindgren, E., Söderberg, S. & Skär, L. (2016). Being a Parent to a Young Adult with Mental Illness in Transition to Adulthood. *Issues in Mental Health Nursing* 37, 98–105.

Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2010). Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141–152.

Rodríguez-Meirinhos, A., Antolín-Suárez, L. & Oliva, A. (2018). Support Needs of Families of Adolescents With Mental Illness: A Systematic Mixed Studies Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 152–163.

Russell, L., Beckmeyer, J. & Su-Russell, C. (2018). Family-Centered Care and Positive Developmental Outcomes for Youth with Special Health Care Needs: Variations Across Family Structures. *Journal of Family Nursing*. Vol. 24(1), 29–59.

Svavarsdottir, E., Sigurdardottir, A., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E., Ketilsdottir, A., Blondal, K., Jonsdottir, A., Bergs, D. & Guomundsdottir, H. (2014). The Process of Translating Family Nursing Knowledge Into Clinical Practice. *Clinical Scholarship* 47(1), 5–15.

Svavarsdottir, E., Tryggvadottir, G. & Siguardardottir, A. (2012). Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-Term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in a Hospital Setting? Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing* 18(3), 303–327.

Sveinbjarnardottir, E., Svavarsdottir, E., Wright, L., (2012). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies* 50, 593–602.

Vuorenmaa, M. Palonen, M. Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA -mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 28(2), 83–96.

LIITTEET

Liite1. Aineiston keskeiset tulokset

Tekijät, julkaisu- vuosi ja maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tar- koitus	Keskeiset tulokset
Lindgren, E., Söderberg, S., Skär, L. 2016. Ruotsi.	Being a Parent to a Young Adult with Mental Illness in Transition to Adulthood	Tutkia vanhempien kokemuksia liittyen vanhemmuuteen, kun nuoret aikuiset kohtaavat mielen-terveyden ongelmia matkalla aikuisuuteen	Vanhemmat tuntevat heikkoutta ja rajoitettuja mahdollisuuksia, velvollisuuksien toteutuksessa. Perhehoitotyön avulla vanhempia voidaan tukea sekä helpottaa vastuun tuomaa taakkaa, kun nuoren hoidon tarve on havaittu.
Kurki, J. 2013. Suomi.	Tahdosta riippumatta - Perheterapeuttisen intervention mahdollisuudet tahdosta riippumattomaan lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon otettujen potilaiden ja heidän perheidensä auttamisessa	Selvittää mitä nuorten tahdosta riippumattomasta hoidosta on tutkittu ja millainen perheinterventio voi olla paikallaan.	Tahdosta riippumattomasta tutkittu vähän akuuttivaiheessa. Vapaaehtoisen hoidon interventioita yleistetty tahdosta riippumattomaan. Tahdosta riippumattomassa hoidossa voisi olla paikallaan perheterapeuttinen interventio.
Sveinbjarnardottir, E., Svavarsdottir, E., Wright, L., 2012. Islanti, Kanada.	What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study	Arvioida terapeutisen keskustelun vaikuttavuutta interventiona, jossa arvioidaan perheen avun tarvetta, perheen toimivuutta ja yleistä hyvinvointia	Perheet, jotka osallistuivat stc-interventioon, raportoivat saaneensa huomattavasti kognitiivista ja emotionaalista tukea verrattuna niihin, joille interventiota ei tarjottu. 2-5 stc-interventiota säilyttivät perheen toimintakyvyn ja yleisen hyvinvoinnin. Perheen toimintakyvyn säilyminen akuutissa kriisitilanteessa stc-intervention avulla on saavutus perhehoitotyön kannalta

<p>Vuorenmaa, M. Palonen, M. Kautonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Suomi.</p>	<p>Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA -mittarin luotettavuuden arviointi</p>	<p>Arvioida Ruotsissa kehitetyn FINC-NA -mittarin käytettävyyttä ja luotettavuutta Suomessa</p>	<p>Naissukupuoli, ylempi korkeakoulututkinto ja lasten kanssa työskentely oli yhteydessä myönteiseen suhtautumiseen perheeseen resursseina. Pidempi työkokemus, naissukupuoli, korkeampi koulutustaso, psykiatrinen ja lasten kanssa työskentely edisti myönteistä suhtautumista perheeseen keskustelukumppanina. Perheeseen suhtautuminen taakkana, olivat yhteydessä miessukupuoli, alhainen koulutustaso ja työkokemus.</p>
<p>Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. 2010. Suomi.</p>	<p>Perheiden tuensaanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus</p>		<p>Tuen eri muodoista parhaiten toteutui kohtaaminen. Heikoimmintuettiin mahdollisuutta osallistua asiakkaan hoitoon, vertaisryhmiin ja neuvotteluihin. Perheen jäsenen nuorella iällä oli yhteys hyvään kohtamiseen. Läheinen suhde asiakkaaseen oli yhteydessä tiedon saantiin.</p>
<p>Svavarsdottir, E., Sigurdardottir, A., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E., Ketilsdottir, A., Blondal, K., Jonsdottir, A., Bergs, D. & Guomundsdottir, H. 2014. Islanti.</p>	<p>The Process of Translating Family Nursing Knowledge Into Clinical Practice</p>	<p>Selvitys erilaisista lähestymistavoista, joita on hyödynnetty perhehoitotyössä yliopistosairaalassa Pohjois-Euroopassa</p>	<p>Sairaanhoitajien koulutus lisäsi positiivisempaa asennetta perheitä kohtaan; aiheeseen koulutetut sairaanhoitajat pitivät perhettä vähemmän taakkana.</p>

<p>Greef, A.P., Vanstenwegen, A. & Ide, M. 2006. Hollanti.</p>	<p>Resiliency in Families with a Member with a Psychological Disorder</p>	<p>Tunnistaa resilienssiä vahvistavia tekijöitä perheissä, joiden jäsen tarvitsee psykiatrista hoitoa</p>	<p>Perheen sopeutuminen tilanteeseen on helpompaa, jos lapsi on se, jolla on psyykinen sairaus; perheen koherenssein tunne on suurempi mitä vanhempia vanhemmat ovat ja mitä kauemmin ovat olleet naimisissa; koherenssein tunnetta vahvistaa myös vanhempien korkea koulutustaso, tulotasolla ei näin ollen ollut merkitystä. Kriisitilanteen passiivinen arviointi ja välttämiskeinot auttavat perhettä sopeutumaan; perhe tarvitsee tietoa sairaudesta ja hoidosta ja tukea koko sopeutumisajan. Tuen on oltava perheen omia voimavaroja ja resilienssiä tukevaa.</p>
<p>Laukkanen, M. 2011. Suomi.</p>	<p>Perhearviointi – Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä.</p>	<p>Käytännön kokemuksia Perhearviointi menetelmän toimivuudesta.</p>	<p>Lapsikeskeinen voimavaroja ja vahvuuksia korostava menetelmä, unohtamatta ongelmia. Kysymysten asettelu lisää vuorovaikutusta perheen välillä. Lisää ymmärrystä monesta eri näkökulmasta koskien perhettä.</p>
<p>Svavarsdottir, E.K., Tryggvadottir, G.B. & Sigurdardottir, A.N. 2012. Islanti.</p>	<p>Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in a Hospital Setting? Findings From the</p>	<p>Arvioida lyhytkestoisesta keskustelun vaikuttavuutta perheissä, joiden lapsi tai nuori oli hoidossa lastensairaalassa Landspítalin yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksessa oli kaksi</p>	<p>Testiryhmän vanhemmat raportoivat huomattavasti korkeampaa tyytyväisyyttä saatuun kognitiiviseen? tukeen. Tulos vahvistaa sitä, että tällaiselle on tarvetta ja siitä on hyötyä, että perheille tarjotaan tietoa esimerkiksi tietolehdistömuodossa. In-</p>

	Landspitali University Hospital Family Nursing Implementation Project	ryhmää: testiryhmässä perheet saivat lyhytkestoista terapeutista keskusteluapua ja kontrolliryhmä, jossa tätä keskusteluapua ei tarjottu	terventiota tulee kehittää niin, että sen fokus on kommunikoinnissa, ongelmanratkaisussa sekä yhteistyössä varsinkin nuorten perheiden kohdalla. Perhettä tulee tukea yksikkönä. Interventio ei välttämättä muuta perheen toimintatapoja, mutta sillä on vaikutusta tyytyväisyyteen sekä vanhempien hyvinvointiin.
Russell, L., Beckmeyer, J. & Su-Russel, C. 2018. USA.	Family-Centered Care and Positive Developmental for Youth With Special Health Care Needs: Variations Across Family Structures	Arvioida perhekeskeisen hoitotyön positiivisia tuloksia nuorilla, joilla on erityisiä hoitotyön tarpeita kuudessa eri perherakenteessa	Vanhempien ja lasten välistä suhdetta tulee tukea. Naimisissa olevat, biologiset vanhemmat hyötyvät enemmän perhekeskeisestä hoidosta. Erilaisia perherakenteita on koko ajan kasvava määrä, sen ymmärtäminen ja heille tehokkaan perhekeskeisen hoidon kehittämisen ja tarjoamisen tulisi olla ykkösprioriteetti.
Rodríguez-Meirinhos, A., Antolín-Suárez, L. & Oliva, A. 2018. Espanja.	Support Needs of Families of Adolescents With Mental Illness: A Systematic Mixed Studies Review	Selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla vanhempien tuen tarpeita hoivan tarjoajana ja kokonaisena perhesysteeminä sekä kehittää menetelmiä näiden tuen tarjoamiseen.	Tuen eri muotoihin löydettiin perinteisen jaottelun mukaan kolme pääluokkaa, jotka olivat tiedollinen (Informational), sosioemotionaalinen (Socio-emotional) ja välttämätön/konkreettinen (Instrumental) tuki.
Inoue, K. & Matsumoto, K. 2016. Japani.	Thoughts and Support of Family Members Caring for Adolescent Schizophrenics: A Two-Case Study	Tutkittiin perheenjäsenten, varsinkin äitien, ajatuksia skitsofreniaa sairastavan nuoren	Äidit olivat helpottuneita, kun saivat vertaistukea toisilta, ymmärrystä ja apua lääkäreiltä sekä kun nuoren

		perheen tuen tarpeista	oireet vähentyivät. Sairaaloitten tulisi tarjota apua nuoren perheelle, sillä yhden sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen.
Häggman-Laitila, A., Tanninen, H., Pietilä, A. 2010. Suomi.	Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention	Arvioida resursseja lisääviä perhekeskeisiä interventioita.	Perheiden tuen tarpeiden huomattavasti 5:stä tarpeesta 1,8 aloitettua perhekeskeisen hoitotyön. Perheet tarvitsivat tukea eniten vanhempien hyvinvointiin, elämänhallintaan vanhemmuudessa, kasvatukseen ja lastenhoitoon, parisuhteeseen, sosiaalisiin suhteisiin sekä lasten terveyteen ja kehitykseen.
Hsiao, C. & Tsai, Y. 2015. Taiwan.	Factors Associated With the Perception of Family Nursing Practice Among Mental Health Nurses in Taiwan.	Tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat psykiatrisen sairaanhoitajan näkemukseen työskennellessään perheiden kanssa sairaanhoitajan vastuutaan.	Positiivinen näkemys perheiden kanssa työskentelyyn oli yhteydessä vuosien kokemus mielenterveystyössä, empaattisuus, ymmärrys perhehoitotyön tärkeydestä joka ilmenee tukevana asenteena ja oma kokemus vakavasti sairastuneesta perheenjäsenestä, joka tarvitsee ammattimaista hoitoa.

PERHEHOITOTYÖ NUORISOPSYKIATRIAN OSASTOLLA

Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen. Perheenjäsenten tukeminen on osa hoitamista. (Vuorenmaa ym. 2016 & Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perinteisesti perhe on koostunut ydinperheestä, joka muodostuu biologisin perustein äidin, isän ja lasten kokonaisuudesta. Perheen muodostumiseen vaikuttaa myös juridiset perusteet ja emotionaaliset tekijät. Perheeseen voi kuulua adoptoituja lapsia tai uusperheessä molempien puolisoitten lapsia. Lisäksi naapuri tai ystävä voi olla läheinen ihminen potilaalle ja kuulua yhtä hyvin perheeseen. Näin ollen perhettä ei määrittele välttämättä biologiset tekijät. Tärkeää on yhteen kuuluvuuden tunne ja välittäminen sekä perheen sisäiset suhteet. (Åstedt-Kurki ym. 2008).

Kun kyseessä on alaikäinen potilas, on vanhemmilla kuitenkin erityisasema hoidossa. Potilaslain (785/1992) mukaan nuorella on oikeus osallistua itseään koskevaan pää-

töksentekoon. Jos tätä oikeutta rajoitetaan, hoidetaan nuorta yhteistyössä hänen vanhempiensa kanssa. Molemmissa tapauksissa nuoren mielipidettä ja ajatuksia kuunnellaan ja hänelle kerrotaan häntä koskevista asioista. (Åstedt-Kurki ym. 2008.) Vanhempien erityisasemaan vaikuttavat nuoren ikä ja hänen kehitystasonsa. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Hoitajien aktiivinen yhteistyö perheiden kanssa parantaa hoidon laatua lisäämällä hoitajan tietoisuutta potilaan elämäntilanteesta. (Vuorenmaa ym. 2016). Vanhemmat tuntevat lapsensa ja pystyvät näin ollen tulkitsemaan hänen tunteitaan, käyttäytymistään ja toimintaansa (Åstedt-Kurki).

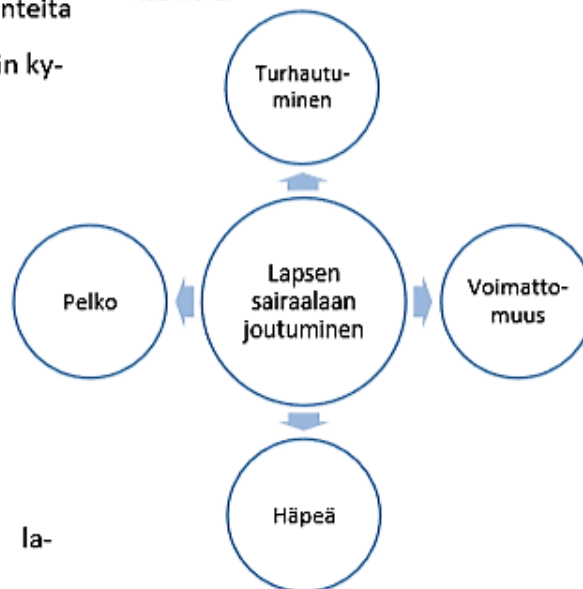
Perheenjäsenten tarjoama tieto perustuu yksilölliseen potilaan tuntemiseen (Åstedt-Kurki ym. 2008). Perhehoitotyö on aina perhe- ja tilannekohtaista (Åstedt-Kurki ym. 2008).

OSASTOHOIDON ALOITTAMINEN JA PERHEHOITOTYÖ

Lapsen joutuminen sairaalaan aiheuttaa perheelle paljon erilaisia tunteita ja stressiä, joka vaikuttaa heidän kyynsä tukea lasta ja muita tai muita perheenjäseniä.

Hoitajan on hyvä tiedostaa, että yllättävän ja järkyttävän elämäntilanteen sattuessa perheen henkinen lamaantuminen on luonnollista.

Kaavio 1.



Potilaan vastaanottotilanne on hyvä lähtökohta perhehoitotyölle ja hoitosuhteen aloitukselle. Tilanteessa korostuvat hyvä vuorovaikutus, kohtaaminen ja empaattisuus.

Hoitaja valmistautuu perheen tapaamiseen muun muassa perehtymällä potilastietoihin ja sairauskertomuksiin. Täytyy huomioida, että joskus ennakkotieto voi muodostaa ennakoasenteita. Aina valmistautuminen

ei ole mahdollista ja silloin tilanteisiin on hyvä mennä avoimesti, mutta odottamattomaankin varautuen. (Åstedt-Kurki ym. 2008)

Tapaamisissa voidaan selvittää perheen keskinäistä vuorovaikutusta, voimavaroja sekä jäsenellä kunkin perheenjäsenen huolia tilanteeseen liittyen. Tärkeää on myös kysyä perheeltä, mitä apua he odottavat saavansa. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

PERHEIDEN TUKEMINEN

Perhehoitotyön tavoite, tarkoitus ja menetelmät valikoituvat perheiden tarpeen mukaan (kts. kaavio 2). Keskeisin vanhempien tuen saanti sairaalahoidossa informatiivinen tukeminen. Vanhemmat kaipaavat tietoa koko hoitoprosessin ajan sairauksista, oireista ja niiden hoitamisesta. (Rodríguez-Meirinhos ym. 2018.)

Lisäksi perheen tarvitsivat tukea vanhempien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa, vanhemmuuden tukemiseen ja lapsen auttamiseen sekä hoitoon, vanhempien keskinäiseen suhteeseen, sosiaalisiin suhteisiin sekä lapsen terveyteen ja kasvuun liittyvissä asioissa. (Häggman-Laitila 2010.)

Kaavio 2.

Kriisi	Hoito	Tutkimus
<ul style="list-style-type: none"> • Tukeminen akuutissa kriisissä • 1 x perhetapaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tukeminen pitkäaikais-sairaudessa • 1-3 x perhetapaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Painotus tutkimuksessa • Tikapuu anamneesi

Osastohoidon yhtenä tärkeänä tavoitteena on aina nuoren palaaminen luonnolliseen kasvuympäristöön sekä kouluun. Luonnollinen kasvuympäristö tarkoittaa yleensä asumista vanhempien kodissa, josten vanhempien osallistuminen hoitoon on erittäin tärkeää. Vanhemmille tulee an-

taa tietoa nuoren häiriöistä, oireista ja niiden hoidosta sekä pohtia yhdessä keinoja oireenhallintaan nuoren kotiutuessa. (Kumpulainen ym. 2016.)

Tutkimusten (Sveinbjarnardottir ym. 2012 & Svavarsdottir ym. 2012) mukaan lyhyeläkin terapeutisella perheinterventiolla

on merkitystä. Perheen toimintakyky saatiin säilytettyä jo 2-5 interventiolla kriisitilanteessa. Lyhyeen interventioon voi sisältyä esimerkiksi tietolehtisten antaminen.

Useimmiten perhehoitotyö nuoren kanssa tarkoittaa juuri tiedon keräämistä vanhemmilta, vanhempien tukemista vanhemmuuteen ja esimerkiksi rajojen asettamiseen nuorelle. Toisaalta taas myös tuetaan perhettä ja nuorta yksilöitymisprosessissa. (Henriksson ym. 2013.)

Perhehoitotyön merkitys korostuu vielä tilanteissa, jos perheissä havaitaan olevan ongelmia aiheuttavia tai ylläpitäviä käytösmalleja. Näissä tilanteissa ei ole kovinkaan merkityksellistä keskittyä vain yksilöityöskentelyyn, koska osastolla harjoitellut vuorovaikutus- ja oireenhallintataidot eivät todennäköisesti siirry kotiin, jos vanhemmat eivät pysty niitä tukemaan. (Kumpulainen ym. 2016.)

Kaavio 3. Keskeisiä vanhempien tuen tarpeita.



Vanhemmuuteen voi liittyä monenlaisia ongelmia ja sitä pystyy tarkastelemaan monesta eri näkökulmasta. Vanhemmuuden ongelmat voivat liittyä esimerkiksi

kiintymykseen, ohjaukseen ja rajoittamiseen sekä kehityksen tukemiseen kuten virikkeisiin, lämpöön ja kannustamiseen. (Bentovim & Miller 2012)

Vaikeissa tilanteissa ajoittain huomataan oireiden suorastaan lisääntyvän nuoren ollessa perheen kanssa kontaktissa. Näissä tilanteissa ei kuitenkaan ole hyödyllistä rajata kanssakäymistä perheen kanssa, vaan päinvastoin ottaa ongelmat osaksi nuoren kanssa tehtävää työskentelyä. Lähestymiskiellot ovat kuitenkin asia erikseen ja ne tulee ottaa huomioon, sekä tehdä lastensuojelun kanssa tiivistä yhteistyötä, jos sellaiselle olisi tarvetta. (Kumpulainen ym. 2016.)

Hankalissa kriisitilanteissa tulisi korostaa toiminnan ennalta suunnittelua ja strukturointia (Kurki 2013, Inoue & Matsumoto

2016). Tahdosta riippumaton hoito on esimerkiksi vaikea kriisitilanne koko perheelle ja saattaa aiheuttaa epäluottamuksen, katkeruuden, vihan ja pelon tunteita, jotka voivat olla seurausta jo aikaisemmistakin traumaattisista tapahtumista. On myös todettu merkkejä siitä, että potilaan tila saattaa huonontua pian tahdosta riippuvan hoidon aloittamisen jälkeen. Perhehoitotyössä olisi perusteltua huomioida tahdosta riippumattoman hoidon aiheuttamia tunteita ja varsinkin tilanteissa joissa on käytetty enemmän pakkotoimenpiteitä. (Kurki 2013.)

PERHETAPAAMINEN

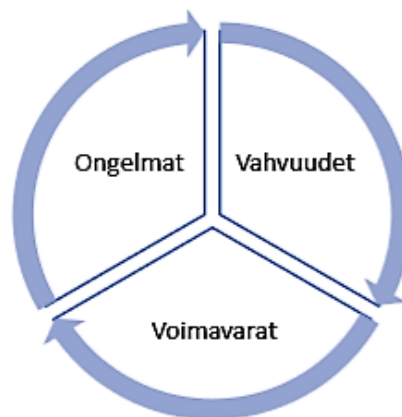
Perhetapaaminen on hyvä sopia jo heti hoidon alkuvaiheessa, jolloin kaikilla osapuolilla on aikaa pohtia millaisia asioita tapaamisessa tulisi käsitellä. Aikaa tapaamiseen varataan yksi tunti, joihin löytyy valmiita pohjia osaston kalenterista. Pääsääntö kriisijaksolla on, että vanhemmille ehdotetaan kahta eri aikaa osaston aikalaulujen puitteissa. Tapaamisen kokoon-

panon suunnittelevat omahoitajat ja pääsääntöisesti kaksi osaston työntekijää osallistuvat tapaamiseen. Toinen omahoitajista kuitenkin hyvä paikalla tapaamisessa kertomassa omahoitajatyöskentelystä ja osaston havainnoista. Osaston erityistyöntekijät sosiaalityöntekijä ja psykologi voivat osallistua mahdollisuuksien mukaan ja tilanteen vaatiessa. Kokeneempaa kollegaa voi pyytää myös pariksi tapaamiseen.

Perhetapaamiset ovat monesti hyvin ongelma-keskeisiä, eikä voimavaroja tulisi unohtaa. Lapsen hyvinvointi on riippuvainen hoitajan kyvystä tunnistaa voimavaroja ja vahvuuksia (Laukkanen 2011). On tärkeää tukea perheen sisäisiä suhteita, varsinkin suhteita vanhempien ja lasten välillä, sekä tutkia perheen sisäisiä vuorovaikutusprosesseja (Russell, Beckmeyer & Su-Russel 2018). Edellä mainittuihin sekä

kaavio 3. perheiden tuen tarpeisiin voidaan käyttää voimavaralähtöistä perhehoitotyötä (Häggman-Laitila ym. 2010). Perheen voimavaroja voidaan tukea myös tarjoamalla vertaistukea ja omahoitoa esimerkiksi **FinFami yhdistys Mielenterveysomaiset** tai **SYLI RY Syömishäiriöliitto**. On tutkittu, että perheenjäsenet hyötyvät vertaistuesta (Inoue & Matsumoto 2016.)

Kaavio 4.



Perheen tutkimus on hyvä aloittaa tapamalla koko perhettä, tämä antaa monipuolisemman kuvan potilaan ja perheen historiasta. Molempien vanhempien näkemys on hyvä saada, koska yksittäisen vanhemman näkemystä ei voida pitää sen luotettavampana kuin toisenkaan osapuolen. Perhe odottaa usein saavansa selville

mistä lapsen häiriö johtuu ja sitä kautta heijastuu mieliin syyllisen hakeminen. Syyllistämisympäristö voi samalla tarttua nuoreen, jonka vuoksi tutkimusprosessi voi itsessään hankaloittaa vuorovaikutusta perheessä. Nämä tekijät edellyttävät hoitavalta taholta arvostavaa ja empaattista suhtautumista ja kykyä etäisyyteen sekä

läheisyyteen suhteessa perheeseen. Nuoren kehityksen ja kasvun kulussa tulisi selvittää, miten sosiaaliset elämäntapahtumat ja perheen ihmissuhdekontekstit ovat niihin yhteyksissä. Tapahtumat voidaan selvittää tikapuuanamneesin avulla, johon merkitään aikajanelle psykososiaalisen ympäristön ja nuoren kehitykselliset tapahtumat.

Menetelmä auttaa ymmärtämään nuoren oireiden ja elämäntapahtumien yhteyksiä. (Kumpulainen ym. 2016.)

Perhetapaamisen kirjaamisessa voidaan soveltaa (Bentowin & Miller 2012) Perhearviointioppaan kielen määritelmää, jonka tavoitteena välttää tulkintoja sekä olla kuvailevaa, arkista ja ymmärrettävää, jotta voidaan luoda objektiivinen kuva toiminnan ymmärtämiselle ja kuvaamiselle.

Tekijät: Tuomas Liimu & Johanna Laine

LÄHTEET

Bentovim, A. & Miller, L. (2012). *Perhearviointiopas – Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä*. Turenki: Suomen Mielenterveysseura r.y.

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (2013). *Psykiatria*. 9–10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Häggman-Laitila, A., Tanninen, H. & Pietilä, A. (2010). Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2500–2510.

Inoue, K. & Matsumoto, K. (2016). Thoughts and Support of Family Members Caring for Adolescent Schizophrenics: A Two-Case Study. *Journal of the Academic Society for Quality of Life*. 2(4), 1–14.

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A., (2016). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Duodecim. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kurki, J. (2013). Tahdosta riippumatta - Perheterapeutin intervention mahdollisuudet tahdosta riippumattomaan lasten- ja nuorisopsykiatriseen hoitoon otettujen potilaiden ja heidän perheidensä auttamisessa. *Perheterapia* 29(1), 15–26.

Liimu, T. & Laine, J. (2018). *Perhehoitotyö nuorisopsykiatrisella osastolla*. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Rodríguez-Meirinhos, A., Antolín-Suárez, L. & Oliva, A. (2018). Support Needs of Families of Adolescents With Mental Illness: A Systematic Mixed Studies Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 152–163.

Russell, L., Beckmeyer, J. & Su-Russell, C. (2018). Family-Centered Care and Positive Developmental Outcomes for Youth with Special Health Care Needs: Variations Across Family Structures. *Journal of Family Nursing*. Vol. 24(1), 29–59.

Svavarsdottir, E., Tryggvadottir, G. & Siguardardottir, A. (2012). Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-Term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in a Hospital Setting? Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing* 18(3), 303–327.

Sveinbjarnardottir, E., Svavarsdottir, E., Wright, L., (2012). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies* 50(2013), 593–602.

Vuorenmaa, M. Palonen, M. Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA -mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 28(2), 83–96.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. (2008). *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Helsinki: WSOY.