

Sari Lehtimäki

PERHE OSANA NUORISOPSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

PERHE OSANA NUORISOPSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ

Lehtimäki, Sari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2012
Ohjaaja: Salminen, Eeva-Maija
Sivumäärä: 76
Liitteitä: 5

Asiasanat: perhe, perhetyö, nuoruus, nuorisopsykiatria

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan näkökulmasta perheen osallistumista nuorisopsykiatrisella osastolla olevan nuorensa hoitoon Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisella osasto 21:llä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata niitä hoitotyön tapoja, joita hoitohenkilökunta käytti perhekeskeistä hoitotyötä tehdessään. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla perhetyötä voidaan osastolla kehittää. Opinnäytetyön tekijän tavoitteena oli oppia lisää nuorten psykiatrisesta hoidosta ja perhetyöstä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksen perusjoukoksi ja otannaksi valittiin Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen osasto 21:n hoitohenkilökunta. Aineistonkeruu suoritettiin osastolla 30.9.-28.10.2011 välisenä aikana. Vastauksia tuli 14 kpl. Kun otanta oli 15, tuli vastausprosentiksi 93,3 %. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä, ja kyseiseltä osastolta tutkimus antaa luotettavan kuvan.

Tutkimuksen keskeisin tulos oli, että osasto 21:n hoitohenkilökunta käyttää perhetyömenetelmiä monipuolisesti siten, että jokaisen osastolla hoidossa olevan nuoren perhe tulee huomioiduksi nuoren hoidon aikana. Hoitohenkilöstön valmiudet nuoren perheen kohtaamiseen ovat yleisesti ottaen hyvät. Hoitohenkilöstö kokee perheen kanssa työskentelyn tarpeellisenä, mielekkäänä, haastavana ja hoitoa tukevana. Tutkimuksen kannalta oleellinen tulos oli se, että perheen kanssa työskentely ei ole hoitohenkilökunnan mielestä tarpeetonta. Hoitohenkilökunnan mielestä nuorta ei voi hoitaa ottamatta perhettä huomioon.

Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla ja perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa. Perheen osallistuminen nuoren hoitoon hoitohenkilöstön näkökulmasta on välillä vaativaa ja toisinaan häiritsee nuoren hoitoa. Hoitohenkilökunta toivoo saavansa koulutusta ja tukea perhetyön tekemiseen sekä tietojensa ja taitojensa parantamiseen. Koska koulutuksen vaikutus näkyy suoraan varmempana ja parempana perhetyötaitona, on perhetyökoulutus ja yleensä tietojen päivitys perusteltua.

FAMILY AS PART OF YOUTH PSYCHIATRIC NURSING

Lehtimäki, Sari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2012

Supervisor: Salminen, Eeva-Maija

Number of pages: 76

Appendices: 5

Keywords: family, family work, youth, adolescent psychiatry

The purpose of this thesis was to describe, from the nursing staff's perspective, the family participation in the youth psychiatric ward in department no 21 in Harjavalta hospital. Another goal was to describe the ways of nursing that the medical staff used in the family-centered nursing care. The aim of this study was to provide information that can be used when developing the family centered nursing in the ward . The author of this study aims to learn more about young people's psychiatric treatment and family work.

The study was carried out as a quantitative study, where the data was collected through a half structured questionnaire. The nursing staff in the youth psychiatric ward no 21 in Harjavalta hospital was chosen as the sample of this study. The data was collected during the period September 30 to October 28, 2011. Totally 14 replies were received. The sample being 15, the response rate was 93,3 %. The response rate can be considered good and the survey can be seen to provide a reliable picture from the ward no 21.

The most essential result of this study was that the nursing staff in the ward no 21 uses the family centered nursing methods diverse. During the treatment of a young patient his/her family is taken care of and noticed by the nursing staff. The nursing staff's capacity to meet the family is generally good. The nursing personnel experiences family centered work meaningful, challenging and supportive for the treatment. A relevant outcome of the study was that nobody experienced family work unnecessary. The staff believes that it is impossible to take care of a young patient without involving the whole family in it.

As an outcome of the study it can be noticed that the whole family is involved in their youth's treatment in the ward no 21 and it supports the treatment. Even though the staff sometimes experiences this demanding and even disturbing the treatment. In order to improve their knowledge and ability in the family work the staff hopes to get more training and support for it. As the effect of training directly leads in more reliable and better family work the training and updating the knowledge in family centered nursing is justified.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
1.1	Opinnäytetyön tausta	5
1.2	Opinnäytetyön yhteistyökumppani	7
1.3	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	8
3	NUORI JA NUORUUS.....	9
3.1	Nuoren kasvu ja kehitys.....	9
3.2	Nuoren psyykkiset häiriöt.....	12
3.2.1	Nuoruusiän masennus	12
3.2.2	Päihteet ja päihderiippuvuus	14
3.2.3	Mielialahäiriöt	16
3.2.4	Käytöshäiriöt	17
4	NUORISOPSYKIATRINEN HOITOTYÖ	20
4.1	Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito	21
4.2	Nuorisopsykiatrinen hoitotyö	22
5	PERHE JA PERHETYÖ	25
5.1	Nuori ja perhe	28
5.2	Perhe yhteistyökumppanina.....	29
5.3	Perhetyö30	
5.3.1	Perhetyön osaaminen ja menetelmät	31
5.3.2	Perhetyö osastolla 21.....	35
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	38
6.1	Aineiston hankinta ja analysointi.....	38
6.2	Kirjallisuuskatsaus	40
6.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	41
6.4	Tutkimuksen eettisyys ja ongelmakohdat.....	42
6.5	Jatkotutkimusaiheita	43
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	44
7.1	Opinnäytetyön taustakysymykset	44
7.2	Opinnäytetyön kysymysten tulokset.....	45
8	OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET	64
8.1	Hoitohenkilökunnan käyttämät perhetyön menetelmät	65
8.2	Hoitohenkilökunnan valmiudet perhetyöhön.....	66
8.3	Perheen osallistuminen nuoren hoitoon	67
8.4	Perhetyön kehittämisen mahdollisuudet osasto 21:llä.....	68
9	POHDINTA.....	70
	LÄHTEET.....	73
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

1.1 Opinnäytetyön tausta

Terveydenhuollon rakenteiden raju muokkaus yhteiskunnassamme 1990-luvulla vaikutti työelämän, talouden ja arvomaailman muutoksien myötä suomalaisperheisiin, lapsiin ja vanhempiin. Lapsille ja nuorille tärkeitä tuki- ja palvelumuotoja supistettiin, samalla kun jonot lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pitenevät. Kaikkein voimakkaimmin säästöt leikkasivat lapsille ja perheille tarkoitettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ja siitä kärsivät eniten apua tarvitsevat moniongelmaiset lapsiperheet. Yhteiskuntapolitiikkamme keskeisimmästä vaatimuksesta, lasten ja nuorten turvallisen kasvun edistämisestä (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 11), luovuttiin 1990-luvulla. Edelleenkin suomalaisessa yhteiskunnassa on nähtävissä 1990-luvun laman seuraukset.

Perhe, suomalaisen yhteiskunnan perusyksikkö, on muuttunut vuosikymmenten mukana historiaan, kulttuuriin ja ihmisten elämäntapaan liittyvien muutoksien myötä. Perhepiiri on laajentunut entistä ja uutta yhdistäväksi verkostoksi, uusperheeksi, samalla kun tiukan ja rajatun ydinperheen merkitys on vähentynyt perheiden monimuotoisuuden lisääntyessä. Edelleen perheen perustehtävänä on kuitenkin resurssien, hoidon, vastuiden ja velvollisuuksien jakaminen ja perheen keskinäiset suhteet ovat perheen perusytimenä. (Friis ym. 2004, 15-16.)

Nuoret elävät moniulotteisessa ja -arvoisessa maailmassa, jonka perusrakenteiden murtuessa muuttuu siis nuorten elinympäristö, perhe. Iso osa avio- ja avoliitoista päättyy eroon. Usean nuorten kohdalla turvattomuuden tunne on osa arkea ja yhä aikaisemmin nuorten elämään tulevat mukaan erilaiset kokeilut, alkoholi, tupakka ja huumeet. (Muurinen & Surakka 2001, 14). Aikuisten riskikäyttäytymistapojen omaksuminen lisää nuorten psykososiaalisia ongelmia ja terveystriskejä (Friis ym. 2004, 13).

Nuorisopsykiatriasta tuli EU:n erikoislääkärityöryhmän vuonna 1996 tekemän suosituksen mukaan (Pylkkänen 2006, 17.) itsenäinen psykiatrian erikoisalansa Suomessa

vuonna 1999. Erityisesti mielenterveyshäiriöiden hoidossa nuorten todettiin tarvitsevan omat palvelunsa, koska mielenterveyshäiriöt lisääntyvät voimakkaasti lapsuudesta nuoruuteen siirryttäessä. Edelleen aktiivisesti kehittyvä nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmä pitää sisällään erikoissairaanhoidon lisäksi sekä jalkautuvat-, että matalan kynnyksen palvelut. (Karukivi 2011). Nuorten psykiatriset palvelut ovat Suomessa huippuluokkaa eurooppalaiseen tasoon verrattuna (Pelkonen 2011), silti jopa neljännes suomalaisista lapsista ja nuorista kärsii mielenterveysongelmista ja noin kahdeksalla prosentilla ongelmat ovat vakavia (Friis ym. 2004, 12). Nuorten mielenterveyshäiriöiden torjuntaan ja kroonistumisen ehkäisyyn nuoruus tarjoaa hyvät mahdollisuudet (Karukivi 2011), sillä nuoruus on elämänvaihe, jossa varhaisemman kehityksen häiriöt voivat korjaantua ja luonnollinen taipumus parantua on suuri (Friis ym. 2004, 95). Nuorten psykiatrisesta hoidosta saatuja etuja ovat psykososiaalisen toimintakyvyn paraneminen hoidon aikana sekä sen jälkeen. Nuorena hoidetut mielenterveyshäiriöt estävät tehokkaasti aikuisiän mielenterveysongelmia. (Pelkonen 2011.)

Perhekeskeinen ja -lähtöinen työskentelytapa ovat peruseriaatteita nuorten hoitotyössä, jossa perhe ja vanhemmuus ovat tärkeässä roolissa. Nuoren hyvinvoinnin edistäminen on tehtävä, joka vaatii yhteistyötä nuoren perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. Perhe on osa moniammatillista työryhmää ja yhteistyötä, jossa hoitotyöntekijä ohjaa perhettä riippuvuudesta riippumattomuuteen ja objektina olemisesta vastavuoeroiseen dialogiin. (Friis ym. 2004, 170-171.)

Perhe on yhä tärkeämmässä roolissa nuorten psykiatrisessa hoidossa. Nuorten osastohoitoa on mahdotonta toteuttaa ilman perheen mukanaoloa, koska nuoret ovat eri tavoin sidoksissa perheeseensä ja riippuvaisia siitä. Perhe on aina osa nuoren hoidollista kokonaisrakennetta ja perhe on perusyksikkö, jota ei voida ohittaa (Friis ym. 2004, 171). Koska etäisyyden hakeminen vanhempien arvoihin ja näkemyksiin kuuluu nuoruuden kehitystehtäviin (Hämäläinen 2006, 49), on nuorisopsykiatrian hoitohenkilökunta haastavan tehtävän edessä perhetyötä tehdessään. Hoitohenkilökunnan työ psykiatrisella osastolla on auttaa ja tukea nuorta ja hänen perhettään selviämään nuoren osastohoidosta.

1.2 Opinnäytetyön yhteistyökumppani

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian osasto 21. Osaston perustehtävä on tarjota nuorisopsykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluja osastohoitoa tarvitseville 13-17-vuotiaille satakuntalaisille nuorille kaikkina vuorokauden aikoina ympäri vuoden. Osasto on Harjavallan sairaalassa oleva kahdeksanpaikkainen, suljettu tutkimus- ja hoito-osasto. Osastolla tutkitaan ja hoidetaan masentuneita, itsetuhoisia, psykoottisia, sopeutumis-, käytös-, mieliala-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöisiä nuoria. Mielenterveyslain mukaan osastolle tulevilla nuorilla on joko vapaaehtois- (B1) tai tarkkailulähete (M1). (Osasto 21. Tervetuloa nuorten osastolle, 2011.) Osasto tarjoaa nuorille aiempien tutkimus- ja hoitajaksojen lisäksi kahden viikon kriisihoitajaksoja 1.1.2012 lähtien. Samalla osaston paikkaluku nousi kahdeksasta kymmeneen. (Lehtonen sähköposti 24.1.2012.)

Neljästä kuuteen viikkoon kestävänsä varsinaisen hoitajakson aikana osastolla selvitetään, mistä nuoren oireilussa on kyse. Jokainen osastolle tuleva nuori saa heti saavuttuaan hänelle nimetyn omahoitajaparin, johon kuuluvat sekä mies- että naishoitaja sekä lisäksi korvaava hoitaja. Omahoitajat tapaavat nuoren perhettä perhetapaamisissa, joissa kuunnellaan nuoren, vanhempien ja muun perheen ajatuksia nuoren ja perheen tämänhetkisestä tilanteesta. Nuori tapaa jakson aikana osaston lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän. Jokaiselle nuorelle tehdään osastolla yksilöllinen, henkilökohtainen hoitosuunnitelma tutkimuksen perusteella. (Osasto 21. Tervetuloa nuorten osastolle, 2011.)

1.3 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat muodostuvat käsitteistä perhe, perhetyö, nuoruus ja nuorisopsykiatria. Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu käsitteiden määrittämisestä ja laajemmasta tarkastelusta.

Nuorten psykiatriseen hoitotyöhön kohdistuva tutkimus on ollut vähäistä. Tehdyt hoitotieteelliset tutkimukset ovat olleet lähinnä opinnäytetyön tasoisia ja ne ovat käsitelleet mm. perheiden ja lasten kokemuksia lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä sekä osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia, -keinoja sekä -

voimavaroja. (Friis ym. 2004, 7). (Liite 1) Opinnäytetyössä on määritelty ne nuorten psykiatriset sairaudet, joita hoidetaan Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisella nuorten vastaanotto-osastolla. Perhetyötä on käsitelty osasto 21:n lähtökohdista. Laajemmin on tarkasteltu niitä perhetyön keinoja, joita osasto 21:n hoitohenkilökunta käyttää kohdatessaan hoidossa olevan nuoren perhettä. Perhe ymmärretään perheenjäsentensä itsensä määrittäväksi kokonaisuudeksi ja vanhemmilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä nuoren huoltajia perheen koostumuksesta riippumatta. Koska osasto 21:llä annetaan psykiatrista sairaanhoitoa 13-17-vuotiaille nuorille, ymmärretään nuori tässä opinnäytetyössä em. ikäiseksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen vastaanotto-osasto 21:n hoitohenkilökunta toteuttaa perhetyötä osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla perhetyötä voidaan kehittää ja koulutusta kohdentaa sellaisiin osaamisalueisiin, johon osaston hoitohenkilökunta kokee sitä tarvitsevänsä. Opinnäytetyön tekijän tavoitteena on oppia opinnäytetyötä tehdessä lisää nuorisopsykiatriasta, perhekeskeisestä työskentelystä ja hahmottaa erilaisia työskentelytapoja perheiden kanssa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä perhetyön menetelmiä hoitohenkilökunta käyttää nuorisopsykiatrisella osastolla?
2. Minkälaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla mielestään on perhetyön tekemiseen nuorisopsykiatrisella osastolla?
3. Miten perhe osallistuu nuoren hoitoon nuorisopsykiatrisella osastolla?
4. Miten perhetyötä on hoitohenkilökunnan mielestä mahdollista kehittää nuorisopsykiatrisella osastolla?

3 NUORI JA NUORUUS

3.1 Nuoren kasvu ja kehitys

Nuorisolain (Nuorisolaki 27.1.2006/72, 2§) mukaan nuoreksi määritellään alle 29-vuotias. Nuoren alaikäraja laissa ei ole ja yläikärajakin on korkea. Yleensä nuoruuden ikärajoja määritetään suppeammin, varsinkin, jos kalenteri-ikä halutaan sitoa esim. biologiseen tai yhteiskunnalliseen perusteluun. Ilman ikämäärittelyä nuori on ihminen, joka ei ole enää lapsi mutta ei vielä aikuinenkaan. Nuoruutta kuvataankin usein ”ei enää”- ja ”ei vielä”-määrittelyillä. Nuoruus sijoittuu aina lapsuuden ja aikuisuuden väliin ja se saa merkityksensä ainoastaan suhteessa molempiin. Se on siirtymävaihe lapsuudesta aikuisuuteen, ts. se on sosiaalisen, biologisen ja psyykkisen kypsymisen prosessi. Eri perusteilla tehdyt nuoruuden määrittelyt ovat osittain toisensa poissulkevia ja toisaalta ne täydentävät toisiaan. Nuoruuden määrittelyn ikärajoja voidaan pitää korkeintaan suuntaa-antavina, oleellisinta on huomata määrittelyjen moninaisuus. Nuoruuden määrittelyn erilaiset lähtökohdat huomioivat erilaiset kasvatustavoitteet ja -tavoitteet. (Nivala & Saastamoinen 2007, 10-12.)

Nuoruuden määrittely perustuu kronologiseen, biologiseen, institutionaaliseen, juridiseen, yhteiskunnallis-funktionaaliseen, sosiaaliseen, toiminnalliseen, kulttuurilliseen tai kokemukselliseen lähtökohtaan. Nuoruus voidaan siis määrittellä kalenteri-ikä, jolloin nuoruus sijoittuu tiettyyn ikäkauteen. Se voidaan määrittellä biologisen kehitysvaiheen perusteella, jolloin nuoruus on yhtä kuin murrosikä, eli elämänvaihe, jolloin biologinen sukukypsyys saavutetaan ja jolloin ruumiin sukupuolinen kehitys tapahtuu. Nuoruus voidaan määrittää psykologisen kehitysvaiheen perusteella, jolloin se on elämänvaihe, jota erilaiset psykososiaaliset ja -dynaamiset kehitystehtävät määrittävät, esim. oma identiteetti muodostuu. Ihmisen, joka ei kuulu vielä työelämään, mutta kuuluu koulutusinstituution piiriin, voidaan katsoa olevan nuori. Tuolloin hänen institutionaalinen ”sijaintinsa” on nuoruus. Tähän määrittelyyn kuuluu irrottautuminen lapsuuden perheinstituutiosta siten, että omaa aikuisuusperhettä ei olla vielä perustettu. (Nivala ym. 2007, 10-12.)

Nuoruus on juridista alaikäisyyttä. Siihen liittyy monia rikosoikeudellisia vastuita ja velvollisuuksia. Nuoren yhteiskunnallisen tehtävän perusteella määriteltynä nuoruus on valmistautumista työhön, vanhemmuuteen ja kansalaisuuteen. Tuolloin tehtävänä on tietojen, taitojen ja valmiuksien oppiminen, omaksuminen ja harjoittelu. Nuoruus on kaveriporukoiden ja tiiviiden ystävyys-suhteiden aikaa, jolloin tarvetta vakituisen parisuhteen muodostamiseen ei vielä ole. Nuoruus on hengailua ja fiilistelyä sosiaalisen kanssakäymisen mukaan määriteltynä. Toiminnan luonne on kokeilua ja rajojen hakemista. Nuoruuden merkkeinä nähdään kulttuurilliset tunnukset. Nuori eriytyy lapsuudesta ja aikuisuudesta kiinnittymällä nuorisokulttuuriin ja osoittamalla sen mm. pukeutumistyyllillä. Nuoruus voidaan määritellä mielentilaksi, joka on riippumaton henkilön iästä. Siihen liittyy tietynlaista huolettomuutta, nuorekkuutta ja ei-aikuisuutta. (Nivala ym. 2007, 10-12.)

Nuoren ihmisen kasvu ja kehitys tapahtuvat ruumiin ja mielen vuoropuheluna (Salo & Tuunainen 1996, 135-136). Nuoruuden kehityshaasteita ovat puberteettiin liittyvien fyysisten muutosten hyväksyminen, oman sukupuolisuuden hahmottaminen, irtaantuminen vanhemmista, toverisuhteiden muodostaminen ja minuuden tunteen saavuttaminen. Perusongelmana nuorella on oman profiilinsa ja arvonsa löytäminen. Hänen tulee nuoruuden aikana saavuttaa tunne itsestään ja paikastaan maailmassa. Nuoren on selvitettävä, kuka hän on, mitkä ovat hänen vahvuutensa/heikkoutensa, missä on hänen paikkansa ja mitkä ovat hänen arvonsa tässä maailmassa. Perustunteita ovat identiteetti ja roolihajaannus. Kyky solmia kestäviä ihmissuhteita on onnistuneen murrosiän irrottautumisen ja oman identiteetin etsinnän tulos. Kun nuoruus on hyvin eletty ja kehityshaasteet onnistuneesti saavutettu, perusvoimaksi muodostuu uskollisuus ihmissuhteissa, elämäniideologiassa ja arvomaailmassa. (Salo ym. 1996, 136-137.)

Nuoren kehitystä ja kasvua tukevat mm. nuoren positiivinen käsitys itsestään ja selkeä käsitys maailmasta. Henkiset arvot, perheen tuki, itsenäistyminen ja irrottautuminen vanhemmista sekä ystävät, seurustelu, opiskelu ja työkokemukset edesauttavat nuoren kasvua ja kehitystä. Kehityksen ja kasvun uhkia ovat nuoren kielteinen käsitys itsestään, ristiriidat henkisissä arvoissa, epäonnistuneet kehitystehtävät, sosiaalisten suhteiden paineet ja kavereiden kielteinen vaikutus. Nuoren takertuminen van-

hempiinsa, päihteidenkäyttö, väkivaltaisuus ja rikollisuus vaarantavat kehitystä. (Friis ym. 2004, 47.)

Nuoruuden kehitykseen liittyvä, vaihteleva henkinen prosessi voi olla tasaista, tasais- ta/vaihtelevasti kuohuvaa, kovasti kuohuvaa, kehityksen välttämistä tai suora hyppy aikuisuuteen. Kuohuvaan kehitykseen, joka saattaa ilmetä mm. käytöshäiriöinä, epä- sosiaalisuutena ja päihteiden käyttönä, tulisi puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Mikäli nuori ei selviydy arkisista toimistaan ja kuohunta kestää pitkään, nuoren kehitys ei pääse etenemään normaalisti. Tuolloin nuoren kehitys on vaarassa ja hän on avun tarpeessa. (Friis ym. 2004, 49.)

Nuoruus jaetaan kolmeen eri vaiheeseen sen mukaan, millaisia kehityshaasteita vaihe tuo nuorelle ratkaistavaksi. 12-16-vuotiaana nuorella on ihmissuhdekriisi, joka muuttaa nuoren lapsuuden ihmissuhteet. Oma itse ja oma sukupuoli ovat muutoksessa identiteetikriisissä 16-19-vuotiaana. Ideologisessa kriisissä 20-25-vuotiaana muuttuu nuoren suhde aikuisten valtaan ja kulttuuriin. (Salo ym. 1996, 139.) Murrosiässä 12-16-vuotias nuori kokee seksuaalisuuden heräämisen myötä ihmissuhdekriisin, jota sanotaan nuoruuden varhaisvaiheeksi. Ruumiin anatomiset ja fysiologiset muutokset aloittavat nuoruusiän kehityksen. Lapsuuden ihmissuhteet muuttuvat, nuori irtaantuu vanhemmistaan ja etsii uudet samaistumisen kohteensa. Vanhempien kiinnostus omia asioita kohtaan ärsyttää, ja henkinen yhteenkuuluvuus ja tarvitsevuus loppuvat nuoren ja vanhempien väliltä. Nuori tarvitsee vihaa vanhempiaan kohtaan jotta irtaantuminen onnistuisi. Nuori on itsekeskeinen ja omiin oloihinsa vetäytyvä. Hän on ärtynyt, hyökkäävä ja ailahteleva, hän protestoi vanhempiaan vastaan. Nuori hakee tässä vaiheessa suhdetta toisiin nuoriin, hän kaipaa hyväksyntää ja etsii paikkaansa ryhmästä. (Salo ym. 1996, 135-143.)

Nuoruuden toisena kehitysvaiheena ikävuosien 16-19-välillä tunnettu identiteetikriisi ilmenee tarvitsevuuden ja riippuvuuden tunteen sekä voimakkaan itsenäistymispyrkimyksen vuorotteluna (Salo ym. 1996, 135-136). Ikävuosina 16-18 tapahtuu muutos suhteessa omiin vanhempiin. Nuori suuntautuu voimakkaasti harrastuksiin ja kokeilee erilaisia rooleja etsiessään omaa minuuttaan. Omilla vanhemmilla on tärkeä osa nuoren elämässä, mutta nuori tekee surutyötä, joka mahdollistaa hänen mielen sisäisen irrottautumisen ja itsenäistymisen vanhemmistaan. Erityisesti tässä vaiheessa nuori on herkkä erokokemuksille. Oman kehon ja seksuaalisuuden ymmärtäminen

myönteiseksi ja tyydytystä antavaksi on tässä vaiheessa tärkeää. Minuuttaan ja identiteettiään nuori vahvistaa olemalla yhdessä ikätovereidensa kanssa. (Friis ym. 2004, 46.)

Ideologinen kriisi on nuoruuden loppuvaihe. 19-25-vuotias nuori pohtii omaa suhdettaan maailmaan, luo maailmankuvansa ja aloittaa itsenäisen elämän. Maailmankuva on nuoren aikuisen oma käsitys itsestään osana maailmaa. Maailmankuvaan sisältyvät tietojen ja ymmärryksen lisäksi tunteet ja oma tahto. Kokemukset ja käsitykset itsestä ja maailmasta sekä arvot ja asenteet sisällytetään maailmankuvaan, joka on perusta kaikille niille tuleville suhteille, jotka nuori luo itsensä ja maailman välille. (Salo ym. 1996, 147.) Aikuisen persoonallisuuden eheyttäminen on nuoruuden kehitystehtävä jälkinuoruusvaiheessa 18-21-vuotiaana. Maailmankokemus alkaa muotoutua ja nuori on kyennyt irrottautumaan vanhemmistaan. Hän on löytänyt elämälleen suunnan. (Friis ym. 2004, 46.)

3.2 Nuoren psyykkiset häiriöt

Nuoruuden normaaliin kehitykseen kuuluvien ilmiöiden ja mielenterveyshäiriöiden erottaminen on usein vaikeaa, koska mielenterveyshäiriöiden oirekuva on monesti epäselvä ja oire ilmenee nuorella ensimmäistä kertaa (Korhonen & Marttunen 2006, 79). Normaalit alakulon, mielihahan ja masennuksen tunteet eivät tilapäisinä häiritse nuoren psyykkistä hyvinvointia, koska ne eivät vaikuta nuoren toimintakykyyn ja kehitykseen. Nuoren passiivisuus, elämänilon menetys, luopuminen omista tärkeistä asioista ja ikätoverikontakteista vetäytyminen ilmentävät psykiatrisen avun tarvetta. Pahoinvoinnin lisääntyessä nuori lähettää erilaisia viestejä, kuten viiltely, lääkkeiden yliannostus, jatkuva humalahakuinen juominen sekä riskikäyttäytyminen liikenteessä, joiden hän toivoo herättävän jonkun puuttumaan tilanteeseensa. (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen 2006, 79.)

3.2.1 Nuoruusiän masennus

Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemuksen menetys ja uupumus. Itkuisuus, ärtyisyys, kireys ja vihaisuus kertovat nuoren depressiosta.

Muita oireita ovat keskittymisvaikeudet, muutokset ruokahalussa, unen häiriintyminen, psykomotorinen kiihtyneisyys tai -hitaus, arvottomuuden ja syyllisyyden tunne, kuolemantoive sekä itsetuhokäytös. (Laukkanen ym. 2006, 80-81.) Masennuksen oireena menetyksen ja vaille jäämisen kokemus saa kaiken näyttämään epärealistisen negatiivisena ja huomio kiinnittyy negatiiviseen palautteeseen positiivisen palautteen jäädessä vaille huomiota. (Friis ym. 2004, 117 -118.)

Nuoruusiässä masennuksen vaikutukset kokonaisehitykseen eivät ole niin dramaattiset kuin lapsuusiässä. Toisaalta, masennus on kaiken ikäisillä lyhytaikaisena, suuriin elämän muutoksiin ja menetyksiin liittyessään normaali ilmiö, joka suojelee liialliselta toimeliaisuudelta ja säästää voimia suremiseen. (Friis ym. 2004, 117 -118.) Nuorten depressiot ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä ja ne alkavat yhä nuorempina. Nuorten depressiot ja lievemmat masennustilat ennustavat nuoren aikuisiän mielenterveyttä. (Korhonen ym. 2006, 79.) Masennustilat ovat edelleen alidiagnosoituja ja -hoidettuja, koska hoitoon hakeudutaan usein pitkällä viiveellä. Masennuksesta aiheutuva itsetuhoriski lisääntyy, jos nuorella on päihdeongelma tai antisosiaalisia piirteitä. (Laukkanen ym. 2006, 80-81.)

Ennen puberteettia itsemurhat ja niiden yritykset ovat harvinaisia, mutta ne yleistyvät nuoruusiässä. Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla suoraa tai epäsuoraa itsetuhoisuutta. Suorassa itsetuhoisessa käytöksessä nuorella on itsemurha-ajatuksia, -yrityksiä tai hän tekee itsemurhan. Epäsuorassa itsetuhoisessa käytöksessä nuori ottaa henkeä uhkaavia riskejä esim. holtittomalla käyttäytymisellä liikenteessä, kohtuuttomalla päihteidenkäytöllä tai henkeä uhkaavalla harrastuksella. Hän ei ehkä tietoisesti hae kuitenkaan kuolemaa. (Marttunen 2006, 127.)

Mielenterveys- ja muiden ongelmien, ajankohtaisten, kuormittavien ja itsetuhoisuudelle altistavien tekijöiden kasaantumisen seurauksena nuori voi yrittää itsemurhaa. Jos nuori on jo aiemmin yrittänyt itsemurhaa, kasvaa itsemurhavaara 50-kertaiseksi. Päihteiden ongelmallinen käyttö, skitsofrenia ja persoonallisuushäiriö ovat altistavia tekijöitä. Lievemmätkin käytöshäiriöt lisäävät itsetuhoisuuden vaaraa. Toivottomuus, impulsiivisuus, huono kyky ratkaista ihmissuhdeongelmia, huono stressinsietokyky ja pessimistisyys ovat luonteenpiirteitä, jotka liittyvät itsetuhoiseen käytökseen. Pitkäänkin oireilleista, itsemurhaan päätyneistä nuorista ainoastaan kolmannes on kuitenkin ollut psykiatrisessa hoidossa ennen itsemurhaa. (Marttunen 2006, 129.)

Vanhempien väliset, sekä vanhemman ja nuoren väliset ongelmat, vanhemman menetys, perheristiriidat sekä psyykinen ja fyysinen väkivalta ovat yleisiä itsetuhoisen nuoren perhetaustasta löytyviä tekijöitä. Perhetausta on usein rikkonainen ja vanhemmilla on itsetuhoisuutta ja päihde- ja mielenterveysongelmia. Nuoren kokemus epäonnistumisesta, hylätyksi tulemisesta tai nöyryytyksestä, samoin kuin nuoren eristäytyminen ja vieraantuminen ikätovereistaan aktivoi itsetuhoisen nuoren itsetuhokäyttäytymisen. (Marttunen 2006, 130.)

Käyttäytymistä, jossa aiheutetaan itselle yleensä lievä tai kohtalainen ruumiinvamma ilman itsemurhatarkoitusta, on tarkoituksellista itsensä vahingoittamista. Esimerkiksi viiltely, ihon polttaminen, leikkaaminen, haavan paranemisen estäminen tai jonkun ruumiinosan amputaatio on tarkoituksellista itsensä vahingoittamista. Toistuva itsensä viiltely liittyy psyykkisen kehityksen selvään häiriintymiseen ja tunteiden hallinnan kehittymättömyyteen. Se kertoo kyvyttömyydestä saavuttaa aikuisen identiteetti. Syyksi viiltelyyn nuori kertoo yleensä psyykkisen pahan olon lievittämisen, paineiden purkamisen ja oman mielen kontrolloimisen. Viiltely on nähtävä nuoren keinona kontrolloida omaa paha oloaan. Itseään viiltelevä nuori kykenee harvoin kertomaan tunteistaan sanallisesti. (Marttunen 2006, 130.)

3.2.2 Päihteet ja päihderiippuvuus

Lailliset, päihteinä pidettävät tupakka ja alkoholi, sekä laittomina päihteinä pidettävät huumeet, kuuluvat psyykkisiin toimintoihin vaikuttaviin, ilman hoitotavoitetta oleviin päihteisiin (Tacke 2006, 134). Päihteiden väärin- ja liiallinen käyttö johtavat päihderiippuvuuteen, joka aiheuttaa sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihderiippuvuuden myötä nuori muuttuu ja nuoren normaalit ihmissuhteet vaikeutuvat. Nuoren käytös vaihtelee suurestikin aggressiivisuudesta apatiaan päihteiden vaikutuksen alaisena. (Friis ym. 2004, 143.)

Yleisin nuorten käyttämä päihde on tupakka, joka on sitä haitallisempaa terveydelle, mitä nuorempana sen aloittaa (Friis ym. 2004, 142). Usein nuoret aloittavatkin päihteiden käyttönsä tupakoinnista ja alkoholikokeiluista 12-14-vuotiaina. Tupakka ja alkoholi aiheuttavat yli 95 % kaikista nuorten päihteidenkäytöstä johtuvista ongelmista. Tytöt tupakoivat nykyään enemmän kuin pojat. Varsinkin urheilevat pojat ja

nuoret miehet suosivat nuuskaa. Suurin osa säännöllisistäkin tupakan ja alkoholin-käyttäjistä ei siirry koskaan huumeidenkäyttäjiksi. (Tacke 2006, 134.)

Aikainen, alle 15-vuotiaana aloitettu alkoholinkäyttö lisää päihderiippuvuusvaaraa nelinkertaiseksi verrattuna myöhemmin aloittaneisiin. Humalahakuinen juominen on varsin yleistä suomalaisnuorten keskuudessa. Nuoret tytöt käyttävät lääkkeitä ja alkoholia yhdessä. Yleensä he käyttävät rauhoittavia lääkkeitä, esim. bentsodiatsepiinia, mutta myös muita, itselleen tuntemattomia lääkkeitä. Loukkaantumisriski, estojen poistumisen myötä väkivalta, seksuaalinen vapautuminen ja hyväksikäyttö ovat voimakkaaseen päihtymystilaan liittyviä riskejä. (Tacke 2006, 134-135.)

Nuorten alkoholiriippuvuuden syntyyn vaikuttavat voimakkaasti perinnöllisen alttiuden lisäksi ympäristön malli, erilaiset psykososiaaliset ympäristötekijät, muut hoitamattomat psyykkiset häiriöt ja kasvuolojen epäsopivuus. Yleensä alkoholismien yhteydessä lapsilla on jokin muu vakava psyykinen häiriö. Kahteen eri tyyppiin jaettavan alkoholismien ykköstyypin alkaa nuorena aikuisena, yli 25-vuotiaana. Kakkostyyppin alkoholismi alkaa jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Nuoren suvussa on paljon nuoria alkoholisteja, eikä runsaskaan alkoholinkäyttö aiheuta nuorena katumusta tai syyllisyyttä. Nuori hakee juomisesta mielihyvää. (Friis ym. 2004, 142-143.)

Kannabis, eli marihuana ja hasis, ovat varsinaisista huumausaineista yleisimmin kokeiltuja huumeita. 15-16-vuotiaista 10 % ja 20-24-vuotiaista 20 % kertoo kokeilleensa kannabista. Asenteet kannabista kohtaan ovat myönteisiä nuorten keskuudessa. Kannabis aiheuttaa käyttäjilleen esim. kognitiivisia ja sosiaalisia ongelmia sekä fyysisistä riippuvuutta. Se lisää tyttöjen ahdistus- ja masennusoireita ja pitkäaikaisesti, runsaasti käytettynä se kuusinkertaistaa riskin sairastua skitsofreniaan. (Tacke 2006, 136.)

Nuoret kokeilevat amfetamiinia, ekstaasia ja opioideja, kuten heroiinia ja buprenorfiinia, yleensä 15-18-vuotiaana. Suuret amfetamiiniannokset tai pitkäaikainen käyttö voivat johtaa amfetamiinipsykoosiin. Erityisesti metamfetamiini aiheuttaa rajuja psykoosioireita, kuten vainoharhaisuutta ja näköharhoja. Vieroitusoireita ovat väsymys, nukkumisen tarve ja masennusoireet. Heroiinin saanti Suomessa on vaikeutunut. Sen on korvannut opioidiriippuvuuden hoitoon käytetty Subutex, jota tuodaan maahan laittomasti ja jota käytetään suonensisäisesti huumaavassa tarkoituksessa.

Myös opioidipitoisia lääkevalmisteita ja yskänlääkkeitä käytetään päihdyttävään tarkoitukseen. Vieroitusoireita ovat hikoilu, palelu, sydämentykytys, ripuli, oksentelu ja raajasärky. (Tacke 2006, 137-138.)

Ahdistus ja masennus kuuluvat useiden päihderiippuvaisten oirekuvaan, kuten useat erilaiset psykososiaaliset ongelmat. Psykkinen vointi paranee usein päihteiden käytön lopettamisen jälkeen ja riittävän pitkän päihteettömän jakson jälkeen, mikäli ne ovat seurausta päihteidenkäytöstä. Toisaalta voi olla, että nuori käyttää päihteitä itsehoitoon, koska on huomannut jonkin päihteen auttavan psykkineseen oireiluun. Skitsofreniaan, mielialahäiriöihin, käytöshäiriöihin ja tarkkaavaisuushäiriöihin liittyy päihteiden käytön riski. Psykkisten häiriöiden hoito onkin hyvin pitkälti päihdeongelman ennaltaehkäisyä. Laajat, tiettyyn ikäryhmään kohdistetut päihdevalistusohjelmat on todettu melko tehottomiksi. Sitä vastoin suuren riskin perheiden syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin kohdistettuna ennaltaehkäisyohjelmien on todettu olevan erittäin tehokkaita. (Tacke 2006, 139-140.)

3.2.3 Mielialahäiriöt

Lähes 60% psykooseista puhkeaa ennen 25 ikävuotta. Psykoosin varhaisvaiheessa on vaikea erottaa masennukseen tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvaa psykoottista jaksoa skitsofreniaan liittyvästä psykoosista. Oirekuva on nuorella enemmän aikuisen kuin lapsen skitsofrenian kaltainen. Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli maanis-depressiivisyys ja psykoottinen häiriö ovat vaikeasti diagnosoitavia sairauksia nuoruusiällä, koska varhaisten muotojen oireet ovat moninaiset ja niihin sekoittuu piirteitä nuoruusiän kehityksestä. Kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä 30% puhkeaa 10-19-vuotiailla nuorilla. (Laukkanen 2006, 113.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialat vaihtelevat masentuneesta kiihtymykseen. Nuoruusikää lähestyttäessä oireet alkavat muistuttaa aikuisen manian oireita. Nuorella on kaikkivoipaisuuden tunteita, mielialan nousua ja ajatuksen rientoa. Mieliala saattaa vaihtua muutaman päivän välein. Maniassa mieliala kohoaa ja toimeliaisuus lisääntyy. Ilmenee ärtyvyyttä, keskittymisvaikeuksia, hajanaisuutta ja hyperaktiivisuutta. Tunnetilojen muuttumista on vaikea ennustaa ja ajatus on paranoidista. Taipumus maniaan on perinnöllinen. (Friis ym. 2004, 118-119.)

Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy 6-10 % nuorilla. Tunnistaminen ja hoitaminen ovat tärkeitä nuoruusiässä, koska vain osa häiriöistä on ohimeneviä. Hoitamattomina ne saattavat altistaa aikuisiän ahdistuneisuudelle sekä masentuneisuudelle. Paniikki-, yleistynyt ahdistuneisuus-, pakko-oireinen-, eroahdistus-, traumaperäiset- sekä pelko-oireiset häiriöt luetaan kuuluviksi ahdistuneisuushäiriöiden ryhmään. Pelko-oireisiin häiriöihin kuuluvat määräkohtainen-, sosiaalisten tilanteiden- sekä julkisten paikkojen pelko. (Ranta 2006, 67.)

Koska nuoren tietoisuus muiden ajatusprosesseista lisääntyy nuoruusiässä ja ikätoveriryhmän merkitys kasvaa, lisääntyy sosiaalisen ahdistuneisuuden määrä murrosiässä. Oman kehon muutokset saattavat suunnata nuoren huomion omaan kehoon ahdistavalla tavalla. Nuorten olo sosiaalisen arvostelun kohteena sekä oma psyykkinen ja fyysinen erillisuus aiheuttavat suurimmat ahdistuksen ja pelon tunteet. Ero vanhemmista ahdistuneisuuden säätelijöinä lisää nuoren tunnetta siitä, että hän on kokonaan yksin omien ajatustensa kanssa. Ahdistuneisuushäiriöstä on kyse silloin, kun ahdistuneisuuden kokemus tai siihen liittyvät muutokset käyttäytymisessä aiheuttavat nuorelle toimintahaittaa tai oireiston aiheuttama kärsimys on merkittävää. (Ranta 2006, 66-67.)

3.2.4 Käytöshäiriöt

Suurten taloudellisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen muutosten myötä käytöshäiriöt ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä. Tutkimuksesta riippuen käytöshäiriöitä ilmenee 3-14 % nuorista ja ne ovat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Murrosikää lähestyttäessä ero kaventuu. Lapsilla ilmenevät varhaislapsuuden temperamenttiongelmien, vaikeahoitoisuus, käytösongelmat sekä koulunkäyntivaikeudet johtavat käytösongelmiin nuoruusiässä. Ennusmerkit vaihtelevat kuitenkin eri-ikäisillä ja kehitysasteisilla lapsilla ja nuorilla. Vähäinenskin lapsen antisosiaalisuus, aggressiivisuus, päihteiden käyttö, vanhempien matala tulotaso sekä 6-11-vuotiaiden lasten vanhempien antisosiaalisuus ennustavat käytöshäiriöitä, kun taas varhaisnuoruudessa 12-14-vuotiailla vähäinen antisosiaalisuus, impulsiivisuus, sosiaalisten suhteiden puuttuminen, epäsosiaaliset ystävät, huono koulumenestys sekä vähäinen kiinnostus koulunkäyntiin ennustavat käytöshäiriöitä. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99.)

Lapsuudessa alkava käytöshäiriö on vaikeampi kuin nuoruudessa alkava. Nuoruudessa alkavan käytöshäiriön riskitekijänä on ystäväpiiri, joka vetää nuorta kohti käytöshäiriöitä. Ilman tällaista ystäväpiiriä nuorelle ei kehittyisi käytöshäiriötä ollenkaan. Toisaalta on tutkittu, että nuorella on taustallaan jo altistavia riskitekijöitä, jotka vetävät häntä kohti huonoa ystäväpiiriä. Käytöshäiriöisillä nuorilla on kuitenkin todettu olevan yhteisiä piirteitä, kuten huono empatiakyky, taipumus tulkita väärin toisten tekojen motiiveja sekä kyvyttömyys katumukseen tai syyllisyyteen. Itsetunto on yleensä heikko, kuten myös pettymystensietokyky ja impulssikontrolli. (Lehto-Salo ym. 2006, 101.)

Varhaislapsuuden turvallinen kiintymyssuhde voi suojata lasta riskitekijöiltä. Myöhempiä kasvua ohjaava lapsen ja vanhemman välinen suhde on tärkeässä asemassa nuoren kehityksen kannalta. Vanhemman aggressiivinen, impulsiivinen ja epäjohtomukainen kasvatus ennustaa 60 % nuorten epäsosiaalisista käytösongelmista. Vanhemmista johtuvat riskitekijät, kuten psyykkiset ongelmat, päihteet, rikollisuus, työttömyys, perheväkivalta, lapsen hyväksikäyttö, aviolliset ristiriidat, avioerot, matala koulutustaso, jaksamattomuus sekä kyvyttömyys vanhempana, kasautuvat käytöshäiriöisen nuoren elämään. (Lehto-Salo ym. 2006, 104-105.)

Nuoruudessa ja aikuisuudessa tarkkaavaisuushäiriö ilmenee tarkkaamattomuutena ja vaikeutena jäsentää omaa toimintaa. Tarkkaamattomuuden lisäksi yliaktiivisuus ja impulsiivisuus ovat tarkkaavaisuushäiriön keskeisiä piirteitä. Kouluikäisistä lapsista tarkkaavaisuushäiriötä ilmenee 4-5 %. Häiriön ilmenemiseen vaikuttavat hyvin voimakkaasti perinnöllisyys ja keskushermoston toiminnan häiriö. Oppimisvaikeudet, käytös- ja mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriöt ovat yleisempiä tarkkaavaisuushäiriöisellä nuorella kuin muilla. Tarkkaavaisuushäiriö ei poistu lapsena, kuten aiemmin on ajateltu, vaan se ilmenee vielä nuorena ja aikuisena. Vaikka lapsen taidot paranisivat iän myötä, ongelma pysyy samana, koska vaatimukset kasvavat esim. koulussa iän myötä. Taidot pysyvät tarkkaavaisuushäiriöisellä lapsella kuitenkin yleensä ikätovereiden tasoa alhaisempina. (Närhi 2006, 90-92.)

Nuoren tarkkaavaisuushäiriön ilmenemistä tulee tarkastella nuoren ikätason mukaisesti vaatimuksiin suhteutettuna. Nuoren huono kyky pysyä asiassa ja keskittyä keskusteluun heikentää mm. hänen ongelmanratkaisukykyään. Nuoruusiän ongelmien ratkaisu tarkkaavaisuushäiriöisen nuoren perheessä on siksi haastavampaa. Oireita

nuoren käytöksessä ovat mm. impulsiivisuus, tuhlaileva rahankäyttö, vaikeudet hillitä itsensä kotona ja asioiden unohtelu. Koulutehtävät kärsivät keskittymiskyvyn puutteesta. (Närhi 2006, 94-95.)

Ruokailuun liittyy suuria tunneperäisiä, sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Se on perheen, koulun ja erilaisten yhteisöjen tärkeä rutiini. (Friis ym. 2004, 101-103.) Laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön, näiden epätyypillisiin muotoihin sekä muihin syömishäiriöihin jaettavat syömishäiriöt ovat sekä ruumiin että psyyken sairauksia. Niiden hoidossa tarvitaan sekä somaattista että psyykkistä hoitoa. Varhainen hoitoon pääsy ja aktiivinen, vaikeimmissa tapauksissa moniammatillinen hoito ennustavat parempaa toipumista sairaudesta. (Ebeling 2006, 118.)

Laihuushäiriönä tunnettu anorexia nervosa (Friis ym. 2004, 101-103) on häiriö, jossa keskeinen oire on painon pudottaminen välttämällä syömistä ja ravitsevia ruokia sekä liikkumalla runsaasti ja toisinaan pakonomaisesti. Usein käyttämällä ulostus- ja nesteenpoistolääkkeitä varmistetaan se, että paino pysyy alhaalla. Kasvuiässä oleva nuori ei välttämättä laihdu, mutta paino ei enää nouse ja pituuskasvu saattaa pysähtyä. Löysät vaatteet ja ruuan valmistaminen saattavat estää vanhempia huomaamasta, että nuori ei itse enää syö ja että hän on hyvin laiha. (Ebeling 2006, 118-119.)

Tunnetason kokemus itsestä lihavana ja pyrkimys laihuuteen ja itsehallintaan ovat laihuushäiriön oleellisia piirteitä. Ruumiinkuvan häiriöstä puhutaan usein laihuushäiriön yhteydessä, varsinkin, jos mukana on psykoottisia piirteitä. (Ebeling 2006, 119.) Anoreksia nervosa voi olla nuoren psykoosin ensi oireita (Friis ym. 2004, 101-103). Suorituspyrkimysten vuoksi laihuushäiriöstä kärsivä nuori menestyy koulussa hyvin. Hänellä saattaa olla ikätoverisuhteita, mutta ne ovat usein pinnallisia. Laihuushäiriöisillä tytöillä kuukautiset ovat joko loppuneet tai ne eivät ole edes alkaneet. Luukato ja estrogeeninpuutos ovat seurausta laihuushäiriöstä. (Ebeling 2006, 119.)

Anorektinen nuori kokee aikuistumisen pelottavaksi. Perheen vallankäytön alueeksi anoreksia nervosa tulee siinä vaiheessa, kun nuori luovuttaa syömisensä kontrollin perheelle. Anoreksiassa nuoren paino on 15 % pienempi kuin pituuden mukainen keskipaino tai hänen painoindeksinsä (BMI) on alle 17,5. (Friis ym. 2004, 101-103.)

Pitkäaikaisseurannassa laihuushäiriöön kuolee 5-10 % sairastuneista. Noin puolet sairastuneista paranee. (Ebeling 2006, 124.)

Ahmimishäiriönä tunnetussa bulimia nervosassa on selkeä syklinen ylensyömisen rytmi (Friis ym. 2004, 104-105). Nuori ei pysty hallitsemaan ylensyöntiä, jolloin ahmimista seuraa katumus ja oksentaminen. Ruuan lihottavaa vaikutusta välttääkseen ahmimishäiriöinen voi ajoittain paastota ja käyttää lääkkeitä. Nuoren paino vaihtelee ja ajatusta hallitsee syöminen ja lihavuuden pelko. Muita liitännäisoireita voivat olla persoonallisuushäiriö, päihdeongelmat ja itsetuhoisuus. (Ebeling 2006, 124.) Bulimiaan liittyy masennusta ja ahdistusta. Ahmiminen herättää suurta häpeää ja syyllisyyttä, ja nuori ahmiikin vain ollessaan yksin. (Friis ym. 2004, 104-105.) Syitä bulimiaan on haettu hoivan kokemuksen puutteista. Sitä on kuvattu itsesäätelyn häiriöksi ja hyökkäykseksi omaa ruumista kohtaan. (Ebeling 2006, 124.)

Epätyypillinen syömishäiriö on kyseessä silloin, kun kriteerit eivät täyty kumpaankaan edellä kuvattuun häiriöön tai oireet ovat lieviä. Ortoreksia on kyseessä silloin, kun nuori syö pakkomielleisesti terveellistä ruokaa. Terveellisen ruuan suunnittelu, hankkiminen ja valmistus vievät nuoren koko huomion. (Ebeling 2006, 124.)

4 NUORISOPSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Lavikaisen, Lahtisen ja Lehtisen (2001) mielenterveysmallin mukaan Friis ym. (2004, 33) jaottelevat mielenterveyttä määrittävät tekijät neljään osaan. Mallin ensimmäinen osio, sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, sisältää mm. yksilön, perheen, koulun, työn, yhteisön ja ympäristön sekä hallinnon ja palvelut. Sosiaalipolitiikka, yhteiskuntajärjestelmä, koulutusresurssit, asunto-olot, taloudelliset voimavarat sekä palvelujen saatavuus ja laatu sisältyvät mielenterveysmallin toiseen osaan, yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja resursseihin. Kolmannessa osassa ovat yksilökohtaiset seikat ja kokemukset, mm. tunne-elämän ajattelu ja toiminta, identiteetti, käsitys itsestä ja itsetunto, autonomia ja sopeutumiskyky, esim. elämänhallinta ja stressinsietokyky. Siihen kuuluvat muut yksilölliset voimavarat eli koulutus ja tieto sekä elämän koettu mielekkyys ja ruumiillinen eheys. Viimeisenä on mainittu kulttuuriin

liittyvät arvot, eli tasa-arvo, ihmisoikeudet, mielenterveyden sosiaalinen arvostus, sosiaalista kanssakäymistä määrittävät säännöt, mielenterveyden ja sen häiriöiden sosiaaliset määritteet, mielenterveysongelmien leimaavuus sekä poikkeavuuden sieto. Mielenterveystyö suuntautuu kaikkiin mielenterveyteen vaikuttaviin alueisiin. Mielenterveys rakentuu näiden neljän osan summasta, ja mallin toimintatapoina ovat mielenterveyden edistäminen sekä ongelmien ehkäiseminen, hoitaminen ja lievittäminen. (Friis ym. 2004, 32-33.)

Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan yhä laajempaa osaamista ja ammattitaitoa nuorten lisääntyneiden ja monimutkaistuneiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Nuorten impulsiivinen käytös on lisääntynyt, nuorten on yhä vaikeampi tulla toimeen itsensä ja ympäristönsä kanssa. Perushoivan ja itsearvostuksen puute sekä päivittäiset psyykkiset ja fyysiset oireet ovat lisääntyneet ja johtavat yhä useammin huostaanottoihin ja mielenterveysongelmiin. Yhteiskunnan muutokset yhdessä lisääntyneen kilpailun kanssa ovat yhteydessä nuorten psykososiaaliseen pahoinvointiin. Jopa neljännes lapsista ja nuorista oireilee psyykkisesti samaan aikaan kun kolmasosa lapsista ja nuorista voi jopa paremmin kuin koskaan aikaisemmin. (Friis ym. 2004, 11-12.)

4.1 Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito

Koska mielenterveyshäiriöt hidastavat nuoren (12-22-vuotias) kehitystä lapsuudesta aikuisuuteen, on nuoren mielenterveyshäiriöihin puututtava mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Nuoren mielenterveyshoidon tavoitteena on mahdollistaa nuoren normaali kehitys. Nuoren psyykkinen oireilu ilmenee useimmiten koulussa, ja siksi nuoren mielenterveyshäiriö tunnistetaankin usein ensimmäiseksi siellä. Nuoren kehityskriisin ja sairauden erottaa siitä, että sairastuessaan nuori taantuu, kun taas kehityskriisissä nuori pyrkii kehityksessään eteenpäin. (Vesänen & Pulkkinen 2010.)

Psykiatrisessa hoidossa ollessaan nuorta tarkkaillaan ja arvioidaan hänen kehitysvaihettaan suhteessa ikään, vuorovaikutustaitoihin ja sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Nuoren mahdollinen itsemurhavaara selvitetään, samoin kuin nuoren ajatukset ja tunteukset. Jos oireilu on alkanut koulussa, selvitetään, ilmeneekö oireita kotona. Samalla selvitetään nuoren perhetilanne. Haastatteleamalla nuoren ystäviä ja koulun työntekijöitä, saadaan selville mahdolliset itsemurha-ajatukset, koska nuori kertoo

usein ystävilleen itsemurha-ajatuksistaan. Nuorelle tehdään aina somaattisten sairauksien poissulkemiseksi lääkärintarkastus ja otetaan verikokeet. Hänelle tehdään huumetestit ja päihteiden käyttö selvitetään. Kahdenkeskinen haastattelu ja verkosto- ja perhetapaamiset auttavat nuoren psyykkisen tilanteen ja voimavarojen selvittelyssä. Nuoren hoidon alkuvaiheessa huomioidaan vanhempien ja huoltajien syyllisyyden tunteet ja ahdistuneisuus. (Vesänen & Pulkkinen 2010.)

Jos nuorella epäillään mielenterveyshäiriötä, moniammatillinen ryhmä tekee alkuarvion nuoren tilanteesta. Hoitosuunnitelmaan kirjataan esim. perhe- ja verkostotapaamiset ja keskustelukäyntien tiheys. Tarvittaessa otetaan yhteyttä kasvatus- ja perheneuvolaan. Erikoissairaanhoidon konsultoidaan mahdollisimman helposti ja etenkin silloin, kun nuoren psyykkisen tilanteen arviointi tuottaa ongelmia, nuorella on sosiaalisia ongelmia tai nuorella on selvä psyykkinen sairaus. Yhteys erikoissairaanhoidon otetaan silloin, kun tarjotusta hoidosta ja tuesta huolimatta nuoren oireet eivät lievi ja nuoren toimintakyky on heikentynyt. Lastensuojelulain mukaisesti tehdään yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa. Nuoren hoitosuhde on aina luottamuksellinen. (Vesänen & Pulkkinen 2010.)

Somaattinen sairaus voi aiheuttaa nuorelle mielenterveyshäiriötä. Nuori voi kieltää itsellään olevan somaattisen sairauden tai aliarvioida sen hoidon. Hän ei pysty keskustelemaan sairaudesta tai siihen liittyvistä tunteista tai hän tuntee olevansa erilainen kuin muut. Nuori voi eristäytyä ja käyttäytyä uhmakkaasti. Varsinkin, jos hän on itse aiheuttanut sairauden, voi hän tuntea suurta syyllisyyttä. Nuori ei suunnittele tulevaisuuttaan, vaan elää tässä ja nyt. Näin nuoren ei tarvitse pelätä sairauden mahdollisesti mukanaan tuomia komplikaatioita. (Vesänen & Pulkkinen 2010.)

4.2 Nuorisopsykiatrinen hoitotyö

Psyykkisen häiriön diagnosointiin vaaditaan, että nuorella on vähintään yksi oire kolmesta; joko poikkeava tunne-elämä, -ajatusmaailma tai -käytös. Käytöksen on häiritävä nuoren omaa persoonallisuuden kehitystä tai hänen ja/tai vanhempien jokapäiväistä elämää. Ongelmien on oltava poikkeavia ottaen huomioon nuoren iän, kehitystason tai ympäristön normit. Tilanteen on täytynyt kestää vähintään kahdesta kolmeen viikkoa. (Vesänen & Pulkkinen 2010.)

Perusterveydenhuollossa voidaan useamman tapaamisen aikana rauhassa selvittää nuoren tilannetta ja ulkopuolisen aikuisen antaman tuen riittävyttä, ellei nuorella ole akuuttia itsemurhavaaraa, todellisuudentajun häiriötä tai vakavia paino-ongelmia. Jos nuoren toimintakyky itsensä huolehtimisessa, koulutyössä tai ihmissuhteissa heikenee tai tilanne jatkuu muuten hankalana, on nuori syytä lähettää perusteellisempaan nuorisopsykiatriseen tutkimukseen. Hyvä lähete sisältää oleelliset tiedot nuoren tilanteesta ja nuorelle itselle ja hänen vanhemmilleen kerrotaan psykiatrisen tutkimuksen syy. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 202.)

Nuorisopsykiatrinen tutkimus tehdään siten, että se vastaa seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Onko nuorella jo olemassa tai syntymässä psyykkinen häiriö?
- 2 Mihin psyykkinen oireilu liittyy, onko se pitkäaikaista vai akuuttia?
- 3 Miten voimakkaasti oireilu vaikuttaa nuoren toimintakykyyn eri elämänaalueilla?
- 4 Onko muita kasvua tai kehitystä häiritseviä diagnosoimattomia ongelmia, kuten esim. neurologisia ongelmia?
- 5 Voiko häiriö korjaantua spontaanisti ilman psykiatrista hoitoa, vai paheneeko se ilman hoitoa? Onko nuori motivoitunut tai motivoitavissa hoitoon?
- 6 Onko avohoito riittävä vai tarvitaanko osastohoitoa?
- 7 Tukevatko vanhemmat nuoren iänmukaista kasvua ja hoitoa, jos sitä ehdotetaan?
- 8 Onko perheen tilanteessa tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa tai ylläpitää nuoren oireilua?

(Airaksinen ym. 2006, 202-203.)

Mahdollisen psyykkisen häiriön luonteen ja psykiatrisen avohoidon tarpeen selvittäminen ovat nuorisopsykiatrisen tutkimuksen tavoitteita. Jos tutkimuksen mukaan avohoito riittää esiin tulleen häiriön hoidossa, selvitetään, ovatko nuori ja hänen vanhempansa valmiita sitoutumaan yhteistyösuhteeseen. Hoitoon motivoivana tekijänä toimii nuorelle ja hänen vanhemmilleen annettu palaute häiriön luonteesta ja ennusteesta ilman hoitoa. Vanhempien antama tuki nuorelle on tarpeellista, jos nuori on itse huonosti motivoitunut hoitoon. Toisaalta, nuorelle on tärkeää olla samanlainen

kuin kaverinsa ja hän haluaa usein itsekin helpotusta oireisiinsa. Usein ne helpottuvatkin jo tutkimusvaiheessa. (Airaksinen ym. 2006, 203.)

Hoitosuhde on yhteistyösuhde. Hoidon tavoitteista ja pyrkimyksistä tehdään aina yhteinen sopimus nuoren kanssa. Vanhempien kanssa tehdään sopimus nuoren hoidosta, koska vanhempien konkreettinen tuki on usein tarpeen. Nuorelta voi odottaa kohtuullisia käytöstapoja, ja sovitut säännöt ja turvalliset puitteet antavat nuorelle mahdollisuuden tuoda esille kasvunsa vaikeudet. Sovituissa puitteissa toimiminen suojaa hoitoa, sen tavoitteita ja nuoren kasvua. Sovituista säännöistä on kyettävä joustamaan tarvittaessa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan kestävyyttä, lujutta, kärsivällisyyttä, pysyvyyttä ja luotettavuutta. (Airaksinen ym. 2006, 205.)

Nuoren psykiatrisen hoidon tavoitteita ovat oireiden lievityksen ja toimintakyvyn palauttamisen lisäksi elämänhallinnan parantaminen ja todellisuustajun palauttaminen. Nuoren on kyettävä arvioimaan vanhempiaan, kokemuksiaan ja itseään totuudenmukaisesti. Haitallisen toiminnan muuttaminen sanoiksi, kokemuksiksi ja tunteiksi on tärkeä tavoite psyykkisten oireiden ja ahdistuksen sietämisen ja käsittelyn lisäksi. Vaikeuksiin joutuneen nuoren on kyettävä suremaan vaikeuksiaan. (Airaksinen ym. 2006, 205.)

Moniammatillinen työryhmä arvioi nuoren hoidon etenemistä, kestoja ja lopettamista. Sovitusti myönteisessä ilmapiirissä loppuva hoito on onnistunutta hoitoa. Nuorella itsellään on parhaimmillaan kiitollinen mieli. Jos nuori haluaa itse lopettaa hoitonsa kesken, on hoitotyöntekijän tehtävä ilmaista nuorelle uskonsa siihen, että nuori selviää, ja että hoitoa on mahdollista jatkaa myöhemmin. Keskusteluun on varattava riittävästi aikaa, jotta voidaan rauhassa keskustella hoidon lopettamisen syistä, lopettamisen tarkoituksesta, nuoren edistymisestä hoidossa, hoitoon liittyneistä tunteista sekä siitä, mitä ongelmia nuorella mahdollisesti myöhemmin ilmenee. (Airaksinen ym. 2006, 207.)

5 PERHE JA PERHETYÖ

Eri tieteenalat määrittävät perheen eri tavalla. Yhteiskunnan muutokset ovat vaikuttaneet perhekäsitykseen ja mm. perheen rakenne, sisältö, asema ja merkitys ovat muuttuneet. Perhe on määritelty sosiaalisesti rakenteeksi eli ihmisten yhteenkuuluvuuden tunteesta syntyneeksi yksiköksi, joka on riippuvainen normeista ja rooleista. (Friis ym. 2004, 18-20.) Perhekäsitys eli perheen rakenne ja sen jäsenet vaihtelevat kulttuurista ja ajankohdasta toiseen (Laukkanen ym. 2006, 51). Kokonaisuutena toimiva perhe sekä perheen koossa pysyminen ovat familistisen perhekäsityksen ominaisuuksia. Individualistisen perhekäsityksen mukaan perheenjäsenen etu voi mennä perheen edun edelle eli sen mukaan perheenjäsenen omat tarpeet ja hyvinvointi ovat tärkeitä. (Vilén, Seppänen, Tapio & Toivanen (toim.) 2010, 12.)

Tilastokeskuksen mukaan perheen muodostavat yhdessä asuvat, avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa. Tilastokeskus määrittää asuinkunnan perheeksi, jos yhdessä asuvat jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Lapsiperheeksi katsotaan perhe, jossa kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskuksen www-sivut 2011.) Perhe käsitteenä ei ole yksiselitteinen, sitä määrittää mm. vallitseva kulttuuri. Länsimaisessa kulttuurissa erotellaan suku ja perhe toisistaan. Perheenjäsenillä voi olla kuitenkin kulttuurista riippumatta oma käsityksensä siitä, kenet he katsovat kuuluvan perheeseensä. (Vilén ym. 2010, 10.)

Perhekäsitteeseen liittyy läheisesti vanhemmuus. Vanhemmuus voidaan määritellä biologiseksi, juridiseksi, psyykkiseksi tai sosiaalisesti vanhemmuudeksi. Biologisen vanhemmuuden määrittää lapsen geeniperimä, kun taas juridisen vanhemmuuden määrittävät yhteiskunnan antamat oikeudet ja velvollisuudet. Juridinen vanhemmuus sisältää mm. lapsen oikeuden perintöön ja se määräytyy pääsääntöisesti biologisen vanhemmuuden perusteella. Jos vanhemmat eivät kuitenkaan ole naimisissa, tarkistetaan isän vanhemmuus erikseen verikokeella. Adoptiossa, jota ei ole mahdollista purkaa, juridinen vanhemmuus myönnetään adoptiovanhemmille biologisilta vanhemmilta. Psyykkisessä vanhemmuudessa on kyse aikuisesta, joka

huolehtii lapsesta ja johon lapsi luottaa. Tunnetasolla aikuinen on lapselle vanhemman asemassa. Sosiaalinen vanhemmuus on lapsen arjessa elävällä aikuisella, joka olennaisesti vaikuttaa lapsen elämään mm. viemällä lasta harrastuksiin. Huoltajuuskäsite on oleellinen osa vanhemmuutta. Lapsen virallinen huoltaja voi olla perheen ulkopuolinen henkilö. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

Nuoren psyykkisen kasvun keskeinen ympäristö on perhe. Kyky itsensä toteuttamiseen ja merkittävien ihmissuhteiden luomiseen on aina yhteydessä perheen ihmissuhteisiin ja vuorovaikutuksen laatuun. (Laukkanen ym. 2006, 51.)

Ydinperheenä pidetään kahden eri sukupuolta olevan aikuisen ja heidän yhteisten lastensa muodostamaa yhteisöä. Ydinperhe ei ole jatkuvasti samanlainen, vaan sen kehitysvaihe muuttuu jäseniensä iän mukaan. (Wahlberg 1999, 35.) Ydinperheessä vanhemmat ovat avo- tai avioliitossa keskenään ja heidän kanssaan asuvat yhteiset tai toisen vanhemman naimattomat lapset tai adoptiolapset. Yhteiskunnan taloudellinen muutos ja elämäntapojen muuttuminen vaikuttivat siten, että ydinperhe menetti asemaansa länsimaissa 1960-luvulla. Ydinperhe ymmärrettiin väistyväksi perhemuodoksi ja vaihtoehtoiset perhemuodot saivat elintilaa. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

Uusi, vaihtoehtoinen perhemuoto on pääosin äidin kanssa asuvista lapsista muodostuva yksinhuoltajaperhe, joita on viidesosa suomalaisista perheistä. Yksinhuoltajaisä on edelleen harvinaisuus, vaikka lasten huoltajuus voidaan määrätä avioerossa yhteis- tai yksinhuoltajuudeksi myös isälle. Yksinhuoltajaperhe syntyy myös toisen vanhemman kuoleman jälkeen. Keinohedelmöitys, avioerojen lisääntyminen sekä adoptioiden yleistyminen kasvattavat yksinhuoltajaperheiden määrää. (Vilén ym. 2010, 10-11.) On perheitä, joissa nainen on vapaaehtoisesti valinnut yksinhuoltajuuden ja halunnut lapsia muttei puolisoa. Miehiltä tämä mahdollisuus Suomessa puuttuu. (Wahlberg 1999, 35.)

Uusperhe on leskien tai eronneiden muodostama uusi avo- tai avioliitto, jossa on mukana aikaisemmasta parisuhteesta ja mahdollisesti tästä uudesta liitosta syntyneitä lapsia. Uusperheiden vanhemmat saattavat kohdata ristiriitaisia odotuksia vanhemmuudesta. Heiltä odotetaan toisaalta hyvää suhdetta lapsipuolensa kanssa kilpailematta silti mitenkään biologisen etävanhemman kanssa. Lapsille uusper-

heet asettavat haasteita. Heidän tulisi voida olla tekemisissä uusperheen uuden vanhemman kanssa hylkäämättä silti muualla asuvaa etävanhempaansa. Erityisesti uusperheiden lapset määrittävät perheensä monella eri tavalla. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

Adoptioperheessä biologisen vanhemman oikeudet ja velvollisuudet siirtyvät adoptiovanhemmalle. Adoptiolapsi saa samat oikeudet kuin vanhempien biologiset lapset eli oikeuden sukunimeen, huoltajuuteen, elatukseen ja perintöön. Valtaosa adoptioista on saman kulttuurin piiristä. Ulkomailta adoptio tulee kyseeseen vasta sitten, kun lasta ja hänen biologista perhettään on pyritty kotimaassaan auttamaan kaikilla muilla keinoin. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

Jos lapsi ei pysty asumaan omassa biologisessa- tai adoptioperheessään, tarjoaa sijaisperhe joko lyhyt- tai pitkäaikaisen kodin lapselle. Sijoituskoti tarjoaa lapselle kodin niin kauan kuin lapsi sitä tarvitsee, joskus täysi-ikäisyyteen saakka. Juridiset oikeudet pysyvät kuitenkin omilla vanhemmilla. (Vilén ym. 2010, 10-11.) Lapsen kehitykseen ja itsensä arvostamiseen biologisten vanhempien menettäminen vaikuttaa aina, mutta lapsen kehityksen kannalta ei ole tärkeää, saako hän rakkautta omilta biologisilta vai vanhempien asemassa olevilta, muilta aikuisilta henkilöiltä. Näyttää siltä, että mitä nuorempana lapsi sijoitetaan pois biologisten vanhempiensa luota, sitä vähemmän sillä on merkitystä lapsen kehitykselle. Vähiten merkkejä lapseen jää silloin, kun sijoittaminen on tehty alle kuuden kuukauden ikäisenä. (Wahlberg 1999, 36.)

Maahanmuuttajien tai kahden eri kulttuurista tulevan vanhemman perheitä kutsutaan monikulttuurisiksi perheiksi. Perheet syntyvät taloudellisten, poliittisten ja ympäristöön liittyvien tekijöiden ja henkilöiden vapaan valinnan kautta. Erottavia tekijöitä monikulttuuristen perheiden kesken ovat perheiden lähtömaat, maahanmuutos, äidinkieli, uskonto, koulutus, ammattitaidot, perhemuodot ja perheen elämänkaaren vaihe. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

Homo, lesbo, bi- tai transseksuaalisen parisuhteen ympärille rakentuvia perheitä kutsutaan sateenkaariperheiksi. Sateenkaariperheitä ovat lisäksi perheet, joissa yksinhuoltajavanhempi ei ole heteroseksuaalisesti suuntautunut tai joissa on useampi kuin kaksi vanhempaa. (Vilén ym. 2010, 10-11.)

5.1 Nuori ja perhe

Perhe mielletään nuoren taustalla vaikuttavana voimana silloin, kun nuori on mielen-terveyspalveluiden asiakkaana. Perhe antaa nuorelle voimavaroja tai kuluttaa niitä. Perhe voi olla jäsentensä summa, jolloin perheen vuorovaikutussuhteet nousevat keskiöön. Vuorovaikutussuhteilla on merkitystä nuoren hyvinvointiin ja nuoren hyvinvointi taas vaikuttaa perheen hyvinvointiin. Nuorisopsykiatrisen hoitotyön näkökulmasta kaikille perheenjäsenille tarjotaan mahdollisuus saada hoitoa ja paneudutaan perheen välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Perhe voi olla kokonaisuus, jossa perheenjäsenet ovat taustalla. Tällöin keskitytään perheen voimavaroihin ja selviytymiseen. Yhteiskunnan osana perhettä tarkastellaan nuoren ja hänen perheensä kautta. Vastavuoroinen vuorovaikutus yhteiskunnan kanssa on tällöin keskiössä. (Friis ym. 2004, 19.)

Perheellä on suuri merkitys nuoren kasvun tukena. Yhteisen historiansa ja taustansa vuoksi perheellä on samat tavat, tottumukset ja myytit kuin nuorella ja perhe tarjoaa luottamuksellista vuorovaikutusta nuorelle. (Flink 2011.) Voidakseen tukea nuoren kasvua, on perheessä vanhemmuuden oltava riittävän hyvää, ts. vanhemmat vastaavat lapsensa kehitysvaiheen mukaisiin tarpeisiin. (Poutiainen 2006, 53.) Saadakseen tukea kehitykseensä on nuoren voitava olla perheensä seurassa oma itsensä, eikä hänen tarvitse pelätä hylkäämistä. (Flink 2011.) Sovittujen sääntöjen puitteissa nuori voi perheessä ilmaista sekä myönteisiä että kielteisiä tunteitaan, myönteiset tunteet ovat perheessä kuitenkin vallitsevia. (Poutiainen 2006, 53.)

Riittävän hyvä perhe suojaa nuorta ulkomaailmaa vastaan. (Flink 2011.) Nuorella on kuitenkin perheen suoma mahdollisuus irtaantua perheestä hetkellisesti, ajallisesti ja emotionaalisesti. Perhe viestittää nuorelle, että hän voi palata takaisin ilman hylkäämisen pelkoa ja että aikuistuttuaan nuori voi lähteä perheestä ilman syyllisyydentunteita. (Flink 2011; Poutiainen 2006, 53.) Nuorella on aineellinen ja emotionaalinen tuki perheeltään. (Flink 2011.)

Perhe on paikka, jossa aikuisuus ja nuoruus kohtaavat. Vanhemman tehtävä on luoda sukupolvien välinen kuilu nuoren ja aikuisen välille (Flink 2011). Rajat sukupolvien ja -puolten välillä ovat selkeät, mutta joustavat. Riittävän hyvässä perheessä vanhemmat pystyvät ottamaan tarvittaessa päätösvallan. (Poutiainen 2006,

53.) Oleellista nuoren kasvua tukevassa perheessä on rauhallinen rinnakkaiselo, jossa jokainen perheenjäsen arvostaa ja kunnioittaa muita. Perhe tarjoaa nuorelleen samaistumismahdollisuuden antamalla mallin naiseudesta, miehisyydestä, äitiydestä ja isyydestä sekä sisaruudesta ja veljeydestä. Nuori saa perheeltä mallin siitä, miten elää elämäänsä osana ryhmää siten, että kaikilla on tilaa olla. (Flink 2011.)

Ongelmia perheessä pystytään ratkomaan neuvotellen ja keskustellen, jolloin jokainen perheenjäsen tulee kuulluksi. Perheessä huomataan ja hyväksytään erilaiset näkemykset ja ratkaisuvaihtoehdot. Vastavuoroisuus perheessä toteutuu siten, että jokainen saa, mutta joutuu myös antamaan. Yhdessä oleminen on tyydyttävää ja tuo hyvää mieltä. (Poutiainen 2006, 53.)

Murrosikäisen nuoren perheen keskiössä on itsenäisyyden ja riippumattomuuden tavoittelu. Vanhempien tehtävänä on asettaa rajoja ja antaa vapautta, vaikkakin nuoren erilaiset kokeilut huolettavat vanhempia. Omaa suhdettaan asioihin hakiesaan nuori kyseenalaistaa ja arvostelee vanhempiaan, samalla kun hänen tulisi kehittää neuvottelutaitojaan ja ratkaista erimielisyyksiä. Erityisen tärkeää on vanhempien ja nuoren välisen luottamuksen palauttaminen, jos se jostakin syystä väliaikaisesti menetetään. (Poutiainen 2006, 55.)

5.2 Perhe yhteistyökumppanina

Nuorten psykiatrisessa hoidossa yhteistyö vanhempien, perheen ja hoitohenkilökunnan välillä on nuorten hyvinvoinnin edistämisen edellytys hoitotyössä. Yhteistyösuhde perheen ja hoitohenkilökunnan välillä vaatii hoitohenkilökunnalta ymmärrystä vanhempien ja perheen kokemuksia kohtaan. Niistä syntyy vanhempien ja perheen asiantuntemus nuoren sairaudesta. Pelkojen lievittyminen, perheen kokemus hyväksytyksi tulemisesta sekä ymmärrys korostuvat perhetyössä. Varhaisessa vaiheessa autetuksi tuleminen auttaa perhettä, koska perheen huolet eivät ole vielä kehittyneet vaikeiksi ongelmiksi. (Friis ym. 2004, 167-168.)

Mielenterveystyössä hoitohenkilökunta toimii perheen auttajana kolmella tavalla. Ensimmäinen tapa on tietäminen eli se, että potilas ja hänen perheensä tietävät oman elämänsä (sinä tiedät), toisessa toimintatavassa hoitohenkilökunta tietää ammattitai-

tonsa vuoksi asioita (minä tiedän) ja näiden tietämysten yhdistyminen dialogissa on kolmas tapa (me tiedämme). Hoitotyöntekijä toimii perheen auttajana ensinnäkin tavallisena ihmisenä, toiseksi tavallisena ihmisenä sekä ammattilaisena, joka toimeenpanee hoidon ja avun sekä kolmanneksi ammattilaisena ja asiantuntijana. (Friis ym. 2004, 168-169.)

Perhe on merkittävä yhteistyökumppani nuorten mielenterveystyössä. Hoitotyö perustuu perheen ja hoitotyöntekijän väliseen yhteistyöhön ja tasavertaiseen kumppanuuteen. Yhteistyössä on kyse jaetusta vastuusta. Nuorten hoitotyössä perhe on yksikkö, jota ei voida ohittaa. (Friis ym. 2004, 170-171.)

Työryhmä, nuori ja hänen perheensä ovat osapuolina moniammatillisessa työryhmässä, jonka työskentelyä voidaan kuvata yhteistyösuhteeksi. Omahoitaja kuvaa nuoren toimintaa osastolla, vaikeuksia ja auttamista. Päämääränä voi olla yhteisen kertomuksen luominen nuoresta ja hänen perheensä kanssa työskentelystä. Yhteistyö käsitetään väärin, jos oletetaan, että aina pitää tehdä niin kuin asiakas haluaa. Ennemminkin hoitotyöntekijä on avustaja ja kumppani asiakkaalle. Asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset ovat hoitotyöntekijän toiminta- ja ajattelutavan perustana. (Friis ym. 2004, 172, 174.)

Luottamuksellisuuden luominen on keskeinen asia yhteistyössä vanhempien kanssa. Nuoren turvallisuuden vaarantuminen, esim. itsemurhavaaran tai perheen tilanteen vuoksi, antaa oikeuden tämän luottamuksen rikkomiseen. Silloinkin vanhempien informoimisesta sovitaan erikseen nuoren kanssa. Nuorensa hoitoon osallistuvien hoitotyöntekijöiden tapaaminen, kokemusten ja näkemysten jakaminen sekä huolien ja ahdistuksen purkaminen ovat vanhempien oikeuksia ja velvollisuuksia. (Airaksinen ym. 2006, 204-205.)

5.3 Perhetyö

Käsitettä perhetyö ei ole laissa määritelty. Kaikkea sitä työtä, mitä tehdään perheiden parissa, voidaan laajan määrittelyn mukaan kutsua perhetyöksi. Perhetyötä voidaan tehdä monessa paikassa, esim. sosiaalityössä, päivähoidossa, neuvoloissa, kotipalveluissa, seurakunnissa ja mielenterveyspalveluissa. Perhekuntoutusta voi-

daan pitää perhetyönä, näin ollen perheterapia kuuluu perhetyön piiriin. Perhetyöllä voidaan tarkoittaa erilaisia työmuotoja, kuten perhetapaamisia, keskusteluita, kotikäyntejä, kerho- ja leiritoimintaa ja perhekuntoutusta. Erään määritelmän mukaan kaikki se työ, mistä perheet hyötyvät, kuuluu perhetyö-nimikkeeseen alle. (Vilén ym. 2010, 24-25.)

Perhetyön sisältö voi olla esim. psyykkisen ja sosiaalisen vanhemmuuden tukemista, kasvatus- ja hoitomenetelmissä ohjaamista, erityistä tukea tarvitsevien lasten vanhempien ohjaamista kasvatuksessa ja hoidossa sekä perheen vuorovaikutuksessa tukemista. Lisäksi siihen voi kuulua kodin arkirutiinien hallintaan liittyvää ohjausta, parisuhteen tukemista vanhemmuutta vahvistavaksi, perheen toimintakyvyn vahvistamista uusissa elämäntilanteissa ja kriiseissä sekä perheen ja perheenjäsenten sosiaalisten verkostojen vahvistamista. (Vilén ym. 2010, 26.)

Usein perhetyötä tekevillä on oma näkemyksensä siitä, mitä pitäisi kutsua perhetyöksi ja mitä ei. Perhetyötä tekevät työntekijät, joiden ensisijaiseksi tehtäväksi se on määrätty. Muutkin kuin perhetyöntekijän ammattinimikkeellä työskentelevät voivat tehdä perhetyötä. Useimmiten perhetyöntekijänä työskentelee sosionomi, mutta yleensä siihen vaaditaan vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto eli lähihoitajan ammatti. Perhetyöntekijä on ammattinimike. Sitä ei ole laillistettu, joten siihen vaadittavaa koulutus pohjaa ei ole määritelty. (Vilén ym. 2010, 24-25.)

5.3.1 Perhetyön osaaminen ja menetelmät

Jotta perhetyö olisi riittävän laadukasta ja nuoren perhe hyötyisi siitä, on perhetyötä tekevän hoitajan hyvä pohtia perhetyön ideologiaa, tavoitteita, työprosessia, menetelmiä ja kirjaamista. Perhetyön on oltava nuoren tarpeista lähtevää ja nuoren on oltava aina työskentelyn keskiössä, vaikkei hän olisikaan paikalla. Vanhemmat ovat paikalla nuoren vuoksi, siksi työskentelyn on lähdettävä nuoresta ja hänen tarpeistaan. Perheen tilanne, huoli ja arki on esitettävä nuoren näkökulmasta. Nuoren on aina tiedettävä, miksi hänen kanssaan työskennellään ja hänen on hyvä olla mukana asettamassa hoidolleen tavoitteita. (Lahtinen 2007.)

Koska lähtökohtana nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä on nuoren etu, on perheen päihteiden käyttö, väkivalta tai sen pelko ja seksuaalisten rajojen ylitykset tutkittava. Hoitotyön tavoitteeksi perheelle asetetaan riittävän pieniä ja konkreettisia asioita. Jokaisen perheenjäsenen ja työhön osallistuvan hoitajan asettamat hoitotyön tavoitteet kirjataan ja verrataan niitä keskenään. Tavoitteiden ei tarvitse olla samoja, mutta samansuuntaisia kylläkin. Vanhemmille ei puhuta vanhemmuuden tukemisesta, vaan pilkotaan käsite pienemmiksi kokonaisuuksiksi ja käytetään vain yhtä niistä tavoitteena. Sanat, joita hoitaja puheessaan käyttää, ovat sellaisia, joita perhekin käyttää ja ymmärtää. Ammattikieltä ei keskusteluissa tarvita. (Harmainen 2004.)

Hoitotyössä tuetaan nuoren pyrkimyksiä selvittää ja ratkaista asioita sekä nuoren voimavaroja ja kykyä selvittää. Hoitotyössä hoitaja kuuntelee ja täydentää perheen kertomuksen aukkokohtat. Hoitaja tutkii perheen kanssa yhdessä erilaisten toimintatapojen kielteisiä ja myönteisiä seurauksia. Perhetyössä suunnitelmällisyys on tärkeää, mutta on oltava valmis väliintuloihin ja pysäytyksiin. Erilaisia näkökulmia avataan ja valotetaan: vanhemmat, lapset, työntekijät, vaimo, mies, äiti, isä, lainsäädäntö, kasvatusta, hoito, jne. Hoitohenkilökunta tuo omat kokemuksensa ja ajatuksensa esiin nuoren hoidossa. (Harmainen 2004.)

Nuoren mielipiteiden näkyminen kirjaamisessa sekä nuoren sanoma, ajatteleva ja kokemus pitää kirjata nuoren sanomaksi, eli erottaa se vanhemman sanomasta. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota siihen, että nuori on aidosti tiedonantajana omassa asiassaan. (Lahtinen 2007.)

Perhetyön menetelmät ovat hoitomenetelmiä, joita hoitohenkilökunta käyttää kohdatessaan nuoren perheen. Menetelmät auttavat hoitohenkilökuntaa näkemään perheen eri näkökulmasta ja ne helpottavat hoitajaa perheen kohtaamisessa. Perhetyön arvioinnin ja tuen kohteena on usein psyykkiseen tai sosiaaliseen vanhemmuuteen liittyvät tarpeet ja voimavarat. Perhetyömenetelmät eivät ole yhtenäinen kokonaisuus, vaan niitä käytetään erillisinä menetelminä, joita sovelletaan tarpeen ja harkinnan mukaan. Valittaessa menetelmää, on hyvä miettiä, mihin tarkoitukseen, millaiselle perheelle ja mihin tilanteeseen menetelmää käytetään. Ensisijaista on aina työskenteilyn tavoite, eli se, että asiakas saa tarvitsemansa avun juuri tässä tilanteessa. (Vilén ym. 2010, 208.) Perhetyön menetelmiä ovat mm. perheinterventio, opetus, ohjaus, psykoedukaatio, kotikäynti, videointi sekä verkostokartan ja sukupuun tekeminen.

Perheintervention työmenetelminä on käytetty opetusta, ohjausta, sopimusten tekemistä, perhelähtöistä ja yhteistyöhön perustuvaa prosessia, joka ohjaa päätöksentekoa, toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Perheiden terveyttä ja hyvinvointia pyritään vahvistamaan perheohjauksella, koska keinot ylläpitää ja edistää terveyttä riippuvat perheiden elämäntilanteista. (Friis ym. 2004, 37.)

Sairastuneelle ja hänen läheisilleen yksilöllisesti, perhetapaamisessa tai ryhmässä annettavaa tietoa, tukea ja ohjausta kutsutaan koulutukselliseksi perhetyöksi eli psykoedukaatioksi. Psykoedukaatio ymmärtää perheen ihmissuhteiden psykodynamiikkaa, mutta se ei tee perheelle tulkintoja muutosten aikaansaamiseksi. Tehokas, ystävällinen ja nopeasti annettu tieto ja apu tukevat yhteistyötä sairastuneen ja perheen välillä. Lääkehoidon jälkeen perheohjauksen on todettu olevan tehokkain keino toimimiseen. Haavoittuvuus- ja stressitekijöihin kohdistuvassa interventiossa on otettava huomioon sairastuneen ja hänen läheistensä koulutus-, kokemus- ja kulttuuritausta. Intervention tavoitteena on lisätä sairastuneen ja hänen läheistensä ymmärrystä sairaudesta ja lieventää traumaattista kokemusta sekä vaikuttaa kodin ilmapiiriin sairastuneen kuntoutumista ja perheen hyvinvointia edistävästi. (Berg & Johansson 2003, 4-5, 9-10.)

Asiakkaan sairaalahoidon tarpeen vähentäminen ja arkeen palaamisen helpottaminen ovat kuitenkin psykoedukaation lopulliset tavoitteet. Perheeltä saatu arvokas tieto sairastuneesta ja hänen sosiaalisesta toimivuudesta ja kuormittuvuudesta on yksi intervention tarkoitus. Ensimmäinen tapaaminen olisi psykiatrisessa hoidossa hyvä järjestää jo mieluiten sairauden akuutissa vaiheessa, heti kun asiakas saapuu osastolle. Interventio aloitetaan silloin, kun on syytä olettaa, että nuori ei pärjää omin voimin tai perheensä tuella tilanteesta, joka voi johtaa sairauden uusimiseen. (Berg ym. 2003, 4-5, 9-10.)

Nuoren kodin tunteminen on tärkeää, kun arvioidaan nuoren hyvinvointia. Kotikäyntiä varten pyydetään lupa vanhemmilta ja sovitaan kotikäynnistä aina etukäteen. Luvan pyytämällä osoitetaan luottamusta ja kunnioitusta. Koti on perheen yksityisalue, eikä siellä voi toimia ja työskennellä siten kuin osastolla työskennellään. Kotikäynnillä hoitohenkilökunnalta vaaditaan hyviä käytöstapoja kaikkia perheenjäseniä kohtaan. (Vilén ym. 2010, 218.)

Kotikäynnillä on tarkoitus havainnoida mm. asunnon kokoa suhteessa perheen koon, ts. onko tilaa kaikille perheenjäsenille ja onko nuorella tilaa läksyjen tekoon. Samoin kiinnitetään huomiota kodin kuntoon, nukkuma- ja ruokailujärjestelyihin, keittiön varusteluun ja siisteyteen, peseytymis- ja saunomisjärjestelyihin, kodin turvallisuuteen, kodin siisteyteen, lemmikkieläimiin ja viihtyvyyteen. Asuinalueesta havainnoidaan piha-alueita, naapureita, asuinalueen palveluita sekä asioidenhoitomahdollisuuksia, esim. onko julkista liikennettä, miten pitkä matka on kauppaan yms. (Vilén ym. 2010, 220-221.)

Perheen vuorovaikutusta ja kodin ilmapiiriä havainnoidaan kotikäynnillä tekemällä huomioita lasten, nuorten ja vanhempien voinnista. Vanhempien väsymystä, yliirteyttä ja salailevaa käytöstä havainnoidaan, samoin kuin lasten puhtautta, terveyttä ja vaateetusta. Perheenjäsenten välinen vuorovaikutus, sanallinen ja sanaton, perheenjäsenten käytös suhteessa kodin ulkopuoliseen käytökseen sekä kodin ilmapiiri ja sen vaikutus lapseen kuuluvat asioihin, joihin kotikäynnillä kiinnitetään huomiota. (Vilén ym. 2010, 221.)

Nuoren ja perheen välisestä vuorovaikutuksesta saadaan paljon tietoa videoimalla koko perhettä tai nuorta ja vanhempaa heidän luonnollisessa ympäristössään. Videoinnin avulla pystytään palaamaan tiettyyn tapahtumaan ja tunteeseen, toisin kuin muussa havainnoinnissa. Tavoite, esim. tiedonkeruu, ja sen toteuttamisen tarkka suunnittelu ovat edellytyksiä onnistuneelle vuorovaikutusvideoinnille. Korkean riskin perheissä tavoitteena voi olla vanhemmissa aikaan saatu reflektiivinen ajattelu ja sitä myötä muutos suhteessa nuoreen ja lapseen. (Vilén ym. 2010, 223-224.) Erikseen pidetyissä palautekeskusteluissa työntekijä käsittelee ja käy läpi vanhempien kanssa videolla näkyviä tilanteita. Työntekijä auttaa videon avulla vanhempia löytämään uusia piirteitä itsestään ja lapsesta. (Friis ym. 2004, 163.) Videopalautetetyöskentelyn keskiössä ovat myönteisten seikkojen esiin nostaminen, vanhemman havainnointikyvyn lisääminen ja huolestuttavien asioiden suora puheeksiottaminen. (Vilén ym. 2010, 227-228.)

Verkostokartalla kuvataan nuoren sosiaalisia suhteita. Osa suhteista voi olla tukea antavia ja voimavaroja lisääviä, osa taas voimavaroja vieviä ja huolenaiheita kasvatavia. Tilanteissa, joissa perheen voimavarat eivät riitä tai perheessä on kriisi, on ydinperheen ulkopuolinen tuki tärkeä. Sosiaalinen verkosto on eri perheillä erilainen,

toisaalta se voi olla erittäin kapea ja suppea ja perustua ensisijaisesti viranomaisten varaan, toisaalla se taas on laaja ja moniulotteinen. Jokaisella perheenjäsenellä on oma näkemyksensä perheen verkostosta, ja parhaimman kuvan perheen tilanteesta saakin, jos jokainen perheenjäsen voi ilmaista oman näkemyksensä tilanteesta. (Vilén ym. 2010, 221-222.)

Verkostokarttoja on erilaisia, mutta pääsääntöisesti niissä mainitaan perhe, suku, viranomaiset tai ammattiauttajat, työ, koulu tai päiväkotit, naapurit, ystävät ja muut ihmiset. Nuori voi kuvata verkostokarttaan ihmissuhteiden merkityksiä ja luonteita erilaisilla merkeillä. Muuttuva elämäntilanne muuttaa verkostokarttaa joskus hyvinkin nopeasti, joten kartan pohjalta tehtyjä nopeita tulkintoja on syytä välttää. Siksi on hyvä, jos karttaa voisi tehdä pidemmällä aikavälillä ja uusia aika ajoin. Kartan avulla on helppo seurata esim. sellaista tilannetta, jossa nuoren ammattiauttajien määrää vähennetään. Luonnollisten, eli itse työn, harrastuksen tai perheen kautta hankittujen ihmissuhteiden määrä voi tuolloin kasvaa. (Vilén ym. 2010, 222.)

Verkostokartan rinnalla usein käytetty perhetyön menetelmä on sukupuu, joka on erittäin hyvä työväline kuvaamaan perheen ja suvun tilannetta. Mm. perheterapian yhteydessä tehtynä sukupuu antaa konkreettisen kuvan esim. alkoholismin tai skitsofrenian etenemisestä suvussa. Sukupuuhun on hyvä kuvata kolmen peräkkäisen sukupolven tilanne. Sukupuun yhteyteen voi hahmotella kehityskaaviosta pääkohtia, joista ilmenee yksilön kehityksen kannalta tärkeitä asioita suhteessa suvun tilanteeseen. (Riihimaa henkilökohtainen tiedonanto 18.8.2011.)

5.3.2 Perhetyö osastolla 21

Hoitohenkilökunnan tavoitteena on luoda hyvä yhteistyö ja luottamus osaston henkilökunnan ja vanhempien välille. Tarkoituksena on motivoida vanhemmat mukaan nuoren hoitoon ja saada vanhemmat ymmärtämään hoidon tarpeellisuus. Usein vanhemmat ovatkin saattamassa lastaan osastolle ja tulohaastattelussa vanhemmilla on, samoin kuin nuorella itsellään, mahdollisuus kertoa näkemyksensä tilanteesta. Mikäli vanhemmat eivät ole saattamassa lastaan, otetaan vanhempiin yhteys mahdollisimman pian ja heitä haastatellaan puhelimitse. Vanhempia pyydetään käymään osastolla mahdollisimman pian. Yleensä, jos nuori tulee vapaaehtoiseen hoitoon (B1-

lähete), vanhemmat ovat motivoituneita tukemaan nuoren hoitoa. Tarkkailuun (M1-lähete) otetun nuoren vanhemmat pyritään saamaan ymmärtämään nuoren hoidon tarve ja motivoitua tukemaan sitä. Jos tarkkailujakson jälkeen nuoresta tehdään pidätävä päätös (M2-lausunto, M3-hoitoonmääräämispäätös), voidaan se tehdä vastoin vanhempien toivetta, mutta harvemmin näin toimitaan. Nuoren hoidosta saadaan parempi hyöty, jos vanhemmat tukevat sitä. (Lehtonen henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2011.)

Osastohoidossa olevan nuoren vanhemmille pyritään järjestämään kaksi perhetapaamista hoidon aikana, joista toinen on mahdollisimman pian hoidon alettua. Ensimmäisessä tapaamisessa mukana ovat vanhemmat ja nuori, toisessa pelkästään vanhemmat. Kumpaankin tapaamiseen osallistuvat nuoren omahoitaja ja mahdollisesti myös perheterapeutti. Tarkoituksena on kuunnella vanhempien ajatuksia nuoren hoidosta ja vastata vanhempien kysymyksiin. Eronneille vanhemmille perhetapaamiset järjestetään joko yhdessä tai erikseen vanhempien tilanteen mukaan. Vanhemmilta on tullut usein hyvää palautetta näistä tapaamisista. Jos tarvetta on, voidaan perhetapaamisia järjestää useampiakin. Osaston henkilökunnalle suunnattu perhekoulutus on parantanut selvästi perheiden osallistumista nuoren hoitoon. (Lehtonen 2011.)

Vanhemmille annetaan ensimmäisellä käynnillä osaston esite ”Osasto 21-tervetuloa osastolle”, josta he saavat tietoa osastosta ja osaston yhteystiedot. Heille annetaan esite ”Sosiaaliturvaetuudet lasten- ja nuorisopsykiatrian yksikön potilaille”, josta vanhemmat saavat tietoa mahdollisista sosiaalietuuksista nuoren hoidon aikana. (Lehtonen 2011.)

Ensimmäinen varsinainen perhetapaaminen, joka osastolla järjestetään mahdollisimman pian nuoren saavuttua osastolle, aktivoi heti hoidon alussa koko perheen mukaan nuoren hoitoon. Mukana ensimmäisessä perhetapaamisessa on hyvä olla koko nuoren perhe sisaruksista vanhempiin ja tietysti nuori itse. Tapaamisen tavoitteena on antaa nuorelle ja nuoren perheelle mahdollisuus purkaa tunteitaan nuoren osastohoidosta sekä puhua nuoren hoitoon tuloon liittyvistä asioista ja ajasta ennen osastohoittoa. Tarkoituksena on luoda positiivinen kontakti nuoren, nuoren perheen ja hoitohenkilökunnan välille. Tavoitteena on saada vanhemmat uskomaan siihen, että henkilökunta haluaa todella auttaa heidän lastaan. Perhetapaamisessa hoitohenkilökunta saa käsityksen perheen dynamiikasta eli perheenjäsenten välisistä suhteista. Perheta-

paamisessa nuorella, vanhemmilla ja muilla perheenjäsenillä on mahdollisuus kertoa ja kysyä muiden perheenjäsenten kuullen, miten he näkevät ja kokevat tämän hetken tilanteen. Perhetapaamisessa kehoitetaan vanhempia huolehtimaan itsestään ja kotona olevasta muusta perheestä nuoren osastohoidon aikana. (Riihimaa 2011.; Riihimaa sähköposti 24.1.2012)

Paritapaamista ehdotetaan kaikille niille vanhemmille, joiden nuori jää osastolle hoitojaksolle. Paritapaamisessa vanhemmat voivat miettiä ja puhua sellaisista ajatuksistaan ja tunteistaan, joista he eivät halua puhua perheen lasten läsnä ollessa. Jos vanhempien parisuhteesta ilmenee paritapaamisessa sellaisia asioita, että parisuhteesta olisi hyvä puhua enemmänkin, tarjotaan heille siihen mahdollisuus. (Riihimaa 2011.; Riihimaa 2012)

Nuoren hoitajakson alussa ja lopussa järjestettäviin hoitokokouksiin, joissa käsitellään erilaisia asioita kuin perhetapaamisissa, kutsutaan vanhemmat mukaan. Niihin osallistuvat omahoitajan ja nuoren lisäksi mm. lääkäri, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Psykologi antaa tekemistään tutkimuksista erikseen palautteen nuorelle ja vanhemmille. Lääkäri pyrkii neuvottelemaan vanhempien kanssa mm. lääkehoidon aloituksesta. On huomattu, että myönteisesti lääkehoitoon suhtautuvat vanhemmat motivoivat nuorta sitoutumaan lääkehoitoon. Omahoitajan tehtävänä on olla yhteydessä vanhempiin ja olla hoitosuhteen aktiivinen osapuoli, jos vanhemmat eivät sitä ole. Tavoitteena on, että omahoitaja olisi yhtä paljon tekemisissä vanhempien kuin nuoren kanssa. (Lehtonen 2011.)

Haaste perhetyön tekemiselle nuorisopsykiatrisella osastolla on suuri potilasmäärä ja lyhentyneet hoitajakset. Ajanpuutteen vuoksi on pohdittava, mikä on järkevää hoitoa kunkin potilaan kohdalla. Selvää on, että kuuden viikon hoitajakset suunniteltuja tapaamisia ei saada järjestettyä neljän viikon aikana, varsinkaan, jos potilaita on paljon. Myönteinen asia nuorisopsykiatrisella osastolla on se, että henkilökunnassa on sekä mies- että naishoitajia. Joidenkin isien on selvästi helpompi puhua miespuoliselle hoitajalle kuin naiselle. (Lehtonen 2011.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, jonka lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Tutkimuksen tarkoituksena oli todeta nuorisopsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan toteuttaman perhetyön tämänhetkinen tilanne. Tutkimus oli survey-tyyppinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Standardoitu kysely tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysyttiin samoja asioita täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 188).

Koska opinnäytetyön tulokset haluttiin yleistää koskemaan koko Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan toimintaa, opinnäytetyön tutkimuksen otos oli sama kuin tutkimuksen perusjoukko. Aineisto kerättiin siis osasto 21:n koko hoitohenkilökunnan keskuudesta, jolloin otos edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. (vrt. Kankkunen ym. 2009, 79.)

6.1 Aineiston hankinta ja analysointi

Kyselytutkimukseen sisältyy monia etuja ja haittoja. Etuina pidetään tarkkaa aikataulutusta, kustannustehokkuutta ja aineiston nopeaa käsittelyä. Tulosten tulkinta ja aineiston pinnallisuus ovat kyselytutkimuksen haittapuolia. (Hirsjärvi ym. 2008, 190). Aineistonkeruumenetelmä opinnäytetyön tutkimuksessa oli primaarinen, koska aineisto sisälsi välitöntä tietoa tutkimuskohteesta, ja se kerättiin nimenomaan tätä tutkimusta varten. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 2) eli mittausvälinettä, jonka sisältö pyrittiin saamaan riittävän täsmälliseksi ja tutkimusilmiötä kattavasti mittaavaksi. (Kankkunen ym. 2009, 86-87.) Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Vaasan ammattikorkeakoulussa vuonna 2010 valmistuneen ”Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä”-opinnäytetyön mittaria (Haukipuro & Kivistö 2010). Mittaria muutettiin vastaamaan tämän opinnäytetyön tavoitteita.

Kysymyksiä oli kyselylomakkeessa yhteensä 16 (Liite 2). Kyselylomakkeen kahdella ensimmäisellä kysymyksellä kysyttiin vastaajien taustatietoina vastaajan sukupuolta ja vuosia, jotka vastaaja on ollut psykiatrisessa hoitotyössä. Mäkipään ym. (2011)

mukaan asiantuntijuus on sidoksissa oppimiseen. Asiantuntijaksi kasvamiseen kuuluu neljä eri vaihetta: noviisi, asiakaskeinen kehitys- ja prosessikeskeinen kehitysvaihe sekä taitavan ammattilaisen toiminnan vaihe (Mäkipää & Korhonen 2011, 14). Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, näkyykö pitkä työkokemus psykiatrisessa sairaanhoitotyössä vastaajien tavassa käyttää erilaisia perhekeskeisiä työtapoja.

Kysymyslomakkeen loput 14 kysymystä vastasivat opinnäytetyön tutkimusongelmiin siten, että kysymyksellä 11 saatiin tietoa tutkimusongelma yhteen ja kysymyksillä 3-7, 12, 13 ja 14 tutkimusongelma kahteen. Tutkimusongelma kolmeen tietoa antoivat kyselylomakkeen kysymykset 8, 9 ja osittain kysymys 11 sekä neljänteen tutkimusongelmaan kysymykset 7, 10 ja 12-15. Osassa kysymyksistä käytettiin Likertin skaaloihin perustuvia, 5- ja 6-portaisia asteikkoja (Hirsjärvi ym. 2008, 194). Likertin skaaloihin perustuvissa kysymyksissä esitettiin väittämiä, joihin vastaaja valitsi sen vastausvaihtoehdon, minkä kokee voimakkaimmin kuvaavan omaa suhdettaan kysytyyn asiaan. Kysymysten 3, 9, 10 ja 11 viimeinen kohta jätettiin avoimeksi, jotta vastaaja sai halutessaan lisätä oman vastausvaihtoehdonsa kysymykseen. Avoimella vaihtoehdolla oletettiin saatavan esiin näkökulmia, joita lomakkeen laatija ei osannut ajatella lomaketta laatiessaan (vrt. Hirsjärvi ym. 2008, 194). Lisäksi kysymyksiin 3, 4 ja 12 jätettiin tilaa, jotta vastaaja voi halutessaan perustella vastaustaan. Ne ovat siis strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja (Hirsjärvi ym. 2008, 194). Kysymykset 14 ja 15 olivat avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja voi vastata omin sanoin. Vastaajalle annettiin mahdollisuus kommentoida vapaasti kyselyä tai muuta mieleen tullutta asiaa kysymyksessä 16. Opinnäytetyön aineisto kerättiin 30.9.-28.10.2011 välisenä aikana. Neljän viikon aikana vastauksia tuli 14 kappaletta. Kun otanta oli 15, on tutkimuksen vastausprosentti 93,33 % eli n. 93 %. Vastausprosentti on hyvä.

Kyselylomakkeen esitestauksen jälkeen kyselylomakkeet vietiin osastolle, jossa ne olivat 30.9.-28.10.2011 välisen ajan. Kyselylomakkeiden mukana osastolle vietiin vastauslaatikko, johon vastaajat jättivät vastauksensa sen jälkeen, kun olivat ensin sulkeneet ne vastauskuoreen. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelmasta (Liite 3) poiketen kysymyslomakkeiden vientiä osastolle aikaistettiin, koska tutkimuslupa (Liite 4), joka myönnettiin 12.8.2011, saatiin suunniteltua nopeammin. Jos vastausprosentti olisi varsinaisena aineistonkeruuajana jäänyt alhaiseksi, vastausaikaa olisi ollut

helppo lisätä. Kysymyslomakkeiden mukana vastaajille vietiin saatekirje (Liite 5) ja osastonhoitajaa informoitiin kyselystä.

Kyselyt haettiin osastolta viimeisenä vastauspäivänä. Opinnäytetyön tekijä avasi kuoret, numeroi palautetut vastauslomakkeet (1-14) ja laittoi vastaukset numerojärjestyksessä kansioon. Kvantitatiiviset vastaukset kirjattiin tietokoneelle Excel-ohjelmaan taulukkomuotoiseen matriisiin. Matriisi toimi pohjana Satakunnan ammattikorkeakoulussa yleisesti käytetyssä tiedonkäsittelyohjelma Tixelissä (versio 8), jolla kvantitatiiviset vastaukset analysoitiin. Tulokset ilmoitettiin opinnäytetyö raportissa numeerisina, koska vastauksia oli ainoastaan 14. Prosentteina ilmaistuna tulos olisi voinut osoittautua harhaanjohtavaksi, koska yhden vastauksen prosenttiosuus oli 6,7 %. Kvalitatiiviset vastaukset luettiin huolellisesti ja kirjattiin omaan Excel-taulukkoonsa, jonka jälkeen ne analysoitiin suppealla aineistonanalyysillä.

6.2 Kirjallisuuskatsaus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuva kirjallisuuskatsaus tehtiin hakemalla internetin Google-hakukoneella hakuja opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista muodostuneilla käsitteillä perhe, perhetyö, nuori, nuoruus ja nuorisopsykiatrisen hoitotyö ja niiden erilaisilla yhdistelmillä. Internetistä löytyi monia opinnäytetöitä aiheista. Näiden ja mm. hoitotiede-lehdistä löytyneiden artikkelien pohjalta tehtiin opinnäytetyössä käytettyyn mittariin (Liite 2) muutoksia (kts. Kankkunen ym. 2009, 69.). Lisäksi tehtiin kirjastohakuja Satakunnan ammattikorkeakoulun Tyrnietokannasta käyttäen opinnäytetyön asiasanoja. Asiasanoilla löytyi paljon lähteitä, mutta useimmat käsitelivät eri aiheita kuin mitä opinnäytetyöhön haettiin. Hakemalla vaihtoehdolla ”hae kaikista tiedoista” käsitteillä perhe ja perhetyö, saatiin 44 viitettä, joista osa kelpuutettiin tämän opinnäytetyön lähteiksi. Muita lähteitä opinnäytetyön tekemiseen saatiin nuorisopsykiatrisen vastuualueen ylihoitaja Kristiina Puolakaalta.

Kirjallisuuskatsaus tehtiin huolella ja löydettyyn kirjallisuuteen suhtauduttiin kriittisesti. Mukaan valittiin yli kymmenen vuotta vanhoista kirjallisuuslähteistä ainoastaan teoriapainotteisia lähteitä, koska teoria ei muutu. Kirjallisuuskatsauksen mukaan tutkimusaihetta on tutkittu eri näkökulmista. Vaikka yleisohjeena voidaankin pitää, että

kirjallisuuskatsaukseen valitaan mukaan mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja (Kankkunen ym. 2009, 69-71), on tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valittu mukaan opinnäytetyön tasoisia tutkimuksia. Ne liittyvät tiiviisti tutkimusaiheeseen ja osassa niistä on sama yhteistyökumppani kuin ko. opinnäytetyössä. Kirjallisuuskatsaukseen valitut opinnäytetyöt ovat ajallisesti tuoreita. (Liite 1)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltiin validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetillä ilmaistaan, onko tutkimuksella tutkittu juuri sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti kertoo siitä, miten hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon, tässä tapauksessa muihin nuorten psykiatriin osastoihin. Ulkoinen validiteetti kertoo otoksen ja kadon välisestä suhteesta. Kato oli opinnäytetyön tutkimuksessa yksi (6,7 %) kappale, mitä voidaan pitää pienenä osuutena. Siltikään opinnäytetyön tuloksia ei voida pienen otantansa vuoksi pitää ulkoiselta validiteetiltaan luotettavana, mutta Harjavallan sairaalan nuorten psykiatrisen osaston tilannetta tutkimus kuvaa luotettavasti.

Reliabiliteetti puolestaan kertoo tulosten pysyvyydestä, eli mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen ym. 2009, 152, 156.) Jotta reliabiliteettia voitaisiin arvioida, pitäisi mittari testata muuttamatta sitä mitenkään toisessa vastaavassa tutkimuksessa. Koska mittari oli nyt ensimmäistä kertaa käytössä, ei reliabiliteettiä voida arvioida.

Mittarin sisältövaliditeetin luotettavuutta arvioitaessa pohdittiin mm. sitä, mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoituskin mitata. Lisäksi huomiota kiinnitettiin siihen, että käsitteet on operoitu luotettavasti. Mittarin teoreettista rakennetta eli rakenevaliditeettia ei arvioitu, vaikka kyseessä olikin juuri tätä tutkimusta varten vanhas-ta mittarista muutettu uusi mittari. Kyselylomake esiteltiin kahdella psykiatrisella sairaanhoitajalla, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen tutkimukseen (vrt. Kankkunen ym. 2009, 152.) Saadut tulokset vahvistivat oletusta, että mittari mittasi sitä ilmiötä, jota sen oli tarkoituskin mitata, mutta käsitteiden luotettavasta operationalisoinnista ei saatu varmaa tulosta. Näennäisvaliditeetin ja esitestaamisen pohjalta mittarin katsottiin olevan riittävän luotettava opinnäytetyön tasoiseen tutkimukseen.

Kysymyksiin oli vastattu yleisesti ottaen huolella ja vastaajat tuntuivat olevan hyvin selvillä ja perehtyneitä tutkitusta aiheesta. Opinnäytetyön tekijä ei voi kuitenkaan tietää, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn. Tämä on saattanut heikentää tulosten luotettavuutta. (vrt. Hirsjärvi ym. 2008, 194). Luotettavuuteen vaikutti se, että kysymykseen ”Antaako käymäsi ammatillinen koulutus riittävät valmiudet perhetyöhön?” (kysymys 13) yksi vastaaja jätti kokonaan vastaamatta ja yksi vastasi sekä ”kyllä” että ”ei”. Toinen luotettavuutta heikentävä vastaus kysymyksessä ”Otatko omassa hoitotyössäsi perheen riittävästi mukaan nuoren hoitoon?” (kysymys 6) yksi vastaaja vastasi sekä ”kyllä” että ”toisinaan”. Opinnäytetyöntekijä valitsi vastaukseksi ”toisinaan” ja hylkäsi vastauksen ”kyllä”. Koska kysymyslomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin käsin kirjoittamalla, heikensi joidenkin vastausten tulkinnanvaraisuus tutkimuksen luotettavuutta.

6.4 Tutkimuksen eettisyys ja ongelmakohdat

Tutkimuksen tekijä oli aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta nuorten psykiatrisessa hoidossa ja tutkija paneutui tunnollisesti asiaan. Lisäksi tutkija toimi rehellisesti eikä tutkimus loukannut kenenkään ihmisarvoa. Tutkimuksesta saatua tietoa käytettiin eettisten vaatimusten mukaisesti ainoastaan ko. tutkimuksessa. Tutkija ei ole luonut tutkimusaineistoa tyhjästä eikä väärentänyt sitä. Tutkija on pohjittanut aiheen hyödyllisyyttä ja todennut, että aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen. (Kankkunen ym. 2009, 1572–173, 177.)

Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta korostettiin kyselylomakkeen mukana vastaajille suunnatussa saatekirjeessä (Liite 5). Kirjeessä oli mukana tutkijan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. (Kankkunen ym. 2009, 172–173, 177.)

Eräs vastaaja otti tutkimuksen tekijään yhteyttä aineistonkeruun aikana. Kysymys 8:n väittämä ”Perheen osallistuminen häiritsee nuoren hoitoa” kohdalla vastausvaihtoehto 2 ”jonkin verran” ei vastaajan mielestä ollut yksiselitteinen. Vastaaja ymmärsi vastausvaihtoehdon joko niin, että yhden nuoren kohdalla perheen osallistuminen häiritsi jonkin verran nuoren hoitoa, tai niin, että perheen osallistuminen häiritsi yhden nuoren hoitoa kokonaan, mutta toisen nuoren hoitoa ei ollenkaan. Vastausvai-

toehto tarkoitti ensimmäistä tulkintaa. Muilta vastaajilta ei tullut palautetta aineistonkeruun aikana.

Tutkimuksen otos valikoitui oikeudenmukaisesti, koska mukaan valittiin kaikki Harkjavallan sairaalan nuorten psykiatrisen osasto 21:n pitkäaikaiset sijaiset ja vakituinen hoitohenkilökunta. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin sulkemalla vastaukset kuoriin, joita säilytettiin opinnäytetyöprosessin aikana siten, etteivät ne joutuneet ulkopuolisten käsiin. Tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään opinnäytetyöprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Koska aineisto on pieni, turvattiin osallistujien anonymiteetti siten, että ryhmittäisten erojen (esim. mies/nainen) tarkkaa raportointia vältettiin tutkittavien tunnistettavuuden vuoksi. Aineisto säilytettiin raportointiseminaariin asti, jonka jälkeen aineisto tuhottiin. (vrt. Kankkunen ym. 2009, 179.)

6.5 Jatkotutkimusaiheita

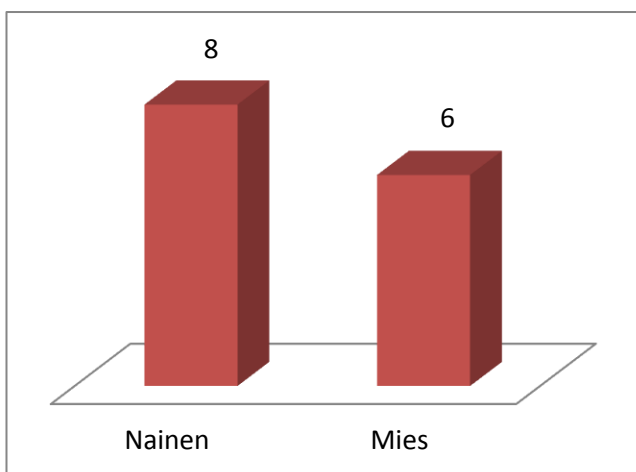
Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla vastaavan kyselyn tekeminen osastohoidossa olevien nuorten vanhemmille ja tutkimuksen tulosten vertailu tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Vertailun tuloksena voitaisiin todeta, ovatko hoitohenkilökunta ja nuorten vanhemmat samaa vai eri mieltä perhehoidosta osastolla. Olisi mielenkiintoista tietää, miten nuorten perheet otetaan huomioon muualla Suomessa nuorten psykiatrisilla osastoilla. Jatkotutkimuksena voisi tutkia pelkästään yhtä perhetyömuotoa, jota osastolla käytetään. Esim. psykoedukaation merkitystä perheelle ja vaikutusta nuoren hoitoon. Yksi tutkimusaihe voisi olla nuorten vanhempien ja/tai hoitohenkilökunnan mielipiteen tutkiminen lasten- ja nuorten psykiatrisen hoidon yhdistämisestä. Lisäksi voitaisiin tutkia, miten vanhemmat kohtaavat nuoren psyykkisen sairauden, ja miten he siitä selviävät.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Opinnäytetyön taustakysymykset

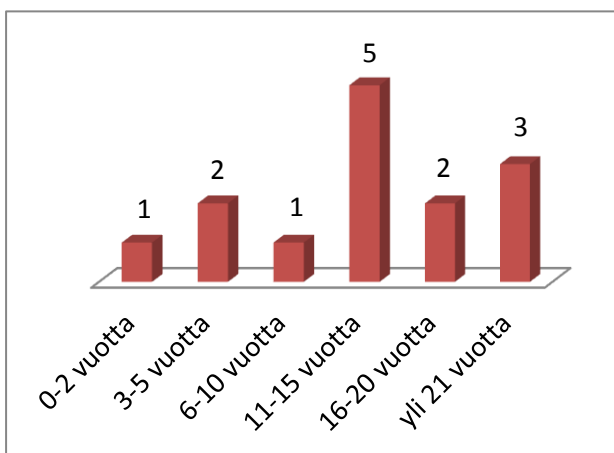
Opinnäytetyön taustakysymyksiä olivat kysymykset 1 ja 2.

Sukupuoli: Opinnäytetyön kyselyyn (N=14) vastanneista naisia oli 8 ja miehiä 6.



Kuvio 1. Hoitohenkilökunnan sukupuolijakauma

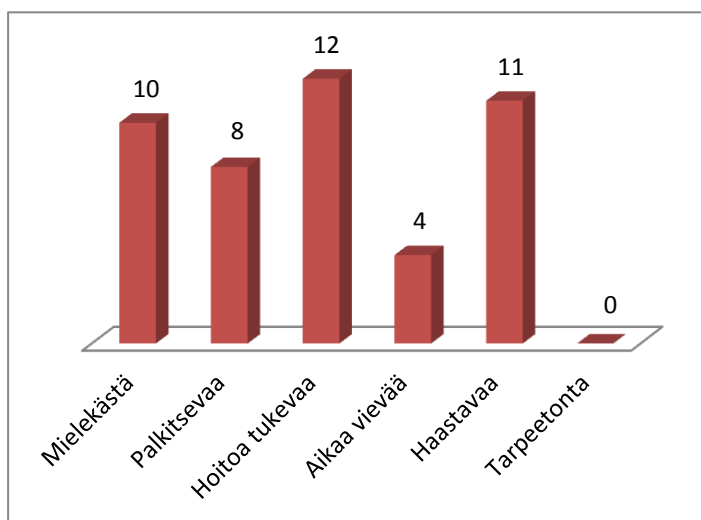
Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä: Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista (N=14) yksi oli työskennellyt psykiatrisessa hoitotyössä alle kaksi vuotta ja kaksi vastaajaa kolmesta viiteen vuotta. Psykiatrisessa hoitotyössä 6-10 vuotta työskennelleitä vastaajista oli yksi ja 11-15 vuotta työskennelleitä oli viisi. 16-20 vuotta työskennelleitä oli kaksi ja yli 21-vuotta alalla olleita oli kolme vastaajaa.



Kuvio 2. Hoitohenkilökunnan työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä

7.2 Opinnäytetyön kysymysten tulokset

Kysymys 3. Työskentely nuoren perheen kanssa: Kysymyksessä vastaajat (N=14) saivat valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Mainintoja tuli 45 (n=45) kappaletta. Opinnäytetyön vastaajista kymmenen oli sitä mieltä, että nuoren perheen kanssa työskentely on mielekästä. Kahdeksan oli sitä mieltä, että se on palkitsevaa. Hoitoa tukevana asiana nuoren perheen kanssa työskentelyä piti 12 vastaajaa. Neljän mielestä se oli aikaa vievää ja haastavaksi sen koki 11 vastaajista. Tarpeettomaksi sitä ei kokenut yksikään vastaajista. Viimeisenä olevaan, avoimeen ”muuta”- vastausvaihtoehtoon vastaajat olivat lisänneet, että työskentely nuoren perheen kanssa on monimutkaista, pitkäkestoista, välttämätöntä ja tärkeää.



Kuvio 3. Hoitohenkilökunnan kokemus työskentelystä nuoren perheen kanssa

Vastaajat olivat kommentoineet työskentelyään hoidossa olevan nuoren perheen kanssa seuraavasti:

”... Nuoren sairastuminen aina koko perheen kriisi. Perhe tarvitsee paljon tietoa ja ohjausta myös.” (V 5)

”Nuori on aina osa perhettään, pelkkä nuoren hoitaminen ei riitä muutoksen tekemiseen, tai aikaansaamiseen. Koko perhe tarvitsee apua & tukea, kaikki tieto nuorta koskien on tarpeellista.” (V 6)

Nuorisopsykiatriassa tavallaan yhden potilaan mukana tulee myös muuta hoidettavaa. Hoitoon osallistuu perhe + muu moniammatillinen tiimi... (V 8)

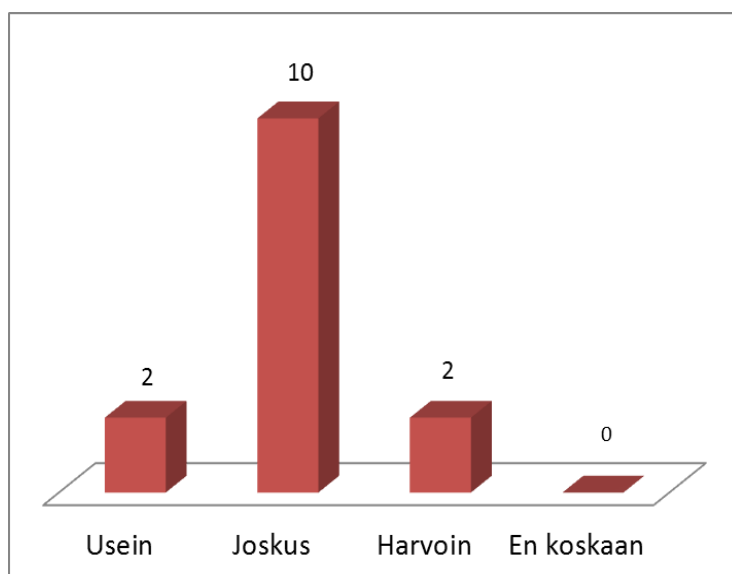
”... Erilaiset perheet ja heidän motivaationsa tuovat haastetta työlle.” (V 10)

”... nuorta ei voi hoitaa ”kunnolla” ilman perheen mukanaoloa ja että perhe tarvitsee yhtäläillä tukea. Perhetyö on tarpeellista, olennainen osa nuoren hoitotyötä.” (V 11)

”Niin oleellinen osa nuoren hoitoa, että vaikea kuvitella hoitoa olevan ilman perhetyötä!!” (V 13)

”Vaihtelee perheiden ja nuorten välillä koska niin erilaisia perheitä kuin ihmisiäkin. Kuitenkin koen perhetyön ehdottoman tärkeäksi nuoren ja koko perheen takia!” (V 14)

Kysymys 4. Riittämättömyyden kokemus: Usein riittämättömyyttä nuoren perheen kanssa työskennellessään koki opinnäytetyön vastaajista kaksi (N=14). Joskus riittämättömyyttä kertoi kokeneensa kymmenen vastaajista ja harvoin kaksi. Vastaajista kukaan ei valinnut vaihtoehtoa ”en koskaan”.



Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan kokema riittämättömyyden tunne nuoren perheen kanssa työskennellessä

Vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida vastauksiaan sanallisesti. Alla on muutama vastaajan kommentti kysymykseen riittämättömyyden kokemisesta.

”Joskus ei aika vain riitä.”(V 4)

”Välillä vaikeaa saada puettua asioita oikeaan muotoon, suoraan, mutta asiallisesti, kaunistelematta, luettelematta, luottamuksellisesti puhua asioita.”

(V 5)

”Osa perheistä on suuremman tuen tarpeessa mitä os:n resurssien puitteissa pystytään tarjoamaan.” (V 6)

”Jos puuttuu hoitoon sitoutuminen.” (V 9)

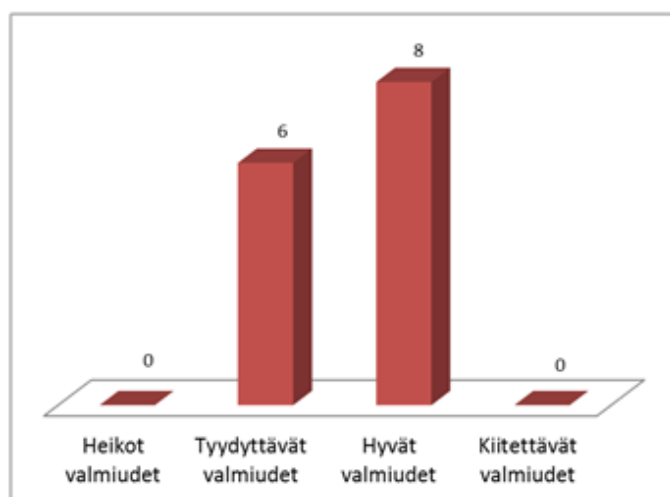
”Välillä sattuu kohdalle vaikeita tapauksia, jolloin toivoo saavansa kokeneemmilta apua/tukea tilanteeseen.” (V 10)

”...Jos perhe suhtautuu hoitoon vastentahtoisesti...” (V 11)

”...Usein perhettä vaikea saada motivoitua työhön...” (V13)

”... Joskus toivoisi omaavansa enemmän tietoa, mutta aina voi ja pitää vaikeimpiinkin kysymyksiin etsiä vastauksen.” (V14)

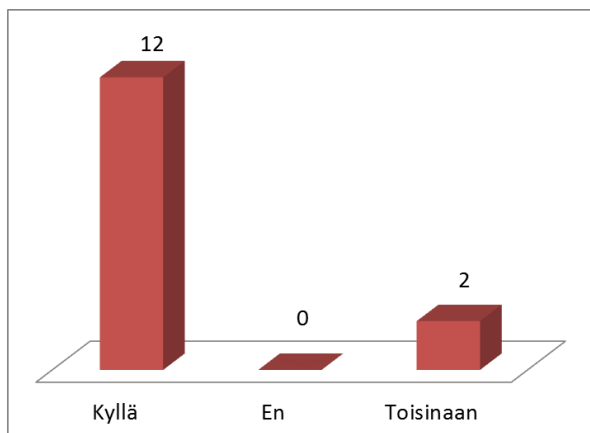
Kysymys 5. Valmiudet nuoren perheen kohtaamiseen: Yksikään opinnäytetyön vastaajista (N=14) ei koe omaavansa heikkoja tai kiitettäviä valmiuksia nuoren perheen kohtaamiseen. Tyydyttäviksi valmiutensa kohdata nuoren perhe arvioi vastaajista kuusi, kun taas kahdeksan oli sitä mieltä, että omat valmiudet nuoren perheen kohtaamiseen olivat hyvät.



Kuvio 5. Hoitohenkilökunnan oma arvio valmiuksistaan kohdata nuoren perhe

Kysymys 6. Otaako omissa hoitotyöissäsi perheen riittävästi mukaan nuoren hoitoon:

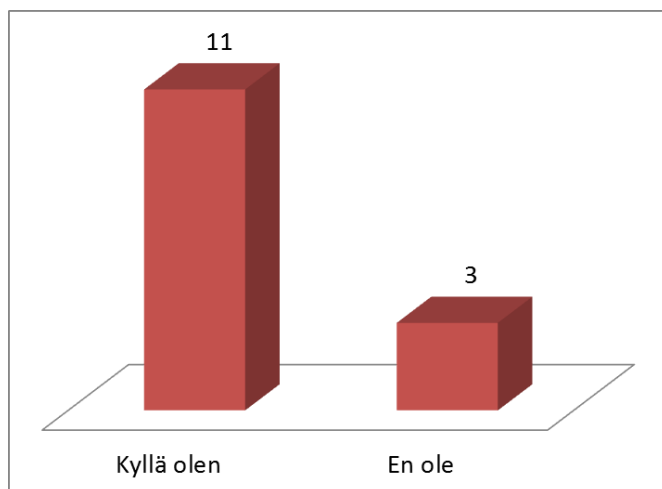
Opinnäytetyön vastaajista (N=14) kaksitoista ottaa omasta mielestään hoitotyössään nuoren perheen riittävästi mukaan hoitoon. Kaksi kertoi ottavansa nuoren perheen toisinaan riittävästi mukaan nuoren hoitoon. Kukaan ei vastannut, että ei ota nuoren perhettä ollenkaan mukaan nuoren hoitoon osastolla.



Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan oma kokemus siitä, ottavatko he perheen riittävästi mukaan nuoren hoitoon hoitotyötä tehdessään

Kysymys 7. Hoitohenkilökunnan perhetyökoulutus:

Opinnäytetyön vastaajista (N=14) yksitoista kertoi osallistuneensa perhetyökoulutukseen. Kolme vastaajaa ei ole osallistunut perhetyökoulutukseen.



Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan osallistuminen perhetyökoulutukseen

Kysymys 8. Väittämiä perheen osallistumisesta nuoren hoitoon:

Kysymyksessä kahdeksan oli yksitoista väitettä siitä, miten perhe hoitohenkilökunnan mielestä osallistuu nuoren hoitoon osastolla. Vastaajat valitsivat annetuista vastausvaihtoehdoista sen, mikä oli lähinnä heidän mielipidettään kysytystä asiasta.

Väite 1: Perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla. Vastaajista yksikään ei vastannut väitteeseen ”ei ollenkaan”. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että perhe osallistuu nuoren hoitoon jonkin verran, yhdeksän sitä mieltä, että perhe osallistuu useimmiten. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että perhe osallistuu aina nuoren hoitoon osastolla.

Taulukko 1. Väite 1; Perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	9	64
Aina	4	29
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 2: Perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa. Vastaajista yksikään ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”ei ollenkaan”. Jonkin verran sitä mieltä, että perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa, oli yksi vastaaja, kun taas seitsemän oli sitä mieltä, että perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa useimmiten. ”Aina”-vastausvaihtoehdon valitsi kuusi vastaajaa.

Taulukko 2. Väite 2; Perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	7	50
Aina	6	43
En osaa sanoa	0	0
N=.	14	100

Väite 3: Perhe antaa mielellään tietoja nuoresta ja perheestä. Yksikään vastaaja ei vastannut ”ei ollenkaan” tai ”jonkin verran”. Kaksitoista vastaajista oli sitä mieltä, että perhe antaa mielellään tietoja nuoresta ja perheestä useimmiten ja kaksi sitä mieltä, että perhe antaa tietoja aina.

Taulukko 3. Väite 3; Perhe antaa mielellään tietoja nuoresta ja perheestä

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	12	86
Aina	2	14
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 4: Perhe järjestää itselleen aikaa osallistuakseen nuoren hoitoon. ”Ei ollenkaan”- ja ”jonkin verran”-vastausvaihtoehtoa ei valinnut vastaajista yksikään. Sitä mieltä, että perhe järjestää itselleen aikaa osallistuakseen nuoren hoitoon useimmiten, oli kaksitoista vastaajaa ja ”aina”-vaihtoehdon valitsi kaksi vastaajaa.

Taulukko 4. Väite 4; Perhe järjestää aikaa itselleen osallistuakseen nuoren hoitoon

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	12	86
Aina	2	14
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 5: Perhe ymmärtää osaston säännöt ja noudattaa niitä. ”Ei ollenkaan”-vaihtoehtoa ei valinnut kukaan vastaajista, ”jonkin verran” vastasi yksi vastaajista. Useimmiten vastasi kaksitoista vastaajaa ja ”aina”, vastasi yksi vastaajista.

Taulukko 5. Väite 5; Perhe ymmärtää osaston säännöt ja noudattaa niitä

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	12	86
Aina	1	7
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 6: Perhe haluaa tietoa nuoren sairaudesta. Yksikään vastaaja ei vastannut ”ei ollenkaan”. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että perhe haluaa tietoa nuoren sairaudesta jonkin verran ja ”useimmiten” vastasi kymmenen vastaajaa. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että perhe haluaa tietoa nuoren sairaudesta aina.

Taulukko 6. Väite 6; Perhe haluaa tietoa nuoren sairaudesta

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	10	71
Aina	3	21
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 7: Perheen osallistuminen häiritsee nuoren hoitoa. Vastaajista neljä oli sitä mieltä, että perheen osallistuminen ei häiritse nuoren hoitoa ollenkaan. Jonkin verran perheen osallistumista pitää häiritsevänä kymmenen vastaajista. ”Useimmiten” ja ”aina” ei vastannut yksikään vastaajista.

Taulukko 7. Väite 7; Perheen osallistuminen häiritsee nuoren hoitoa

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	4	29
Jonkin verran	10	71
Useimmiten	0	0
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 8: Perhehoito hankaloittaa hoitotyön tavoitteita. Yksitoista vastaajaa oli sitä mieltä, että perhehoito ei hankaloita ollenkaan hoitotyön tavoitteita. Kolme vastasi, että perhehoito hankaloittaa hoitotyön tavoitteita jonkin verran. ”Useimmiten” ja ”aina” ei vastannut yksikään vastaajista.

Taulukko 8. Väite 8; Perhehoito hankaloittaa hoitotyön tavoitteita

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	11	79
Jonkin verran	3	21
Useimmiten	0	0
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 9: Perhe syyllistää muita nuoren sairaudesta. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että perhe ei syyllistä ollenkaan muita nuoren sairaudesta kun taas yhdeksän oli sitä mieltä, että perhe syyllistää jonkin verran muita nuoren sairaudesta. ”Useimmiten” vastasi yksi vastaaja.

Taulukko 9. Väite 9; Perhe syyllistää muita nuoren sairaudesta

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	4	29
Jonkin verran	9	64
Useimmiten	1	7
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 10: Perhe tarvitsee hoitajilta tukea ja aikaa. Kukaan vastaajista ei vastannut, että perhe ei tarvitse ollenkaan aikaa ja tukea hoitajilta. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että perhe tarvitsee jonkin verran aikaa ja tukea hoitajilta, ja kolme vastaajista vastasi, että perhe tarvitsee aina aikaa ja tukea hoitajilta. Enemmistö, eli kymmenen vastaajaa oli sitä mieltä, että perhe tarvitsee hoitajilta tukea ja aikaa useimmiten.

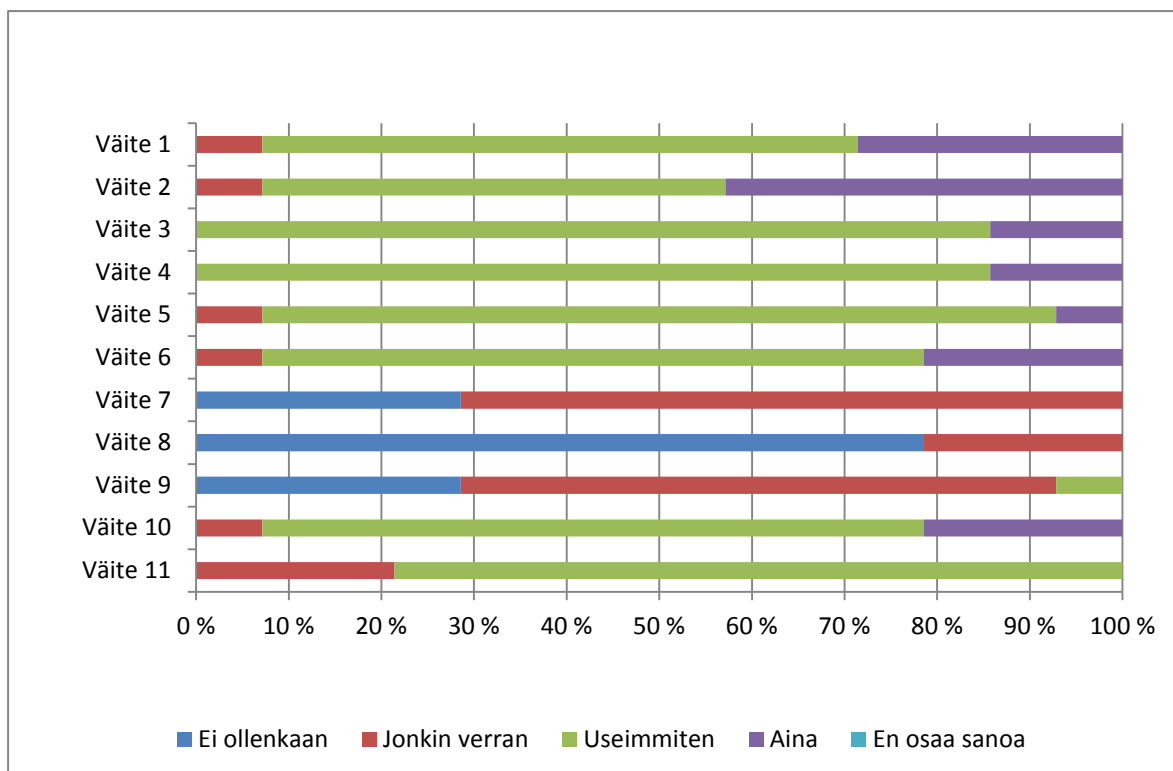
Taulukko 10. Väite 10; Perhe tarvitsee hoitajilta tukea ja aikaa

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	10	71
Aina	3	21
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100

Väite 11: Perhe ottaa kantaa nuoren hoitoon. Kolme vastaajista oli sitä mieltä, että perhe ottaa kantaa nuoren hoitoon jonkin verran, yksitoista vastasi, että perhe ottaa kantaa nuoren hoitoon useimmiten. ”Ei ollenkaan” ja ”aina”- vastausvaihtoehtoja ei valinnut yksikään vastaajista.

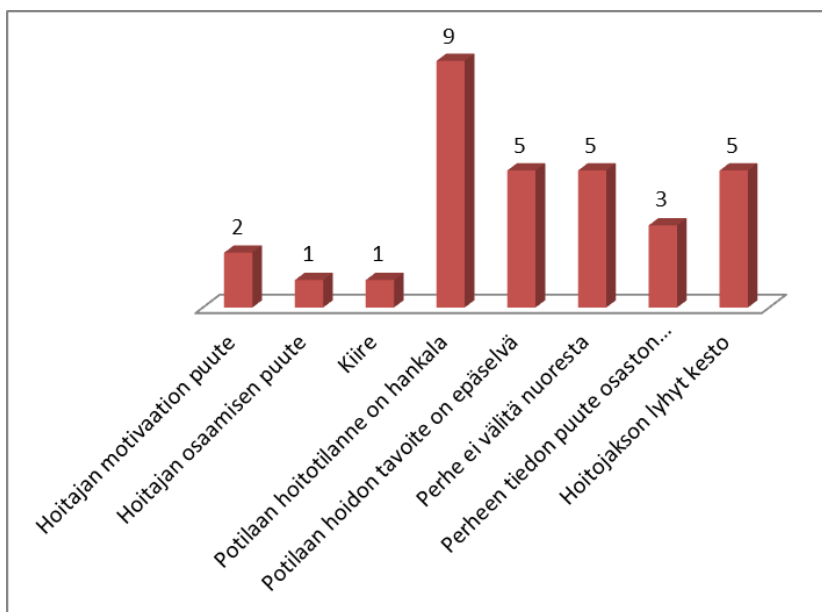
Taulukko 11. Väite 11; Perhe ottaa kantaa nuoren hoitoon

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei ollenkaan	0	0
Jonkin verran	3	21
Useimmiten	11	79
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
N=	14	100



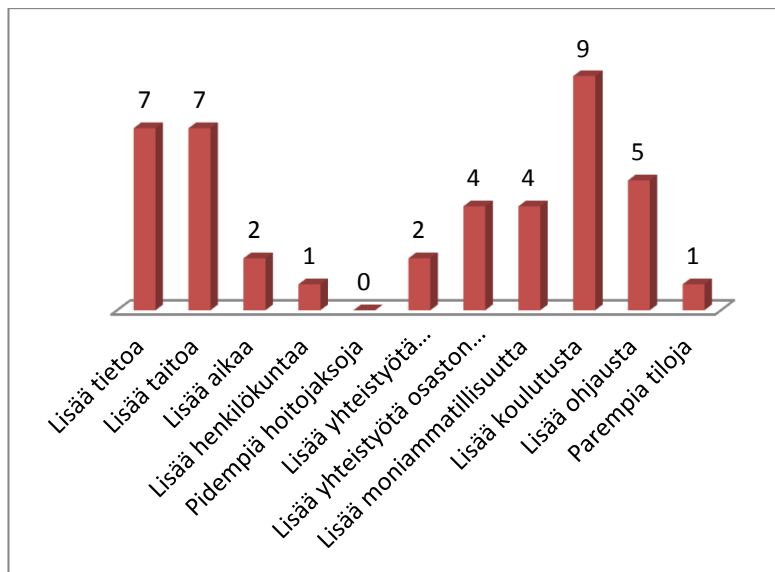
Kuvio 8. Yhteenveto hoitohenkilökunnan vastauksista väitteisiin 1-11.

Kysymys 9. Syyt, jos perhe ei osallistu nuoren hoitoon osastolla: Kysymyksessä vastaajat (n=14) saivat valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Mainintoja tuli 35 kappaletta (n=35). Syynä siihen, että perhe ei osallistu aktiivisesti nuoren hoitoon osastolla, oli kahden vastaajan mielestä se, että hoitajan motivaatiossa on puutteita. Yhden vastaajan mielestä syynä on hoitajan osaamisen puute ja samoin yksi oli sitä mieltä, että syynä on kiire. Potilaan hankalaa hoitotilannetta syynä perheen osallistumattomuuteen piti yhdeksän vastaajista, viisi oli sitä mieltä, että syynä on epäselvä nuoren hoitotavoite. Viisi vastaajaa oli sitä mieltä, että perhe ei välitä nuoresta. Kolmen mielestä perheen tiedon puute osaston hoitokulttuurista oli syynä siihen, että perhe ei osallistu nuoren hoitoon. Viisi vastaajaa oli sitä mieltä, että nuoren lyhyt hoitajakso oli syynä osallistumattomuuteen. Kysymyksen ”muu, mikä”-avoimeen vaihtoehtoon oli lisätty vanhempien voimavarojen puute, vanhempien asenne psykiatria kohtaan, vanhempien tiedon puute psykiatriasta, perhe vastustaa hoitoa, perhe ei näe tarpeellisenä/tarvetta osallistua hoitoon, perheen tuntema syyllisyys, vastarinta ja kieltäminen sekä vanhempien huonot aikataulut.



Kuvio 9. Hoitohenkilökunnan näkemys syistä, jotka estävät perhettä osallistumasta nuoren hoitoon

Kysymys 10. Perhetyön kehittäminen osasto 21:llä: Kysymyksessä vastaajat (N=14) saivat valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Mainintoja tuli 42 kappaletta (n=42). Perhetyön kehittämiseen osastolla seitsemän vastaajaa kokee tarvitsevansa lisää tietoa ja samoin seitsemän lisää taitoja. Aikaa lisää tarvitsee kaksi vastaajaa, kun taas yksi kokee tarpeelliseksi saada osastolle lisää henkilökuntaa. Yksikään vastaaja ei koe pidempien hoitojaksojen parantavan perhetyötä osastolla. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että osaston henkilökunnan välinen yhteistyö parantaisi perhetyötä osastolla, kun taas yksi vastaaja oli sitä mieltä, että yhteistyön lisääminen osaston ulkopuolisten yksiköiden kanssa parantaisi perhetyötä osastolla. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että moniammatillisuutta lisäämällä kehitettäisiin osaston perhetyötä. Yhdeksän vastaajaa koki tarvitsevansa lisää koulusta ja viisi lisää ohjausta perhetyön kehittämiseen. Yhden vastaajan mielestä paremmat tilat kehittäisivät osaston perhetyötä. ”Muuta, mitä?”-avoimeen vastausvaihtoehtoon oli lisätty vaihtoehto moniammatillisen työryhmän saumaton ja toisiaan kunnioittava asenne sekä lisää motivaatiota yleisesti.



Kuvio 10. Hoitohenkilökunnan näkemys siitä, miten perhetyötä voitaisiin kehittää osasto 21:llä

Kysymys 11. Perhetyömenetelmät: Kysymyksessä yksitoista kysyttiin hoitohenkilökunnan tapoja käyttää erilaisia perhetyömuotoja nuorisopsykiatrisella osastolla. Kysymyksessä oli lueteltuna kaksitoista erilaista perhetyötappaa ja viimeisenä oli avoin kysymys, johon hoitohenkilökunta saattoi mainita työtavan, joka mahdollisesti puuttui luettelosta.

Psykoedukaatio perheelle: Vastaajista (N=14) viisi kertoi käyttävänsä jonkin verran psykoedukaatiota hoitotyössään. Useimmiten psykoedukaatiota käytti seitsemän vastaajaa. Aina psykoedukaatiota käytti yksi vastaaja. ”En ollenkaan”-vastausvaihtoehtoa ei maininnut yksikään vastaajista.

Taulukko 12. Psykoedukaatio perheelle

	Lkm	%
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	5	36
Useimmiten	7	50
Aina	1	7
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	1	7
N=	14	100

Perhetapaaminen: Perhetapaamista kertoi käyttävänsä useimmiten kuusi vastaajaa (N=14), kahdeksan kertoi käyttävänsä menetelmää aina. ”En ollenkaan”- ja ”jonkin verran”-vastausvaihtoehtoja ei vastaajista valinnut yksikään.

Taulukko 13. Perhetapaaminen

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	6	43
Aina	8	57
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Paritapaaminen: Kaksi vastaajaa (N=14) ei käytä paritapaamista ollenkaan hoitotyössään. Jonkin verran paritapaamista käyttää kuusi vastaajaa, ja useimmiten paritapaamista käyttää viisi vastaajaa. ”Aina”-vastausvaihtoehtoa ei valinnut yksikään vastaajista. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei tunne menetelmää.

Taulukko 14. Paritapaaminen

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	2	14
Jonkin verran	6	43
Useimmiten	5	36
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	1	7
N=	14	100

Perheinterventio: Kolme vastaajaa (N=14) ei käytä perheinterventiota ollenkaan hoitotyössään. Seitsemän kertoi käyttävänsä sitä jonkin verran ja useimmiten perheinterventiota kertoi käyttävänsä kaksi vastaajaa. Aina perheinterventiota hoitotyössä käytti yksi vastaaja ja yksi ei osannut sanoa, käyttikö menetelmää vai ei.

Taulukko 15. Perheinterventio

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	3	21
Jonkin verran	7	50
Useimmiten	2	14
Aina	1	7
En osaa sanoa	1	7
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Kotikäynti: Kotikäyntiä ei käytä ollenkaan yksi vastaajista (N=14). Jonkin verran sitä käytti kolme vastaajaa, ja useimmiten sitä käytti yhdeksän vastaajaa. Aina kotikäyntiä perhetyön menetelmänä käytti kaksi vastaajaa.

Taulukko 16. Kotikäynti

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	3	21
Useimmiten	9	64
Aina	2	14
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Verkostokartta: Verkostokarttaa käytti hoitotyössään jonkin verran yksi vastaaja (N=14). Useimmiten verkostokarttaa käytti yhdeksän vastaajaa, ja aina verkostokarttaa käytti neljä vastaajaa.

Taulukko 17. Verkostokartta

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	9	64
Aina	4	29
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Kehityskaavio: Kehityskaaviota käytti vastaajista (N=14) kahdeksan vastaajaa useimmiten, kuusi kertoi käyttävänsä sitä aina.

Taulukko 18. Kehityskaavio

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	8	57
Aina	6	43
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Sukupuut: Sukupuuta hoitotyön keinona useimmiten käytti kahdeksan vastaajaa (N=14), kun taas aina sitä kertoi käyttävänsä vastaajista kuusi.

Taulukko 19. Sukupuut

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	8	57
Aina	6	43
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Keskustelu yleisellä tasolla: Vastaajista (N=14) kaksi kertoi käyvänsä perheen kanssa keskustelua yleisellä tasolla useimmiten ja kaksitoista kertoi käyttävänsä menetelmää aina perheen kohdatessaan.

Taulukko 20. Keskustelu yleisellä tasolla

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	2	14
Aina	12	86
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Perheen jatkuva informointi: Vastaajista (N=14) yksi kertoi informoivansa perhettä jonkin verran, kolme sitä vastoin ilmoitti informoivansa perhettä useimmiten. Kymmenen vastaajista kertoi informoivansa perhettä aina.

Taulukko 21. Perheen jatkuva informointi

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	1	7
Useimmiten	3	21
Aina	10	71
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Videotyöskentely: Kaksitoista vastaajaa (N=14) ilmoitti, ettei käytä ollenkaan video-työskentelyä perhetyötä tehdessään, ja kaksi ilmoitti, ettei tunne menetelmää ollenkaan.

Taulukko 22. Videotyöskentely

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	12	86
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	0	0
Aina	0	0
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	2	14
N=	14	100

Positiivisen palautteen anto: Kaksi vastaajista (N=14) kertoi antavansa positiivista palautetta jonkin verran, useimmiten sitä antoi kolme vastaajista. Positiivista palautetta kertoi antavansa aina yhdeksän vastaajista.

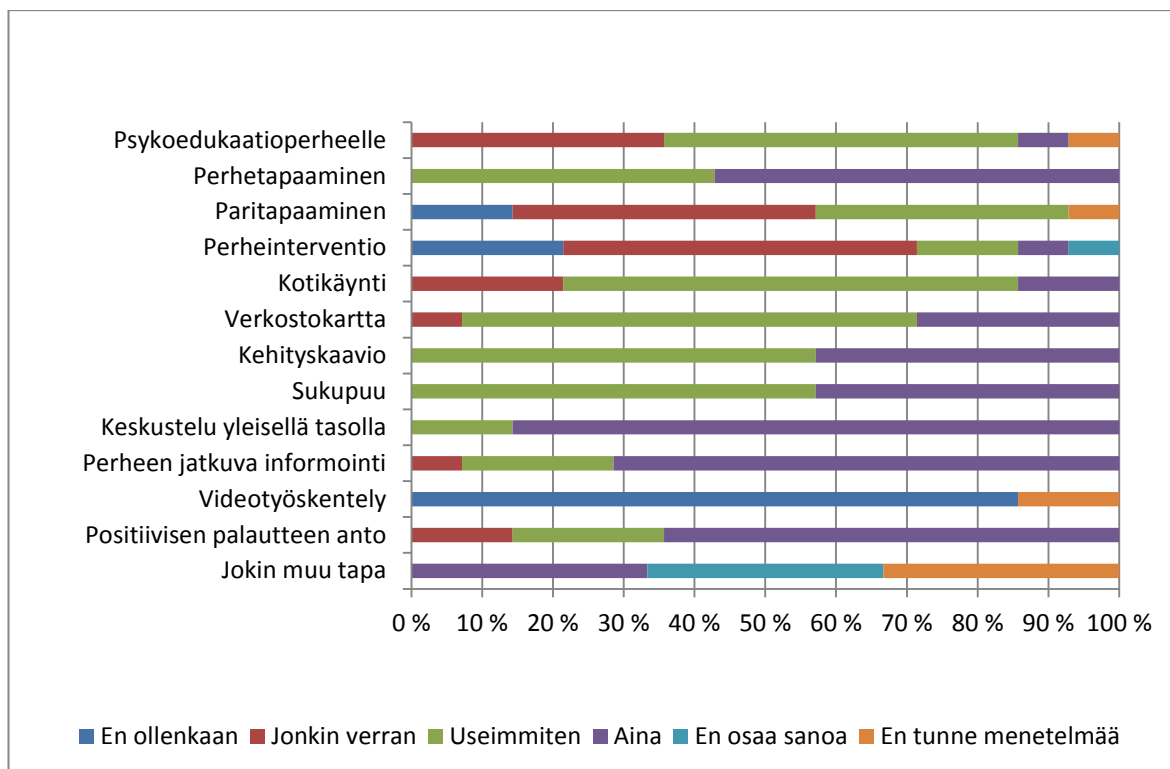
Taulukko 23. Positiivisen palautteen anto

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	2	14
Useimmiten	3	21
Aina	9	64
En osaa sanoa	0	0
En tunne menetelmää	0	0
N=	14	100

Jokin muu tapa: Jotakin muuta tapaa kertoi käyttävänsä yksi vastaajista (N=3). Yksi oli vastannut, ettei tunne menetelmää ja yksi, että ei osaa sanoa. Loput vastaajista eivät olleet vastanneet kysymykseen ollenkaan. Avoimeen kohtaan, ”Mitä työmenetelmää tarkoittit?”, eivät vastaajat olleet maininneet mitään menetelmiä.

Taulukko 24. Jokin muu tapa

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
En ollenkaan	0	0
Jonkin verran	0	0
Useimmiten	0	0
Aina	1	33
En osaa sanoa	1	33
En tunne menetelmää	1	33
N=	3	100



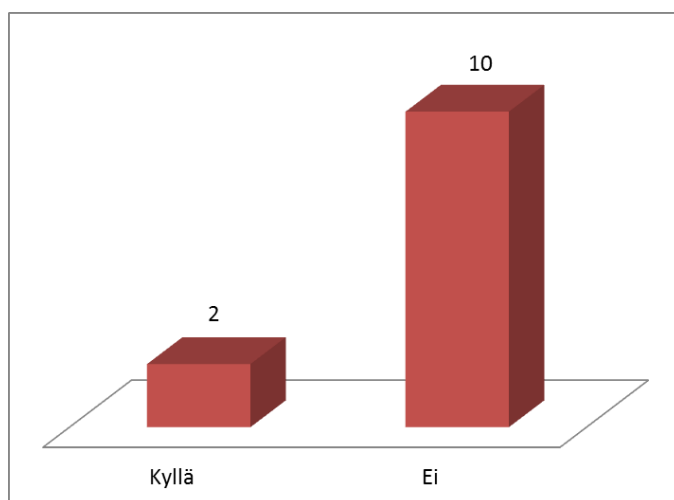
Kuvio 11. Yhteenveto hoitohenkilökunnan käyttämistä perhetyömenetelmistä

Kysymys 12. Lisäkoulutuksen tarve edellä oleviin työmenetelmiin: Avoimeen kysymykseen ”Mihin edellä olevista työtavoista haluat/tarvitset lisäkoulutusta?” tulleet vastaukset antoivat suoraan seuraavat viisi pääryhmää, joihin vastaajat kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta. Perhe- ja paritapaaminen, psykoedukaatio, terapiakoulutus ja perheinterventio ovat perhetyön menetelmiä, joihin vastaajat kokevat haluavansa koulutusta. Koulutustapana yksi vastaaja ehdottaa omaehtoista kouluttautumista.

Taulukko 25. Lisäkoulutuksen tarve edellä oleviin työmenetelmiin

Hoitohenkilökunnan vastaukset:	Pääluokka
Perhetapaaminen, Perhetapaamisten "vetäminen"	Perhetapaaminen
Perhetapaaminen, koska en ole saanut siihen koulutusta	
Psykoedukaatio	Psykoedukaatio
Terapiakoulutusta	Terapiakoulutus
Perhetapaaminen, kehittyminen työtavoissa.	
Perhe- ja paritapaamisiin, kaikki lisäkoulutus on hyväksi ja omien tietojen päivittäminen.	Paritapaaminen
Kaikilla alueilla pitää/voi jatkuvasti kehittää itseään ja saada uusia näkökulmia sekä toimintamalleja.	Oma kouluttautuminen
Perheinterventio	Perheinterventio
Psykoedukaatio, koska varsinaista koulutusta siihen en ole saanut - hajoja sieltä täältä yleisellä tasolla.	
Psykoedukaatioon, perhetapaamisiin, koska melko vähän kokemusta.	

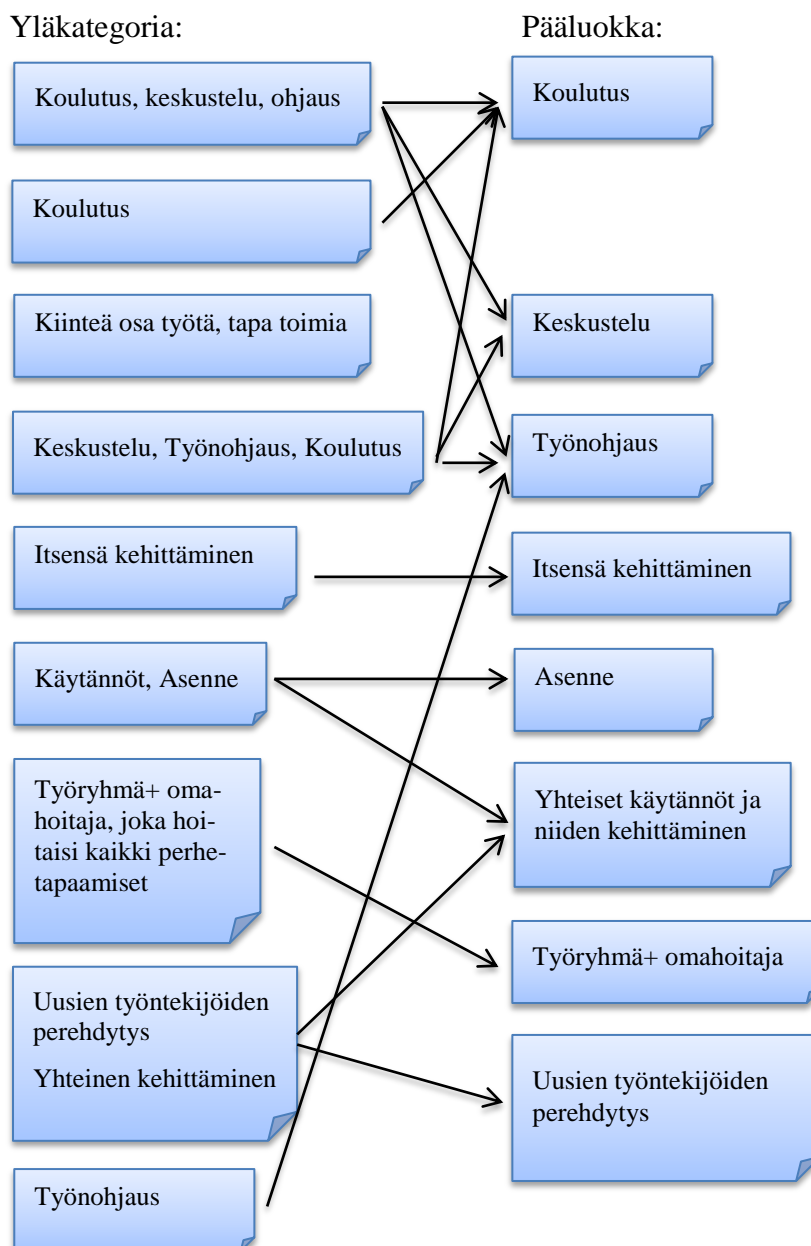
Kysymys 13. Ammatillisen koulutuksen riittävyys perhetyöhön: Vastaajista (N=12) kaksi on sitä mieltä, että ammatillinen koulutus antaa riittävät valmiudet perhetyöhön. Kymmenen vastaajaa on sitä mieltä, että ammatillinen koulutus ei anna riittäviä valmiuksia perhetyöhön. Yksi vastaaja jätti kokonaan vastaamatta kysymykseen ja yksi vastasi sekä että, jolloin opinnäytetyön tekijä hylkäsi vastauksen. Vastaajista yksi kommentoi seuraavasti kysymykseen: ”Jos tarkoitetaan hoitajan peruskoulutusta (on vastaus ei). Olen valmiuksia saanut erilaisista käymistäni lisäkoulutuksista”.



Kuvio 12. Hoitohenkilökunnan kokemus siitä, antaako ammatillinen koulutus riittävät valmiudet perhetyön tekemiseen

Kysymys 14. Perhetyötaitojen kehittämiseen tarvittava lisäkoulutuksen tarve: Jokaisesta avoimen kysymyksen vastauksesta on nostettu esille vastauksen keskeisin asia (=yläkategori). Näistä esille nousseista asioista johdettiin seuraavan kaavion mukaan viisi pääluokkaa, joista vastaajat ilmoittivat tarvitsevänsä lisää koulutusta, jotta he pystyisivät parantamaan omia perhetyötaitojaan. Pääluokat ovat perhetyökoulutus (perhedynamiikka ja koulutusta nuorista), terapia-, psykoedukaatio- ja käytännön läheinen koulutus sekä uusiin työmetodeihin tutustuminen ja vanhan tiedon kertominen. Työryhmän väliset keskustelut ja työnohjaus ovat paremminkin koulutus- ja oppimistapoja. Kokemusta ei voi opettaa, sitä tulee työvuosien myötä.

yhteisten käytäntöjen luominen ja uusien työntekijöiden perehdytys, asenteen muuttaminen sekä työryhmä ja omahoitaja -käytännön luominen.



Kuvio 14. Perhetyön kehittäminen osana osaston hoitotyötä

Kysymys 16. Vapaa kommentointi: Eräs opinnäytetyön vastaajista oli kommentoinut seuraavasti:

”Mielestäni osastolla pyritään aika hyvin huomioimaan nuoren perhettä, ja ottamaan perhe mukaan hoitoon. Joskus nuoren perhe voi olla vähemmän osallisena hoitoon, esim. sijoitettujen nuorten kohdalla, ja voidaan tällöin ehkä enemmän tehdä yhteistyötä sijoituspaikan kanssa. Perheiden kanssa työskentely on välillä kovin haastavaa, mutta myös antoisaa!!” (Vastaaja 11)

8 OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen vastaanotto-osasto 21:n hoitohenkilökunta toteuttaa perhetyötä osastolla ja miten hoitohenkilökunnan ikä ja työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä siihen vaikuttavat. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mihin perhetyömuotoihin hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa koulutusta. Opinnäytetyön tekijällä oli tavoitteena oppia opinnäytetyötä tehdessään lisää perhekeskeisestä työskentelystä nuorisopsykiatriassa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin puoli-strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksen perusjoukoksi ja otannaksi valittiin Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen osasto 21:n hoitohenkilökunta. Aineistonkeruu suoritettiin osastolla 30.9.-28.10.2011 välisenä aikana. Vastauksia tuli 14 kpl. Kun otanta oli 15, tuli vastausprosentiksi 93,3 %. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä, ja kyseiseltä osastolta tutkimus antaa luotettavan kuvan.

Tutkimuksen keskeisemmäksi tulokseksi nousi, että osasto 21:n hoitohenkilökunta käyttää perhetyömenetelmiä monipuolisesti. Pääsääntöisesti voidaan todeta, että perhetyömenetelmiä käytetään osastolla tapauskohtaisesti siten, että jokaisen osastolla hoidossa olevan nuoren perhe tulee huomioiduksi nuoren hoidon aikana. Osasto 21 hoitohenkilökunnan mielestä nuorta ei voida hoitaa ottamatta perhettä huomioon. Hoitohenkilökunnan valmiudet nuoren perheen kohtaamiseen ovat yleisesti ottaen hyvät. Hoitohenkilökunta kokee perheen kanssa työskentelyn tarpeellisenä, mielekkäänä, haastavana ja hoitoa tukevana. Oleellinen tulos oli, että perheen kanssa työskentely ei ole hoitohenkilökunnan mielestä tarpeetonta. Opinnäytetyön vastauksista kävi ilmi, että hoitohenkilökunta kantaa vastuuta työstään ja suhtautui perhetyöhön vakavasti. Hoitohenkilökunnan kiinnostus koulutukseen ja itsensä kehittämiseen kertoo mielenkiinnosta työtä kohtaan.

Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla ja perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa. Vaikka perheen osallistuminen nuoren hoitoon hoitohenkilökunnan mukaan on välillä vaativaa ja toisinaan häiritsee nuoren hoitoa, on perhe useimmiten kiinnostunut nuoren hoidosta. Perhe antaa mie-

lellään tietoja perheestä ja nuoresta hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta toivoo saavansa koulutusta ja tukea perhetyön tekemiseen sekä tietojensa ja taitojensa parantamiseen. Koska koulutus näkyy varmempina ja parempina perhetyötaitoina, on perhetyökoulutus ja yleensä hoitohenkilökunnan tietojen päivitys perusteltua.

8.1 Hoitohenkilökunnan käyttämät perhetyön menetelmät

Osastolla tuntuu opinnäytetyön vastausten perusteella olevan melko vakiintuneet tavat perhetyömenetelmien käytössä. Vastaajien sukupuoli ja kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä eivät tuntuneet vaikuttavan merkittävästi perhetyömuotojen käyttöön. Vastauksista voi päätellä, että osastolla käytetään yleisesti psykoedukaatiota, perhe- ja paritapaamista ja kotikäyntiä sekä verkostokartan, kehityskaavion ja sukupuun tekoa perhetyömuotoina nuoren perhettä kohdattaessa. Perhe on siis osastolla pääasiassa joko tiedon antajana tai täydentäjänä, kuten Puolakka (2006, 4.) tutkimuksessaan on todennut. Puolakan tutkimuksen mukaan perhe voidaan nähdä nuoren hoitotyössä tuen kohteena, jolloin osaston hoitohenkilökunnan käyttämä jatkuvan informaation ja positiivisen palautteen antaminen nuoren tilanteesta perheelle voidaan ajatella olevan perheen tukemista. Perheen huomioimiseen ja yhteyden luomiseen, ei ehkä niinkään nuoren hoitoon, käytetty keino oli keskustelu perheen kanssa yleisellä tasolla. Tämä saattaa olla yksi tapa luoda luottamuksellista ilmapiiriä, joka Mattilan, Kaunosen, Aallon, Ollikaisen & Åstedt-Kurjen (2009, 298.) tutkimuksen mukaan parantaa omaisten kokemusta emotionaalisesta tuesta. Videotyöskentelyä, joka onkin enemmän lastenpsykiatriassa käytetty, varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen perhetyömuoto (Vilén ym. 2010, 223-224), ei ole osastolla ollenkaan käytössä.

Virkavuosiltaan vanhemmat hoitotyöntekijät käyttivät psykoedukaatiota perhetyömenetelmänä useammin kuin vähemmän psykiatrasta hoitotyötä tehneet. Psykoedukaation tavoitteena on auttaa perhettä selviämään sairastuneen nuoren kanssa (Berg ym. 2003, 4). Puotiniemen, Kyngäksen & Nikkosen mukaan (2000, 288.) riittävä ja asianmukainen tieto nuoren sairaudesta auttaa perhettä ja vähentää perheen hätää, avuttomuutta ja syyllisyyttä. Tätä taustaa vasten nähtynä voisi psykoedukaation käyttöä perhetyömuotona osastolla lisätä entisestään siten, että nyt jonkin verran sitä työssään käyttävät käyttäisivät sitä useimmiten. Psykoedukaation käyttöä perhetyömuotona tukee jo sekin, että hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan suurin osa

perheistä haluaa tietoja useimmiten tai aina nuoren sairaudesta. Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki. (2010, 143.) raportoivat, että tiedon antaminen on yksi tärkein ja tarpeellisin perheen tukemisen muoto. Rantasen ym. (2010, 142.) mukaan perheiden tukemista voidaan tarkastella perheinterventiona, jolloin sen tavoitteena on perheen voimavarojen vahvistaminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Perheintervention käyttö perhetyömuotona oli opinnäytetyön vastausten perusteella osastolla vähäistä.

8.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet perhetyöhön

Valmiutensa nuoren perheen kohtaamiseen vastaajat kokevat olevan hyvät tai tyydyttävät. Tulos oli päinvastainen kuin Hanen & Salosen (2002, 51.) opinnäytetyön tulos, jossa todettiin, että osa tutkimukseen vastanneista ei mielestään omannut riittäviä valmiuksia perhetyön tekemiseen. Tutkimusten välillä on kymmenen vuotta, voidaan siis olettaa, että perhetyön tekeminen on yleistynyt, jolloin valmiudet siihen ovat kasvaneet esim. koulutuksen kautta. Opinnäytetyön vastaajista ne, jotka arvioivat omaavansa tyydyttävät valmiudet perheen kohtaamiseen, kokivat usein riittämättömyyttä nuoren perhettä kohdatessaan. Ne, jotka arvioivat valmiutensa hyviksi, kokivat harvoin riittämättömyyttä. Tulos on samansuuntainen kuin Hanen ym. (2002, 51) tutkimuksessa, jossa todettiin, että osa hoitotyön tekijöistä koki riittämättömyyttä nuoren perhettä kohdatessaan. Hoitohenkilökunnan sukupuolella ja iällä ei tuntunut olevan vaikutusta koettuihin valmiuksiin kohdata nuoren perhe. Miehet sitä vastoin kokivat vastausten perusteella harvemmin riittämättömyyttä perhettä kohdatessaan kuin naiset. Virkaikä näyttäisi vaikuttavan riittämättömyyden kokemukseen siten, että melkeinpä jokaiseen työkokemusluokkaan kuuluvat kokivat riittämättömyyttä joskus.

Syinä riittämättömyyden tunteeseen nuorten perheitä kohdatessaan vastaajat kertoivat toisaalta ajanpuutteen ja toisaalta eräs vastaaja totesi, että osaston resurssit eivät riitä perheen auttamiseen. Perhe on suuremman avun tarpeessa, kuin mitä osaston hoitohenkilökunta voi antaa. Eräs vastaaja koki vaikeana muotoilla sanottavansa sellaiseen muotoon, että viesti tulisi oikeassa muodossa ja oikealla tavalla kerrotuksi perheelle. Vaikka toisaalta osastolla koetaan ajanpuutetta, niin ainoastaan yksi vastaaja toivoi osastolle lisää hoitohenkilökuntaa eikä yksikään vastaaja toivonut hoi-

dossa oleville nuorille pidempiä hoitajaksoja. Näyttäisi siis siltä, että liika hoitohenkilökunta sekoittaa käytäntöjä enemmän kuin auttaa nuorten hoidossa.

Mitä pidempi työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vastaajilla oli, sitä paremmin he ottivat perheen mukaan hoitotyössään. Hanen ym. (2002, 51.) tutkimuksessa kävi ilmi, että valmiudet perhetyön tekemiseen kasvoivat kokemuksen kautta. Sukupuolella ei näyttänyt olevan merkitystä siihen, miten vastaaja ottaa perheen mukaan hoitotyöhönsä. Positiivisena asiana voidaan pitää sitä, että hoitohenkilökunta pitää nuoren perheen kanssa työskentelyä tukea antavana, palkitsevana ja mielekkäänä. Myös haastavana, mutta ei silti tarpeettomana. Vastaajat kuvasivat perheen niin läheiseksi ja hoitoon liittyväksi asiakksi, että pelkkä nuoren hoitaminen ei riitä. Koska nuori jatkaa elämäänsä perheensä kanssa osastohoidon jälkeen, täytyy myös perhe huomioida hoidossa.

8.3 Perheen osallistuminen nuoren hoitoon

Hoitohenkilökunnan vastauksista voidaan päätellä, että perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla aktiivisesti ja perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa useimmiten tai aina. Kuten Rantanen ym. (2010, 142.) ovat tutkimuksessaan todenneet, nuoren hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että perhe otetaan mukaan nuoren hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Scherrill & Kovacs (2002, 579-593) toteavat, että perheen suora osallistuminen hoitoon on merkittävä hoitoa edistävä tekijä (Puolakka 2006). Puotiniemen ym. (2000, 287) mukaan perhe haluaa saada tietoa nuoren sairaudesta. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunta on sitä mieltä, että perhe järjestää itselleen aikaa osallistuakseen nuoren hoitoon. Perhe antaa tietoja nuoresta mielellään. Perheen osallistuminen ei häiritse osaston hoitohenkilökunnan mielestä nuoren hoitoa osastolla, eikä se hankaloita nuoren hoidon tavoitteita. Perhe tarvitsee huomiota hoitohenkilökunnalta sekä hoitohenkilökunnan aikaa ja tukea selviytyäkseen vaikeassa tilanteessa. Puotiniemi ym. (2000, 288) on tutkimuksessaan todennut, että hoitohenkilökunta voi auttaa perhettä sopeutumaan tilanteeseen ja tukea heitä eteenpäin.

Suurimmaksi syyksi siihen, että perhe ei osallistu nuoren hoitoon osastolla hoitohenkilökunta kokee nuoren hankalan hoitotilanteen. Mattila ym. (2009, 298-299.) taas

raportoivat tutkimuksessaan, että n. kolmasosa tutkimukseen osallistuneista läheisistä koki saaneensa erittäin huonosti tietoa sairastuneen omaisensa sairaudesta ja että heitä oli erittäin huonosti tuettu ymmärtämään sairaalahoidon herättämiä tunteita. Täsäkin saattaa olla yksi syy siihen, että perhe ei halua osallistua nuoren hoitoon osastolla. Opinnäytetyön eräs vastaaja totesi, että vanhempien tiedon puute ja asenne psykiatria kohtaan estää heitä osallistumasta nuoren hoitoon. Hoitotavoitteen epäselvyys ja hoitajakson lyhyt kesto vaikuttavat siten, että perhe ei osallistu aktiivisesti nuoren hoitoon osastolla. Siltikään opinnäytetyön kyselyyn vastaajista kukaan ei halunnut pidempiä osastohoitojaksoja nuorille.

Jos perhe ei välitä nuorestaan, se ei osallistu nuoren hoitoon. Tämä on todettu Rantasen ym. (2010, 143) tutkimuksessa, jossa raportoitiin, että perheen auttaminen voi olla toisinaan vaativaa, koska perhe voi joskus torjua perheensä. Vanhempien voimavarojen puute, vastarinta ja kieltäminen sekä se, että perhe vastustaa nuoren hoitoa, vaikuttavat perheen osallistumiseen nuoren hoitoon osaston hoitohenkilökunnan mukaan. Kuten Puotiniemi ym. (2000, 287) totesivat tutkimuksessaan, perheen tuntema syyllisyys paitsi lisää perheen välisiä ristiriitoja, se opinnäytetyön tulosten mukaan estää heitä osallistumasta nuoren hoitoon osastolla. Niinkin konkreettinen asia, kuin vanhempien yhteen sopimattomat aikataulut estävät heitä osallistumasta nuoren hoitoon osastolla.

8.4 Perhetyön kehittämisen mahdollisuudet osasto 21:llä

Koska kymmenen vastaajaa kahdestatoista oli osallistunut perhetyökoulutukseen (kaksi vastaajaa ei vastannut kysymykseen), voidaan päätellä, että osastolla on huolehdittu hoitohenkilökunnan perhehoitotyön koulutuksesta. Kuitenkin seitsemän perhetyökoulutukseen osallistunutta ja kaksi koulutukseen osallistumatonta vastaajaa koki tarvitsevansa lisää koulutusta omaa perhetyötä kehittääkseen. Mattilan ym. mukaan (2009, 301.) hoitotyön haasteena onkin kehittää perhekeskeistä työtettä, joka sisältää läheisten tiedollisen tukemisen. Koulutukseen osallistuneet kaipasivat lisää tietoa ja taitoa sekä konkreettisempaa otetta perhetyön koulutukseen.

Psykiatrisessa hoitotyössä kauemmin toimineet kokivat, että ammatillinen koulutus oli antanut heille riittävät valmiudet perhetyöhön, kun taas vähemmän psykiatrista

hoitotyön kokemusta omaavat olivat sitä mieltä, että ammatillinen koulutus ei antanut riittäviä valmiuksia perhetyön tekemiseen. Hanen ym. (2002, 51.) tutkimuksessa nousi esille se, että ammatillinen koulutus ei anna riittäviä valmiuksia perhehoitotyön tekemiseen. Yksi mahdollinen johtopäätös tästä voisi olla, että aiemmin sairaan- ja perushoitajan koulutuksessa oli mahdollista erikoistua, jolloin koulutus on ollut kohdennetumpaa. Tämän päivän sairaanhoitajan koulutuksessa erikoistuminen on mahdollista vasta sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön vastauksista kävi ilmi, että psykoedukaatio ja paritapaaminen eivät ole perhetyömuotoina tuttuja kaikille vastaajille. Edellisten lisäksi perhetapaaminen ja perheinterventio olivat perhetyömuotoja, joihin vastaajat halusivat lisää koulutusta. Osastolla olisi mahdollista lisätä hoitohenkilökunnan perhetyötaitoja yleisesti antamalla koulutusta perhetyöstä, -dynamiikasta, perheen toiminnasta ja nuorista sekä kerrata vanhoja tietoja aika ajoin. Perheen dynamiikan ymmärtämistä tukevan koulutuksen tarpeellisuutta tukee se Maijalan, Helmisen & Åstedt-Kurjen (2011,98.) tutkimuksen lähtökohtana oleva käsitys, että tapahtumien merkitys ihmiselle määrää sen, miten ihminen toimii suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäristöönsä. Jokainen hoitohenkilökunnan ja perheen välinen vuorovaikutustapahtuma voidaan siis tulkita eräänlaiseksi perheinterventioksi ja sen merkitys perheen selviytymiselle voi olla merkittävä. Koska hoitotyö kehittyy koko ajan, opinnäytetyön vastaajista osa toivoi uusimpia perhetyömetodeiden esiintuomista. Vastaajat kokivat tarvitsevansa terapia-koulutusta. Koska videotyöskentelyä ei osastolla käytetä, ei sen opettaminen ole tarpeellista, vaikka osa vastaajista ei sitä tuntenutkaan.

Koulutuksen ei ajateltu olevan ainoa tapa kehittää osaston hoitohenkilökunnan perhetyötaitoja. Osaston henkilökunnan väliset keskustelut, jatkuva työtapojen tarkastelu sekä omaehtoinen itsensä ja oman työtavan kehittäminen koettiin tavoiksi parantaa perhetyötaitoja. Vastauksissa korostui ohjauksen, erityisesti työnohjauksen, merkitys perhetyön kehittämiseen. Perhetyötä voitaisiin kehittää luomalla osastolle yhteiset, vakiintuneet perhetyökäytännöt, joihin uudet työntekijät olisi helppo perehdyttää. Lisäksi oli mainittu hoitotyöntekijöiden asenne sekä motivaation lisääminen yleisesti perhetyötä parantavina tekijöinä. Toisaalta se, että perhetyö on kiinteä osa nuorisopsykiatriasta toimintaa, teki siitä jo osaston vakiintuneen tavan työskennellä.

Mielenkiintoinen ehdotus oli osaston käytäntöjen kokonaisvaltainen muuttaminen luomalla erillinen omahoitaja-työryhmä, joka ottaisi vastaan osastolle saapuvat nuoret virka-aikana. Vastaaja perustelee ryhmän tarpeellisuutta sillä, että vastaanottotilanteesta tulisi rutinoituneempaa. Nuoren vastaanottotilanteessa työryhmä olisi valmiimpi toimimaan kuin osaston hoitohenkilökunta, joka tekee vastaanottohaastatteluja harvemmin. Alkila & Korpela (2007, 30) ovat omassa opinnäytetyössään tutkineet Jyväskylän Haukkalan nuorisopsykiatrisen osaston vastaanottotilannetta ja luoneet vastaanottokäytännön ideaalimallin, joka vastaa nuoren ensimmäisen vuorokauden tarpeisiin osastolla. Alkilan ym. (2007) opinnäytetyöhön on hyvä tutustua, vaikkei se vastaakaan tässä opinnäytetyössä esille tulleeseen ehdotukseen.

Yhteistyön lisäämiseen osaston hoitohenkilökunnan välillä ei koettu olevan niinkään suurta tarvetta kuin osaston ja sen ulkopuolisten yksiköiden yhteistyön parantamiseen ja moniammatillisuuden lisäämiseen. Moniammatillisuuden, josta perhetyössä voidaan puhua vasta sitten, kun työryhmässä on edustajia ainakin terveys-, kasvatus- ja sosiaalialalta (Vilén ym. 2010, 208), lisäämistä toivoi neljä opinnäytetyön vastaajaa. Vilénin ym. (2010, 208) mukaan moniammatillinen tilanteen arviointi ja asiakkaan tukeminen eivät ole aina helppoja toteuttaa, sillä olennaisinta on asiakkaan oma näkemys ja tavoitteet. Opinnäytetyön vastausten perusteella voidaankin päätellä, että osaston hoitohenkilökunnan välillä yhteistyö sujuu kuitenkin hyvin, mutta osaston hoitohenkilökunta tarvitsee tuekseen lisää eri alojen ammattilaisia.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekijän kiinnostus perhetyötä kohtaan heräsi Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisella osastolla kesällä 2011. Opinnäytetyön aiheeksi perhetyö valikoitui, kun opinnäytetyön tekijä halusi selvittää, mitä perhetyö on ja miten sitä tehdään. Onko perhetyöllä vaikutusta nuoren hoitoon ja paranemiseen. Mihin perhetyöllä pyritään? Miten vanhemmat kohtaavat nuoren psyykkisen sairauden ja miten he siitä selviävät? Perhetyöstä puhutaan paljon, mutta perhetyö ja sen merkitys jäävät usein epäselviksi.

Opinnäytetyön tulokset vastasivat opinnäytetyön tarkoitusta. Opinnäytetyössä kuvattiin Harjavallan sairaalan nuorisopsykiatrisen osasto 21 hoitohenkilökunnan toteuttamaa perhetyötä nuorisopsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyön perusteella hoitohenkilökunta haluaa koulutusta mm. psykoedukaatiosta ja perhetapaamisista. Vanhojen tietojen ja taitojen kertaus ja käytännönläheinen koulutus koettiin opinnäytetyön tulosten perusteella tärkeiksi koulutuskohteiksi.

Lasten- ja nuorten hoitotyössä perheellä on oleellinen tehtävä lapsen ja nuoren asiantuntijana ja tiedonantajana. Siksi nuorta ei voida hoitaa ilman vanhempien mukana oloa. Perhetyö nuorisopsykiatrisella osastolla on tapa työskennellä nuoren ja perheen hyväksi. Opinnäytetyön vastauksista voidaan todeta, että perhetyö kuuluu jokaisen osastolla työskentelevän hoitohenkilön työmenetelmiin. Hoitohenkilökunnan perhetyötaitojen kehittäminen ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen takaavat, että jo saavutettu, hyvä perhetyön taso ja eri perhetyömenetelmien osaaminen pysyvät ennallaan tai jopa kehittyvät. Perhetyömenetelmien käytön ja perhetyön yhtenäistäminen osastolla niin, että ne olisivat hoitotyöntekijästä riippumatonta, ennalta suunniteltua toimintaa, takaisivat osastolla hoidettaville nuorille ja nuorten vanhemmille laadukasta perhetyötä.

Tällä hetkellä Suomessa ollaan tilanteessa, jossa virkaan valittu presidentti ottaa jo virkaan astuessaan puheeksi nuorten syrjäytymisen. Tasavallan presidentti Sauli Niinistö toi eduskunnalle 1.3.2012 pitämässään puheessa esiin huolensa syrjäytyneistä nuorista. Hän nosti esille nuorten oman vastuuntunnon, vanhempien vastuun ja ulkopuolisen avun (Niinistö 2012), joiden avulla hän toivoo saavansa kymmenet tuhat, 1990-luvun laman aikana syntyneet, syrjäytyneet nuoret takaisin koulutuksen ja työn piiriin.

”Suomalaisen yhteiskunnan keskellä on syvä ristiriita. Suomi ikääntyy ja tarvitsee nuoria tekijöitä. Samaan aikaan yli 30 000 suomalaista nuorta on kokonaan yhteiskunnan ulkopuolella. Ongelmaa on yritetty hoitaa, viranomaiset tahollaan, vapaaehtoiset yhteisössään, mutta silti syrjäytyminen jatkuu.

Syrjäytyminen on mittava ongelma, mutta ei ratkaisematon mysteeri. Tulen kutsumaan kokoon ongelman tuntijoita pohtimaan miten yhdistää parhaiten nuoren oma vastuuntunto, vanhempien vastuu ja ulkopuolinen apu.

Mutta ennen kaikkea ongelman ratkaiseminen edellyttää, että kukaan meistä ei katso ohi ja ajattele, että asia on jonkun muun vastuulla. Jokainen meistä on näkijä, jokainen on tekijä. Jokaista lähellä voi olla joku, joka on putoamassa ulkopuolelle. Näistä nuorista meidän on otettava kiinni.” (Niinistö, S. Tasavallan presidentin puhe eduskunnalle 1.3.2012)

Perhetukineen ja neuvolajärjestelmineen Suomi on yksi maailman valveutuneimmista maista lasten, nuorten ja perheiden tukijana. Perheiden pitäisi siis voida hyvin maassamme ja lapsista kasvaa tasapainoisia kansalaisia. Kuitenkin 1990-luvulta saakka perheiden eriarvoisuus on lisääntynyt ja huonosti voivat perheet voivat entistä huonommin. Vaikka presidentti Niinistön perimmäinen tarkoitus on poliittinen ja taloudellinen, on nuorten syrjäytymisellä merkitystä terveydenhuollonkin kannalta. Presidentti Niinistö nosti puheessaan esille nuoret, vanhemmat ja perheen ulkopuolisen avun. Nuorisopsykiatrisen osastohoito on äärimmäinen tapa yhdistää nämä kolme, mutta viimeistään siellä yhteistyön, perhetyön, soisi toimivan.

LÄHTEET

- Aholammi, R. & Mäkirinne, N. 2006. Perhe psykiatrisen lapsipotilaan hoidossa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Airaksinen, A. & Laukkanen, E. 2006. Psykoterapeuttinen avohoito. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 202-207.
- Alkila, T. & Korpela, S. 2007. Laatu vastaanottotilanteeseen nuorisopsykiatrisella osastolla. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Berg, L & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Lievestuore: ER-paino Oy.
- Ebeling, H. Syömishäiriöt. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 118-126.
- Flink, M. 2011. Lasten ja nuorten mielenterveys. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön vapaavalintaisella kurssilla 23.2.2011.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1. p. Vantaa: WSOY
- Hane, K., & Salonen, J. 2002. Perheen merkitys Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Harmainen, J. 2004. Onnistunut perhetyö ja yhteistyö perheen kanssa. Viitattu 7.10.2011. www.sosiaaliportti.fi
- Haukipuro, K. & Kivistö, E. 2010. Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä. AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uud. painos. Helsinki: Tammi.
- Hämäläinen, J. 2006. Nuori ja perhe yhteiskunnan murroksessa. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen, & M. Pietikäinen. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 43-50.
- Joronen, K. Koski, A. Paavilainen, E. Åstedt-Kurki, P. 2008. Perhehoitotyön toteutumista arvioivat mittarit - systemoitu katsaus. Hoitotiede. 20 (6). 366-376.
- Kalam-Salminen, L. Leino-Kilpi, H. Puukka, P. 2008. Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuodeosastoilla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana. Hoitotiede. 20 (5). 238-239.

Kaltiala-Heino, R. 2003. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.11.2011. <http://www.stm.fi>.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karukivi, M. 2011. Nuoret tarvitsevat omat psykiatriset palvelunsa. Satakunnan Kanssa 6.10.2011

Korhonen, V. & Marttunen, M. 2006. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen, & M. Pietikäinen. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 79-89.

Lahtinen, P. 2007. Lapsilähtöisyys perhetyön käytännöissä. Viitattu 7.10.2011. www.sosiaaliportti.fi

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Lampinen, M. Åstedt-Kurki, P. Tarkka, M-T. 2000. Hoitajien antama tuki leikkikäisen vanhemmille sairaalassa. Hoitotiede. 12 (4). 195-203.

Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim.

Laukkanen, E. 2006. Todellisuudentajun häiriöt. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen, & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 112-117

Lavikainen, J. Lahtinen, E. Lehtinen, V. 2001. Public Health Approach on Mental Health in Europe. Ministry of Social Affairs and Health, European Commission. STAKES. Saarijärvi. Viitattu 20.3.2012. <http://www.thl.fi>

Lehto, B. Laitinen-Junkkari, P. Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Hoitotiede 12 (2). 66-76.

Lehto-Salo, P. & Marttunen, M. 2006. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 99-111.

Lehtonen, T. 2011. osastonhoitaja (osasto 21). Harjavallan sairaala. Harjavalta. Henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2011.

Lehtonen, T. 2012. osastonhoitaja (osasto 21). Harjavallan sairaala. Harjavalta. Vastaanottaja sari.pa.lehtimaki(att)student.samk.fi. Lähetetty 24.1.2012 klo 12.22. Viitattu 24.1.2012.

Maijala, H. Helminen, M. Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen arviointitutkimus. Hoitotiede. 23 (2). 95-105.

Marttunen, M. 2006. Itsetuhoinen käyttäytyminen. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 127-134.

Mattila, E. Kaunonen, M. Aalto, P. Ollikainen, J. Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalo-tilaisten läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede. 21 (4). 294-303.

Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki:Tammi.

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa K. Laaksonen, A. Matikainen, N. Hahtela, T. Korhonen & S. Mäkipää (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana - Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy, 19.

Nivala, E. & Saastamoinen, M. 2007. Nuorisokasvatuksen teorian kohde ja konteksti. Teoksessa E. Nivala & M. Saastamoinen (toim.) Nuorisokasvatuksen teoria-perusteita ja puheenvuoroja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino, 10-12.

Nuorisolaki 2006. 27.1.2006/72.

Närhi, V. 2006. Tarkkaavaisuushäiriöt. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 90-97.

Osasto 21. Tervetuloa nuorten osastolle. 2011. Harjavallan sairaala. Harjavallan sairaalan Info-lehtinen. 7.10.2011.

Pelkonen, M. 2011. Psykiatriseen hoitoon hakeutuneiden nuorten tausta, itsetuhoisuus ja ennuste. Terveys- ja hyvinvointilaitos. Viitattu 19.8.2011. www.ktl.fi

Piilinen, J. Kataja, Eeva-Leena. Juvén, Taina. 2009. Lastenpsykiatrian akuuttipotilaat, perhetaustan kuvaus ja traumatisoivat tekijät. Perheterapia. 25 (1). 6-13.

Poutiainen, P. 2006. Perheen kehitystehtävät. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 51-58.

Niinistö, S. Tasavallan presidentin puhe eduskunnalle. 1.3.2012. Eduskunta. Viitattu 2.3.2012. <http://web.eduskunta.fi/>

Puolakka, K. 2006. Perhe ja koululaisiin kohdistuva mielenterveystyö. Seminaarityö Tampereen yliopisto.

Puotiniemi, T. Kyngäs, H. Nikkonen, M. 2000. Psykiatrisessa osastohoidossa olevan lapsen vanhempien selviytymisvaatimukset ja -keinot. Hoitotiede. 12 (6). 282-290.

Pylkkänen, K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 14-26.

Ranta, K. 2006. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 66-78.

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

Riihimaa, R. 2011. Perheterapeutti, Harjavallan sairaala. Harjavalta. Henkilökohtainen tiedonanto 18.8.2011.

Riihimaa, R. 2012. Perheterapeutti, Harjavallan sairaala. Harjavalta. Vastaanottaja sari.pa.lehtimaki(att)student.samk.fi. Lähetetty 24.1.2012 klo 13.02. Viitattu 24.1.2012.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo-alusta uudelleen. *Kliininen Psykologia*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Sherril, J. T. & Kovacs, M. 2002. Nonsomatic treatment of depression. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 579-593.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Syrjä, S. 2011. Psykiatrisen hoidon vaikuttavuus nuoren itsensä kokemana. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Tacke, U. 2006. Päihdeongelmat. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy. Duodecim, 135-145.

Vesänen, P. & Pulkkinen, S. 2010. Nuoren mielenterveyshäiriöpotilaan hoito. Viitattu 17.8.2011. <http://www.terveysportti.fi>

Vilén, M., Seppänen P., Tapio, N. & Toivanen, R. 2010. Kohtaamisia lapsiperheissä, menetelmiä perhetyöhön. 1. p. Helsinki: Kirjapaja

Wahlberg, K-E. 1999. Perhe- ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Sinkkonen & P. Pihlaja. Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta. Porvoo: WSOY, 35-53.

<p>Opinnäytetöitä:</p>
<p>Alkila Tiina & Korpela Sari ”Laatua vastaanottotilanteeseen nuorisopsykiatrisella osastolla.” 2007 Jyväskylän AMK</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää ja kehittää työyhteisön näkökulmasta nuorisopsykiatrisen potilaan vastaanottotilanteen hoitokäytäntöä.</p> <p>Eri läheteillä osastolle tulevien nuorten vastaanottotilanne on melko samanlainen. Tulosten avulla saatiin selville vastaanottotilanteen heikkouksia, joita tarkasteltiin ja kehitettiin uudeksi toimintamalliksi. Yhteinen toimintamalli luo toimivamman rakenteen vastaanottotilanteessa ja sitä voidaan käyttää mittarina, jolla varmistetaan uutta toimintakäytäntöä. (Alkila & Korpela, 2007.)</p>
<p>Aholammi Riikka & Mäkirinne Niina ”Perhe psykiatrisen lapsipotilaan hoidossa.” 2006 Satakunnan AMK</p> <p>Tarkoituksena oli kuvata perheen osallistumista psykiatrisen lapsipotilaan hoitoon henkilökunnan näkökulmasta sekä selvittää, miten perheen osallistumista voitaisiin edistää.</p> <p>Perheen osallistuminen lapsen hoitoon psykiatrisella osastolla on välttämätöntä. Lasta ei voida hoitaa ilman perheen osallistumista. Osallistumisen edistämiseksi hoitohenkilökunta lisäisi kotiin tehtävän työn määrää sekä ottaisi enemmän perhettä mukaan osaston arkeen, esim. nukuttamiseen ja kiinnipitoihin. (Aholammi & Mäkirinne, 2006.)</p>
<p>Hane Kimmo & Salonen Janne ”Perheen merkitys Satakunnan sairaanhoitopiirin nuoriso-psykiatrisessa osastohoidossa.”</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää perheen merkitystä Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta.</p> <p>Keskeisin tulos oli se, että perheet osallistuvat nuoren hoitoon ja että perheen merkitys on nuorisopsykiatrisessa hoidossa suuri. Hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tarve perhetyöhön nousi esiin. (Hane & Salonen, 2002.)</p>
<p>Haukipuro Katariina & Kivistö Elina ”Perhehoitotyö psykiatrisessa hoitotyössä.” 2010 Vaasan AMK</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perhehoitotyön toteuttamisesta tutkimukseen valituilla osastoilla.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan perhehoitotyö koettiin pääosin erittäin tärkeäksi ja valtaosa vastanneista psykiatrisista sairaanhoitajista koki ottavansa lähes aina potilaan perheen huomioon työssään. Psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat valmiutensa perhehoitotyön toteuttamiselle pääosin hyviksi tai tyydyttäväiksi. Perhehoitotyötä estäviksi tekijöiksi vastaajat kokivat mm. hoitojakson lyhyen keston, tiedon puutteen ja erilaiset hankaluudet omaisten kanssa. Osastojen työympäristö ja toimintaperiaatteet koettiin perhekeskeistä hoitotyötä tukeviksi. Tutkimuksen mukaan erilaisille perhehoitotyötä tukeville koulutuksille olisi tarvetta, sillä 98 % vastaajista koki, että sairaanhoitajakoulutus ei antanut riittäviä valmiuksia perhehoitotyön toteuttamiselle. (Haukipuro & Kivistö, 2010.)</p>
<p>Syrjä Salla ”Psykiatrisen hoidon vaikuttavuus nuoren itsensä kokemana.” 2011 Satakunnan AMK</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää nuorten kokemuksia heidän saamastaan psykiatrisesta hoidosta ja sen vaikuttavuudesta sekä vastausten perusteella pohtia hoidon mahdollisia kehittämissisältöjä.</p> <p>Suurin osa vastaajista oli ensimmäisellä hoitojaksollaan ja päässyt sille alle kahdessa viikossa. Yleisin hoitomuoto oli lääkehoidon ja keskusteluterapian yhdistelmä. Tämä vaikutti olevan hyödyllisin hoitotapa, vaikka osa nuorista kokikin, että lääkehoitoa ei pitäisi heti tarjota. Vastanneista nuorista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että hoitojaksosta oli ollut hyötyä ja he uskoivat pärjäävänsä tule-</p>

vaisuudessa. Takaisin samankaltaiseen hoitoon tilanteen vaatiessa tulisi yhdeksän vastaajista. (Syrjä 2011.)

Julkaistuja tutkimuksia:

Joronen Katja, Koski Anna, Paavilainen Eija & Åstedt-Kurki Päivi
”Perhehoitotyön toteutumista arvioivat mittarit- systemoitu katsaus.”

Hoitotiede 6/2008. 366-376, 20. vuosikerta

Tarkoituksena oli arvioida perhehoitotyön toteutumista aikuispotilaiden hoitotyössä erilaisissa hoitoympäristöissä. Kuvataan perhehoitotyötä arvioivien mittareiden sisältöä, rakennetta ja luotettavuutta.

Mittarit on kehitetty pääosin 2000-luvulla Pohjois-Amerikassa ja tehohoitoympäristössä. Mittareita on käytetty joko potilaiden perheenjäsenten tai hoitohenkilökunnan keskuudessa. Mittarit jaotellaan karkeasti joko tyytyväisyys- tai hoitotyön arviointimittareihin. Validiteettia on arvioitu melko monipuolisesti, rehabiliteettia lähes ainoastaan sisäisen johdonmukaisuuden osalta. (Joronen, Paavilainen, Koski & Åstedt-Kurki 2008.)

Kalam-Salminen Ly, Leino-Kilpi Helena & Puukka Pauli

”Vanhempien hoidon laatua koskevat odotukset lapsivuode-osastoilla ja hoitohenkilökunta niihin vastaajana.”

Hoitotiede 5/2008. 238-239. 20. vuosikerta

Tarkoituksena oli kuvata, mitä vanhemmat odottivat hoidolta lapsivuodeosastoilla ja miten odotukset toteutuivat. Tuloksia verrataan siihen, miten hoitohenkilökunta tunsu nämä odotukset ja arvioi niiden toteutuneen.

Vanhemmat odottivat lähes aina hyvää laatua ja heidän odotuksensa olivat korkeat. Äideillä oli korkeammat odotukset kuin isillä. Vanhempien vaatimukset hoidolta olivat hoitohenkilökunnalla hyvin tiedossa, mutta vaatimusten toteutumista eivät hoitajat osanneet niin hyvin arvioida. Hoitohenkilökunnan mielestä vanhemmaksi kasvua ja perheen ihmissuhteita tukeva toiminta toteutui paremmin kuin vanhempien mielestä. Isien ja hoitohenkilökunnan mielestä hoidon kokonaisuus vaihteli hyvästä tyydyttävään ja äitien mielestä välttävään hyvään. (Kalam-Salminen, Leino-Kilpi & Puukka 2008.)

Lampinen Marja, Åstedt-Kurki Päivi & Tarkka Marja-Terttu

”Hoitajien antama tuki leikki-ikäisen vanhemmille sairaalassa.”

Hoitotiede 4/2000. 195-203. 12. vuosikerta

Tarkoituksena oli selvittää, minkälaista tukea hoitajat antavat lapsen vanhemmille lapsen ollessa sairaalassa ja minkälaiset mahdollisuudet heillä oli leikki-ikäisten lasten vanhempien tukemiseen sairaalassa.

Vanhempien tukeminen koettiin tärkeäksi osaksi hoitajan työtä. Hoitajat tukivat ja rohkaisivat vanhempia ja pyrki huomioimaan vanhempien toiveet lapsen hoidossa. Jokainen vastaaja halusi tutustua lapsen vanhempiin, mutta ainoastaan 1/3 hoitajista otti itse yhteyttä vanhempiin, mikäli nämä eivät olleet osastolla. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että aikaa vanhempien tukemiseen ei ollut riittävästi. (Lampinen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2000.)

Lehto Birgitta, Laitinen-Junkkari Pirjo & Turunen Hannele

”Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta.”

Hoitotiede 2/2000. 66-76. 12. vuosikerta

Tarkoituksena oli kuvata, minkälaista sosiaalista (tutkimuksessa emotionaalista, konkreettista ja tiedollista) tukea omaiset kokivat saaneensa teho-osaston hoitohenkilökunnalta.

Omaiset kokivat saaneensa osaksensa kuuntelua, luottamusta ja läheisyyttä hoitohenkilökunnalta. Harvemmin omaiset saivat palautetta omasta jaksamisestaan, ja harva koki saaneensa rohkaisua läheisensä hoitoon osallistumiseen. Tarpeellisiksi omaiset eivät kokeneet lepo-, virkistytymis-, ruokailu- ja yöpymismahdollisuuksia. Saamaansa tietoa omaiset pitivät rehellisenä, luotettavana ja riittävänä. (Lehto, Laitinen-Junkkari & Turunen 2000.)

Maijala Hanna, Helminen Mika & Åstedt-Kurki Päivi
”Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen arviointitutkimus.”

Hoitotiede 2/2011. 95-105. 23. vuosikerta

Tarkoituksena oli kuvata 1-3-vuotiaiden, äkillisesti sairaalahoitoa tarvitsevien lasten perheiden ja heitä hoitavien henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen kohdistuvan arviointi-tutkimuksen tuloksia.

Vanhempien ja hoitavien henkilöiden arviot vuorovaikutuksesta ovat pääosin myönteisiä ja suhteessa toisiinsa yhdensuuntaiset mittareiden taustalla olevissa käsiteluoissa ”Neuvotteleva myötätunto” ja ”Sivuuttaminen”. (Maijala, Helminen & Åstedt-Kurki 2011.)

Mattila Elina, Kaunonen Marja, Aalto Pirjo, Ollikainen Jyrki & Åstedt-Kurki Päivi
”Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät.”

Hoitotiede 4/2009. 294-303. 21. vuosikerta

Tarkoituksena oli kuvata aikuispotilaiden läheisten hoito-henkilökunnalta sairaalahoidon aikana saamaa emotionaalista ja tiedollista tukea sekä tausta-tekijöiden ja vuodeosaston organisaatiomuuttujien sekä tuen välistä yhteyttä.

Emotionaalista tukea omaiset saivat tiedollista tukea paremmin. Poliklinikka ja elektiivisten potilaiden omaiset saivat paremmin tukea kuin osastopotilaiden ja päivystyspotilaiden omaiset. Tuen saaminen oli yhteydessä osaston organisaatiomuuttujiin, kuten päivystyspotilaiden määrään, potilas-kuormitusasteeseen sekä sairaanhoitajien tekemiin työtunteihin. (Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009.)

Piilinen Jutta, Kataja Eeva-Leena & Juvén Taina
”Lastenpsykiatrian akuuttipotilaat. Perhetaustan kuvaus ja traumatisoivat tekijät.”

Perheterapia 1/2009. 6-13. 25. vuosikerta

Tarkoituksena oli selvittää lastenpsykiatriasta akuuttihoitoa tarvinneiden lapsien perhetausta ja siihen liittyvät traumatekijät 1.7.2007-31.12.2007 välisenä aikana TYKSiin lastenpsykiatrian osastolla.

Lastenpsykiatriselle akuuttiosastojaksolle olevilla lapsilla on paljon traumaattisia kokemuksia ja psykososiaalisten riskitekijöiden kasaantuminen näiden lasten perheissä on ilmeistä. Vanhempien psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen huonovointisuus on tavallista. Perheeseen liittyvillä stressi- ja psyykkisillä kuormitustekijöillä on vaikutusta: perheen kokema stressi ja vanhempien oma psyykinen oireilu ovat yhteydessä lapsen psykiatriseen hoitoon. Lapsi ei joudu psykiatriselle osastolle yksittäisen vakavan traumaattisen kokemuksen seurauksena, vaan taustalla on pitkään jatkunut, jopa yli sukupolvien kestänyt huonovointisuus. (Piilinen, Kataja & Juvén 2007.)

Puotiniemi Tiina, Kyngäs Helvi & Nikkonen Merja
”Psykiatrisessa osastohoidossa olevan lapsen vanhempien selviytymisvaatimukset ja -keinot.”

Hoitotiede 6/2000. 282-290. 12. vuosikerta

Tarkoituksena oli selvittää psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytymisvaatimuksia ja -keinoja.

Psykiatrisessa osastohoidossa olevan lapsen kasvattaminen on vanhemmista vaikeaa. Vanhemmat olivat avuttomia lapsen hoidossa. Muiden perheenjäsenten toiminnot rajoittuivat lapsen hoidon vuoksi. Ristiriidat olivat lisääntyneet perheissä ja vanhempien sosiaaliset suhteet vähentyneet ja ta-

loudelliset vaikeudet lisääntyneet lapsen sairastuttua. Vanhemmat pelkäsivät tulevaisuutta. Vanhemmat arvioivat omaavansa hyvät tiedot ja taidot osastohoidossa olevan lapsen hoitoon ja kasvatamiseen, vaikkakin he halusivat lisää tietoa lapsen kasvattamiseen ja hoitoon. (Puotiniemi, Kyngäs & Nikkonen 2000.)

Rantanen Anja, Heikkilä Asta, Asikainen Paula, Paavilainen Eija & Åstedt-Kurki Päivi
”Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa-pilottitutkimus.”

Hoitotiede 2/2010. 141-152. 22. vuosikerta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perheiden saamaa tukea hoitohenkilökunnalta sekä perheiden tukemisen yhteydessä olevia taustatekijöitä perheen arvioimana.

Perheiden tukemisen eri muodoista toteutui parhaiten kohtaaminen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa ja heikoimmin perheenjäsenten osallistuminen asiakkaan hoitoon. Perheenjäsenten suhde sairaaseen perheenjäseneseen sekä se, asuiko perheenjäsenen asiakkaan kanssa samassa taloudessa, vaikuttivat eniten perheenjäsenen osallistumiseen hoitoon. Asiakkaan ja perheenjäsenen ikä vaikuttivat myös hoitoon osallistumiseen. (Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Åstedt-Kurki & Asikainen 2010.)

Muita tutkimuksia:

Puolakka Kristiina
”Menetelmiä lasten ja nuorten mielenterveystyössä.”

Maisterinkoulutukseen liittyvä projektityö nuorten psykiatriselle osastolle. Tampereen yliopisto. 2001.

Tarkoituksena oli selvittää mielenterveystyön menetelmiä lasten ja nuorten mielen-terveystyön alueella, sekä sitä, mitä nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon on.

Monitahoisessa osastohoidossa tulee ottaa huomioon nuoren perhe ja muu verkosto, sairauden laatu, nuoren kehitystaso ja nuoruuteen liittyvät erityispiirteet. Osastohoito on viimeisimpiä keinoja hoitaa nuorta, mutta joskus tarpeellinen perheen ja nuoren kaoottisen tilanteen selvittelyyn. (Puolakka 2001.)

Puolakka Kristiina
”Perhe ja koululaisiin kohdistuva mielenterveystyö.”

Seminaarityö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. 2006.

Tutkimuksen tarkoituksena oli perhehoitotieteellisten tutkimusmenetelmien kehittäminen.

Perhehoitotyön tarve on ilmeinen, ja perheen roolia nuoren hoitotyössä pitäisi vahvistaa. (Puolakka 2006.)

Asetus:

Kaltiala-Heino Riittakerttu

”Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito.
Mitä mielenterveystieteen käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa?”

STM selvityksiä 2003/7

Tarkoituksena oli selvittää, miten käsitettä "vakava mielenterveyden häiriö" alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon kriteerinä voidaan tulkita. Käsitettä pyritään tarkentamaan, koska "vakavan mielenterveyden häiriön" käsite on epämääräisempi kuin "mielisairaus". (Kaltiala-Heino 2003.)

Selvityksessä on suositus käsitteen "vakava mielenterveyden häiriö" tulkitsemiseksi alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon peruskriteerinä. Alaikäisten mielenterveyden häiriön vakavuutta arvioidessa tulee aina suhteuttaa oireilu ja sen perusteella annettava diagnoosi alaikäisen kehitystasoon ja kehityksen etenemiseen/sen juuttumiseen. Mitä nuoremasta alaikäisestä on kyse, sitä vähem-

män hänen mielenterveyden häiriötään voidaan tarkastella yksilöpatologian näkökulmasta, ja sitä suuremmassa määrin häiriön vakavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon ympäristön alaikäisen kehitykselle kyseisessä tilanteessa tarjoama tuki tai sen puute. Alaikäisten vakavat mielenterveyden häiriöt edellyttävät aina asianmukaisen psykiatrisen hoitokontaktin järjestämistä. Mikäli myös muut Mielenterveyslaissa määritetyt tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät, voidaan näissä tilanteissa soveltaa tahdosta riippumatonta hoitoon ottamisen menettelyä. (Kaltiala-Heino 2003.)

Lait:

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

”Lain tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun.” (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 1§)

”... ovat velvollisia viipymättä ilmoittamaan salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuolosta vastaavalle toimielimelle, jos he tehtävässään ovat saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelutarpeen selvittämistä.” (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 25§)

Nuorisolaki 2006. 27.1.2006/72.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

”Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu...” (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 19§)

Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116.

”...hoidettavana olevan alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin.” (23.10.1992/954) (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 8§)

”Alaikäisen tarkkailuun otetun vanhemmille, huoltajille sekä henkilölle, jonka hoidossa ja kasvatuksessa alaikäinen on ollut välittömästi ennen tarkkailuun ottamista, on mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus tulla joko suullisesti tai kirjallisesti kuulluksi.” (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 11§)

”Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.” (23.10.1992/954) (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 8§)

”Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.” (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 f§)

”Jos hoitoon määrätty on alaikäinen, päätös on heti alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.” (11.12.2009/1066) (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 f§)

NUORISOPSYKIATRINEN OSASTO: PERHE OSANA HOITOA

Kysely on luottamuksellinen ja siihen vastataan nimettömänä. Valitse vastausvaihtoehtoista se, joka parhaiten vastaa omaa mielipidettäsi kysyttyyn asiaan. Vastaamisen jälkeen sulje vastauslomake kirjekuoreen ja palauta se osastolle tuomaani vastauslaatikkoon.

Vastausaikaa on neljä viikkoa: 30.9.-28.10.2011

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla (x) sen vastausvaihtoehdon edessä oleva laatikko, joka parhaiten kuvaa sinua / omaa käsitystäsi kysytystä asiasta.

1. Sukupuoli:

Nainen Mies

2. Työkokemuksesi psykiatrisessa hoitotyössä:

0-2 vuotta 11-15 vuotta
 3-5 vuotta 16-20 vuotta
 6-10 vuotta yli 21 vuotta

3. Miten koet työskentelyn nuoren perheen kanssa?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

Mielekästä
 Palkitsevaa
 Hoitoa tukevaa
 Aikaa vievää
 Haastavaa
 Tarpeetonta
 Muuta? _____

Perustele vastaustasi: Miksi?

4. **Koetko riittämättömyyttä perheen kanssa työskennellessäsi?**
Valitse yksi vaihtoehto.

- Usein
 Joskus
 Harvoin
 En koskaan

Perustele vastauksesi: Miksi?

5. **Arvioi valmiuksiasi nuoren perheen kohtaamiseen:**
Valitse yksi vaihtoehto.

- Heikot valmiudet
 Tyydyttävät valmiudet
 Hyvät valmiudet
 Kiitettävät valmiudet

6. **Otatko omassa hoitotyössäsi perheen riittävästi mukaan nuoren hoitoon?**

- Kyllä En Toisinaan

7. **Oletko osallistunut perhetyökoulutukseen?**

- Kyllä En ole

8. Seuraavaksi on väittämiä perheen osallistumisesta nuoren hoitoon ja osallistumisen hyödyllisyydestä. Miten nuoren perhe osallistuu hoitoon osastolla?

Rastita yksi vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa mielipidettäsi kyseessä olevasta asiasta.

1. Ei ollenkaan 2. Jonkin verran 3. Useimmiten 4. Aina 5. En osaa sanoa

	Ei ollenkaan 1.	Jonkin verran 2.	Useimmiten 3.	Aina 4.	En osaa sanoa 5.
Nuoren perhe osallistuu nuoren hoitoon osastolla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheen osallistuminen tukee nuoren hoitoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe antaa mielellään tietoja nuoresta ja perheestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe järjestää itselleen aikaa osallistuakseen nuoren hoitoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe ymmärtää osaston säännöt ja noudattaa niitä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe haluaa tietoa nuoren sairaudesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheen osallistuminen häiritsee nuoren hoitoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhehoito hankaloittaa hoitotyön tavoitteita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe syyllistää muita nuoren sairaudesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe tarvitsee hoitajilta tukea ja aikaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhe ottaa kantaa nuoren hoitoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Mikä on mielestäsi syynä, jos nuoren perhe ei aktiivisesti osallistu nuoren hoitoon?

Rastita yksi tai useampi vaihtoehto.

- Hoitajan motivaation puute
- Hoitajan osaamisen puute
- Kiire
- Potilaan hoitotilanne on hankala
- Potilaan hoidon tavoite on epäselvä
- Perhe ei välitä nuoresta
- Perheen tiedon puute osaston hoitokulttuurista
- Hoitojakson lyhyt kesto
- Muu, mikä _____

10. Mitä perhetyön kehittämiseen osastolla mielestäsi tarvitaan?

Rastita yksi tai useampi vaihtoehto.

- Lisää tietoa
- Lisää taitoa
- Lisää aikaa, ts. voisi rauhassa keskittyä yhden nuoren asioihin
- Lisää henkilökuntaa
- Pidempiä hoitojaksoja
- Lisää yhteistyötä henkilökunnan keskuuteen
- Lisää yhteistyötä osaston ulkopuolisten yksiköiden kanssa
- Lisää moniammatillisuutta
- Lisää koulutusta
- Lisää ohjausta
- Parempia tiloja
- Muuta, mitä? _____

11. Miten paljon käytät alla olevia perhetyömenetelmiä omassa hoitotyössäsi?

Rastita jokaisen työtavan kohdalla vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa tilannettasi hoitajana, kun toimit perheen kanssa.

1. En ollenkaan 2. Jonkin verran 3. Useimmiten 4. Aina 5. En osaa sanoa 6. En tunne menetelmää

	En ollenkaan 1.	Jonkin verran 2.	Useimmiten 3.	Aina 4.	En osaa sanoa 5.	En tunne menetelmää 6.
Psykoedukaatio perheelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhetapaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paritapaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheinterventio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotikäynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkostokartta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehityskaavio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukupuut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskustelu yleisellä tasolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheen jatkuva informointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videotyöskentely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positiivisen palautteen anto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin muu työtapa, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitä perhetyömenetelmää tarkoitit? _____

12. Mihin edellisessä kysymyksessä olevista työtavoista tarvitset/haluat lisäkoulutusta?

Perustele vastaustasi: Miksi?

13. Antaako käymäsi ammatillinen koulutus riittävät valmiudet perhetyöhön?

Kyllä Ei

14. Minkälaista koulutusta koet tarvitsevasi, jotta voisit kehittää perhetyötaitojasi?

15. Miten perhetyötä voisi mielestäsi kehittää osana osaston hoitotyötä?

16. Alla on tilaa vapaalle kommentoinnille. Ole hyvä!

Kiitos vastauksestasi!

Opinnäytetyön tehtävät	Suunniteltu aika	Toteutunut aika
Opinnäytetyö /aiheseminaari	26.5.2011	26.5.2011
Opinnäytetyösuunnittelu/tutkimuslupahakemus – Kyselylomake – Teorian kirjoittaminen	Elo-syyskuu 2011	Elo-syyskuu 2011
Tutkimuslupahakemuksen täydentäminen – Korjauksia ja täydennystä – Tarkistus Emmalla – Tutkimusluvan hakeminen ja myöntäminen	Vko 30-37 Vko 33 Vko 36-37 Vko 37 (viim. vko 42)	12.8.2011 (vko 32)
Opinnäytetyö / suunnitteluseminaari	22.9.2011	22.9.11/5.3.12
Kyselylomakkeen testaus	Lokakuun alku	27.-28.9.2011
Teorian lukeminen ja kirjoittaminen	Syys-marraskuu 2011	Syys-marraskuu 2011
Aineiston keruu osastolta – Kyselyiden valmistelemine (kuoret, palautuslaatikko, kopiointi) – Osastonhoitajan informointi (soitto, käynti?)	1.11.-28.11.2011 24.10.2011 24.10.2011 Lokakuun alku	30.9.-28.10.2011 26.9. ja 29.9.2011 26.9.2011
Aineiston analyysi	Joulukuu 2011-tammikuu 2012	Tammi-helmikuu 2012
Johtopäätökset ja pohdinta	Helmi-huhtikuu 2012	Helmi-maaliskuu 2012
Opinnäytetyö valmis arvioitavaksi/kypsyysnäyte	Huhtikuu 2012	Huhtikuu 2012/13.4.2012
Opinnäytetyö/loppuseminaari	Toukokuu 2012	3.5.2012
Kansitettu versio osasto 21:llä	Kesä 2012	



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Sari Lehtimäki	Opiskelijanumero: 0901484	Aloitusryhmä: HT09P3
Koulutusohjelma: Hoitotyö		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Yliopettaja Eeva-Maija Salminen, Maamiehenkatu 10, 28500 PORI, 044-7103464, eeva-maija.salminen@samk.fi		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: osastonhoitaja Timo Lehtonen/ylihoitaja Kristiina Puolakka, osasto 21		
Opinnäytetyön nimi: Nuorisopsykiatrinen osasto: Perhe osana hoitoa		
Työn etenemisaikataulu: Kts. liite 2. Valmis kesä 2012. Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteessä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisällyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: 12 . 8 . 20 11		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nime ja nimen selvennys: <i>Kristiina Puolakka</i> KRISTINA PUOLAKKA, 44	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <i>Annukka</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010

Hyvä vastaaja!

Olen terveydenhoitotyön kolmannen vuoden opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa. Teen opinnäytetyöni Satakunnan Sairaanhoidopiirin Harjavallan Sairaalan nuorisopsykiatriselta osasto 21:ltä, aiheesta ”Nuorisopsykiatria: perhe osana hoitoa”. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, miten nuorisopsykiatrisen vastaanotto-osasto 21:n hoitohenkilökunta toteuttaa perhetyötä osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla perhetyötä voidaan kehittää ja koulutusta kohdentaa sellaisiin osa-alueisiin, johon nuorisopsykiatrisen osaston hoitohenkilökunta kokee sitä tarvitsevansa.

Opinnäytetyön kysely on luottamuksellinen. Siihen vastataan nimettömänä, ja vastaaminen on vapaaehtoista. Toivon kuitenkin runsasta osallistumista kyselyyni, jotta saisin riittävän aineiston opinnäytetyötäni varten. Vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Kyselylomakkeessa on sekä avoimia- että monivalintakysymyksiä, joissa on useampi vastausvaihtoehto. Kyselylomakkeet ovat osastolla neljä viikkoa, jonka aikana voit osallistua kyselyyn.

Opinnäytetyö valmistunee vuoden 2012 kesään mennessä. Tuon kansitetun opinnäytetyön osastolle sen valmistuttua.

Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstäni tai kyselylomakkeesta, saat minut parhaiten kiinni sähköpostilla osoitteesta XXXX tai numerosta XXXX.

Ystävällisesti
terveydenhoitajaopiskelija
Sari Lehtimäki