

Anna-Sofia Autio

PERHELÄHTÖISYYS LASTENPSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma

2019

PERHELÄHTÖISYYS LASTENPSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Autio, Anna-Sofia

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2019

Sivumäärä: 38

Liitteitä: 3

Asiasanat: lapsilähtöisyys, lastenpsykiatria, perhe, perhelähtöisyys, perhekeskeisyys

Opinnäytetyön aiheena oli perhelähtöisyys lastenpsykiatrisessa hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kokemuksia lastenpsykiatrisen hoitotyön perhelähtöisyydestä vanhempien ja hoitajien näkökulmista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tulosten avulla mielenterveys- ja päihdetyön, lasten ja nuorten mielenterveystyön sekä perhetyön opetusta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui vanhempia ja lastenpsykiatrisessa hoitotyössä toimivia ammattilaisia koskevista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsausta varten valittiin kuusi tutkimusta, jotka analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä. Aineisto kirjallisuuskatsaukseen kerättiin kirjallisuushauilla eri tietokannoista, noudattaen laadittuja rajauksia. Löydetyistä tutkimuksista valittiin tuoreimmat ja aihepiiriä eniten koskevat tutkimukset. Aineiston analyysi alkoi tutkimusmateriaalien perusteellisella lukemisella ja tarkastelulla. Kerättyä aineistoa koottiin yhteen kuvailemaan viimeaikaisia ja aikaisemmin tutkittuja tutkimustuloksia.

Tässä tutkimuksessa vanhempien ja hoitajien kokemukset lastenpsykiatrisen osaston perhelähtöisyydestä olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Kaikki vanhemmat kokivat perhelähtöisyyden toteutuvan jossain määrin, mutta myös parantamisen varaa löydettiin. Hoitajat kokivat perhelähtöisyyden olevan osittain jo opittu tapa toimia hoitotyössä, mutta puutteitakin löytyi. Tutkimustulokset osoittivat vanhempien ja hoitajien kokeneen pääasiassa perhelähtöisyyden toteutumista lastenpsykiatrisessa hoidossa. Vanhemmat olivat yleisesti tyytyväisiä osaston toimintaan ja hoitotyöhön. Kohtaaminen ja tiedonkulku osoittautuivat tärkeiksi tekijöiksi sekä vanhemmille että hoitajille. Hoitajilta odotettiin perhelähtöistä toimintatapaa ja hoitajat kokivatkin sen jo osittain sisäistetyksi osaksi hoitotyötä. Resurssien puute näkyi sekä vanhempien että hoitajien kokemuksissa. Hoitajat kaipasivat myös enemmän arvostusta perhelähtöiselle hoitotyölle.

Aiheeseen liittyvillä tutkimuksilla on merkitystä lastenpsykiatrisen hoidon kehittämisenä kohti perhelähtöisempää hoitotyötä. Jatkossa aihetta voidaan tutkia haastattelemalla lastenpsykiatrisessa hoitotyössä työskenteleviä ammattilaisia sekä hoidettavien lasten vanhempia ja sisaruksia.

FAMILY ORIENTATION IN CHILD PSYCHIATRIC NURSING

Autio, Anna-Sofia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

November 2019

Number of pages: 38

Appendices: 3

Keywords: child-oriented, children`s psychiatry, family, family-oriented, family-centered

The subject of the thesis was family-oriented psychiatric nursing. The purpose of this thesis was to compile experiences of family-oriented child psychiatric nursing from the perspective of parents and nurses.

The aim of this thesis was to improve the teaching of mental health and substance abuse, child and adolescent mental health and family work. The material of the descriptive literature review consisted of research on both parents and professionals working in child psychiatry. For the literature review, six studies were selected and analyzed using inductive content analysis. The material for the literature review was collected through literary searches from different databases within the constraints established. Of the studies found, the most recent and most relevant studies were selected. The data analysis phase began with a thorough reading and examination of the research materials. The collected data was collected to describe recent and previously researched results.

In this study the parents' and nurses' experiences of family-oriented psychiatric wards were both positive and negative. All the parents felt that family-orientation was to some extent realized but there was also room for improvement. Nurses felt that family orientation was partly a learned way of working in nursing but there were shortcomings. The results of the research showed that parents and nurses mainly experienced the realization of family orientation in child psychiatric care. Parents were generally satisfied with the ward's activities and nursing. Encounters and communication proved to be important factors for both parents and nurses. Nurses were expected to adopt a family-oriented approach and the nurses felt it was already partly internalized as part of the nursing work. The lack of resources was reflected in the experiences of both parents and nurses. Nurses also felt the need for more respect for family-oriented nursing.

Related research is important in developing the child psychiatric care towards more family-oriented care. In the future, the topic can be explored by interviewing professionals working in child psychiatric nursing as well as parents and siblings of the patients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTINEN TAUSTA	6
2.1	Lastenpsykiatria	6
2.2	Lasten mielenterveyshäiriöiden epidemiologia	7
2.3	Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät.....	9
2.4	Lasten mielenterveyshäiriöihin liittyvät lait ja standardit.....	10
2.4.1	Lait	10
2.4.2	Standardit	11
2.5	Mielenterveyspalvelut.....	12
2.6	Perhelähtöisyys	14
2.7	Omahoitajuus lastenpsykiatrisessa hoitotyössä	16
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
4	KIRJALLISUUSKATSAUS MENETELMÄNÄ.....	18
4.1	Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.....	18
4.2	Aineiston kerääminen	19
4.3	Aineiston analyysi.....	19
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	22
5.1	Vanhempien positiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa.....	23
5.2	Vanhempien negatiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa.....	25
5.3	Hoitajien positiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa	28
5.4	Hoitajien negatiiviset kokemukset perhekeskeisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa	31
6	POHDINTA.....	34
6.1	Luotettavuus.....	34
6.2	Eettisyys.....	35
6.3	Johtopäätökset ja pohdinta	35
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Lapsuus ja nuoruus ovat ihmiselle voimakkaan fyysisen ja psyykkisen kehityksen aikaa. Niihin vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi myös ympäristö ja kulttuuri. Perheellä on suuri merkitys lapsen kehityksen ja kasvun kannalta. Lisäksi muut kehitysympäristöt, kuten koulu ja vapaa-ajan harrastukset, ovat tärkeitä. Niissä voidaan tukea ja edistää lapsen mielenterveyttä. Lapsuus ei ole irrallinen vaihe ihmisen elämässä. Silloin koetut tapahtumat, fyysinen sekä psyykinen kehitys ja sosiaaliset suhteet rakentavat pohjan nuoruuden sekä aikuisuuden hyvinvoinnille. Lapsen kehitys on usein yksilöllistä, mutta eri ikävaiheisiin kuuluu tiettyjä tunnistettavia piirteitä. Mielenterveyden oireiden ja häiriöiden tunnistamisessa tulee ottaa huomioon oireiden tyypillinen puhkeamisikä ja häiriöiden yleisyys. Lisäksi huomioon tulee ottaa lasten mielenterveyteen liittyvät sukupuolien ja yksilöiden väliset erot. Noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä on alkanut jo ennen 14 vuoden ikää ja noin $\frac{3}{4}$ ennen 24 vuoden ikää perustuen laajoihin väestöntutkimuksiin. Mielenterveyshäiriöitä on noin kaksi kertaa enemmän nuorilla kuin lapsilla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2018.)

Tämän opinnäytetyön tilaaja on Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää ammattikorkeakoulussa hoitotyön opetussuunnitelmaan kuuluvissa opinnoissa kuten mielenterveys- ja päihdetyön, lasten ja nuorten mielenterveystyön sekä perhehoitotyön opintojaksoilla. Lasten ja nuorten mielenterveystyön opintojaksolla käsitellään lasten ja nuorten mielenterveyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä, kriisejä sekä perheiden elämismailmaa. Tavoitteena opintojaksolla on lasten ja nuorten kohtaaminen voimavaralähtöisesti ja mielenterveysmenetelmien hallinta erilaisissa tilanteissa. Opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan herättää opiskelijoita pohtimaan perhelähtöisyyden toteutumista omassa hoitotyössä.

2 TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Lastenpsykiatria

Lastenpsykiatria on lääketieteen erikoisala, johon kuuluu lasten mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy, diagnosointi ja hoito. Lapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen vaikuttavat perimä, sosiokulttuuriset tekijät sekä ympäristö. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 619–620.)

Suomen lastenpsykiatrisella palvelujärjestelmällä on pitkä historia. Sen juuret juontavat lastensuojelutyöstä ja kasvatuksellisesta painotuksesta. Pitkänien psykiatriseen sairaalaan perustettiin ensimmäinen mielenterveysongelmallisille lapsille tarkoitettu osasto vuonna 1927. Silloin oli Suomessa jo käynnistynyt kasvatus- ja perheneuvolatoiminta, mikä oli varsin nopeaa kehitystä kansainvälisestä näkökulmasta katsottuna. Kuitenkin lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon valtakunnalliset rakenteet muodostuivat vasta 1980-luvun alussa, jolloin perustettiin useimmat lastenpsykiatriset poliklinikat keskussairaaloihin. Viime vuosina lastenpsykiatriassa painotus on ollut kohti osastohoidon lyhentymistä, avohoitopainotteisuutta, akuuttihoidon yleistymistä ja lasten hoitamista omissa kehitysympäristöissään. Perhe- ja verkostokeskeiset työmenetelmät sekä kotiin suuntautuva työ ovat yleistyneet. (Kaukonen & Repokari 2016, 437–442.)

Puhuttaessa lastenpsykiatriasta korostuu erityisesti lapsuusiän fyysinen ja psyykinen kehitys. Lapsen normaali kehitys ja kasvu tulee tuntee, jotta voidaan tunnistaa lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän poikkeavuudet. Lapsen käyttäytyminen toisella ikäkaudella voi olla normaalia kun taas toisella ikäkaudella se luokitellaan poikkeavaksi. (Sourander & Aronen 2011, 530–531.) Tärkeimmät tekijät lastenpsykiatristen häiriöiden ilmaantuessa ovat ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen, varhainen puuttuminen sekä tarpeenmukainen, aktiivinen ja kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus. Kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla valmius perehtyä laaja-alaisesti lapsen ja perheen elämään vaikuttaviin asioihin. Tämän toteuttaminen vaatii moniammatillista ja verkostoitunutta työskentelyä sekä hyvin toimivaa hoitoporrastusta. (Duodecim [www](http://www.duodecim.fi)-sivut 2017.)

Lastenpsykiatrista osastohoitoa on tarkasteltu erilaisista teoreettisista näkökulmista, jotka on luokiteltu seuraavasti. Perinteisissä lähestymistavoissa nojaututaan psykodynaamiseen näkökulmaan sekä ajatukseen siitä, että lapsen psyykkiset ristiriidat tulisivat tarkastelun ja hoidon kohteeksi osastohoidossa. Yhteisökeskeisissä lähestymistavoissa taas ajatellaan terapeutin ja yhteisöllisen ympäristön olevan tärkeitä hoidollisia elementtejä. Kognitiivis-behavioraalissa osastohoidossa käytetään erilaisia oppimis- ja kehittämisterapeuttisia malleja. On myös ajateltu, että osastohoito tarjoaa lapselle samanaikaisesti useita eri hoitomuotoja, mikä on nimeltään eklektinen näkökulma. Systemiteoreettisessa näkökulmassa lapsen ollessa osastohoidossa hän kuuluu samanaikaisesti kahteen systeemiin eli perheeseen ja osastoyhteisöön. (Koskinen & Sourander, 2016.)

Nykyinen lasten psykiatrinen hoito perustuu integratiiviseen eli kehityspsykiatriseen lähestymistapaan. Siinä eri teorioita ja viitekehyksiä yhdistellään yksilön tarpeiden mukaisesti ja joustavasti. Hoito on moniammatillista, siinä on tavoitteet ja se on yksilöön kohdennettua. Lapsen ja perheen osallistumista hoitoon sekä lapsen lähiverkoston, kuten koulun aktivoimista mukaan pidetään tärkeänä. Nykyisten suhteellisen lyhyiden hoitajaksojen aikana pidetään tärkeänä hoitosuhteen ja vuorovaikutussuhteiden merkitystä. Edelleen samat periaatteet, kuten emotionaalsiin tarpeisiin vastaaminen, aktiivinen ja vastavuoroinen läsnäolo, lapsen kohtaaminen ja kuuleminen ovat tärkeitä. Samoin korostuvat huoltajien kohtaaminen, dialogi, avoimuus ja ymmärrys lapseen liittyvissä asioissa. Aikuiset vastaavat yhteisöllisyydestä. Heillä olisi hyvä olla yhteinen ajatus hoidosta ja sen sisällöstä, hoitosuunnitelmat sekä turvallisuutta luovat rajat ja yhteiset sopimukset. (Koskinen & Sourander 2016.)

2.2 Lasten mielenterveyshäiriöiden epidemiologia

Laajassa eri maissa toteutetuissa epidemiologisissa tutkimuksissa on todettu, että vakavasti toimintakykyä huonontava psykiatrinen häiriö on noin 10–15 prosentilla lapsista ja nuorista. Tämän perusteella Suomessa olisi alle 18-vuotiaiden ikäryhmässä lähes 150 000 lapsella ja nuorella toimintakykyä alentava psykiatrinen

tai neuropsykiatrinen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimmät lapsuusiän psykiatrisista häiriöistä ja niitä on tutkimusten perusteella keskimäärin noin 7–10 prosentilla lapsista. Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöitä viidellä prosentilla, käytöshäiriöitä 4–6 prosentilla ja masennustila 1–3 prosentilla lapsista. Myöhäislapsuudessa esiintyy noin yhdellä prosentilla lapsista autismispektrin kirjoon kuuluvia häiriöitä, pakko-oireita ja Touretten oireyhtymää. On yleistä, että lapsilla ja nuorilla esiintyy samanaikaisesti useampi kuin yksi psykiatrinen häiriö tai kehityshäiriö. Yhdysvalloissa ja Kanadassa tehdyissä epidemiologisissa tutkimuksissa todettiin, että noin 50–70 prosentilla lapsista ja nuorista, joilla oli psyykkinen häiriö, oli myös toinen psyykkinen häiriö. Monihäiriöisyys vaikuttaa lapsen ja nuoren hoidon ennusteeseen ja hoidon valintaan. (Kumpulainen & Aalberg, 2016.) Suomen terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen selvityksessä lasten mielenterveyshäiriöiden hoitopalveluista suurimmalla osalla potilasryhmistä päädiagnoosina oli aktiivisuuden tai tarkkaavaisuuden häiriö ja käytöshäiriö, ahdistuneisuus- ja tunnehäiriö tai masennus ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriö. (Huikko ym. 2017, 4.) Tarkkaavaisuuden ja hyperaktiivisuuden oireita on todettu olevan yli 10 prosentilla lapsista, mutta diagnoosiin päätyy vain noin 2–5 prosenttia oireilevista (Hietaharju & Nuutila 2016, 156).

Yleensä lapsi tai varhaisnuori ei itse hakeudu mielenterveyspalveluiden piiriin vaan ohjautuu niihin aikuisten, kuten vanhempien tai oppilaitoksen henkilökunnan aloitteesta. Olisi tärkeää antaa mahdollisimman paljon tietoa mielenterveyspalveluista vanhemmille sekä lasten ja nuorten kanssa työskenteleville ammatti-ihmisille. Vieläkin yhteiskunnassamme mielikuvat lasten ja nuorten psyykkisten häiriöiden syistä ovat yksinkertaistavia ja syy-seurausajattelun leimaamia. Mielenterveystyöntekijöiden tulee huolehtia palveluiden läpinäkyvyydestä eli antaa avoimesti tietoa palveluista ja eri hoitojen päämääristä. Vanhempia ja lasta syyllistävä ja vähättelevä asenne on vakava este kehitettäessä palveluita ja se voi estää saamasta hoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret palveluiden piiriin. (Sourander & Marttunen 2016.)

2.3 Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät

Kaikilla ihmisillä on mielenterveyttä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä. Nämä suojaavat ja haavoittavat tekijät vaikuttavat mielenterveyden asteeseen ja siihen, miten ihminen reagoi psyykkisesti elämässä tuleviin muutoksiin ja kriisitilanteisiin. (Hietaharju, & Nuutila 2016, 11.)

Lapsen luonnollinen kyky terveeseen kasvuun on suuri, ja hän on kehitykseltään joustava. Toisaalta kehitys on lapsuusiässä haavoittuvimmillaan, joten siksi on tärkeää suojata lapsia ja nuoria mielenterveydenkehityksen riskeiltä. Tutkimustulokset osoittavat edelleen, miten eritasoiset riski- ja suojatekijät vaikuttavat suoraan ja välillisesti lapseen ja hänen kehitykseensä. Terveystuollon tehtävänä on tukea lapsen kehitystä, vahvistaa ja lisätä suojaavia tekijöitä lapsen elämässä, erityisesti silloin, kun lapsen elämässä on kehityksen riskitekijöitä. (Karlsson, Santalahti & Tamminen 2016.)

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin. Nämä suojaavat tekijät lisäävät ihmisen selviytymiskykyä. Mitä enemmän on mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, sitä enemmän mielenterveysongelmien riskit vähenevät. Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä on listattu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1).

Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä (Hietaharju & Nuutila 2016, 11)

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä terveys • Hyvä itsetunto • Myönteiset varhaiset ihmissuhteet • Hyväksytyksi tuleminen tunne • Ongelmanratkaisutaidot • Oppimiskyky • Ristiriitojen käsittelytaidot • Vuorovaikutustaidot • Tyydyttävät ihmissuhdetaidot • Mahdollisuus toteuttaa itseään 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruoka ja suoja • Sosiaalinen tuki: perhe ja ystävät • Myönteinen malli • Suvaitsevaisuus • Koulutusmahdollisuus • Työ tai muu toimeentulo • Työyhteisön ja esimiehen tuki • Kuulluksi tuleminen ja vaikuttamisen mahdollisuus • Turvallinen elinympäristö

• Huumori	• Toimiva yhteiskuntarakente
-----------	------------------------------

Mielenterveyttä haavoittavat tekijät heikentävät yksilön hyvinvointia ja terveyttä sekä lisäävät mahdollisuutta sairastua. Yksittäisellä haavoittavalla tekijällä ei ole niin suurta vaikutusta kuin yhdistyneenä muihin tekijöihin, jolloin sen vaikutus voi moninkertaistua. Mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä on listattu alla taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä (Hietaharju & Nuutila 2016, 12)

Sisäiset haavoittavat tekijät	Ulkoiset haavoittavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Sairaudet • Itsetunnon haavoittuvuus • Avuttomuuden tunne • Huonot ihmissuhteet • Seksuaaliset ongelmat • Huono sosiaalinen asema • Eristäytyneisyys • Vieraantuneisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Puute ja kodittomuus • Erot ja menetykset ihmissuhteissa • Hyväksikäyttö ja väkivalta • Työttömyys ja sen uhka • Päihteiden käyttö • Syrjäytyminen ja köyhyys • Mielenterveysongelmat perheessä • Haitallinen, esim. väkivaltainen tai muuten epäsosiaalinen, elinympäristö

2.4 Lasten mielenterveyshäiriöihin liittyvät lait ja standardit

2.4.1 Lait

Terveydenhuollossa lait turvaavat potilaiden asemaa sekä oikeuksia. Niissä määritellään ne oikeudelliset periaatteet, joiden mukaan potilaita ja asiakkaista on kohdeltava. Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää ja asianmukaista terveydenhuollon palvelua. Potilaalle on aina kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehtoista. Potilasta on aina kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään. (Sosiaali- ja terveysministeriö www-sivut 2018.) Lait jotka koskevat kaikkia sosiaali- ja

terveyspalveluita ovat terveydenhuoltolaki, mielenterveyslaki, sosiaalihoitolaki ja lastensuojelulaki (Sosiaali- ja terveysministeriö www-sivut 2018).

Mielenterveyslaissa määritellään mielenterveystyön olevan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden ja toimintakyvyn kasvun edistämistä. Mielenterveystyö lisäksi ehkäisee mielenterveyshäiriöiden syntyä ja lievittää tai parantaa jo syntyneitä mielenterveysongelmia. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 §.) Alaikäisten lasten psykiatrinen hoito tulee järjestää yksiköissä, joissa on siihen valmiudet ja edellytykset. Lasten hoito tulee järjestää erillään aikuisista. (Mielenterveyslaki, 8 §.) Mielenterveyslain mukaan alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän on vakavasta mielenterveydenhäiriöstä johtuen hoidon tarpeessa sekä mikäli hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen sairauttaan, vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki 954/1992, 8 §.) Kuitenkin ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä henkilön oma mielipide. Henkilön ollessa alaikäinen on hänen vanhemmilleen, huoltajilleen sekä henkilöille, joiden hoidossa ja kasvatuksessa alaikäinen on ollut ennen tarkkailuun ottamista, annettava mahdollisuus tulla kuulluksi kirjallisesti tai suullisesti. (Mielenterveyslaki 438/2014, 11 §.)

Lastensuojelulaissa määritellään lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten vastuusta tukea vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävissään ja tarjota perheelle apua riittävän varhain. (Lastensuojelulaki 417/2007, 2 §.) Lasten terveyspalveluissa tärkeänä taustana on myös YK:n Lapsen oikeuksien sopimus, jossa sanotaan lapsella olevan oikeus elää mahdollisimman terveenä ja saada tarvittaessa hoitoa (Kaukonen & Repokari 2016).

2.4.2 Standardit

Suomen NABAB-NOBAB I Finland r.y on osa pohjoismaiden Nordisk förening för sjuka barns behov -yhdistystä ja se edustaa Suomea European Association for Children in Hospital, EACH:ssa. Tämän yhdistyksen toiminnan lähtökohtana ovat lasten sairaanhoidon standardit eli normit. Nämä standardit perustuvat YK:n Lasten

oikeuksien sopimukseen ja ne on laadittu yhteistyössä eri ammattilaisten sekä vanhempien kanssa. Nämä lasten sairaanhoidon standardit ovat saaneet alkunsa eurooppalaisessa konferenssissa vuonna 1988. Standardien tarkoituksena on turvata lasten sairaanhoidon laatu. Standardeja on kymmenen: sairaalahoitoon ottaminen, lapsen oikeus vanhempaan, vanhempien läsnäolon turvaaminen, tiedottaminen, yhteispäätös, hoitoympäristö, normaalinkehityksen tukeminen, lastensairaanhoitoon sopiva henkilökunta, jatkuvuus sekä loukkaamattomuus. (Suomen NOBAB Finland ry:n www-sivut 2019.)

Sairaanhoitoon ottamisella tarkoitetaan sitä, että lapsi otetaan sairaalan osastohoitoon vain silloin, kun lapsen hoitoa ei voida toteuttaa kotona tai polikliinisesti. Lapsen oikeudella vanhempaan tarkoitetaan, että lapselle luodaan oikeus pitää vanhempi/vanhemmat luonaan sairaalassa. Vanhempien läsnäolon turvaaminen on sitä, että lapsen vanhemmille tarjotaan yöpymismahdollisuus ja vanhempia tuetaan sekä kannustetaan olemaan lapsensa kanssa. Tiedottaminen käsittää sen, että lapsella on oikeus saada tietoa ikäänsä vastaavalla tavalla. Yhteispäätös edellyttää sen, että vanhemmilla ja lapsella on oikeus osallistua kaikkiin lapsen hoitoon vaikuttaviin päätöksiin. Hoitoympäristön tulee olla lapsen kehityksen mukainen ja lasta ei saa sijoittaa aikuisten osastolle. Sairaalassa lapsen tulisi saada leikkiä ikänsä ja vointinsa mukaan häntä kehittävässä ympäristössä sekä käydä koulua sairaalakoulussa. Sairaalatilojen tulisi olla lapsen kehitykselle ja tarpeille sopivat. Sairaalassa tulee olla riittävästi henkilökuntaa. Henkilökunnan tulee olla pätevää ja koulutettua, jotta he kykenevät vastaamana lapsen ja perheen tarpeisiin. Työryhmän, joka hoitaa lasta tulee taata lapsen hoidon jatkuvuutta ja seurantasuunnitelma tulee olla valmis, kun lapsi kirjataan ulos hoidon piiristä. Lasta tulee kohdella hienotunteisesti sekä ymmärtäväisesti ja hänen yksityisyyttään tulee kunnioittaa. (Suomen NOBAB Finland ry:n www-sivut 2019.)

2.5 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyden edistäminen vähentää mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta ja yleisyyttä, lievittää inhimillistä kärsimystä sekä lisää hyvinvointia. Mielenterveyttä edistävillä toimilla voidaan vaikuttaa parempaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen

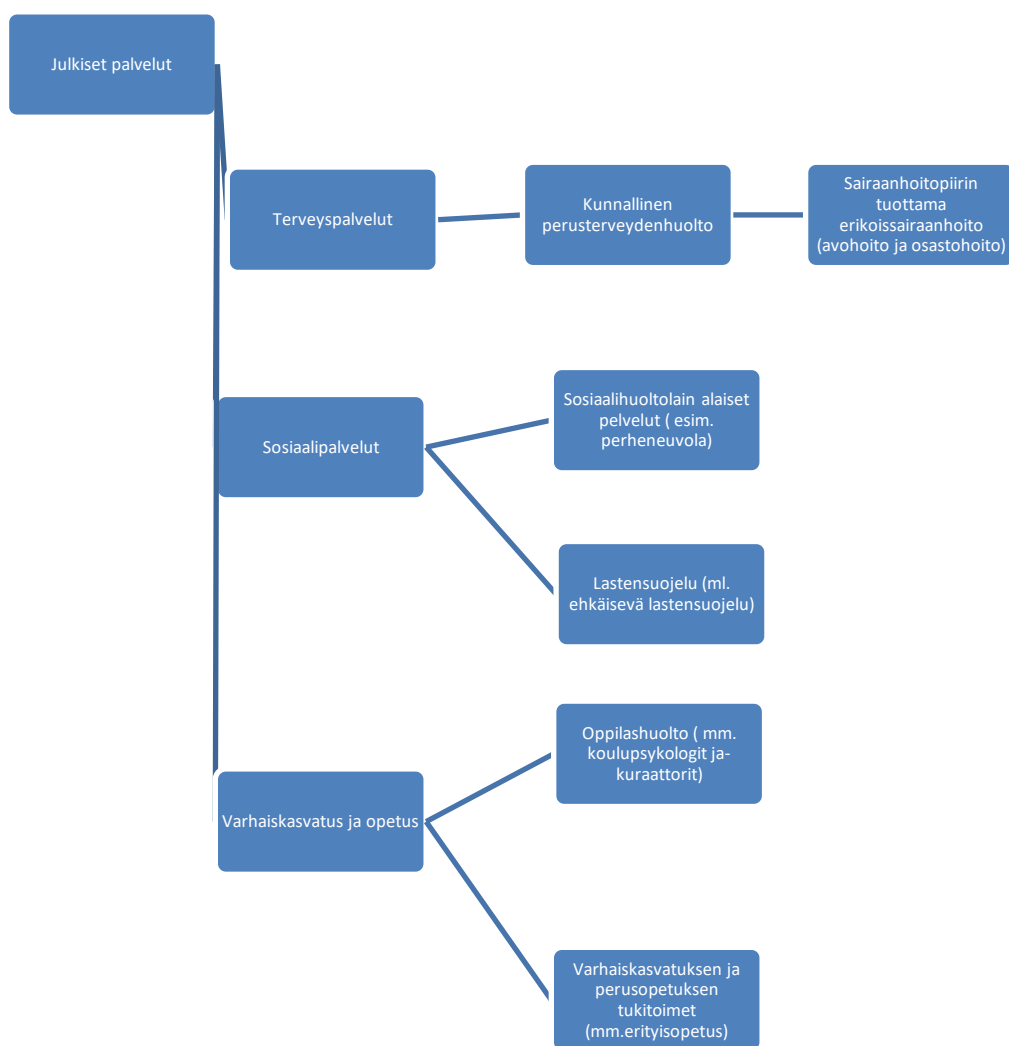
toimintakykyyn sekä syvempään integraatioon. Mielen terveyttä edistävien toimien on todettu ehkäisevän myös psyykkisiä sairauksia. Mielen terveyden ja psyykkisten sairauksien ehkäisemisen välillä ei tulisi olla tiukkaa rajaa. Näin ollen mielen terveyden edistämisen tulee olla osa mielen terveyspalveluita. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 3.)

Lasten mielen terveyspalveluita valittaessa pohditaan hoidon tarve ja arvioidaan, onko hoito toteutettavissa perusterveydenhuollossa vai toteutetaanko hoito erikoissairaanhoidossa. Tämän arvioimisen apuna käytetään apuna Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Kuitenkin hoidon toteuttamiseen vaikuttavat yhä myös paikalliset hoitomahdollisuudet. Tutkimusten perusteella laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä lapsen, perheen ja tarvittavien verkostojen kanssa. Suunnitellessa lapsen hoitoa tehdään se aina tapauskohtaisesti ja tavoitteena on tarpeen mukainen ja riittävän kokonaisvaltainen hoidon toteutuminen. (Duodecim www-sivut 2018.)

Suomessa mielen terveyttä edistetään ja tuetaan kaikissa lasten julkisissa palveluissa, kuten varhaiskasvatuksessa ja koulussa. Neuvolatarkastukset alkavat jo raskausaikana ja jo silloin pyritään tukemaan vanhemmuutta. Lasten neuvolatarkastuksissa vanhemmuuden tukemisen lisäksi keskeinen tehtävä on tunnistaa perheeseen liittyvät riskitekijät ja lapsen mahdollisen erityistuen tarve. Lapsi ei kykene itse hakeutumaan hoitoon, joten lapsen häiriöiden tunnistamisessa vanhemmat sekä varhaiskasvatuksen ja koulun henkilökunta ovat tärkeässä roolissa. Näitä henkilökunnan jäseniä voivat olla esimerkiksi opettajat, terveydenhoitajat, koulupsykologit tai koulukuraattorit. (Huikko ym. 2017, 16.)

Perustason mielen terveyspalveluita tarjotaan monissa eri paikoissa (kuva 1). Perusmielen terveyshuollon osina toimivat kouluterveydenhuolto, sosiaalitoimi, perheneuvolat sekä kolmannen sektorin järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Terveyskeskuksissa järjestetään perustason hoito- ja kuntoutuspalveluita kuten esimerkiksi neuvolapsykologin tukea. Sairaanhoitopiireittäin järjestettyyn erikoissairaanhoitoon kuuluu alle 13-vuotiaiden lasten vakavien mielen terveyshäiriöiden tutkiminen ja hoito. Näitä palveluita voidaan täydentää

yksityisten palveluntuottajien, esimerkiksi psykoterapeuttien tuottamia ostopalveluilla ja Kelan kustantamalla kuntoutuksella. (Huikko ym. 2017, 16.)



Kuva 1. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä (Huikko ym. 2017, 17)

2.6 Perhelähtöisyys

Lastenpsykiatriseen hoitotyöhön liittyen löytyy verrattain paljon tietoa perhelähtöisyydestä ja perhekeskeisyydestä. Lastenpsykiatrinen hoito perustuu perhelähtöisyyteen ja sitä käsitettä käytetään tässä opinnäytetyössä. Tässä

kirjallisuuskatsauksessa kuvataan perheen ja perhelähtöisen hoitotyön merkitystä lapsen hoitoprosessin aikana.

Nykypäivänä perhe voidaan määrittellä monella eri tavalla. Jokainen voi itse määrittää, ketä perheeseen kuuluu. Perheestä puhuttaessa voidaan viitata henkilöihin, joiden kanssa asutaan samassa taloudessa. Perhe voi myös olla sukupolvien välinen suhde-järjestelmä tai kahden ihmisen välinen parisuhde. Perheenä voidaan pitää myös suvun muodostamaa verkostoa. (Aaltonen, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2006, 170–171.) Tilastokeskuksen määritelmän mukaan perheen muodostaa yhdessä asuva avio- tai avioliitossa oleva tai parisuhteensa rekisteröinyt pari sekä heidän lapsensa, toisen vanhemman lapset sekä sellaiset henkilöt joilla ei ole lapsia, mutta elävät avo- tai avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Lapsiperheeksi luetaan tilastoissa perhe, jossa on kotona asuva alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskuksen www-sivut 2019.)

Perhekeskeinen työskentelytapa on nostettu WHO:n yhdeksi tärkeimmistä periaatteista. Perhekeskeisen työskentelytavan tulee ohjata hoitajien ja lääkäreiden työtä terveyden edistämässä. Perhelähtöisyys on perheen ja työntekijän välistä yhteistyötä. Perhetyön ollessa asiakaslähtöistä on kysymys tasavertaisesta kumppanuudesta perheen ja työntekijän välillä. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 170–171.) Taito säädellä ja rajata perheen sisäisten asioiden käsittelyä sekä käsittelyn vaikutuksia lapseen on yksi hoitajan ammatillisuuteen kuuluva taito. Hoitotiimin jäsenenä hoitajan ensisijainen tehtävä on vastata lapsen hyvinvoinnista. Perhekeskeisyyden näkökulmasta kuitenkin odotetaan hoitajalta tukea koko perheen terveyden edistämiseen. Perheille tärkeäksi muodostuu hoitajan taito tunnistaa perheen yksilölliset tarpeet. (Hopia 2006, 66.)

Perhe on tärkeä yhteistyökumppani lapsen ollessa sairaana. Lapselle on äärimmäisen tärkeää, että mukana on hänelle tuttuja ihmisiä. Perhe pystyy antamaan lapselle myös hänen tarvitsemansa tuen vaikeassa tilanteessa. Hoitotyötä edistävä keino on aidosti huomioida ja kuunnella perhettä. Tärkeintä hoitotyön ammattilaisena on lieventää perheen kokemaa pelkoa, jota sairastuminen herättää. Perheen täytyy myös pystyä luottamaan hoitotyöntekijöihin. (Friis ym. 2004, 167–169.) Sairastuminen muuttaa perheen tilannetta, koska rajoitukset, päivittäiset elämän muutokset, uudet järjestelyt

ja riippuvuus mahdollisista toistuvista hoidoista vaikuttavat koko perheen elämään. Tällainen äkillinen lapsen sairastuminen voi aiheuttaa shokin vanhemmissa ja koko perheessä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 43–44.) Oman lapsen sairastuminen vaikuttaa vanhemmuuden kokemiseen ja tunteisiin. Näitä tunteita voivat olla suru, pelko lapsen menettämisestä, masennus, epävarmuus ja väsymys. Vanhemmat voivat kokoa itsensä riittämättömiksi lapsen sairastuessa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 44.)

Tärkein tehtävä vanhemmuudessa on lapsen elämänehtojen turvaaminen. Vanhemman tulee huolehtia lapsen tarpeista, kasvattaa häntä, rakastaa häntä sekä opettaa yhteiskunnan sääntöjä ja kulttuuria. Tärkeää on, että vanhempi on lapselle turvallinen aikuinen. (Mielenterveystalon www-sivut 2018.) Läheisen sairastuttua esiin nousee monia kysymyksiä, kuten miksi tämä tapahtuu ja miten tämä vaikuttaa meidän elämään. Sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja lähipiiriin. Omaiselle voi ilmaantua syyllisyyden tunteita ja pohdintoja olisiko hän voinut toimia jossakin tilanteessa toisin, kuten huomata aikaisemmin sairastuneen oireita. Omaisen voi kokea painetta olla järkkymätön tuki ja turva sairastuneelle ja siten omien tunteiden näyttäminen voi aiheuttaa syyllisyyden tunteita. (Hentinen & Mattila 2009, 147.)

Sairastuneen lapsen ja perheen välinen vuorovaikutus on monimutkaista. Se edellyttää hoitohenkilökunnalta sairaalassa erityistä paneutumista perheeseen. Lapsen sairastuminen voi vaikuttaa myös lapsen muihin sisaruksiin ja heidän tunteisiinsa sairastunutta sisarusta kohtaan. Muut sisarukset voivat jäädä taustalle kun vanhempien kaikki voimavarat kohdistuvat sairastuneeseen lapseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 46.)

2.7 Omahoitajuus lastenpsykiatrisessa hoitotyössä

Hoitosuhdetyö tarkoittaa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Hyvä vuorovaikutussuhde, kahdenkeskinen luottamussuhde on psykiatrisen hoitotyön ydin. Sen tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle tilaisuuksia kertoa hänen mieltään painavista asioista, teoista ja tunteista. Hoitosuhteessa ovat ehdottoman tärkeitä hoitotyön eettiset arvot ja periaatteet, esimerkiksi ihmisen kunnioittaminen,

yksilöllisyys, luottamuksellisuus ja luotettavuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuuden tunne sekä terveys- ja perhekeskeisyys. (Hietaharju & Nuutila 2010, 121.)

Omahoitaja on potilaalle nimetty hoitotyöntekijä, joka työskentelee pääasiassa potilaan luotettuna tukijana ja avustajana koko hoitoprosessin ajan. Omahoitaja on yksi työryhmän jäsenistä, joka toteuttaa kokonaishoitoa, josta vastaa lääkäri. Omahoitajan tehtäviin kuuluu kuunnella potilasta aktiivisesti, ei väittävä vastaan eikä väitellä hänen kanssaan. Pyrkimyksenä on luoda sellainen luottamussuhde, jossa omahoitaja ymmärtää potilasta ja rohkaisee häntä tuomaan esille häntä painavat asiat. (Hietaharju & Nuutila 2010, 86–88.) Keskeisempiä hoitomuotoja lastenpsykiatrisessa osastohoidossa on omahoitajuussuhde lapsen kanssa. Se tarkoittaa hoitajan ja lapsen välistä vuorovaikutussuhdetta, joka on tietoinen, ammatillinen sekä julkinen. Omahoitaja valitaan usein lapsen tullessa osastolle hoitajaksolle. Tavoitteena on, että omahoitajasta tulee lapselle osaston tärkein aikuinen, mutta se ei aina toteudu suunnitellusti. Joskus lapsi saattaa kohdistaa omahoitajaansa kohtaan pelkästään kielteisiä tunteita tai yli-ihannoida tätä. Näissä tilanteissa olisi tärkeää, että hoitaja pysyy ammatillisena käyttäytymisessään. (Sinkkonen & Pihlaja 2000, 88–89.)

Perhekeskeisyyden näkökulmasta psyykkisiä häiriöitä arvioitaessa omahoitaja kartoittaa ja pyrkii ymmärtämään lapsen psyykkistä tilaa sekä kokonaistilannetta haastatteleamalla mahdollisimman paljon lasta sekä vanhempia. Vapaisissa tilanteissa, joissa lapsi toimii perheensä kanssa, omahoitajan tulee erityisesti arvioida perheen ja lapsen välistä vuorovaikutusta. Tietoa lapsesta voidaan myös kartoittaa haastatteleamalla lapsen muuta lähipiiriä, kuten koulua tai hoitopaikkaa. (Duodecim [www](http://www.duodecim.fi)-sivut 2018.)

3 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kokemuksia lastenpsykiatrisen osaston perhelähtöisyydestä vanhempien ja hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön

tavoitteena on kehittää tulosten avulla mielenterveys- ja päihdetyön opetusta, lasten ja nuorten mielenterveystyön opetusta sekä perhetyön opetusta. Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat ovat seuraavanlaiset:

1. Miten perhelähtöisyys toteutuu lastenpsykiatrisilla osastoilla hoitajien näkökulmasta?
2. Miten perhelähtöisyys toteutuu lastenpsykiatrisilla osastoilla vanhempien näkökulmasta?

4 KIRJALLISUUSKATSAUS MENETELMÄNÄ

4.1 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla muodostetaan kokonaiskuvaa tietyistä aihealueesta tai kokonaisuudesta. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsaus voi toimia tutkimusmenetelmänä tai sitä voidaan käyttää apuna laadittaessa synteesiä aiemmasta tutkimustiedosta. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 4.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus. Sillä pystytään kuvaamaan laajoja kokonaisuuksia ilman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimia tiukkoja rajoja. Yleiskatsaus mahdollistaa tekijänsä näköisen lopputuloksen ja siten pystytään käyttämään laajoja kokonaisuuksia tulosten saavuttamiseksi. (Salminen 2011, 6–7.) Kirjallisuuskatsaus toteutetaan yleisimmin samankaltaisessa järjestyksessä. Vaiheet ovat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimuksen arvioiminen, aineiston analyysi ja tulkinta sekä tulosten raportointi. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 23.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu samanlaisessa järjestyksessä. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa syksyllä 2017, jolloin tutustuttiin aiheeseen ja määriteltiin alustavat tutkimuskysymykset. Varsinainen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen alkoi vuonna 2018, jolloin tutkimussuunnitelma

hyväksyttiin opettajan toimesta. Tämän jälkeen haettiin ja allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa (LIITE 3). Opinnäytetyön laatiminen aloitettiin kirjallisuushauilla ja aineiston keräämisellä (LIITE1). Tässä tutkimuksessa käytettiin laajaa hakua, koska aineistoa ei juurikaan ollut saatavilla tai tutkimukset olivat yli kymmenen vuotta vanhoja. Hakusanoja käytettiin yhdessä ja erikseen, jotta saatiin mahdollisimman paljon tutkimuksia. Hakuprosessia ohjasivat tutkimuskysymykset sekä sisäänotto kriteerit (LIITE 1.). Kirjallisuushakujen tulokset ja aineistot käytiin läpi, jotta saatiin eroteltua kirjallisuuskatsausta parhaiten koskevat aineistot. Parhaiksi todettujen aineistojen pohjalta on koottu kirjallisuuskatsauksen teoriaosuus ja tulokset.

4.2 Aineiston kerääminen

Aineiston keräämiseen käytettiin sosiaali- ja terveysalan tietokantoja, kuten Theseus, Cinahl, Pubmed, sekä manuaalisena hakuna Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston Finna-sivuja. Aineistoja haettiin myös yliopistojen omista tietokannoista Helda ja Tampub. Työn tietoperustaa esittelevän osan materiaalia on haettu Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Porin kaupunginkirjaston kirjoista. Hakuprosessien jälkeen karsittiin pois dublikaatit ja valittiin tutkimukset, jotka olivat pro graduja, väitöskirjoja, ylemmän amk:n opinnäytetöitä tai diplomitöitä. Valittujen tutkimusten näkökulma tuli olla hoitajan tai vanhemman kokemuksia perhelähtöisyyden toteutumisesta lastenpsykiatrialla. Hakuhistoria on esitelty liitteessä 1. Tiedonhaku toteutettiin pääasiassa sähköisesti, koska uudempaa materiaalia löytyy helpommin sähköisesti kuin muilla tavoilla (LIITE 1, LIITE 2).

4.3 Aineiston analyysi

Tällä kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella on muodostettu kokonaiskuva valitusta aihealueesta. Aineiston analyysivaihe alkoi tutkimusmateriaalien perusteellisella lukemisella ja tarkastelulla. Kerättyä aineistoa koottiin yhteen kuvailemaan viimeaikaisia ja aikaisemmin tutkittuja tutkimustuloksia. Koska aiheesta on vain vähän tutkittua tietoa, oli ajankohtaisten tutkimusten löytämisessä haasteita. Aluksi

oli tarkoitus koota tutkittua tietoa myös lasten kokemuksista perhelähtöisyyden toteutumisesta, mutta aineistoa löytyi hyvin niukasti ja se jouduttiin rajaamaan aiheen ulkopuolelle.

Aineistojen analyysi aloitettiin kuvaamalla valittujen tutkimusten tärkeät sisällöt; julkaisuvuosi, kirjoittajat, maa, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, aineistonkeruumenetelmät, kohderyhmä, otos ja tutkimuksen keskeiset tulokset (LIITE 2). Toisessa vaiheessa aineisto luettiin ja etsittiin vastauksia jo laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Aineistoihin tehtiin merkintöjä, jotta saatiin muodostettua luokkia, kategorioita ja teemoja. Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sisällönanalyysillä aineisto tiivistetään ja tutkittava aihe kuvataan yleistävästi. Sisällönanalyysin tavoitteena on aiheen laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 165–166.) Sisällönanalyysi järjestää ja kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla pyritään rakentamaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Tuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvailevia käsitteitä ja kategorioita. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkimuksen aineisto analysoidaan aineistolähtöisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–11.) Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan epäoleellinen osa pois. Tutkimuskysymykset ohjaavat redusointia, jotta jäljelle jäävä aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Aineiston klusteroinnissa aineistosta pelkistetyt alkuperäisilmaukset käydään läpi ja aineisto ryhmitellään samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien perusteella. Samaa asiaa käsittelevät ilmaisut ryhmitellään ja ne nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Luotuja ryhmiä yhdistelemällä saadaan aineistoa vielä tiivistettyä ja löydetään niitä mahdollisesti yhdistävä käsite. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa siirrytään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 110–115.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli nostaa esiin lastenpsykiatrian osastojen perhelähtöisyyden toteutumista edistäviä tekijöitä. Edistäviä tekijöitä tarkasteltiin tarpeiden ja haasteiden näkökulmista. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset luettiin läpi useaan kertaan ja niistä poimittiin ilmaisia, jotka kuvasivat vanhempien tai hoitajan ajatuksia perhelähtöisyydestä. Ryhmittelyä helpottamaan luotiin taulukko (taulukko 3), jossa alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ensin, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin samanlaisen asiasisällön mukaan.

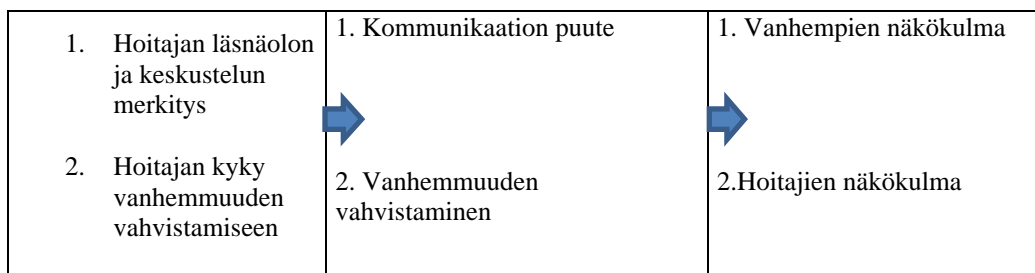
Taulukko 3. Esimerkki ryhmittelystä

Ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Ryhmittely
<p>1. ”ei kukaan iltahoitajistakaan puhunut mitään, sinne ne menivät koppiinsa, yksi ainut hoitaja kävi aina toivottamassa hyvää yötä ja kertoi milloin jää vapaalle, oli se niin yksinäistä silloin...</p> <p>2. ”osalla vanhemmista jotenkin unohtuu se, että ovat lapsen äiti ja isä ja heitä täytyy rohkaista ottamaan vanhemman rooli, ihan kuin olisivat unohtaneet miten lapsen pyllyä pestään”</p>	<p>1. Vanhemmat kokivat sairaalassa olon yksinäiseksi ja toivoivat hoitajalta keskustelua ja läsnäoloa</p> <p>2. Hoitajan kokemus vanhempien tarpeesta vanhemmuuden vahvistamiseen</p>	<p>1. Hoitajan läsnäolon ja keskustelun merkitys</p> <p>2. Hoitajan kyky vanhemmuuden vahvistamiseen</p>

Aineiston kategorisointia jatkettiin seuraavaksi niin, että jo muodostuneet ryhmät jaettiin edelleen omien luokkien alle ja siten lopuksi kahden eri pääluokan alle. Lopuksi pääluokkia olivat vanhempien näkökulma ja hoitajien näkökulma (taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkki luokittelusta

Ryhmittely	Alaluokka	Pääluokka



5 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perhelähtöisyyden toteutumista lastenpsykiatrisilla osastoilla vanhempien ja hoitajien kokemana. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja tutkimustulokset raportoitiin tutkimuskysymyksittäin.

Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin kuusi tutkimustyötä, joista etsittiin vanhempien ja hoitajien kokemuksia perhekeskeisyyden toteutumisesta lastenpsykiatrisessa hoidossa. Tutkimukset oli pääasiassa toteutettu kyselylomakkeilla ja erilaisilla ryhmä- tai teemahaastatteluilla, joiden pyrkimyksenä oli tuottaa mahdollisimman laaja kuva haastateltavien omasta näkökulmasta. Tutkimuksissa nousi haasteita ja tarpeita liittyen perhekeskeisyyden toteutumiseen lastenpsykiatrisessa hoitotyössä.

Seuraavaksi esitellään tutkimustulokset ryhmiteltynä neljään osioon. Vanhempien kokemukset on jaettu kahteen pääluokkaan, jotka ovat positiiviset ja negatiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa. Myös hoitajien kokemukset on jaettu positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin.

5.1 Vanhempien positiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatriassa hoidossa

Tutkittaessa vanhempien positiivisia kokemuksia perhelähtöisyydestä nousi esille viisi aluetta. Esiin nousivat sopeutuminen, voimaantuminen, luottamus, turvallisuuden tunne ja tiedonsaanti.

Yksi vanhempien positiivisista kokemuksista oli **sopeutuminen**. Perhelähtöisyys toteutuu lastenpsykiatriassa jos vanhempia autetaan sopeutumaan lapsensa hoitoon. Tutkimuksissa vanhempia auttoi sopeutumaan lapsen tilanteeseen, kun osastolla oli mukavia tapahtumia. Vanhemmilla oli kokemus, että osastolla pyrittiin järjestämään lapsille puuhaa ja tekemistä sekä tapahtumia, joihin myös perheet olivat joskus päässeet mukaan. Myös vertaistuki muilta perheiltä auttoi vanhempia sopeutumaan. Toisten vanhempien tuki ja hyväksyntä oli tärkeää. Kuitenkaan osa perheistä ei kokenut tarvetta olla keskenään tekemisissä. Vanhemmat mainitsivat normaalin arjen ylläpitämisen tärkeäksi. Yksi vanhemmista oli maininnut lapsen mahdollisuuden käydä harrastuksissa hoidon aikana, mikä oli ollut koko perheelle sopeutumista edistävä tekijä. (Hahtela 2007, 37).

Tiedonsaanti osoittautui vanhemmille tärkeäksi. Vanhemmat odottavat mahdollisuutta saada osallistua lapsen hoidon suunnitteluun sekä toteutukseen. Tärkeiksi käsitteiksi nousee sairaanhoitajalähtöinen reaaliaikaisen tiedon välittäminen. (Lehto 2004, 68.) Sairaanhoitajan tulee osata antaa tietoa ja perusteluja ymmärrettävin termein. Perheet odottavat hoitajilta kykyä muovata tietoa vanhempien yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tiedon jakamisen tulee olla rehellistä ja sitä tulee antaa siinä määrin kun perhe pystyy sitä vastaanottamaan. (Hopia 2006, 66.) Vanhemmat kokevat tärkeimmäksi saada tietoa lapsen hyvinvoinnin muutoksista sekä lapsen hoidoista ja niiden vaikutuksista. Vanhemmille on tärkeää myös saada tietää, milloin ja miksi hoitosuunnitelmaa päivitetään sekä saada lapsen kotihoidon ohjeita. (Ala-Karvia 2017, 15.) Perhekeskeinen yhteistyösuhde hoitajan, lapsen ja vanhempien välillä mahdollistaa molemminpuolisen toiveiden ja odotusten välittämisen. Tässä korostuu hoitajan ammatillisuus, kuinka kannustavaa ja tukea antavaa tiedonvälitys on vanhempien kanssa keskustellessa. (Lehto 2004, 69.) Mitä paremmin hoitotiimi pystyy vastaamaan vanhempien tiedottamiseen liittyviin

tarpeisiin, sitä tyytyväisempiä vanhemmat ovat lapsen hoitoon ja sen suunnitteluun (Ala-Karvia 2017, 3).

Vanhempien kokemus **voimaantumisesta** oli yksi positiivisista kokemuksista. Peräti 40 prosenttia työssäkävivistä vanhemmista on tilastojen mukaan huolissaan omasta jaksamisestaan. Äidit ovat verrattain enemmän huolissaan kuin isät ja huolta koetaan riippumatta lapsen iästä. (Lammi-Taskula & Karvonen 2014, 42.) Vanhempien odottaessa lapsen osastohoidon alkamista he kokivat jo olevansa oman jaksamisensa äärirajoilla. Hoitajakson alkaminen koettiin perheissä helpotuksena. Jo ajatus lapsesta jaetusta vastuusta ammattilaisten kanssa ja mahdollisuudesta hengähtää koettiin helpottavana. (Hahtela 2007, 53.) Vanhemmat toivovat hoitajan ottavan vastuun aktiivisena keskustelun aloittajana. Vanhempien voimavaroihin vaikuttavat perheen erilaiset tilanteet. On mahdollista, että vanhemmat ajautuvat tilanteeseen, jossa hoitajan tarvitsee ottaa tilapäisesti kokonaisvastuu lapsen huolenpidosta. (Hopia 2006, 65.) Tämä vaatii hoitajalta erityistä herkkyyttä tunnistaa perheiden voimavarat ja ennakoida tilanteita. Perheiden sopeutumista tilanteeseen voi helpottaa olemalla läsnä, antamalla perheelle aikaa ja tilaa käsitellä erilaisia tunteita. Osa vanhemmista voi kokea tarvetta tunteista puhumiseen ja hoitajan aktiivisuutta esimerkiksi esittämään kysymyksiä. (Ala-Karvia 2017, 7; Hopia 2006, 66.)

Vanhempien **turvallisuuden** tunne koettiin positiiviseksi. Tutkimuksessa vanhemmat kokivat usein syyllisyyttä lapsen psyykkisestä oireilusta ja lapsen hoidon tarpeesta. Vanhempien syyllisyyden tunteet kuitenkin vähenivät heidän huomatessaan, että omahoitaja pitää lapsesta huolta, viettää lapsen kanssa aikaa ja välittää lapsesta tämän oireilusta huolimatta. Omahoitajan ollessa sama hänen muuttumattomuutensa sekä pysyvyytensä lisäävät sekä lapsen että vanhemman turvallisuudentunnetta. Lisäksi omahoitajuus vähentää vanhempien huolta ja on siten tärkeä osatekijä perhekeskeisessä hoitotyössä ja sen suunnittelussa. Vanhemmat kuvaavat omahoitajuuden tärkeimmäksi yhteistyön osaksi hoitosuhteessa. (Hahtela 2007, 27.)

Vanhemmat mainitsivat tutkimuksessa ensitapaamisen tärkeyden ja sen auttavan **luottamuksen** rakentumiseen. Onnistunut lähtötilanne loi hyvän pohjan luottamukselle vanhempien ja hoitotyön ammattilaisten välille, jolloin koko lapsen

hoitajakso oli myönteisempi. (Hahtela 2007, 30.) Vanhemmat mainitsivat myös kokemuksen lapsen ja hoitajan välisestä hyvästä vuorovaikutuksesta sekä lapsen aidosta kohtaamisesta. Hyvä vuorovaikutus vahvisti vanhempien luottamusta siihen, että hoitajat ajattelevat lapsen ja perheen etua. Vanhemmat mainitsivat myös lapsen kertoneen kotona hoitajan hyvästä vuorovaikutuksesta ja siten lapsen positiivinen kokemus vahvisti vanhempien luottamusta. (Lehto 2004, 58–73; Hahtela 2007, 30.) Myös vanhempien vaatimukset itseä kohtaan hellittivät kun he pystyivät luottamaan siihen, että lapsi on hyvässä hoidossa (Hakkarainen 2011, 35). Vanhempien luottamusta ammattitaitoon vahvisti hoitajien arvostava kommunikointi lapsen kanssa, johdonmukaisuus ja kyky tilanteiden hoitamiseen. Hoitajat olivat myös aina käytettävissä ja aktiivisia lasten kanssa. Vanhemmat olivat huomioineet, että hankalissakin tilanteissa hoitajat jaksoivat olla lapsille ystävällisiä. Vanhemmat kokivat myös oppivansa hoitajilta hyviä keinoja lapsensa kanssa keskusteluun. (Hahtela 2007, 34.)

5.2 Vanhempien negatiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa

Vanhempien negatiivisia kokemuksia perhelähtöisyydestä oli myös löydettävissä kuudelta alueelta. Negatiivisia kokemuksia olivat tyytymättömyys osaston toimintaan, tyytymättömyys hoitotyöhön, koettu epätietoisuus, katkeruus sekä rankkuus.

Tyytymättömyys osaston toimintaan jaoteltiin vanhempien tuen puuttumiseksi, osaston toimintatavoiksi ja perhekeskeisyyden puutteeksi. Vanhemmilla oli kokemus hoitajien antaman tuen puuttumisesta. Osalle vanhemmista oli vaikeaa aloittaa keskustelu omista ongelmistaan hoitajan kanssa ja he toivoivat siksi hoitajilta oma-aloitteisuutta. Sairaalassa olo koettiin myös yksinäiseksi ja hoitajilta odotettiin enemmän keskustelua sekä läsnäoloa vanhempien kanssa. (Hopia 2006, 66.) Osa vanhemmista koki osaston toimintatavat huonoiksi ja heidän oli vaikea sopeutua osaston tapoihin. Vanhemmat mainitsivat erityisesti kiinnipidon selvittelytilanteissa hurjana ja olisivat kaivanneet etukäteistietoa, miten vastaavissa tilanteissa tulee toimia. Näissä tilanteissa vanhemmat jäivät taka-alalle ja ajattelivat hoitajien

ratkaisevan tilanteen. (Hahtela 2007, 49.) Tyytymättömyys osaston toimintaan näkyi perhekeskeisyyden puuttuessa. Vanhemmat kokivat perheen muiden lasten jäävän huomiotta, vaikka sairastuneella lapsella olisi ollut ongelmia myös sisarusten kanssa. Yksi vanhemmista mainitsi sen isoimmaksi puutteeksi lapsensa hoitajaksolla. (Hahtela 2007, 50.) Vanhempien mielestä perhelähtöisyys ei toteutunut täysin keskustelutilanteissa. Lapsi otettiin mukaan tilanteeseen, mutta lapsi kuitenkin jäi ulkopuolelle keskustelusta. Vanhemmat kokivat tilanteen stressaavana kun lapsi oli jo kyllästynyt keskusteluun ja vanhempi ei pystynyt siksi keskittymään asiaan. (Hakkarainen 2011, 33.) Osa perheistä koki ettei ollut saanut apua eikä tilanteeseen oltu puututtu tarpeeksi ajoissa. Myös uudet hoitokontaktit koettiin hankalina, koska aina sai aloittaa kaiken alusta. Vanhemmat kokivat saman pettymyksen myös henkilökunnan vaihdosten vuoksi. (Hahtela 2007, 53.)

Vanhemmat kokivat osittain **tyytymättömyyttä hoitotyöhön**. Huono ensikohtaaminen perheen ja hoitajien välillä koettiin vaikeaksi. Lapsen hoitajakson alkaminen negatiivisessa sävyssä heijastui koko hoitajaksoon ja aiheutti tyytymättömyyden tunnetta vanhemmissa. Osa vanhemmista koki jäävänsä yksin perheen sisäisten ristiriitojen kanssa. Perhelähtöisyys ei toteutunut kun perheen sisäiset ongelmat jätettiin vanhemmille yksin ratkaistaviksi, eivätkä hoitajat antaneet neuvoja tai keinoja tilanteen korjaamiseen. Vanhemmat olisivat toivoneet hoitajilta napakampaa kannanottoa ja jämäkkyyttä puuttua myös perheen sisäisiin ongelmiin. Osa vanhemmista koki hoidon liian tasapäistäväksi. Pienikin poikkeama toiminnassa otettiin osastolla huonosti vastaan ja vanhemmat kokivat osaston näkemyksen nujertavaksi. Lapsille puhuttiin tietyllä tavalla ja kerrottiin millainen kuuluu olla. (Hahtela 2007, 46–47.) Vanhemmat kokivat myös hoidon rikkonaiseksi. Omahoitajien jatkuva vaihtuminen rasitti vanhempia ja he kokivat joutuvansa aloittamaan aina alusta. Osa vanhemmista koki myös, ettei heitä otettu mukaan hoidon suunnitteluun ja heille ei muodostunut kuvaa, oliko lapsen hoidossa päästy edistymään. (Hahtela 2007, 48.)

Koettu epätietoisuus oli yksi negatiivisista kokemuksista. Osa vanhemmista pohti lapsen hoitajakson aikana tulevaisuutta ja jatkohoitoa. Vanhempien epätietoisuus aiheutti epävarmuutta tulevasta. Osa vanhemmista koki liian myöhäiseksi kertoa jatkosuunnitelmia vasta osastohoidon lopulla. (Hakkarainen 2011, 36.) Vanhempien

tiedonpuute hoidon kulusta aiheutti myös monenlaisia epäilyksiä hoitoa kohtaan. Vanhemmat pohtivat mitä hoito on, miten lasta hoidetaan, mitä hoito sisältää sekä ketkä olivat osana lapsen hoitoa. Tiedon puute vaikutti vanhempien luottamukseen myös henkilökuntaa kohtaan. (Hahtela 2007, 45.)

Vanhemmat kokevat lapsensa sairastamisen eri tavoilla. Osa vanhemmista koki **katkeruutta** lapsen hoitojakson aikana. Tunne vihasta, turhautumisesta ja muista negatiivisista tunteista oli kokoajan läsnä. (Hopia 2006, 63.) Vanhemmat kokivat oman asiantuntijuutensa vanhempana uhattuna. Ammatillaiset keskustelivat liikaa asioista keskenään ja sivuuttivat vanhempien kysymykset ja kertomukset. Vanhemmilla oli myös epäselvä rooli lapsen sairaalajakson aikana ja he eivät tieneet mitä heiltä odotetaan. (Hakkarainen 2011, 32-33.) Perhe-elämään puuttuminen koettiin haastavana. Osalle vanhemmista oli vaikeaa hyväksyä tuntemattomien ihmisten puuttuminen omaan elämään ja perheen tapoihin. Vanhemmilla oli kokemus, että lapsille esitettiin älyttömiä vaatimuksia ja siten lapset olivat myllytyksessä. (Hahtela 2007, 43.)

Vanhemmat kokivat lapsen sairastumisen myös **rankkana**. Vanhempien voimavarat olivat koetuksella. He kokivat itsensä yksinäisiksi ja toivoivat vertaistukea. (Hakkarainen 2011,38.) Osa vanhemmista koki, ettei sukulaisiltakaan saanut toivottua apua väsymyksen keskellä. Lapsen hoitojakson ja muun perheen arjen sovittaminen oli hankalaa. Ikävien asioiden kuuleminen koettiin rankkana. Vanhemmat olisivat toivoneet, ettei asioista kerrottaisi, jos niille ei voi tehdä mitään. Vanhemmat tunsivat myös pelon tunnetta jättäessään lapsensa hoitojaksolle. (Hahtela 2007, 40–42.) Vanhemmilla oli ollut omassa hyvinvoinnissa muutoksia lapsen sairastuttua. He kokivat myös syyllisyyttä lapsen sairastumisesta sekä he olivat huolissaan sairastuneen lapsen sisaruksista. Hoidon ja perhe-elämän yhteen sovittaminen koettiin rankaksi. Jatkuva tietoisuus lapsen sairastumisesta vaati koko perheen voimavaroja. (Hopia 2006, 62–64.) Vanhemmat olivat saaneet erilaisia ohjeita ja neuvoja ja kokivat vaikeaksi päättää mitä niistä toteuttaisivat. He olivat myös jaksamattomia kokeilemaan annettuja ohjeita. Vanhemmilla oli haasteita omien tunteiden hallitsemisessa ja tunteet häittäsivät erityisesti keskusteluissa. Vanhemmat kokivat ristiriitaisia tunteita lapsen jättämisestä osastolle ja vanhemman poislähtö

osastolta oli vaikeaa sekä lapselle että vanhemmalle itselleen. (Hakkarainen 2011, 30–32.)

5.3 Hoitajien positiiviset kokemukset perhelähtöisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa

Myös hoitajien haastatteluista nousi esiin sekä positiivisia että negatiivisia näkemyksiä. Hoitajien positiivisina kokemuksina esiin nousivat luottamus, jaettu vastuu, tiedon jakaminen, kohtaaminen sekä perhe voimavarana.

Hoitajat kokivat **luottamuksen** rakentumisen perheen ja hoitajan välillä tärkeäksi. Hoitajilla oli kokemus siitä, että perheen kanssa luotu luottamuksellinen suhde auttaa perhettä käsittelemään hankalia asioita. Luottamuksellisen suhteen edellytyksenä pidettiin hoitajan taitoa ottaa perhe mukaan hoidon toteutukseen. (Kivimäki 2008, 48.). Vanhempien tulisi voida luottaa siihen, että heidän lastaan hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän luottamuksen rakentumisen tulisi lähteä hoitajilta. Hoitajat kokivat rehellisyyden auttavan luottamuksen rakentumisessa. Kyky keskustella myös ikävistä ja vaikeista asioista lisäsi luottamusta perheen ja hoitajien välillä. (Lehto 2004, 60.) Hoitajat kokivat omahoitajuuden olevan avainasemassa perhelähtöisen hoidon suunnittelussa. Omahoitaja koettiin luotettavaksi henkilöksi, johon perhe otti helpommin yhteyttä hoitojakson aikana ja sen jälkeen. (Kivimäki 2008, 34.)

Jaettu vastuu koettiin osaksi perhelähtöistä hoitoa. Jaettu vastuu on yhteistyötä vanhempien, lapsen ja hoitajien välillä. Jaetun vastuun perustana pidettiin hyvää vuorovaikutusta perheen ja hoitajien välillä. Perheellä sekä hoitajilla oli molemmilla tärkeää asiantuntijuutta ja tietoa lapsen hoidon edistämiseksi. Perheen mukana olo lapsen hoitamisessa edistää perheen ehdoilla toimimista lapsen hyväksi. Kuitenkin lapsen ollessa sairaalahoidossa vastuu oli hoitajien mielestä sairaalalla vaikka vanhemmat olisivatkin mukana hoidossa. Hoitajat kokivat myös tarvetta huolehtia vanhempien hyvinvoinnista, jotta vanhemmat jaksaisivat paremmin olla jakamassa vastuuta lapsen hoidosta. (Lehto 2004, 71.) Kaikki perheet ovat erilaisia. Hoitajat

pitivät tärkeänä kunnioittaa myös perheiden omaa tilaa ja yksityisyyttä vaikka vastuu olisikin jaettu. Yksityisyyden kunnioittaminen luo perheelle ymmärtävän ja sallivan ilmapiirin lapsen hoitamisessa. Avoin ilmapiiri perheen ja hoitajien välillä auttoi perheitä toimimaan lapsen hoidossa. Hoitajat kokivat joidenkin vanhempien olevan avoimempia ja toisten hitaasti lämpeneviä, joka vaatii hoitajalta hienotunteisuutta. (Lehto 2004, 74.)

Hoitajien rooli koettiin myös tiedon välittäjäksi ja eteenpäin ohjaajaksi. Hoitajat kuvasivat jaetun vastuun olevan myös sitä, että näkee, minkälaista apua perhe tarvitsee ja ymmärtää ottaa hoitoon mukaan muitakin ammattiryhmiä ja edustajia. Siten vastuu hoidosta ei jää yksin hoitajille ja perheelle. (Kivimäki 2008, 30.) Hoitajat kokivat moniammatillisessa työryhmässä kaikkien kantavan vastuuta perhelähtöisyyden toteutumisesta. Perhelähtöisyys koettiin kaikkien työksi ja kaikilla työntekijöillä on mahdollisuus tavata perheitä ja olla mukana hoitamisessa. (Kivimäki 2008, 34.) Perheen kanssa tehty yhteistyö koettiin tutkittavien mielestä tarpeelliseksi. Perhe auttoi saamaan lapsesta hoitoa tukevaa ja tärkeää taustatietoa. Perheiden kanssa käyty keskustelu koettiin osaksi hoitotyötä ja se edisti hoidon kokonaisuuden toteutumista. Hoitajat pyrkivät siihen, että he ovat käytettävissä, mikäli perheenjäsenillä on kysyttävää tai he tarvitsevat tukea. Hoitajat pyrkivät myös tiedustelemaan perheiltä olisiko heillä kysyttävää tai kerrottavaa potilaan hoitoon liittyen. (Kivimäki 2008, 45–47.)

Hoitajat olivat huomanneet potilaan sairastumisen olevan lähes aina jonkinlainen kriisi koko perheelle. Hoitajilla oli kokemus tiedon antamisen ja neuvomisen olevan perheiden suurin toive. Myös perheiden tietämättömyys sairaudesta, sen oireista, kestosta ja hoitomahdollisuuksista koettiin yleiseksi. Perheillä oli tarve tietää, miten he voivat olla mukana hoidon toteutuksessa. (Kivimäki 2008, 39.) **Tiedon jakaminen** hoitosuhteessa on kuuntelua, kuulluksi tuleamista sekä luottamuksen muodostumista. Hyvin toimiva viestiminen perheen ja hoitajan välillä vaikuttaa perhekeskeisyyden kokemuksen muodostumiseen. Perheen ja hoitajan välinen ymmärrettävä kommunikaatio on yksi osa luottamuksen syntyä. Hoitajat kokivat olevansa myös tulkkeja tilanteissa, joissa vanhempi jäi epävarmaksi lääkärin kanssa käydyn keskustelun jälkeen. Vanhemmat tulkitsevat hoitajalle oleellisia asioita lapsesta. Vanhempien rooli tiedon jakajana koettiin merkittäväksi lapsen

perusturvallisuuden kannalta. (Lehto 2004, 59.) Hoitajilla oli kokemus, että hoitajien tulisi kommunikoida vanhempien kanssa enemmän, koska mitä pienempi lapsi on, sitä enemmän hän kommunikoi vanhempiensa kautta. Tiedon jakamista pidettiin perhettä kannustavana ja tukevana. Perheen tukemista pidettiin kolmensuuntaisena. Hoitaja sekä vanhemmat tukevat lasta, hoitaja tukee vanhempia jaksamaan ja tukemaan lasta. Hoitajat kokivat, että jos yksi edellä mainituista jätetään pois, perhelähtöisyys ei toimi. (Lehto 2004, 69.)

Hyvän viestinnän perheiden ja hoitajan välillä koettiin edistävän avoimuutta ja rehellisyyttä. Avoin ja rehellinen kommunikaatio edesauttaa perheitä palautteen antamisessa. Tilanteissa, joissa toimivaa yhteistyösuhdetta ei saada rakennettua, palautteelle ei ole tilaa. Palautteen antamisella on tarkoitus edistää lapsen hyvää oloa ja hyvinvointia. (Lehto 2004, 72.) Osa hoitajista koki tiedon jakamisen hoitajan ja perheiden välillä, jopa tärkeimmäksi osaksi yhteistyötä. Perhe saa tietoa hoitajilta ja tukea selviytymiseensä perheenjäsenen sairastuttua. Samalla annetaan perheille mahdollisuus kertoa askarruttavista asioista ja huolistaan. Myös hoitajat saavat tärkeää tietoa perheeltä potilaan hoidon suunnitteluun. (Kivimäki 2008, 47.) Hoitajat kokivat perheiden mahdollisuuden sanoa ääneen omat tuntemuksensa tilanteesta ja tulevaisuudesta tärkeäksi. Hoitajilta tarvittiin myös tietoa ulkopuolisista tukiverkoista ja avunsaantimahdollisuuksista. (Kivimäki 2008, 40.)

Perheen **kohtaaminen** vaatii hoitajalta ammatillista näkemystä tilanteesta ja siinä pitää olla jonkinlainen hoidollinen tavoite. Hoitajat kokivat perheiden kohtaamisen vaativan tietynlaista rohkeutta ja henkilökohtaista valmiutta. Hoitajien suhtautumistapa ja arvot suhteessa perhelähtöisyyteen vaikuttavat olennaisesti perheiden kohtaamiseen. Perheiden käsittelemisen koettiin vaativan tilanteen tasalla olemista ja kokonaisuuden hahmottamista. Hoitajilla tulee olla koko ajan käsitys siitä, mihin perheen kanssa pyritään, jotta voidaan toimia rakentavasti kunkin perheen kanssa. Myös perheen näkemysten huomioiminen ja kuunteleminen osoittautui tärkeäksi hoidon edistämisessä. Hoitajat kokivat suurimmalla osalla hoitajista olevan myönteinen asenne perhelähtöisyyteen ja perheiden kohtaamiseen. Hoitajilla oli myös kokemus siitä, että osastolla oli alettu nähdä perhe voimavarana. Perheiden huomioimista osana kokonaisuutta pidettiin jopa itsestäänselvyytenä. (Kivimäki 2008, 29–32.)

Perhelähtöisessä hoitotyössä olisi tärkeää pitää **perhettä voimavarana** sekä pitää huolta perheen voimavaroista. Hoitajat kokivat perheiden kanssa tehdyn yhteistyön yhteiseksi asiaksi ja osaksi hyvää hoitoa. (Kivimäki 2008, 34.) Myös perheen voimavaroista pidettiin huolta. Hoitajat pyrkivät keskustelemaan avoimesti ja rehellisesti sairauteen liittyvistä asioista, auttaakseen perhettä käsittelemään hankalasti lähestyttäviä asioita. Hoitajakasot saattavat olla hyvin lyhyitä ja silloin on vaikeaa vaikuttaa perheen sisäisiin vaikeuksiin. Hoitajien kokemusten mukaan kuitenkin perheen selviytymistä on hyödyllistä tukea, vaikka hoitajakasot olisivat lyhyitä. Hoitajat kokivat, että heillä oli mahdollisuus ottaa tilanne puheeksi ja antaa välineitä tilanteen purkamiseen jatkossa. Hoitajilla oli mahdollisuus antaa perheelle tietoa sairaalan ulkopuolisista avunsaantimahdollisuuksista. Perheen ongelmiin puuttumisella on tarkoituksena estää perheen syvempi haavoittuminen. (Kivimäki 2008, 38.) Kokemuksissa tuli esiin myös omahoitajuuden merkitys perhelähtöisyydessä. Hoitajien mielestä omahoitajien toiminta ja aktiivisuus vaikuttavat perheiden kanssa toimimiseen. Kuitenkin hoitajat painottivat potilaan olevan hoidon pääkohteena yksilönä, vaikka osastolla olisi havaittavissa perhekeskeinen ajattelutapa. (Kivimäki 2008, 50.)

5.4 Hoitajien negatiiviset kokemukset perhekeskeisyydestä lastenpsykiatrisessa hoidossa

Hoitajien kommentteista paljastui negatiivisia kokemuksia perhelähtöisyyden toteutumisesta. Negatiiviset kokemukset olivat perheen epäaktiivisuus, resurssit, perheen ongelmat sekä kohtaaminen.

Perheen epäaktiivisuus näkyi hoitajalähtöisessä toiminnassa sekä hoitajien omassa kokemuksissa, kun perhe ei jostain syystä ollut mukana yhteistyössä. Osa hoitajista koki, etteivät he pystyneet tutustumaan perheisiin lyhyen hoitajakasos aikana ja siten perhe jäi ulkopuolelle hoidos toteutuksesta. Tilannetta helpotti jos perhe oli ennestään hoitajalle tuttu. Perheen aktiivisuus ja suhtautuminen hoitoon vaikutti myös paljon siihen, miten hyvin hoitajat tutustuivat perheisiin. Hoitajien haastatteluista ilmeni, että osa perheenjäsenistä kokee sairaalan pelottavana ja eivätk

siksi uskalla lähestyä henkilökuntaa. Näissä tilanteissa hoitajat kokivat vaikeaksi tunnistaa perheiden tiedon ja tuen tarve. Myös hoitajat kokivat oman asenteensa ja motivaationsa vaikuttavan siihen, kuinka tutuksi perheet hoitojakson aikana tulivat. Hoitajien kommenteissa nousi esiin inhimillisyyden käsite, liittyen hoitajien omaan jaksamiseen panostaa aina yhtä perusteellisesti. Hoitajien oma vireystaso sekä mieliala voivat vaikuttaa jokapäiväisessä työssä. (Kivimäki 2008, 46–47.)

Hoitajat kokivat osaston **resurssien** vaikuttavan negatiivisesti perhelähtöisyyden toteutumiseen. Hoitajien mielestä perhelähtöisyyden onnistuminen vaatii laajemmalla tasolla satsausta taloudellisesti sekä koulutuksella. Yleisen arvostuksen puute perheiden kanssa toteutettuun yhteistyöhön oli näkyvissä. Koettiin, että perhelähtöisyyden toteutumiseen vaadittaisiin asenne, että perheen mukanaolo on osa hyvää hoitoa. Perheiden mukanaolon ei tulisi olla vain lisätyötä vaan perhe voisi helpottaa kaikkien työtä. Ajan riittämättömyys oli yksi hoitajien esiin tuomista negatiivisista asioista. Aika ei riittänyt perheiden kanssa tehtävään yhteistyöhön siinä määrin, mikä olisi ollut tarpeellista. Myös henkilökunnan pieni määrä vuoroissa koettiin haastavana. Aika ei riittänyt kaikkien perheiden kanssa vietettyyn aikaan, joten tapaamiset jäivät lyhyiksi. (Kivimäki 2008, 30–33.)

Hoitajat kokivat perhelähtöisyyden olevan kannattavaa ja arvokasta, mutta kaipaavansa lisäkoulutusta. Koulutusta oli jonkin verran järjestetty, mutta toivottiin käytännönläheisempää koulutusta, jota voisi soveltaa konkreettisemmin perheiden kanssa toimimiseen. Usealla hoitajalla oli kokemus siitä, että perhelähtöistä työtä arvostettiin omassa työyhteisössä, mutta ei yleisellä tasolla. Työn toteuttamiseen ei anneta tarpeeksi resursseja ja mahdollisuuksia. Hoitajat kokivat turhautumista oman työpanoksensa jälkeen, kun he jäivät vaille ansaitsemaansa arvostusta työnantajataholta. Osa hoitajista mainitsi rahallisen korvauksen lisätyöstä perhelähtöisyyden edistämiseksi lisäävän arvostuksen tunnetta. (Kivimäki 2008, 53.) Arvostuksen ja ajan riittämättömyyden lisäksi hoitajat mainitsivat yhteisen toimintamallin puuttumisen. Perheiden kanssa tehtiin paljon yhteistyötä, mutta sen käytännön toteutus oli hajanaista. Hoitajat toivoivat yhteistä sovittua toimintamallia ja suunnitelmaa. Myös hoitajakohtaisia eroja verratessa niitä hoitajia, jotka olivat käyneet perhelähtöisyyteen liittyvissä lisäkoulutuksissa niihin hoitajiin, jotka eivät olleet saaneet koulutusta. Perhelähtöisen työn toteuttaminen jäi enemmän

lisäkoulutusta saaneiden hoitajien hartioille. Perheiden ohjaamisessa eri jatkohoitomahdollisuuksista koettiin haastavaksi tiedon puutteen vuoksi. Hoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa potilaan asuinseudun erilaisista tukivaihtoehdoista. (Kivimäki 2008, 55–56.)

Perheen ongelmat vaikuttivat negatiivisesti perhelähtöisyyden toteutumiseen. Hoitajat olivat tietoisia siitä, että vanhempien osallistuminen hoitoon auttaa kotona pärjäämisessä sairaalajakson jälkeen. Vanhemmat tarvitsivat hoitajilta kannustusta toimimaan vanhemman roolissa myös osastolla. (Hopia 2006, 70.) Kaikkien hoitajien mielestä perhe vaikuttaa potilaaseen ja hänen vointiinsa. Perhettä pidettiin tärkeimpänä tuen antajana. Hoitajien vastauksissa näkyi myös perheen aiheuttamia negatiivisia vaikutuksia potilaan hoitoon. Jos perhesuhteet eivät olleet kunnossa he saattoivat suhtautua potilaan hoitoon kielteisesti. Hoitajat mainitsivat myös perheen lisäävän ahdistusta ja vievän voimia. Hoitajilla oli myös huoli siitä minkälaisena perhetilanne jatkuu potilaan kotiuduttua. Mikäli perheen tilanne on huono, hoitajan tulisi huomioida, ettei tilannetta voida korjata lyhyen hoitojakson aikana. Hoitajien ei tulisi olettaa perheen olevan aina potilaan tukena hoitojakson jälkeen. Tilanteissa joissa perheellä oli sisäisiä ristiriitoja hoitajan tulisi ohjata perhettä selvittämään ristiriitoja. Monet hoitajat eivät kuitenkaan kokeneet omaavansa tarvittavaa tietoa perheen ohjaamismahdollisuuksista sairaalan ulkopuolelta. (Kivimäki 2008, 35–36.) Hoitajilla oli kokemus siitä, että perheillä saattoi olla hyvin epärealistisia toiveita hoidon suhteen. Perheet olettivat hoitojakson poistavan ongelmat tehokkaasti. Nämä tilanteet koettiin haastaviksi. Hoitajilta vaadittiin perhettä tukevaa ja rauhoittavaa toimintaa realisoimalla tilannetta. (Kivimäki 2008, 39–40.)

Perheenjäsenen sairastuminen voi olla muulle perheelle hyvin hämmentävä tilanne ja sitä voi olla vaikea hyväksyä. Perhe saattaa purkaa puolustusreaktionsa hoitajaan. Hoitajilla oli vastausten perusteella paljon kokemusta perheiden eri reaktioista. Perheet saattavat olla hoitajien kanssa eri mieltä potilaan hoidon tarpeesta. Näissä tilanteissa hoitajat pyrkivät antamaan mahdollisimman paljon tietoa perheelle. Hoitajien kokemat perheiden reaktiot olivat kuitenkin luonnollisia. Hoitajat joutuvat työskentelemään perheen ulkopuolisena, eikä perheen sisäryhmään pääse mukaan helposti. Luottamuksen rakentumisen koettiin auttavan yhteistyön rakentumisessa.

Hoitajat totesivat perheiden kokevan oman systeeminsä uhatuksi hoitajan ottaessa vaikeita asioita puheeksi. (Kivimäki 2008, 43.) Haastavimmaksi hoitajat kokivat vanhemmuuteen puuttumisen ja siihen liittyvien neuvojen antamisen. Vanhemmuutta pidettiin hyvin henkilökohtaisena asiana. Luottamuksellisen ja avoimen suhteen rakentaminen koettiin vaativan panostusta. Perheiden ristiriitojen esiin nostaminen vaati hoitajilta herkkyyttä aistia perheiden reaktioita. (Kivimäki 2008, 51–52.)

Lähes kaikki hoitajat tunsivat perheiden **kohtaamisen** haastavaksi. Perheiden kohtaaminen vaatii hoitajalta enemmän kuin yksittäisen potilaan kohtaaminen. Perheiden kanssa puhuminen koettiin alussa haastavana. Hoitajien oli vaikea tietää ennen perheeseen tutustumista, miten perhe suhtautuu ongelmiin. Hoitajalta vaadittiin kykyä tunnistaa kuinka avoimesti perheen kanssa voi puhua asioista. Perheenjäsenet helposti ajattelevat tilannetta vain omalta kannaltaan eivätkä osaa nähdä tilannetta laajemmin. Se vaatii hoitajalta kykyä tuoda laajempaa näkemystä tilanteesta. Hoitajat joutuivat ottamaan vastaan erilaisia tunteita kohdatessaan perheitä. (Kivimäki 2008, 43–44.)

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus

Tämän opinnäytetyön aihe valittiin Satakunnan ammattikorkeakoulun tarjoamista aiheista, ja sitä muokattiin yhteistyössä ohjaavan opettajan kanssa. Työhön tehtiin koko prosessin aikana joitain muutoksia verrattuna alkuperäiseen projektisuunnitelmaan. Opinnäytetyössä on pyritty hakemaan mahdollisimman uutta aineistoa. Kuitenkin aiheesta on verrattain vähän tutkimustietoa ja siksi on jouduttu käyttämään myös vanhempia aineistoja sekä muita tutkimuksia. Tiedonhaussa on käytetty luotettavia tietokantoja ja kokeiltu mahdollisimman monia eri hakusanoja validien tutkimusten löytämiseksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi heikentää se, että valituissa tutkimuksissa otanta oli suhteellisen pieni, joten yleistystä näistä ei voida tehdä. Kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin hyvää tieteellistä näyttöä. Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi kaikki katsauksen

vaiheet raportoitiin huolellisesti, jotta tutkimus olisi läpinäkyvää ja toistettavissa. (Pölkki, Kanste, Elo, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 335-347.)

6.2 Eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 211). Eettinen tutkimus on noudattanut hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Periaatteet ovat rehellisyys, avoimuus, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimus tulee suorittaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Keskeistä eettisissä periaatteissa on myös plagiointi kielto. Tutkimustuloksissa tulisi muistaa huomioida mahdolliset vääristymät johtuen ennakoasenteista, virheellisistä raporteista sekä tulosten väärennöksistä. Rehellinen tulosten raportointi lisää tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 23 – 27; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 370 – 371.)

Tämä kirjallisuuskatsaus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin eri lähdemateriaaleja, joissa painotettiin aineiston sisältöä. Teoriapohja luotiin mahdollisimman kattavaksi ja laajaksi. Aineistoja etsiessä pidettiin mielessä lähdekritiikki. Tutkimushauissa käytettiin tunnettuja tietokantoja. Tutkimushauissa huomioitiin kaikki relevantit tutkimukset. Valituissa tutkimuksissa kiinnitettiin huomiota aineiston tasoon ja laatuun. Tutkimustietoa sovellettiin niin, ettei muiden tutkijoiden töitä plagioitu eikä alkuperäistä tutkimustietoa vääristetty. Lähdeviitteet ja merkinnät kirjattiin Satakunnan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.

6.3 Johtopäätökset ja pohdinta

Kokemuksia perhelähtöisyyden toteutumisesta lastenpsykiatrisessa hoitotyössä on tutkittu tähän mennessä vähän. Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimukset osoittivat erilaisia kokemuksia perhelähtöisyyden toteutumisesta. Tutkimusotannot olivat kuitenkin kapeita ja ne kuvaavat vain pientä osaa

perhelähtöisyyden toteutumisesta lastenpsykiatrisessa hoidossa. Aihetta tulisi tutkia enemmän ja laajemmin hoitotyön kehittämiseksi kohti perhelähtöisempää hoitotyötä. Potilailta ja perheenjäseniltä on tärkeää saada palautetta, jotta hoitotyötä voidaan kehittää potilas- ja perhelähtöisemmäksi. Yksi hoitotieteellisen tutkimuksen haasteista on tuottaa käytäntöön suoraan sovellettavia tutkimuksen tuloksia perheiden hoitamisesta. (Aho, Paavilainen & Åsted-Kurki 2004, 274.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa kokemuksia lastenpsykiatrisen osaston perhelähtöisyydestä vanhempien ja hoitajan kokemana. Tässä tutkimuksessa vanhempien ja hoitajien kokemukset lastenpsykiatrisen osaston perhelähtöisyydestä olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Kaikki vanhemmat kokivat perhelähtöisyyden toteutuvan jossain määrin, mutta myös parantamisen varaa löydettiin. Hoitajat kokivat perhelähtöisyyden olevan osittain jo opittu tapa toimia hoitotyössä, mutta puutteitakin löytyi. Tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että perhelähtöisyyden toteutumisen edellytys on hoitajan kyky tunnistaa perheen yksilölliset tarpeet ja vastata niihin. Hoitajalta odotetaan tukea koko perheen terveyden edistämiseen.

Vanhemmat kokivat olevansa jaksamisen äärirajoilla osastohoidon alkaessa. He kokivat helpotusta kun joku muu kantoi vastuuta tilanteesta. Vanhemmat tunsivat huolta lapsestaan hoitajakson alussa. Vanhempien huolet kuitenkin hälvenivät, kun he saivat luotua luottamuksellisen suhteen hoitajiin. Vanhemmat kokivat voimaantumisen tunnetta hoitajakson edetessä. He tunsivat saaneensa tukea hoitajilta vanhemmuuteen. Hoitajilta odotettiin perheen voimavarojen arviointia ja tukemista. Tyytymättömyyttä osaston toimintaan aiheutti tuen puutos, osaston toimintatavat ja perhekeskeisyyden puuttuminen. Osa vanhemmista olisi kaivannut myös perheen muiden lasten huomioimista. Tuloksissa ilmeni, että vanhemmille merkitsi luotettavuus, kohtaaminen ja hoitajien saatavilla olo tarvittaessa. Vanhemmat mainitsivat omahoitajuuden tärkeyden. He kokivat hoitajien jatkuvan vaihdoksen rankaksi ja joutuivat toistamaan itseään aina uusille henkilöille. Vanhemmat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitajien toimintaan. He arvostivat hoitajien tekemää työtä lasten kanssa. Osa vanhemmista koki hoitajien toiminnan taas tasapäistäväksi ja jäykäksi. Tiedonsaanti osoittautui vanhemmille tärkeäksi ja epä tietoisuus koettiin negatiiviseksi. Vanhemmat kokivat lapsen sairastumisen rankkana ja omat tunteet

olivat vahvasti hoitajaksoilla esillä. Vanhempien ja hoitajien kokemuksista voi huomata lastenpsykiatrian auktoritaarinen hoitaja-potilas suhteen muutoksen tasavertaisemmaksi perhelähtöiseksi suhteeksi. Perhelähtöisessä hoidossa korostuu perheen vastuu hoidosta ja terveydestä. Tämä korostaa hoitajien vastuuta ohjaustilanteissa, jolloin tulee arvioida perheen kyky ottaa vastuuta perheenjäsenen terveyden edistämiseksi. Perhelähtöinen ohjaus velvoittaa myös hoitajilta kehittämään omaa ammattitaitoaan, jotta perheelle voidaan tarjota vaihtoehtoja terveyden edistämiseen.

Hoitajat kokivat luottamuksen rakentamisen perheen kanssa tärkeäksi. Luottamuksen rakentamiseen vaadittiin hoitajalta kykyä ottaa perhe mukaan hoidon toteutukseen. Perheiden tulisi pystyä luottamaan, että lasta hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Perheen oma aktiivisuus ja suhtautuminen hoitoon vaikutti myös perhelähtöiseen hoitotyöhön. Myös hoitajien omat asenteet vaikuttivat perhelähtöisen hoitotyön toteutukseen. Omahoitajuutta pidettiin avainasemassa perhelähtöisyyden edistämiseksi. Jaetun vastuun perustana pidettiin hyvää vuorovaikutusta. Hoitajat kokivat tiedon antamisen sekä saamisen perheiden kanssa tärkeäksi. Hoitajat kuitenkin kokivat tärkeimmäksi hoitaa potilasta yksilönä vaikka perhelähtöisyys toteutuisikin. Hoitajat kokivat onnistuneen kohtaamisen olevan osa perhelähtöistä hoitotyötä. Kuitenkin kohtaaminen koettiin myös yhdeksi hoitotyön haasteeksi. Hoitajien suhtautumistapa ja arvot suhteessa perhelähtöisyyteen heijastuivat perheiden kohtaamiseen. Hoitajat kokivat suurimalla osalla omasta ammattiryhmästään olevan myönteinen asenne perhelähtöisyyteen. Perheiden huomioimista pidettiin jopa itsestänselvyytenä. Perheiden voimavarojen ylläpito koettiin tärkeäksi, mutta samalla haasteeksi. Pienet resurssit hoitotyössä koettiin perhelähtöisyyttä estävänä tekijänä. Hoitajat kokivat myös arvostuksen puutetta toteuttamastaan työstä. Perheiden ongelmat heijastuivat lapsen hoitoon ja aiheuttivat hoitajissa huolta.

Tämä kirjallisuuskatsaus tuotti aiempaan tutkimustietoon perustuvaa tietoa. Tutkimus nosti lähinnä esiin tutkimusten puutteen liittyen perhelähtöisyyden toteutumiseen lastenpsykiatrialla. Tutkimuksia perhelähtöisyyden toteutumisesta lastenpsykiatrisilla osastoilla oli vähän tai ne olivat vanhentuneita tieteellisen tiedon kriteerin mukaan. Tulevaisuudessa voisi tutkia perhelähtöisyyden toteutumista

lastenpsykiatriassa myös sisarusten näkökulmasta. Sisarusten kokemuksia perhelähtöisyydestä on tutkittu vähän. Myös tutkimuksia sisarusten kokemuksista perheen toisen lapsen sairastuttua psyykkisesti on vähän. Jatkossa voisi tutkia myös sairastuneen lapsen omia kokemuksia perhelähtöisyydestä.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2006. Lapsen aika. Porvoo: WSOY.

Aho, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus ja sen haasteet. Tampereen yliopisto.

Ala-Karvia, M. 2017. Vaativaa hoitoa ja pitkäaikaissurantaan tarvitsevien lasten vanhempien tarpeet moniammatilliselta hoitotiimiltä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.3.2019.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101542/GRADU-1497516728.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. 2016. Turku.

Eerola, A. 2003. Kasvatus-, sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden perhekeskeiset orientaatiot. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Viitattu 5.3.2019.
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/8027/G0000316.pdf?sequence=%25201>

Finlex www-sivut. 2019. Viitattu 20.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/>

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Porvoo: WSOY.

Hahtela, N. 2007. Lastenpsykiatrinen osastonhoito perheiden kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 22.2.2019.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77954/gradu01807.pdf?sequence=1>

Hakkarainen, P. 2011. Lasten ja vanhempien osallisuuden kokemuksia lastenpsykiatrisen kriisi-lyhythoitajakson aikana. Pro gradu-tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu 29.8.2019.
https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37068/URN_NBN_fi_jyu-2011121211788.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Helsinki: Tammi

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Nursing Science. Viitattu 13.3.2019.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67606/951-44-6628-4.pdf?sequence=1>

- Huikko, E., Kovanen, L., Lämsä, R., Santalahti, P., Torniainen-Holm, M. & Tuulio-Henriksson, A. 2017. Selvitys 5-12 vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelu-järjestelmästä Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.3.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135839/THL_RAPO_14_2017_korj.web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hoidon porrastua lastenpsykiatriassa. 2015. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hoidon%20porrastus%20lastenpsykiatriassa
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 7.9.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. (toim.) 2015. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim. Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karlsson, L., Kaukonen, P., Koskinen, M., Repokari, L., Santalahti, P., Sourander, A., Repokari, L. & Tamminen, T. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Teoksessa V. Aalberg, E. Aronen, H. Ebeling, K. Kumpulainen, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim.) Helsinki: Duodecim. Viitattu 22.2.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn00001/do>
- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.11.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/78969/gradu02516.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede.
- Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.1.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116712/THL_2014_21Teema.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1>
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukana olo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Department of Nursing Science. Viitattu 3.3.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67368/951-44-5935-%200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. – 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Helsinki: Duodecim. Viitattu 16.1.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00001/do>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 muutoksineen.
- Palenius, T. & Saarinen, V. 2018. Perheiden odotukset ja toiveet heidän kohtaamisestaan lasten ja nuorten psykiatrialla. AMK -opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.1.2019. <https://www.theseus.fi/handle/10024/145778>Satakunnan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrisen osaston esittelylehtinen
- Pölkki, T., Kanste, O., Elo, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009–2010. Hoitotiede.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 13.3.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. 2000. Ulos umpikujasta. Juva: WS Bookwell Oy.
- Suomen NOBAB Finland ry:n www-sivut. 2019. Viitattu 12.2.2019. <https://nobab.fi/standardit/>
- Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2019. Viitattu 31.3.2019. <https://stm.fi/etusivu>
- Sourander, A. & Aronen, E. 2011. Lastenpsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 530-531.
- Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2019. Viitattu 12.2.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys>
- Tilastokeskus www-sivut. 2019. Viitattu 7.9.2019. <https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lastenhoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Social sciences. Viitattu 13.3.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1066-9/urn_isbn_978-951-27-1066-9.pdf
- Åsted-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H. & Paavilainen, R. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

LIITE 1

Tietokanta	Löytyneet tutkimukset/artikkelit	Hyväksytyt tutkimukset/artikkelit	Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset/artikkelit
Theseus lastenpsykiatria AND perhelähtöisyys (v.2014- 2019) haku 20.2.2019	66	3	-
Medic lastenpsykiatria (v. 2014- 2019) 22.2.2019	34	6	1
MELINDA lastenpsykiatria perhekeskeisyys (v.2014- 2019) 1.1.2019	84 31	4 2	1 1
Terveysportti Lastenpsykiatria	288		3
SAMK Finna lastenpsykiatria (v. 2009- 2020)	28	5	2
Google Scholar lastenpsykiatria AND perhelähtöisyys, lastenpsykiatria AND perhelähtöisyys (v. 2009- 2019) 22.2.2019	249	5	1
Trepo psykiatrinen hoitotyö AND perhehoitotyö AND lastenpsykiatria (v. 2004- 2020) 20.8.2019	110	7	5
JYX lastenpsykiatria	54	5	2
Yhteensä	944	37	16

KIRJALLISUUSKATSAUS

Sisäänottokriteerit

- Tutkimus on julkaistu vuoden 2004 jälkeen
- Tutkimus käsittelee lastenhoitotyötä tai lastenpsykiatriaa
- Tutkimus käsittelee lastenhoitotyön tai lastenpsykiatrian lisäksi jotakin seuraavista aiheista: perhelähtöisyys, perhekeskeisyys, vuorovaikutus

Poissulkukriteerit

- Tutkimus ei ole toteutettu lastenhoitotyössä
- Tutkimus on maksullinen
- Tutkimus ei käsittele aihetta

Tekijä, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruumenetelmät	Intervention sisältö ja keskeisimmät tulokset
Ala-Karvia, N. 2017.	Kuvata pitkäaikaisseurantaa ja vaativaa hoitoa tarvitsevien lasten hoitoon liittyviä tarpeita ja niiden tärkeyttä vanhempien näkökulmasta. Sekä kuvata miten moniammatillinen hoitotiimi vastaa vanhempien tarpeisiin.	Erään yliopistollisen sairaalan alle 18-vuotiaiden pitkäaikaisseurantaa vaativien lasten yksiköiden vanhemmat. Poikittaistutkimus, postitse lähetetyillä kyselylomakkeilla.	Tutkimuksessa todettiin moniammatillisen hoitotiimi vastaavan hyvin erilaisten perheiden yksilöllisiin tarpeisiin. Vanhemmat kokivat tarvitsevansa tukea perheen arjesta selviämiseen sekä sairastuneen lapsen sisarusten huomioimiseen.
Hahtela, N. 2007.	Tutkielman tarkoitus oli kuvata lastenpsykiatrista osastonhoitoa perheiden kokemana.	Vapaa ehtoisesti tutkimukseen suostuneilta äideiltä, joiden lapsi oli ollut lastenpsykiatrisessa osastohoidossa. Aineistonkeruu menetelmä oli teemahaastattelu.	Perheillä oli myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia lastanpsykiatrisesta hoidosta. Perheet kokivat hyötyvän

			hoitojaksosta, mutta parantamisen varaa löydettiin.
Hakkarainen, P. 2011.	Tarkoituksena oli tutkia lastenpsykiatrisen kriisi-lyhytaikaishoidossa olevien lasten ja vanhempien kokemuksia osallisuudesta hoitoprosessin aikana.	Tutkimukseen osallistui kaksi lasta ja kaksi vanhempaa vuoden 2010 alussa. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluilla hoitojakson alussa sekä lopussa.	Tutkimuksen mukaan vanhempien kokemusten perusteella ammattilaisten on tärkeää pystyä auttamaan vanhempia priorisoimaan olemassa olevaa tietoa perheen tilateen helpottamiseksi.
Hopia, H. 2006.	Tarkoituksena oli tuottaa substantiivinen teoria somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistämiseksi lapsen sairaalahoidon aikana. Sekä arvioida perhehoitotyön toteutumista ja kehittää sitä toimintatutkimuksen keinoin.	Kahden eri sairaalan lastenosastoilta, molemmissa pitkäaikaissairaita ja alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria. Tutkimusaineisto koostui: 31 perhehaastattelusta (n=82 perheenjäsentä), hoitajien (n=40) ryhmähaastatteluista (n=9) sekä 84t hoitajien ja perheiden vuorovaikutuksen havainnointia.	Pitkäaikaissairaalan lapsen perheet tarvitsevat apua arkipäiväisen selviytymisen tukemisessa, vanhemmuuden vahvistamisessa sekä tunnekuorman jakamisessa. Osa hoitajista kohtasi perheen todellisuuden kun taas osa sivuutti sen lapsen sairauden ja sairaalahoidon aikana.
Kivimäki, A. 2008.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kertoa hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä akuuttipsykiatrian osastolla.	Tutkimus aineisto kerättiin haastattelemalla akuuttipsykiatrian osaston hoitotyöntekijöitä. Tutkimus oli menetelmältään kvalitatiivinen ja haastattelut teemahaastatteluja. Haastateltavia oli kahdeksan.	Perhehoitotyötä pidettiin tärkeänä osana potilaan hyvää hoitoa. Tutkimuksella löydettiin perhehoitotyötä kannustavia ja estäviä tekijöitä.

<p>Lehto, P. 2004.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitoon lapsen ollessa sairaalassa.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat vanhemmat (N=48) ja sairaanhoitajat (N=53). Tutkimus toteutettiin kirjallisilla esseillä ja haastatteluina. Haastattelut toimivat esseitä syventävinä.</p>	<p>Substantiivisen teorianavulla saadut yläkategoriat: saavutettu luottamus, yhdessäolo toimintana, mukanaolon merkitys, jaettu vastuu ja kohdatuksi tuleminen.</p>
----------------------------	--	---	---


SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Anna-Sofia Autio	
Opiskelijanumero: 1501645	Aloitusryhmä: NHT15SP5B
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Erja Hannula, erja.hannula@samk.fi, 044-7109815, SAMK 28101 Pori	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus: Erja Hannula, erja.hannula@samk.fi, 044-7109815, SAMK 28101 Pori	
Opinnäytetyön nimi: Perhelähtöisyys lastenpsykiatriassa hoitotyössä	
Työn etenemisaikataulu: Työn valmistuminen keväällä 2019. Sopimus perustuu hyväksytyyn tutkimus-/projektisuunnitelmaan.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys:	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys: <i>Erja Hannula</i> <small>Erja Hannula (28. maaliskuuta 2019)</small>	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <i>Tiina Savola</i> <small>Tiina Savola (2. huhtikuuta 2019)</small>	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: <i>Erja Hannula</i> <small>Erja Hannula (28. maaliskuuta 2019)</small>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Anna-Sofia Autio</i> <small>Anna-Sofia Autio (27. huhtikuuta 2019)</small>	

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos oppinnytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän oppinnytetyön tekijää.

Oppinnytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Oppinnytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen oppinnytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet oppinnytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden oppinnytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Oppinnytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan oppinnytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet oppinnytetyöhön kuuluvat oppinnytetyön tekijälle. Oppinnytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Oppinnytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu oppinnytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Oppinnytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy oppinnytetyön viivästyneisyydestä, ellei erikseen toisin sovi. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki oppinnytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan oppinnytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun oppinnytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä oppinnytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Oppinnytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli oppinnytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on oppinnytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustaineistoon. Oppinnytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Oppinnytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki oppinnytetyön 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.

Oppinnytetyösopimuksessa olevat yhteystiedot tallennetaan SAMKin asiakkuudenhallintajärjestelmään Yrinetiin. Tallentamisesta on laadittu henkilötietolain 539/1999 mukainen rekisteriseloste.

Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyöstä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Oppinnytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.