

Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vierihoidosta Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla

**Eija Toivanen
Anna Uusitalo**

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Eija Toivanen & Anna Uusitalo			
Työn nimi Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vierihoidosta Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla			
Päiväys	25.4.2012	Sivumäärä/Liitteet	43/4
Ohjaaja(t) Lehtori Helena Pennanen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala			
Tiivistelmä Opinnäytetyön aihe on lastenpsykiatrinen vierihoito hoitajien kokemana. Tarkoituksena oli kuvata Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatristen osastojen hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vierihoidosta. Tavoitteena oli vierihoitoa kehittävän tiedon tuottaminen. Tutkimus oli laadullinen, ja siihen osallistui kuusi lastenpsykiatrista hoitajaa Alavan sairaalasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Vierihoito tarkoittaa hoitajan jatkuvaa läsnäoloa lapsen välittömässä läheisyydessä. Tämän tutkimuksen mukaan vierihoito toteutui osastoilla täsmällisesti ohjeiden mukaan, ja sen käytännön toteutusta pidettiin toimivana ja turvallisuusnäkökulmat huomioon ottavana. Vierihoidajan valinnassa painotettiin ammattitaidon merkitystä. Ammattitaidolla tarkoitettiin ammatillista kokemusta ja koulutusta. Tärkeimpänä tehtävänä pidettiin lapsen toipumisen edistämistä tämän ikä ja ongelmat huomioon ottaen. Hoitajat suhtautuivat vierihoidon myönteisesti, vaikka kokivat sen kuormittavana. Heidän näkemystensä mukaan vierihoito oli lapsissa ja heidän omaisissaan monenlaisia tunteita herättävä hoitomuoto. Sen todettiin myös vähentäneen tarvittavien lääkkeiden käytön ja mahdollisesti myös kiinnipitojen tarvetta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä mahdollisesti Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrisilla osastoilla. Jatkotutkimusaiheita voisivat olla vierihoidon toteuttamisen yhdenmukaisuus suomalaisilla psykiatrisilla osastoilla sekä potilaiden kokemukset vierihoidon hyödyllisyydestä.			
Avainsanat Vierihoito, lasten psykiatrinen hoitotyö, kokemukset			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Eija Toivanen & Anna Uusitalo			
Title of Thesis Nurses' experiences and views of special observation on child psychiatric wards of Kuopio University Hospital			
Date	25.4.2012	Pages/Appendices	43/4
Supervisor(s) Helena Pennanen, Senior Lecturer			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>The subject of this study is psychiatric special observation of children as experienced by nurses. The purpose was to describe nurses' experiences and views on special observation on children's psychiatric wards of Kuopio University Hospital. The aim was to produce knowledge that can be used when developing special observation.</p> <p>This study was qualitative. The research objects were six child psychiatric nurses from Alava hospital. The research material was gathered from the nurses as a group theme interview. The material was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>Special observation in child psychiatry means that the nurse is constantly within arms' length of the child. According to this study special observation was carried out exactly by the instructions. The procedure was considered practical and the safety issues were taken into account. Professional skills were considered significant when choosing the nurse for special observation. Professional skills were seen as professional experience and education. Nurses thought that the most important task was to improve the recovery of the child considering his age and problems. Nurses regarded special observation as a positive procedure although they found it stressing. According to nurses, children and their parents experienced a number of emotions during special observation. Nurses found that it had reduced the use of some medication and it may have had reduced holdings.</p> <p>The results of this study can be used in orientation of new employees and probably on the adolescence psychiatric wards of Kuopio University Hospital. Further study could concern the similarity of special observation on Finnish psychiatric wards. It would also be interesting to study patients' experiences of the utility of special observation.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Special Observation, Child Psychiatric Nursing, Experiences</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	4–15-VUOTIAIDEN LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ.....	9
2.1	4–15-vuotiaan lapsen motorinen ja psykososiaalinen kehitys	9
2.2	Lasten psykiatriset ongelmat	10
2.2.1	Käytöshäiriöt, mielialahäiriöt ja tunne-elämän häiriöt.....	10
2.2.2	Laaja-alaiset kehityshäiriöt.....	11
2.2.3	Persoonallisuushäiriöt ja psykoosit.....	12
2.3	Lastenpsykiatrinen hoitotyö osastolla.....	12
2.4	Vierihoito psykiatrisessa hoitotyössä.....	14
2.4.1	Vierihoidon käsitteet ja käytännöt.....	15
2.4.2	Vierihoidon vaikutus itsetuhoisuuteen	15
2.4.3	Vierihoidon vaatimat resurssit	16
2.5	Vierihoito Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla	16
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
4.1	Tutkimusmenetelmä	19
4.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	20
4.3	Tutkimusaineiston keruu	21
4.4	Tutkimusaineiston analyysi	23
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
5.1	Vierihoito-ohjeistus	25
5.2	Vierihoitajaksi valinta	25
5.3	Vierihoitajan tehtävät.....	26
5.4	Lapsen ikä ja yksilöllisyys hoidon lähtökohtana.....	28
5.5	Vierihoitoon liittyviä tunteita lapsissa ja omaisissa	29
5.6	Vierihoitajan työn kuormittavuus tai palkitsevuus	29
5.7	Turvallisuuden toteutuminen	30
5.8	Vierihoidon vaikutus muihin hoitomenetelmiin	31
6	POHDINTA	32
6.1	Tulosten tarkastelua	32
6.1.1	Vierihoidon toteuttaminen osastolla	32
6.1.2	Vierihoitajan työn sisältö.....	33
6.1.3	Vierihoito ja sen vaikutus muiden hoitomenetelmien käyttöön.....	34
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	35
6.3	Opinnäytetyöprosessin ja oman ammatillisen kasvun ja kehityksen arviointi.	37

6.4 Jatkotutkimusaiheet	38
LÄHTEET	39

LIITTEET

- Liite 1 Tiedote tutkimukseen osallistujille
- Liite 2 Saatekirje ja teemahaastattelurunko
- Liite 3 Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostamisesta

1 JOHDANTO

Suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa käytetään kansainvälisesti verrattuna paljon pakkotoimia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa* esitetään pakkotoimien vähentymistä psykiatrisissa sairaaloissa noin 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14-15, 21.) EU:n terveysohjelmassa mukana olleen Suomen IT-HACA-hankkeen (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) perusteella laaditussa Hyvä käytäntö -kuvauksessa suositellaan vierihoidon käyttöä psykiatrisissa yksiköissä, koska sen on todettu vähentävän eristämisen määrää (Järvelä, Ruuska & Saavalainen 2010).

Opinnäytetyön aiheena oli lastenpsykiatrinen vierihoito. Tarkoituksena oli kuvata Alavan sairaalan lastenpsykiatristen tutkimus- ja hoito-osastojen (2751 ja 2752) sekä kriisiosaston (2753) hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vierihoidosta. Kyseisillä osastoilla hoidetaan osastonhoitaja Väänänen (16.9.2011) mukaan 4–15-vuotiaita lapsia ja nuoria. Alavan sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla vierihoidolla tarkoitetaan määräaikaista hoitomuotoa, jossa hoitaja on jatkuvasti lapsen välittömässä läheisyydessä tehtävänänsä huolehtia lapsen fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden lisäksi psyykkisen voinnin kohentumisesta (Paukkeri 2010, 1). Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla vierihoidoa voidaan kehittää lastenpsykiatrisilla osastoilla. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä mahdollisesti Kuopion yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrisilla osastoilla.

Opinnäytetyön tilaaja oli Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten klinikan lastenpsykiatrian palveluryhmä, joka toimii Alavan sairaalassa. Yhteyshenkilönä opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa oli lastenpsykiatrian tutkimus- ja hoito-osastojen osastonhoitaja Tiina Väänänen.

Opetusministeriön julkaisussa on määritelty sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden osaamisalueita, joista eettinen toiminta, yhteistyö sekä tutkimus- ja kehittämissuunnitelma liittyvät tämän opinnäytetyön tavoitteisiin. Julkaisun mukaan sairaanhoitajan tulee vastata omasta ammatillisesta kehittämisestään ja osata toimia projekteissa oman alansa asiantuntijana. Näiden lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla hyvät tiedonhankintataidot ja kyky kriittiseen ajatteluun. Sairaanhoitajan tulee myös pystyä laatimaan selvityksiä ja julkaisuja. (Opetusministeriö 2006, 64, 66.) Tärkeimmät henkilökohtaiset ammatillisen kehittymisen tavoitteet tässä opinnäytetyössä olivat yhteistyö- ja tiedon-

hakutaitojen sekä kriittisen ajattelun kehittyminen. Lisäksi tavoitteena oli pystyä tuottamaan johdonmukainen, kieliasultaan selkeä ja opinnäytetyöprosessia perusteellisesti kuvaava kirjallinen raportti. Tavoitteena oli myös lasten hoitotyön kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen.

2 4–15-VUOTIAIDEN LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

2.1 4–15-vuotiaan lapsen motorinen ja psykososiaalinen kehitys

Lapsen kehitys on kokonaisvaltainen prosessi. Siihen kuuluu fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. (Noppari 2009, 312.) Seuraavassa käsitellään 4–15-vuotiaan lapsen motoristen ja psykososiaalisten taitojen kehittymistä.

Lapsen terveeseen kehitykseen kuuluva ensimmäinen itsenäistymisvaihe, uhmaikä, ajoittuu tavallisimmin 3–5 vuoden ikään. 4-vuotias lapsi opettelee tahtomista ja on itsenäinen sekä riippumaton muista. Hän on usein niin fyysisesti kuin verbaalisestikin aggressiivinen. (Katajamäki 2004b, 67.) 4–5-vuotias lapsi keskittyy minäkuvansa rakentamiseen. Hän ihmettelee omaa kehoaan ja omia kykyjään. Tässä vaiheessa lapsen itsetunto kehittyy, ja usko itseensä antaa mahdollisuuden itsenäistymiseen. 5–6-vuotiaana lapsi opettelee sosiaalisia taitoja. (Cacciatore 2007, 112-115.) 4-vuotiaan motoriset taidot ovat kehittyneet niin, että hän osaa hyppiä yhdellä jalalla ja kävellä portaat alas vuoroaskelin. Hän osaa leikata saksilla ja käyttää kynää jäljentääkseen neliön ja kolmion. Viisivuotias hyppää narua sekä opettelee hiihtämään ja luistelemaan. Hienomotoriikka on edelleen kehittynyt niin, että lapsi viisivuotiaana solmii jo kengännauhat. Hän myös kirjoittaa numeroita ja kirjaimia. (Katajamäki 2004b, 67.)

6–8-vuotiaana lapsi pohtii oikein tai väärin toimimisen seurauksia, ja empatiakyky kasvaa. Hänen toimintaansa ja sääntöjen noudattamista on aikaisemmin ohjannut jatkuva valvonta ja seuraamusten välttely, mutta tämän ikäinen lapsi osaa eläytyä toisten asemaan ja pohtia tekojensa seurauksia tarkemmin. Lapsi tarvitsee myös omaa tilaa ja aikaa ajatellakseen omia asioitaan. (Cacciatore 2007, 118.) 7–8-vuotias lapsi viettää mielellään aikaa itsekseen puuhaillen, vaikka leikit ja pelit kavereiden kanssa ovat myös tärkeitä. (Katajamäki 2004a, 73.) Kouluikäiselle erityisen tärkeää on toiminnallisuus: hän kiipeilee, juoksee, hyppii, hiihtää, luistelee, ui ja pyöräilee. Myös hienomotoriikka kehittyy vähitellen aikuisen tasolle. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 68.)

9–12-vuotias lapsi on toiminnallinen ja aktiivinen, ja hän haluaa tuntea olevansa tarpeellinen ja luottamuksen arvoinen. Kavereiden merkitys korostuu, ja lapsi kokee tärkeäksi tulla hyväksytyksi kaveripiirissä. Leikit ja pelit ovat edelleen tärkeitä koulun ja kotitöiden ohessa. Kehityksessä voi näkyä jo merkkejä esimurrosiästä. Lapsi saattaa olla uhmakas, huolimaton, kömpelö, rauhaton ja herkkä. (Vanhempainnetti 2011.)

Tytöillä murrosiän merkit alkavat näkyä 10–12-vuotiaina ja pojilla hieman myöhemmin (Katajamäki 2004a, 72).

Varhaisnuoruus ajoittuu ikävuosiin 11–14. Hormonitoiminta aktivoituu aiheuttaen kasvupyrähdysten, ja samalla koko keho muuttuu. Nuoren on vaikea hallita kehoaan, mutta toisaalta varhaisnuori on erityisen tietoinen kehostaan ja sen rajoista. Tarve intimitettiin on suurempi kuin lapsena, ja nuori haluaakin olla paljon yksin. Terveeseen kehitykseen kuuluu normatiivinen regressio, jolloin nuori ajoittain turvautuu entiseen lapsenomaiseen käyttäytymismalliin etsien samalla tyydytystä vanhemmiltaan. Seksuaalisuus alkaa kiinnostaa sekä tyttöjä että poikia. Käytökseltään ja mielialaltaan varhaisnuoret ovat ailahtelevia, ja he etsivät rajoja käyttäytymällä normien vastaisesti ja aikuisia vastustaen. (Rantanen 2004, 46-47).

2.2 Lasten psykiatriset ongelmat

Lapsilla esiintyviä tyypillisimpiä psykiatrisia ongelmia ovat muun muassa käytöshäiriöt, mielialahäiriöt, tunne-elämän häiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottisuus. Toisaalta pään traumoihin tai myrkytyksiin liittyvät psykooseja muistuttavat tilat tai lapsuusiän skitsofrenia ovat harvinaisia. (Punkanen 2003, 148-149.) Myös Linna (2004b, 299) toteaa, ettei lapsuusiän skitsofrenia ole yleinen sairaus. Edellä mainittujen ongelmien lisäksi tässä opinnäytetyössä käsitellään osastonhoitaja Väänänen (20.9.2011) ehdotuksesta lyhyesti myös Aspergerin oireyhtymää, joka kuuluu laajalajisiin kehityshäiriöihin.

2.2.1 Käytöshäiriöt, mielialahäiriöt ja tunne-elämän häiriöt

Käytöshäiriöllä tarkoitetaan toistuvaa tapaa ja pysyvää epäsosiaalisen käyttäytymisen mallia, mikä ei ole ainoastaan huonoa käytöstä tai kapinointia. Käytöshäiriö on oirekokonaisuus, jota on hoidettava, ettei se johtaisi aikuisiän persoonallisuushäiriöihin. Käytöshäiriöisen lapsen on vaikea hallita käyttäytymistään ja hän menettää helposti malttinsa. Lapsella ei ole keinoja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen eikä hän kykene empatiaan. Lapsen itsetunto on usein heikko, ja hänellä saattaa olla oppimisvaikeuksia. Tunne-elämältään lapsi on kypsymätön, ja hänellä on huomion herättämisen tarve. Lapsi on itsekeskeinen ja lyhytjänteinen. (Punkanen 2003, 148-149.) Käytöshäiriön oireita ovat toistuva ja sisällöltään vaikeutuva varastelu, aggressiivinen käyttäytyminen, kouluhaluttomuus ja toisen omaisuuden tuhoaminen. Käytöshäiriöön

liittyy usein tarkkaavuushäiriö, lukihäiriö tai depressio, eikä siihen ole yleensä vain yhtä yksittäistä syytä. (Moilanen 2004b, 265-266, 268-269.)

Mielialahäiriöissä keskeistä on mielialan muutos, jonka ääripäitä ovat masentuneisuus tai iloinen yliaktiivisuus. Lapsen ja aikuisen masennuksessa on havaittavissa samoja piirteitä. Masennus ja siihen liittyvä itsetuhoisuus ovat vakavia mielenterveyden ongelmia sekä lapsilla että aikuisilla. (Punkanen 2003, 149.) Mielialan muutos vaikuttaa yleensä myös toiminnallisuuteen. Mielialahäiriöihin kuuluvat kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ja masennus, joissa molemmissa taudinkuvat usein vaihtelevat. (Räsänen 2004, 218.)

Tunne-elämän häiriöihin kuuluvat ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireinen häiriö, valikoiva puhumattomuus, dissosiaatiohäiriöt sekä muut toiminto- ja tunnehäiriöt. Tunne-elämän häiriöissä lapsi tai nuori kokee tyypillisesti epänormaalin suurta ahdistusta. Ahdistus ei ilmene aina suoranaisesti, vaan se saattaa piiloutua muiden oireiden taakse. Tällöin aggression sanotaan kohdistuvan omaan itseen päinvastoin kuin käytöshäiriössä, jossa paha olo suuntautuu ulospäin. (Moilanen 2004a, 201.)

2.2.2 Laaja-alaiset kehityshäiriöt

Laaja-alaisia kehityshäiriöitä ovat lapsuusiän autismi, Aspergerin oireyhtymä, epätyypillinen autismi, Rettin oireyhtymä ja muut lapsuuden aikaiset persoonallisuutta hajottavat häiriöt/disintegratiiviset häiriöt. Muita laaja-alaisia kehityksen erityisvaikeuksia ovat älylliseen kehitysvammaisuuteen ja kaavamaisiin liikkeisiin liittyvä yliaktiivisuusoireyhtymä, muut laaja-alaiset kehityshäiriöt ja määrittelemättömät laaja-alaiset kehityshäiriöt. (Linna 2004a, 289). Seuraavassa tarkastellaan Aspergerin oireyhtymää, jota ymmärtääkseen on tiedettävä mitä lapsuusiän autismi tarkoittaa.

Lapsuusiän autismin on tyypillistä ennen kolmen vuoden ikää ilmenevä poikkeava tai häiriintynyt kehitys. Häiriölle on luonteenomaista poikkeava toiminta, joka ilmenee sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriönä sekä kapea-alaisena, kaavamaisena ja keräytävänä käyttäytymisenä. Kyseisten erityispiirteiden lisäksi ilmenee muita yleisiä ongelmia, kuten pelkoja, uni- ja syömishäiriöitä, raivokohtauksia ja itseen kohdistuvaa aggressiivisuutta. (Linna 2004a, 295.)

Aspergerin oireyhtymää luonnehtivat samanlaiset sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet kuin autismissa. Lisäksi esiintyy mielenkiinnon kohteiden ja toimintojen

rajoittuneisuutta ja kaavamaisista toistuvuutta. Kielen kehityksen viivästymää ei autismissa poiketen esiinny, mutta häiriöön liittyy tavallisesti kömpelyyttä. Aspergerin oireyhtymää pidetään yhtenä hyvätasoisien autismien muotona, vaikka asiasta ei olla täysin yhtä mieltä. (Linna 2004a, 295-296.)

2.2.3 Persoonallisuushäiriöt ja psykoosit

Persoonallisuushäiriöistä ei lasten kohdalla mielellään puhuta, koska heidän persoonallisuutensa kehitys on vielä kesken. Kuitenkin persoonallisuuden häiriöön viittaavia ominaisuuksia voidaan havaita jo lapsuudessa. (Punkanen 2003, 150.) Tällaisia normaalikehitykseenkin kuuluvia persoonallisuuden ominaisuuksia ja piirteitä ovat itsekkeisyys, estyneisyys, varautuneisuus, epävarmuus, eristäytyneisyys, passiivisuus tai uhma. Persoonallisuuden häiriöön ne voivat viitata silloin, kun ne ovat voimakkaita, jäykkiä ja esiintyvät monissa ympäristöissä sekä häiritsevät normaalia kehitystä aiheuttaen kärsimystä lapselle itselleen, huolta ympäristössä ja ongelmia vanhemmille. (Almqvist 2004, 308.)

Lapsuusiän psykooseihin luetaan skitsofrenia ja muut, lähinnä orgaanisten psykoosien kaltaiset tilat (Punkanen 2001, 149). Lapsuusiän skitsofreniassa esiintyy ajatusten assosiaatiohäiriöitä, jumiutumista, harhaluuloja, kuuloharhoja, tuntoharhoja tai näköharhoja, eli lapsuusiän skitsofrenian oireet ovat pääosin samanlaisia kuin nuorilla tai aikuisilla. Skitsofreniaa esiintyy pojilla enemmän kuin tytöillä. (Linna 2004b, 299.)

2.3 Lastenpsykiatrinen hoitotyö osastolla

Osastohoidon keskeinen piirre on vuorovaikutussuhteiden paljous ja monimuotoisuus, joihin osastohoidon terapeutit ominaisuudet perustuvat. Vuorovaikutuksessa ovat keskenään potilas ja hänen perheensä sekä osaston työryhmän jäsenet. Osastohoito on samanaikaisesti sekä yksilö- että perheterapeuttinen prosessi. Perhetyöskentelyyn kuuluvat perhetapaamiset, perheneuvottelut ja perhehaastattelut. Perheen kanssa työskentelyä tapahtuu lisäksi tavallisissa arjen tapaamisissa perheen ja työryhmän välillä. Osastohoitoon kuuluu potilaan yksilöllinen hoitosuhde omahoitajaan. Omahoitajasuhde on potilaalle tärkeämpi kuin suhteet muihin työntekijöihin. (Piha 2004, 422-425.) Yhdessäolo omahoitajan kanssa on erityisen tärkeää lastenpsykiatriassa hoitotyössä, koska lapsen sisäinen maailma näkyy kaikessa lapsen tekemisessä. Huolenpito korostuu lastenpsykiatrisessa hoitotyössä. Päivittäisissä selvittely-

tilanteissa kerrataan yhteisiä sääntöjä ja pyritään selvittämään, mitä on tapahtunut ja mistä tapahtuneessa oli kysymys. (Punkanen 2003, 152.)

Sonninen (2000, 12) viittaa opinnäytetyössään Westin ja Evensin (1992) teokseen todetessaan, että lastenpsykiatrisessa osastohoidossa hoitotyöntekijät elävät lapsen kanssa koko hoitajakson ajan, ja tukevat sekä auttavat lasta tämän toiminnoissa. Hoitotyön perusta on lapsen kehityksen tunteminen ottaen huomioon kehityksen yksilöllisyys. Tavoitteena on mahdollistaa lapsen kasvu ja kehitys. Ellilän (2000, 30) tutkimuksen mukaan hoitomuotoina lasten- ja nuorisopsykiatrisilla osastoilla korostuivat muun muassa omahoitajatyöskentely, perhekeskeisyys, verkostoyhteistyö, toiminnalliset ryhmät ja päivittäisten toimintojen opettelu.

Hoitotyöhön osastolla kuuluvat myös tutkimukset, joita tekevät lääkäri, psykologi, toimintaterapeutti sekä muut erityistyöntekijät. Erilaisia terapioita järjestetään päivittäin. Lääkehoitoa käytetään tukihoidona, ja sen aloittamisen syynä voi olla esimerkiksi vaikea-asteinen aggressiivisuus, pitkäkestoinen ahdistuneisuus ja tuska tai psykoottisuus. Lääkehoidon vastetta ja haittavaikutuksia tarkkaillaan jatkuvasti, ja se lopetetaan välittömästi, kun se on mahdollista. (Punkanen 2003, 154-155.) Ellilä (2000, 39) toteaa tutkimuksessaan, että lääkehoidon osuus on kasvanut huomattavasti, kun taas eri terapiamuotojen käyttö on vähentynyt.

Yksi lastenpsykiatristen osastojen keskeinen auttamismenetelmä on terapeutin kiinnipito, jolla luodaan turvallinen hoitoympäristö ja tuetaan lasta tunteiden hallinnassa (Venäläinen 1999, 31, Heiskanen 2004, 24.) Terapeuttisella kiinnipidolla tarkoitetaan lapsen aggressiivisen käyttäytymisen hillitsemistä pitämällä lapsesta kiinni, kunnes lapsi on rauhoittunut riittävästi. Kiinnipidon tarkoituksena on estää lasta vahingoittamasta itseään tai muita. Kiinnipitohoidolla autetaan lasta turvallisesti selviytymään vaikeista tunteiden purkauksista. Kiinnipitotilanne voi olla lapselle järkyttävä ja negatiivinen kokemus, jos hänellä ei ole aikaisempaa tietoa kiinnipitohoidosta. Kiinnipittoa ei tule koskaan käyttää rangaistuskeinona. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 156).

Mielenterveyslain (1990/1116, § 22e) mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa oleva potilas voidaan eristää muista potilaista vastoin tahtoaan, jos hänen sairautensa hoito tai potilaan turvallisuus tai muiden henkilöiden turvallisuus sitä vaatii. Lastensuojelun lain mukaan lapsen eristämisen on tapahduttava hoitohenkilöstön jatkuvan huolenpidon alaisena. Eristysmääräyksen yhteydessä on määrättävä henkilö, joka huolehtii lapsen turvallisuudesta. Lapsen on eristämisen aikana saatava riittävä huolenpito ja

hoito sekä mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa. (L 2007/417, § 70.) Taipale ja Välimäki (2002, 173) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan, että eristämiseksi on oltava lääketieteelliset perusteet, ja että sen tavoitteena on auttaa potilasta hallitsemaan käyttäytymistään ja tunteitaan turvallisessa ympäristössä. Kontio on tutkinut väitöskirjaansa varten psykiatristen potilaiden kokemuksia eristämisen- ja sitomiskäytännöistä. Tutkimuksessa potilaat esittivät myös parannusehdotuksia eristämiseksi ja lepositeiden käytölle. He kaipasivat enemmän hoitajien ja lääkäreiden läsnäoloa osastolla - jopa pelkkää hiljaista vierellä oloa, empaattista kuuntehua, huomiota ja ymmärrystä sekä aktiivista vuorovaikutusta. (Kontio 2011, 5, 42.)

Kaste-ohjelman Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan pakkotoimien vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa edellyttää hyviä käytäntöjä ja asenteiden muuttamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21). Suomen ITHACA-hankkeen perusteella vierihoidosta laaditun Hyvä käytäntö –kuvauksen mukaan vierihoito käytäntönä on vähentänyt eristämisen määrää, ja se on ihmisarvoa kunnioittavaa (Järvelä ym. 2010). Hanke oli osa EU:n terveysohjelman laajempaa hanketta, ja se toteutettiin vuosina 2007-2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaasan toimipisteen, Mielenterveyden keskusliiton ja Kokkolan kaupungin yhteistyönä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Hankkeen tuloksena Mielenterveyden keskusliiton kokemus- ja tutkimustutkijoiksi kouluttamat mielenterveyskuntoutajat laativat Hyvä käytäntö –kuvauksia eurooppalaista kokemusvaihtoa varten. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

2.4 Vierihoito psykiatrisessa hoitotyössä

Lastenpsykiatrista vierihoitoa koskevia tutkimuksia ei tiedonhaun tuloksena löytynyt, joten opinnäytetyön lähteinä käytettiin ulkomaisia aikuispsykiatrisia tutkimuksia. Niissä vierihoidon kaltaisista hoitokäytännöistä käytettiin termiä erityisvalvonta (*special observation*). Se näyttää olevan sateenvarjokäsite, jonka alle sijoittuu lukuisia erilaisia käsitteitä ja käytäntöjä itsetuhoisen potilaan elämän turvaamiseksi. Tässä opinnäytetyössä erityisvalvonnasta (*special observation*) käytetään nimeä vierihoito, sillä opinnäytetyön tekijät havaitsivat englanninkielisen termin vastaavan suomenkielistä käsitettä vierihoito. Seuraavassa esitetään, miten tutkimuksissa vierihoitoa määriteltiin, millainen vaikutus vierihoidolla oli itsensä vahingoittamiseen ja millaisia resursseja vierihoidon katsottiin vaativan.

2.4.1 Vierihoidon käsitteet ja käytännöt

Vierihoito (*formal observation*) on psykiatristen hoitajien keskuudessa laajalti hyväksytty menetelmä, joka sisältää rutiininomaisen tai yleisen tarkkailun, 15 tai 30 minuutin välein tapahtuvat tarkistukset ja jatkuvan tarkkailun tai seurannan (Manna 2010, 268). Vierihoidoa määritellään Bowersin ja Parkin kirjallisuuskatsauksessa seuraavasti: yleinen tapa on kohdistaa nimetty henkilö hoitamaan riskipotilasta tietyn ajanjakson ajan. Vierihoidosta käytetään erilaisia termejä, kuten erityinen (*special*), läheinen (*close*), maksimaalinen (*maximum*), jatkuva (*continuous*) tai pysyvä (*constant*) tarkkailu/seuranta (*observation*), huomio (*attention*) tai valvonta (*supervision*); itsemurhavaltvonta (*suicide watch*) tai varotoimi (*precaution*); 15 minuutin tarkistukset (*15-minute checks*); käyttäytymisen tarkistuslistat (*behavioral checklists*); kahdenkeskinen hoitaminen (*one-to-one nursing*) ja niin edelleen. Vierihoito on usein jaettu edelleen eri tasoihin, vähiten tunkeilevasta (ajoittaiset tarkistukset) eniten tunkeilevaan, jossa hoitaja on jatkuvasti potilaan välittömässä läheisyydessä. (Bowers & Park 2001, 770.)

Sen lisäksi, että vierihoidon toteuttamisen tasot ja vierihoidosta käytetyt käsitteet olivat moninaisuudessaan hämmentäviä, Bowers ja Park toteavat, että hoitajat usein epävirallisesti muuntelivat yleisiä toimintatapoja omien riskinarvioidensa perusteella. Myös sairaaloiden väliset vierihoidokäytännöt saattoivat vaihdella suuresti aiheuttaen enemmän hämmennystä. (Bowers & Park 2001, 776, 781.) On otettava huomioon, että kirjallisuuskatsauksessa esitetyt tutkimustulokset hoitajien omiin arvioihinsa perustuvista vierihoidon toteuttamistavoista ja sairaaloiden erilaisista vierihoidokäytännöistä on julkaistu vuosina 1986-2000. Uudempaa tutkimustietoa kyseisistä asioista ei tässä opinnäytetyössä voitu esittää tutkimustiedon niukkuuden vuoksi.

2.4.2 Vierihoidon vaikutus itsetuhoisuuteen

Seuraavassa esitellään tutkimuksia, joissa on selvitetty vierihoidon vaikutusta itsensä vahingoittamisen vähentymiseen. Bowers ja Simpson julkaisivat vuonna 2007 laajan tutkimuksensa, jonka ensisijainen tarkoitus oli tutkia itsensä vahingoittamisen ja vierihoidon (*constant special observation*) suhdetta toisiinsa psykiatrisilla akuuttiosastoilla. Tutkimustulokset osoittivat, että vierihoidolla ei ollut yhteyttä itsensä vahingoittamisen määriin. Tutkijat kuitenkin toteavat, että vierihoidokäytännöstä ei ole syytä luopua suuren riskin tilanteissa. Heidän mukaansa yhteyden puuttuminen vierihoidon ja itsensä vahingoittamisen välillä voi selittyä sillä, että itsensä vahingoittaminen lisää vierihoidon käyttöä, mikä puolestaan vähentää itsensä vahingoittamisen esiintymistä.

(Bowers & Simpson 2007, 13.) Myös Stewartin, Bowersin ja Warburtonin tutkimustulokset osoittivat, ettei vierihoidon ja itsensä vahingoittamisen esiintyvyyden välillä ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä. He tulivat siihen johtopäätökseen, että vierihoitoa voitaisiin vähentää vaarantamatta potilaan turvallisuutta (Stewart, Bowers & Warburton 2009, 523).

Vierihoidon tarkoituksena on vähentää muun muassa potilaiden itsensä vahingoittamista, itsemurhia ja väkivaltaa. Olemassa oleva laadullinen tutkimus ei Mannan mukaan onnistu esittämään suoraa yhteyttä vierihoidon ja haitallisten tapahtumien ehkäisyyn välillä. (Manna 2010, 268.) Toisaalta Stewart, Bowers ja Ross tulevat tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että itsemurhariskissä olevien potilaiden asettamisella jatkuvaan vierihoidon (*constant special observation*) hoitajakson aikana saattaa olla suojaava vaikutus (Stewart, Bowers & Ross 2011, Abstract).

2.4.3 Vierihoidon vaatimat resurssit

Kirjallisuuskatsauksessaan Bowers ja Park toteavat vierihoidon olevan kallista. Heidän mukaansa todelliset kustannukset riippuvat vierihoidon organisoinnista, osaston henkilökunnan määrästä, vierihoidon intensiivisyyden tarpeesta, vierihoidossa käytetystä henkilökunnasta sekä siitä, turvaudutaanko vierihoidossa vapaaehtoiisiin tai sukulaisiin. Vierihoidajan tulisi olla ensisijaisesti osaston hoitohenkilökuntaa, mutta vierihoidajana voi toimia myös terveysalan opiskelija tai varahenkilö. Sukulaisiin, ystäviin tai vapaaehtoiisiin turvaudutaan viimeiseksi. (Bowers & Park 2001, 775, 781.) Terveystieteiden huollon kustannusten kasvaessa vierihoidon tehokkuuden osoittaminen tulee yhä tärkeämmäksi, kun verrataan kuluja hyötyihin. Hoitajille asetettujen vaatimusten lisääntymisen ja samanaikaisen hoitajapulan vuoksi näyttö vierihoidon tehokkuudesta on tarpeellista. Hoitajien tulee siis tietää, ovatko potilaat hyötäneet vierihoidon käytetystä ajasta. (Manna 2010, 269.)

2.5 Vierihoido Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla

Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla vierihoidolla tarkoitetaan määräämää hoitomuotoa, jossa hoitaja on jatkuvasti lapsen välittömässä läheisyydessä. Vierihoidon aloittamisen syitä voivat olla esimerkiksi lapsen itsetuhoisuus tai aggressiivinen käyttäytyminen, väkivallan uhka, lapsen pelokkuus sekä ongelmat syömishäiriöisen lapsen käytöksen hallinnassa. Vierihoidon tavoitteena on taata lap-

sen fyysinen ja psyykinen turvallisuus sekä kohentaa lapsen psyykkistä vointia. Lääkäri arvioi lapsen vierihoidon tarpeen ja määrää hänelle tarvittaessa vierihoidajan. Lääkärin tulee arvioida säännöllisesti vierihoidon jatkumisen tarve. Vierihoidojärjestely puretaan heti lapsen voinnin korjaannuttua. Lapsen ja hänen huoltajiensa tulee tietää vierihoidon perusteet ja tavoitteet. (Paukkeri 2010, 1.)

Osastonhoitaja tai työvuorossa oleva vastuuhoidtaja nimeää työryhmästä lapselle sopivan vierihoidajan. Vierihoidtaja on lapsen lähellä koko tämän valveillaoloajan. Lapsen nukkuessa vieressä ei yleensä ole tarvetta olla. Vierihoidtajan tehtäviin kuuluu lapsen fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudesta sekä perustarpeista huolehtiminen. Myös muiden lasten sekä henkilökunnan ja omaisuuden turvallisuus voidaan turvata vierihoidon avulla. Vierihoidtaja voi vahvistaa lapsen turvallisuuden tunnetta käyttäytymällä itse rauhallisesti ja olemalla intensiivisesti läsnä. Olemalla aktiivisesti vuorovaikutuksessa lapsen kanssa vierihoidtaja pyrkii kohentamaan lapsen psyykkistä vointia. Vierihoidtajan tehtävänä on myös arvioida lapsen tilannetta päivittäin ja kirjata huomionsa hoitokertomukseen. (Paukkeri 2010, 1-2.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Alavan sairaalan lastenpsykiatristen tutkimus- ja hoito-osastojen (2751 ja 2752) sekä kriisiosaston (2753) hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vierihoidosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla vierihoitoa voidaan kehittää lastenpsykiatrisilla osastoilla.

Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli kuvata:

- Miten vierihoitoa toteutetaan osastolla?
- Millainen vierihoidajan työn sisältö on?
- Miten hoitajat kokevat vierihoidokäytännön?
- Miten vierihoito on vaikuttanut muiden hoitomenetelmien käyttöön?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on ihmistieteellistä ja ymmärtävää tutkimusta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ilmiön kuvaaminen, toiminnan ymmärtäminen sekä ilmiön teoreettinen tulkinta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 66, 85.) Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää tutkimalla kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Laadullisen tutkimuksen kohteina ovat yleensä ihmiset ja heidän elämänpiirinsä. Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska tulokset perustuvat kertomuksiin ja kokemuksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska sen tarkoituksena oli tutkimustehtävien avulla saada tietoa lastenpsykiatristen osastojen hoitajien vierihoidon liittyvistä kokemuksista ja näkemyksistä. Kylmän ja Juvakan (2007, 26) teoksessa todetaan laadullisen tutkimuksen tutkimustehtävien yleensä tarkentuvan tutkimusprosessin edetessä; myös uusien tutkimustehtävien muodostuminen on mahdollista. Tässä opinnäytetyössä lopulliset tutkimustehtävät muodostuivat aineiston analyysivaiheessa siten, että viimeinen tutkimustehtävä *Millaisia hoitomenetelmiä on käytetty ennen vierihoidon, muutettiin muotoon Miten vierihoidon on vaikuttanut muiden hoitomenetelmien käyttöön*. Muut tutkimustehtävät pysyivät ennallaan.

Laadullisen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on saatavissa yleensä vain niukasti aikaisempaa tutkimustietoa, joten sen tarkoituksena on uuden tiedon tuottaminen (Kylmä & Juvakka 2007, 30). Ennen aineiston keruuta tutkijan on syytä tutustua tutkimusaiheeseen liittyviin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 57). Tutkimus- ja teoriatietoa opinnäytetyöhön haettiin Aapeli-, Linda-, Medic- ja Cihna-tietokannoista. Hakusanoja olivat vierihoidon, lastenpsykiatria, mielenterveyshäiriö, lapset, sairaala, sairaalaosasto, psykiatrisen hoito, pakkohoito, rajoittaminen, eristäminen ja lasten hoitotyö. Suomalaista tutkimustietoa lastenpsykiatrisesta vierihoidosta ei löytynyt lainkaan. Ainoastaan yhdessä opinnäytetyössä oli tutkittu hoitajien kokemuksia vierihoidosta aikuispsykiatrisella osastolla. Tiedonhaku laajennettiin ulkomaisiin tietokantoihin. Englanninkieliset hakusanat olivat rooming-in, continuous observation, formal observation, special observation, special attention, one-to-one observation, child psychiatry, psychiatric nursing ja seclusion. Vierihoidon liittyviä ulkomaisia tutkimuksiakin löytyi pelkästään aikuispsykiatrisen hoitotyön osalta.

4.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta on tärkeää arvioida tutkimuksen totuudenmukaisuuden selvittämiseksi. Laadullisen tutkimuksen luottavuuden arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi seuraavia kriteereitä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. Tutkimuksen uskottavuutta lisäävät tutkimustulosten totuudenmukaisuuden osoittaminen, tutkijan riittävä perehtyminen tutkittavaan aiheeseen sekä tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Tutkimustulosten paikkansapitävyys voidaan vahvistaa tutkimukseen osallistuneilta antamalla tulokset heille arvioitaviksi. Tutkimuksen vahvistettavuuden arviointi perustuu tarkkaan kuvaukseen tutkimuksen eri vaiheiden toteuttamisesta, jonka avulla lukija voi seurata tutkimusprosessin etenemistä. Täytyy kuitenkin muistaa, että laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija voi tulla saman aineiston perusteella eri tuloksiin, eikä tämä välttämättä tarkoita etteivätkö tutkimustulokset olisi luotettavia. Jotta tutkimustuloksia olisi mahdollista siirtää muihin samanlaisiin tilanteisiin, on tutkijan kuvattava riittävästi tutkimukseen osallistujia sekä tutkimusympäristöä. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan arviointia oman roolinsa vaikutuksesta tutkimusprosessiin. Näitä vaikutuksia tutkijan tulee kuvata raportointivaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Eettiset kysymykset korostuvat laadullisessa tutkimuksessa, sillä laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista ja muistuttaa pitkälti arkielämän vuorovaikutusta (Kylmä & Juvakka 2007, 137; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Tutkimuksen eettisiä näkökulmia on tärkeää pohtia tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimusprosessin alkuvaiheessa on syytä harkita tarkkaan tutkimusaiheen tarpeellisuutta sekä pohtia sen yhteiskunnallista merkitystä. Myös tutkimusmenetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon eettinen näkökulma. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 144, 146.)

Tutkimuksen eettisenä perustana voidaan pitää ihmisoikeuksia. Tutkittavien tulee olla tietoisia tutkimuksen tavoitteista, toteutuksesta sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä. Tutkijan on saatava tutkittavalta vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja tutkijan tulee varmistua tutkimushenkilön rationaalisesta päätöksentekokyvystä. Tutkimukseen osallistujalle tulee kertoa myös hänen oikeudestaan kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimustiedot on pidettävä luottamuksellisina, ja niitä saa käyttää vain sovittuun tarkoitukseen. Tutkimushenkilöiden on jäätävä nimettömiksi, ellei heidän kanssaan ole toisin sovittu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimushenkilöiden nimettömyyden säilyttäminen on erityisen haastavaa laadullisessa tutkimuksessa sille tyypillisen pienen aineiston vuoksi. Tutkijan on rajattava tutkimusraportista kaikki mahdolliset tunnistetiedot pois.

Myös aineiston analyysivaiheessa tutkimushenkilöiden anonymiteetista on huolehdittava. Esimerkiksi litteroidussa aineistossa ei käytetä haastateltavien nimiä. Tulosten raportoiminen on tutkijan eettinen velvollisuus. Raportin tulee olla rehellinen ja tarkka kuvaus tutkimuksen vaiheista. (Kylmä & Juvakka 2007, 151, 153-154.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä arvioidaan luvussa 6.1.

4.3 Tutkimusaineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään yleisimmin haastattelun, kyselyn, havainnoinnin tai dokumentteihin pohjautuvan tiedon avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Aluksi opinnäytetyön aineisto suunniteltiin kerättäväksi hoitajilta pyydettävillä esseillä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kuitenkin haastattelemalla Alavan sairaalan lastenpsykiatristen tutkimus- ja hoito-osastojen (2751 ja 2752) sekä kriisiosaston (2753) hoitajia. Haastatteluun päädyttiin esseiden sijasta, koska esseillä kerättävään aineiston saantiin katsottiin liittyvän enemmän riskejä. Tiedote (Liite 1) opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä haastattelusta lähetettiin osastonhoitaja Väänäsen välityksellä osastoille 6.10.2011. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka perustuu ennalta määriteltyihin teemoihin, mutta jonka kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48). Haastattelun teemat pohjautuvat aiempaan tietoon tutkimusaiheesta. Teemahaastattelun tavoitteena on löytää vastauksia tutkimustehtäviin haastateltavien kertoman avulla. Haastattelun teemat voidaan antaa haastateltaville jo etukäteen, jotta he voivat valmistautua tulevaan haastatteluun. Näin toimien haastattelusta saadaan usein myös enemmän tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 75.) Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, sillä keskustelun toivottiin etenevän tutkimustehtävien mukaisesti. Teemat muodostettiin opinnäytetyön tutkimustehtävien perusteella, ja teemoja tarkennettiin apukysymysten avulla. Teemahaastattelurunko saatekirjeineen (Liite 2) lähetettiin 12.10.2011 osastonhoitaja Väänäselle, joka toimitti ne edelleen haastateltaville.

Teemahaastattelun toteutusvaihtoehtoina olivat hoitajien pari- tai ryhmähaastattelu. Tämä opinnäytetyö toteutettiin ryhmähaastatteluna parihaastattelun sijasta, sillä osastonhoitaja Väänänen vakuutti hoitajien pystyvän vastaamaan haastattelussa mahdollisimman objektiivisesti ryhmätilanteesta huolimatta. Välimaan ja Mäntyrannan (1998, 82) mielestä ryhmähaastattelua kannattaa käyttää terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan, ajattelutavan ja päätöksenteon tutkimiseen. Ryhmähaastattelu on

vapaamuotoisen keskustelun kaltainen tilanne, jonka tavoitteena on saada monipuolista tietoa tutkimusaiheesta. Ryhmähaastattelussa haastattelija suuntaa puheensa yleensä kaikille haastateltaville yhtä aikaa, mutta hän voi myös esittää kysymyksiä vain yhdelle haastateltavista. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 84) toteavat, että ryhmähaastattelu saattaa vaihdella vapaamuotoisesta keskustelusta tarkasti ohjattuun keskustelun kulkuun. Myös Pötsönen ja Pennanen toteavat, että ryhmähaastattelun yksi toteutustapa on enemmän tai vähemmän ohjattu ryhmäkeskustelu. Kun keskustelu on ohjattua, se on teemahaastattelun kaltaista, jolloin haastateltavat keskustelevat ennalta määritellyistä teemoista haastattelijan ohjaamana. (Pötsönen & Pennanen 1998, 1.) Ryhmähaastattelu on mielekäs haastattelun muoto, sillä samalla haastattelukerralla saadaan tietoa tutkittavasta aiheesta usean henkilön näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2009, 210). Ryhmähaastattelu valittiin haastattelun toteutustavaksi ajankäytöllisistä syistä, ottaen huomioon sekä haastateltavien että haastattelijoiden resurssit.

Haastateltavien valinnassa on tärkeää ottaa huomioon se, että haastateltavilla olisi mahdollisimman paljon kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Haastateltaviksi pyrittiin saamaan hoitajia, joilla oli työkokemusta lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä vähintään kaksi vuotta sekä kokemusta vierihoidosta. Opinnäytetyön tekijöiden pyynnöstä osastonhoitaja Väänänen valitsi tutkimukseen osallistujat, kaksi hoitajaa kultakin osastolta, edellä mainituin perustein.

Haastattelu tapahtui 31.10.2011 Alavan sairaalan tiloissa, ja se kesti 1,5 tuntia suunnitellun aikataulun mukaisesti. Haastattelu toteutettiin siten, että toinen opinnäytetyön tekijöistä keskittyi haastattelemaan hoitajia toisen tarkkaillen haastattelutilannetta ja tallentaessa haastattelun. Haastattelun puolivälissä haastattelijan ja tarkkailijan rooleja vaihdettiin. Haastattelu tallennettiin kahdella koululta lainatulla sanelimella. Haastattelun alussa kävi ilmi, että kaksi hoitajaa oli tullut haastatteluun lyhyellä varoitusaajalla osaston työtilanteen vuoksi, eivätkä he olleet ennättäneet tutustua haastattelu-runkoon etukäteen. Yksi haastateltavista joutui poistumaan noin puoli tuntia ennen haastattelun loppua. Haastattelu eteni pääosin haastattelurungon mukaan, ja haastattelun ilmapiiri oli salliva ja vuorovaikutuksellinen.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Analyysivaihe on tutkimuksessa tärkeä, sillä silloin tutkijalle selviää vastaus tutkimustehtäviin. Aineiston analysointi on hyvä aloittaa mahdollisimman pian aineistonkeruun jälkeen, koska tällöin tutkija voi tarvittaessa täydentää helposti aineistoa. Aluksi tallennettu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sana sanalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222, 224.) Aineistoa puhtaaksi kirjoitettaessa tavoitteena on säilyttää haastattelutilanne mahdollisimman tarkasti todellisuutta vastaavana. Tutkijan litteroidessa aineistonsa itse, hän voi samalla perehtyä aineistonsa paremmin. (Kylmä & Juvakka 2007, 110-111.) Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto litteroitiin itse, ja litterointi aloitettiin heti haastattelun jälkeen. Litteroitua aineistoa kertyi 36 sivua. Litterointityöhön kului aikaa noin vuorokausi ja tarkistamiseen noin kuusi tuntia. Litterointi ja sen tarkistus jaettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken tasapuolisesti.

Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa periaatteena on edetä yhdestä kuvauksesta abstraktimpaan yleiskuvaukseen. Sisällönanalyysissä on erotettavissa aineiston yleiskuvan hahmottamisen jälkeen kolme vaihetta: pelkistäminen, ryhmittely eli klusterointi ja yleiskuvauksen muodostaminen eli abstrahointi. Analyysi aloitetaan tutustumalla aineistoon, ja etsimällä aineistosta tutkimustehtäviin vastaavia alkuperäisiä ilmauksia. Alkuperäiset ilmaukset voidaan koodata aineistosta värillisellä korostuksella. Pelkistämisvaiheessa alkuperäisistä ilmauksista muodostetaan tiivistettyjä ilmauksia siten, että olennainen sisältö säilyy. (Kylmä & Juvakka 2007, 116-119.) Sisällönanalyysi aloitettiin joulukuussa 2011, jota ennen aineistoon oli tutustuttu litteroinnin yhteydessä. Aineisto värikoodattiin tutkimustehtävien mukaisesti, jonka jälkeen alkuperäiset ilmaukset järjestettiin teemoittain taulukkoon.

Klusterointivaiheessa tutkija etsii pelkistetyistä ilmauksista sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia, jotka voidaan ryhmitellä samaan alaluokkaan. Kun pelkistetyt ilmaukset on luokiteltu, nimetään alaluokat siten, että nimet kattavat kaikki niiden alla olevat pelkistetyt ilmaukset. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin, minkä jälkeen ryhdyttiin muodostamaan alaluokkia. Alaluokkien nimeäminen ei onnistunut, koska pelkistetyt ilmaukset oli ryhmitelty alkuperäisten teemojen mukaan. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin uudelleen aineistosta nousseiden teemojen mukaisesti. Aineistolähtöiset kymmenen teemaa olivat kirjallisen vierihoidon ohjeen noudattaminen, vierihoidajan valinnan perusteet, vierihoidon käytännön toteuttaminen, vierihoidajan tehtävät, lapsen ja hoitajan välinen vuorovaikutus, lapsen yksi-

öllisten lähtökohtien huomioon ottaminen, hoitajien näkemyksiä vierihoidon lapsissa ja omaisissa herättämistä ajatuksista ja tunteista, vierihoidon vaikutus muiden hoitomenetelmien käytön tarpeeseen, vierihoidajan työn kuormittavuus tai palkitsevuus sekä turvallisuuden toteutuminen vierihoidossa. Uusien teemojen muodostamisen jälkeen alaluokkien nimeäminen oli helpompaa.

Ryhmittelyä voidaan jatkaa edelleen siten, että samansisältöisille alaluokille muodostetaan yläluokat. Aineiston abstrahointia tapahtuu jo pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119.) Sisällönanalyysin tuottaman aineiston avulla voidaan tehdä tutkimuksen johtopäätökset (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Saadut 32 alaluokkaa ryhmiteltiin sisällön mukaan ja ryhmille nimettiin yläluokat. Yläluokkia muodostui 12. Ala- ja yläluokkien muodostamista on kuvattu liitteessä 3. Aineiston luokittelu päätettiin jättää yläluokkiin, koska ne kuvaavat tutkimuksen tuloksia hyvin. Sisällönanalyysin päättämistä luokittelun tasolle voidaan perustella sillä, että tällä opinnäytetyöllä pyrittiin tuottamaan tietoa, jonka avulla käytännön toimintaa voidaan kehittää. Koska yläluokat ovat konkreettisella tasolla, on tiedon soveltaminen käytäntöön helpompaa. Myös Kylmän & Juvakan (2007, 118) teoksessa todetaan, että tutkijan on ryhmittelyn edetessä hyvä arvioida, miten pitkälle aineistoa on syytä ryhmitellä, jotta tulokset ovat riittävän informatiivisia. Toinen syy analyysin yläluokkiin päättämiseksi oli käytettävissä olevan ajan rajallisuus.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä lastenpsykiatrisesta vierihoidosta on kuvattu seuraavassa yläluokkien mukaisesti jäsennettyinä. Tulosten tukena on esitetty haastateltavien alkuperäisiä ilmauksia.

5.1 Vierihoidon ohjeistus

Vierihoidon Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla toteutui ohjeiden mukaisesti. Osastoilla oli käytössä kirjallinen vierihoidon ohje, jota hoitajat noudattivat tarkasti. Ohjeen mukaan hoitajan on oltava lapsen mukana kaikissa toiminnoissa, mukaan lukien wc- ja suihkukäynnit. Vierihoidon ohjeesta poikettiin wc- ja suihkukäyntien osalta vain lääkärin erillismääräyksellä lapsen voinnin niin salliessa.

”...sit jos näyttää, että ei oo niin tiiviin vierihoidon tavallaan tarvis, et tarviis esim vessareissut tai sitten yöaikaan, niin se näkyy erikseen määräyksessä,... Et se on tarkennettu sitten määräyksissä, et jos ei vaadi ihan koko ajan sitä...”

”Muutenhan se valvonta tapahtuu niin, että siinä on koko ajan sitten hoitaja vierellä kaikissa mahdollisissa toiminnoissa...”

5.2 Vierihoidajan valinta

Vierihoidajan valinnassa ammattitaidolla oli suuri merkitys. Vierihoidon kokemus ja koulutus olivat tärkeitä valintaan vaikuttavia tekijöitä, joille opinnäytetyön tekijät antoivat merkityksen ammattitaito. Vierihoidajan valittiin ensisijaisesti osaston oma hoitaja. Yleinen käytäntö oli, että vierihoidajan toimi lapsen omahoitaja. Varahenkilö valittiin vierihoidajan vain poikkeustapauksissa, esimerkiksi jos tämä oli ollut osastolla paljon töissä tai mahdollisesti tunsi vierihoidettavan lapsen jo ennestään. Työsuhteen kestolla tai tutkintanimikkeellä (sairaanhoitaja/mielisairaanhoitaja) sen sijaan ei ollut merkitystä.

”Että kun täällä kysytään kokemusta, koulutusta ja ...kyllä se siihen niinku mun mielestä perustuu.”

”...se kokemus siinä niinku, on niinku hyväksi, niin varmaan niinku liittyen siihen, että, että pystyy niinkun reagoimaan sen tilan niihin vaihteluihin...”

Hoitajat kokivat, että käytännön järjestelyt vierihoidon toteuttamiseksi toimivat osastoilla hyvin. Toimivuuteen vaikuttivat sekä työnjohdollinen että hoitajien keskinäinen työnsuunnittelu. Joillakin osastoilla vierihoito johti tilapäiseen henkilökunnan lisäämiseen, mutta toisilla osastoilla henkilökuntaa ei välttämättä lisätty. Vierihoidon jatkuttua pitkään lapselle yleensä muodostettiin useammasta hoitajasta koostuva ”hoitorinki”. Keskinäisessä työnsuunnittelussa hoitajat jakoivat vierihoidon työvuoron aikana joko tasaisesti useamman hoitajan kesken tai siten, että yksi hoitaja oli päävastuussa muiden hoitajien huolehtiessa hänen taukojensa toteutumisesta. Hyvänä asiana koettiin se, että työyhteisössä ymmärrettiin vierihoidon oikeus keskittyä ainoastaan vierihoidettavaan lapseen. Hyvää oli myös se, että omahoitajalla oli vierihoidajana toimiessaan mahdollisuus vetäytyä vierihoidosta lapsen provosoituessa hänen läsnäolostaan.

”...miten vierihoidajuus otetaan huomioon työyhteisössä...musta se toimii hyvin. Että niinkun on tosi selkeänä koko työryhmällä se, että jos joku hoitaja on siihen vierihoidoon, niin kaikki tietää sen, et sen hoitajan ei tavallaan tartte niinkun muihin hommiin sitten puuttua, vaan sillä hoitajalla on niinkun oikeesti oikeus ja rauha sitten keskittyä sen yhen lapsen hoitoon ja sen lapsen asioihin.”

”Minusta se ainaki meilläkii toimii, mä luulen, että muillakii toimii aika hyvin, että pystyy nostamaan, esim omana hoitajana sanomaan, että minusta tuntuu, että parempi, että minä en tuu näkyviin ollenkaan, että tuota et näyttää, että vointi muuttuu joka kerta kun menen, niin tuota... Minusta se on aika joustava meillä se käytäntö ylipäätään, että ...”

5.3 Vierihoidajan tehtävät

Vierihoidajan tehtävänä oli lapsen toipumisen edistäminen, johon kuului turvallisuuden takaaminen, selviytymisen tukeminen ja pahassa olossa auttaminen. Lapsen turvallisuutta taattiin jatkuvalla valvonnalla sekä turvallisella ja tarvittaessa virikkeettömällä hoitoympäristöllä. Vierihoidon koettiin olevan järein lapsen turvallisuuden takaamisen keino, jolla turvattiin myös potilastovereita. Vierihoidajan tehtävänä oli myös saada pelokas lapsi tuntemaan olonsa turvallisiksi.

”Turvana, ihan, jos on itsetuhonen tai, tai jos on pelokas, niin siinä silläkin tavalla turvana on.”

Vierihoitaja tuki lasta omatoimisuuteen ja ikätasoisuuteen tämän voinnin mukaan. Hän auttoi lasta tarvittaessa selviytymään päivittäisistä toiminnoista ja toimimaan hoitoyhteisössä. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä tuki esimerkiksi päiväohjelman tekeminen lapselle. Vierihoitaja mahdollisti lapsen koulunkäynnin olemalla tämän mukana koulussa tai pitämällä oppitunnit lapsen huoneessa opettajan ohjeiden mukaan. Hän koosti ja jäseni todellisuutta psykoottiselle lapselle. Omahoitajan toimiessa vierihoitajana hän huolehti samalla omahoitajaprosessista. Vierihoitaja tuki vanhempia osallistumaan lapsen hoitoon yhdessä hoitajien kanssa, mikä auttoi lasta selviytymään ja edisti hänen toipumistaan.

”...auttaa niistä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, sitte auttaa niinku siinä yhteisössä, hoitoyhteisössä toimimaan toisten lasten kanssa, toisten aikuisten kanssa.”

Vierihoitaja oli lapsen henkisenä tukena ja auttoi lasta rauhoittumaan keskustelemalla sekä olemalla läsnä. Hän otti vastaan lapsen pahan olon ja kaiken, mitä tämä tuotti. Vierihoitaja pystyi vastaamaan välittömästi lapsen tarpeeseen. Joskus pelkkä hoitajan hiljainen läsnäolo ja oleminen ilman tekemistä auttoivat lasta pahassa olossa. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että aikaisemmin käytössä olleen tehohoitoyksikön kaltaisen tila olisi edelleen toimiva ratkaisu lapsen rauhoittumiseksi. Tehohoitoyksikössä lapsi oli hoidon alkuvaiheessa erillisessä, virikkeettömässä tilassa hoitajan kanssa erossa muusta osastoyhteisöstä.

”Ja sitten on myös tämmösenä niinkun henkisenä tukena, keskusteluja, auttaa, jos on ahistunu tai masentaa tai jos on kovin levoton, niin yrittää rauhoittaa sillä omalla läsnäolollaan.”

Vierihoitajan tehtäviin kuului lisäksi lapsen voinnin jatkuva arviointi sekä voinnista tiedottaminen työryhmälle ja lääkärille, jotka yhdessä arvioivat vierihoidon jatkumisen tarvetta. Jatkumisen tarvetta arvioitiin myös yhdessä lapsen kanssa. Hoitaja kertoi rehellisesti lapselle ja vanhemmille työryhmän päätöksestä aloittaa vierihoidon ja siitä, mitä se tarkoittaa. Tarvittaessa hoitaja perusteli lapselle vierihoidon tarvetta uudelleen.

”..lapselle sanotaan, varsinkin isommille, sanotaan sekkii, et se ei oo meidän hoitajien päätös. Et myö hoitajat ei oo keskenään, tai minä hoitajana en oo mielivaltasesti päättäny, että sinä oot nyt vierihoidossa. Vaan puhutaan siitä, että myö ollaan yhdessä puhuttu ja lääkäri on sitä mieltä ja koko työryhmä on sitä mieltä, että nyt sä tarviit vierihoidon tai vierihoidon auttaa sua. Et seki kerrotaan lapselle. ...Ja tottakai vanhemmillekki.”

Vierihoidajan ja lapsen välinen terapeuttilinen vuorovaikutus oli tärkeä osa vierihoidoa. Haastattelussa todettiin vierihoidon olevan tehostettua vuorovaikutushoitoa. Lapsen ja vierihoidajan välinen kanssakäyminen oli tavoitteellista. Hoitaja teki päiväohjelman sekä keskusteli vierihoidon tarpeesta ja tavoitteista yhdessä lapsen kanssa. Hän tuki lasta viettämään rauhoittumishetkeä yksin omassa huoneessaan. Tästä hoitajat käyttivät nimitystä ”hiljaisilla olo”. Lasta tuettiin rauhoittumaan myös kertomalla, ketkä osallistuvat hänen vierihoidoonsa. Aina ei tarvittu sanallista vuorovaikutusta, vaan lapselle oli hyvä antaa omaa rauhaa olemalla hiljaa läsnä.

”...esimerkiks hiljaisilla tuetaan siihen niinku hiljaisella olemiseen, vaikka onki se ovi auki ja aikuinen on näkösällä, tai on vaikka siinä omassa huoneessa, mut varmaan tehdään selväks, että nyt mä en niiku sun kans hirveesti tässä, että sulla on nyt tää hiljanen menossa, että koetaan nyt niinku, niinku tuota viettää tätä hiljasta tässä.”

5.4 Lapsen ikä ja yksilöllisyys hoidon lähtökohtana

Lapsen ikä ja ongelmat olivat yksilöllisiä lähtökohtia, jotka vierihoidajan oli otettava huomioon. Ikä vaikutti vierihoidon tarpeeseen siten, että pienet lapset asetettiin vierihoidon jo ikänsä puolesta, sillä pienen lapsen joutuessa psykiatriseen osastohoitoon ongelmat ovat hankalia. Ikä vaikutti myös siihen, miten lapselle kerrottiin vierihoidosta. Pienillä lapsilla vierihoidajan vaihtuvuutta pyrittiin välttämään, sillä pienelle, mahdollisesti hajanaiselle lapselle tuttu ja turvallinen hoitaja on tärkeä. Hoitajien näkemys oli, että pieni lapsi sietää huonommin hoitajan vaihtuvuutta kuin esimerkiksi itsetuhoisen varhaisnuori.

”Mut kyllähän se jollakin tavalla niinku vaikuttaa se ikä sillä tavalla, voisin aatella ehkä siihen, että miten se vierihoidaja vaihtuu. Et, jopa pienellä, niinku hajanaisella lapsella, niinku että mitä niinku vähemmän on ikää, niin sen tärkeempi on se aikuinen, että se on niinku tuttu ja turvallinen, sanotaanko näin.”

Lapsen ongelmat vaikuttivat jatkuvan valvonnan tarpeeseen, vierihoidajan toimintaan sekä vierihoidajan vaihtuvuuteen. Jos lapsen vointi vaati jatkuvaa valvontaa eikä lääkäri ollut tavoitettavissa, lasta voitiin hoitaa vierihoidon kaltaisesta hoitajien päätöksellä. Yleensä lapsen vieressä ei tarvinnut olla yöllä tämän nukkuessa, mutta mikäli lapsi ei nukkunut, häntä vierihoidettiin yölläkin tiiviisti. Lapsen ongelmat eivät aina näyttäneet, jolloin hoitaja saattoi joutua tuottamaan lapselle pettymyksiä tämän ongelmien esille saamiseksi. Syömishäiriöinen lapsi tarvitsi ongelmansa vakavuuden vuoksi jatkuvaa valvontaa ja häntä tuettiin vahvasti olemaan osastoyhteisössä. Eristäytyviä

ja hyvin pelokkaita lapsia tuettiin myös olemaan hoitoyhteisössä. Vierihoidaja saattoi joutua vastaamaan psykoottisen teini-ikäisen nuoren tarpeisiin kuten pienen lapsen tarpeisiin, koska tämä ei pystynyt välttämättä huolehtimaan niistä itse. Psykoottinen nuori tarvitsi myös tutun ja turvallisen hoitajan pienen lapsen tavoin.

”...toki tuota nin, voidaan hoitaa vierihoidon kaltaisesti lasta vaikka ei ole määrätty. Et jos me hoitajat niinku esimerkiks niinku huomataan, että tilanne on niinku sellanen, ja vaikka niinku heti ei oo lääkäri tavotettavissa tai muuta, niin mehän voidaan hoitaa jo jonkun aikaa, ennen sitten kun seuraavan kerran lääkäriä tavataan, niin jo niinku vierihoidon kaltaisin tavoin, vaikka ei ole määrätty.”

5.5 Vierihoidon liittyviä tunteita lapsissa ja omaisissa

Hoitajien näkemysten mukaan vierihoidon herätti lapsissa ja heidän omaisissaan monenlaisia tunteita. Haastattelussa esille nousivat avun saamisen, vapauden rajoittamisen sekä epätietoisuuden tunteet. Suurin osa lapsista ja vanhemmista oli tyytyväisiä vierihoidon aloittamiseen. Jo pelkkä tieto vierihoidosta saattoi rauhoittaa lasta ja huojentaa vanhempia. Vierihoidon aloittaminen auttoi vanhempia ymmärtämään lapsen tilanteen vakavuuden, ja samalla se oli lapselle merkki vakavasta avun tarpeesta. Pieni osa vanhemmista ei ymmärtänyt lapsen vierihoidon tarvetta, ja osa vanhemmista huolestui, koska vierihoidon aloittaminen oli heille tuntematon asia. Osa lapsista koki vierihoidon rangaistuksena, koska ei ymmärtänyt sen tarvetta. Jotkut lapset, etenkin murrosikäiset, myös kritisoivat intimitietin häviämistä vierihoidossa. Vierihoidon vapautta rajoittava luonne saattoi aiheuttaa osassa lapsista ahdistusta tai herättää vastustusta. Toisaalta rajaaminen saattoi luoda lapselle myös turvallisuuden tunnetta.

”Täytyy sanoa, että useimmat vanhemmat on varmaan tyytyväisiä, että reagoidaan niinku siihen huonoon vointiin ja voijaan niinku... on mahdollisuus tarjota sitä semmosta, semmosta niinku vielä intensiivisempää hoitoa.”

”...lasten reaktioissa, niin joskus on se on kova pala, että hoitaja tulee mukaan vessaan tai suihkuun ...Et, et sitä ne joskus kritisoi.”
”Niin murkuikäiset varsinkii.”

5.6 Vierihoidajan työn kuormittavuus tai palkitsevuus

Hoitajat kokivat vierihoidajan työn sekä kuormittavana että palkitsevana. Lapsen voinnilla oli suuri vaikutus kuormittavuuden kokemiseen. Kuormittavuuteen liittyi sekä kuormittavuutta vähentäviä että sitä lisääviä tekijöitä. Vähentäviä tekijöitä tuli esille

enemmän kuin lisääviä tekijöitä. Osa hoitajista esitti kehitysajatuksena, että vierihoidtoa voitaisiin toteuttaa hoitajaparina. Opinnäytetyön tekijöiden näkemyksen mukaan tämän voidaan ajatella olevan myös kuormittavuutta vähentävä tekijä. Kuormittavuutta vähentäviä tekijöitä olivat vierihoidon jakaminen useammalle hoitajalle, ammatillinen kokemus, koulutus, työnohjaus sekä oikeus keskittyä vierihoidettavaan lapseen. Lisäksi yksi hoitaja koki lasten vierihoidon vähemmän kuormittavaksi kuin aikuisten sen vuoksi, että lapsi tuli hänen mielestään luonnollisemmin vuorovaikutukseen kuin aikuinen. Toisaalta lapsen vierihoidon koettiin myös kuormittavuutta lisääväksi, koska lapset tulivat hoitajien mukaan lähemmäksi kuin aikuiset, jopa tarrautuen hoitajaan. Muita kuormitusta lisääviä tekijöitä olivat vierihoidon pitkittyminen, naisen/äidin hoivavietti, fyysinen rasitus, hyvin sairaan lapsen hoitaminen sekä eläminen kiinteästi vierihoidettavan lapsen mukana. Palkitsevana hoitajat kokivat lapsen kiintymyksen hoitajaan hankalista tilanteista huolimatta. Myös lapsen voimien korjaantuminen vierihoidon avulla ja oikea arvio lapsen vierihoidosta hyötymisestä palkitsivat.

"Niin on se jos aattelet että oot koko päivän, tavallaan koko päivän, totta kai toiset välillä päästää, mutta sä oot ihan niinku siinä, elät sen lapsen matkassa. Ku se mennee vessaan, nousee siitä sohvalta ni sinunki pittää nousta perässä sohvalta, ja ja kun se nousee ruokapöyvästä ni sinunki pittää nousta siitä ruokapöyvästä...oot syönyt tai et ni meet. Et on se sillä tavalla. Et niinä päivinä jos oot ollu koko päivän vierihoidtajana ni on semmonen on-- tunne ku töistä lähetä että huhhuh onpa tehty töitä tänään, että.."

"...sit toisaalta taas pitkässä juoksussa, ku näkee että siinä tapahtuu sitä semmosta niinku jotain pien- ainaki pientä eheytymistä tai siinä voinnissa korjaantumista ni kyllähän se on hyvin palkitsevaa. Sit kellekkä se sopii hyvin ni joillekki tämmösille niinku tätä ajatellaan ketkä siitä hyöttyy ni ni sehän on hirveen palkitsevaa sitte ku nähään että siinä tapahtuu sitä mitä me ollaan ajateltu sillä vierihoidolla niinku saavutettavan."

5.7 Turvallisuuden toteutuminen

Turvallisuus vierihoidon työssä toteutui hoitajien mukaan hyvin. Ennakoiminen ja nopea avun saaminen takasivat lapsen sekä koko osaston turvallisuuden. Ammattitaito ja Avekki-koulutus auttoivat tilanteiden ennakoinnissa. Ennakointiin kuuluivat myös hoitajan arvio lapsen ulkoilun turvallisuudesta sekä lapsen turvallisuuden toteutumisesta vanhempien vierailujen aikana. Tarvittaessa käytössä olevien hälyttimien ja muilta osaston hoitajilta nopeasti saatavan avun koettiin lisäävän turvallisuutta. Nopea avunsaanti turvattiin siten, että vierihoidon lisäksi osastolla on aina vähintään toinen hoitaja.

"...myö ei voia käyttää lepositteitä tai mittään semmosta, että sitte meillä on vaan se, että rauhotellaan kiinnipitämällä ja ja ennen sitä rauhotellaan sanallisesti ja muuten ja siinä on se vierihoidaja ja vierihoidajan ammattitaito, ja sillä tavalla aggressiivisten lasten kanssa ni on sit tosiaan se turvallisuuskysymys että, että miten sä- miten ne- miten ne mennee ne suuttumustilanteet ja pettymystilanteet ja miten niitä ennakoit ja ja miten on toiset aikuiset saatavilla ja, et ne semmoset huomioidaan.."

5.8 Vierihoidon vaikutus muihin hoitomenetelmiin

Hoitajat kertoivat, että vierihoido hoitomenetelmänä on ollut käytössä pitkään. Aikaisemmin siitä on käytetty eri nimeä, esimerkiksi nimetty hoitaja. Hoitajien näkemys oli, että vierihoidolla on saattanut olla vaikutusta joidenkin hoitomenetelmien, kuten kiinnipitojen ja tarvittavien lääkkeiden käyttöön. Se on vähentänyt tarvittavien lääkkeiden käyttöä ja saattanut vähentää kiinnipitoja. Hoitajat kertoivat, että tarvittavia lääkkeitä käytetään nykyisin hyvin harvoin. Toisaalta vierihoidon ajateltiin olevan yksi lastenpsykiatrisen hoitomenetelmä, jonka ei nähty vieneen muilta hoitomenetelmiltä mitään pois.

"No vierihoido on yks meiän hoitomuoto et en mä ainakaan aattele et se on vieny miltään muilta hoidoilta mittään pois, että.." "Muuten ihan samalla tavalla yhteisössä hoijetaan ja se hoito muuten koostuu ihan niistä päivittäisistä jutuista."

"Mut jos aatellaan niin, ni kyllähän se varmaan, tai sillä vois olla tavote semmonen, ja kyllä varmaan vaikuttaaki et esimerkiks just niitten tarvittavien lääkkeitten... että voi olla että vierihoidolla voijaan auttaa siinä, että ei tarvita tarvittavaa lääkettä."

"Millon niitä on oikeen viimeks käytettykkään. Siitä on varmaan ihan valtavasti kauan aikaa, jotenki tuntuu."

"...Että must tuntu että ei mihinkkään lähetty jos ei ollu tarvittavat lääkkeet mukana. Nythän ei oo juuri ollenkaan. Hyvin harvinaista että on tarvittavia lääkkeitä. Et oli niitä paljon enemmän."

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset vastasivat tutkimustehtäviin. Seuraavassa tarkastellaan opinnäytetyön tärkeimpien tutkimustulosten vastaavuutta tutkimustietoon ja kirjallisuuteen tutkimustehtävien mukaisesti jäsennehtynä. Hoitajien kokemuksia vierihoidokäytännöstä ja näkemyksiä vierihoidon vaikutuksesta muiden hoitomenetelmien käyttöön on käsitelty samassa alaluvussa.

6.1.1 Vierihoidon toteuttaminen osastolla

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hoitajat noudattivat Kuopion yliopistollisen sairaalan hoito-ohjetta *Vierihoitaja lastenpsykiatrian klinikassa* tarkasti. Ohjeesta poikettiin wc- ja suihkukäyntien osalta vain lääkärin erillismääräyksestä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan vierihoidoa toteutettiin vaihtelevasti. Bowers ja Park toteavat hoitajien muunnelleen vierihoidon intensiivisyyttä omien arvioidensa perusteella ja yleisistä toimintatavoista poiketen. Myös hoitajien tietämys ja ymmärrys yhtenäisistä toimintatavoista tai niiden olemassa olosta vaihteli suuresti. (Bowers & Park 2001, 776.) Ulkomaisten tutkimusten mukaan näyttää siltä, että ohjeiden noudattaminen ulkomaisissa sairaaloissa toteutui heikommin kuin Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisilla osastoilla. Koska tutkimukset ovat 10–25 vuoden takaisia, on mahdollista, että käytännöt ovat tänä aikana muuttuneet.

Kuopion yliopistollisen sairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajat kokivat ammattitaidon vaikuttavan merkittävästi turvallisuuden, vuorovaikutuksen ja hoidon jatkuvuuden toteutumiseen vierihoidon aikana (Savolainen, Tuominiemi & Mykkänen 2007, 22-26). Myös tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan vierihoidajan valinnassa painottui ammattitaidon merkitys. Vierihoidajaksi pyrittiin valitsemaan osaston oma hoitaja, sillä varahenkilöllä ei välttämättä ajateltu olevan riittävää kykyä ennakoida muuttuvia tilanteita. Myös Tarinan sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat ammattitaidolla olevan vaikutusta hoidon onnistumiseen, joten vierihoidajaksi valittiin ensisijaisesti osaston oma hoitaja (Mykkänen 2010, 11, 13). Bowersin ja Parkin (2001, 775) kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että vierihoidajaksi tulee valita ensisijaisesti osaston oma hoitaja, mutta käy-

tännössä vierihoidtajana saattoi tutkimusten mukaan toimia jopa kouluttamaton vapaaehtoinen henkilö.

Työnsuunnittelulla oli vaikutusta hoitajien kokemuksiin vierihoidon käytännön järjestyksen toimivuudesta. Vaikka henkilökuntaa ei välttämättä osastoilla lisätty vierihoidon vuoksi, hoitajat kokivat vierihoidokäytännön toimivan hyvin keskinäisen työnjaon ansiosta. Hoitajat joko jakoivat vierihoidon tasaisesti useamman hoitajan kesken tai vierihoidtajaksi valittiin hoitaja, jonka taukojen toteutumisesta huolehdittiin hyvin. Myös Mykkänen (2010, 13) toteaa, että Tarinan sairaalan vastaanotto-osastolla vierihoidtoa on pyritty jakamaan tasaisesti hoitajien kesken. Tämän opinnäytetyön tulokset eroavat Savolaisen, Tuominiemen ja Mykkäsen (2007, 22) opinnäytetyön tuloksista, joiden mukaan hoitajat kokivat, ettei heidän taukojaan otettu huomioon riittävästi vierihoidon aikana.

6.1.2 Vierihoidtajien työn sisältö

Tutkimustulosten mukaan vierihoidtajien tärkeimmät tehtävät olivat turvallisuuden takaaminen, selviytymisen tukeminen, pahassa olossa auttaminen sekä lapsen voimien arvioiminen. Vierihoidtaja takasi sekä vierihoidettavan lapsen että osaston muiden lasten turvallisuuden, ja auttoi lasta päivittäisissä toiminnoissa ottaen huomioon tämän iän ja voimien. Hän auttoi lasta pahassa olossa joko keskustelemalla tai olemalla hiljaa läsnä. Voimien arviointi vaikutti työryhmän päätökseen vierihoidon jatkumisesta. Ellilän (2000, 30) mukaan päivittäisten toimintojen opettelu on olennainen osa lastenpsykiatriasta osastohoitoa. Punkanen (2001, 152) puolestaan toteaa huolenpidon korostuvan lastenpsykiatrisessa hoitotyössä. Huolenpitoon ja turvallisuuteen liittyy itsensä vahingoittamisen estäminen. Ulkomaisissa tutkimuksissa suositeltiin vierihoidon käyttämistä itsetuhoisen tai aggressiivisen potilaan hoitamisessa, vaikka vierihoidon tehokkuudesta ei ollut näyttöön perustuvaa tietoa.

Piha (2004, 422) toteaa, että osastohoidon terapeuttiset ominaisuudet perustuvat erilaisiin vuorovaikutussuhteisiin. Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että tärkeä osa vierihoidtoa oli hoitajan ja lapsen välinen terapeuttinen vuorovaikutus, johon sisältyi tavoitteellisen kanssakäymisen lisäksi hiljainen läsnäolo. Kontion (2011, 41) tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat hoitajilta sekä hiljaista läsnäoloa että aktiivista vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen merkitys korostui myös Bowersin ja Parkin kirjallisuuskatsauksessaan esittämässä tutkimuksessa, jossa hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksen puute koettiin negatiivisena (Bowers & Park 2001, 778).

Lapsen normaalin kehityksen tunteminen on edellytys ongelmien havaitsemiseen lastenpsykiatrisessa hoitotyössä. Pihan (2004, 424) mukaan tavanomaista päivittäistä toimintaa suunnitellaan osastolla ottaen huomioon lasten ikä ja ongelmat, mikä auttaa lasta ikätasoiseen selviytymiseen. Lapsen ikä ja ongelmat olivat opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan vierihoidossa huomioon otettavia yksilöllisiä lähtökohtia. Pienen lapsen joutuessa psykiatriseen osastohoitoon ongelmat olivat vakavia, joten hänet asetettiin vierihoitoon automaattisesti. Ongelmilla oli tutkimustulosten mukaan vaikutusta jatkuvan valvonnan tarpeeseen, vierihoidajan toimintaan ja vierihoidajan vaihtuvuuteen. Jos lapsen ongelmat olivat hankalat, hän tarvitsi vierihoidajan jatkuvaa valvontaa sekä apua, ja hoitajan vaihtuvuutta pyrittiin välttämään. Savolaisen, Tuomi- niemen ja Mykkäsen (2007, 22) tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että nuorten ja pelok- kaiden potilaiden katsottiin tarvitsevan enemmän vierihoitoa kuin esimerkiksi seka- vuustilassa olevien potilaiden.

Vierihoito herätti lapsissa ja heidän omaisissaan sekä myönteisiä että kielteisiä tuntei- ta. Näitä olivat epätietoisuus sekä kokemukset avun saamisesta ja vapauden rajoit- tamisesta. Epätietoisuutta aiheutti tiedon puute vierihoidosta ja sen tarkoituksesta. Vapauden rajoittamiseen liittyi varsinkin teini-ikäisten kokemus intimiteetin häviämi- sestä vierihoidon aikana. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia Bowersin ja Parkin kirjallisuuskatsauksessa esiteltyjen tulosten kanssa, joissa todetaan vierihoidon he- rättäneen potilaissa sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Potilaat kokivat intimi- teetin häviämisen vierihoidon ahdistavimpana piirteenä. Vuorovaikutuksen koettiin herättävän turvallisuuden tunteita ja auttavan ylläpitämään toivoa, minkä opinnäyte- työn tekijät ymmärtävät kokemukseksi avun saamisesta. (Bowers & Park 2001, 778.) Myös Savolaisen, Tuomi- niemen ja Mykkäsen tutkimustuloksista käy ilmi, että potilaat saattoivat hoitajien näkemysten mukaan kokea vierihoidon ärsyttävänä ja turhana. Jatkuva valvonta saattoi johtaa jopa potilaiden provosoitumiseen. Toisaalta hoitajat havaitsivat vierihoidon luovan turvallisuutta potilaalle. (Savolainen ym. 2007, 22-23.)

6.1.3 Vierihoito ja sen vaikutus muiden hoitomenetelmien käyttöön

Haastattelussa tehtyjen havaintojen ja tutkimustulosten perusteella hoitajat suhtautui- vat vierihoidajan työhön myönteisesti. Vaikka hoitajat kokivat vierihoidajan työn kuor- mittavana, se koettiin myös palkitsevana ja turvallisena. Opinnäytetyön tekijät ajatte- levat lapsen hyötymisen vierihoidosta olleen palkitsevista kokemuksista merkittävän. Turvallisuuden osatekijöistä tärkein oli ennakointi. Selkeä työnjako ja ammattitaito koettiin merkittävimiksi kuormittavuutta vähentäviksi tekijöiksi. Myös Mykkäsen

(2010, 10) mukaan vierihoidon uuvuttavuuden välttämiseksi vierihoidtajaa on syytä vaihtaa sopivin väliajoin. Savolaisen, Tuominiemen ja Mykkäsen (2007, 22) tutkimustulokset osoittivat, että hoitajat pitivät ammattitaitoa kuormittavuutta merkittävästi vähentävänä tekijänä. Vuonna 1993 julkaistun ulkomaisen tutkimuksen mukaan 75 prosenttia hoitajista piti vierihoidtoa hyvin haasteellisena, vaikka lähes puolet tutkimukseen osallistuneista koki omaavansa riittävän koulutuksen (Bowers & Park 2001, 777). Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset näyttävät eroavan edellä mainitusta ulkomaisesta tutkimuksesta ammattitaidon merkityksen osalta. Ulkomaisessa tutkimuksessa riittävänkään koulutuksen ei koettu vaikuttavan vierihoidon haasteellisuuteen vähentävästi. Vierihoidon haasteellisuuden voidaan ajatella olevan kuormittavuutta lisäävä tekijä. On kuitenkin otettava huomioon ulkomaisen tutkimuksen julkaisuvuosi sekä ulkomaisen ja suomalaisen koulutuksen mahdolliset eroavaisuudet.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan vierihoidolla on ollut vaikutusta tarvittavien lääkkeiden käytön ja mahdollisesti kiinnipitojen vähentymiseen. Mykkänen (2010, 9) toteaa, että vierihoidto on hoitajien kokemusten mukaan vähentänyt eristämistä Tarinan sairaalan vastaanotto-osastolla. Näiden tulosten perusteella vierihoidto näyttää olevan hyvä menetelmä pakkotoimien vähentämiseen, johon Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän laatimalla Mielen terveys- ja päihdesuunnitelmalla (2009, 21) pyritään. Toisaalta Ellilä (2000, 37-38) toteaa tutkimuksessaan lääkehoidon ja kiinnipitojen lisääntyneen suomalaisessa lasten- ja nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa. Ellilän tulokset näyttävät olevan ristiriidassa tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, onko kuluneella ajalla ollut merkitystä tuloksiin, ja onko muutosta tapahtunut valtakunnallisesti. Tulosten eroavaisuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että Ellilän tutkimuksessa olivat mukana myös nuorisopsykiatriset osastot.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnin perusteita on käsitelty aikaisemmin opinnäytetyön luvussa 4.2. Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi tutkimustulosten totuudenmukaisuuden varmistaminen (katso Kylmä & Juvakka 2007, 128). Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe (alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset) sekä tutkimuksen tulokset lähetettiin haastatteluun osallistuneille tarkistettavaksi. Varsinaista tutkimuspäiväkirjaa ei uskottavuuden lisäämiseksi pidetty, mutta sisällönanalyysivaiheesta tehtiin muistiinpanoja. Opinnäytetyön tekijät eivät kuitenkaan ajattele tutkimuspäiväkirjan puuttumisen vaikuttaneen tutkimuksen uskottavuuteen heikentävästi.

Opinnäytetyön tekijöiden perehtyneisyys tutkittavaan aiheeseen, eli vierihoidon, oli myös uskottavuutta lisäävä tekijä. Tiedonhaussa käytettiin apuna informaattikkoa, mutta taustatietoa tutkimukseen oli siitä huolimatta vaikea löytää oikeiden hakusanojen puuttumisen vuoksi. Tiedonhakua hankaloitti myös tutkimustiedon niukkuus. Ennen oikean hakusanan löytämistä tutustuttiin myös eristämiseen liittyviin ulkomaisiin tutkimuksiin, sillä vierihoidon ajateltiin liittyvän eristämiseen pakkotoimien vähentämisen kautta. Oikean hakusanan löytämisen jälkeen hakutuloksista luettiin tiivistelmät ja johtopäätökset, joiden perusteella valittiin opinnäytetyössä käytetyt lähteet. Tiedonhaun tuloksena löytyneitä lähteitä arvioitiin luotettaviksi, koska Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantoja sekä tutkimusten laajoja lähdeaineistoja voitiin pitää luotettavina. Toimitettua teosta *Lasten- ja nuorisopsykiatria* käytettiin opinnäytetyössä lähteenä useissa yhteyksissä. Opinnäytetyön tekijät pitivät lähdettä luotettavana, sillä sen ovat kirjoittaneet lastenpsykiatrian asiantuntijat, ja se on tarkoitettu lääkäreiden käsikirjaksi ja lääketieteen opiskelijoiden oppikirjaksi (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2004, 5). Myös osastonhoitaja Väänänen (20.9.2011) totesi, että kirja on perusteos lastenpsykiatriasta, ja että aiheeseen liittyvää kirjallisuutta on saatavilla vain vähän.

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisäsi tarkka kuvaus tutkimusvaiheiden toteuttamisesta (katso Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä on kuvattu tarkasti tiedonhakua, aineiston keruuta sekä sen analyysia. Haastateltavia, haastattelutilannetta sekä aineiston keruuseen liittyvää päätöksentekoa on kuvattu kappaleessa 4.3 Aineiston keruu. Ryhmähaastattelu todettiin toimivaksi aineistonkeruumenetelmäksi, sillä aihetta käsittelevää aineistoa kertyi runsaasti. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kahden sanelimen käyttö haastattelussa sekä litteroinnin ristiin tarkistaminen opinnäytetyön tekijöiden kesken. Näillä varmistettiin haastattelun tallentuminen sekä litteroinnin oikeellisuus. Sisällönanalyysin vaiheet on kuvattu tarkasti pelkistettyjen ilmauksien muodostamisesta yläluokkien nimeämiseen. Pelkistettyjä ilmaisuja ryhmiteltäessä sekä alaluokkia ja yläluokkia muodostettaessa litteroituun aineistoon palattiin useasti, mikä lisäsi tutkimustulosten luotettavuutta.

Opinnäytetyön tekijät eivät koe oman roolinsa vaikuttaneen tutkimusprosessiin, ottaen huomioon mahdolliset yhteydet lastenpsykiatriseen hoitotyöhön, vaan he onnistuivat säilyttämään ulkopuolisen tarkkailijan roolinsa (katso Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimuksen tulokset ovat opinnäytetyön tekijöiden mielestä siirrettäviä, sillä tutkimukseen osallistujia sekä tutkimusympäristöä on kuvattu riittävässä laajuudessa, säilyttäen tutkittavien anonymiteettiä (katso Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyöstä käy ilmi, millaisilla osastoilla tutkimukseen osallistuneet hoitajat työskentelivät,

ja mikä heidän kokemuksensa osallistumisen valintaperusteiden mukaan tuli olla lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä.

Opinnäytetyön eettisiä näkökulmia on pohdittu koko tutkimusprosessin osalta. Opinnäytetyön aihe oli Kuopion yliopistollisen sairaalan tilaama ja siten tarpeellinen. Myös hoitajat pitivät aiheen tutkimista tärkeänä. Tutkimuslupa haettiin tulosyksikön ylihoitajalta sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan henkilöstöpäälliköltä. Opinnäytetyön aihetta ei pidetty arkaluontoisena, koska tutkimuksen kohteena olivat hoitajat eivätkä potilaat tai heidän perheensä. Haastateltavat saivat tutkimuksesta etukäteistietoa ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikki opinnäytetyöhön liittyvät dokumentit säilytettiin opinnäytetyön tekijöillä luottamuksellisesti opinnäytetyöprosessin ajan. Kerätty aineisto hävitettiin luotettavasti prosessin päätyttyä. Opinnäytetyö esitettiin opinnäytetyöseminaarissa ja julkaistiin verkkokirjasto Theseuksessa. Lisäksi se tullaan esittämään Alavan sairaalassa.

6.3 Opinnäytetyöprosessin ja oman ammatillisen kasvun ja kehityksen arviointi

Opinnäytetyön tekeminen on projekti, joka vaatii yhteistyö- ja suunnittelutaitoja. Yhteistyö ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön yhteyshenkilön kanssa oli avointa ja keskustelevaa. Opinnäytetyön tekijöiden keskinäinen yhteistyö sujui hyvässä yhteisymmärryksessä. Työnjako oli tasapuolista, eikä yhteisen ajan löytäminen ollut hankalaa. Opinnäytetyön tekijät kirjoittivat teoriaosaa tutkimussuunnitelmaa varten aluksi yhdessä sovitun työnjaon mukaisesti omilla tahoillaan. Työn edetessä opinnäytetyötä kirjoitettiin yhdessä, mikä koettiin hyödyllisenä, koska se mahdollisti asioista keskustelemisen ja yhteisen pohtimisen. Opinnäytetyön etenemistä ohjasi karkea aikataulu, joka oli laadittu opinnäytetyön tekijöiden opiskelu ja kesätyöt huomioon ottaen. Tietoinen ratkaisu keskittyä opinnäytetyön tekemiseen täysipäiväisesti vasta syventävän harjoittelun jälkeen osoittautui hyväksi, vaikka työskentely oli tiivistä. Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuuden vuoksi aikataulu pystyttiin tekemään vain suuntaa antavaksi, mikä aiheutti epävarmuutta opinnäytetyön valmistumisesta ajoissa. Suunniteltu aikataulu osoittautui kuitenkin realistiseksi, ja työ pystyttiin toteuttamaan sen mukaisesti.

Tutkimussuunnitelman laatiminen koettiin hankalana ja se vei paljon aikaa. Taustateoriaa kirjoitettiin tutkimussuunnitelman laatimisvaiheessa runsaasti, eikä suunnitelmaan lopulta otettu kaikkea kirjoitettua tekstiä. Suunnitelmasta pois jätetty teksti pystyttiin kuitenkin hyödyntämään opinnäytetyössä. Suunnitelman huolellisesta tekemi-

sestä oli myöhemmin huomattavaa hyötyä, sillä se ohjasi työn etenemistä ja auttoi jäsentämään opinnäytetyöprosessia kokonaisuutena. Laadullisen tutkimuksen tekeminen vaati pitkäjänteisyyttä. Taustateoriaan liittyvän tiedon hankintaan ja sen kirjoittamiseen käytettiin paljon aikaa. Myös tutkimukseen liittyvään haastatteluun valmistaututtiin huolellisesti. Aineisto saatiin litteroitua ja tarkistettua nopeasti, ja se oli helppo osa tutkimusprosessia. Erityistä syventymistä vaativat sisällönanalyysi ja sen toteuttaminen, eikä analysointi ollut helppoa. Tulosten ja pohdinnan kirjoittamista helpotti teoriataustaan ja tutkimusaineistoon perehtyneisyys.

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä heidän opinnäytetyöprosessille asettamansa tavoitteet saavutettiin. Tiedonhakutaidot ja lähdekritiikki kehittyivät haastavan tiedonhaun myötä. Lähteiden luotettavuuden arviointi perustui käytettyjen tietokantojen luotettavuuteen. Hyvistä tiedonhakutaidoista ja lähdekriittisyydestä on hyötyä sairaanhoitajan ammatissa sekä ammattitaidon ylläpitämisessä. Opinnäytetyön tekijät olivat tyytyväisiä tuottamaansa raporttiin, josta käy ilmi paneutuminen kirjoittamiseen sekä syventyminen tutkittuun aiheeseen. Opinnäytetyö lisäsi lasten ja nuorten hoitotyön ammatillista osaamista, mistä oli hyötyä erityisesti toiselle opinnäytetyön tekijöistä tämän syventyessä lasten ja nuorten hoitotyöhön.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Vierihoidon toteuttamisen yhdenmukaisuus suomalaisilla psykiatrisilla osastoilla olisi luonteva jatkotutkimusaihe. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia vierihoitoa sekä aikuispsykiatristen että lapsi- ja nuorisopsykiatristen potilaiden kokemana – auttaako vierihoito potilasta vai ei? Lasten kokemuksia tutkittaessa olisi syytä ottaa huomioon myös heidän vanhempiensa ajatukset, sillä lasten voi olla hankala kuvata kokemuksiaan sanallisesti. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä mitkä tahansa vierihoidon liittyvät jatkotutkimukset olisivat tärkeitä, sillä vierihoito on vähän tutkittu aihe myös kansainvälisesti.

LÄHTEET

Almqvist, F. 2004. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 308-317.

Bowers, L. & Park, A. 2001. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review [verkkojulkaisu]. *Mental Health Nursing*. 769-786 [viitattu 2.1.2012]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=107&sid=ecc5616e-d58e-49ac-acfa-0a5eaad07ba8%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002033107>.

Bowers L. & Simpson A. 2007. Observing and engaging [verkkojulkaisu]. *Mental Health Practice*. 12-14 [viitattu 2.1.2012]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=107&sid=ecc5616e-d58e-49ac-acfa-0a5eaad07ba8%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009625320>.

Cacciatore, R. 2007. *Aggression portaat: opetusmateriaali kouluille*. Helsinki: Opetushallitus.

Ellilä, H. 2000. *Lapsi- ja nuorisopsykiatrinen osastohoito Suomessa*. Turku: Turun yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

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

Heiskanen, P. 2004. *Kiinnipito lastenpsykiatriassa*. Jyväskylä: Media Doc.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. *Hoidatko minua?: lasten, nuorten ja perheen hoitotyö*. 3.–4. painos. Helsinki: WSOY.

Järvelä, M., Ruuska, A.-M. & Saavalainen, K. 2010. *Vierihoido psykiatrisella osastolla* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 14.3.2011]. Saatavissa: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/8F470F45-E4C4-4539-86AA-FA6904C650C9/0/ITHACA_VIERIHOITO_PSYKIATRISSELLA_OSASTOLLA.pdf.

Katajamäki, E. 2004a. Kouluikäinen, murrosikäinen ja nuori. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. ja Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. 1.–3. painos. Helsinki: Tammi, 72-76.

Katajamäki, E. 2004b. Leikki-ikäinen. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. 1.–3. painos. Helsinki: Tammi, 66-71.

Kontio, R. 2011. *Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing* [verkkojulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja [viitattu 22.8.2011]. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Lastensuojelulaki L 2007/417. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 13.4.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.

Linna, S-L. 2004a. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 289-298.

Linna, S-L. 2004b. Psykoottisuus. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 299-307.

Manna, M. 2010. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science [verkkojulkaisu]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 268-273 [viitattu 2.1.2012]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=107&sid=4ee6f8e4-7d77-49e7->

[b373-93aa861692eb%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010588702](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116).

Mielenterveyslaki L 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 9.4.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Moilanen, I. 2004a. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 201-208.

Moilanen, I. 2004b. Käytöshäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 265-275.

Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. 2004. *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Mykkänen, S. 2010. *Psykiatrinen vierihoito hoitomuotona – Käytännön kehittäminen näyttöön perustuen*. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kehittämistyö.

Noppiari, E. 2009. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. 1.–3. painos. Helsinki: Tammi, 312-336.

Opetusministeriö. 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet* [verkkojulkaisu]. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä [viitattu 19.4.2012]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.

Paukkeri, A. 2010. *Vierihoidaja lastenpsykiatrian klinikassa*. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala. Hoito-ohje.

Piha, J. 2004. Osastohoito hoitomenetelmänä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 422-427.

Punkanen, T. 2003. *Mielenterveystyö ammattina*. 2. painos. Helsinki: Tammi.

- Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelun esittely. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) *Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1-18.
- Rantanen, P. 2004. Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 46-49.
- Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 218-227.
- Savolainen, J., Tuominiemi, S. & Mykkänen, S. 2007. *Psykiatrinen vierihoito hoitajien kokemana psykiatrisessa sairaalassa*. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Sonninen, S. 2000. *Lastenpsykiatrinen kriisihoito*. Iisalmi: Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015* [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3 [viitattu 22.8.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1385226.
- Stewart D., Bowers L. & Ross J. 2011. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation [verkkajulkaisu]. *Journal of Advanced Nursing*. Oct 21 [viitattu 3.1.2012]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22017205>.
- Stewart D., Bowers L. & Warburton F. 2009. Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis [verkkajulkaisu]. *General Hospital Psychiatry*. 523-530 [viitattu 2.1.2012]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834309000954>.
- Taipale, J. & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä - katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede*. 167-179.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. *Kokemustutkijat arvioinnin asiantuntijoina* [www-sivut]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.4.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ithaca/kokemustutkijat_arvioinnin_asiantuntijoina.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. *Laitoshoito, ihmisoikeudet ja hoidon arviointi (ITHACA)* [www-sivut]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 29.12.2011]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ithaca.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vanhempainnetti. 2011. *9–12-vuotias* [www-sivut]. Mannerheimin Lastensuojeluliitto [viitattu 16.9.2011]. Saatavissa: http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ ja_ kehitys/9_12-vuotias/.

Venäläinen, M. 1999. *Masentuneen lapsen hoitotyö lastenpsykiatrisella osastolla*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Opinnäytetutkielma.

Välimaa, R. & Mäntyranta, T. 1998. Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) *Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 75-83.

Väänänen, Tiina. 2011. Osastonhoitaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio 16.9.2011. Puhelinkeskustelu.

Väänänen, T. 2011. VS: Konsultointipyyntö [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Eija Toivanen. Lähetetty 20.9.2011 [viitattu 2.1.2012].

West, P. & Evens, C. 1992. *Psychiatric and mental health nursing with children and adolescents*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc.

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJILLE

6.10.2011

HYVÄ TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAINEN!

Teemme opinnäytetyötä aiheesta *Vierihoito lastenpsykiatrisella osastolla*. Aiheen tilaaja on Kuopion yliopistollisen sairaalan lasten ja nuorten klinikan palveluyksikön lastenpsykiatrian palveluryhmä. Yhteyshenkilönä Alavan sairaalassa toimii osastonhoitaja Tiina Väänänen.

Tutkimuksen kohteena ovat Alavan sairaalan osastojen 2751, 2752 ja 2753 hoitajat. Keräämme lastenpsykiatrista vierihoidotyötä tehneiden hoitajien kokemuksia teemahaastattelulla. Haastattelu toteutetaan kuuden hoitajan ryhmähaastatteluna, ja haastatteluun osallistuu jokaiselta osastolta kaksi hoitajaa. Haastateltavat valitaan harkinnanvaraisesti. Kriteerinä tutkimukseen osallistumiselle on vähintään kahden vuoden kokemus lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä. Haastattelemme hoitajat Alavan sairaalassa loka-marraskuun vaihteessa tutkimusluvan saatuaamme.

Pyydämme teitä pohtimaan lastenpsykiatrista vierihoitoa tutkimuskysymystemme avulla:

- miten vierihoitoa toteutetaan osastolla
- millainen vierihoidajan työn sisältö on
- miten hoitajat kokevat vierihoidokäytännön
- millaisia hoitomenetelmiä on käytetty ennen vierihoitoa?

Tarkemman haastattelurungon lähetämme osastoille viikon 41 aikana.

Tutkimuksessa esille tulleet tiedot tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön valmistuttua ja -prosessin päätyttyä aineisto tuhoetaan polttamalla.

Ystävällisin terveisin

Eija Toivanen eija.i.toivanen@edu.savonia.fi
Anna Uusitalo anna.e.uusitalo@edu.savonia.fi

Sairaanhoitajaopiskelijat

Savonia-amk

TH9K

SAATEKIRJE

12.10.2011

VIERIHOITO LASTENPSYKIATRISELLA OSASTOLLA – TEEMAAHAASTATTELU

Viitaten viime viikkoiseen tiedotteeseemme lähetämme alustavan haastattelurungon 31.10.2011 klo 14.00–15.30 Alavan sairaalassa toteutettavaa haastattelua varten.

Pyydämme teitä pohtimaan tarkennettuja kysymyksiä jo etukäteen.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Helena Pennanen, sähköpostiosoite: helena.pennanen@savonia.fi.

Ystävällisin terveisin

Eija ja Anna
sairaanhoitajaopiskelijat

TEEMAHAASTATTELURUNKO

- Vierihoidon toteuttaminen lastenpsykiatrisella osastolla
 - TEEMA 1: miten tarkasti kirjallista vierihoito-ohjetta osastolla noudatetaan
 - miten vierihoidettavan jatkuva valvonta toteutuu osastolla (esim. valvotut wc-käynnit)
 - miten vierihoitaja valitaan tehtäväänsä
 - vierihoitaja osaston henkilökunnasta/varahenkilöstöstä
 - vierihoitajan kokemus/koulutus
 - TEEMA 2: miten vierihoitajuus otetaan huomioon työyhteisössä
 - miten vierihoidoa toteutetaan työvuorojen aikana
 - sama vierihoitaja koko vuoron ajan
 - vierihoito jaettu useammalle hoitajalle vuoron aikana
 - muu käytäntö
 - jos vierihoidon tarve jatkuu useita päiviä, miten vierihoitajan vaihtuvuus/pysyvyys toteutuu
- Vierihoitajan työn sisältö
 - TEEMA 3: vierihoitajan tehtävät
 - TEEMA 4: miten lapsen ja hoitajan välinen vuorovaikutus toteutuu vierihoidon aikana
 - TEEMA 5: miten eri-ikäisten lasten psykiatriset ongelmat näyttäytyvät vierihoitajalle ja miten niihin reagoidaan
 - TEEMA 6: miten vierihoito näyttäytyy potilaille ja omaisille
 - millaisia ajatuksia tai tunteita vierihoito herättää potilaissa ja omaisissa
 - miten asiaa käsitellään potilaan/omaisen kanssa vierihoidon aikana
- Käytetyt hoitomenetelmät ennen vierihoidon käyttöön ottoa
 - TEEMA 7: millaisia hoitomenetelmiä käytettiin ennen vierihoidoa
- Hoitajien kokemukset vierihoidosta lastenpsykiatrisella osastolla
 - TEEMA 8: miten kuormittavaa tai palkitsevaa vierihoitajan työ on
 - TEEMA 9: miten turvallisuus toteutuu vierihoidossa (potilas/hoitaja)
 - TEEMA 10: miten vierihoito on vaikuttanut muiden hoitomenetelmien käytön tarpeeseen
 - TEEMA 11: kehittämistoiveita vierihoidolle?

ESIMERKKI ALA- JA YLÄLUOKKIEN MUODOSTAMISESTA

PELKISTETTY ILMAUS

Vierihoitaja on itsetuhoisen tai pelokkaan lapsen turvana.

Vierihoitaja on välittömässä näkö- ja kuuloyhteydessä lapseen.

Vierihoitaja huolehtii lapsen perustarpeista.

Psykoottisen lapsen vierihoitaja koostaa ja jäsentää lapselle todellisuutta.

Vierihoitaja ottaa vastaan lapsen pahan olon ja auttaa häntä siinä.

Joskus lasta auttaa pelkkä hiljainen läsnäolo ja oleminen ilman tekemistä.

Vierihoitaja raportoi työryhmälle ja lääkärille havaintonsa lapsen voinnista.

Vanhemmille kerrotaan vierihoidon aloittamisesta ja mitä se tarkoittaa.

Vierihoitaja arvioi lapsen vierihoidon jatkumisen tarvetta usein.

Vierihoidon jatkamisen tarpeen arviointi yhdessä potilaan ja lääkärin kanssa.

ALALUOKKA

Turvallisuuden takaaminen

Selviytymisen tukeminen

Pahassa olossa auttaminen

Tiedottaminen

Voinnin arvioiminen

YLÄLUOKKA

Toipumisen edistäminen

