



Että muutos olisi mahdollinen

Perheen terveyden edistäminen
nuorisopsykiatrisessa avohoidossa



Hölttö, Rea

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Että muutos olisi mahdollinen

**Perheen terveyden edistäminen nuorisopsykiatrisessa
avohoidossa**

Rea Hölttö
Terveystiedon edistämisen
koulutusohjelma/perhehoitotyö
Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja YAMK
Maaliskuu 2009

Rea Hölttö

Että muutos olisi mahdollinen
Perheen terveyden edistäminen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa

Vuosi 2009 Sivumäärä 155

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ja miten se ilmenee käytännössä. Lisäksi tutkimuksen avulla pyrittiin löytämään perheen terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa.

Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen ja aineistolähtöinen. Tutkimukseen osallistui yhteensä 18 työntekijää yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan työryhmästä sekä saman sairaalan nuorisopsykiatrian vastuualueella työskentelevien perheterapeuttien verkostosta. Osallistujat kuuluivat sairaanhoitajan, psykologin, sosiaalityöntekijän ja lääkärin ammattiryhmiin. Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla kysymyksillä, esseevastausten muodossa ja aineistoa täydennettiin kahden focus group -haastattelun avulla. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sekä aineiston keruu- että analyysivaiheessa hyödynnettiin triangulaation ajatusta.

Tutkimuksen tuloksena muodostui perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu. Perheen terveyden edistämisen toimintaa kuvaaviksi keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat *kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken sekä perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset*. Luokittelun yhdistäväksi luokaksi muodostui luokka *muutoksen mahdollistuminen*. Siten muutoksen mahdollistuminen on tämän tutkimuksen mukaan perheen terveyttä edistävän toiminnan ydin nuorisopsykiatrisessa avohoidossa.

Muodostuneen luokittelun pohjalta johdettiin *perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava käsitteellinen malli*. Malli kuvaa nuorisopsykiatrisen avohoidon perheen terveyden edistämisen toimintaa, sen ulottuvuuksia ja siihen suhteessa olevia tekijöitä. Tutkimuksen avulla saatua tietoa on mahdollista hyödyntää kehitettäessä nuorisopsykiatrista avohoitoa, terveyden edistämisen toimintaa sekä perhe- ja perhehoitotyötä.

Asiasanat: nuori, perhe, nuorisopsykiatrisen avohoito, perhehoitotyö ja perheen terveyden edistäminen

Rea Hölttö

Making a change possible

Promoting family health in adolescent psychiatric outpatient care

Year 2009

Pages 155

The purpose of the study was to clarify what promoting family health in adolescent psychiatric outpatient care would mean and how it manifests itself in practice. In addition, special features concerning promoting family health in adolescent psychiatric outpatient care were searched for.

The approach of the study was qualitative and grounded in data. The participants were altogether 18 employees from the team in the polyclinic of adolescent psychiatry of a university hospital and from the network of family therapists working in the territory of the same hospital. These participants were nurses, psychologists, social workers and physicians. The study material was collected with open questions and reply essays, and the material was completed with two focus group interviews. Content analysis was employed as the analysis method. The principle of triangulation was used in the collection and analysis of the material.

As a result of the study a classification of promoting family health in adolescent psychiatric outpatient care was established. Central concepts describing the activity for promoting the family health were the primary of the growing and developing adolescent care, the priority of noticing of the family life situation, a working cooperation between the family, the network and outpatient care, and the requirements to outpatient care regarding promoting family health. The possibility of change was found to be a connecting class for the whole classification. Thus the possibility of change is, according to this study, the core of the activity of promoting the family health in adolescent psychiatric open care.

On the basis of the classification a conceptual model illustrating promoting family health in adolescent psychiatric outpatient care was developed. The model describes the activity of promoting family health, its dimensions and the factors related to it. The knowledge based on this study can be used in developing adolescent psychiatric outpatient care, the activities of promoting health and work in family care and in family nursing.

Key words: adolescent, family, adolescent psychiatric outpatient care, family nursing and promoting family health.

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tutkimuksen taustaa ja tarkoitus.....	9
3	Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	10
3.1	Kehittyvä ja itsenäistynyt nuori.....	10
3.1.1	Nuoren mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt	12
3.1.2	Nuori perheensä jäsenenä	15
3.2	Perheen asema ja rooli yhteiskunnan muutoksissa	17
3.2.1	Perheen sisäiset vuorovaikutussuhteet	20
3.2.2	Nuoruusikäisen vanhemmuus.....	22
3.2.3	Kodin kasvatustehtävä	24
3.3	Perhe nuorisopsykiatrian toimintaympäristössä	25
3.3.1	Nuoren psyykinen sairastuminen perheessä.....	27
3.3.2	Nuorisopsykiatrinen avohoito	29
3.3.3	Perhekeskeisyys ja perhehoitotyö.....	32
3.3.4	Nuorisopsykiatrisen hoidon perinne ja haasteet.....	35
3.4	Perheen terveyden edistäminen	37
3.4.1	Terveyden edistämisen monimuotoisuus.....	38
3.4.2	Vuorovaikutusta ja dialogisuutta korostavat työtavat	40
3.5	Käsitteellinen malli todellisuuden kuvaajana.....	43
4	Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut	45
4.1	Laadullinen lähestymistapa.....	45
4.2	Tutkimusympäristö ja osallistujat	46
4.3	Aineiston keruu	48
4.4	Aineiston analyysi	51
4.4.1	Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen analyysi.....	51
4.4.2	Tutkimuksen toisen vaiheen analyysi	55
4.4.3	Yhteenveto aineiston analyysistä	56
5.	Tulokset	57
5.1	Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus.....	58
5.1.1	Nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen.....	59
5.1.2	Nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito.....	60
5.1.3	Nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde.....	61
5.1.4	Vanhempien tuki nuoren hoidolle	63
5.2	Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	66
5.2.1	Nuoren terveyttä tukevat kasvuolot	67
5.2.2	Perheen voimavarat	69
5.2.3	Perhettä kuormittavat tekijät	69
5.2.4	Nuoruuden ikävaihe perheen elämänvaiheena	72

5.2.5	Eri näkökulmien kohtaaminen	74
5.2.6	Perheen kulttuuri	75
5.3	Toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken	76
5.3.1	Perheen kohtaaminen	78
5.3.2	Vanhempien ohjaaminen	81
5.3.3	Vanhemmuuden tukeminen	82
5.3.4	Avoin vuorovaikutus	84
5.3.5	Perheen osallistuminen	87
5.3.6	Verkoston olemassaolo rakenteena	88
5.3.7	Verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus	89
5.4	Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset.....	91
5.4.1	Organisaation mahdollistamat resurssit	93
5.4.2	Toimintaa ohjaavat periaatteet	95
5.4.3	Työryhmän toimivat rakenteet	96
5.4.4	Ammatillinen osaaminen.....	97
5.4.5	Työryhmätyöskentelyn kehittäminen	99
5.4.6	Työntekijän persoonalliset ominaisuudet	100
5.4.7	Tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus	101
5.5	Muutoksen mahdollistuminen perheen terveyden edistämisen ydinluokkana	103
5.6	Käsitteellinen malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa.....	106
6	Pohdinta	108
6.1	Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	108
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	111
6.3	Tutkimustulosten tarkastelu.....	117
6.3.1	Teoreettisten käsitteiden tarkastelu	117
6.3.2	Käsitteellisen mallin tarkastelu	125
6.4	Jatkotutkimusaiheet	130
	Kirjallisuus	133
	Liitteet	146
	Liite 1: Tutkimusprosessin eteneminen	146
	Liite 2: Saatekirje nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöille	147
	Liite 3: Saatekirje nuorisopsykiatrian perheterapeuteille	148
	Liite 4: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	149
	Liite 5: Taustatiedot ja avoimet kysymykset	150
	Liite 6: Esimerkki aineiston analyysistä.....	152
	Liite 7: Perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu.....	153

Taulukot

- Taulukko 1: Perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaavan luokittelun yläluokat, pääluokat ja yhdistävä luokka
- Taulukko 2: Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus
- Taulukko 3: Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen
- Taulukko 4: Toimiva yhteistyö perheen verkoston ja avohoidon kesken
- Taulukko 5: Perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamat edellytykset

Kuviot

- Kuvio 1: Kuvaus analyysin ensimmäisen vaiheen yhdistettyjen pääluokkien muodostumisesta
- Kuvio 2: Tutkimuksen analyysiprosessin eteneminen
- Kuvio 3: Käsitteellinen malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa

1 Johdanto

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta on nostanut yhdeksi painopistealueekseen lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämisen sekä syrjäytymisen ehkäisyn. Ohjelma korostaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden yhteiskunnan eri toimijoiden yhteistyötä terveyden edistämiseksi. Lasten ja nuorten hyvinvointia halutaan parantaa puuttamalla lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ja sosiaalisen kehityksen häiriintymiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) vuosille 2008–2011 painottaa lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyä, varhaista puuttumista ja perheiden entistä parempaa tukemista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a).

Oma perhe on nuoren psyykkisen kasvun ja kehityksen keskeinen yksikkö. Ihmisen kyky itsensä toteuttamiseen ja kyky merkittävien ihmissuhteiden muodostamiseen ovat aina yhteydessä perheen ihmissuhteisiin ja perheen sisäisiin vuorovaikutussuhteisiin. (Piha 1996, 61.) Suomi on kansainvälisessä vertailussa monelta osin lapsi- ja perhepolitiikan mallimaa, mutta perheiden asema on käynyt jatkuvasti tukalammaksi ja moni perhe on joutunut selviytymistaistelussaan todelliseen ahdinkoon (Heino 2007, 4; Väestöliitto 2007, 4). Tästä on seurannut, että turvallisen ja huolehtivan ilmapiirin luominen on tullut vanhemmille yhä haastavammaksi (Helminen 2006, 18-24).

Nuoret ovat yhteiskunnassa terveyden edistämisen keskipisteenä monin tavoin. Nuorten pahoinvointi näkyy lehtiotsikoissa ja vastuutahoja pahoinvointiin penätään. Erilaisista mielenterveyden ongelmista kärsii 20–25 % Suomen nuorista (Karlsson, Pelkonen, Aalto-Setälä & Marttunen 2005, 2879-2883). Vaikka vallitseva tilanne on monista tekijöistä johtuva, tiedetään, että lasten hyvinvointi tai pahoinvointi on pitkälti riippuvaista niistä elinoloista, joissa lapsi kasvaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 26; Fröjd 2008a; Kestilä 2008). Lapsuuden perheen olosuhteilla ja elämäntapahtumilla on suuri merkitys ihmisen myöhempään elämäntapahtumien ja terveyteen (Eirola 2003, 15; Kestilä 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 31). Nuorten pahoinvoinnin takana on usein perheiden vaikeista elämäntilanteista johtuvia syitä kuten perheiden talousvaikeuksia, perherakenteiden sekavuutta, vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmia, perhekriisejä, työttömyyttä tai työelämän kohtuutonta kuormitusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 26; Fröjd 2008a; Myllyniemi 2008, 18-22).

Osavastuu nuoruusikäisten hyvinvoinnista ja perheiden terveyden edistämisestä kuuluu suomalaiselle terveydenhuollolle. Suomessa nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmä on kasvanut voimakkaasti 1990–2000-luvuilla (Pylkkänen 2006, 14-24). Vaikka nuorisopsykiatrista

perhehoitotyötä on paikoin tehty varsin ansiokkaastikin, kantaa nuorisopsykiatria yhä mukanaan vahvaa yksilökeskeisyyden leimaa. Erilaisiin perhetyön koulutuksiin on viime vuosina panostettu paljon, silti perhetyön ja perhehoitotyön käytännöt ovat nuorisopsykiatrian piirissä edelleen hyvin kirjavia. Myös perheiden kanssa työskentelystä käytettävä käsitteistö on sekavaa, ja se saa työntekijästä riippuen helposti erilaisia merkitysisältöjä (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 37-40). Terveiden edistämisen periaatteita, toimintaa ja sisältöä kuvataan ja edellytetään lukuisissa julkaisuissa ja raporteissa, silti myös terveyden edistämisen käsite on vaikeasti avautuva ja toiminnan näkyminen käytännön tasolla on hyvin epämääräistä. (Kähärä 2003, 4; Sirviö 2006, 15). Hoitotyön sisällä tehdään jatkuvasti erilaisia selvityksiä olemassa olevasta toiminnasta, mutta niin ikään niistä saatuja tuloksia hyödynnetään käytännön työssä hyvin niukasti (Lauri 2007, 125).

Perhetyön ja perhehoitotyön käsitteistöä, käytäntöjä ja työntekijöiden roolia perheen terveyden edistämässä on tarpeen selkiyttää ja kehittää (Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002, 231). Systemaattiseen perhehoitotyön kehittämiseen, laadun parantamiseen ja perhehoitotyön asiantuntijuuden kehittämiseen tarvitaan tutkittua tietoa. Tietoa tarvitaan muun muassa siitä, mitä perhekeskeisyys eri toimijoille ja eri näkökumista merkitsee ja miten se toteutuu käytännön työssä. Tarvitaan tietoa myös perheiden ja hoitohenkilökunnan välisestä yhteistyöstä, toiminnasta ja terveyttä edistävästä toimintatavoista. (Lehto 2004, 13, 96.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ja miten se ilmenee käytännössä. Lisäksi tutkimuksen avulla pyritään löytämään perheen terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen konkreettisena lopputuloksena on tarkoitus tuottaa perheen terveyden edistämistä kuvaava käsitteellinen malli nuorisopsykiatriseen avohoitoon.

2 Tutkimuksen taustaa ja tarkoitus

Perheen kohtaamista erityisesti terveyden edistämisen näkökulmasta ei ole nuorisopsykiatrian toimintaympäristössä aikaisemmin tutkittu. Ajatus perheen terveyden edistämisen tutkimuksen tarpeellisuudesta on syntynyt pitkän prosessin tuloksena työskenneltyäni vuosien ajan nuorten ja heidän perheidensä parissa erilaisissa lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian toimintaympäristöissä. Perheen paikka ja merkitys hoitosysteemien moninaisuudessa ovat askarruttaneet mieltäni usein. Kokemukseni nousevat työskentelystä psykiatrisena sairaanhoitajana, perheterapeutina sekä työnohjaajana. Olen saanut olla näkemässä ja toteuttamassa hyvin monenlaista perheen kohtaamista. Vuosien aikana olen saanut nähdä ja kokea hyvin sujuvaa yhteistyötä kaikkien osapuolten ponnistellessa yhteisen tavoitteen eteen. Toisaalta olen saanut nähdä ja kokea myös eri tahojen ajautumista vaikeisiin vastakkainasetteluasetelmiin ja ristiriitoihin. Työvuosiin mahtuu monenlaisia tarinoita perheistä. Niistä jokainen on erilainen ja ainutkertainen. Amnellin (1999, 9) mukaan ihmistä voidaan auttaa vain siinä määrin, kuin häntä ymmärretään. Tämä tutkimus on syntynyt siitä tarpeesta – oppia ymmärtämään paremmin nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin tulevaa nuorta ja hänen perhettään.

Terveyden edistämisen määrittymiseen tämän tutkimuksen näkökulmaksi on vaikuttanut tavoite saada terveyden edistämisen käsitettä avattua tutummaksi, käytännön työn tasolle. Näkökulma on perusteltua myös käsitteen moniammatillisuuden sekä terveyden edistämisen teeman ajankohtaisuuden vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmällämme on vaikeuksia kestää nykyistä, paljolti häiriökeskeistä, ajattelu- ja toimintatapaa. On sekä taloudellisesti että inhimillisesti tärkeää saada sosiaali- ja terveydenhuollon painopistettä muutettua terveyserojen kaventamisen, ennaltaehkäisyn ja varhaisen tuen suuntaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b). On etsittävä uudenlaisia tapoja käyttää olemassa olevia resursseja. On etsittävä terveyttä edistäviä toimintatapoja.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa perheen terveyden edistämistä kuvaava käsitteellinen malli nuorisopsykiatriseen avohoitoon. Mallia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä nuorisopsykiatrista avohoitoa, terveyden edistämisen toimintaa sekä perhe- ja perhehoitotyötä.

Tutkimuksessani haen vastausta kysymyksiin:

1. Mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa?
2. Miten perheen terveyden edistäminen ilmenee nuorisopsykiatrisessa avohoidossa?
3. Millaisia ovat perheen terveyden edistämisen erityispiirteet nuorisopsykiatrisessa avohoidossa?

3 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Yksi nuorisopsykiatrisen työn keskeisistä ominaispiirteistä on moniammatillisuus. Moniammatillisuutensa vuoksi myös nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitamisen tietoperusta koostuu hyvin monialaisesta tiedosta ja osaamisesta. Niin ikään sekä perheeseen, perhehoitotyöhön että terveyden edistämiseen liittyvät käsitteet ovat laajoja ja moniulotteisia ja niitä on mahdollista lähestyä monin eri tavoin. Näistä lähtökohdista käsin selkeän teoreettisen viitekehyksen muodostaminen tutkimukselle on vaativaa. Hoitotyön keskeisinä käsitteinä pidetään käsitteitä ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö. Nämä käsitteet, sekä oma hoitotyön kautta muodostunut kokemukseni ja ymmärrykseni perheen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkityksellisistä asioista, ovat yhdessä aikaisemman monialaisen tutkimustiedon ja kirjallisuuden kanssa olleet vaikuttamassa tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien ja keskeisten käsitteiden määrittämiseen ja rajautumiseen.

Tutkimuksen teoreettisessa osassa pyrin ensiksi avaamaan nuoren kasvun ja kehityksen ilmiötä, nuoren mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä sekä käsittelemään nuorta perheensä jäsenenä. Toiseksi tarkastelen perhettä perheen sisäisten vuorovaikutussuhteiden, vanhemmuuden ja kodin kasvatustehtävän kautta sekä perheille ahdinkoa aiheuttavien yhteiskunnallisten muutosten kautta. Kolmanneksi tarkastelen nuorta ja hänen perhettään nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa ja pyrin avaamaan perhekeskeisyyden ja perhehoitotyön käsitteitä. Teoreettisen osan lopuksi käsittelen perheen terveyden edistämisen ja terveyden edistämisen ilmiötä, joitakin vuorovaikutukseen ja dialogisuuteen perustuvia työtapoja sekä pyrin rakentamaan teoreettisen kuvauksen käsitteellisestä mallista.

3.1 Kehittyvä ja itsenäistyvä nuori

Nuoruusikää määritellään monin tavoin. Nuoruutta on kuvattu muun muassa erilaisina väli-, siirtymä- tai marginaalivaiheina (esim. Järvinen & Jahnukainen 2001, 141). Nuoruuden käsitettä ja ilmiötä on kuvattu myös esimerkiksi koulukoteihin (Kitinoja 2005) ja syrjäytymiseen (Linnakangas & Suikkanen 2004) liittyvissä tutkimuksissa. Joissakin kulttuureissa erillistä lapsuuden ja aikuisuuden väliin jäävää nuoruusiän vaihetta ei välttämättä tunneta lainkaan (Wikipedia). Yleisesti nuoruusiän alkuna pidetään murrosiän, puberteetin, alkamista. Aalbergin ja Siimeksen (2007, 67) mukaan nuoruusiällä tarkoitetaan lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuvaa psyykkistä kehitysvaihetta, ikävuosia 12–22. Eri yhteyksissä nuoruudesta esitetyt ikäraajat saattavat vaihdella paljonkin. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön lastensuojelun kehittämisohjelman raportissa Heikkinen (2007, 5) on rajannut nuoruuden ikävuosiin 12–17. Perusteluna rajaukselle Heikkinen käyttää

lastensuojelun avohuollon näkökulmaa. Lastensuojelun ja sosiaalityön näkökulmasta 18-vuotias nuori on aikuinen, ellei hän ole jälkihuollossa. Valtakunnallisen Nuotta-projektin 2001–2002 suosituksessa esitetään nuorisopsykiatriassa käytettäviksi ikärajoiksi ikävuosia 13–22 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 16).

Nuoruusikä on itsenäistymisen ja irrottautumisen aikaa. Nuori on monin tavoin vielä kypsyvätön. Paitsi fyysinen, niin myös psyykinen ja sosiaalinen kehitys ovat kesken. Nuori hakee vastausta kysymykseen ”Kuka minä olen?” (Aalberg & Siimes 2007, 125; Vuorinen 1997, 209). Nuoruusiän kehityksellisenä päämääränä on saavuttaa itsenäisyys, itse hankittu autonomia. Jotta nuori kykenisi saavuttamaan itsenäisyyden, on hänen ratkaistava ikäkauteen kuuluvat kehitykselliset tehtävät: irrottauduttava lapsuudenperheestään ja liityttävä ikätovereiden joukkoon sekä kyettävä ottamaan haltuun uusi, muuttunut ruumiinkuvansa ja seksuaalisuutensa. Nuori heilahtelee itsenäistymispyrkimysten ja toisaalta riippuvuustarpeiden välillä. Samaan aikaan kun nuoren kehitys etenee, nuori toisaalta myös taantuu. Voidaan ajatella, että kehitys kulkee kaksi askelta eteenpäin ja yhden taaksepäin. Nuori tavallaan luo itsensä uudelleen (Impiö 2005, 44). Nuoruusikää sanotaan usein ”toiseksi mahdollisuudeksi”. Tällä tarkoitetaan, että monet lapsuuden ajan häiriöt voidaan ratkaista ja korjata nuoruusiässä, kun nuori kykenee kohtaamaan ne aikaisempaa kehittyneemmällä tavalla ja henkisiltä ominaisuuksiltaan valmiimpana. (Aalberg & Siimes 2007, 67- 68.)

Heräävä seksuaalisuus ja muutokset kehossa aiheuttavat nuorelle paineita. Lapsuuden kuva itsestä järkkyy peruuttamattomasti (Impiö 2005, 44). Nuoruusikä on psykologista sopeutumista näihin nopeasti tapahtuviin, sekä biologisiin että hormonaalisiin, muutoksiin. Identiteetin rakentumisessa ikätovereiden ryhmä on välttämätön. Kaverisuhteiden kautta nuori peilaa itseään ja vahvistaa itsetuntoaan. Ryhmään kuuluminen helpottaa irrottautumista vanhemmista, samalla etäisyyden ottoon liittyvä yksinäisyys helpottuu. Nuoren maailma saattaa olla hyvin mustavalkoinen. (Aalberg & Siimes 2007, 15, 67-75.) Nuori sijoittaa vanhempiansa kaikkea sitä, mikä tuntuu itsessä vaikealta sietää. Nuori naureskelee vanhempiensa vanhanaikaisuudelle ja elämäntavoille ja pitää näitä osaamattomina ja tyhminä. (Impiö 2005, 55.) Nuoren usko hyvän voittoon on vahva ja nuori jaksaa ponnistella ihanteidensa ja tavoitteidensa eteen esimerkiksi luonnonsuojelussa, teinipolitiikassa tai vaikkapa seurakuntanuorissa. (Vuorinen 1997, 218-220.)

Nuoruusikä jaetaan usein karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: *varhaisnuoruuteen* (12–14 vuotta), *varsinaiseen nuoruuteen* (15–17 vuotta) ja *jälkinuoruuteen* (18–22 vuotta). On selvää, että nuoren kehitys ja tarpeet ovat 13-vuotiaalla varhaisnuorella ja 18-vuotiaalla jälkinuoruuden aikaa elävällä nuorella erilaisia. Varhaisnuoruus on kuohuvaa ja ristiriitaista aikaa. Suhde vanhempiin vaihtelee aaltomaisesti ja ruumiissa tapahtuvien muutosten vuoksi vaihetta leimaa hämmentyneisyys ja levottomuus. Varsinaisessa nuoruudessa, 15–17-

vuotiaana, nuori on saanut jo osittain haltuunsa varhaisnuoruuden yllykepaineen ja alkanut sopeutua muuttuneeseen ruumiinkuvaansa. Seksuaalisuuden kehitys on keskeistä. Jälkinuoruus 18–22-vuotiaana on jäsentymisvaihe, jossa aiemmat kokemukset naisena tai miehenä olemisesta hahmottuvat. Nuori on edennyt irrottautumisessa vanhemmistaan niin pitkälle, että kykenee lähestymään vanhempiaan yhä tasa-arvoisemmin. Hän suvaitsee ja alkaa arvostamaan sitä, että näkee itsessään piirteitä vanhempiensa ajatus- ja arvomaailmasta. (Aalberg & Siimes 2007, 67-73.) Kasvuun ja kehitykseen liittyvä paradoksi on, että lopulta samaistuminen vanhempiin tekee irrottautumisen mahdolliseksi (Impiö 2005, 64).

Vaikka nuoruus on vahvasti yksilöitymis- ja eriytymisprosessi, se on myös yhteiskuntaan ja sosiaaliseen ympäristöön liittymisen prosessi. Puurosen (2006, 63) mukaan käsitys nuoren kehityksestä on uudemman kehityspsykologisen ajattelun mukaan aiempaa yhteiskunnallisempi. Nuoruusiän kehitykseen liittyy erilaisten valmiuksien ja elämänhallinnan taitojen opettelua. (Karvonen 2005, 3.) Nuoruusiän loppupuolella nuori alkaa kyetä sijoittamaan itseään lapsuuden perhettä laajempaan ympäristöön, yhteiskuntaan. Samalla nuori ottaa kannettavakseen yhä enemmän myös yhteiskunnallista vastuuta. Nuori tekee myöhempään elämäänsä liittyviä valintoja ja ratkaisuja esimerkiksi ammatinvalinnan suhteen. (Aalberg & Siimes 2007, 71.) Nuoruuden aikana tehdään oikeita, mutta myös vääriä ratkaisuja. Kokeilujen kautta nuori löytää omat ratkaisunsa. Nuoruuden tervettä kehitystä ei voi kiirehtiä tai hidastaa, vaan se etenee omaa spontaania vauhtiaan. (Aalberg & Siimes 2007, 126.)

Tämän päivän nuorten tulevaisuuden odotukset, arvostukset ja tavoitteet eivät ole juuri muuttuneet aikaisempien sukupolvien tavoitteisiin verrattuna, mutta yhteiskunta, jossa tavoitteet tulisi saavuttaa on muuttunut. (Pietilä 1999, 267.) On alettu puhua nuorten elinoloja ja elämäntapoja koskevasta polarisoitumisesta, joka tyypillisimmillään ilmaistaan siten, että enemmistö nuorista voi, tulee toimeen ja käyttäytyy kohtuullisen hyvin, jopa erinomaisesti, mutta osalla on entistä enemmän erilaisia ongelmia, pahoinvointia ja vahingollista käyttäytymistä. (Eräranta & Autio 2008, 8.)

3.1.1 Nuoren mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt

Nuorten mielenterveyden häiriöitä määriteltäessä on oireiden lisäksi aina otettava huomioon nuoruuden kehitysvaihe ja oireiden merkitys nuoren yksilöllisessä kehityshistoriassa. Siksi nuorten mielenterveyden häiriöiden tarkastelu edellyttää aina nuoruuden kehityspsykologian tuntemusta ja nuorisopsykiatriasta erityisasiantuntemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35; Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207-213.)

Kainulainen (2002) tutki peruskoulun yhdeksäsluokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja sen kokemisesta sekä mielenterveyttä suojaavista ja haavoittavista tekijöistä. Nuoret määrittelivät mielenterveyden kokonaisvaltaiseksi elämän tasapainoisuudeksi, johon kuuluivat osallistumis- ja päätöksentekokyky, itsetuntoisuus, terveyden kokonaisvaltaisuus, ihmissuhteet sekä mielenterveyden hoitaminen. Osallistumis- ja päätöksentekokyky tuli ilmi nuoren omaa elämää koskevissa valintatilanteissa. Itsetuntoisuus korostui nuoren merkittävyyden ja arvokkuuden tunteen kokemisessa. Nuoren ihmissuhteista vastauksissa painottuivat perheen vuorovaikutussuhteet, suhteet vertaisiin, opettajiin sekä harrastusten ohjaajiin. Nuorten mielestä mielenterveyttä oli myös hoidettava, jotta se säilyisi mahdollisimman kauan hyvässä kunnossa. Tärkeimmät mielenterveyden suojaelementit rakentuivat nuoren perheyhteisöstä, perheen ulkopuolisesta yhteisöstä ja siihen liittyvistä aikuissuhteista, koulu yhteisöstä sekä tunteiden käsittelymahdollisuuksista. Turvallinen perhe, jossa nuorella oli mahdollisuus saada kannustusta, tukea ja hyväksyntää sekä huolenpitoa suojaasi nuoren mielenterveyttä. Perheen toimiva vuorovaikutus lisäsi nuoren kokemusta mielenterveydestä. Mielenterveyttä haavoittavista tekijöistä tärkeimmäksi nousivat vaikeudet perheessä. Varsinkin perheväkivalta, toimimaton vanhemmuus ja yleinen turvattomuuden kokemus haavoittivat nuorta. (Kainulainen 2002.)

Tiedetään, että ihmisen psyykkiseen kasvuun, mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien syntyyn ja kulkuun vaikuttavat hyvin monenlaiset asiat. On olemassa tiettyjä riskitekijöitä, jotka voivat altistaa lasta tai nuorta psyykkisille häiriöille. Tällaisia voivat olla perimä, äkillisesti puhjennut vaikea tai pitkäaikainen sairaus tai esimerkiksi nuoren tarkkaavaisuuteen liittyvät pulmat. Myös kotoa pois muuttaminen, seurustelusuhteen, työn tai opiskelupaikan menettäminen saattavat niin ikään toimia psyykkisten häiriöiden laukaisevina tekijöinä. (Karlsson ym. 2005, 2879-2883; Laukkanen 2006, 112.) Psykososiaaliseen kasvu ympäristöön ja perheeseen saattaa liittyä myös erilaisia nuoren psyykkistä hyvinvointia vaarantavia riskitekijöitä. Vanhempien runsas päihteiden käyttö, siihen usein liittyvät huonot elinolosuhteet ja sosiaalisen tuen puute ovat vakavia uhkia perheen lasten mielenterveydelle. (Fröjd, Marttunen, Kaltiala-Heino 2007, 1249-1254; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 26.) Vanhempien pitkäaikaisilla somaattisilla tai psyykkisillä sairauksilla, erityisesti vanhempien masennuksella, on vaikutusta nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Niin ikään perheen taloudellisen kuormituksen on havaittu olevan suoraan yhteydessä lasten psyykkiseen hyvinvointiin (Fröjd ym. 2007, 1249-1254). Nuoruusiän suotuisa kehitys tapahtuu vanhempien varassa, jolloin kehitykselle muodostuu riski, jos nuoren lähin turvaverkosto voi huonosti tai on samanaikaisesti kriisissä (Aalto-Setälä 2006, 194).

Riski- tai haavoittuvuustekijöiden lisäksi on jokaisella ihmisellä myös suojaavia tekijöitä, jotka auttavat selviytymään vaikeissa tai traumaattisissa tilanteissa. Suojaavista tekijöistä tärkeänä on pidetty vanhemman ja lapsen välistä hyvää varhaisen vuorovaikutuksen suhdetta

(ks. Siltala 2003, 16-43). Suojaavina tekijöinä voivat toimia myös hyvä itseluottamus, usko omaan selviytymiskykyyn, itsenäisyys, luottamus toisiin ihmisiin, terveys, koulutus, sosioekonominen asema, huumorintaju, älykkyys, ulospäin suuntautuneisuus, realismi, oivaltavuus, hyvä ongelmanratkaisukyky ja joustavuus. (Sinkkonen 2000, 194; Pietilä 1999, 25-39.) Jähin (2004, 40) mukaan erityisesti joustavuutta on alettu pitää tärkeänä lasta suojaavana ominaisuutena. Joustava lapsi on muun muassa sosiaalisesti taitava, realistinen, hänellä on monipuolisia selviytymistaitoja, vahva identiteetti ja hyvä itsekontrolli. Huolenpitoympäristöön liittyviä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi perheen ja verkoston tuki sekä se, että lapsi on suosittu muiden lasten keskuudessa. Esimerkiksi isovanhemman tai kummin antama huolenpito voi suojata lasta merkittäväällä tavalla silloin, kun kotiolot ovat vaikeat. (Sinkkonen 2000, 194; Pietilä 1999, 25-39.)

Erilaisia psyykkisiä häiriöitä esiintyy noin 20–25 %:lla kaikista nuorista (Karlsson ym. 2005, 2889-2883). Vakavia, toimintakykyä merkittävästi lamaavia ja nuorisopsykiatrista hoitoa vaativia häiriöitä todetaan noin 10 %:lla nuorista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35). Useimmat aikuisiällä toimintakykyä uhkaavat mielenterveyden ongelmat saavat alkunsa nuoruusiässä (Karlsson ym. 2005, 2889-2883; Pykkänen 2006, 15) ja tavallisin häiriöiden alkamisikä on 16 vuotta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35). Vain alle puolet nuorista hakee apua mielenterveyden ongelmiinsa (Fröjd 2008b). Useiden tutkimusten mukaan suurin osa (60–80%) lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmista jää ainakin aluksi hoitamatta, vaikka niihin liittyisi merkittäväkin toimintakyvyn laskua (Fröjd, Charpentier, Luukkala, Pelkonen, Ranta, Ritakallio, von der Bahlen, Marttunen & Kaltiala-Heino 2004, 6). Nuoruusiän kehityksellisten ja häiriintyneiden piirteiden välistä eroa on vaikea havaita, koska nuoruuteen sinänsä kuuluu säännönmukaisesti piirteitä, joita voidaan pitää esimerkiksi asosiaalisina (Aalberg 2005, 240).

Nuorten mielenterveyshäiriöistä tavallisimpia ovat mielialahäiriöt, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt sekä käytös- ja päihdehäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii 6–10 % nuorista. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat muun muassa erilaiset pakko-oireet, pelkotilat ja traumaperäiset häiriöt. (Ranta 2006, 67.) Nuorten käytöshäiriöt ovat yleistyneet viime vuosikymmenten kuluessa ja niiden yleisyys vaihtelee 3–14 % välillä (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99). Monet nuorten mielenterveyden häiriöistä ovat kutoutuneet monimutkaisesti yhteen ja ensisijaista häiriödiagnoosia on siten usein vaikea asettaa. Nuorten häiriöihin liittyy usein erilaisia sopeutumisvaikeuksia, päihteiden käyttöä ja masentuneisuutta sekä tarkkaavaisuuden pulmia (Korhonen & Marttunen 2006, 81-82).

Masennusoireita esiintyy jopa 20–40 %:lla nuoruusikäisistä ja heistä vakavasti masentuneita arvioidaan tietolähteestä riippuen olevan 4–10 %. Vakavaa masennusta sairastavista nuorista 40–80 %:lla esiintyy usein samanaikaisesti myös muita mielenterveydenhäiriöitä. Tytöillä

masennus on kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. Suurin osa (90–95%) masennusta sairastavista nuorista toipuu vuoden kuluessa, mutta masennusjaksoilla on voimakas taipumus uusiutua. Nuoruusiän masennus voi ilmetä esimerkiksi passiivisuutena, itkuisuutena, ikätoverikontakteista vetäytymisenä, elämänilon menetyksenä, aiemmasta poikkeavana ärtyisyytenä, kireytenä ja vihaisuutena. Masennukseen voi liittyä myös esimerkiksi viiltelyä, humalahakuista alkoholinkäyttöä tai riskikäyttäytymistä liikenteessä. (Korhonen & Marttunen 2006, 81-82; Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207-213; Karlsson & Marttunen 2007, 6-9.)

Psykoottisten häiriöiden havaitseminen ja diagnosoiminen nuoruusikäisillä on haastavaa, koska oireisiin sekoittuu myös nuoruusiän kehitykseen liittyviä piirteitä. Psykoosi on yläkäsite sellaisille psykiatrisille häiriöille, joissa henkilön todellisuudentaju horjuu. Henkilön on tällöin vaikea hallita ja erottaa toisistaan mielen sisäistä maailmaa ja todellisuutta. Nuoret saattavat altistua psykoosille joutuessaan liian suurten vaatimusten eteen. Nuori, joka on vielä identiteetiltään keskeneräinen, saattaa sairastua, kun pitäisi ottaa vastuuta, johon ei vielä ole valmis. Psykoosin ennakkovaiheen, prodromaalivaiheen, tunnistaminen on hoidon kannalta tärkeää, sillä varhain aloitettu hoito lyhentää psykoottisia jaksoja ja parantaa toipumista. (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 14; Laukkanen 2006, 112.)

3.1.2 Nuori perheensä jäsenenä

Perhe on keskeinen osa nuoren elämää. Se on nuoren tärkein ihmissuhdeverkosto (Marttunen 2005). Sanotaan, että ihminen kasvaa itsekseen vuorovaikutussuhteessa muihin ihmisiin (Vuorinen 1997, 72). Jo raskauden aikana alkaa vanhempien mielessä kehittyä mielikuva tulevasta lapsesta. Lapsi ei siten koskaan synny täysin ”tyhjään” tilaan (Airas 2005, 11). Lapsen persoonallisuus lähtee muovautumaan siitä tavasta, jolla pieni lapsi otetaan perheessä vastaan ja jolla lasta ymmärretään. Pieni vauva on alusta asti vuorovaikutukseen hakeutuva, ympäristöään aktiivisesti havainnoiva yksilö. Vuosien ajan lapsi on riippuvainen toisten hoivasta. Riittävän hyvä ja riittävän pitkään jatkuva hoiva on itsesäätelyn kehittymisen perusta. Riittävän hoivan ja eläytyvän vuorovaikutuksen kannattelemana lapsi saa kokemuksen omasta arvosta, joka on perustana identiteetin rakentumiselle. (Tuhkasaari 2002; Aalto-Setälä 2005.)

Lapsi elää perheessään suhdeverkostossa, jossa hänen kehitystään säätelevät suhteet vanhempiin, sisaruksiin ja muihin läheisiin. Kun lapsi tulee nuoruusikänsä, hän alkaa etsiä identiteettiään ristiriitaisten kysymysten ja tunteiden kautta. Aalbergin ja Siimeksen (2007) mukaan erilaiset vierauden tunteet ovat nuoren kasvun vahvimpia voimia ja kuuluvat kehitykseen. Paitsi että nuoren itsensä tulee sietää näitä tunteita, tulee ympäristön sietää niihin liittyviä reaktioita. (Aalberg & Siimes 2007, 126.) Vuorovaikutuksessa saadut

kokemukset muokkaavat lapsen kehittyvien aivojen rakennetta ja toimintaa, esimerkiksi hermoyhteyksien muodostumista, muistialueiden kehittymistä sekä kognitiivisten kykyjen ja tunne-elämän säätelyn kypsymistä. Vuorovaikutuksessa ovat koko ajan läsnä vanhempien asenteet, odotukset sekä vanhemman oma elämänhistoria. (Aalto-Setälä 2005.)

Nuori opettelee perheessä vapauden ja vastuun kantamista. Kasvun aikana nuoren ei tulisi saada ottaa sellaista vastuuta, johon hän ei ole valmis. Vanhempien vaativana tehtävänä on antaa vapautta ja laittaa kuitenkin rajoja. (Aalberg & Siimes 2007, 129-130; Poutiainen 2006, 55.) Riittävän vuoropuhelun, nuoren tueksi tarjolla olemisen ja selkeiden mutta joustavien rajojen ja sääntöjen ylläpitäminen ei aina ole vanhemmille helppoa (Marttunen 2005). Nuori arvostelee vanhempiensa arvoja ja elämäntapaa etsiessään omaa suhdettaan asioihin (Poutiainen 2006, 55) ja on tavallista, että nuoret käyttäytyvät vanhempiaan kohtaan kielteisesti tai huonosti. Nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa sukupolvet puhuvat eri kieltä, toimivat eri tavoin ja arvostavat eri asioita. Puuronen (1997) onkin todennut, että tämän vuoksi aikuiset todennäköisesti epäonnistuvat, jos he yrittävät etsiä keinoja nuorten ymmärtämiseen omasta nuoruudestaan.

Jotta itsenäisyyteen kasvaminen voisi tapahtua suotuisasti, nuori tarvitsee ympärilleen suojaavan ja huolehtivan ympäristön, aikuisten läsnäoloa ja tunteen siitä, että hänestä pidetään. Aalberg (2005) on ilmaissut, että ”jos nuoresta ei pidetä, voidaan unohtaa vaatimukset siitä, että hän käyttäytyisi hyvin.” Vaikka nuori aiheuttaa kasvunsa aikana toistuvia törmäyksiä, hänen täytyy saada kokea, että hänen vanhempansa tarjoavat hänelle välittämistä, arvostusta ja turvalliset rajat. Rajojen tulee olla sellaiset, että ne kestävät hyökkäyksiä ja suojaavat nuorta vahingoittavilta ratkaisuilta. Kurin ja rajan eroavaisuuksista on Aalberg (2005) todennut: ”Rajan asettaa sellainen aikuinen, joka rakastaa lastaan ja pyrkii auttamaan häntä kasvussa. Kuriin turvaututaan silloin, kun on menetetty ote nuoren kokemusmaailmaan ja turvaututaan vallan käyttöön.” Jos vanhemmat epäonnistuvat rajojen asettajan tehtävässään, nuori tekee helposti vääriä ratkaisuja ja eriytyminen vanhemmista vaikeutuu. Aalberg & Siimeksen (2007) mukaan nuori menettää tällöin kehitysvaiheen tärkeimmän edun; turvallisen kypsymättömyyden. (Aalberg 2005, 239; Aalberg & Siimes 2007, 125-130.)

Nuoret odottavat vanhempiensa tarjoavan ennen kaikkea perushoivaa, selviää tutkimuksesta, jossa nuorilta kysyttiin mihin he tarvitsevat vanhempiaan. Vanhempia tarvittiin ruuanlaittoon, rahoittamaan nuorten menoja ja yleisesti pitämään huolta. Toiseksi nuoret korostivat vanhempiensa roolia ohjaajana sekä neuvojen ja tuen antajina. Kolmanneksi nuoret odottivat vanhemmiltaan yhdessäoloa; yhteisiä juttelu- ja ruokailuhetkiä, rentoutumista television äärellä tai vain sitä, että vanhemmat olivat kotona. Nuorille oli tärkeää se, että vanhemmat olivat saatavilla. (Rönkä, Viheriäkoski, Litsilä & Poikkeus 2002, 53.)

Sukupolvien välinen raja erottaa perheen aikuiset ja lapset omiksi systeemeikseen. Sukupolvien välisen rajan tulisi olla selkeä, mutta ei liian jäykkä. Selkeä raja tarkoittaa sitä, että aikuiset ottavat perheessä vastuun. Joustava raja sitä, että lasten ja nuorten mielipiteet tulevat kuulluiksi ja että heillä on mahdollisuus osallistua itseään ja perhettä koskevaan päätöksentekoon. Mitä vanhempia lapset ovat, sitä enemmän heitä tulee kuulla. (Aalberg & Siimes 2007, 128-129; Poutiainen 2006, 52.) Sukupolvien välisen rajan säilyttämisessä on keskeistä, että vanhemmilla on myös esimerkiksi parisuhteeseen liittyviä omia asioita, jotka eivät kuulu lapsille. Tällainen suojelee lapsia liian suurelta vastuulta tilanteessa, jossa heillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa. (Wahlberg & Isohanni 1996, 1785.) Jos perheessä ei ole sukupolvien välistä vastakkainasettelua, nuori jää vaille rajaa, joka rajaisi kasvutilaa ja jota vastaan voisi kapinoida (Aalberg & Siimes 2007, 128-129; Impiö 2005, 46-56).

Sisarukset ovat keskeisessä roolissa lapsen kehityksessä ja siksi sisaruuden alasysteemi perheessä on nuorelle tärkeä. Sisaruussuhteessa nuori voi opetella vastavuoroisuutta ja vertaisuutta sekä harjoitella sosiaalisia taitoja. Keskeistä sisaruudessa ovat myös yhdessä jaetut kokemukset. Sisaruusasemaan vaikuttavia tekijöitä ovat sukupuoli, syntymäjärjestys, ikäero ja sisarusten ominaisuudet. Sisaruussuhteet muuttuvat lapsen siirtyessä kehitysvaiheesta toiseen, mutta siteet sisaruksiin seuraavat ihmistä koko elämän ajan. Rannikko (2008, 12) toteaa sisaruussuhteen olevan sikäli erikoisen suhteen, että siitä ei voi koskaan oikeasti erota. Kiviniemi (2008) on tutkinut psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Tutkimuksessa sisarukset nousivat esiin merkittävänä voimavarana. Sisarusten merkitys näkyi elämän vaikeimpien hetkien tukijana ja eteenpäin rohkaisijana. Sisaruksilta saadut viestit vahvistivat esimerkiksi nuorten aikuisten toivoa, ihmisarvoa ja uskoa tulevaisuuteen. (Kiviniemi 2008, 79.) Sisaruussuhde on useille ihmisille elämän pisin ihmissuhde. Hyvät sisaruussuhteet voivat lapselle suojaava tekijä silloin kun perheessä on ongelmia. Rannikon (2008, 110) mukaan kiintymys sisaruksiin voi olla jopa syvempää kuin kiintymys vanhempiin.

Aalto-Setälän (2005) mukaan parhaat eväät nuoruuteen on niillä lapsilla, jotka ovat saaneet perheessään riittävän kasvurauhan: mahdollisuuden kiireettömästi ja turvallisesti kasvaa ja kokea asioita yhdessä aikuisen kanssa – ja leikkiä rauhassa, ilman kiirettä ja suorituspaineita.

3.2 Perheen asema ja rooli yhteiskunnan muutoksissa

Perheellä on aina ollut keskeinen sija suomalaisten arvomaailmassa. Väestöliiton tekemän perhebarometrin (2007) mukaan perhe merkitsee suomalaisille läheisyyttä, vastuuta muista ihmisistä, yhdessä olemista sekä henkistä tukea (Paajanen 2007, 23). Perhe on yhteiskunnan

ydinyksikkö, joka toimii välittäjänä yksilön ja yhteiskunnan välillä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15). Perheen merkitys eri ihmisille vaihtelee oman elämäntilanteen myötä. Lapsuudenkodista irrottautumisvaiheessa olevalle nuorelle perhe merkitsee todennäköisesti eri asioita kuin nuoren ruuhkavuosiaan eläville vanhemmille. (Paajanen 2007, 23.)

Perhe ei ole ajallisesti jähmettynyt rakennelma, vaan perhe muuttuu ajassa. Viime vuosikymmeninä perhe instituutiona on kokenut suuren muutoksen. Perheiden koko on pienentynyt ja perheiden hajoaminen lisääntynyt. Erilaiset uusperheet ja eri osoitteissa asuvat perheet ovat yleistyneet ja on yhä tavallisempaa, että perheessä on vain yksi huoltaja. Niin ikään adoptio- ja keinoalkuisten lasten perheet sekä samaa sukupuolta olevien vanhempien perheet ovat yleistyneet. Muutoksen myötä perheiden rakenteista on tullut hyvin monimutkaisia. Perheet muodostuvat yhä enemmän ihmisten omien valintojen ja tietoisten ratkaisujen tuloksena, eivätkä enää yhteiskunnallisen normin seuraamisena. Perheen subjektiivinen määrittely monimuotoistaa perheen käsitettä ja korostaa sitä, että ihmiset itse ovat asiantuntijoita perheestä puhuttaessa. (Marin 1999, 43-60; Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2001, 47-48; Josephson 2007, 923.) Ajattelu, jossa perhe määrittelee itse itsensä, on kasvattanut suosiotaan jo senkin takia, että tämä näkemys ei jätä tarkastelun ulkopuolelle mitään perhemuotoja tai perherakenteita (Oinonen 1999, 163).

Suomi aloitti perhepoliittisen tukijärjestelmänsä rakentamisen vuonna 1948, jolloin lapsilisäjärjestelmä otettiin käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 4). Lapsiperheiden jokapäiväiseen elämään vaikuttavat monenlaiset yhteiskunnan tekemät ratkaisut. Perheiden hyvinvoinnin kannalta keskeisiä ovat asuntopolitiikan, ympäristöpolitiikan, koulutuspolitiikan ja työllisyyspolitiikan linjaukset, nämä kaikki poliittiset ratkaisut ovat osa perhepolitiikkaa. Suomalaisen perhepolitiikan tavoitteena on luoda lapsille turvallinen kasvuympäristö ja turvata vanhemmille aineelliset ja henkiset mahdollisuudet synnyttää ja kasvattaa lapsia. Perhepolitiikalla pyritään näin vanhemmuuden ja perheen yhtenäisyyden tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 4-6.)

Samoin kuin nuorista puhuttaessa, voidaan myös perheiden kohdalla tunnistaa polarisoitumisen ilmiötä. Valtaosa suomalaisista lapsiperheistä voi hyvin, mutta ne jotka voivat huonosti, voivat entistä huonommin (esim. Helminen 2006, 32; Oinonen 1999, 163-191). 1990-luvulla monia lapsiperheiden tulonlähteitä heikennettiin. Heikennys kohdistui erityisesti lapsilisiin ja kotihoidontukiin. Työttömyys kasvoi ja samanaikaisesti monia lapsiperheiden palveluja leikattiin ja palveluiden laatua heikennettiin. (Väestöliitto 2007, 4.) Näiden seurauksina lasten ja perheiden syrjäytymisen riski kasvoi. Syrjäytymiseen liittyy paljon ylisukupolvista dynamiikkaa, siten moni lapsi joutuu syrjäyttäviin olosuhteisiin jo syntyessään. Suomessa on kolmannen, jopa neljännen sukupolven toimeentulotuella eläviä perheitä, jolloin syrjäytyminen hahmottuu jo kokonaisten sukujen kohtaloksi. (Hämäläinen

2006, 48; Helminen 2006, 15-32; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 27.) Esimerkiksi seurantatutkimuksessa 1960-luvun lopulla koulutiensä aloittaneet lapset, joilla oli vakaat kasvun olot kahdeksanvuotiaaksi saakka, eivät olleet päätyneet heikkoon sosiaaliseen toimintakykyyn 36 vuoden ikään mennessä. Vastaavasti juuri kukaan, jonka lapsuusajan tausta oli epävakaa, ei ollut myöhemminkään saavuttanut erityisen hyvää sosiaalista toimintakykyä. (Helminen 2006, 22.) Kestilän (2008) tutkimuksesta käy ilmi, että lapsuusiän epäsuotuisat elinolot ennustavat nuoren aikuisiän huonoa terveyttä.

Psykososiaalinen pahoinvointi näkyy lastensuojelussa, jossa asiakasmäärät ovat yli kaksinkertaistuneet reilussa kymmenessä vuodessa huolimatta lasten suhteellisen väestöosuuden on pienentymisestä (Rousu 2007, 18). Vaikka esimerkiksi lastensuojelun perhetyössä on haluttu sulkea pois ajatus siitä, että jokin tietty perhemuoto olisi erityinen ongelmien lähde, niin yksinhuoltajuus (Myllärniemi 2007, 6) ja perheet, joissa tapahtuu paljon muutoksia (Heino 2007, 26; Myllärniemi 2007, 6), näyttäytyvät siellä lisääntyneenä tuen ja perhetyön tarpeena. Myös monilapsiset perheet ovat tiukoilla. Väestöliiton perhebarometrin (2007) mukaan perhe merkitsi noin 16 %:lle tutkimuskyselyyn vastanneista huolta ja murhetta. Näiden vastaajien joukossa oli eniten monilapsisten perheiden vanhempia (Paaajanen 2007, 24-25). Yhteiskunnan todellisuus asettaa tällä hetkellä melkoisia haasteita perheiden arjessa selviytymiselle ja perustellusti voidaan sanoa, että vanhempien kasvatus- ja huolenpito tehtävä on käynyt yhä vaativammaksi (Hämäläinen 2006, 43).

Elinympäristön muutokset, yleisen elintason ja koulutustason kohoaminen, kulttuurin ja median kuluttamisen lisääntyminen sekä kansainvälistyminen ovat kaikki olleet osallisina perhesuhteiden ja perheiden elinolosuhteiden muutoksiin. Kun perinteiset sosiaaliset tukiverkot ovat harventuneet, on sen myötä myös lasten elämään kuuluvien läheisten aikuisten määrä vähentynyt. Väestöliiton perhebarometristä (2007, 30) ilmenee esimerkiksi, että isovanhempia perheenjäseninä pitävien määrä on kymmenen vuoden seurannassa vähentynyt, vaikka eliniän pidentyessä yhä useammalla perheellä ovat isovanhemmat elossa. Perheillä on yhä vähemmän ympärillään niitä ihmisiä, jotka voivat auttaa tai olla tukena, kun elämässä tapahtuu jotain odottamatonta, jolloin omat voimavarat eivät riitä arjesta selviämiseen (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2001, 49-51). Vanhempien rinnalle, lasten kasvamisen malleiksi ja samaistumiskohteiksi ovat tulleet sähköisen median välittämät mallit ja kulttuuriteollisuus. Kempainen (2001, 22-23) toteaaakin, että nämä ovat astuneet paljolti entisaikojen isovanhempien, sisarusten, pihapiirin ja kylänraitin asemaan.

Vaikka perheitä kariutuu ja perhe muodoiltaan muuttuu, perhe ei silti ole menettänyt tärkeyttään ja merkitystään. Suurin osa väestöstä asuu ja elää perheissä. Nuoret perustavat perheitä ja myöskin eronneet perustavat uusia perheitä. (Oinonen 1999, 181; Ritala-Koskinen

2001, 9.) Ihmisillä on tarve kuulua yhteisöön, joka luo ja jakaa yhteistä historiaa ja kokemuksia. Perhe edustaa ihmisille monien tärkeiden asioiden ohella myös jatkuvuutta.

3.2.1 Perheen sisäiset vuorovaikutussuhteet

Vauvan varhainen kokemus ymmärretyksi tulemisesta muodostaa pohjan hänen vähitellen kehittyvälle eläytymiskyvyllään. Asettumalla vauvan käyttöön, vanhemmat välittävät jo varhain lapselleen ajatuksen, että kommunikoiminen ja psyykinen työskentely kannattavat ja tuottavat tuloksia. Stern on käyttänyt ilmaisua ”virittäytyminen” tilanteista, joissa äiti tai isä vauvaansa katsellessaan eläytyy vaistomaisesti vauvan tunnetiloihin ja viestittää eläytymistään erilaisin ei-kielellisin keinoin – ilmeillä, eleillä ja äänitelemällä. (Sinkkonen 2000, 21.)

Bowlbyn (1979) luoma kiintymyssuhdeteoria on teoria varhaisten vuorovaikutussuhteiden merkityksestä lapsen persoonallisuuden kehitykseen, ihmissuhteisiin sekä tapoihin käsitellä konflikteja. Sen avulla voidaan tutkia, missä olosuhteissa ja millä tavoin ihmiset hakevat toistensa läheisyyttä tai turvaa toisistaan, kuinka he reagoivat todellisiin tai kuviteltuihin vaaratilanteisiin ja millaisia oletuksia heillä on itsestään, vuorovaikutussuhteistaan ja toisista ihmisistä. Varhaista kiintymyssuhdetta voidaan pitää eräänlaisena perustana maailmassa olemisen tavalle, sille, miten ihminen suhtautuu omaan itseensä, muihin ja ympäristöön. Bowlbyn (1979) mukaan ihmiselle muodostuu elämän varrella uusia kiintymyssuhteita ja vanhoja kiintymyksiä voi kadota, mutta varhaiset kiintymyssuhteet ovat varsin pysyviä. Kiintymyssuhdemallit myös siirtyvät usein sukupolvelta toiselle. (Bowlby 1979, 130-131; Sinkkonen 2004, 1866-1873.)

Tammisen (2003) mukaan kiintymyssuhdetta ei tule nähdä pelkästään äidin tai isän ja lapsen kahdenvälisenä ihmissuhteena, vaan koko perhettä koskevana kiintymyssuhdejärjestelmänä. Tamminen kuvaa perheen kiintymyssuhdejärjestelmän ylittävän sekä sukupolvi- että sukupuolirajat ja kuvaa sen muodostuvan kompleksisesta vertikaalisen ja horisontaalisen kiintymyksen yhteensovittamisesta. Tällöin vanhempien oma vanhemmuus tuo kummankin vanhemman oman eletyn ihmissuhdehistorian tähän hetkeen. Perheen kiintymyssuhdejärjestelmässä ihmissuhteiden historia, nykyhetki ja tulevaisuus kutoutuvat yhteen. Tammisen mukaan vanhempien välinen kiintymyssuhde on perusakseli, jonka varassa perhe elää ja uutta lasta kohtaan syntyvät kiintymyssuhteet rakentavat kaikkien perheenjäsenten tulevaisuutta. (Tamminen 2003, 248.)

Perhesysteemin tasapaino perustuu paljolti perheen sisäiseen kommunikaatioon ja vuorovaikutussuhteisiin (esim. Friedemann 1995). Perheen yhteenkuuluvuuden tunne on

tärkeä osa perheenjäsenten identiteettiä. Yhteenkuuluvuuden tunne syntyy ennen kaikkea perheen taidoista kommunikoida toistensa kanssa. Tähän sisältyy muun muassa kokemusten jakaminen, tunteiden esiin tuominen ja niistä puhuminen, erilaisuuden hyväksyminen, saavutusten huomioiminen ja lapsista välittäminen. (Friedemann 1995, 27-29, 73). Wahlbergin ja Isohannin (1996) mukaan hyvin toimiva perhe voi olla rakenteeltaan millainen tahansa. Heidän mukaansa olennaista on, että perheen jäsenet ovat yleensä tyytyväisiä ja onnellisia, kokevat yhdessäolon turvalliseksi, saavat tukea ja rohkaisua toisiltaan ja voivat toteuttaa toiveitaan yhteisten sopimusten mukaisesti. (Wahlberg & Isohanni 1996, 1785).

Ristiriidat kuuluvat elämään ja ne vievät niin yksilöiden kuin koko perheenkin kasvua ja kehitystä eteenpäin. Ilman ristiriitoja ei perhe säily elävänä ja avoimena systeeminä. Elävään perheeseen mahtuu riittävästi erilaisuutta, erilaisia mielipiteitä ja näkemyksiä ja siellä on tilaa erilaisille tunteille. Yksilöityminen, muutokset ja luopumiset mahdollistuvat jaettuina kokemuksina. On tilaa epäonnistumisille ja kukin tulee hyväksytyksi omana itsenään, omine keskeneräisyyksineen, mutta myös onnistumisineen. Avoimessa perhesysteemissä siedetään pettymyksiä, kilpailua ja kateutta. (Tuhkasaari 2002.) Tuhkasaaren (2002) mukaan keskeisen haasteen koko perheen elämän ajaksi muodostaa se, kuinka elämässä väistämättömiä ristiriitoja kohdataan ja käsitellään, minkälaisia merkityksiä ne luovat perheen identiteettiin, suhteisiin perheen sisällä, jokaisen perheenjäsenen itsekokemukseen ja identiteettiin sekä perheen ja ulkopuolisen yhteisön väliseen vuorovaikutukseen. Tuhkasaaren (2002) mukaan sukujen ja sukupolvelta toiselle siirtyneiden näkymättömien ja piilotajuisten tekijöiden merkitys perheiden ajankohtaisissa ristiriidoissa on paljon suurempi kuin yleensä tiedostetaan.

Nuoren tullessa nuoruusikään, hänen suhteensa vanhempiin muuttuu. Samalla muuttuu nuoren ja vanhemman tapa olla vuorovaikutuksessa. Nuoren impulssikontrolli on epävakaata ja nuori muuttuu herkästi provokatiiviseksi (Blos 1999, 32). Nuori saattaa ilmaista itseään äänekkäästi tai uhmakkaasti tai toisaalta viettää pitkää mykkäkoulua, ilman, että vanhemmat pääsevät selville, mistä on kyse. Lapsuuden aikaiset toimintamallit eivät enää toimi ja lapsi saattaa tuntua kuin uudelta ihmiseltä. Joronen (2006, 38-44) on todennut, että on kuin saman katon alla olisi kaksi eri maailmaa. Vaikka nuori alkaa irtautua vanhemmistaan, on vanhempien tuki silti tärkeää nuorelle koko nuoruusiän ajan ja nuori myös tarvitsee jatkuvasti tietoisuuden siitä, että hän on vanhemmilleen tärkeä. Uudemmat teoriat nuoruusiän kehityksestä korostavat erityisesti sitä, että vanhemman ja lapsen välisen suhteen ei tulisi lainkaan katketa ja että nuoruusiän kuluessa sopivasta yhteenkuuluvuuden ja erillisyyden määrästä tulisi neuvotella jatkuvasti (Fröjd ym. 2007, 1249-1254). Fröjdin (2008b) mukaan irtautuminen vanhemmista saatetaan käsittää joskus liian kirjaimellisesti. Fröjd on ilmaissut, että ”nuoruusikä ei voi olla se kohta, jossa lapsesta lakataan huolehtimasta”. Vanhemman on oltava kiinnostunut nuoren menemisistä ja tekemisistä, vaikka huolenpidon luonne muuttuu.

Tiedetään, että ne nuoret joiden vanhemmat eivät tiedä, missä nuori viettää viikonloppuiltansa, voivat huonommin kuin nuoret, joiden vanhemmat seuraavat lastensa menemisiä. (Fröjd 2008b.)

Kun perheessä tapahtuu avioero tai perhe muutoin hajoaa, myös perhesysteemin vuorovaikutuskuviot muuttuvat. Etenkin uusperheiden syntymisen myötä perheiden vuorovaikutuskuvioista tulee hyvin monimutkaisia. Lapsen elämä uusperheessä vaatii kykyä eritellä omaa paikkaansa moninaisten suhteiden keskellä. Lapset joutuvat määrittelemään suhdettaan vanhempansa uuteen kumppaniin ja mahdollisesti myös tämän lapsiin. Vaatimus sopeutua joskus hyvinkin sekaviin perhesuhteisiin, voi olla lapselle jopa liikaa (Wahlberg & Isohanni 1996, 1785; Ritala-Koskinen 2001, 10.) Brobergin ja Hakovirran (2005, 137-153) mukaan lapsen biologisten vanhempien toimivalla yhteistyöllä on tärkeä myönteinen vaikutus lapsen ja isä- tai äitipuolen välisen suhteen kehittymiseen. Heinin (2007) tutkimuksessa perhemuotojen yhteydestä lastensuojelun tarvetekijöihin havaittiin uusperheiden lapsilla olevan enemmän riitoja vanhempiensa kanssa kuin lapsilla ydin- tai yksinhuoltajaperheissä. Lisäksi havaittiin, että näissä perheissä lapsilla oli enemmän väkivaltakokemuksia ja että he voivat muutenkin psyykkisesti huonommin kuin lapset ydin- tai yksinhuoltajaperheissä. (Heino 2007, 61.)

Käytännön työssä on tavallista, että eri perheenjäsenten tapaaminen ja kuuleminen tuottaa varsin erilaisia kertomuksia perhetilanteesta. Yksittäiset kertomukset voivat joskus olla keskenään vahvasti ristiriitaisia. Perheen vuorovaikutuksen havainnointi perhetapaamisissa paljastaa tärkeitä asioita perheestä (Josephson 2007, 926-927). Häggman-Laitilan (2008) mukaan perheiden kanssa työskennellessä tulee olla tavoitteena kunnioittaa jokaisen omaa kokemusta ja näkemystä todellisuudesta ja antaa sille tilaa. Sietämällä tarinoiden ristiriitaisuutta – kuuntelemalla jokaisen kertomusta ja ymmärtämällä niihin liittyviä merkityssisältöjä – on yhteisissä keskusteluissa perheenjäsenten kesken mahdollista löytää perheelle yhteinen tarina, joka ylittää alun perin ristiriitaiset näkemykset. (Häggman-Laitila 2008, 196-197.)

3.2.2 Nuoruusikäisen vanhemmuus

Smithin ja Pihan (2008) mukaan vanhemmuus voidaan nähdä vanhemmaksi tuleminen myötä syntyvänä ja kehittyvänä psyykkisenä mielentilana ”vanhempana olemisena” sekä toisaalta vanhemman konkreettisia käyttäytymisen tapoja ilmentävänä ”vanhempana toimimisena”. Vanhempana oleminen ja vanhempana toimiminen kietoutuvat prosessissa, jossa sekä vanhemmat että lapset ovat osatekijöinä ja joka voidaan nähdä perhe-elämän ilmentymänä. (Smith & Piha 2008, 6.)

Toimivan ja tasapainoisen vanhemmuuden kuvataan usein olevan perheen hyvinvoinnin ydin. Lapsen kasvaessa nuoruusikäiseksi vanhemmuus joutuu koetukselle. Nuoren kasvava pyrkimys itsenäisyyteen, yksityisyyden tarve ja nopeat fyysiset ja psykososiaaliset muutokset hämmentävät paitsi nuorta, myös vanhempaa. Nuori arvostelee ja saattaa kyseenalaistaa vanhempiansa toimintaa. (Marttunen 2005.) Nuoren mielenliikkeet vaihtelevat nopeasti ja vanhemman voi olla vaikea tietää, kuinka huolissaan nuoren ailahtelevasta käyttäytymisestä pitäisi olla. (Aalberg & Siimes 2007, 74.) On tavallista, että vanhemmat kokevat neuvottomuutta lapsen tulesa nuoruusikään.

Marttunen (2005) mukaan riittävän hyvää vanhemmuutta lapsen ja nuoren kehityksen eri vaiheissa kuvaavia vanhemman ominaisuuksia ovat vanhemman oma psyykinen tasapaino ja kyky pitkäaikaisten ihmissuhteiden solmimiseen ja säilyttämiseen. Vanhemman tulee pystyä erottamaan omat tarpeensa ja toiveensa lapsensa tarpeista ja hänellä tulee olla riittävä kyky asettua lapsensa asemaan tätä ymmärtääkseen. Kasvatustilanteissa vanhemman tulisi olla johdonmukainen ja selkeä ja ylläpitää turvallisia rajoja. Aikuisten asettamien rajojen tulee kestää toistuvia kokeiluja. Fröjdin (2008a) tutkimuksen mukaan vanhempien valvonnan puute on selkeästi yhteydessä moniin nuorilla ilmenneisiin pulmiin, muun muassa tiheään humalajuomiseen ja masennukseen. Liika sallivuus aiheuttaa nuorena epävarmuutta ja epätietoisuutta, mutta liian tukahduttavat rajat vievät tilaa kasvulta ja nuoruuden kehitykseltä. Vanhempien tulisi pystyä ottamaan vastaan lapsen ja nuoren sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita ja heidän tulisi jaksaa toimia nuortensa ”harjoitusvastustajina” elämän oppimisessa ja vaihtelevien tunteiden kohtaamisessa. (Aalberg & Siimes 2007, 125-130; Marttunen 2005.)

On monia syitä, jotka heikentävät vanhempana selviytymistä. Vaikka ongelmat kärjistyvät moniongelmaisissa tai syrjäytymisuhan alla olevissa perheissä, ei vanhemmuuteen kasvaminen ole aina helppoa muissakaan perheissä. Vanhemmuus ja vanhempana oleminen, huolenpito itsestä sekä eri tahoilta tulevat vaatimukset voivat ylittää vanhempien voimavarat joko tilapäisesti tai pidemmäksi aikaa (Pelkonen 1994, 181). Vanhempien jaksamattomuus onkin yleisin lastensuojeluasiakkuuden taustalta löytyvä syy (Heino 2007, 66). Vanhemmuuteen haasteita luovat työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen vaikeudet, sosiaalisten verkostojen vähentyminen sekä perherakenteen muutokset. Monet vanhemmat kokevat olevansa hyvin yksin vanhemmuutensa kanssa. Pahoinvoivien ja syrjäytymisuhan alla olevien perheiden tilanne ei ole korjaantunut 1990-luvun lama-ajasta, vaan perheiden eriarvoisuus ja suoranainen hätä ovat jopa yleistyneet. (Helminen 2006, 15-31; Sirviö 2006, 15.)

Kun oma lapsi alkaa oirehtia psyykkisesti, herättää tämä vanhemmissa lähes poikkeuksetta syyllisyyden tunteita (Brummer 2005, 175). Alasuutarin (2003) mukaan syyllisyyden pohdinta

ja syyllisyyskysymykset voivat olla sudenkuoppa, mutta myöskin resurssi. Sudenkuopaksi ne voivat muodostua silloin, kun vanhempi juuttuu tulkinnoissaan omien tai perheensä vikojen pohtimiseen. Vanhempi saattaa tällöin sulkea näköpiiristään pois toimintamahdollisuuksia, joita hänellä mahdollisesti muuten olisi. Mutta, syyllisyys voi olla myös resurssi tehdä toisin. Alasuutari (2003) painottaa, että jos tämän toisenlaisen tekemisen ensimmäisenä askeleena on kääntyminen asiantuntijoiden puoleen, lankeaa auttajille tärkeä tehtävä luoda edellytykset työskentelylle, jossa paikalleen juuttuneet syyllisyyden tarinat voivat kääntyä kohti parempaa ja vanhemman toimijuutta tukevaa tulevaisuutta. (Alasuutari 2003, 155-156.)

Vanhemmuuden tueksi ja tarkasteluun on kehitelty erilaisia työvälineitä ja menetelmiä, jotka auttavat niin vanhempaa kuin työntekijääkin vanhemmuuden hahmottamisessa.

Lastensuojelun kontekstissa kehitetty vanhemmuuden roolikartta on yksi tapa tarkastella vanhemmuutta. Vanhemmuuden roolikartassa vanhemmuus on jaettu viiteen päärooliin. Näitä ovat huoltaja, rakkauden antaja, elämän opettaja, ihmissuhdeosaaja ja rajojen asettaja.

Vanhemmuuden roolikartta on kehitetty vuorovaikutuksen välineeksi ja sen avulla on mahdollista tutkia isyyttä ja äitiyttä osana perhesuhteita ja sukupolvisia ketjuja. Roolikartan käyttö lähtee kunkin vanhemman omista, subjektiivisista kokemuksista. (Helminen & Iso-Heiniemi 1999; Kekkonen, Aavaluoma & Rautiainen 2006, 847-851.) Myös morenolaisen teorian mukaan vanhemmuutta voidaan arvioida roolikokoelmana. Jokainen rooli kuvaa aikuisen (vanhemman) kokemusta, identiteettiin kuuluvaa sisäistä toimintaa suhteessa lapseen. Mitä enemmän vanhemmalla on käytössään rooleja, sitä joustavampi hän on äitinä tai isänä. Rooli ei ole staattinen, paikallaan pysyvä tila, vaan roolit kypsyvät ja niitä voidaan kehittää läpi elämän. (Kekkonen 2004, 27).

3.2.3 Kodin kasvatustehtävä

Kodin ja vanhempien tehtävistä kasvatustehtävä on keskeinen. Hämäläisen (2006) mukaan siinä voidaan nähdä kaksi perusulottuvuutta: tukea sellaisia kasvuprosesseja, joissa lapsi vähitellen saavuttaa yhteiskunnallista toimintakykyä, osallisuutta ja elämänhallintaa, sekä suojella lasta tervettä kehitystä uhkaavilta vahingollisilta vaikutteilta (Hämäläinen 2006, 49).

Kempainen (2001) on tutkinut kotikasvatusta kolmessa sukupolvessa. Tutkimuksen mukaan omien vanhempien tapa toimia toimii pohjana, rakennuspuuna ja evästyksenä, myöhemmälle vanhemmuuden muotoutumiselle ja vanhempana toimimiselle. Kempaisen tutkimuksessa tuli esille lasten lojaalisuus vanhempiaan kohtaan. Vaikka vanhempiin liittyi ankaria tai epäoikeudenmukaisiakin muistoja, sisällytettiin näihin usein myös positiivisia mielikuvia omista vanhemmista. Omia vanhempia ei muistettu pahalla ja heille oltiin valmiita antamaan myös paljon anteeksi. (Kempainen 2001, 160; ks. Katvala 2001.)

Eri vuosikymmeninä syntyneet vanhemmat antavat erilaisia merkityksiä lapsen oikeuksille ja velvollisuuksille, fyysiselle rankaisemiselle, rajoille ja säännöille sekä kasvatusvastuulle. (ks. Alasuutari 2003, 21). Optimaalisena kasvatustyylinä on pidetty sellaista kasvatusta, jossa vanhemmat osoittavat positiivisia tunteita lasta kohtaan, tukevat ja auttavat lasta, mutta toisaalta myös valvovat lasten tekemisiä. Tärkeänä on pidetty myös, että rajojen rikkomisesta on johdonmukaiset seuraukset. (Fröjd ym. 2007, 1250.) Näkemykset siitä, miten aikuisten ja lasten tulisi käyttäytyä toisiaan kohtaan ovat muuttuneet sukupolvelta toiselle merkittävästi. Kun vanhemmat saivat aiemmin kiitosta siitä, että lapset oli kasvatettu hyvässä kurissa ja lapset suhtautuivat vanhempiansa lähes pelonsekaisella kunnioituksella (Kemppainen 2001, 18), lähtee tämän päivän kasvatusta aivan toisella tavoin lapsen tarpeista. Onkin sanottu, että perheiden kasvatustyyli on vuosikymmenten aikana muuttunut tottelevaisuus- ja kuuliaisuus- kulttuurista keskustelu- ja neuvottelukulttuuriksi (Korhonen 2003).

Lapset ovat jo varhain tekemisissä erilaisten kasvatuksen ammattilaisten kuten perhepäivähoitajien, lastentarhanopettajien tai opettajien kanssa. Vanhemmat myös arvostavat ammattikasvattajia, sillä Alasuutarin tutkimuksessa yhteistyö kasvatuksen ammattilaisten kanssa määrittäytyi vanhempien puheissa keskeiseksi osaksi niin sanottua hyvää vanhemmuutta. (Alasuutari 2003, 24, 199.) Eri asiantuntijat ja media levittävät monenkirjavia uskomuksia, kasvatusneuvoja ja ohjeita erilaisia väyliä pitkin vanhemmille. Tällaiset tiedot ja uskomukset eivät välttämättä sinänsä toimi vanhemmille suorina toimintamalleina, mutta niiden kautta välittyy silti erilaisia odotuksia ja vaatimuksia, millaisia heidän pitäisi vanhempina olla ja miten heidän tulisi vanhempina toimia. (Kemppainen 2001, 152-153; Katvala 2001, 25-29.) Populaari kasvatusvalistus saattaa luoda ja ylläpitää vanhemmissa helposti epäilyä omaa kasvatustapaansa kohtaan silloinkin, kun lapsi kehityksellään ja elämässä menestymällä osoittaa saaneensa osakseen hyvää vanhemmuutta. Vanhemmat syyllistyvät helposti pohtimaan, olenko prässännyt, ylihuolehtinut, unohtanut luovuuden tai ollut liian hallitseva? (Lounavaara-Rintala 1999, 61.) Toisaalta, koska lastenkasvatus- ja hoito-oppaiden ”hyvä” äiti luottaa asiantuntijoiden ohjeisiin, hän myös hakee niitä äitiytensä tueksi (Alasuutari 2003, 30).

3.3 Perhe nuorisopsykiatrian toimintaympäristössä

Oman lapsen psyykinen sairastuminen on perheelle aina pysähtymisen paikka. Yhtäkkiä mikään ei olekaan niin kuin ennen. Elämä seisahtuu ainakin hetkellisesti ja perhe joutuu arvioimaan elämäänsä uudesta näkökulmasta. On tavallista, että nuori on oirehtinut jo ehkä pitkäänkin, mutta tilanteen kanssa on vain yritetty selvitä. Nuori on saattanut alkaa eristäytyä tai muuttua käytökseltään, mutta muutosten on ajateltu kuuluvan nuoruusiän

kehitykseen. (Viitala 2007, 42.) On myös tavallista, että nuoren ja vanhempien keskinäiset välit ovat ajautuneet vaikeasti törmäyskurssille. Vaikka oman nuoren sairastuminen voi tuntua vanhemmista epäonnistumiselta, kokevat vanhemmat tavallisesti suurta helpotusta hoitoon pääsystä (Puotiniemi 1999, 55).

Hoidon kannalta on merkityksellistä, millaisen syyn vuoksi nuori tulee hoitoon. Onko kyse vakavasta vai lievemmästä häiriöstä? Vaikka olisi kyse lievästäkin oireilusta, on lapsen psyykinen oirehdinta on aina kolaus vanhemmuudelle ja vanhemmat kokevat herkästi epäonnistuneensa vanhemmuudessaan (Aalberg & Siimes 2007, 295). Psykiatriseen hoitoon ”joutumiseen” liittyy yhä usein vahva häpeän leima ja nuoren sairastuminen herättää perheissä huolta ja pelkoa sekä lukemattoman määrän kysymyksiä (Jähi 2004, 33-35; Kiiltomäki 2007, 58). Aaltosen (2002) mukaan perheet, jotka tuntevat häpeää, syyllisyyttä ja kyvyttömyyttä asioissa, joissa he kenties ovat toimineet väärin, eivät tarvitse työntekijöitä muistuttamaan siitä vielä kipeämmin. Työntekijöiden tulisi olla valmiita hyväksymään vanhempien kipeät tunteet ja kyetä etsimään menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta myös onnistumisen elämyksiä - joita löytyy aina. Itse löytämisprosessilla on mahdollisuus muodostua perheelle uudeksi voimavaraksi. (Aaltonen 2002, 155-156.)

Keskeisiä asioita yhteistyön alkuvaiheessa vanhempien kanssa ovat perheen hädän vastaanottaminen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen. Luottamuksen aikaansaamiseksi vanhemmilla on oikeus – ja velvollisuus – tavata lapsensa hoitoon osallistuvat työntekijät ja jakaa kokemuksensa, näkemyksensä ja huolensa nuoren tilanteesta (Airaksinen & Laukkanen 2006, 204). Vanhempien ollessa epätietoisia ja pelokkaitakin, on tärkeää, että vanhemmat kokevat lähestymisen hoitavia henkilöitä kohtaan helpoksi (Lehto 2004, 57). Yhteistyön tiiviys ja laatu tulee voida sopia yksilöllisesti tilanteesta riippuen. Erikois- ja ammattisanaston käyttö lisää helposti perheen avuttomuuden tunteita. On kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että perheelle annettava tieto on laadultaan ja laajuudeltaan sellaista, jonka perhe kykenee ottamaan vastaan ja ymmärtämään (Potinkara 2004, 75; ks. Seikkula & Arnkil 2005, 99).

Erityisen haastaviksi muodostuvat tilanteet, joissa nuori ei syystä tai toisesta halua vanhempiensa osallistuvan hoitoon. Vanhemmat saattavat olla joskus jopa tietämättömiä nuorisopsykiatrian poliklinikalle tehdystä lähetteestä. Tietyin edellytyksin nuori voi kieltää yhteydenpidon vanhempiinsa. Nuoren oikeusturvan takana on laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämän potilaslain (7 §) mukaan alaikäisen potilaan mielipide hoitoon on selvitettävä aina, kun se on mahdollista. Laissa todetaan, että jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos taas alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa kanssa. Näin ollen kehitystason määrittäminen on keskeistä. Laki ei aseta ikärajoja, vaan lääkäri tai muu terveydenhuollon

työtekijä joutuu miettimään jokaisen nuoren kohdalla tapauskohtaisesti, onko nuorella ikänsä ja kehitystasonsa huomioon ottaen kyky päättää kyseessä olevasta hoidosta itse. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Kuitenkin aina tulisi olla pyrkimys siihen, että vanhemmat otetaan mukaan nuoren ongelmien ratkomiseen ja vanhemmuutta tulisi tukea ja vahvistaa myös silloin, kun nuori sitä kehityksellisistä lähtökohdistaan vastustaa (Fröjd 2008a).

3.3.1 Nuoren psyykinen sairastuminen perheessä

Oman lapsen sairastuminen on vanhemmille kriisi, jolla on monitahoisia seurauksia perheen elämään. Lapsen sairastuminen saa vanhemmat järjestämään arvomaailmansa uudelleen (Hopia 2006, 64). Nymanin ja Stengårdin (2001, 44) tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden omaiset kokivat arvojensa muuttuneen huolenpitotehtävänsä myötä. Läheisen sairastuessa konkretisoituu se, mikä on tärkeää, mikä toisarvoista. Etenkin, jos on kyse vakavammasta oireilusta, aiheuttaa epävarmuus tulevasta kokonaisvaltaista uhan tunnetta, joka voi saada hyvinkin erilaisia ilmenemismuotoja. Vanhemmilla voi ilmetä kriisiin liittyen sekä psyykkisiä että myös rajujakin fyysisiä tuntemuksia. Yksinäisyyden ja tyhjyyden tunteet vaivaavat monia vanhempia. Vanhemmilla voi olla tunne, että he eivät hallitse omaa elämäänsä ja heidän voi olla vaikea suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Vanhemmat saattavat kärsiä fyysisistä oireista keskittymiskyvyttömyydestä, univaikeuksista, väsymyksestä ja pahoinvoinnista. (Puotiniemi 1999, 52; Hopia, 2006, 62; Kiiltomäki 2007, 15-17.) Jähin (2004, 30) tutkimuksesta ilmenee, että omaisten kokemukset omaisen psyykkisestä sairaudesta ovat hyvin samankaltaisia, vaikka häiriöiden kirjo olisi kuinka heterogeeninen.

Monien vanhempien mielestä nuoren sairastumisen alkuvaihe on kaikkein raskainta ja hankalinta aikaa (Puotiniemi 1999, 56; Viitala 2007, 42). Aluksi kaikki pyörii sairastumisen ympärillä (ks. Walden 2006, 40). Perhe on ymmällään ja hämmentynyt, koska he eivät tiedä, mistä on kyse (Jähi 2004, 33; Puotiniemi 1999, 56). Psykiatriseen diagnoosiin liittyy häpeän leima ja leimautumisen tunne (Puotiniemi 1999, 52; Aaltonen 2002, 155; Jähi 2004, 34) ja perheenjäsenet saattavat esimerkiksi miettiä, onko perheen elintavoilla ollut yhteyttä sairastumiseen (Viitala 2007, 22). Lapsen sairastuminen vaikuttaa vanhempien elämään lisäämällä heidän työmääräänsä. Sairastuneen nuoren asioihin paneutuminen vie paljon voimia ja paljon aikaa. Hoitoneuvottelut ja perhetapaamiset ovat päiväsaikaan ja saattavat vaatia vanhempien poissaoloa omasta työstään (Ranta, Paavilainen & Tarkka 2003, 219). Vanhemmat saattavat joutua tekemään erityisjärjestelyitä voidakseen osallistua hoitoon. Jos käyntejä poliklinikalla on paljon, poissaolot voivat aiheuttaa vanhemmille huolta ja stressiä, etenkin, jos työnantaja ja työtoverit eivät suhtaudu tilanteeseen ymmärtäväisesti ja joustavasti. Jotkut vanhemmat tekevät tietoisien valinnan, etteivät puhu sairastumisesta

työpaikallaan. Usein vanhemmat silti kokevat, että työtoverit tietävät asiasta, vaikka vanhemmat itse eivät olisikaan siitä puhuneet. (Lassinantti 2001, 50, 70.)

Osassa perheistä tullaan jossain vaiheessa tilanteeseen, jossa oirehdinta alkaa näyttää pitkäaikaiselta tai jopa pysyvältä. Psykkisesti sairastuneen nuoren perhe joutuu käymään läpi vaativan muutosvaiheen (Rantala 1996, 57; ks. Meleis 1991) ja vakava psyykinen sairaus voi romuttaa läheisten mielissä valtavan määrän mahdollisuuksia, toiveita ja odotuksia (Jähi 2004, 35). Päivittäiset rutiinit ja roolit saattavat muuttua. Sairaus horjuttaa elämän tasapainoa ja turvallisuutta ja se tuo mukanaan ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta. Vanhempien odotukset lastaan kohtaan saavat kolauksen – ei ehkä tulekaan ylioppilasjuhlia, kun jo peruskoulunkin loppuunsaattaminen tuottaa äärimmäisiä ponnisteluja. Sairastuminen voi aiheuttaa perheessä toisaalta yhteenkuuluvuuden tunnetta, toisaalta erillisyyden kokemuksia. Sairastuneen hoitotarpeet korostuvat ja suhtautuminen sairastuneeseen nuoreen saattaa muuttua siten, että perhe pyrkii kaikessa huomioimaan sairastuneen erityistoiveita. On tavallista, että vanhemmat ja muut perheenjäsenet laiminlyövät tai kieltävät omat tarpeensa ja sairastuneen nuoren tarpeet nostetaan kaikessa etusijalle. (Lassinantti 2001, 7.) Muutosvaiheen lopussa hyväksyminen ja sopeutuminen tilanteeseen tulee mahdolliseksi. Etenkin skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien perheet joutuvat käymään läpi myös hitaan suruprosessin. Perheissä surraan nuorta, joka aikaisemmin tunnettiin ja sitä kärsimystä, jonka perhe näkee sairastuneessa (Jähi 2004, 35) Perheissä surraan myös sairastuneen toiveiden ja unelmien romuttumista. Perheen surua on jopa verrattu suruun, jollaista perhe kokee perheenjäsenen kuoleman jälkeen (Rantala 1996, 18, 57). On myös todettu, että sairauden pitkittyessä omaiset sopeutuvat ja alistuvat tilanteeseen, jolloin he eivät enää ilmaise yhtä avoimesti omaa kuormittuneisuuttaan kuin aiemmin (Nyman & Stengård 2001, 16). Viitalan (2007, 51) tutkimuksessa tuli esille, että vaikka perheenjäsenet sopeutuvat tilanteeseen, se ei silti merkitse sitä, että hyväksyisivät sairauden, vaan aika ajoin perheenjäsenet tuntevat halua kapinoida sairautta vastaan.

Ristiriita sairastuneen ja perheen muiden jäsenten tarpeiden välillä on omaisille kuluttavaa (Jähi 2004, 35). Suru, syllisyys ja häpeä ovat omaisten yhteisiä, mutta usein yhteisesti jakamatta jääviä tunteita (Haarakangas & Seikkula 1999, 12). On tavallista, että vanhemmat yrittävät säästää perheen muita lapsia sairautteen liittyviltä asioilta. Lapset kuitenkin haluavat olla selvillä perheeseen liittyvistä asioista ja vanhempia tulee rohkaista puhumaan sairaudesta muille lapsille. Usein sisarukset ovat aluksi järkyttyneitä sairastuneen sisaruksen tilanteesta. Asiallisen tiedon antaminen ja keskustelu sairaudesta ja sen merkityksestä rauhoittaa perheen muita lapsia. Sisarukset kestävät vaikeaa tilannetta väliaikaisesti, mutta jos se jatkuu pitkään, he kärsivät siitä (Walden 2006, 40). Sisarukset kantavat huolta sairastuneesta, mutta niin ikään mustasukkaisuus on tavallista, etenkin jos perheessä on pienempiä sisarusia.

Vanhempien ajatukset ovat paljolti sairastuneen lapsen asioissa ja perheen muut lapset jäävät tällöin pakostakin vähemmälle huomiolle (Puotiniemi 1999, 61).

Vaikka sisarukset ymmärtävät, että huomio keskittyy oirehtivaan lapseen, aiheuttaa tilanne helposti heille mielipahaa. Sisaruksista saattaa tuntua, että sairastuneesta lapsesta välitetään enemmän (Puotiniemi 1999, 55; Walden 2006, 40). Sisaruksia saattaa askarruttaa, saako heillä mennä hyvin, saako olla kavereita tai kivaa ylipäätään. He saattavat kantaa huonoa omaatuntoa, jopa syyllisyyttä, jos omat asiat sujuvat hyvin. Sisarukset tunnistavat, että vanhemmat ovat kuormittuneita ja saattavat siksi jättää kertomatta vanhemmilleen omista huolistaan ja murheistaan. Sisaruksille saattaa olla myös epäselvää, mitä perheen ja sairastuneen asioista saa puhua perheen ulkopuolelle. Salaaminen ja asian kiertely saattaa asettaa sisarukset sietämättömän vaatimaan ja kuormittavaan tilanteeseen. Ahdistusta saattavat lisätä myös esimerkiksi erilaiset perinnöllisysselitykset (Jähi 2004, 167). Joskus sairastuneen sisaruksen käytös saattaa olla kovin poikkeavaa tai arvaamatonta. Tämä saattaa aiheuttaa sisaruksille voimakkaita häpeän tunteita ja rajoittaa sisarusten sosiaalisia suhteita, koska kotiin ei tällöin kehtaa tuoda kavereita. Aaltosen (2002, 148) mukaan lapsen häpeä on erityisen ongelmallinen, koska sitä on vaikea huomata. Vanhempia tulisi tukea kertomaan ikätason mukaisella kielellä tapahtuneesta ja neuvoa tukemaan sisarusten normaalia elämää, kaverisuhteita ja harrastuksia. Näin vanhemmat myös vahvistavat sisarusten suojaavia tekijöitä. (Lassinantti 2001, 44; Puotiniemi 1999, 6.)

Psykiatristen potilaiden omaiset kokevat usein ahdistusta ja turvattomuutta (Pitkänen ym. 2002, 228) ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on psykiatristen potilaiden vanhemmille vaativaa. Vanhemman oma vointi on sidoksissa lapsen vointiin. Hopian (2006) tutkimuksessa jotkut vanhemmista oivalsivat jo lapsen sairauden alkuvaiheessa oman vointinsa tärkeyden koko perheen hyvinvoinnille, mutta osa vanhemmista tunnisti asian vasta uupuessaan (Hopia, 2006, 63). Häggman-Laitilan (2002, 175) mukaan yhden perheenjäsenen tuentarpeen ilmaantuessa, olisi aina syytä arvioida myös muiden perheenjäsenten ennalta ehkäisevän tai varhaisen tuen tarvetta.

3.3.2 Nuorisopsykiatrinen avohoito

Nuorisopsykiatria on ollut oma itsenäinen erikoisalansa vuodesta 1999 lähtien. Nuorisopsykiatrialle ovat ominaisia vahvat sidokset ja rajapinnat useiden nuorten parissa toimivien tahojen kanssa. Tällaisia tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat perheen lisäksi muun muassa koulu, sosiaalitoimi, lastenpsykiatria, aikuispsykiatria, nuorisotyö ja päihdehuolto. (Pylkkänen 2006, 17, 23.) Hoitotakuun tulisi turvata, että arvio hoidon tarpeesta tehdään

kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon ja nuoren hoidon tulisi päästä alkamaan kolmen kuukauden kuluessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 38).

Suomessa kunnat vastaavat sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta. Kunnat voivat tuottaa palvelut yksin tai ne voivat muodostaa palvelujen tuottamista varten kuntayhtymiä yhden tai useamman naapurikunnan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4-6). Nuoret tulevat nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin tavallisesti perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen tai oppilashuollon lähetteellä. Aloite hoitoon hakeutumisesta on saattanut syntyä vanhempien huolesta tai etenkin vanhempien nuorten kohdalla myös nuoren omasta aloitteesta. (Aalberg & Siimes 2007, 296.)

Nuorisopsykiatriseen moniammatilliseen työryhmään kuuluu tavallisesti nuorisopsykiatrisen erikoislääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja. Kullakin työntekijällä on oman alansa ammattitaito ja perehtyneisyys nuoren kasvuun ja kehitykseen sekä sen häiriintymiseen. Huomattavan suurella osalla työntekijöistä on psykoterapiakoulutus. Nuotta-projektin (2003) selvityksessä ilmeni, että julkisen terveydenhuollon nuorisopsykiatrisen henkilöstöstä 23%:lla jokin psykoterapiakoulutus. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 204; Karlsson, Laukkanen & Marttunen 2006, 241.) Avohoidossa työskentelevien osalta psykoterapiakoulutettujen työntekijöiden osuus on todennäköisesti suurempi kuin osastotyötä tekevien.

Asiakkuus nuorisopsykiatrisen poliklinikalla alkaa tavallisesti tutkimus- ja arviointivaiheella. Tutkimusjakson alussa nuori tapaa lääkärin ja saa oman hoitavan työntekijän. Myös perheen tulisi saada jo tutkimusvaiheen alussa oma työntekijä tai työntekijäpari. Tutkimusjakso koostuu sekä lääkärin, hoitavan työntekijän että vanhemmille nimetyn työntekijän tekemästä arvioinnista. Tutkimusjakson pohjalta nuorelle annetaan hoitosuositus ja tehdään hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma tulisi tehdä yhdessä nuoren ja hänen perheensä kanssa, tarpeen mukaan hoitosuunnitelman tekemiseen voi osallistua myös muuta nuoren lähiverkostoa. Nuoren jatkohoito suunnitellaan hoitosuunnitelman mukaisesti. Mikäli erikoissairaanhoidon tarvetta ei ilmene, käynnit poliklinikalla voivat päättyä tutkimusjaksoon. Tällöin nuoren tilannetta voi jatkossa seurata esimerkiksi kouluterveydenhoitaja tai koulupsykologi. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 204-207.)

Suuri osa tutkimusjaksolle tulleista nuorista jää poliklinikalle hoitoon eripituisille hoitajaksoille. Nuorten mielenterveyden häiriöiden hoidossa ovat yleensä ensisijaisia erilaiset psykososiaaliset ja psykoterapeuttiset hoitomuodot. Avohoidossa annettavasta hoidosta käytetään usein nimitystä ”tukea antava terapia”. (Karlsson ym. 2006, 244.) Hoidot voivat kestää määrämittaisista, esimerkiksi 16–20 kerran lyhytpsykoterapiajaksoista jopa useiden vuosien pitkäkestoisiin terapioihin. Hoitokäyntien intensiivisyys voi vaihdella nuoren tarpeesta

lähtien esimerkiksi kaksi kertaa viikossa tapahtuvista käynneistä kaksi kertaa lukukaudessa tapahtuviin seurantakäynnteihin. Jokaisen nuoren kohdalla tulisi olla mahdollisuus miettiä nuoren kokonaistilanteen kannalta mielekäs lopetus- tai tarvittaessa esimerkiksi aikuispsykiatrian palveluihin siirtymisajankohta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 15). Nuorisopsykiatrian poliklinikat ohjaavat nuoria myös yksityisten psykoterapiapalveluiden piiriin. Alle 16-vuotiaita ostopalvelusopimuksin järjestettävään ja yli 16-vuotiaita Kelan rahoittamaan psykoterapiakuntoutukseen. (Karlsson ym. 2006, 241.)

Erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tulevalla nuorella on jokin havaittu ongelma. Nuorisopsykiatrisen tutkimuksen tavoitteena on saada kootuksi sellaista nuoreen liittyvää tietoa, jonka avulla on mahdollista arvioida nuoren psyykkistä kehitystä, sen vaihetta ja etenemistä sekä nuoren persoonallisuutta. Tutkimuksessa pyritään saamaan käsitys nuoren mielenterveydestä ja mikäli mahdollista, asettamaan myös diagnoosi. (Happonen 2006, 186.) Diagnoosin määrittäminen kehittyvälle nuorelle on usein ongelmallista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35). Tutkimuksessa arvioidaan, tarvitseeko nuori hoitoa ja jos tarvitsee, niin millaista hoitoa. Lisäksi arvioidaan, miten ja missä hoito olisi mielekästä toteuttaa, jotta se onnistuisi ja hyödyttäisi nuorta. Nuoren tutkimuksen tulee tapahtua aina kiinteässä yhteistyössä nuoren ja yleensä myös hänen vanhempiensa kanssa. (Happonen 2006, 186.)

Aalbergin ja Siimeksen (2007) mukaan nuoren ensitapaamisen tulisi edetä seuraavanlaisen johdannon turvin: ”Kunnioitan sinua yksilönä ja haluan tietää asioita, jotka vaikuttavat arvioomme. Arvostan omaa itsenäistä käsitystäsi ja kykyäsi osallistua arvioon”. (Aalberg & Siimes 2007, 299.) Nuoren auttamisen onnistuminen riippuu paljon ensitapaamisesta ja siinä syntyvästä vuorovaikutuksesta. Psykiatrisen tutkimus ja arvio on merkittävä kokemus nuorelle ja hänen perheelleen. Myös Happonen (2006) mukaan tutkimusta tehdessä on keskeistä kunnioittaa nuoren oikeuksia, yksilöllisyyttä ja nuoren omaa etua. Nuoren täytyy päästä kertomaan itse omia näkemyksiään tilanteestaan, ympäristöstään, tutkimuksista ja hoitosuunnitelmista. Nuorta ei saa vahingoittaa eikä loukata. Nuoren kertomus täytyy ottaa vakavasti ja tutkivan henkilön on oltava nuorelle avoin ja rehellinen. (Happonen 2006, 187.)

Nuoren ja työntekijän välinen suhde on luottamuksellinen. Samalla sen tulisi olla luonteva ja mutkaton, realistinen ihmissuhde. Joskus nuoret saattavat suhtautua hoitaviin työntekijöihin uuden tilanteen edessä epäluuloisesti tai saattavat kokea työntekijät vanhempiensa liittolaisiksi. Joskus taas nuorella voi olla halu nähdä työntekijä ymmärtäväisempänä kuin omat vanhemmat. Blossin (1999, 33) mukaan nuori saattaa kaivata tai etsiä aikuista, johon samaistumista hän voi kokeilla. Vastakkainasetteluasetelma, jossa hoitava työntekijä kokee nuoren vanhemmat mahdottomiksi, piittaamattomiksi tai ymmärtämättömiksi ja pyrkii olemaan parempi ja ymmärtäväisempi kuin nuoren omat vanhemmat, ei ole nuoren kasvun ja

hoidon kannalta hyväksi (Airaksinen & Laukkanen 2006, 206; ks. Keski-Luopa 2001, 212). Luottamuksellisuudesta, samoin kuin vaitiolovelvollisuudesta on tärkeää puhua jo tutkimusvaiheen alussa (Airaksinen & Laukkanen 2006, 122). On hyvä keskustella nuoren kanssa myös niistä mahdollisista tilanteista, joissa työntekijän huoli on otettava puheeksi vanhempien ja mahdollisesti lastensuojelun kanssa, vaikka nuori itse sitä vastustaisi. Tällaisia voivat olla tilanteet, joissa nuori on ajautunut pulmiin päihteiden kanssa, nuori on itsetuhoinen tai vaaraksi muille ihmisille. (Happonen 2006, 187.)

Nuoren hoitamiseen liittyy monenlaisia haastavia tilanteita. Puhuminen vieraalle aikuiselle edellyttää nuorelta harkintaa. Pahaa oloa, pelkoa, surua tai ahdistusta tuovien tilanteiden läpikäyminen on voimia vievää ja vaativaa. Nuori on herkkä aistimaan, onko vastaanottotilanteessa esille otettavien asioiden vaatimaa turvaa, tilaa ja edellytyksiä. Lapset ja nuoret tuottavat tietoa ja viestittävät itselleen merkityksellistä asioista olemuksellaan ja käytöksellään. Suoran sanallisen kerronnan sijaan nuori voi olla esimerkiksi vihjaileva. (Pirskanen, Pietilä, Pelkonen 2001, 115; Hurtig 2006, 173.) Erityisesti vaikeita traumoja, hylkäämisiä ja kehitysjuuttumia kokeneiden nuorten hoito edellyttää herkkyyttä ymmärtää myös näiden ei-sanallisten viestien merkityksiä ja kykyä muuttaa ei-sanallinen sanalliseksi (Airaksinen & Laukkanen 2006, 206; Aalberg & Siimes 2007, 295-296).

Nuorisopsykiatrialle on tyypillistä, että osa nuorista sitoutuu hoitoon huonosti. Nuoren hoidossa tarvitaan kestävyyttä, kärsivällisyyttä, pysyvyyttä ja luotettavuutta. Nuori saattaa vähätellä ja kieltää ongelmiaan ja hoidot keskeytyvät helposti nuoren jättäessä saapumatta hoitokäynneilleen. (Airaksinen & Laukkanen 2006, 206.) Vanhemmat ovat avainasemassa, jotta nuoren tutkimus- ja hoitokäynnot voivat toteutua. Mitä nuoremasta nuoresta on kyse, sen tärkeämpi merkitys on vanhempien tuella. Hoito vaatii sekä nuorelta että vanhemmilta myös kärsivällisyyttä, sillä hoidon tulokset eivät välttämättä näy arjessa nopeasti. Vanhempia tarvitaan usein myös konkreettisesti motivoimaan nuorta käynneilleen, muistuttamaan vastaanottoajoista ja joskus jopa kuljettamaan nuorta. Kun nuori otetaan vastaan ensimmäistä kertaa yhdessä vanhempiensa kanssa, osoitetaan sillä nuorelle hänen kuuluvuutensa perheeseen (Aalberg & Siimes 2007, 297). On tärkeää, että vanhemmat voivat jo alkuvaiheessa tavata nuorta hoitavat työntekijät yhdessä nuoren kanssa ja tuoda esiin ajatuksiaan ja toiveitaan. Vanhempien tulisi olla tiiviisti mukana yhteistyössä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Happonen 2006, 187.)

3.3.3 Perhekeskeisyys ja perhehoitotyö

Perhekeskeisyys on aina ollut yksi hoitotyön keskeisistä periaatteista ja erityisesti lasten ja nuorten hoitotyössä perhekeskeisyyttä on totuttu pitämään hyvän hoidon ominaisuutena ja

ihanteena (Lehto 2004, 11). Vaikka perhekeskeisyyttä pidetään hoitotyön kontekstissa merkityksellisenä, on perhekeskeisyys käsitteenä edelleen pitkälle konkretisoitumatta ja sitä pidetään sisällöllisesti epäselvänä. (Hakulinen ym.1999, 33-34; Lehto 2004, 11.)

Perhekeskeisyyden periaatteen on kuvattu jääneen ”yleiselle tasolle, monimerkitykselliseksi ja jopa sisällöllisesti tyhjäksi” (Hakulinen ym. 1999, 34). Viljamaa (2003, 43) on useisiin tutkijoihin viitaten kiteyttänyt perhekeskeisen lähestymistavan sellaiseksi kunnioittavaksi kumppanuudeksi perheiden kanssa, johon sisältyy emotionaalista ja kasvatuksellista tukea sekä vanhempien mahdollisuuksia osallistua palveluihin ja tehdä päätöksiä sen suhteen, kuinka olemassa olevat palvelut parhaiten kohtaavat heidän tarpeensa.

Hakulisen ym. (1999) tekemän perheen hoitotyöhön liittyvien käsitteiden analyysin mukaan perheeseen liittyvät hoitotyön käsitteet ovat vaikeaselkoisia. Käsiteanalyysin mukaan käsitteet perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö kuvaavat käytännössä pitkälti samoja ilmiöitä, näistä kuitenkin perhekeskeisyys nähdään perhehoitotyötä laajempänä. Ajallisesti perhekeskeisen hoitotyön käsite on vanhempi kuin perhehoitotyö, joten voidaan myös ajatella, että kyse on samasta käsitteestä ajallisesti kehittyneenä (Hakulinen ym. 1999, 37). Hopian (2006, 21) mukaan perhehoitotyö voidaan nähdä jatkumona perinteiselle perhekeskeisyydelle. Perhehoitotyön tavoitteena pidetään terveyden edistämistä ja ylläpitämistä sekä sairaudesta toipumista ja kuntoutumista. (Friedman ym. 2003, 45-45.)

Perhehoitotyön taustalta löytyy vaikutteita eri tieteenalojen teorioista ja teoreettisista näkökulmista. Perhehoitotyön juuret ulottuvat muun muassa systeemi-, muutos-, vuorovaikutus- ja kehitysteorioihin sekä perheterapiateorioihin ja hoitotieteen käsitteellisiin malleihin. Perhehoitotyön teoriat (esim. Friedemann 1995; Friedman ym. 2003; Wright & Leahey 2000), joissa teoreettiset lähtökohdat painottuvat eri tavoin, ovat kehittyneet näiden teorioiden ja mallien pohjalta. (Kunnas 2008, 11.)

Hoitotieteen kirjallisuudessa perhehoitotyön käsitettä määritetään tavallisimmin kolmesta eri näkökulmasta. Perhe voidaan katsoa *taustatekijäksi*, *jäsentensä summaksi* ja *hoitotyön asiakkaaksi*. Kun perhettä tarkastellaan taustatekijänä, se toimii asiakkaan kaikkein tärkeimpänä primääriyryhmänä joko kuormittaen tai voimavaroja antaen. Tällöin yksi perheenjäsen on hoidossa keskeinen ja perhe on sekundaarisena taustavoimana. Perhettä voidaan pitää myös osiensa, eli jäsentensä summana. Tällöin mielenkiinto kohdistetaan eri perheenjäseniin ja heidän väliseensä vuorovaikutukseen ja hoitotyön tavoitteena on mahdollistaa hoito kaikille perheenjäsenille. Kolmanneksi perhettä voidaan tarkastella asiakkaana. Tällöin koko perhe on hoidossa etusijalla ja yksilöt ovat taustatekijöinä. Hoitotyössä painotetaan perheen sisäistä dynamiikkaa ja suhteita ja mielenkiinto kohdistuu perheen voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin. Kaikkia kolmea lähestymistapaa voidaan

käyttää joko samanaikaisesti tai eri aikoina, eivätkä ne siten ole toisiaan poissulkevia. (Hakulinen ym. 1999, 28-39.)

Perhesysteemistä tarkastelutapaa voidaan pitää neljäntenä perhehoitotyön näkökulmana. Tällöin perhe nähdään osana yhteiskuntaa ja siinä korostuu perheen ja ympäristön vuorovaikutus. Kiinnostuksen kohteena ovat samanaikaisesti sekä yksilö että perhe ja keskeistä on vuorovaikutus. Perheen lähiympäristö on myös sisällytettyä hoitotyöhön ja hoitotyön tavoitteena on saada aikaan muutosta sekä perheen ihmissuhteissa että yksilöissä. Perhesysteemisessä hoitotyössä yhdistyvät perheterapiateoriat, systeemiteoreettinen näkökulma ja hoitotyö. (Friedemann 1995; Hakulinen ym. 1999,37; Pitkänen ym. 2002, 225) Paitsi perhehoitotyön näkökulmana, voidaan perhesysteeminen hoitotyö nähdä myös perhehoitotyön lähikäsitteenä. (Hakulinen ym. 1999, 37.)

Systeemiteoreettisen ajattelun mukaan perhe on avoin systeemi, joka on vuorovaikutuksessa muiden avointen systeemien kanssa. Se on jotain muuta kuin pelkästään perheenjäsenten, eli alasysteemiensä summa. (esim. Hoffman 1985; Piha 1996, 63.) Tällöin perhekokonaisuutta ei voida myöskään ymmärtää vain sen erillisiä jäseniä tutkimalla. Perhe nähdään vuorovaikutusjärjestelmänä, jossa yhden jäsenen käyttäytyminen vaikuttaa jokaisen muun perheenjäsenen käyttäytymiseen. Siten jokainen vaikuttaa käyttäytymisellään toisiin ja on samalla toisten perheenjäsenten vaikutusten alaisena. Systeemiteoreettisen ajattelun mukaan vaikuttamalla yhteen systeemiin ”osaan”, voidaan saada aikaan muutoksia ja vaikutuksia myös systeemin muissa osissa. Esimerkiksi Siltalan (2003, 17) mukaan pienikin myönteinen vaikutus kaoottiseen systeemiin voi auttaa sitä heilahtamaan eheyttävään suuntaan ja näin ollen tervehdyttää, synnyttää uutta ja luoda uusia merkityksiä.

Perhehoitotyöllä on omat haasteensa. Perhehoitotyön eri näkökulmien tiedostamista pidetään tärkeänä, sillä hoitavan työntekijän näkökulma perheeseen heijastuu myös hänen tapaansa kohdata potilas ja perhe hoitotyössä. (Kunnas 2008, 14.) Paitsi työntekijän suhtautuminen, vaikuttaa perhehoitotyöhön ja sen onnistumiseen myös perhe ja perheenjäsenet. Potilaan ja perheen yhteistyöhalukkuus on keskeinen lähtökohta perhekeskeiselle hoitotyön toiminnalle (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 19). Ebeling (1993, 173-178) on tutkinut lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastopotilaan työntekijässä herättämiä tunnereaktioita. Ebelingin mukaan perhetyön ongelmat liittyivät perheiden myönteisten tunteiden vähyyteen, ongelmien kieltämiseen ja projisointiin sekä perheen avuttomuuden ja kyvyttömyyden tunteisiin. Hahtelan (2007, 45-49) tutkimuksessa perheiden kokemuksista lastenpsykiatrisesta osastohoidosta tyytymättömyyttä hoitoon aiheuttivat muun muassa hoidon huono aloitus, tasapäistävä hoito, hoidon suunnittelemattomuus ja jatkuvuuden puuttuminen. Vanhemmilla oli kokemusta siitä, että heitä ei oltu otettu mukaan hoidon suunnitteluun. Vanhemmat

kritisoivat myös tietojen saamisen puutetta. Vanhemmille oli myös epäselvää, mitä hoito ylipäättään oli ja keitä siinä oli mukana.

Pitkäsen ym. (2002, 224) tutkimuksessa hoitajien kuvauksista perhehoitotyön toteutumisesta psykiatrisissa hoitoyksiköissä käy ilmi, että perhekeskeisyys elää enemmän hoitajien käsityksissä kuin hoitotyön käytännön toiminnassa. Mäenpään (2008, 78) tekemän kouluterveydenhoitajan ja perheen yhteistyötä käsittelevän tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat kuvasivat yhteistyötään perheiden kanssa ”kuin suoraan tutkimuksista ja oppikirjoista”. Tämä osoittaa kouluterveydenhoitajilla olevan kyllä paljon teoreettista tietoa perhekeskeisen työn luonteesta, mutta että konkreettinen yhteistyö ja perheiden huomioon ottaminen on käytännössä vähäistä.

3.3.4 Nuorisopsykiatrisen hoidon perinne ja haasteet

Ei ole kulunut paljoa aikaa siitä, kun nuorisopsykiatrisissa hoitopaikoissa nuoria hoidettiin hyvin yksilökeskeisesti ja fokuksessa oli selkeästi vain itsenäistynyt nuori. Vanhemmat saatettiin kokea jopa häiritsevinä tunkeilijoina, joihin etenkin nuoren omat työntekijät eivät voineet olla yhteydessä lainkaan. Näin pyrittiin varjelemaan nuoren ja työntekijän välisten keskustelujen luottamuksellisuutta sekä suojelemaan terapeutista yhteistyösuhdetta ulkopuolisilta vaikutteilta. Nuoren ja vanhempien yhteisiä tapaamisia saatettiin pitää jopa uhkana nuoren itsenäistymiselle ja irrottautumiselle vanhemmista. Yksittäisten työntekijöiden kiinnostus perheitä kohtaan saatettiin kuitata toteamuksella ”me emme hoida vanhempia tai perhettä vaan nuorta”. (Laitila 2008, 3.) Vuosikymmenten ajan on psykiatrisen hoidon piirissä vanhempiin suhtautumisessa ollut nähtävillä myös se, että vanhempia on pidetty, ei vain sairastuneelle tärkeinä ja läheisinä ihmisinä, vaan myös sairastumiseen vaikuttaneina tekijöinä (Jähi 2004, 17).

Professori Tor-Björn Hägglund kritisoi vuonna 1990 julkaistussa kirjoituksessaan painokkaasti perhekeskeistä hoitosuuntausta. Hägglund käskee ammattilaisia ”jättämään perheet rauhaan” ja varoittaa perhekeskeisen suuntauksen seurauksista. Hägglundin mielestä ”perhekeskeisyys on vastoin nuoren kasvua ja irrottautumista vanhemmista”. ”Perheisiin tunkeutumalla ja perheitä manipuloimalla – eli kokoamalla perhe yhteen pohtimaan nuoren asioita – ei päästä toivottuun tulokseen, vaan ajaudutaan hyvin traumaattisiin kasvun ongelmiin, jotka heijastuvat pitkälle”, visioi Hägglund. (Hägglund 1990, 20-21.)

Kehitystä ajoista, jolloin yksilöhoito ja perheen huomioiminen eivät mahtuneet saman nuorisopsykiatrisen sisälle on tapahtunut, mutta samalla on voitu todeta, että muutosten tie ei ole ollut helppo. Tätä vahvistaa myös muun muassa Kiviniemen (2008) tutkimus, jossa psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksista elämästään ja elämää

eteenpäin vievistä asioista hahmottuu edelleen käsitys hoidon painottumisesta yksilökeskeisyyteen (Kiviniemi 2008, 79).

Vanhempien ja perheen roolia nuoren hoidossa ei ole määritelty nuorisopsykiatrian sisällä selkeästi. Nuotta-projektin suosituksessa mainitaan, että nuoren tutkimusjaksoon tulisi liittyä perhetilanteen kartoitus (1–2 käyntiä) ja että tutkimusjaksosta tulee antaa palaute nuorelle ja tarpeen mukaan hänen vanhemmilleen. Sitä, mitä ”tarpeen mukaan” tarkoittaa, ei ole määritelty. Käytännöt tutkimuspalautteen antamisesta vanhemmille vaihtelevat paljon eri hoitoyksiköiden välillä. Nuotta-projektin loppuraportin mukaan nuoren hoitoon voi liittyä lisäksi vanhempien tukikäyntejä, perheterapiaa, verkostoistuntoja ja yhteistyötapaamisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 22).

Nuorisopsykiatrian suurimpana haasteena on tällä hetkellä hoitotakuun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 3) toteutuminen. Lasten ja nuorten palvelut ovat hajanaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 18) ja riittämättömiä ja siten tutkimuksiin ja hoitoon on vaikea päästä. Nuotta-projektin suosituksen mukaan ”nuorisopsykiatrisen avohoidon tulee vastata mielenterveyslain mukaisesti alueella ilmenevää tarvetta, sekä mahdollistaa hoitotakuun toteutuminen” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 26). Odotusajat erikoissairaanhoidon ovat liian pitkiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 18) ja nykytilanteessa hoitotakuu ei toteudu. Nuoret ovat joutuneet paikoin odottamaan tutkimuksiin pääsyä jopa useita kuukausia yli hoitotakuun ja joutuneet näin ollen myös keskenään eriarvoiseen asemaan asuinpaikastaan riippuen (Pylkkänen 2008). Syiksi pitkiin hoitojonoihin on esitetty muun muassa lääkäriavajetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 40) sekä epäselvää työnjakoa terveyskeskus-koulu-sosiaalitoimi-nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 46).

Nuorisopsykiatrian hoitoketjut ovat vasta muotoutumassa. Koulujen oppilashuoltotyöryhmät ja lastensuojelun verkostot ovat nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmän keskeisiä ja tärkeitä yhteistyökumppaneita. Rajapinnat eri toimijoiden välillä ovat kuitenkin haasteellisia. Toiminnoissa on päällekkäisyyttä ja työnjako ontuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 46). Kun nuorelle kasautuu paljon ongelmia, tehdyt tulkinnat ongelmien luonteesta ja avun tarpeesta määrittävät nuoren ohjautumista palvelujärjestelmässä (Hämäläinen, Laukkanen & Vornanen 2008, 166). Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi siinä, valitaanko nuoren ongelmien lähestymiseen hoidollinen vai esimerkiksi kasvatuksellinen lähestymistapa. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidon piiriin on vaikeaa, joten oppilashuollolle ja lastensuojelulle lankeaa usein vaikeastikin oireilevien nuorten kannattelijan rankka rooli. Oppilashuolto ja kouluterveydenhuolto eivät pysty vastaamaan tällä hetkellä nuorten pahoinvointiin (Strid & Savolainen 2005, 310-327; Savola 2006, 5, 17-19) ja myöskin lastensuojelun sijaishuolto on pulassa etenkin vaikeahoitoisten nuorten (esim. Hoikkala 2006, 83-87) kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 29). Verkostoyhteistyötä tehdään ja sen kehittäminen edelleen, siihen

resurssoiminen ja sen juurruttaminen käytäntöön, on kaikkien osapuolten näkökulmista mielekästä (Heinonen 2006, 147-155).

3.4 Perheen terveyden edistäminen

Hoitotieteessä Hopia (2006) on tiivistänyt perheen terveys -käsitteen useisiin tutkijoihin viitaten dynaamiseksi ja monimutkaiseksi prosessiksi, joka ilmenee sekä perheenjäsenten välisissä suhteissa että koko perheen toimintana. Se ilmenee muun muassa luottamuksellisena suhteena perheenjäsenten välillä, avoimena ilmapiirinä perheessä, kykyä ratkaista ongelmia perheessä, yhdessä kasvamisena kriisien myötä, toivon ylläpitämisenä vaikeissa tilanteissa sekä laadukkaan elämän varmistamisena kaikille perheenjäsenille. Perheen terveyden perustana on yksittäisen perheenjäsenen hyvinvointi ja jokainen perhe ylläpitää terveyttään omalla yksilöllisellä tavallaan. (Hopia 2006, 20.)

Kolimaa ja Pelkonen (2006) määrittelevät lasten, nuorten ja perheiden terveyden edistämisen tavoitteeksi lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin paranemisen, varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. Lisäksi he pitävät tavoitteena, että perheiden väliset terveyserot kaventuvat ja että seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyisen sukupolven. Koska lasten terveys ja hyvinvointi riippuvat ensisijaisesti vanhemmista ja heidän hyvinvoinnistaan, on tärkeä varmistaa, että vanhemmat saavat riittävästi tukea lasten kasvattamisessa ja hoitamisessa. Kolimaan ja Pelkosen (2006) mukaan lapsen suotuisan kehityksen tukemisessa on tärkeää ihmissuhteiden läheisyys, yhteenkuuluvuuden tunne, pysyvyys, ennustettavuus, vastuullisuus ja turvallisuus. Lisäksi kaikkien lapsen kanssa toimivien aikuisten on tuettava lapsen käsitystä itsestään arvokkaana olentona, jonka terveyttä kannattaa ja on tärkeää vaalia. (Kolimaa & Pelkonen 2006, 64.)

Åstedt-Kurjen ym. (2008) mukaan perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät kyky määrittää perheeseen kuuluvat jäsenet, perheenjäsenten välinen yhdessäolo, toimiva vuorovaikutus, tunteiden ilmaisu sekä välittäminen. Hyvinvoiva perhe suunnittelee elämää eteenpäin, sen jäsenet hakevat turvaa toisistaan ja perhe kykenee ratkaisemaan vaikeuksia ja ristiriitoja. Perheillä on ystäviä ja suhteita perheen ulkopuolisiin ihmisiin ja perheenjäsenillä on yhteisiä mielenkiinnon kohteita. Perheen toimivuuteen liittyy perheen kyky jakaa töitä ja tehtäviä tasapuolisesti. Hyvinvoivat perheet myös huomaavat ongelmansa ja osaavat hakea niihin tarvittaessa ulkopuolista apua. Kun perheenjäsen sairastuu, perheen terveys ilmenee Åstedt-Kurjen ym. (2008) mukaan mm. hoitoon sitoutumisena ja vastuun kantamisena. Tällöin perheen terveyden edistämisen onnistumisen edellytyksenä on, että terveyden edistäjä

tiedostaa perheeseen ja sen terveyteen vaikuttavat tekijät. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 26.)

Åstedt-Kurjen ym. (2008, 25-26) mukaan perheen terveyttä kuvaava toiminta käsittää perheen itsensä hoitamista, perheen keskinäistä huolenpitoa, apua ja tukea erilaisissa elämäntilanteissa. Perheen terveyttä kuvataan vuorovaikutuksellisen prosessina, joka sisältää kullekin perheelle ominaiset kysymykset ja ratkaisut. Perheen kykyyn selviytyä erilaisissa elämäntilanteissa liittyy tilanteen luonne, perheen voimavarat, selviytymisstrategiat ja keinot sekä muilta saatu tuki. Perheen sisäisinä selviytymisstrategioina kuvataan esimerkiksi yhteenkuuluvaisuus, kokemus ”meidän perheestä”, keskinäinen jakaminen, stressiä aiheuttavien tilanteiden uudelleen arviointi, yhteinen ongelman ratkaisu ja joustavuus perheen keskinäisissä rooleissa ja tehtävissä. Perheen ulkoisina selviytymisstrategioina kuvataan avun hakeminen perheen ulkopuolisilta henkilöiltä ja tahoilta sekä osallistuminen perheen ulkopuoliseen toimintaan.

Parse näkee terveyden ihmisen kokemana elämänlaatuna. Perheen terveyttä ihmiset luovat yhdessä eläessään perheprosessissa. (Cody 1997, 30-31.) Kokemus perheen terveydestä voi vaihdella perheen sisällä. Terveyden edistämiseksi tarvitaan tietoa perheen omista terveystilanteista (Häggman-Laitila & Pietilä 2004, 65). Terveystietäminen opitaan yleensä perheen parissa ja terveyden ja sairauden sekä perheen välillä voidaan havaita selkeä vastavuoroinen yhteys (Kunnas 2008, 10). Åstedt-Kurjen, Hopian ja Vuoren (1999, 704-711) tutkimuksessa saman perheen jäsenet kokivat perheen terveyden eri tavalla ja perheenjäsenet toivat esiin toisistaan poikkeavia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Perheen omaa kokemusta terveydestään on tutkittu vain vähän ja usein yhden perheenjäsenen, esimerkiksi äidin näkökulma, on voitu nostaa kuvaamaan koko perheen käsitystä terveydestään. (Sirviö 2006, 25; Häggman-Laitila 2008, 193.)

3.4.1 Terveyden edistämisen monimuotoisuus

Perheen ohella pitävät ihmiset terveyttä yhtenä elämän tärkeimmistä arvoistaan (Koivisto 2003, 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 15). Terveydestä on esitetty kymmenittäin toinen toistaan monimutkaisempia määritelmiä. Terveyttä on pidetty ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä sopeutua tai selviytyä. Hoitotyössä terveydestä on puhuttu hoitotyön tavoitteena, asiakkaan ja potilaan hoitotyön toiminnan lähtökohtana sekä hoitotyön tuloksena. Terveyttä määriteltiin aiemmin täydellisenä fyysisenä psyykkisenä ja sosiaalisena terveytenä – eräänlaisena ideaalitulana. Kun terveys tällöin määriteltiin objektiivisesti ja ulkoapäin, korostaa hoitotiede nykyisin ihmisen subjektiivista kokemusta terveydestään. Terveys nähdään tällöin henkilökohtaisena voimavarana tai kykynä. Se yhdistyy myös elämänlaatuun, hallinnan tunteeseen ja hyvinvointiin. Eri tieteenalojen

näkökulmista katsottuna voi terveyden määrittäminen olla hyvinkin erilaista. (Lauri ja Kyngäs 2005, 55; Vertio 2003, 15; Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åsedt-kurki, 2006.)

Terveyden edistämisestä tuli Suomessa 1990-luvulla terveystalouden keskeinen käsite. Yhtä lailla kuin laadittu määritelmiä terveydestä, on niitä laadittu terveyden edistämisestä. Terveyden edistämisen määritelmät on johdettu usein arvoista, tavoitteista, toiminnasta tai tuloksista käsin (Tuominen, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 21). Terveyden edistämistä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla ja tarkastelunäkökulma voi olla myös esimerkiksi poliittinen tai kulttuurinen. Terveyden edistämistä kuvataan moniulotteisena ja -tasoisena toimintatapojen kokonaisuutena, joka toteutuu erilaisissa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimintaympäristöissä joko päällekkäisinä, toisiaan täydentävinä tai toisistaan irrallisina toimintoina. Sen katsotaan olevan osa terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa ja edellytetään liittyvän eri tieteenaloihin, asiantuntijoihin sekä erilaisiin yhteisöihin ja yksilöihin. (Stakes 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Vertion (2003, 9) mukaan terveyden edistämiseen kuuluu terveyden edellytysten parantaminen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. Ewlesin ja Simnettin (1995, 19) mukaan terveyden edistäminen on sellaista terveydentilan parantamista, jossa korostetaan terveyden merkitystä, tuetaan ja puolustetaan terveyttä sekä nostetaan terveystietoisuutta yksilöiden ja viranomaisten asialistan kärkeen. Terveyden parantamiseen tähtääviä toimintoja ovat Ewlesin ja Simnettin (1995, 25) mukaan terveystietoisuusohjelmat, ehkäisevä terveydenhuolto, yhteisöterveydenhoito, organisaation kehittäminen, terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, ympäristöterveydenhuolto sekä erilaiset taloudelliset ja lainsäädännölliset toimenpiteet.

Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 8) määrittelevät terveyden edistämisen arvoin perustuvaksi, tavoitteelliseksi ja välineelliseksi toiminnaksi ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämisen tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveystietoisuuden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina.

Terveyden edistämällä ei ole selkeää omaa tieteellistä perustaa. Koska terveyden edistämässä on kyse moneen eri tieteenalaan tukeutuvasta toiminnasta, myös sen teoreettinen tietopohja ja menetelmät joudutaan hankkimaan useilta eri tieteenaloilta. Tyypillisesti tieto on peräisin hoitotieteen, terveystieteiden, kasvatustieteen, yhteiskuntatieteiden, lääketieteen, sosiaalitieteiden ja psykologian alueilta. Terveyden edistämisen käytännön toiminnot toteutetaan usein moniammatillisena ja monisektorisena

yhteistyönä. Moniammatillisuus tähtää moninäkökulmaisuuteen ja siten myös mahdollisimman rikkaan kokonaiskuvan muodostamiseen. Yhteistoiminnan onnistuminen edellyttää toimijoiden yhteistä tietopohjaa, yhteistä kieltä ja käsitteistöä. Tulevaisuudessa tullaan myös tarvitsemaan entistä joustavampaa yhteistyötä kolmannen sektorin ja julkisten palveluiden välillä. (Koskinen-Ollonqvist & Vertio 2003, 141-143; Kähärä 2003, 18, 49.)

Kähärä (2003) on tutkinut korkea-asteen koulutuksen asiantuntijoiden ja opiskelijoiden kokemuksia ja käsityksiä terveydestä, terveyden edistämisestä ja terveyden edistämisen asiantuntijuudesta. Tutkimus kertoo, että terveyden edistämisen käsite koetaan etenkin käytännön työssä monimutkaisena ja jäsentymättömänä. Kähärän tutkimuksen mukaan käsitteen kirkastamiseksi ja konkretisoimiseksi tarvitaan nykyistä kontekstisidonnaisempaa määrittelyä. (Kähärä 2003, 4.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on terveyden edistämisen tärkein kansallinen ohjelma. Se on yhteistyöohjelma, jonka päämääränä on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman näkökulma terveyden edistämiseen on laaja. Ihmisten terveyteen vaikuttavat hyvin paljon terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elinympäristö ja elämäntavat, siten terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon asia, vaan monien eri tahojen yhteistä toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Koivisto 2003, 25.) Myös valtioneuvosto on käynnistänyt loppuvuodesta 2007 toimikautensa loppuun kestävänsä Terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jonka tavoitteina ovat väestön terveydentilan parantaminen ja terveyserojen kaventaminen (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma).

Terveyspalveluiden suuntaaminen aiempaa monipuolisempien terveyttä edistävien työmenetelmien käyttöön on ajankohtaista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tämä edellyttää sekä koko väestön, että yksittäisen asiakkaan tai perheen näkökulmasta perinteisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatorajojen häivyttämistä aiempaa tiiviimmällä yhteistyöllä. Edelleen se edellyttää painopisteen muuttamista aiemmin vallalla olleesta ongelma- ja häiriökeskeisestä ajattelusta selkeästi ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen toiminnan suuntaan. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 79; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

3.4.2 Vuorovaikutusta ja dialogisuutta korostavat työtavat

Terveyttä edistävien työmenetelmien ja toimintamallien avulla pyritään tukemaan asiakkaita terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä. Uusien menetelmien kehittäminen on jatkuvasti ajankohtaista ja välttämätöntä, koska yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen odotukset ja

elämäntilanteet, sekä tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä muuttuvat ja lisääntyvät koko ajan. (Pietilä, Eirola & Vehviläinen-Julkunen 2002, 148, 152.) Kehittämisen voimavaroja on tärkeä kohdistaa myös eri toimijoiden yhteistyön kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluita ja koulutusta on 1990-luvulta alkaen monelta osin yhdistetty ja tämän seurauksena myös eri toimijoiden työnkuvat ovat lähentyneet toisiaan. Yhteisten tehtävien, toiminta-alueiden ja yhteisen asiakaskunnan myötä sosiaali- ja terveystieteille onkin jo syntynyt yhteistä vuorovaikutuskulttuuria. (Mönkkönen 2002, 27.)

Mönkkösen (2002, 53-62) mukaan auttamistyössä voidaan nähdä kolmenlaisia vuorovaikutusorientaatioita. Mönkkönen kuvaa asiantuntijalähtöisiä, asiakaslähtöisiä ja dialogisia auttamissuhteita. Orientaatio muodostuu muun muassa vuorovaikutuksen suunnan ja tulkinnan rakentumisprosessin mukaan. Asiantuntijakeskeisessä näkökulmassa asiantuntija näkee ilmiöiden todellisen luonteen ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista ja merkityksistä asiakkaan toimintaan. Mönkkösen mukaan asiantuntijakeskeiselle näkökulmalle on oma paikkansa, sillä ihminen tarvitsee useissa elämäntilanteissa jonkun asiantuntemusta jäsentämään omaa elämäntilannettaan. 1990-luvulla laajasti kasvaneessa asiakaskeskeisessä (potilaskeskeinen, perhekeskeinen, oppijakeskeinen, lapsikeskeinen jne.) näkökulmassa Mönkkönen näkee mahdollista ”mukaan menemisen” problematiikkaa. Jos vuorovaikutukseen mennään täysin mukaan toisen ehdoilla, ei tällöin synny uutta ymmärrystä ja tämä saattaa johtaa vastaamattomuuteen. Kolmannessa, dialogisessa näkökulmassa vuorovaikutus nähdään vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat vaikuttavat.

Keski-Luopa (2001) kuvaa dialogisuutta ihmisen luontaisena ominaisuutena ja perustavana maailmassa olemisen tapana. Kokonaisvaltaisesti toimiva ihminen on koko ajan dialogissa sekä omaan itseensä, että myös siihen ulkomaailmaan, jonka kanssa hän on välittömässä vuorovaikutuksessa. Dialogia siis tapahtuu monella tasolla yhtä aikaa, sisäisesti ja ulkoisesti. Dialogin käsite on asettunut yleiskieleen paljolti vuoropuhelun synonyyminä. Yleiskielessä dialogilla tarkoitetaan tavallisesti tietoisista, tahdonalaista, keskittyntä ja tarkkaavaisuuteen perustuvaa vuoropuhelua. Keski-Luopa kuvaa dialogin on syvempää merkitystä. Sen tunnusomaisin piirre on joka suuntaan etenevä avoimuus. Tällöin ihminen on samanaikaisesti avoin suhteessa itseensä ja avoin suhteessa toiseen. (Keski-Luopa 2001, 207-208.)

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on 1980-luvulta alkaen käytetty laajalti, etenkin psykoosien ja vaikeiden kriisien hoidossa, valtakunnallisen skitsofreniaprojektin yhteydessä syntynyttä tarpeenmukaisen hoidon mallia ja sen pohjalle kehitettyä avoimen dialogin hoitomallia (Seikkula & Alakare 2004, 289). Tällöin hoidon perustapahtumana on hoitokokous, johon kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisensä, asiaan osallistuneet viranomaiset ja hoitava työryhmä. Seikkula (1999, 87) kuvaa, ”tässä ja nyt” -keskustelun tärkeyttä. Avoimen dialogin

hoitomallissa ovat keskeisiä seikkoja välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Muita tärkeitä periaatteita ovat joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. (Seikkula & Alakare 2004, 289.) Juuri näkökulmien moninaisuus luo mahdollisuuden uutta luovaan, moniääniseen dialogiin. Haarakankaan ja Seikkulan (1999, 7) mukaan lääketieteen ääni on hoidossa tärkeä, mutta se on vain yksi kaikkien tärkeiden äänien joukosta. Heidän mukaansa tarvitaan psykologiaa, psykoterapeuttista ja vuorovaikutuksellista tietoa, filosofista ja yhteiskuntapoliittista tarkastelua sekä kokemukseen perustuvaa näkemystä potilaalta itseltään, omaisilta ja hoitavilta työntekijöiltä. Seikkulan (1999, 91) mukaan todellisuus rakentuu keskustelun osallistujien väliin, tilaan, joka on tyhjä, ja joka ikään kuin odottaa, että sitä aletaan täyttää uusilla sanoilla.

Vuokila-Oikkonen (2002) on tutkinut psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluissa rakentuvia keskusteluja. Yhteistyöneuvottelu perustuu yhteistoiminnalliseen hoitoon. Yhteistoiminnallisen hoidon kehittymisen taustalla on niin ikään vahvasti valtakunnallinen skitsofreniaprojekti. Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon lähtökohtana on potilaan ja hänen läheisensä kertomus potilaan tilanteesta. Yhteistoiminnallisessa hoidossa valta on jaettu siihen osallistuvien kesken ja hoidosta ovat vastuussa kaikki hoitoon osallistuvat. Kukin asiantuntija käyttää tietoperustaansa potilaan parhaaksi. Oman tietoperustan jakaminen yhdessä muiden hoitoon osallistujien kanssa on väline yhteisen ymmärryksen löytymiseen potilaan tilanteesta. Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoito edellyttää asiantuntijoilta jaettua vastuuta, konsultoivaa ohjausta, tilanteenmukaista osallistumista, vuoropuhelua ja vastuullista toimintaa. (Vuokila-Oikkonen 2002, 22-29.)

Psykososiaalisessa työssä on jo pitkään korostettu verkostoyhteistyön merkitystä. Siten myöskään erilaiset verkostokeskeiset työtavat eivät työtapoina sinänsä ole uusia. Dialogiset verkostoihin suuntautuvat menetelmät kuitenkin haastavat perinteisen työntekijäkeskeisen työtavan ja samalla myös työntekijän ja asiakkaan välisen työskentelysuhteen. Dialoginen verkostotyö merkitsee avointa yhteistyötä, jossa toteutuu verkoston tasavertainen kohtaaminen ja vuoropuhelu. Se merkitsee aina myös rajanylityksiä. Rajanylitykset koskevat sekä moniammatillisen järjestelmän sisäisiä, erikoistuneiden ammattilaisten välisiä että ammattilaisten ja maallikoiden välillä tapahtuvia kohtaamisia. (Seikkula & Arnkil 2005, 7-10.)

Varhainen puuttuminen ja ongelmien ennalta ehkäisy ovat terveyden edistämisen keskeistä tehtäväkenttää ja niiden merkitys tunnustetaan kaikilla mittareilla mitattuina. Varhaisen puuttumisen idean juurruttamiseksi on Suomessa toimeenpantu lukuisia kansallisia ja paikallisia projekteja, joista näkyvin on ollut sosiaali- ja terveysministeriön koordinoima Varpu-hanke. Siinä on hyödynnetty muun muassa Stakesissa kehiteltyä huolen vyöhykkeistöä

ja huoliseuloja, joita työntekijä voi käyttää nuoren tilanteen arvioinnin apuna. (Harrikari & Hoikkala 2008, 156.) Niin ikään Varpu-hankkeessa olennaisia ovat dialogiset menetelmät, joilla vaikutetaan huolen varhaiseen puheeksi ottamiseen sekä perheen, läheisten ja työntekijöiden yhteistyöhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleissa pidetään olennaisena asiakkaan tai ryhmän ja työntekijän välistä vuorovaikutusta. Åstedt-Kurjen ym. (2008) mukaan perheen hoitamisen vuorovaikutuksellisilla menetelmillä tarkoitetaan perheen ja hoitavien henkilöiden välisen yhteistyön ominaisuuksia. Kyse ei ole hoitavan henkilön toiminnan tekniikoista vaan yhteistyön ulottuvuuksista, jotka syntyvät ja kehittyvät ihmisten välisissä suhteissa. Menetelmät ovat ihmissuhteiden, niistä syntyvän yhteistyön ja ammatillisten toimintatapojen yhteistulosta. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 74-75.) Perheen ja hoitavan henkilön välisen yhteistyösuhteen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät. Hyvän vuorovaikutussuhteen edellytyksiä ovat perheen tasa-arvoinen kohtaaminen ja yhteistyösuhteen jatkuvuus. Vuorovaikutuksen sisältö ja sävy ovat keskeisiä tekijöitä ja ensikohtaamisella on suuri merkitys. Jos kokemus ensikohtaamisesta on negatiivinen, sitä on vaikea muuttaa myöhemmin myönteiseksi (Potinkara 2004, 53).

3.5 Käsitteellinen malli todellisuuden kuvaajana

Käsitteellistä mallia voidaan luonnehtia pelkistetyksi kuvaksi todellisuudesta. Fawcettin (1991) mukaan käsitteelliset mallit muodostuvat abstrakteista ja yleisistä *käsitteistä*, jotka määrittelevät olennaisimmat peruselementit sekä *väittämistä*, jotka ilmaisevat käsitteiden välisiä suhteita. Koska mallin käsitteet ovat abstrakteja ja yleisluonteisia, niitä ei yleensä sellaisenaan voi havaita todellisuudessa. Niin ikään mallin väittämät ovat abstrakteja ja yleisiä ja sen vuoksi niiden testaaminen on vaikeaa. Fawcettin (1991) mukaan mallien käyttökelpoisuus perustuu siihen, että ne luovat ajattelulle, havaintojen tekemiselle ja nähdyn tulkitsemiselle järjestelmällisen rakenteen ja nostavat ilmiöstä esille sen keskeisimmät kysymykset. (Fawcett 1991, 12-13.) Pearsonin ja Vaughanin (1994, 169) mukaan mallit selkiyttävät, viitoittavat suuntaa ja määrittelevät rooleja. Ne myös osoittavat, millaista tietoa työssä tarvitaan ja paljastavat tutkimusta kaipaavia osa-alueita.

Fawcettin (1991) mukaan jokainen tieteenala määrittelee itse ne ilmiöt, joita se käsittelee omalla ainutlaatuisella tavallaan. Ne käsitteet ja väittämät, joilla nämä ilmiöt määritellään ja suhteutetaan keskenään, ovat vielä abstraktimpia ja yleisempiä kuin mallien käsitteet, ja ne luovat tieteenalan *metaparadigman*. Metaparadigmaa voidaan siten pitää tieteenalan laajana näkökulmana tutkittavaan maailmaan. Yleisesti hyväksytyn hoitotieteen metaparadigman

muodostavat hoitotyön keskeiset käsitteet *ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö* (Fawcett 1991, 15; Lauri & Elomaa 1999, 54).

Hoitotieteen käsitteelliset mallit pohjautuvat usein muista tieteistä lainattuihin teorioihin. Yleisimmin taustalta löytyy kiinnittymistä tarveteorioihin, vuorovaikutusteorioihin tai systeemiteorioihin. Hoitotieteen kehittymisen myötä on hoitotyö tuottanut myös omia mallejaan ja teorioita, jotka ovat luoneet yhteistä hoitotyön viitekehystä ja ohjanneet käytännön toimintaa. Hoitotieteen alkutaipaleella, 1960- ja 1970-luvuilla, mallit antoivat uusia näkemyksiä hoitotyön toiminnan lähtökohdista ja niitä sovellettiin paljon hoitotyön koulutuksessa. Lauri ja Kyngäs (2005) pitävät mallien suurimpina ansioina hoitotieteessä sitä, että ne määrittävät hoitotieteen peruskäsitteitä ja kuvaavat hoitamisen ideaalisia lähtökohtia. Mallit ovatkin usein teoreetikkojen subjektiivisia käsityksiä, niin sanottuja ideaalimalleja, hoitotyön todellisuudesta. Koska käsitteellisten mallien operationalistaminen mitattavaan muotoon ja testaaminen käytännön todellisuudessa on vaikeaa, niitä myös kritisoidaan (Lauri & Kyngäs 2005, 87, 94-95.)

Monet tieteet käyttävät muiden tieteenalojen tuottamaa tietoa. Lauri ja Kyngäs korostavat, että toisilta tieteenaloilta lainatun tiedon soveltuvuus tulee kuitenkin aina arvioida tutkimuksen avulla. (Lauri & Kyngäs 2005, 54-55.) Tiedon lainaaminen ja yhdisteleminen ei ole ongelmatonta. Munnukka (1996, 149) on todennut, että lähestymistapojen ja näkökulmien yhdisteleminen johtaa helposti ristiriitaisuuksiin ja sisältää sattumanvaraisuuksia, koska niiden perustaa ei ole tiedostettu ja johdettu loogisesti perusolettamuksista.

Hoitotyön malleja on painotustensa mukaisesti kutsuttu kirjallisuudessa *vuorovaikutus-*, *kehitys-* tai *järjestelmämalleiksi* (Pearson & Vaughan 1994; Fawcett 1991). Eri malleissa hoitotyön keskeiset käsitteet on määritelty eri tavoin. Fawcettin (1991) mukaan vuorovaikutusmalleissa korostetaan kommunikaatiota ja ihmisten välisiä suhteita. Painopiste on ihmisten välisissä suhteissa esiintyvien todellisten ongelmien tunnistamisessa ja mahdollisimman hyvää socialisaatiota edistävien toimintasuunnitelmien laatimisessa. Kehitysmallit korostavat kasvua, kehitystä ja kypsymistä. Fawcettin (1991) mukaan ne keskittyvät todellisten ja mahdollisten kehitysongelmien tunnistamiseen ja sellaisten toimintasuunnitelmien laatimiseen, jotka edistävät ihmisissä ja heidän ympäristössään kasvua ja kehitystä mahdollisimman tehokkaasti. Järjestelmämallit käsittelevät ilmiötä osista ja elementeistä koostuvana organisaationa, niiden välisinä vuorovaikutus- ja riippuvuussuhteina sekä niiden integraationa. Järjestelmämalleissa korostetaan todellisten ja mahdollisten ongelmien erottamista järjestelmien toiminnassa ja sellaisten toimintasuunnitelmien laatimista, jotka maksimoivat järjestelmän tehokkaan toiminnan. (Fawcett 1991, 23-30.)

Käytännön työntekijä on teorian tuottamisen keskeinen henkilö. Käytännön työntekijät etsivät jatkuvasti menetelmiä ja muokkaavat työtapojaan pyrkiessään turvaamaan asiakkailleen mahdollisimman hyvää hoitoa. Työn käytännössä kehitty jatkuvasti teoriaa, joka voidaan paljastaa ja tehdä näkyväksi tutkimuksen avulla. (Kiikkala & Munnukka 1996, 11.) Lauri ja Elomaa (1999) lisäävät käytännön, teorian ja tutkimuksen väliseen vuorovaikutus- ja riippuvuussuhteeseen myös opetuksen. Tutkimuksen avulla kehitetään teoriaa ja käytäntöä, mutta opetuksen avulla tietoa siirretään ja välitetään eteenpäin. (Lauri & Elomaa 1999, 122.)

4 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut

4.1 Laadullinen lähestymistapa

Tämän tutkimuksen tutkittavana ilmiönä on perheen terveyden edistäminen nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa ja sitä lähestytään laadullisella tutkimusotteella. Laadullista tutkimusta käytetään hoitotyön tutkimuksessa paljon. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja se soveltuu menetelmäksi hyvin, jos tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on vain vähän, tai ei olleenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. Laadullista tutkimusta voidaan käyttää menetelmänä myös silloin, kun halutaan etsiä johonkin, ehkä jo paljonkin tutkittuun ilmiöön, uutta näkökulmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 30; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152-154.) Tässä tutkimuksessa laadullinen tutkimusote on perusteltua, koska sen avulla pyritään löytämään aiemmin vähän tutkitusta ilmiöstä uutta, monipuolista ja syvällistä tietoa.

Laadullinen tutkimus on prosessi (Kiviniemi 2007, 70), jossa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tämä sisältää ajatuksen, että todellisuus on moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään lähtökohdaksi se, että todellisuus voi näyttäytyä eri ihmisille erilaisena ja että siten todellisuuksia on useita. (Kylmä 2008, 117.) Sosiaalisten ja psyykkisten ilmiöiden ja merkitysten tutkimisessa ja ymmärtämisessä ovat ihmisten subjektiiviset kokemukset keskeisen tärkeitä. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtävään näkemykseen ja induktiiviseen ajatteluun pohjautuen kehittämään teorioita käytännön todellisuudesta ja ihmisten eletyistä kokemuksista (Krause & Kiikkala 1996, 21). Yleensä laadullisessa tutkimuksessa kysytään, mitä tämä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on, tai mitä tässä ilmiössä tapahtuu tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. Lisäksi voidaan olla kiinnostuneita miten ja miksi -kysymyksistä. (Kylmä 2008, 111.) Tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvailemaan ja ymmärtämään niistä merkitysyhteyksistä käsin, joita tutkittavat omalle toiminnalleen antavat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Varto 1996, 23-24) ja antamaan tutkittavalle ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta (Tuomi & Sarajärvi 2006, 87).

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto tulee kerätä sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy ja missä tutkimukseen osallistujilla on omakohtaisia kokemuksia siitä. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään mahdollisimman aitoja havaintoja todellisuuden ilmiöistä. Tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävissä olevaa tietoa, vaan tutkimustulosten avulla pyritään kuvailemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä sellaisena kuin se kyseessä olevassa kontekstissa kyseisenä aikana esiintyy. (Hämäläinen 1987, 6; Nieminen 1997, 216; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 155; Tuomi & Sarajärvi 2006, 88; Kylmä 2008, 117.) Myös tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tuottaa vähän tutkitusta ilmiöstä, perheen terveyden edistämisestä, kuvailevaa tietoa kohteena olevassa nuorisopsykiatrisessa kontekstissa.

Vaikka havaintomme ovat aina jossain määrin latautuneet aikaisemmillä kokemuksillamme, on laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä lähteä liikkeelle mahdollisimman puhtaalta pöydältä, ilman ennako-olettamuksia tai määritelmiä. (Eskola & Suoranta 2000, 19.) Eskolan ja Suorannan (2000) mukaan aiemmista kokemuksista ei muodosteta sellaisia asetelmia, jotka rajaisivat tutkimuksellisia toimenpiteitä – laadullisessa analyysissä tutkijan pitäisikin yllättyä ja oppia tutkimuksensa kuluessa. Aineistojen avulla tutkija voi löytää uusia näkökulmia, ei vain todentaa ennestään epäilemäänsä. (Eskola & Suoranta 2000, 19.) Kiviniemen (2007) mukaan laadullinen lähestymistapa edellyttää tutkijalta, että tämä tiedostaa oman tietoisuutensa kehittymisen tutkimuksen kuluessa ja hänellä on tarvittaessa myös valmiuksia tutkimuksellisiin uudelleenlinjauksiin (Kiviniemi 2007, 70).

Eskolan ja Suorannan (2000) mukaan laadullisen aineiston koon määrittämiseksi ei ole varsinaisia sääntöjä. Aineiston koolla ei myöskään ole välitöntä vaikutusta tai merkitystä tutkimuksen onnistumisen. (Eskola & Suoranta 2000, 60-62.) Tuomen ja Sarajärven (2006, 87) mukaan etenkin opinnäytetyössä aineiston kokoa ei tule pitää merkittävimpänä kriteerinä. Käytännössä voidaan ajatella, että aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Tällöin puhutaan aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta. Saturaation perusajatus on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, mikä tutkimuskohteesta on mahdollista saada. Tällöin lisäaineiston kerääminen ei tuota kohteesta uutta informaatiota ja aineiston tietty peruslogiikka alkaa toistua. (Eskola & Suoranta 2000, 62-63; Tuomi & Sarajärvi 2006, 89.) Tutkimusprosessin eteneminen on kuvattu kokonaisuudessaan liitteessä 1. (liite 1).

4.2 Tutkimusympäristö ja osallistujat

Tutkimukseen osallistujat ovat yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöitä sekä saman yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian vastualueella työskenteleviä perheterapeutteja. Tuomen ja Sarajärven (2006) mukaan on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja että

heillä on omakohtaista kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2006, 88). Molemmat tutkimukseen osallistuvien ryhmät työskentelevät nuorten ja heidän perheidensä parissa päivittäin, siten osallistujia voidaan pitää asiantuntijoina tutkittavan ilmiön suhteen.

Nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijät ovat sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja lääkäreitä. Poliklinikalla toimii kolme erillistä työryhmää ja työntekijöitä on yhteensä noin 17. Poliklinikalle hakeudutaan tavallisesti perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, oppilashuollon tai yksityislääkärin läheteellä. Poliklinikka toimii myös nuorisopsykiatrisen osastohoidon jatkohoitopaikkana. Poliklinikka palvelee oman asuinalueensa nuorisopsykiatriseen arvioon ja hoitoon tulevia 13–17-vuotiaita nuoria ja heidän perheitään ja toiminnan keskeisenä tavoitteena on nuoren kasvun ja kehityksen tukeminen. Yksi työryhmistä on keskittynyt tutkimaan ja hoitamaan erityisesti lastensuojelun piiristä tulevia nuoria.

Nuorisopsykiatrian koulutettujen perheterapeuttien ryhmä on muodostunut sairaalan sisällä itseohjautuvasti, tarpeesta kehittää nuorisopsykiatrista perhe- ja perhehoitotyötä. Ryhmä on kokoontunut vuoden 2006 alusta kaksi tai kolme kertaa lukukaudessa pohtimaan nuorisopsykiatriseen perheterapiaan ja perheiden kanssa työskentelyyn liittyviä mahdollisuuksia ja haasteita. Pääosin työntekijät ovat kouluttautuneet perheterapeuteiksi sairaalaorganisaation ulkopuolella, eikä ryhmällä ei ole organisaatiossa virallista asemaa. Perheterapeuttien verkostoon kuuluu sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja lääkäreitä. Yhteistä kaikille on perheterapian erityistason (ET) tai vaativan erityistason (VET) koulutus. Perheterapeutit työskentelevät sekä avo- että osastohoidon eri toimipisteissä. Ryhmän ”postituslistalla” on perheterapeutteja 18, joista tapaamisiin on osallistunut aktiivisesti 8–10. Ryhmän syntyajoina alkaen on verkostolla ollut vahva rooli perheterapeuttien ammatti-identiteetin vahvistajana ja tukijana. Muuttuvien tarpeiden mukaan ryhmällä on mahdollisuus toimia joustavasti esimerkiksi opintopiirinä, työnohjauksellisena tai konsultatiivisena foorumina tai mahdollisesti myös reflektiivisenä tiiminä. Ryhmällä on tavoitteena olla myös vahva koulutuksellisen vaikuttaja ja se on ollut järjestämässä kolmea melko mittavaa perheisiin liittyvää koulutustilaisuutta nuorisopsykiatrian henkilökunnalle.

Tutkimukseen osallistui molemmista osallistujien ryhmistä yhteensä 18 työntekijää. Osallistujat kuuluivat sairaanhoitajan, psykologin, sosiaalityöntekijän ja lääkärin ammattiryhmiin. Esseevastauksia palautettiin poliklinikan työntekijöiden ryhmästä määräraikaan mennessä yhdeksän ja perheterapeuttien ryhmästä neljä. Perheterapeuteille järjestettyyn focus-group -haastatteluun osallistui viisi perheterapeuttia, joista kaksi oli osallistunut myös esseekyselyyn. Poliklinikan työntekijöiden focus-group -haastatteluun osallistui kuusi työntekijää, näistä neljä oli palauttanut myös esseekyselyn.

Osallistujat olivat sekä miehiä että naisia. Osallistujien työkokemus vaihteli 1,5 vuodesta 24 vuoteen. Osallistujat työskentelivät yhteensä kuudessa eri nuorisopsykiatrian työpisteessä. Pääosin osallistujien työnkuva koostui nuorten tutkimus- ja hoitokäynneistä, joihin liittyi keskeisesti myös vanhempien ja perheiden tapaamisia sekä verkostoyhteistyötä etenkin lastensuojelun ja koulujen kanssa. Osa työntekijöistä antoi nuorille myös psykoterapiaa. Niin ikään keskeinen osa työtä oli kunkin ammattiryhmän oman ammatillisen näkemyksen tuominen osaksi moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Joillakin työntekijöillä työnkuvaan kuului myös hallinnollisia tehtäviä.

Tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä 13:lla oli lisäkoulutuksena jokin psykoterapiakoulutus. Näistä kahdeksalla oli yksilöpsykoterapeutin koulutus, lisäksi yksi oli koulutuksessa parhaillaan. Yksilöpsykoterapeuteista kuudella oli nuorisopsykoterapeutin koulutus, yhdellä muu psykodynaaminen psykoterapiakoulutus ja yhdellä ratkaisu/voimavarakeskeinen psykoterapiakoulutus. Seitsemän työntekijöistä oli perheterapeutteja, näistä kahdella oli VET-tason koulutus. Perheterapeuteista kahdella oli lisäksi myös yksilöpsykoterapeutin koulutus. Kuudella tutkimukseen osallistujista oli työnohjaajan koulutus. Muina lisäkoulutuksina mainittiin lyhytpsykoterapiakoulutus, perheneuvolan erikoitumiskoulutus, draamamenetelmien soveltamiskoulutus, sosiaalipedagogisen perhetyön koulutus, hoitotieteen approbatur -opinnot sekä erilaisia päihde-, hoitosuhde- ja perhetyön koulutuksia.

4.3 Aineiston keruu

Tutkimuskysely lähetettiin sähköpostin välityksellä poliklinikan kaikille potilastyöhön osallistuville työntekijöille sekä kaikille perheterapeutiverkoston perheterapeuteille. Tutkimuskysely sisälsi molempien osallistujien ryhmille erikseen suunnatun saatekirjeen (liite 2, liite 3), suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta (liite 4) sekä taustatieto- ja kysymyslomakkeet (liite 5). Taustatietoina molemmilta tutkittavien ryhmiltä kerättiin tiedot sukupuolesta, ammatillisesta koulutuksesta, mahdollisesta lisä- ja täydennyskoulutuksesta, tämänhetkisestä työnkuvasta sekä nuorisopsykiatrisen työkokemuksen pituudesta.

Saatekirjeessä molempien ryhmien jäsenille kerrottiin mahdollisuudesta olla yhteydessä sähköpostin tai puhelimen välityksellä tutkijaan halutessaan lisätietoja tutkimuksesta. Lisäksi poliklinikan työntekijöillä oli mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä tarkentavia kysymyksiä henkilökohtaisesti kahtena päivänä tarkoitukseen varattuina aikoina. Tapaamisajoilla terveyden edistämisen näkökulma herätti jonkin verran ihmettelyä. Sen kommentoitiin olevan ”outo”, ”vieras” ja ”kauheen vaikea”, mutta myös ”mielenkiintoinen”

ja jopa ”ihana ja innostava”. Esitetyt kysymykset liittyivät enimmäkseen tutkimuksen aikatauluun, eikä tapaamisissa käyty perheen terveyden edistämiseen liittyvää sisällöllistä keskustelua.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään yleensä mahdollisimman avoimin menetelmin ja aineistoa voidaan kerätä yhdistellen erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. (Kylmä 2008, 112.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kahdelta eri työntekijöiden ryhmältä, kahdessa eri vaiheessa ja kahta eri menetelmää käyttäen. Lisäksi työntekijät kuuluivat useisiin ammattiryhmiin. Useamman eri menetelmän käytön tarkoituksena on, että menetelmät täydentävät toisiaan ja näin on mahdollista saada esiin laajempia näkökulmia. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 38.) Kahta tai useampaa näkökulmaa yhtäaikaaisesti käytettäessä voidaan puhua myös triangulaatiosta. Triangulaation käsite on peräisin merenkulkutaidosta, jossa tuntematon sijaintipaikka pyritään määrittämään useamman tarkistuspisteen avulla (Lukkarinen 2005, 228). Paitsi näkökulmien laajentaminen, on triangulaation tarkoituksena myös tutkimuksen luotettavuuden lisääminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 17; Tuomi & Sarajärvi 2006, 140-146.)

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin kirjallisesti avoimilla kysymyksillä. Hirsjärven ym. (2007, 196) mukaan avointen kysymysten etuna on, että niillä pystytään osoittamaan vastaajien tietämys aiheesta ja että ne eivät ehdota vastauksia. Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden tunnistaa vastaajien motivaatioon liittyviä seikkoja sekä vastaajien viitekehyksiä ja ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa omin sanoin, mitä hänellä todella on mielessään. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.) Tässä tutkimuksessa avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan esiin vastaajien perheen terveyden edistämiseen liittyvää asiantuntijuutta. Tutkimukseen osallistujien toivottiin vastaavan kysymyksiin kuvailevilla, esseetyyppisillä kirjoitelmilla. Vastausaikaa esseevastauksiin annettiin poliklinikan työntekijöille 13 ja perheterapeuteille 15 vuorokautta. Poliklinikan työntekijöitä pyydettiin palauttamaan vastauslomake poliklinikalla olevaan, niille tarkoitettuun postilaatikkoon ja perheterapeutteja pyydettiin lähettämään vastauslomakkeet postitse poliklinikalle, jossa osastonsihteri siirsi saapuneet vastaukset sovitusti niille varattuun postilaatikkoon. Esseevastauksia palautettiin määräaikaan mennessä poliklinikan työntekijöiden ryhmästä yhdeksän ja perheterapeuttien ryhmästä neljä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa esseevastausten analyysin tuloksena syntynyttä alustavaa mallia täydennettiin kahden focus group -haastattelun avulla. Hirsjärven ym. (2007) mukaan haastattelu tiedonkeruumenetelmänä on perusteltua, jos halutaan esimerkiksi selventää tai syventää saatavia tietoja (Hirsjärvi ym. 2007, 200). Focus group -haastattelussa ryhmän jäsenet ovat usein tutkittavana olevan ilmiön asiantuntijoita tai henkilöitä, joiden mielipiteillä tai asenteilla on vaikutusta tutkittavana olevaan ilmiöön. (Hirsjärvi & Hurme

2006, 62) Focus group -haastattelu perustuu ennalta suunniteltuun ja ohjattuun ryhmäkeskusteluun ja se etenee ennalta sovitun teemarungon mukaan. Ryhmällä on tarkoin määritelty tavoite ja se on ilmoitettu myös ryhmän jäsenille (Hirsjärvi & Hurme 2006, 62). Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskustelu etenee teemoittain ja tutkittavat voivat kertoa melko vapaasti asiaan liittyviä mietteitään. Focus group -haastattelu on joustava, nopea ja informatiivinen tiedonkeruumenetelmä, jonka vahvuutena on keskustelun pitäytyminen tutkittavassa aiheessa. Samalla se on myös vaativa menetelmä. Se edellyttää haastattelijalta kokemusta ryhmän ohjauksesta, haastattelutekniikan hallintaa, taitoa luoda erilaisia mielipiteitä salliva ilmapiiri ja taitoa fokusoida uudelleen jakautunut tai aihepiirin ulkopuolelle ajautunut ryhmä. (Koskinen & Jokinen 2001, 302.) Ryhmän jäsenillä on mahdollisuus saada toisiltaan tukea, rohkaisua ja innostusta ja tiedon tuottamisessa ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus on erittäin merkittävä tekijä (Mäenpää, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002, 101).

Ensimmäinen focus group -haastattelu järjestettiin perheterapeuttien ryhmälle ja siihen osallistui yhteensä viisi haastateltavaa sairaanhoitajan ja psykologin ammattiryhmistä. Haastatteluteemoina toimivat esseevastausten pohjalta tehdyn sisällönanalyysin avulla muodostuneet pääluokat. Teemoja käytiin systemaattisesti läpi yksi kerrallaan. Haastattelutilanteen aloittamisajankohta venyi noin 15 minuuttia suunnitellusta yhden haastateltavan myöhässä olemisen ja tutkimukseen liittymättömien asioiden vuoksi. Tämä loi haastattelun aloitukseen jonkin verran kiireen tuntua. Keskustelu teemojen ympärillä lähti kuitenkin käyntiin nopeasti aktiivisena, eikä tutkija havainnut, että aikataulusta myöhästymisellä olisi sinänsä ollut keskustelun sisältöön vaikutusta. Aikaa haastatteluun käytettiin 45 minuuttia. Itse haastattelu sekä myös tekniikan osalta nauhoitus sujuivat ongelmitta.

Toinen focus group -haastattelu järjestettiin poliklinikan työntekijöille. Haastatteluun osallistui yhteensä kuusi poliklinikan työntekijää sairaanhoitajan, psykologin, lääkärin ja sosiaalityöntekijän ammattiryhmistä. Haastattelun teemana oli alustavat tulokset, eli esseevastausten ja ensimmäisen haastattelun pohjalta muodostunut perheen terveyden edistämistä kuvaava luokittelu. Alun perin toiseksi haastatteluteemaksi luokittelun ohella oli suunniteltu alustavan käsitteellisen mallin kommentointi. Mallin keskeneräisyyden ja aikataulullisten syiden vuoksi suunnitelmasta kuitenkin luovuttiin. Haastattelun pituus oli 60 minuuttia. Niin ikään toinen haastattelu ja nauhoitus sujuivat ongelmitta.

4.4 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa aineistoa on lähestytty induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, ilman ohjaavaa teoreettista viitekehystä. Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tarkoituksena on jäsentää todellisuutta luokittelemalla tutkittavan todellisuuden elementtejä. Tällä tavoin voidaan muodostaa uutta, todellisuutta kuvaavaa tietoa ja teoriaa. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan aineistolähtöisyydessä aineiston annetaan ikään kuin kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 29, 113.)

Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä kuvataan systemaattiseksi keinoksi kuvailla, järjestää ja käsitteellistää tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota ja dokumentteja, ja se sopii hyvin strukturoimattoman aineiston analyysiin. Sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä ja pyrkimyksenä on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Viime kädessä laadullinen analyysi nojaa aina tutkijan loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Sisällönanalyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia luokkia, kategorioita, käsitteitä tai käsitejärjestelmiä. (Hämäläinen 1987, 34; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4; Kylmä & Juvakka 2007, 116.)

4.4.1 Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen analyysi

Aineiston analyysi alkaa aineiston tekstiksi kirjoittamisella (Kylmä & Juvakka 2007, 65). Saatuaani esseevastaukset tutkimukseen osallistuneilta työntekijöiltä, puhtaaksikirjoitin kaikki vastaukset. Osa vastauksista oli kirjoitettu tekstinkäsittelyohjelmalla ja osa käsin, joten halusin aluksi saattaa koko aineiston samanlaiseen kirjalliseen muotoon. Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen luin vastauksia läpi useaan kertaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5) ja näin aloin saamaan kokonaiskuvaa ensimmäisen vaiheen aineistosta. Vastajat olivat tuottaneet rikasta ja vivahteikasta kuvausta tutkittavasta ilmiöstä (ks. Hämäläinen 1987, 35) ja jo ensilukemalta aineisto vaikutti varsin kattavalta ja onnistuneelta. Tutkimussuunnitelman mukaisesti yhdistin molemmilta tutkimukseen osallistuvien ryhmiltä saapuneet vastaukset yhdeksi aineistoksi, enkä lähtenyt esimerkiksi vertailemaan eri ryhmien vastausten samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia toisiinsa.

Aineistosta lähtevän analyysiprosessin aluksi pyritään aineistosta löytämään merkityksellisiä ilmaisuja (Kylmä & Juvakka 2007, 117), jotka ovat pohjana aineiston pelkistämiseksi. Pelkistämällä tarkoitetaan merkityksellisten ilmaisujen tiivistämistä siten, että niiden

olennainen sisältö säilyy. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaista kysymystä. (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Pelkistin aineiston jokaisen ensimmäisen vaiheen avoimen kysymyksen osalta. Merkityksellisten ilmaisujen pelkistäminen aineistosta oli paikoin työlästä ja vaikeaa. Yksi merkityksellinen ilmaisu saattoi sisältää useita toisiinsa kietoutuneita merkityksiä, jolloin vaarana oli jatkuvasti, että pelkistäminen saattaisi kadottaa merkityksestä jotain olennaista. Palasin joihinkin merkityksellisiin ilmaisiin useita kertoja ja näin pyrin varmistamaan tulkintaani. Hämäläisen (1987) mukaan aineiston laadullinen analysointi vaatii tutkijalta luovuutta. Se vaatii myös ehdotonta johdonmukaisuutta ja kognitiivista leikkisyyttä. (Hämäläinen 1987, 35.) Tein pelkistämistä tietokoneen tekstinkäsittelyohjelman ja kahden tietokoneen avulla siten, että sekä puhtaaksikirjoitettu alkuperäisaineiston tiedosto, että pelkistysten tiedosto olivat molemmat samanaikaisesti nähtävillä. Samalla koodasin tekemäni pelkistykset: E1, E2, E3,... E13 (E = essee).

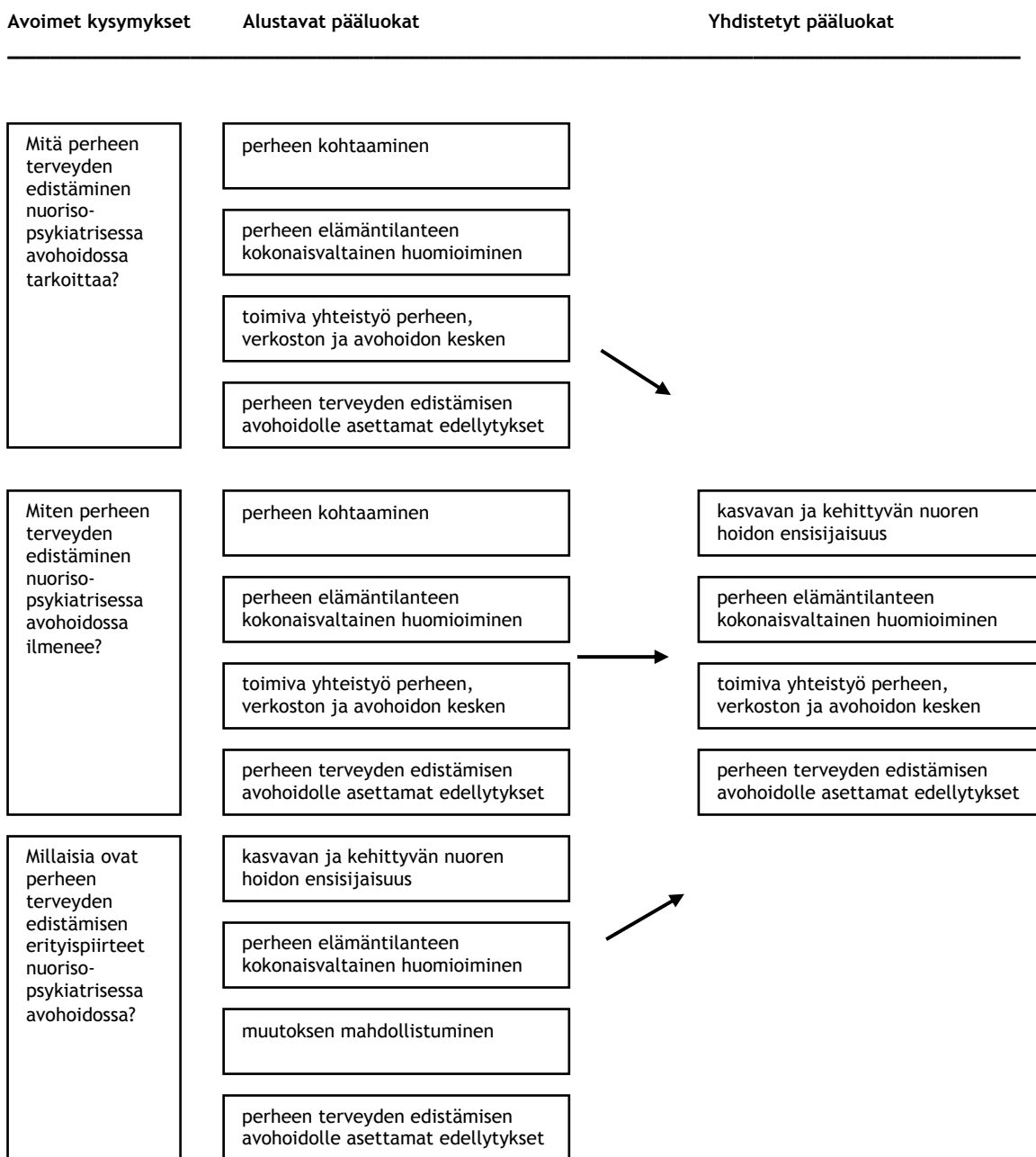
Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Pelkistettyjä ilmaisuja aletaan vertailemaan toisiinsa ja tarkoituksena on löytää sisällöllisesti samankaltaisia ilmaisuja. Samansisältöiset ilmaisut ryhmitellään samaan luokkaan ja luokalle annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Ryhmittelyssä on siis kyse pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Kun luokkia muodostetaan aineistolähtöisesti, ohjaavat aineisto ja tutkimuksen tekijän tulkinta pelkistettyjen ilmaisujen yhdistelemistä. Analyysin tässä vaiheessa on mukana jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Ryhmittelin kaikkien kolmen avoimen kysymyksen tuottamia pelkistettyjä ilmaisuja omina erillisinä kokonaisuuksinaan. Tulostin kysymysten tuottamat pelkistetyt ilmaisut listoina kolmelle eriväriselle paperille ja leikkasin pelkistyslistat suikaleiksi. Yksi suikale sisälsi yhden pelkistetyn ilmaisun. Ryhmittelin suikaleista sisältökokonaisuuksia sen mukaan, mitkä asiat tuntuivat liittyvän yhteen. ”Leikkaa-liimaa” -tekniikalla tehdyn ryhmittelyn jälkeen toistin ryhmittelyn tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalla. Tuloksena muodostuivat alaluokat. Tätä vaihetta kutsutaan myös aineiston klusteroinniksi. Klusteroinnin avulla aineisto pienenee, mutta yhteys alkuperäiseen aineistoon ei kuitenkaan katoa. Klusteroinnin avulla tutkittavasta ilmiöstä muodostetaan alustavat kuvaukset. (Hämäläinen 1987, 36.)

Analyysiiä jatketaan yhdistelemällä samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa, jolloin niille syntyy edelleen yläluokkia. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Yläluokalle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä, eli niitä alaluokkia, joista se on muodostettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Tämän jälkeen yläluokkia

yhdistellään edelleen sisällön mukaan toisiinsa niin pitkälle kuin se on mahdollista. Näin aineistosta muodostuvat lopulta pääluokat.

Vastaukset kaikkiin kolmeen tutkimuksen ensimmäisen vaiheen avoimeen kysymykseen menivät odotetusti paljolti päällekkäin. Kysymykset 1 ja 2 tuottivat keskenään samansisältöiset alustavat pääluokat ja kysymys 3 kaksi yhteistä alustavaa pääluokkaa kysymysten 1 ja 2 kanssa. Tässä vaiheessa yhdistin kaikkien kolmen kysymyksen tuottaman, alustaviksi pääluokiksi tiivistetyn aineiston. Jatkoisin kuitenkin alustavien pääluokkien **perheen kohtaaminen, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen ja muutoksen mahdollistuminen** osalta abstrahointia. Palasin useita kertoja alkuperäisaineistoon asti saadakseni luokat asettumaan loogisesti. Myös Hämäläisen (1987, 38) mukaan tutkija palaa abstrahoinnin aikana yhä uudelleen ja uudelleen aineistoon ja näin hänen ymmärryksensä tutkittavasta ilmiöstä syvenee ja laajenee. Aineiston abstrahointi oli paikoin hyvin hidasta ja edellytti välillä suuria ponnisteluja ymmärtää vastaajien kuvauksia. Laajan aineiston koossa pitäminen oli niin ikään vaativaa. Vaikeutta aiheutti myöskin se, että monet pelkistetyt ilmaisut näyttivät sopivan luontevasti usean ala- ja yläluokan alle. Lastenpsykiatriisiin tutkimusaineistoihin liittyen on Arajärvi (1991) todennut niissä olevan on suuren hajautumisen vaaran, koska ”kaikki vaikuttaa kaikkeen”. Siksi rajaaminen, vaikka se tuntuu välillä liki mahdottomalta, on vain tehtävä johonkin. (Arajärvi 1991, 115.) Yhdistetystä aineistosta muodostui lopulta yhteensä neljä lopullista pääluokkaa kuvaamaan perheen terveyden edistämisen sisältöä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa (kuvio 1).

Yhdistetystä aineistosta muodostuneet pääluokat olivat: kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen sekä perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamat edellytykset.



Kuvio 1. Kuvaus analyysin ensimmäisen vaiheen yhdistettyjen pääluokkien muodostumisesta

4.4.2 Tutkimuksen toisen vaiheen analyysi

Tutkimuksen toisessa vaiheessa esseevastausten tuottaman aineiston luokittelua syvennettiin ja tarkennettiin kahden focus group -haastattelun avulla. Ensimmäinen focus group -haastattelu järjestettiin nuorisopsykiatrian perheterapeuteille. Haastattelun teemoina toimivat tutkimuksen ensimmäisen vaiheen yhdistetystä aineistosta muodostuneet pääluokat: **kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen sekä perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamat edellytykset.** Lisäksi haastattelussa pyydettiin pohtimaan teemaa **muutoksen mahdollistuminen.**

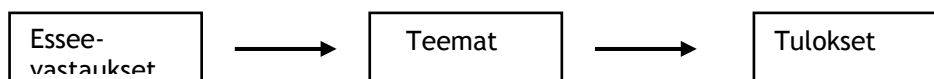
Nauhoitettu haastattelu puhtaaksikirjoitettiin, jonka jälkeen puhtaaksikirjoitetusta tekstistä poimittiin merkitykselliset ilmaisut samaan tapaan, kuin oli tehty esseevastausten kohdalla. Haastattelusta poimittujen merkityksellisten ilmaisujen koodiksi tuli H1 (H = haastattelu). Ilmaisut pelkistettiin edelleen samalla tavoin kuin ensimmäisen vaiheen esseevastauksetkin, jonka jälkeen olemassa olevaa luokittelua alettiin täydentämään haastattelusta saadulla aineistolla. Koska haastattelun teemat olivat selkeästi fokuoituja, oli myös haastattelun analysointi nopeampaa ja selkeämpää kuin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa. Haastattelusta saatu aineisto asetui suurimmalta osin jo muodostettuun luokitteluun, mutta lisäksi abstrahointi tuotti yhteensä 11 uutta alaluokkaa, kolme uutta yläluokkaa sekä nosti luokan muutoksen mahdollistuminen koko luokittelun yhdistäväksi luokaksi.

Toinen focus group -haastattelu järjestettiin poliklinikan työntekijöiden ryhmälle alustavien tulosten valmistumisen jälkeen. Toisen haastattelun teemana olivat tutkimuksen tulokset, eli **perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu.** Alustavat tulokset jaettiin työntekijöille nähtäväksi haastattelua edeltävänä päivänä, jotta heillä olisi mahdollisuus tutustua tuloksiin etukäteen. Haastattelussa työntekijöitä pyydettiin kommentoimaan ja halutessaan täydentämään esitettyjä tuloksia.

Toisen haastattelun nauhoitus kirjoitettiin niin ikään sanatarkasti puhtaaksi. Puhtaaksikirjoitetusta tekstistä poimittiin merkitykselliset ilmaukset, jotka koodattiin merkinnällä H2. Tämän jälkeen merkitykselliset ilmaisut pelkistettiin ja edelleen sijoitettiin luokitteluun. Toisen focus group -haastattelun tuloksena luokkien sisältö paitsi täydentyi, niin myös tarkentui neljän alaluokan sekä yhden yläluokan osalta.

4.4.3 Yhteenveto aineiston analyysistä

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysi toteutettiin triangulaation ajatusta hyödyntäen prosessina, jossa ensin analysoitiin kolmen avoimen kysymyksen tuottamat esseevastaukset, sitten vastausten pohjalta muodostuneet teemat ja lopuksi tulokset, eli aiempien analyysivaiheiden pohjalta muodostunut luokittelu (kuvio 2).



Kuvio 2. Tutkimuksen analyysiprosessin eteneminen

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa asiasta. Analyysillä aineisto pyritään tiivistämään kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Hämäläinen 1987, 33). Pyrkimyksenä on pikemminkin informaatioarvon kasvattaminen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 2000, 137.) Aineiston analyysin myötä aineisto muuttuu aineistosta tutkittavan ilmiön teoreettiseksi kuvaukseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 66.)

Tutkimuksessa haettiin vastausta kysymyksiin mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa, miten se ilmenee ja millaisia ovat perheen terveyden edistämisen erityispiirteet nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Analyysin lopputuloksena muodostui nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijöiden ja nuorisopsykiatrian piirissä työskentelevien perheterapeuttien kuvauksista neliportainen perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu. Luokkien sisältö on kuvattu tutkimustuloksiin sekä kirjallisessa muodossa että havainnollistettuna ja tiivistettynä taulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 257.)

Hämäläisen (1987) mukaan tutkija saattaa joskus pitäytyä liiaksi alkuperäisissä kuvauksissa ja olla kykenemätön irrottautumaan tutkittavien alkuperäisistä kertomuksista ja abstrahoimaan niistä ”ymmärrystä syventäviä” johtopäätöksiä (Hämäläinen 1987, 59). Tässä tutkimuksessa on analyysin kaikissa vaiheissa pyritty mahdollisimman suureen aineistolähtöisyyteen. Tämä näkyy myös luokkien nimeämisessä. Etenkin ala- ja yläluokkien nimeämisessä on pyritty käyttämään aineistosta nousevia, työntekijöiden itsensä käyttämiä käsitteitä aina, kun se on ollut mahdollista. Tutkimustulosten havainnollistamisessa on käytetty suoria lainauksia alkuperäisaineistosta. Suorien lainausten tarkoituksena on myös paitsi osoittaa lukijalle minkälaisesta alkuperäisaineistosta luokat on muodostettu, niin myös parantaa raportin luotettavuutta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11) sekä elävöittää tekstiä.

5. Tulokset

Tutkimuksen tuloksena muodostui perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu. Luokittelun pääluokiksi muodostuivat luokat **kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken, sekä perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset**. Pääluokkia yhdistäväksi luokaksi muodostui luokka **muutoksen mahdollistuminen**. Luokittelu on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 7. Taulukossa 1 on esitetty tutkimuksen tuloksena muodostuneet yläluokat, pääluokat ja yhdistävä luokka.

Taulukko 1. Perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaavan luokittelun yläluokat, pääluokat ja yhdistävä luokka

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen Nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito Nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde Vanhempien tuki nuoren hoidolle	Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus	
Nuoren terveyttä tukevat kasvuolot Perheen voimavarat Perhettä kuormittavat tekijät Nuoruuden ikävaihe perheen elämänvaiheena Eri näkökulmien kohtaaminen Perheen kulttuuri	Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	
Vanhempien ohjaaminen Vanhemmuuden tukeminen Perheen kohtaaminen Perheen osallistuminen Avoin vuorovaikutus Verkoston olemassaolo rakenteena Verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus	Toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken	Muutoksen mahdollistuminen
Organisaation mahdollistamat resurssit Toimintaa ohjaavat periaatteet Työryhmän toimivat rakenteet Ammatillinen osaaminen Työryhmätyöskentelyn kehittäminen Työntekijän persoonalliset ominaisuudet Tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus	Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset	

5.1 Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus

Pääloukka kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus koostuu yläluokista **nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen, nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito, nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde sekä vanhempien tuki nuoren hoidolle** (taulukko 2).

Taulukko 2. Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Itsenäistymisen ja irrottautumisen tukeminen Nuoren ”ikätaoisuus” Nuoren elämänhallinnan tukeminen	Nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen	Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus
Nuorisopsykiatrinen arviointi ja hoito Nuoren arviointijakso ja hoito omalla työntekijällä nuoren fyysinen ja psyykinen vointi kokonaisuutena Nuoren psykoterapia	Nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito	
Nuoren kunnioittaminen Nuoren kuunteleminen Nuoren ymmärtäminen Nuoren äänen esiin nostaminen Molemminpuolinen luottamus Oireiden ”taakse” näkeminen Tilanteen ottaminen vakavasti	Nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde	
Nuoren paikka perheessä Perheen merkitys nuorelle Perheen valtasuhteet Oireiden viesti	Vanhempien tuki nuoren hoidolle	

Pääloukassa kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus korostuvat sekä lääketieteeseen perustuva arvio nuoren tilanteesta että nuoren ja työntekijän välinen luottamuksellinen yhteistyösuhde, joka palvelee myös nuoren itsenäistymis- ja irrottautumiskehitystä. Vaikka nuori on hoidossa ensisijainen, on hän samalla osa perhettään, josta häntä ja hänen hoitoaan ei voi irrottaa. Nuoren hoidon onnistumisen kannalta on vanhempien rooli keskeisen tärkeä.

5.1.1 Nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen

Yläluokka nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen sisältää alaluokat **itsenäistymisen ja irrottautumisen tukeminen, nuoren ”ikätaoisuus”** sekä **nuoren elämänhallinnan tukeminen**. Nuoruusiän kehitysvaiheen ymmärtäminen ja sen merkityksen huomioiminen ovat nuorisopsykiatrisen avohoidon lähtökohtia. Nuoruusiän kehitystehtävät; irrottautuminen lapsuuden objekteista, liittyminen ikätovereihin ja oman seksuaalisuuden haltuunotto sekä kyky opiskella, nousevat aineistosta esiin useaan kertaan. Kehitysvaihettaan elävä nuori on mieleltään kypsytön, vaikka hän fyysisiltä ominaisuuksiltaan olisi jo kehittynyt.

”... nuorisopsykiatrisen avohoidon tärkein lähtökohta mielestäni on kehityspsykologiassa. Työntekijöiden on jatkuvasti kirkastettava itselleen ja toisilleen sitä näkemystä, millainen kehitysvaihe nuoruusikä on ihmisen elinikäisessä kehitysjatkumossa.” (E7)

Itsenäistymisen ja irrottautumisen tukeminen ja auttaminen on myös tämän aineiston mukaan yksi nuorisopsykiatrian keskeisimmistä tehtävistä. Arviointiin ja hoitoon tullut nuori tarvitsee usein tukea identiteettikehityksessään ja vähittäisessä irrottautumisessaan vanhemmistaan kohti itsenäisyyttä. Tässä aineistossa lähtökohtana on vahvasti kehityspsykologinen näkemys nuoren kasvusta ja kehityksestä.

”Perheen terveyden edistäminen lähtee nuoren kasvun ja kehityksen näkökulmasta. Mitä nuori tarvitsee pystyäksensä irrottautumaan lapsuuden objekteistaan ja liittymään ikäisiinsä nuoriin, ottamaan oma ruumis haltuunsa, kyetäkseen opiskelemaan.” (E6)

Nuoren ”ikätaoisuus” tarkoittaa työntekijöiden havaintoja siitä, kuinka nuori on kehittynyt muihin ikäluokkansa nuoriin nähden. Havaintoja tehdään muun muassa siitä, millaisista asioista nuori on kiinnostunut, kuinka nuori pukeutuu ja kuinka vahvasti nuori on mukana aikansa nuorisokulttuurissa.

” ... miten vastaa sitä omaa ikäluokkaansa - niinku jotenkin, onko edellä tai jäljessä huomattavasti ” (H2)

”... ensin kiinnittää hirveästi huomiota siihen, onko ikätaoisesti pukeutunut ja jutteleeks silleen ikätaoisesti ...” (H2)

Monilla nuorilla on puutteita tai vaikeuksia elämänhallinnan taidoissaan. **Elämänhallinnan tukeminen** muodostuu usein, etenkin lastensuojelun piiristä tulevien nuorten kohdalla, osaksi nuorisopsykiatrista työtä. Aineistossa tulee esiin, että nuorisopsykiatrisen avohoito voi olla nuoren elämänhallinnan tukena muun muassa koulunkäyntiin, päihteiden käyttöön ja ikätoverisuhteisiin liittyvissä pulmissa sekä tulevaisuuteen suuntaavissa tärkeissä valinnoissa. Avohoidon työntekijä voi olla avaamassa nuorelle väylää kohti aikuisuutta ja itsenäistä

elämää. Koska elämänhallinnan vaikeudet koskevat usein koko nuoren perhettä, muodostuu avohoidolle psyykkisen tukemisen ohella suuri rooli nuoren syrjäytymisen ehkäisemisessä.

”...et miten koulujutut? Usein ne tarvii apua ihan tavallisis asiois ... jos niissä tarvii...”(H1)

5.1.2 Nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito

Yläluokassa nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito tarkoitetaan tässä aineistossa koko nuorisopsykiatrista tutkimus- ja hoitokokonaisuutta, joka koostuu sekä lääkärin tekemästä nuorisopsykiatrisesta arviosta että nuoren tutkimusjaksosta ja hoidosta oman työntekijänsä luona. Tämä yläluokka luo kuvaa hoitoprosessin rakentumisesta, hoidon struktuureista ja toimintakäytännöistä. Yläluokka nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito käsittää alaluokat **nuorisopsykiatrinen arviointi ja hoito, nuoren arviointijakso ja hoito omalla työntekijällä, nuoren fyysinen ja psyykinen vointi kokonaisuutena, sekä nuoren psykoterapia.**

”...meillä pitää olla joku IP, ennen kuin se hoitosuhde edes tulee siihen kyseiseen paikkaan. Pitää olla joku nuori ja meillä se on ikärajaan kuuluva ..että tulee se hoitosuhde...” (H1)

Alaluokkana **nuorisopsykiatrinen arviointi ja hoito** tarkoittaa lääkärin tekemää lääketieteeseen perustuvaa arviointia ja hoitoa. Nuoren lääketieteellinen arviointi ja hoito ovat keskeinen osa nuoren hoitokokonaisuutta erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Lääkäri on tiiviisti mukana nuoren hoidossa. Lääkäri tapaa nuoren tutkimusjakson aikana, tavallisesti jo ensikäynnillä. Lääkäri määrittää muun muassa nuorelle diagnoosin, vastaa nuoren hoidosta, huolehtii nuoren mahdollisesta lääkityksestä, ottaa kantaa nuoren tilanteessa tapahtuviin muutoksiin ja on keskeisessä roolissa mietittäessä nuoren jatkohoitoa.

”... että me ei unohdettais, että olemme erikoissairaanhoidoa ja meidän pitää arvioida psykiatrisesti, ei pelkästään niinku sitä niinku jotenkin nuoren psykologista vointia, vaan että myös oikeesti diagnoosi tarvitaan ja siihen tarvitaan se alkukehitys ja ... sit sen niinku asianmukainen Käypä hoito suosituksessa...” (H2)

Nuoren arviointijakso ja hoito omalla työntekijällä tarkoittaa nuorelle nimetyn oman työntekijän tekemää noin viisi – seitsemän tapaamiskertaa käsittävää arviointijaksoa, jonka tarkoituksena on kartoittaa mahdollisimman kattavasti nuoren kokonaistilanne, sekä mahdollista arviointivaiheen jälkeen seuraavaa poliklinikalla toteutettavaa nuorisopsykiatrista hoitajaksoa. Arviointijaksosta käytettiin aineistossa myös käsitettä tutkimusjakso. Työntekijöiden kuvauksissa arviointi- ja hoitajaksoa käsiteltiin paljolti yhtenä hoitokokonaisuutena, irrottamatta arviointi- ja hoitovaiheita toisistaan.

”Arviointijakson aikana arvioidaan nuoren hoidon tarve. Arviointijakson perusteella tehdään hoitosuunnitelma... Tämän jälkeen nuoren on mahdollista aloittaa hoitajakso”.(E4)

Vaikka nuori tulee nuorisopsykiatrian poliklinikalle psykiatriseen arvioon, kohdataan poliklinikalla nuori ja hänen kokonaisvaltainen tilanteensa. Alaluokassa **nuoren fyysinen ja psyykkinen vointi kokonaisuutena** nousee esiin vahvasti näkemys ihmisestä jakamattomana kokonaisuutena. ”Psykiatristen” oireiden irrottaminen erilleen nuoren kokonaistilanteesta nähdään jopa mahdottomana. Nuorella voi olla muita sairauksia tai vammaisuutta, jotka vaikuttavat hänen elämäänsä. Aineiston mukaan nuoren tutkimuksissa ja hoidossa nousevat erilaiset fyysiset oireet esille varsin usein. Nuoren paha olo saattaa saada fyysisiä ilmenemismuotoja tai joskus psyykkisen oireilun taustalta voi paljastua fyysinen sairaus. Tarvittaessa nuorta ohjataan muiden lääketieteen erikoisalojen tutkimuksiin tai hoitoon.

”...mut et lähtis niinku sitäki miettii, et jos se nuori kerta oireilee ja voi huonosti ja ei pysty esim. käymään koulua tai muuta, ni kai se nyt pitää tutkia kokonaisvaltaisesti... ku saattaa olla vaikka aivokasvain...” (H1)

”Nuoren oman terveyden edistämistä, myös somaattista, erityisesti psyykkistä” (E12)

Nuori voi käydä nuorisopsykiatrian poliklinikalla myös psykoterapiassa. Nuoren työntekijänä toimii tällöin koulutettu psykoterapeutti, joka tekee nuoren kanssa psykoterapiasopimuksen. Alaluokassa **nuoren psykoterapia** tarkoitetaan erityisesti tätä avohoidon poliklinikalla annettavaa psykoterapiaa. Nuoren psykoterapia tulee aineistossa esiin myös avohoidon ”jatkohoitona”. Nuoria ohjataan psykoterapiaan yksityisille palveluntuottajille joko Kelan rahoituksella tai sairaanhoitopiirin maksusitoumuksella.

”Nuorelle voidaan järjestää hoitojakso myös yksityisellä puolella, jos katsotaan tarpeelliseksi. Tämä tarkoittaa silloin yksityistä psykoterapiaa” (E4)

5.1.3 Nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde

Nuori saa poliklinikalla oman työntekijän, jolloin nuoren ja työntekijän välille muodostuu yhteistyösuhde ja hoitosuhde. Hoidon onnistumisen kannalta yksi keskeisimmistä tekijöistä on luottamus yhteistyösuhteessa. Aineistossa luottamukseen liittyvät tekijät yhteistyösuhteessa nuoren kanssa korostuivat erityisesti kysyttäessä perheen terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde käsittää tämän aineiston mukaan **nuoren kunnioittamisen, nuoren kuuntelemisen, nuoren ymmärtämisen, nuoren äänen esiin nostamisen, molemminpuolisen luottamuksen, oireiden ”taakse” näkemisen ja tilanteen ottaminen vakavasti**

Nuoren kunnioittaminen ja asiallinen suhtautuminen nuoreen ovat lähtökohtana hoitosuhteen muodostamisessa. Kunnioittaminen tarkoittaa nuorta arvostavaa suhtautumista sekä hänen hyväksymistään ja kohtaamistaan omana itsenään.

"Kaikki lähtee kuitenkin nuoren kunnioittavasta ja asiallisesta kohtaamisesta..."(E3)

Nuori on tullut hoidon piiriin lähetteellä, jossa lähettävä viranomainen on esittänyt arvionsa nuoren tilanteesta ja ilmaissut huolensa. On kuitenkin tärkeää kuulla nuoren omaa kertomusta ja kokemusta hänen omassa asiassaan. Tämän aineiston mukaan juuri **nuoren kuunteleminen** ja kokemus ymmärretyksi tulemisesta tekevät hoitosuhteesta hoitavan.

"... on tärkeää kuunnella nuorta ja kokemustaan/kertomustaan" (E3)

Yhteistyösuhdetta rakennetaan yhteistyössä nuorta ymmärtäen. **Nuoren ymmärtäminen** on asia, jolle tulee aineiston mukaan antaa paljon tilaa. Nuoren oma työntekijä on nuorta varten ja työntekijän tehtävä on nuoren ymmärtäminen. Nuorella saattaa olla niin kodin kuin koulunkin piiristä kokemuksia, että hän ei ole tullut riittävästi ymmärretyksi tai että hän on tullut ymmärretyksi väärin. Nuoren ymmärtäminen ei tarkoita silti välttämättä sitä, että hänen kaikki tekemisensä hyväksyttäisiin.

"et se on se nuoren ääni, joka tulee kuulluksi. Tavallaan et sil ei oo ollu tilaa, tai se on väärinymmärretty tai nuori on itse väärinymmärtänyt jotain, joka on tehnyt hänet semmoiseksi, et hänen on vaikea olla... sille tilan raivaaminen" (H1)

"Voi ymmärtää, vaikka ei hyväksykään..." (E3)

Kasvavan ja kehittyvän **nuoren äänen esiin nostaminen** ja kuuluviin saaminen on tärkeä osa hoitoprosessia. Nuoren itsenäisyyttä kunnioitetaan ja nuorella on oikeus ilmaista omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Aina nuori ei kuitenkaan syystä tai toisesta uskalla, osaa tai halua tuoda ääntään itse esiin. Nuoren työntekijällä on suuri merkitys nuoren omien ajatusten, mielipiteiden ja tunteiden kuuluviin saamisessa. Nuoren oma työntekijä tukee ja avustaa nuorta esimerkiksi perhetapaamisissa ilmaisemaan rohkeasti omia ajatuksiaan ja näkemyksiään. Nuoren työntekijä on nuoren puolella, "nuoren äänitorvena", vaikka tämän aineiston mukaan on myös tärkeää, että työntekijä kohtaa ja ymmärtää tilannetta myös vanhempien näkökulmasta.

"...Perheistunnoissa... nuoren oikeutta ilmaista omia tunteitaan ja ajatuksiaan tuetaan ja avustetaan..."(E13)

Aineiston kuvauksissa luottamuksen merkitys hoitosuhteessa nousee esiin erittäin korostuneesti. Luottamuksen saavuttaminen nuoren kanssa on hienovarainen ja herkkä prosessi ja saattaa joskus vaatia hyvinkin pitkää työskentelyvaihetta. Luottamus nuoreen voidaan menettää hyvin helposti. Tavoitteena hoitosuhteessa on **molemminpuolinen luottamus**. Luottamusta rakennetaan nuoren lähtökohdista käsin, mutta pyrkimyksenä on muodostaa suhde, jossa työntekijä luottaa nuoreen ja nuori voi luottaa työntekijäänsä.

”Nuorisopsykiatrinen hoito perheen näkökulmasta eroaa lastenpsyk. hoidosta siten, että nuori on hoidon pääasiallinen kohde, jolla on mahdollisuus itsenäiseen hoitoon, jossa esiin tuotuja asioita ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista välittää vanhempien tietoon. Luottamuksellinen suhde on välttämätön perusta hoidon onnistumiselle.” (E5)

”... esim. luottamuksellisuus on syytä ottaa aivan toisella tavalla enemmän huomioon kuin esim. lastenpsykiatriassa” (E11)

Oireiden ”taakse ” näkeminen tarkoittaa tässä aineistossa kahdenlaisia asioita. Toisaalta on kyse työntekijän kyvystä erottaa normaali nuoruus- ja murrosikään kuuluva uhmakkuus tai kapinointi huolestuttavasta häiriökäyttäytymisestä ja erottaa kehitykseen kuuluvat yksinolon hetket esimerkiksi masentuneisuudesta. Toisaalta oireiden ”taakse” näkemisellä tarkoitetaan työntekijän valmiuksia erottaa lievemmat mielenterveyden häiriöt vakavista psyykkisistä sairauksista esimerkiksi psykooseista ja niiden kehittämisprosesseista.

”Itselleni haluan muistuttaa, että nuoren tilannetta arvioidessa tulee aina ottaa huomioon sairastumismahdollisuus psyykkisesti. Se joskus unohtuu, kun tapaa niin paljon käytöshäiriöisiä” (E9)

Nuorella saattaa olla aiempia kokemuksia esimerkiksi koulun tai kodin piiristä, että hänen kertomustaan ei uskota, sitä vähätellään tai että sitä ei ymmärretä. Tämä loukkaa ja mitätöi nuorta. Alaluokassa **tilanteen ottaminen vakavasti** tarkoitetaan erityisesti nuoren hoitosuhteessa nuoren kertomuksen kuulemiseen, uskomiseen ja luottamiseen liittyviä asioita. Toisaalta tilanteen ottamisella vakavasti voidaan tarkoittaa myös nuoren oireiluun ja oireiden selvittämiseen liittyvää suhtautumista. Jokaisen nuorisopsykiatriseen arviointiin ja hoitoon tulevan nuoren tilanteeseen tulee paneutua huolellisesti ja jokaisen nuoren tilanne tulee ottaa vakavasti kaikilla hoidon eri ulottuvuuksilla.

”Kyse on aina jostain vakavasta, kun meille tulee lähete ...” (E9)

5.1.4 Vanhempien tuki nuoren hoidolle

Vanhempien tuki nuoren hoidolle on hoidon onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Aina vanhempien tuen saaminen ei ole itsestään selvää ja joskus se jää kovastakin yrittämisestä huolimatta saamatta. Edellytyksiä vanhempien tuen saamiselle luo se, että vanhemmat kutsutaan mukaan hoitoprosessiin alusta alkaen, ja että heidän näkemyksiään ja toiveitaan kuullaan ja kunnioitetaan. Kun vanhemmat luottavat hoitotahoon, eivätkä koe hoitotahoa kilpailijaksi tai syyllistäjäksi, on vanhempien tuen saamiselle olemassa hyvät edellytykset. Voidakseen tukea nuoren hoitoa, tulee vanhempien olla selvillä hoitosuunnitelmasta, hoidon tavoitteista, hoitomenetelmistä ja annettavan hoidon merkityksestä nuorelle. Vanhempien

riittävä tiedon saaminen on merkittävä tekijä. Tiedon lisäksi vanhemmat saattavat tarvita myös itse tukea voidakseen olla hoidon tukena. Yläluokka vanhempien tuki nuoren hoidolle koostuu alaluokista **nuoren paikka perheessä, perheen merkitys nuorelle, perheen valtasuhteet ja oireiden viesti.**

”Perheen terveyden edistäminen tarkoittaa sitä, että nuoren psyykkistä vointia lähdetään tutkimaan ja hoitamaan siten, että nuori saa tarvitsemaansa apua ja vanhempia tuetaan tukemaan nuoren hoitoa.” (E5)

”Vanhempien tapaamista sekä että myöhemmin myös nuoren hoidon tueksi” (E8)

”...vanhempien tuki nuoren hoidolle, koskahan sitä ei aina ole ja voi olla myös se tilanne, että vanhemmat eivät todellakaan tue tai edes halua ... on myös mahdollista, että se tuki on erilaista kuin toivottaisiin tai olematonta...” (H2)

Aineistossa on nähtävissä vahvasti systeemiteorian mukainen näkemys perhekokonaisuudesta ja sen toiminnasta. Nuori nähdään osana perhekokonaisuutta, jossa nuoren asiat vaikuttavat perheeseen, samoin kuin perheen asiat vaikuttavat nuoreen. Alaluokka **nuoren paikka perheessä** antaa kuvaa nuoren ja hänen perheenjäsentensä välisistä suhteista. Siitä, kuinka nuori voi esimerkiksi ilmaista kotona mielipiteitään tai ajatuksiaan, mihin asemaan hän on joutunut suhteessa sisaruksiin tai onko kotona tilaa näyttää tunteita. Nuorelle on voinut kertyä perheessä erilaisia tehtäviä tai rooleja, jotka eivät välttämättä ole nuoren kasvun ja kehityksen kannalta nuorelle hyväksi.

”...toisaalta etäisempi linkki on ehkä löydettävissä sellaisen ylioptimistisen haaveen kautta, että jokainen terve ja sisäisesti onnistuneesti itsenäistynyt henkilö voi joskus potentiaalisesti auttaa myös vanhempiaan kasvamaan ja tervehtymään psyykkisestä kärsimyksestä, mutta se ei primääristi ole tämän hoidon tavoitteena eikä nuoren vastuulla” (E10)

”nuori nähdään osana perhekokonaisuutta, joka vaikuttaa muihin perheenjäseniin niin kuin hekin vaikuttavat nuoreen.” (E13)

Perheen merkitys nuorelle on nuoren kehityksen kannalta sekä vuorovaikutus- että erilaisista kasvunäkökohdista katsottuna ainutlaatuinen ja korvaamaton. Nuori kuuluu perheeseensä, se on hänen kasvukehyksensä. Nuori kohdataan nuorisopsykiatrian poliklinikalla perheensä jäsenenä. Jo ikänsäkin puolesta alaikäinen nuori otetaan vastaan yhdessä vanhempiensa kanssa. Vaikka nuori alkaa itsenäistyä ja irrottautua vanhemmistaan ei irtautuminen tarkoita perheen ja sen arvojen hylkäämistä. Perhe edustaa nuorelle myös huolenpitoa, välittämistä ja perusturvaa.

”Nuori iästäänkin johtuen, kohdataan nuorisopsykiatrian avohoidossa perheen/ läheisten kanssa.”(E2)

Nuoruusikäisen perheessä joudutaan hyvinkin helposti tilanteisiin, jossa vastakkain ovat nuoren tahto ja vanhempien tahto. Vastakkainasettelutilanteeseen joutuminen kotona tulee

usein myös näkyväksi nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Usein vaikea-asteisesti kärjistyneiden tilanteiden taustalta löytyy erilaisia kasvatuksellisia rajoihin liittyviä tai sukupolvirajoihin liittyviä pulmia. **Perheen valtasuhteet** tulevat esiin tässä aineistossa sekä asetelmassa vanhempien valta nuoreen että asetelmassa nuoren vallankäyttö tai sen yritykset suhteessa vanhempiin. Vanhemmat eivät voi esimerkiksi pakottaa tai määrätä nuorta hoitoon, ellei nuori itse sitä halua. Nuoren vallankäytöksi voidaan katsoa myös tilanne, jossa nuori kieltää työntekijöiltä kaiken yhteydenpidon vanhempiinsa. Joskus vanhempien taholta saattaa tulla esiin niin tiukkoja kasvatusasenteita, että nuoren niitä vaikea hyväksyä ja hän saattaa kokea ne vanhempien vallankäytöksi.

"Vanhemmat eivät voi tuoda/pakottaa nuorta hoitoon (vrt. lapsi)" (E12)

" nuoren tahto vs. vanhempien tahto" (E12)

"... meil on tälläki hetkellä nuorii, jotka jo sisään tullessaan ilmottaa, et ei sit vanhempiin saa ottaa yhteyttä. Et ollaan vähän sellases,... ku tää nuoren hoito on ensisijaista, ni miten se perhesysteemi siellä,... ku on kuitenkin alaikäinen ja kuitenkin siin on se kommunikaatio ...et se on se toinen vinkkelä siinä..." (H1)

Nuoren oireita ja oireilua kuvataan aineistossa nuoren antamaksi viestiksi elämäntilanteestaan. **Oireiden viesti** voi olla sangen moninainen. Aineiston mukaan oireilu voi kertoa nuoren vaikeasta kotitilanteesta ja siellä ilmenevistä ristiriidoista tai vuorovaikutuksen ajautumisesta umpikujaan. Se, kuinka nuoren perhe, muu lähipiiri ja työntekijä kykenevät ottamaan nuoren ilmaiseman viestin vastaan ja vastaamaan siihen on haaste. Oireiden viestin havaitseminen vaatii työntekijältä suurta herkkyyttä. Nuoren näkyvä oireilu voi olla hyvin moninaista. Se voi ilmetä monissa eri paikoissa ja monin eri tavoin. Usein nuoren oireet ovat näkyneet jo jonkin aikaa ennen hoitoon tuloa eri elämän osa-alueilla.

"... mä ajattelen, et ne nuoren oireet on aina se viesti jostakin siitä tilanteesta, jossa hän elää ja missä se perhe elää. Tavallaan, niin kun tavallaan, kuulenko minä sen viestin ja kenen muitten se pitäis kuulla. " (H1)

5.2 Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen

Pääluokka perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen koostuu yläluokista nuoren terveyttä tukevat kasvuolot, perheen voimavarat, perhettä kuormittavat tekijät, nuoruuden ikävaihe perheen elämänvaiheena, eri näkökulmien kohtaaminen ja perheen kulttuuri (taulukko 3).

Taulukko 3. Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Nuoren kasvuolojen kartoittaminen Nuoren kasvun ja kehityksen edellytysten auttaminen Vanhempien valmiudet huolehtia vanhemmuuden tehtävistä ”Uhkien” selvittäminen ja vähentäminen Toimivien osa-alueiden kartoittaminen ja tukeminen Voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen	Nuoren terveyttä tukevat kasvuolot Perheen voimavarat	Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen
Perheen taloudellinen tilanne Perheen sosiaalinen tilanne Perhettä rasittavat fyysiset ja psyykkiset tekijät Perheen sisäiset ristiriidat Perheen jaksaminen rankassa elämänvaiheessa Usean perheenjäsenen psyykkisen sairastamisen aiheuttama kuormitus	Perhettä kuormittavat tekijät	
Perhedynamiikan muutokset Perheen toimintakyvyn säilyminen muutosvaiheessa Perheen auttaminen siirtymään kehitysvaiheesta toiseen Normaalius	Nuoruuden ikävaihe perheen elämänvaiheena	
Perheen oma kertomus tilanteestaan Perheenjäsenten erilaiset äänet Viranomaisten näkemys nuoren ja perheen tilanteesta Perheen tapeista lähtevä tilanteen arviointi ja tukitoimet	Eri näkökulmien kohtaaminen	
Perheen oma kulttuuri Perheen tavat	Perheen kulttuuri	

Perhetilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen ja huomioiminen kuuluu nuorisopsykiatriseen arvioon ja hoitoon. Työntekijät pitivät sitä, että perheen tilannetta ei kartoiteta ja arvioida kokonaisvaltaisesti, suoranaisena hoitovirheenä. Perhetilanteen kokonaisvaltainen hahmottaminen ja täyden käsityksen saaminen ei kuitenkaan ole helppoa. Aineistosta nousee esiin, että vaikka työntekijät luulevat olevansa selvillä asioista, he eivät silti ole välttämättä perillä kaikista vaikuttavista tekijöistä.

”Perheen terveyttä on mielestäni tarkasteltava ainakin fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja taloudellisesta näkökulmasta. Niinpä pohdittaessa perheen (kokemaa) terveyttä tai hyvinvointia olisi nämä kaikki näkökulmat saatava huomioiduksi myös nuorisopsykiatrisessa avohoidossa”. (E7)

”...vaik meil oli käsitys, ni meil ei ollu täyttä käsitystä!!! ...Miten se oli, niinku... se oli ihan helvetti!” (H1)

5.2.1 Nuoren terveyttä tukevat kasvuolot

Yläluokka nuoren terveyttä tukevat kasvuolot koostuu alaluokista **nuoren kasvuolojen kartoittaminen, nuoren kasvun ja kehityksen edellytysten auttaminen, vanhempien valmiudet huolehtia vanhemmuuden tehtävistä sekä ”uhkien” selvittäminen ja vähentäminen.**

Nuori tarvitsee ympärilleen sellaiset kasvuolot, jossa hänen kasvunsa ja kehityksensä pääsee etenemään suotuisalla tavalla. **Nuoren kasvuolojen kartoittaminen** kuuluu nuorisopsykiatriseen arviointiin ja on osa kokonaistilanteen kartoittamista. Nuoren kasvuoloja pyritään kartoittamaan nuoren tutkimusjakson aikana keräämällä tietoa nuorelta ja vanhemmilta, kuulemalla nuorta ja vanhempia sekä kuulemalla mahdollisesti lastensuojelun tai muiden viranomaistahojen näkemyksiä. Joskus jo nuorta koskevassa lähetteessä nuorisopsykiatrisen poliklinikalle on ilmaistu asioita liittyen nuoren kasvuoloihin. Kasvuoloja kartoittamalla pyritään luomaan mahdollisimman kattava kuva nuoren elämänpiiristä ja niistä olosuhteista, joissa nuori elää. Kasvuoloja kartoittamalla saadaan käsitys niin kasvuoloissa ilmenevistä puutteista kuin kasvuolojen toimivista ja vahvoista osa-alueista.

”Nuorisopsykiatrisessa tutkimusvaiheessa ja hoidon aikana nuori nähdään osana perhettä, jolloin on tärkeää nähdä perheen kokonaistilanne. Nuori tarvitsee suotuisat kasvuolosuhteet, jossa keskeisenä on perheen terveyden edistäminen = hyvinvointi”(E6)

Nuoren kasvua ja kehitystä tukevilta kasvuoloilta edellytetään muun muassa turvallisuutta ja vakautta. Perheen kokonaisvaltainen hyvinvointi liitetään aineistossa vahvasti kuuluvaksi hyvien kasvuolojen edellytyksiin. **Nuoren kasvun ja kehityksen edellytysten auttaminen** on eräs nuorisopsykiatrisen avohoidon tehtävistä. Koko perheen hyvinvointia vahvistamalla luodaan edellytyksiä nuoren kasvulle ja kehitykselle. Hyvien kasvuolojen edellytyksinä tulevat

esiin muun muassa perheen tavallisten arjen toimintojen sujuminen ja riittävän vahva vanhemmuus. Mikäli näillä osa-alueilla esiintyy vajavaisuutta, tarvitaan näihin puutoskohtiin kohdistettuja tukitoimia, jotka auttavat korjaamaan kasvun ja kehityksen edellytyksiä siten, että nuoren ikätasoinen ja normaali kasvu pääsee etenemään.

"...kyetä vahvistamaan sitä, mikä edistää perheen hyvinvointia, jolloin nuoren kasvu ja kehitys pääsee etenemään suotuisasti". (E6)

"nuorisopsykiatrisessa avohoidossa tärkein painopiste on kuitenkin nuoren psyykkisen ja fyysisen terveyden edistäminen, mikä tarkoittaa kasvun ja kehityksen turvaamista normaaliin suuntaan" (E4)

Vanhemmuuden vaikeuksista ja kipukohdista on aineistossa runsaasti kuvauksia. Vanhempien valmiudet selviytyä näistä kipukohdista ja huolehtia vanhemmuuden tehtävistä nousevat esiin omana alaluokkana. Alaluokassa **vanhempien valmiudet huolehtia vanhemmuuden tehtävistä** vanhemmilta odotetaan aineiston mukaan huolenpitoa lapsista, kykyä pitää kiinni sukupolvien välisestä kuilusta, kykyä luoda turvallisia rajoja ja pitää kiinni näistä rajoista. Vanhemmilta odotetaan myös perehtymistä ja ymmärrystä nuoruusiän kehitysvaiheeseen ja kehitysvaiheen edellyttämää jaksamista lapsensa kanssa. Aineiston mukaan työntekijät antavat vanhemmille tietoa nuoruusiän kehityksestä ja tukevat vanhempia vanhemmuudessaan. Näin he lisäävät vanhempien vanhemmuuden valmiuksia.

"vaatii vanhemmilta riittävästi kykyä ... pitämään kiinni sukupolvien välisestä kuilusta ...pitämään kiinni ja luoda turvallisia rajoja nuoren kasvulle ja kehitykselle"(E6)

Nuoren kasvuoloja kartoitettaessa esiin tulevat myös mahdolliset kasvua ja kehitystä uhkaavat tai heikentävät tekijät. **"Uhkien" selvittäminen ja vähentäminen** kuuluu osana perheen elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Uhka- tai riskitekijöiden löytäminen on tärkeää, jotta niihin voidaan puuttua. Työntekijöiden kuvauksissa työntekijät auttavat perhettä vähentämään ja luopumaan niin perheen, kuin nuorenkin terveyttä haittaavista ja heikentävistä uhkatekijöistä. "Uhkat" voivat olla myös sellaisia tekijöitä, joiden perhe itse ei välttämättä koe vaarantavan nuoren kasvua ja kehitystä. Tällaisina aineistossa nousivat esiin esimerkiksi vanhempien tupakointi ja muut epäterveelliset elämäntavat.

"Pyritään auttamaan nuorta ja perhettä vähentämään tai luopumaan sellaisesta, mikä heikentää nuoren ja perheen terveyttä". (E6)

5.2.2 Perheen voimavarat

Perheet hakeutuvat nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin ongelmien, stressin ja vaikeuksien sävyttäminä. Tällöin on tärkeää kartoittaa perheen voimavarat ja saada ne perheen käyttöön. Yläluokka perheen voimavarat koostuu alaluokista **toimivien osa-alueiden kartoittaminen ja tukeminen** sekä **voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen**. Konkreettisina voimavaroina aineistossa tulivat esille perheen ja vanhempien hyvät keskinäiset suhteet sekä taloudelliset voimavarat ja lähipiiriltä saatu tuki. Vanhempien keskinäisen suhteen voimavaroiksi työntekijät nimesivät avoimen vuorovaikutuksen ja tunteiden ilmaisemisen vanhempien välillä.

Toimivien osa-alueiden kartoittaminen ja tukeminen auttaa perhettä itseään näkemään joskus hämärtyneitäkin vahvuuksiaan ja osallistaa perhettä toimintaan. Vaikka monille nuorisopsykiatrisen piiriin tuleville perheille on saattanut kasautua paljon vaikeuksia, on kaikilla perheillä aina myös toimintakykyä. Perheen toimivien osa-alueiden kartoittaminen nähdään tärkeäksi, samoin kuin se että näitä toimivia osa-alueita ja perheiden vahvuuksia tuetaan ja vahvistetaan.

”terveyden edistämistä on mielestäni se, että kartoitetaan, mikä perheessä on toimivaa ja tuetaan sitä. (E4)

Perheiden **voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen** terveyden edistämässä on työntekijöiden mukaan olennaisen tärkeää. Työntekijöiden mukaan perheen omat voimavarat tulee kartoittaa ja perhettä tulee auttaa löytämään uusia voimavaroja. Olemassa olevia voimavaroja tulee vahvistaa ja tukea. Tässä tutkimuksessa myös perheiden omat selviytymiskeinot liitettiin kuuluviksi voimavaroihin. Selviytymiskeinojen tukeminen, uusien selviytymiskeinojen etsiminen ja löytäminen ovat tärkeitä perheen terveyden edistämisen keinoja.

” Perheen selviytymiskeinojen etsintää ja tukemista. Uusien keinojen löytämistä ” (E12)

”nuorisopsykiatrisessa hoidossa perheen terveyden edistäminen tarkoittaa... vahvistaa perheen voimavaroja ja auttaa heitä löytämään niitä”(E6)

5.2.3 Perhettä kuormittavat tekijät

Perheille voivat aiheuttaa kuormitusta hyvin monenlaiset tekijät. Monille nuorisopsykiatrisen asiakkaana oleville perheille on ominaista useiden kuormittavien tekijöiden kasautuminen. Kun perheessä on paljon kuormitusta on tällä selvä heikentävä vaikutus perheen lasten ja nuorten hyvinvointiin. Perheen kuormituksen vähentyminen ja tilanteen kohentuminen

kuormittuneilla elämän osa-alueilla kohentaa myös perheen lasten ja nuorten vointia. Yläluokka perhettä kuormittavat tekijät koostuu alaluokista **perheen taloudellinen tilanne, perheen sosiaalinen tilanne, perhettä rasittavat fyysiset ja psyykkiset tekijät, perheen sisäiset ristiriidat, perheen jaksaminen rankassa elämänvaiheessa ja usean perheenjäsenen psyykkisen sairastamisen aiheuttama kuormitus.**

”Vanhempien tilanne niin fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta kuin taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna aina vaikuttaa lasten ja nuorten hyvinvointiin. Vanhempien tilanteen kohentuminen näillä alueilla aina kohentaa myös nuoren vointia” (E7)

Niukka taloudellinen tilanne ja aineellisten voimavarojen vähyyks ovat tavallisia perheille kuormitusta aiheuttavia tekijöitä. **Perheen taloudellinen tilanne** vaikuttaa perheen hyvinvointiin hyvin kokonaisvaltaisesti. Mitä niukemmat ovat perheen taloudelliset resurssit, sitä enemmän se aiheuttaa perheille kuormitusta ja sitä enemmän perhe tarvitsee tukea. Työntekijöiden kuvausten mukaan perheiden taloudelliset vaikeudet ovat nuorisopsykiatrian asiakasperheillä varsin yleisiä.

”Perheen terveyttä on mielestäni tarkasteltava ainakin ... ja taloudellisesta näkökulmasta”. (E7)

Aineistosta ilmenee monien perheiden sosiaalisten suhteiden vähyyks ja perheiden jääminen yksin vaikeuksiensa kanssa. **Perheen sosiaalinen tilanne** on perheen kokonaistilanteen kannalta merkittävä ja siihen kietoutuu monenlaista problematiikkaa. Aineistossa tulee esiin esimerkiksi sukupolvelta toiselle siirtyneet sosiaalisen käyttäytymisen mallit sekä päihdeongelmien vaikutus perheiden sosiaaliseen tilanteeseen. Jos perheellä on vaikeuksia sosiaalisen elämän osa-alueilla, heijastuvat ne hyvin helposti myös nuoren sosiaalisiin taitoihin ja valmiuksiin.

”Minä määrittäisin termin ”perheen terveys” ... sosiaalisen ja ... näkökulman vinkkelistä” (E9)

Luokka **perhettä rasittavat fyysiset ja psyykkiset tekijät** sisältää monenlaisia perheenjäsenten terveydentilasta aiheutuvia kuormitustekijöitä. Vaikka fyysisiä ja psyykkisiä terveydellisiä kuormitustekijöitä käsitellään tässä yhtenä alaluokkana, niillä oli edellytyksiä muodostua myöskin omiksi alaluokikseen. Perheenjäsenen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvillä rasitteilla voi olla vaikutusta koko perheen hyvinvointiin ja kuormittuneisuuteen. Kokonaistilannetta kartoittaessa nähdään tärkeäksi, että perheenjäsenten psyykkisen terveyden lisäksi huomioidaan myös fyysisen terveyden seikat ja vaikutukset.

”...lähtis silleen miettii et onks siel jotain sairautta siel perheessä...” (H1)

Nuorisopsykiatrian asiakasperheillä voi olla monenlaisia perheen sisäisiä kuormittavia tekijöitä, jotka aiheuttavat perheessä ristiriitoja. Näistä muodostuu alaluokka **perheen**

sisäiset ristiriidat. Ristiriitojen taustat voivat olla hyvin moninaiset. Aineistossa esiintyvät useasti perheenjäsenten päihdeongelmat ja niiden seurauksena ilmentyvät ristiriidat sekä erilaiset vanhat kaunat ja puhumattomiksi tai selvittämättömäksi jääneet asiat tai salaisuudet. Aineiston mukaan etenkin, jos perheessä on ollut pitkään perheen sisäisiä ristiriitoja, saattaa nuoren hoitoon tulo laukaista perheessä sellaista dynamiikkaa, jonka seurauksena perhe voi päätyä suuriinkin elämänmuutoksiin. Perheissä saatetaan esimerkiksi päätyä ratkaisuun, että vanhemmat eroavat tai että nuori muuttaa pois kotoa.

"... nuoren hoito laukaisee perheessä dynamiikkaa, joka on "muhinut" pinnan alla pitkään ja esim. eroprosessi käynnistyy tai nuori muuttaa pois kotoa." (E3)

Aineiston kuvausten mukaan työntekijät ymmärtävät hyvin perheiden jaksamattomuuden äärimmillen kiristyneissä perhetilanteissa, joissa perhettä kuormittavat samanaikaisesti monenlaiset vaikeudet. Alaluokka **perheen jaksaminen rankassa elämänvaiheessa** kuvaa uupunutta perhettä voimattomana, neuvottomana ja avuttomimmillaan. Hoidossa edellytetään perheen osallistumista nuorensa hoitoon. Vaikka perhe kuinka yrittäisi, voi tämä edellyttää perheeltä toimia, jotka voivat olla perheen voimavaroihin nähden liian vaativia. Jos perheen voimavarat ovat heiveröiset, ei ole itsestään selvää, että perhe jaksaa osallistua aktiivisesti tutkimus- ja hoitoprosessiin.

"... ni kuinka paljon se työllistää niit vanhempia ... vaik meidän mielestä pitäis tehdä sitä, tätä ja tota, mut jos ei vanhemmat pysty, kykene, jaks, muista koko palettia..." (H1)

Omanlaisensa lisäkuormituksen eteen joudutaan perheissä, joissa useammalla perheenjäsenellä on psyykkisiä oireita tai psyykkistä sairastamista. Aineistossa **usean perheenjäsenen psyykkisen sairastamisen aiheuttama kuormitus** nousee omaksi alaluokakseen. Työntekijät kuvaavat kuormitusta, joka johtuu usean lapsen oirehtimisesta ja vanhempien väsymisestä sekä lasten oireiluun, sairauden aiheuttamien asioiden hoitamiseen, että sairastamisen aiheuttamien ongelmien vaikutusten kasautumiseen osaksi elämäntilannetta. Suurta kuormitusta ja vaikeutta perheille aiheutuu myös tilanteissa, joissa vanhemmalla tai jopa molemmilla vanhemmilla on oirehtivan nuoren lisäksi psyykkistä oirehdintaa tai sairautta.

" et onhan näitä, jos nyt on useita lapsia ja jokaisella jotakin...eilen mä just ajattelin, ku oli kolme poikaa ja kaikkil on jotain... ja hänel itel on jotain, ni sehän on mieletön se." (H1)

5.2.4 Nuoruuden ikävaihe perheen elämänvaiheena

Yläluokka nuoruusikä perheen kehitysvaiheena käsittää alaluokat **perhedynamiikan muutokset, perheen toimintakyvyn säilyminen muutosvaiheessa, perheen auttaminen siirtymään kehitysvaiheesta toiseen sekä normaalius.**

Perhedynamiikan muutokset tarkoittavat tässä yhteydessä niitä suuria tai pieniä reaktioita, joita perheessä tämän aineiston mukaan tapahtuu aina, kun nuori tulee toisaalta murrosikään ja toisaalta kun nuori tulee nuorisopsykiatriseen arviointiin ja hoitoon. Jo sinänsä nuoren murrosikään tulo, muuttaa perhedynamiikkaa ja saattaa sekoittaa perheen arjen. Nuoren hoidon jatkuessa ja vanhempien tukikäyntien jatkuessa perheen dynamiikka muuttuu jatkuvassa prosessissa ja pyrkimyksenä on sen eteneminen muun muassa kohti mahdollisimman suurta avoimuutta. Hoitokontaktin seurauksena tapahtuneet perhedynamiikan muutokset tulevat aineistossa esiin paitsi kodin tunneilmapiiriin muutoksiin liittyvinä asioina, niin myös vanhempien muuttuneina tapoina reagoida etenkin ongelmallisissa tilanteissa. Muutos vanhempien reagoitavassa vaikuttaa tällöin myönteisesti myös perheen muihin lapsiin, vaikka he eivät olisikaan olleet hoidollisissa tapaamisissa varsinaisesti itse läsnä.

Nuoren tulo tutkimuksiin ja mahdolliseen hoitoon laukaisee aina kotona asuvan nuoren perheessä jonkinlaisen reaktion... mielestäni tapaamiset vaikuttavat aina jollain tavoin... Perheen muihin lapsiin vaikutukset tulevat välillisesti esim. vanhempien muuttuneina tapoina reagoida eri tilanteissa ja ongelmakohtissa” ” (E3)

Alaluokassa **perheen toimintakyvyn säilyminen muutosvaiheessa** kuvataan muutosvaihetta, johon perhe ajautuu nuoren kasvu- ja kehitysprosessin seurauksena ja sitä kuinka hyvin se säilyttää toimintakyvynsä muutosvaiheessa. Kun perheen lapsi tulee nuoruusikään, siirtyy samalla koko muu perhe uuteen elämänvaiheeseen. Vaikka perheellä olisi kokemusta nuoruusikäisistä lapsista jo isompien sisarusten kautta, on jokaisen lapsen nuoruusikä omanlaisensa ja siksi se on aina myös erilainen. Kun nuori tulee murrosikään, tämä aiheuttaa perheen toimintatavoissa, toimintamalleissa ja toimintakyvyssä muutoksia. Perhe voi olla osannut valmistautua muutosvaiheeseen, mutta työntekijöiden kuvausten mukaan ei ole harvinaista, että muutosvaihe ikään kuin yllättää perheen. Se, kuinka joustavasti perhe näissä muutoksissa selviytyy on keskeistä. Tämä alaluokka sisältää paitsi perheen kehitysvaiheen muutoksen tuoman muutostilanteen, niin myös perheen elämään samanaikaisesti vaikuttavat muut muutostilanteet ja perheen joustavan toimintakyvyn säilymisen näissä uusissa tilanteissa.

” Perheen terveyttä voisi ehkä hahmotella jonkinlaisena joustavan toimintakyvyn säilymisenä uusissa tilanteissa” (E10)

"... nuoren tullessa murrosikään, ... toimintamallit ovat usein muutoksen edessä ja perhe voi tarvita erityistä tukea selviytyäkseen muutoksesta." (E5)

"... vanhemmat kerta kaikkiaan tajuaisi, että heidän lapsensa on yhtäkkiä tullut nuoreksi... vääntää ja vääntää, et tää ei oo enää lapsi." (H2)

Lasten kasvaessa ja tullessa murrosikään, perheen tulisi niin ikään kyetä siirtymään uudenlaiseen kehitysvaiheeseen. Alaluokassa **perheen auttaminen siirtymään kehitysvaiheesta toiseen** kuvataan tässä siirtymävaiheessa perheen apuna ja tukena olemista. Siirtymävaihe ei aina ole perheille helppo. Aineiston mukaan perhe on saattanut esimerkiksi juuttua ajattelemaan ja mieltämään itsensä edelleen samanlaiseksi, kuin millainen se on ollut silloin, kun lapset ovat olleet pieniä. Perheen siirtyminen kehitysvaiheesta toiseen nousee aineistossa esiin myös haasteena perheelle. Aineiston mukaan perhe voi hyötyä ja tulla autetuksi varsin pienestäkin perheen ulkopuolelta tulevasta interventtiosta. Kun perhe saa nuoruusiän kehitykseen liittyvää tietoa ja tietoa nuoruusiän vaikutuksesta koko perheeseen, perheen ymmärrys nuoruusiän kehitysvaiheesta koko perheen kehitysvaiheena selkiytyy. Työntekijöiden mukaan perheen tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen saattaa rauhoittaa ja auttaa perhettä niin paljon, että perheenjäsenet kykenevät selvittämään omatoimisesti esimerkiksi perheensä ilmapiiriin ja toimintakykyyn liittyviä asioita, vaikka taustalla olisi ollut vaikeitakin ristiriitoja.

"... nuoren psykiatrisen oirehdinnan takana on monesti koko perheen vaikeus siirtyä uuteen kehitysvaiheeseen, jolloin perheen terveyden edistäminen tarkoittaisi perheen auttamista uuteen kehitysvaiheeseen siirtymisessä." (E11)

Perheen eläminen elämänvaihetta, jossa perheen lapset ovat nuoruusikäisiä, on normaaliin elämäntilanteeseen liittyvä elämänvaihe. Työntekijöiden kuvauksissa muistutettiin useaan kertaan siitä, että elämän kaikkia vaikeuksia ei tule nähdä häiriöinä, vaan että jokaisen ihmisen elämään kuuluvat myös erilaiset vastoinkäymiset ja ongelmat. Näistä kuvauksista muodostui alaluokka **normaalius**. Terveyden edistämistä määriteltiin aineistossa normaaliuden edistämiseksi. Normaaliudella tarkoitetaan tässä yhteydessä perheen oloa, jossa ei ole suuria perheen elämää haittaavia tai perheelle kuormitusta aiheuttavia tekijöitä ja jossa perheen toimintakyky on hyvä ja perhe itse kokee elämänsä sujuvan hyvin. Normaalius ei näin ollen tarkoita kaikissa perheissä samaa asiaa.

"Terveyden edistäminen - normaaliutta". (E12)

"se mikä itselleen on normaalia niin ei varmasti ole kaikille". (H2)

5.2.5 Eri näkökulmien kohtaaminen

Yläluokka eri näkökulmien kohtaaminen koostuu alaluokista **perheen oma kertomus tilanteestaan, perheenjäsenten erilaiset äänet, viranomaisten näkemys nuoren ja perheen tilanteesta sekä perheen tarpeista lähtevä tilanteen arviointi ja tukitoimet**

Yhtä lailla kuin perheen kuuleminen on tärkeää, on tärkeää myös sen kuulemisen sisältö. Se viesti ja kertomus, jonka perhe haluaa työntekijöille välittää itsestään. **Perheen oma kertomus tilanteestaan** tuo esiin juuri heidän kokemuksensa heidän omassa asiassaan.

”Vanhemmille ... tarjotaan mahdollisuus tulla kuulluksi perheen ja nuoren historiaa ja taustaa kartoitettaessa” (E1)

Perheen sisällä jokaisella perheenjäsenellä on oma tarinansa. Alaluokassa **perheenjäsenten erilaiset äänet** on paitsi perheen yhteinen tarina, myös jokaisen perheenjäsenen omasta kokemusmaailmastaan käsin tuntema tarina, joka on aina erilainen kuin muilla perheenjäsenillä. Jotta perheestä voisi muodostua kokonaiskäsitys, tulisi kaikkien äänten tulla näkyviin ja kuulluiksi. Jokaisella äänellä on oma totuus. Jotta kaikki äänet voivat tulla kuulluiksi, edellyttää tämä kaikkien äänten kohtaamista. Yksilöllisten äänien ja perheen yhteisen äänen lisäksi on perheissä eri alaryhmien ääniä. Tällaisia ovat perheen lasten äänet, perheen aikuisten äänet, perheen miesten äänet, perheen naisten äänet. Aikuisten ja lasten äänet ovat erilaisia ja aineistossa kuvataan, että nuoruusikäinen on vasta löytämässä omaa ääntään.

”... myös erilaiset alaryhmät: vanhemmat, sisarukset, perheen miehet, perheen naiset, tulisi huomioida. Perheen erilaiset ”äänet”, perhe on moniääninen yksikkö, jossa erityisesti nuoruusikäinen on vasta löytämässä omaa ääntään.” (E13)

”Kertojana on mahdollisesti vain oireileva nuori ... Kun kuullaan vain yhtä perheen osapuolta, ei mielestäni voi puhua perheen terveyden edistämisestä. Perheen terveyttä voi arvioida, kartoittaa ja edistää ainoastaan kohtaamalla se perhe.” (E9)

Alaluokassa **viranomaisten näkemys nuoren ja perheen tilanteesta** nousee paljolti esiin se huoli, jota työntekijät kokevat havaitessaan perheen selviytymissä olevan vakavia puutteita. Syyt huolen taustalla saattavat olla varsin moninaisia. Perheelle ei esimerkiksi järjesty sosiaalitoimen palveluista sen tarvitsemaa riittävää tukea, tai perhe voi kieltää vaikeuksien olemassaolon ja olla siten haluton tekemään yhteistyötä. Usein samaa huolta kantavat useat viranomaistahot ja perheen lähiverkoston ihmiset. Etenkin silloin, kun perheelle on kasautunut paljon vaikeuksia ja vaikeudet ovat kestäneet pitkään, jopa sukupolvelta toiselle, voi perheen terveyden saavuttaminen näyttää jopa kaukaiselta ja epärealistiselta. Hoitoa ja tukea antavien tahojen pirstaloitumisen moniin paikkoihin nähtiin lisäävän viranomaisten huolta, koska kokonaiskuvan muodostaminen hajanaisista kontakteista on vaikeaa.

Työntekijät kokevat neuvottomuutta, kun pitkään jatkuneet monialaiset tukitoimet eivät tunnu auttavan. Työntekijät visioivat myös keinoja hajanaisuuden ongelman ratkaisemiseksi, jolloin käsityksen muodostaminen kokonaistilanteesta olisi helpompaa. Esille tuli esimerkiksi sellainen psykiatrinen hoitomalli, jossa koko perhettä hoidettaisiin ikärajoista riippumatta samassa paikassa. Sen arveltiin mahdollistavan perheen kokonaisvaltaisempaa kohtaamista. Työntekijät myös miettivät, millaisia keinoja sukupolvilta toisille siirtyvien vaikeuksien katkaisemiseksi voitaisiin kehittää ja käyttää.

”Mä aina mietin, et mitenköhän se olis erilaista, jos olis vaan psykiatrinen poliklinikka ja se olis 0-90 v.” (H1)

Perheen tukitoimien miettimisen tulisi lähteä aina perheen yksilöllisestä tilanteesta ja tarpeesta. Alaluokassa **perheen tapeista lähtevä tilanteen arviointi ja tukitoimet** työntekijät muun muassa kuvaavat, että mitä vaatimattomammat ovat perheen resurssit, sitä pahemmin nuoruusiän vaihe horjuttaa perhettä ja sitä laaja-alaisemmin perheen tukitoimet tulisi huomioida. Jos perheellä on paljon omia voimavaroja ja selviytymiskeinoja, ei perhe välttämättä tarvitse ulkopuolisia tukitoimia lainkaan, kun taas heikommassa tilanteessa olevat perheet voivat tarvita niitä hyvinkin paljon. Tuki tulee järjestää perheen tarpeiden mukaan.

”Jos perheen käytettävissä olevat resurssit (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset) ovat ennestään vaatimattomat, sitä pahemmin koko perheen tasapaino horjuu ja sitä laaja-alaisemmin perheen tukitoimet on huomioitava nuorisopsykiatrisessa avohoidossa.” (E7)

”Nyt kääritään hihat ja lähdetään miettii, et mikä juttu tähän perheeseen ... tai näihin ihmisiin...” (H1)

5.2.6 Perheen kulttuuri

Jokaisella perheellä on heille ominaisia, usein sukupolvelta toiselle siirtyneitä tapojaan toimia. Perheen tavat ja kulttuuri ja niiden kunnioittaminen nousevat merkittävään asemaan perheen kokonaisvaltaisen elämäntilanteen huomioimisessa. Yläluokka perheen kulttuuri sisältää alaluokat **perheen oma kulttuuri** ja **perheen tavat**.

Monikulttuurisuus lisääntyy jatkuvasti myös nuorisopsykiatrisen avohoidon asiakkuuksissa ja sen tuomiin haasteisiin tulee hoitoyksiköiden kyetä vastaamaan. **Perheen oma kulttuuri** on perheille tärkeä ja perheillä on oikeus siihen, että heidän kulttuurinsa huomioidaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Monikulttuurisuus koetaan haastavaksi. Eri kulttuurista peräisin olevilla perheillä voi olla erilainen näkemys nuoruusiästä ja nuoruuteen liittyvistä asioista, samoin esimerkiksi mielenterveyteen tai psykiatriaan liittyviä käsitteiden sisältö voidaan nähdä hyvin eri lailla. Toisaalta, jotta yhteistyö sujuisi, myös vieraasta kulttuurista tulleilta odotetaan joustavaa yhteisten käytäntöjen hyväksymistä.

"...pitää muistaa, että joissain kulttuureissa psykiatriasta on ihan eri näkemys ja ... miten paljon me voidaan puuttua tiettyihin asioihin, että ei mentäis sanoo jollekin muusta kulttuurista kotoisin olevalle, että hei tää on nyt ihan huuhaata mitä sä touhuat ja me sanotaan sulle miten toimitaan... ". (H2)

"... sitten on se, että hekin asuu tässä yhteiskunnassa ja heidänkin on tavallaan niin kuin otettava tiettyjä tän kulttuurin käytäntöjä käyttöön...". (H2)

Alaluokassa **perheen tavat** työntekijät tuovat esiin, että jokaisella perheellä omia tapojaan toimia perheenä. Tavat ovat osa perhekulttuuria ja työntekijöiden mukaan niitä tulee kunnioittaa.

"...jolla on yksilöllinen tapa toimia ja elää yhdessä, oma perhekulttuuri...". (E6)

5.3 Toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken

Pääluku toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken muodostuu yläluokista **perheen kohtaaminen, vanhempien ohjaaminen, vanhemmuuden tukeminen, avoin vuorovaikutus, perheen osallistuminen, verkoston olemassaolo rakenteena ja verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus** (taulukko 4).

Taulukko 4. Toimiva yhteistyö perheen verkoston ja avohoidon kesken

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Suotuisa ilmapiiri Perheen kuuleminen Perheelle tilan antaminen Tiedon kerääminen Perheen hädän vastaanottaminen Tilanteen rauhoittaminen Perheen rinnalla olo Koko perheen tapaaminen</p>	Perheen kohtaaminen	
<p>Vanhempien tiedon ja ymmärryksen lisääminen nuoruusiän kehitysvaiheesta Vanhempien tiedon lisääminen psyykkisistä oireista tai sairaudesta Vanhempien ohjaaminen muun tarkoituksenmukaisen avun piiriin</p>	Vanhempien ohjaaminen	
<p>Vanhempien neuvottomuuden vähentäminen Vanhempien psyykkisen kivun vähentäminen Vanhempien auttaminen sietämään nuoruusiän kehitysvaiheeseen kuuluvia asioita</p>	Vanhemmuuden tukeminen	
<p>Perheen sisäinen vuorovaikutus Perheen ja avohoidon välinen vuorovaikutus Perheen ja verkoston välinen vuorovaikutus Vuorovaikutuksen avoimuus Vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen Vaikeiden tunteiden käsittelyssä auttaminen Vaikeiden asioiden rauhassa tutkiminen</p>	Avoin vuorovaikutus	Toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken
<p>Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen kanssa Ratkaisujen etsiminen yhdessä Perheen valmiudet ja halu ottaa vastaan apua ja tehdä yhteistyötä Vastuun jakautuminen Perheen viranomaisten taholta kokemat paineet ja vaatimukset</p>	Perheen osallistuminen	
<p>Yhteistyö koulun kanssa Yhteistyö lastensuojelun kanssa Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa</p>	Verkoston olemassaolo rakenteena	
<p>Yhteistyön toimivuus Yhteistyön toimimattomuus Perheen pettymykset viranomaisiin Asiantuntijuus ja konsultaatio</p>	Verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus	

Jokainen perhe tulee hoidon piiriin omista yksilöllisistä lähtökohdistaan käsin. Hoitoon tullessaan perheillä voi olla hyvin erilaisia odotuksia ja toiveita hoidon suhteen ja jokaisella perheellä on omista lähtökohdistaan käsin omanlaisensa valmius tai kyky tai halu lähteä yhteistyöhön. Vaikka perheet tämän aineiston mukaan pääsääntöisesti tekevät mielellään yhteistyötä ja ovat yhteistyön tekemisestä usein myös hyvin kiitollisia, ei toimivan yhteistyösuhteen syntyminen ei ole itsestäänselvyys. On myös perheitä, jotka kieltäytyvät yhteistyöstä jopa täysin. Työntekijät kuvaavat työntekijän tehtävänä olevan pyrkimyksen siihen, että yhteistyösuhde voisi vaikeuksista huolimatta tulla jossain hoidon vaiheessa mahdolliseksi. Keskeisen tärkeitä nuorisopsykiatrian yhteistyökumppaneita ovat koulut ja lastensuojelun sosiaalityö. Nämä toimijatahot ovat usein olleet aloitteellisia jo lähetteen tekemisessä nuorisopsykiatriseen arviointiin.

Tämä pääluokka sisältää perheen kohtaamisen sekä tukemisen ja auttamisen prosessin kaikki eri vaiheet kriisitilanteen vaatimasta akuutista hädän vastaanottamisesta nuoren hoidon päättymiseen ja jatkohoitoon siirtymiseen saakka. Perheen terveyden edistämisen toimintaa ovat perheen osallistumisen tukeminen, ratkaisujen etsiminen yhdessä ja vanhempien ohjaaminen esimerkiksi kasvatukseen liittyvissä asioissa. Vanhemmille annetaan myös tietoa. Tietoa annetaan nuoruusiän kehityksestä sekä oireiluun tai sairauteen liittyvistä asioista esimerkiksi masennuksesta tai psykoosista. Tietoa annetaan myös esimerkiksi sosiaalitoimen palveluihin liittyvistä asioista ja tarvittaessa perhettä ohjataan näiden palveluiden piiriin. Muita perheenjäseniä ohjataan ja autetaan myös omien hoitokontaktien saamisessa, mikäli siihen ilmenee tarvetta.

5.3.1 Perheen kohtaaminen

Yläluokka perheen kohtaaminen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa käsittää tämän tutkimuksen mukaan alaluokat **suotuisa ilmapiiri, perheen kuulemien, perheelle tilan antamien, tiedon kerääminen, perheen hädän vastaanottamien, tilanteen rauhoittamien, perheen rinnalla olo ja koko perheen tapaamien.**

Tapa, jolla perhe otetaan vastaan poliklinikalle ja tapa, jolla heihin suhtaudutaan on olennaisessa osassa hoidon onnistumisen ja yhteistyön toimivuuden kannalta. Se, että perhe tulee aidosti ja yksilöllisesti kohdatuksi ja kuulluksi ja että heille tärkeisiin asioihin paneudutaan huolellisesti ja vastuullisesti, luo pohjaa sille, että perhe kokee tulevansa autetuksi. Perheen kohtaamisesta oli aineistossa esitetty hyvin sensitiivisiä ja tarkkoja kuvauksia. Tämän aineiston mukaan juuri perheen kanssa muodostuvaa suhdetta pidetään hoitavana ja asioita eteenpäin vievänä elementtinä. Jos perhettä ei tavata ja oteta mukaan nuoren hoitoprosessiin, ei perhe tule myöskään kohdatuksi.

"...sehän on se semmonen suhde sen perheen kanssa, ni sehän se on se parantava elementti..." (H1)

Turvallinen ja **suotuisa ilmapiiri** luo edellytyksiä toimivalle yhteistyölle. Hyvän ilmapiirin ja tunnelman muodostamisessa edesauttavat luottamus, kiireettömyys ja työntekijöiden huolellinen paneutuminen perheen asioihin. Suotuisassa ilmapiirissä voi olla asioista turvallisesti eri mieltä ja sen voi myös näyttää. Suotuisalle ja luotettavalle ilmapiirille on ominaista, että vaikka on hankalaa, silti mennään eteenpäin.

"Mielestäni tunnelma / ilmapiiri tapaamisissa (sekä nuoren että vanhempien) on tärkeä..." (E3)

Perhe on itse paras asiantuntija omassa asiassaan, sen vuoksi perheen itsensä kuulemista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ei voi mitenkään ohittaa. Alaluokka **perheen kuuleminen** sisältää monenlaista kuulemista. Aineistosta nousee esiin vanhempien ajatusten, näkemysten, huolien, pelkojen, tunteiden, suunnitelmien ja toiveiden kuulemista. On tärkeää kuulla kaikkea sitä, mitä perhe haluaa kuultavan.

"Koko perheen, ei pelkästään asiakkaana olevan nuoren moninaista huomiointia, kuulemista..." (E1)

Perheelle tilan antaminen tarkoittaa pyrkimystä päästä sellaiseen olemisen tilaan ja tunteeseen, jossa perhe voi kokea, että heille järjestyy heidän tarpeidensa mukaista apua. On kyse konkreettisen ajan antamisesta, mutta ennen kaikkea siitä, että perheellä on tietoisuus, että heidän asiansa on hoitavalle taholle tärkeä ja että siihen paneudutaan huolella ja vastuullisesti.

"perhe ... vaatiikin hoidon aluksi omaa tilaansa" (E1)

Tiedon kerääminen on olennainen osa nuorisopsykiatrista tutkimusta. Arviointijakson aikana tehdään mahdollisimman huolellinen taustatietojen kartoitus. Tietoa kerätään paitsi nuorelta niin myös vanhemmilta. Tietoa kerätään ajankohtaisista asioista, mutta myös nuoren ja koko perheen elämän eri vaiheista.

"Vanhempia / perheen aikuisia pyritään tapaamaan ainakin 1-2 kertaa tutkimusjakson aikana... käynneillä kerätään tieto paitsi nuoresta, myös perheen vaiheista, ..." (E3)

"Vanhempien tapaamista sekä anamnestisessä mielessä, että myöhemmin myös" (E8)

Joskus, etenkin kriiseissä, hoitoon tulo tapahtuu nopealla aikataululla. Voi käydä jopa niin, että hoitokontaktiin johtava tilanne tulee vanhemmille yllätyksenä. Jos vanhemmilla ei ole riittävän selkeää kuvaa tapahtumista, tai etenkin jos on kysymys vakavasta tilanteesta, esimerkiksi itsemurhayrityksestä, tilanne aiheuttaa vanhemmissa hätäntymistä ja pelkoa.

Alaluokka **perheen hädän vastaanottaminen** ilmentää perheen ja työntekijän välistä kohtaamista etenkin kriisitilanteessa, mutta myös muissa vaikeissa ja pitkittyneissä tilanteissa. Työntekijöiden kuvausten mukaan hätä saattaa saada odottamattomia ilmenemismuotoja. Työntekijät pitävät vaarana, että vanhemmat saattavat näissä tilanteissa leimautua ”hankaliksi vanhemmiksi”, vaikka kyse on vanhempien kriisiin liittyvästä reaktiosta.

”...hädän vastaanottoa.” (E1)

”... jos on ikään kuin ensimmäinen kerta, että nuori oireilee ja tulee hoitoon... sit monet vanhemmat on kyll sitten ihan tosi hätääntyneitä, nimenomaan kaipais ehkä enemmän sitä tukea kuin se nuori”. (H2)

”... usein puhutaan hankalista vanhemmista, tai jotain ... mutta useinhan, hyvin usein sieltä paljastuu se hätä. Se hätä, joka voi saada ihan kummalliset muodot.” (H1)

Etenkin akuutissa kriisissä on tärkeää **tilanteen rauhoittaminen**. Tällä tarkoitetaan tilanteesta ja perheen tarpeista riippuen erilaisia toimia, joilla työntekijät pyrkivät rauhoittamaan tilannetta esimerkiksi ”ottamalla ohjat käsiin” tai rauhoittelemalla vanhempia kriisissään. Vanhempia rauhoitetaan antamalla lisätietoa ja kuuntelemalla vanhempia. Tilanteen rauhoittaminen nousee aineistossa esiin myös pitkään kestäneiden, jumiutuneiden perhekriisien kohdalla, joissa asioissa eteenpäin pääseminen jatkuvasti epäonnistunut. Tilannetta rauhoittavia keinoja ovat selkeys toiminnassa ja vastuunjaossa sekä tieto keneen vanhemmat tarvittaessa voivat ottaa yhteyttä.

”Toisaalta perhe voi tarvita kriisissä myös rauhaa...” (E1)

” ... tavallaan se rauhoittaminen tulee siitä, että jotenkin se peli vihelletään poikki...” (H2)

Aineistossa on useita kuvauksia alaluokasta **perheen rinnalla olo**. Perhe tarvitsee rinnalla oloa pahassa olossaan ja psyykkisen kivun työstämisessä. Perheen rinnalla ololla tarkoitetaan myös vanhempien tunteiden ja huolien vastaanottajana ja kannattelijana (container) toimimista sekä perheen olon helpottamista. Mitä heikommat ovat perheen omat voimavarat, sitä enemmän perhe tarvitsee hoitavien henkilöiden rinnalla oloa. Perheen rinnalla olo voi olla paitsi psyykkistä rinnalla oloa, rinnalla oloa myös konkreettisesti, jolloin työntekijä voi olla vanhemman mukana ja tukena esimerkiksi oikeuden istunnossa.

”... joittenki kans oon ollu oikeudessa - joutunu olemaan mukana ja sillä tavalla niinku ollaan mukana näis eri paikoissa ja sit ollaan sen perheen tukena”. (H1)

Vanhempien tapaaminen ei ole sama asia kuin perhetapaaminen, eikä perhetapaaminen ole sama asia kuin **koko perheen tapaaminen**. Suurin osa nuorten vanhemmista tavataan poliklinikalla ainakin tutkimusjaksoon liittyen, mutta koko perheen tapaamiset ovat tämän

aineiston mukaan nuorisopsykiatrisessa avohoidossa poikkeuksellisia ja jopa harvinaisia. Aineistossa on käytetty rinnakkain käsitteitä vanhempien tapaaminen, perhetapaaminen ja koko perheen tapaaminen. Osassa kuvauksista jää epäselväksi keitä tapaamisissa on tarkalleen mukana. Monet työntekijät pitivät sisarusten ja koko perheen tapaamisista mahdollisina ja tärkeinä, mutta ilmaisivat, että näitä järjestetään harvoin. Myös isovanhempien tapaamisista pidettiin mahdollisina mutta harvinaisina. Koko perheen tapaamisten pulmakohdiksi nousivat perheiden pienten lasten jaksaminen olla mukana tapaamisissa ja toisaalta eronneiden perheiden kohdalla esimerkiksi kysymykset siitä millä tavoin vanhempien uudet puoliset kuuluvat perheeseen.

” Harvoin nuor.psyk. avohoidossa tavataan koko perhe, siis myös sisarukset ja koira. ” (E9)

”... miksei isovanhempienkin tapaamisista joissain tilanteissa” (E8)

”...toisaalta tätä aina muistetaan mainita, että ois kiva nähdä sisaruksiakin, ja annas olla, kun tulee kolme tän kokoista tai pientä päiväkotikäistä lasta pyörimään, ni kaikki on, voi vitsi, miks noi toi noi tähän neuvotteluun mukaan, kuka niiden perään nyt ehtii katsoa - ja siinä se koko perheen tapaaminen sit menee...” (H2)

5.3.2 Vanhempien ohjaaminen

Vanhempien ohjaamiseen liitettiin tässä tutkimuksessa kuuluvaksi alaluokat **vanhempien tiedon ja ymmärryksen lisääminen nuoruusiän kehitysvaiheesta, vanhempien tiedon lisääminen psyykkisistä oireista tai sairaudesta sekä vanhempien ohjaaminen muun tarkoituksenmukaisen avun piiriin.**

Monet vanhemmista tarvitsevat lisää tietoa nuoruuden ikävaiheiden etenemisestä ja niihin liittyvistä normaaleista haasteista. Näihin asioihin liittyvistä työntekijöiden kuvauksista muodostui alaluokka **vanhempien tiedon ja ymmärryksen lisääminen nuoruusiän kehitysvaiheesta.** Vanhemmat ovat helposti hämillään lapsensa kasvamisesta nuoreksi ja kehityksen mukanaan tuomista muun muassa nuoren käyttäytymiseen liittyvistä muutoksista. Vanhempien tapaamisissa keskustellaan nuoruusiän kehityksestä. Tarkoituksena on lisätä vanhempien tietoa nuoruuden ikävaiheesta. Tiedon lisäämisen tavoitteena on vanhempien ymmärryksen lisääntyminen nuoruusiän kehitysvaihetta ja siihen liittyvää käyttäytymistä kohtaan. Työntekijät kuvasivat, että vanhempien tapaamisissa käydään keskustelua sukupolvien välisistä rajoista ja niiden merkityksestä. Samoin vanhempien kanssa käydään keskustelua turvallisiin rajoihin ja kasvatukseen liittyen. Vanhemmat toivovat usein käytännön neuvoja ja saattavat joskus pyytää työntekijältä jopa ”käyttöohjeita” nuoren kanssa pärjäämiseen.

”Sekä nuoren että vanhempien tietoa nuoruusiän kehityksestä ja nuoren psyykkisistä haasteista lisätään” (E5)

Vanhempien tiedon lisääminen psyykkisistä oireista tai sairaudesta on hoidon onnistumisen kannalta tärkeää. Vanhemmat tarvitsevat nuoren oireiluun tai sairauteen liittyvä asiallista tietoa. Aineiston mukaan vanhemmat eivät aina itse huomaa nuoren käyttäytymisessä tapahtuvia huolestuttavia muutoksia, kuten eristäytymistä. Tietoa vanhemmille antavat lääkäri tai vanhemman oma työntekijä. Vanhemmille tai muille perheenjäsenille kerrotaan, mitä esimerkiksi syömishäiriö tarkoittaa ja kuinka sitä hoidetaan.

”Tärkeää on lisätä ymmärrystä oireilusta...” (E5)

”...joutuu niinkun sit tuomaan sitä, että tää ei oikein oo normaalia, et tässä on vakavista asioista kysymys...” (H2)

”... vaikeimmissa sairauksissa vanhemmat on yleensä huolettomia, koska on vaikeampi hyväksyä ku nuori on omissa maailmoissaan” (H2)

Kun nuori tulee hoidon piiriin, saattaa myös muissa perheenjäsenissä herätä halua ja tarvetta selvittää omia vaikeuksiaan ja elämäntilannettaan. Etenkin vanhemmat löytävät keskusteluissa usein omia kohtaamatta jääneitä vaikeita kokemuksiaan – surujaan, menetyksiään, traumojaan – joiden merkityksen omalle ja perheensä elämälle he vasta nuorensa oireilun kautta kykenevät näkemään ja ymmärtämään. Nuoren hoidon kuluessa vanhemmilla voi myös ilmetä sellaisia vakavia psyykkisiä ongelmia, joissa vanhemman hoitoon pääsy ja akuutti avun saaminen on erityisen tärkeää. **Vanhempien ohjaaminen muun tarkoituksenmukaisen avun piiriin** on tämän aineiston mukaan nuorisopsykiatrisessa avohoidossa jopa tavallista. Paitsi että vanhempia ohjataan avun piiriin, heitä myös autetaan oman hoitokontaktin löytämisessä tai muiden tarvittavien tukitoimien järjestämisessä.

”... ajatusta siitä, että myös vanhemmille pitäisi myös järjestää/auttaa löytämään omaa hoitoa, kun heillä psyykkisiä ongelmia” (E10)

” Tarvittaessa muitakin perheenjäseniä hoitoonohjataan” (E1)

”Perheen hyvinvoinnin edistäminen tarkoittaa myös vanhempien tai muun perheenjäsenen ohjaamista tarvittavan avun / palvelun piiriin , jos nuorisopuolen työntekijä sellaista havaitsee. ” (E13)

5.3.3 Vanhemmuuden tukeminen

Vanhemmuuden tukeminen on olennainen osa onnistunutta hoitoprosessia. Yläluokka vanhemmuuden tukeminen koostuu alaluokista **vanhempien neuvottomuuden vähentäminen, vanhempien psyykkisen kivun vähentäminen ja vanhempien auttaminen sietämään nuoruusiän kehitysvaiheeseen kuuluvia asioita**

Vanhempien neuvottomuuden vähentäminen nousee aineistossa tärkeäksi vanhemmuuden tukemisen osa-alueeksi. Neuvottomuus on kuvausten mukaan usein yhteydessä vanhempien väsymiseen ja uupumiseen. Vanhempien neuvottomuuden koetaan lisääntyvän, jos oireilu jatkuu pitkään. Neuvottomuuden tai avuttomuuden tunteita voidaan työntekijöiden mukaan vähentää lisäämällä vanhempien ymmärrystä nuoruusiän kehitysvaihetta ja nuoruusikäisen vanhemmuuden vaatimuksia kohtaan. Vanhempien neuvottomuutta voidaan vähentää järjestämällä vanhempien tapaamisia riittävän usein ja rohkaisemalla vanhempia vanhemmuudessaan.

”Tällaiset yhteistapaamiset voivat olla tarpeellisia mm. vanhempien liiallisen avuttomuuden, pelokkuuden ja liian tiukkojen kasvatusasenteiden vuoksi.” (E7)

”... kyllä monet sitä ihan todella niinkun huutaa sitä apua tai tarvitsee ... ja on sitä hirvään tyytyväisiä et saa jutella.” (H2)

Vanhempi voi kokea suurta psyykkistä kipua siitä, että ei osaa auttaa tai kykene auttamaan huonosti voivaa lastaan tai että vanhempi kokee epäonnistuneensa vanhemmuudessaan.

Vanhempien psyykkisen kivun vähentäminen ja kivuliaiden tunteiden jakaminen on siten keskeinen osa vanhemmuuden tukemista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Työntekijöiden kuvausten mukaan vanhempien psyykkiseen tuskaan ja ahdistukseen oman lapsen pahasta olosta liittyy läheisesti syllisyyden tunteita.

”...olla mukana perheen rinnalla sen psyykkisessä kivussa (pahassa olossa) ja auttaa perhettä työstämään sitä kivun vähentämiseksi (E7)

Alaluokassa **vanhempien auttaminen sietämään nuoruusiän kehitysvaiheeseen kuuluvia asioita** pyritään vanhemmuutta tukemaan erityisesti lisäämällä vanhempien ymmärrystä normaalia ikätasoista nuoren käyttäytymistä kohtaan. Tässä alaluokassa työntekijät kuvaavat vanhempien kyllästymistä ja ärtymystä hankalaan ja joskus jopa jatkuvaa harmia perheelle tuottavaan nuoreen. Vanhempien työntekijä voi auttaa vanhempia sietämään paremmin nuoren hankalalta ja uuvuttavalta tuntuvaa käyttäytymistä jakamalla yhdessä vanhempien kanssa heidän kokemuksiaan ja tunteitaan. Kun vanhemmat saavat tietoa nuoruusikäisen ja nuoruusikäisen vanhemmuuteen kuuluvista asioista, on vanhempien helpompi myös kyetä ymmärtämään ja edelleen sietämään tämän muuttunutta ja raskaalta tuntuvaa käytöstä. Nuoren mahdollinen tiuskiminen tai huonotuulisuus vanhempiaan kohtaan kuuluvat nuoruusikäisen. Nuoruusiässä myös erilaiset esimerkiksi päihteisiin liittyvät kokeilut ovat tavallisia, eivätkä sinällään kerro esimerkiksi nuoren huonovointisuudesta tai ajautumisesta ”huonoille teille”.

”... silleen oikeesti tää on niin kuin että on erittäin tavallista, et ne juo viinaa, ei nyt sano et se on niinku hyvä juttu, et ne näin tekee,... et jos siitä mennään siihen rumbaun et nyt pitää oikeesti kaiken maailman hoidot ja

laitetaan ainakin kolmeksi viikoksi kotihoitoon... Et silleen et istutaan alas ja puhutaan asiast, ...just tää et niin palattais tähän mikä on normaali et muistuttais, et rauhoittais...” (H2)

”... vaatii vanhemmilta riittävästi kykyä sietää tulevia muutoksia perheessä” (E6)

5.3.4 Avoin vuorovaikutus

Yläluokka avoin vuorovaikutus koostuu alaluokista **perheen sisäinen vuorovaikutus, perheen ja avohoidon välinen vuorovaikutus, perheen ja verkoston välinen vuorovaikutus, vuorovaikutuksen avoimuus, vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen, vaikeiden tunteiden käsittelyssä auttaminen ja vaikeiden asioiden rauhassa tutkiminen.**

Yksi kaikkein keskeisimmistä perheen terveyden edistämiseen liittyvistä teemoista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa on työntekijöiden mukaan **perheen sisäinen vuorovaikutus**. Tässä alaluokassa nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijät näkevät merkittäväksi perheen sisäisen vuorovaikutuksen edellytysten parantamisen. Vuorovaikutuksen ongelmat ovat aineistosta nousevien kuvausten mukaan tavallisia. Perheen keskinäisen toimivan vuorovaikutuksen nähdään lisäävän perheen hyvinvointia ja sen vuoksi sen edellytysten parantamiseen tulee jatkuvasti pyrkiä. Konkreettisena muutosta tuovana ja perhettä auttavana menetelmänä perheen sisäisen vuorovaikutuksen ongelmissa nähdään koko perheen yhteiset tapaamiset.

”... ne tulee meille, et niil ei yhteistyö keskenään jostain syystä toimi. Tärkeä asia on se, et me terapeutit tai ne verkoston ihmiset, et ne tekee ikään kuin kaikkensa, et se yhteistyö toimii. ” (H1)

” Yksilötapaamisten lisäksi järjestetään mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan perhetapaamisia, joiden avulla pyritään tukemaan perheen sisäistä vuorovaikutusta ja lisäämään perheen hyvinvointia”. (E5)

Alaluokassa **perheen ja avohoidon välinen vuorovaikutus** nousee esiin pyrkimys mahdollistaa perheelle uudenlainen kokemus asioiden hallitusta hoitamisesta eräänisten ihmisten kanssa. Työntekijät pitivät tärkeänä, että perhe voisi saada kokemuksen siitä, että vaikka ihmiset ovat eri mieltä, voidaan vaikeissakin asioissa silti päästä eteenpäin kohti parempaa. Tässä alaluokassa myös ”samalla viivalla oleminen” – se, että työntekijä ei korota itseänsä vanhempien yläpuolelle – korostuu. Vaikka työntekijä on asiantuntija ja hän tästä roolista käsin opastaa, neuvoo ja pyrkii lisäämään vanhempien tietoa ja ymmärrystä, tulee tämän kaiken tapahtua tasavertaisessa ja vanhempia kunnioittavassa suhteessa. Aineiston mukaan työntekijöillä on myös jossain määrin rooli vuorovaikutusmallina toimimisesta. Positiivisen vuorovaikutuksen välittäminen ja tuominen perhetapaamisiin nähdään tärkeänä. Yhtenä konkreettisena positiivisen vuorovaikutuksen muotona nousee esiin huumorin käyttö

perhetapaamisissa. Huumorin avulla voidaan keventää tunnelmaa ja nähdä vaikeitakin asioita uudessa valossa.

”... et siinä voi sanoa vaikka mitä, siinä voi olla, et siinä riidelläänkin vähän ja ollaan eri mieltä ja silti mennään niinku eteenpäin. Et uudenlainen kokemus siitä, miten hankalii asioita, et eriaänisten ihmisten kanssa niinku nämä asiat hoituu.” (H1)

”... tulee olla samalla viivalla, ei yläpuolella.” (E3)

” nuorten perhetapaamisissa myös nauretaan paljon. Huumori on keino nähdä vaikeitakin asioita uudessa valossa, keventää tunnelmaa, tarjota positiivista vuorovaikutusta.” (E13)

Myös perheen ja verkoston väliseen keskinäiseen vuorovaikutukseen liittyvät asiat nousevat tässä aineistossa esiin, mutta lähinnä negatiivisten asioiden kautta. Alaluokassa **perheen ja verkoston välinen vuorovaikutus** on aineistossa kuvauksia tilanteiden ajautumisesta umpikujaan, jolloin vuorovaikutus on katkennut täysin, sekä kuvauksia perheen pettymyksistä ja loukkaantumisista esimerkiksi sosiaalitoimen työntekijöihin. Näissä tilanteissa nuorisopsykiatrisella avohoidolla voi olla vuorovaikutuksen edellytysten helpottamiseen ja uudelleen organisoitumiseen liittyvä rooli.

”jokaisella on oma totuus ja oma näkemys ja jos niit ei missään kohdata eikä oteta pöydälle ,, ni se voi mennä ihan niinku vikasiuntaan koko hoito”. (H1)

Vuorovaikutuksen avoimuus muodostaa oman alaluokansa yläluokassa avoin vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen avoimuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä asioiden oikeilla nimillä puhumista, rehellistä ja suoraa puhetta. Asioista puhuttaessa rehellisyys ja suoraan puhuminen ovat työntekijöiden mielestä ominaisuuksia, jotka mahdollistavat muutosta ja vievät asioita eteenpäin. Vaikka työntekijöiden mukaan kaikissa kontakteissa tulee pyrkiä mahdollisimman suureen avoimuuteen, tulee kuvauksissa esiin myös avoimen vuorovaikutuksen haastavuus. Työntekijän tulee puhua nuorelle ja perheelle suoraan esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyvistä vaaroista sekä kysyä ja puhua suoraan, mikäli nuorella ilmenee itsetuhoista tai muutoin vaarallista käytöstä.

”... avoin vuorovaikutus on mun mielestä haasteellisin... uskalletaankos me olla avoimia...” (H2)

”Pitää olla ”rehellinen ja suora”. Esim. jos nuori kertoo vaarallisesta / tuhoisasta käytöksestä, tulee työntekijän kertoa esim.. päihteiden tai itsetuhokäytöksen seuraukset suoraan.” (E3)

Perheiden elämänvaiheisiin liittyy usein asioita, joista on vaikea puhua. **Vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen** voi olla työntekijöiden kuvausten mukaan perheille itselleen äärimmäisen vaikeaa. Työntekijän puheeksi ottamisen taitoa pidetään erittäin arvostettavana

ominaisuutena ja osoituksena hyvästä ammattitaidosta. Asioiden puheeksi ottamisen kuvataan vaativan työntekijältä rohkeutta ja pelottomuutta. Aineistosta nousevien kuvausten mukaan puheeksi ottaminen auttaa perhettä muutoksessa. Perheille vaikeiden asioiden kirjo voi olla hyvin moninainen. Vaikka asioista ei ole puhuttu, ovat vaikeat ja vaietut asiat saattaneet vaikuttaa perheiden elämään hyvinkin paljon. Vaikeita ja vaiettuja asioita voivat olla perhesalaisuudet, joiden historia voi olla jo aiemmissa sukupolvissa tai ne voivat olla tämän hetkisiä perhettä rasittavia vaikeita asioita. Aineistosta nousee esimerkkinä päihteiden käyttö ja siihen liittyvät häpeä ja salailu sekä erilaiset vanhempien lapsuudessaan kokemat traumat.

"Usein esim. otetaan esiin vaikeita/vaiettuja asioita, jotka voivat liittyä esim. alkoholinkäyttöön ja päihteisiin yleensä. Yleensä jo se että otetaan puheeksi on tärkeää. (E3)

"... pelkäämättä tarkastella myös vaikeita ja salattuja asioita.(E7)

Vaikeiden tunteiden käsittelyssä auttaminen muodostui omaksi alaluokakseen pyrittäessä kohti avointa vuorovaikutusta. Työntekijöiden kokemuksen mukaan vanhemmat usein sekä tarvitsevat että myös haluavat tukea ja apua vaikeiden tunteiden tunnistamisessa ja niiden käsittelyssä. Aineiston mukaan työntekijä voi auttaa vanhempia ajattelemaan tai parempaan tiedostukseen tilanteissa, joissa vanhempien psyykinen toimintakyky on ajautunut tai ajautumassa umpikujaan. Yhdessä työntekijän kanssa vanhemmalla on mahdollisuus työstää psyykkistä kipuaan ja vaikeita tunteitaan. Tarvittaessa vanhemman oma työntekijä voi toimia prosessin kestäessä kipeiden tunteiden kannattelijana, kunnes vanhempi itse on jälleen jaksava ja kykenevä selviytymään tunteidensa kanssa.

"... yhtenä tavoitteena on auttaa vanhempia ajattelemaan ja tuntemaan tilanteissa, joissa toimintakyky (psyykinen) on ajautumassa / ajautunut umpikujaan." (E10)

"... auttaa perhettä parempaan tiedostukseen tilanteestaan (container) (E7)

Vaikeiden asioiden rauhassa tutkiminen muodostui omaksi alaluokakseen. Työntekijät pitivät tärkeänä, että asioita voidaan tutkia eri näkökulmista kaikessa rauhassa ja kiireettömästi. Jo luottamuksellisen ja turvallisen suhteen luomiseen ja syntymiseen tarvitaan aikaa. Työntekijöiden mukaan erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että vanhemmille muodostuisi vaikeiden asioiden rauhassa tutkimisesta kokemus, jossa he voisivat tuntea, että heitä ei syytetä ja syyllistetä.

" Asioita voidaan "väännellä" ja "käännellä" ja tutkia, ei etsitä syyllisiä. (E3)

5.3.5 Perheen osallistuminen

Yläluokka perheen osallistuminen käsittää alaluokat **hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen kanssa, ratkaisujen etsiminen yhdessä, perheen valmiudet ja halu ottaa vastaan apua ja tehdä yhteistyötä, vastuun jakautuminen ja perheen viranomaisten taholta kokemat paineet ja vaatimukset.**

Tutkimusjakson päätyttyä avohoidon poliklinikalla nuorelle tehdään hoitosuunnitelma, jonka mukaisesti jatkohoito ja muut jatkotoimet pyritään järjestämään. **Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen kanssa** kertoo perheen arvostamisesta ja huomioonottamisesta. Hoitosuunnitelman ei tule olla vain työntekijän ja työryhmän näkemys hoidon järjestämisestä, vaan tavoitteena tulee olla suunnitelman tekeminen yhteistyössä nuoren ja perheen kanssa. Joskus hoitosuunnitelman tekemisessä voi olla tarpeen olla mukana myös muuta verkostoa, esimerkiksi lastensuojelun sosiaalityöntekijä tai mahdollisen sijaishuoltopaikan omahoitaja. Käytännössä ajatus hoitosuunnitelman tekemisestä yhdessä perheen kanssa ei työntekijöiden mukaan läheskään aina toteudu, vaikka siihen pyrittäisiinkin. Esille tuli sekä työntekijä- että työryhmäkohtaisia eroavaisuuksia käytännöissä. Hoitosuunnitelmaan liittyen todettiin myös, että kun suunnitelma on tehty yhdessä, on siihen kaikkien osapuolten myös helpompi sitoutua.

”Arviointijakson perusteella tehdään hoitosuunnitelma yhdessä nuoren, perheen, hoitotahon ja verkoston kanssa ” (E4)

”Nuoren hoitosuunnitelma on usein järkevää tehdä yhdessä perheen kanssa” (E7)

Alaluokassa **ratkaisujen etsiminen yhdessä** ilmenee, että yhdessä tekemisen ei tule päättyä hoitosuunnitelman tekoon. Yhteistyön ja ratkaisujen etsimisen yhdessä tulee voida jatkaa hoidon kaikissa vaiheissa. Kun ratkaisuja pulmatilanteisiin ja esimerkiksi vuorovaikutuksen ongelmiin etsitään yhdessä, tulevat kaikki kuulluiksi ja työntekijöiden kuvausten mukaan tällä on myönteinen vaikutus vaikeiden asioiden kanssa eteenpäin pääsemisessä.

”Perheen yhteisissä tapaamisissa voidaan parhaiten puuttua esim..., jolloin yhdessä perheen kanssa mietitään niihin ratkaisumalleja.” (E4)

Kaikki perheet eivät lähde yhteistyöhön halukkaasti. Syyt tähän voivat olla varsin moninaisia. **Perheen valmiudet ja halu ottaa vastaan apua ja tehdä yhteistyötä** on merkittävä ja haasteellinen alaluokka. Pettymyksillä viranomaisiin, tai siihen, että ei ole tullut aiemmin autetuksi, on merkitystä. Taustalla voi olla myös häpeää tai syyllisyyttä, joiden yli perheiden on vaikea päästä. Työntekijöiden mukaan yhteistyössä vanhempien kanssa saattaa tapahtua loukkaantumisia, joilla on vaikutusta perheiden halun tehdä yhteistyötä. Toisaalta aineistossa kuvataan, että vanhemmat ovat yleensä hyvin kiitollisia saamastaan tuesta.

”Perheen valmius ja vastaanottavaisuus yhteistyöhön viranomaisverkoston kanssa: ongelmien salaaminen ja häpeäminen, mahdolliset sekundäärihyödyt ongelmista jne.” (E7)

Vastuun jakautuminen tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että nuoren tullessa avohoidon piiriin, myös muut tahot kuin perhe, tulevat vastuullisiksi nuoren tilanteesta. Nuoren oireillessa perhe on kantanut vaikeaa tilannetta usein hyvin yksin. Arviointivaiheen tai hoidon alkaessa myös muut toimijat ottavat vastuuta kannettavakseen ja jakavat vaikeaa tilannetta yhteisesti, jolloin myös perheen kuormitus helpottuu.

”... muutkin tulee vastuullisiksi nuoren hoidosta, kun vaan perhe, ehkä jotenki silleen se edistää perheen terveyttä.” (H1)

”... se että nuori pääsee tänne hoitoon on jo semmoinen helpotus, että vanhempien ei tarvii yksin niinku kannatella sitä nuorta tai jotenkin jaksaa, vaan on sitten muita, jotka sitten ottaa ikään kuin sitä nuorta kans hoitoonsa...” (H2)

Perheen viranomaisten taholta kokemat paineet ja vaatimukset nousevat tässä aineistossa omaksi alaluokakseen. Työntekijöiden mukaan ei ole harvinaista, että perhe kokee eri viranomaisten taholta tunnetta painostuksesta tai perheen voimavaroihin nähden liian suurista vaatimuksista. Perhe voi kokea hoitavan tahon odottavan heidän toimivan tavalla, joka on perheelle vieras tai heidän mielestään jopa mahdoton. Jos vanhemmat eivät jaksaa tai kenties osaa selviytyä heiltä odotettavista toimista, on tällä myös vaikutusta perheen osallistumiseen yhteistyöhön. Liiallisten vaatimusten edessä perhe saattaa kokea hoitavan tahon odotukset painostuksena, olla tyytymätön tai alkaa jopa pakoilemaan viranomaistahoja.

”Vaik meidän mielestä pitäis tehdä sitä, tätä ja tota, mut jos ei vanhemmat pysty, kykene, jaksaa, muista koko palettia...” (H1)

5.3.6 Verkoston olemassaolo rakenteena

Verkoston olemassaolo rakenteena käsittää tässä aineistossa alaluokat **yhteistyö koulun kanssa, yhteistyö lastensuojelun kanssa ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa**. Nuorella ja perheellä saattaa olla jo tutkimusjaksolle tullessaan kontakteja erilaisiin toimijatahoihin tai kontakteja voidaan alkaa tarvittaessa luomaan myös nuorisopsykiatrisen avohoidon toimesta. Verkoston olemassaolo ja eri toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö nähtiin aineistossa hyvin merkittäväksi. Se, että yhteistyöverkoston rakenne ja puitteet toiminnalle luodaan, ei ole kuitenkaan tae verkostoyhteistyön toimivuudesta.

Suurin osa nuorisopsykiatrisen avohoidon piiriin tulevista nuorista käy peruskoulua tai opiskelee joko lukiossa tai ammatillisessa oppilaitoksessa. Lähetteistä suuri osa tulee koulun

ammattilaisilta. Koska koulu on keskeinen osa nuoren elämää, on se siksi myös merkittävä nuorisopsykiatrian yhteistyökumppani ja muodostaa näin ollen oman alaluokan **yhteistyö koulun kanssa**. Koulun rooli nuoren ongelmien havaitsemisen kannalta on tärkeä. Usein huoli nuoren voinnista herää juuri koulun taholla ja siten koulun oppilashuollolla on keskeinen rooli etenkin hoidon aloituksen vaiheessa. Yhteistyö koulun kanssa voi olla hyvin monimuotoista ja työntekijöiden mukaan perheet suhtautuvat siihen yleensä myönteisesti. Puhelimitse tehtävä yhteistyö on koulun kanssa tavallista.

"...koulut jotenki korostuu, ja yhteistyö terveydenhoitajien kanssa ... ne tosi paljon soittaa ja kysyy neuvoja ja sitä mietitään yhdessä." (H1)

"monet vanhemmat on kauheen kiitollisia siitä et jos meidän puolelta ollaan mukana näis erilaisissa koulun yhteistyössä" (H1)

Toinen merkittävä yhteistyökumppani koulun ohella on lastensuojelu. Lastensuojelu on hyvin usein myös viranomainen, joka lähettää nuoren tutkimuksiin ja hoitoon nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Alaluokka **yhteistyö lastensuojelun kanssa** sisältää runsaasti työntekijöiden sekä negatiivisia että positiivisia kokemuksia lastensuojelun kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Yhteistyön kehittämiseksi edelleen nähtiin erittäin paljon tarvetta.

"Lastensuojeluperheiden kohdalla tavallisista verkosto- ja yhteistyötapaamisista voi myös olla nuorisopsykiatrisessa työssä tärkeä perheen edistävä merkitys." (E11)

Koulun ja lastensuojelun lisäksi nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijät tekevät yhteistyötä tarpeen mukaan muiden nuoren ja perheen asioissa mukana olevien moninaisten tahojen kanssa. Alaluokka **yhteistyö muiden toimijoiden kanssa** sisältää kaiken tämän muun, esimerkiksi kolmannen sektorin toimijatahojen kanssa tehtävän yhteistyön.

"Lisäksi monipuolinen, moniammatillinen ja -alainen yhteistyö tuo oman persoonallisen lisänsä nuorisopsykiatriseen perheiden kohtaamiseen." (E1)

5.3.7 Verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus

Verkoston olemassaolo sinänsä ei takaa sitä, että se palvelee perheen tarpeita ja että yhteistyö toimii. Verkoston toiminnan tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista ja sen toimintaa ja tarkoituksenmukaisuutta tulee myös arvioida säännöllisesti. Työntekijät ilmaisivat toimivan ja tarkoituksenmukaisen verkoston muodostamisen olevan haasteellista. Yläluokka verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus sisältää alaluokat **yhteistyön toimivuus, yhteistyön toimimattomuus, perheen pettymykset viranomaisiin sekä asiantuntijuus ja konsultaatio**.

Toimiva yhteistyö on muutakin kuin pelkkiä verkostotapaamisia. Alaluokassa **yhteistyön toimivuus**, toimivan verkoston ominaisuuksina nousivat esiin muun muassa toimiva tiedonkulku, selkeä vastuun jakautuminen sekä joustavuus yhteistyössä. Perheen itsensä rooli yhteistyössä on keskeinen. Tavoitteiden asettelussa on tärkeää, että perheen omat tavoitteet ja viranomaisten tavoitteet ovat samaan päämäärään pyrkiviä. Tärkeiksi nähtiin myös selkeät sopimukset eri toimijoiden kesken muun muassa tehtävien jakoon liittyen. Jotkut työntekijöistä olivat kehittäneet omia työskentelytapojaan tekemällä esimerkiksi parityötä lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa ja kokivat tämän lisänneen yhteistyön toimivuutta mielekkäällä tavalla.

Usein perhettä ympäröi viranomaisten yms. yhteistyöverkosto, jonka toimivuutta on säännöllisin väliajoin arvioida. Samalla kun arvioidaan viranomaisten yhteistyön toimivuutta, riittävää tiedonkulkua ja toimivaa vastuun jakautumista, on hyvä muistaa, onko perhe itse tarpeeksi mukana omassa asiassaan ja ylipäätään, vastaako viranomaissuunnittelu myös perheen tavoiteasettelua niin tiedostettuina kuin tiedostamattominakin aspekteinaan.” (E7)

”... oman alan ammattilaiset niin kun tietävät mikä heille kuuluu, niin silloin se yhteistyö sujuu ja tavallaan silloin pystytään olemaan avoimia, koska kummatkin niin kun hoitaa sitä omaa aluetta.” (H2)

Yhteistyön toimimattomuus verkostoyhteistyötä tehtäessä nousi esiin alueena, josta työntekijöillä oli runsaasti kokemuksia. Toimimattomuuden nähtiin johtuvan usein eri toimijoiden niukoista resursseista. Etenkin lastensuojeluyhteistyön koettiin kärsivän tiuhaan vaihtuvista sosiaalityöntekijöistä. Toimimattomuutta aiheuttavat myös puutokset tiedonkulussa, epämääräisiksi jääneet sopimukset, vastuu- ja vaitiolokysymykset sekä ajan puute. Yhteistyön toimimattomuuden koettiin olevan jossain määrin myös ”henkilökysymys”. Koettiin, että osa sosiaalityöntekijöistä oli hyvin aktiivisia ja halukkaita tekemään yhteistyötä, kun taas osan koettiin lähtevän yhteistyöhön niukasti.

”ku tulee esim. siirtyminen lasten puolelta nuorten puolelle. Siel on jo aloitettu jotain, ... ja ku lääkärit vaihtuu, ni tilanne menee, taas mennään hirveitä takapakkia tämmösissä kummallisissa tilanteissa. ... sit taas tää keneltä lupa?... onks luvat kysytyt? Voidaanko soittaa sossulle? Voiko soittaa terapeutille? Eikö voi soittaa terapeutille? Kuka tykkää? Kuka ei? On hirveen monii semmosii, ... ku on joskus alotettu, niin on kysytyt, sovittu jotain, mut ku aikaa kuluu, tilanne muuttuu, ni pitäis taas kysellä uudestaan. Tieto ei välity. Tieto ei välttämättä välity.” (H1)

”...mä oon kokenu ainakin lastensuojelupuolella, et se on kauheesti myös henkilökysymys. On sossuja, jotka on älyttömän aktiivisia, mutta sit on niitä, joille vaikka tekis mitä ilmoitusta, ni jasso, vai ni...” (H1)

”... toimimattomuus näkyy, ku ei oo antaa niitä palveluita, joihin perheellä olis oikeus.” (H1)

Perheen pettymykset viranomaisiin nousi aineistossa esiin työntekijöille hyvin tuttuna ilmiönä. Monilla nuorisopsykiatrian asiakasperheillä on runsaasti ja pitkältä ajalta kokemuksia yhteistyöstä eri viranomaisten kanssa. Työntekijöiden mukaan monilla perheillä on

kokemuksia myös siitä, että he eivät ole tulleet autetuiksi. Apua on saatettu hakea pitkään, mutta sitä ei ole välttämättä saatu, tai sitä on saatu vasta päättäväisen vaatimisen tuloksena. Perheiden pettymys saattaa kohdistua joko viranomaisiin tai palvelujärjestelmään.

"... loppujen lopuksi siinä se ns. hankala on sitten kyynleet silmissä, ... jotenkin ne pettymykset, jotenkin ... mitä on ollut viranomaisten ja suhteiden kanssa..." (H1)

Yhteistyö muiden viranomaisten ja perheen kanssa perheen terveyden edistämiseksi voi sisältää myös asiantuntijana toimimista, erilaisten asiantuntijoiden käyttöä ja konsultaatiota. Konsultatiivisena asiantuntijana toimiminen oli osalle tähän tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä jopa keskeinen osa perustehtävää. Alaluokka **asiantuntijuus ja konsultaatio** kuvaa nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden antamaa konsultaatiota muille yhteistyökumppaneille sekä työntekijöiden itse käyttämää ulkopuolisten asiantuntijoiden konsultaatioapua pulmallisissa tilanteissa.

"...kai se on se nuorisopsykiatrisen tiedon ja tietämyksen esiintuominen" (E9)

5.4 Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset

Perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamalla edellytyksillä tarkoitetaan kaikkia niitä puitteita, resursseja ja eri osaamisen alueita, joka mahdollistavat perheen terveyden edistämiseen pyrkivän toiminnan nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Pääluokka perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamat edellytykset koostuu yläluokista **organisaation mahdollistamat resurssit, toimintaa ohjaavat periaatteet, työryhmän toimivat rakenteet, ammatillinen osaaminen, työryhmätyöskentelyn kehittäminen, työntekijän persoonalliset ominaisuudet ja tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus** (taulukko 5).

Taulukko 5. Perheen terveyden edistämisen nuorisopsykiatriselle avohoidolle asettamat edellytykset

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Organisaation tuki työntekijöille Riittävä työntekijätilanne Näkymätön työ Mahdollisuus käyttää perheen tarpeista lähteviä työtapoja Kehittämistyön hankaluudet	Organisaation mahdollistamat resurssit	Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset
Perheen kunnioittaminen Perheen ainutkertaisuus Yksilöllisyys Samanarvoisuus Hyväksyvä hoitoasenne	Toimintaa ohjaavat periaatteet	
Työryhmän toimivuus Työryhmän ilmapiiri	Työryhmän toimivat rakenteet	
Moniammatillisuus Työmenetelmien hallinta Lisäkoulutus Erilaiset viitekehykset Työnohjaus	Ammatillinen osaaminen	
Työmenetelmien kehittäminen Työn sisällön kehittäminen	Työryhmätyöskentelyn kehittäminen	
Työntekijän ikä ja sukupuoli Työntekijän elämäntilanteesta nousevat vaikuttavat tekijät Työntekijän kyky työskennellä vastatunteidensa kanssa	Työntekijän persoonalliset ominaisuudet	
Tuen oikea-aikaisuus Vaikeisiin perheisiin panostaminen Stereotyyppien välttäminen Raja-aitojen ylitys	Tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus	

Työntekijät pitävät tärkeänä, että nuori ja hänen perheensä saavat oikeanlaista tukea oikea-aikaisesti ja että tuki on nuoren ja perheen tarpeista lähtevää. Kaikkea toimintaa ja perheen kohtaamista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ohjaavat perheen kunnioittamisen, yksilöllisyyden, ainutkertaisuuden ja samanarvoisuuden periaatteet sekä hyväksyvä hoitoasenne. Toiminnan sujumisen kannalta monimuotoinen joustavuus nähdään tärkeänä.

Laadukas ja hyvä terveyden edistämisen toiminta edellyttää tämän aineiston mukaan muun muassa hyvää ammatillista osaamista, työmenetelmien hallintaa, toimivaa työryhmää ja hyvää työskentelyilmapiiriä sekä sitä, että työntekijät saavat toiminnalleen esimiesten ja organisaation tuen. Työntekijät tarvitsevat myös mahdollisuuksia kouluttautumiseen ja työn kehittämiseen sekä työnohjausta.

5.4.1 Organisaation mahdollistamat resurssit

Aineistosta nousee esiin epävarmuus, joka johtuu organisaatiossa tapahtuvista jatkuvista muutoksista. Jatkuvassa muutostilassa eläminen on paitsi työntekijöille kuluttavaa, niin sen koetaan myös vaikuttavan nuorten ja perheiden saamaan hoitoon. Monissa hoitoyksiköissä lääkäripulasta on tullut arkipäivää ja se epäoikeudenmukaisuus, jota nuoret ja perheet joutuvat kokemaan lääkäriresurssien vaihdellessa herättää työntekijöissä suurta huolta. Paitsi henkilöstöresursseina, nousevat erilaiset resurssikysymykset esiin monimuotoisesti, esimerkiksi taloudellisiin kysymyksiin tai tuen saamiseen liittyen. Yläluokka organisaation mahdollistamat resurssit sisältää alaluokat **organisaation tuki työntekijöille, riittävä työntekijätilanne, näkymätön työ, mahdollisuus käyttää perheen tarpeista lähteviä työtapoja ja kehittämistyön hankaluudet.**

Alaluokassa **organisaation tuki työntekijöille** työntekijät kokivat tärkeänä sen, kuinka työnantaja suhtautuu työntekijöihin ja kuinka esimerkiksi esimies arvostaa ja osoittaa kiinnostusta ja tukea työntekijöille. Erilaiset säästötoimet ja resurssien niukkuus tulivat esiin negatiivisesti vaikuttavina asioina, jotta työntekijä voisi aidosti paneutua hoidossa olevan nuoren ja hänen perheensä laadukkaaseen ja hyvään hoitoon. Työnantajan ja esimiehen suhtautumisella työntekijään nähtiin olevan yhteyttä siihen, kuinka perheet hoidon aikana kuntoutuvat.

”Perheen kuntoutumiseen vaikuttavat mielestäni ainakin seuraavat seikat ... työntekijöiden kokema arvostus, tuki ja kiinnostus esimiehiltä.” (E7)

Riittävä työntekijätilanne ja etenkin sen puutokset nousevat aineistossa esiin kaikkein räikeimmin riittämättömän lääkäritilanteen kuvauksina. Tämän aineiston mukaan on jopa harvinaista, että työryhmällä on oma, kokopäivätyötä tekevä lääkäri. Tilanteita, joissa ainakaan nuoren tilannetta tuntevaa lääkäriä ei ole lainkaan käytettävissä, on usein. Lääkärin puuttuminen vaikeuttaa työtä ja kuormittaa sekä yksittäistä työntekijää että työryhmää. Työntekijäresurssien riittämättömyyttä kuvataan myös vaikeutena tehdä parityötä, koska työparia ei ole helppo ”irrottaa”. Työntekijöiden kuvausten mukaan perhetapaamiset ja vanhempien tapaamiset vaatisivat usein työparin.

"... siinä just törmää siihen harmilliseen asiaan, että ei oo tarpeeksi ihmisiä. Monesti se vaatii niin paljon aikaa, että pääsee hyvään yhteistyöhön. Usein se vaatii useemman kun yks ihminen, nuoren työntekijä, joka kantaa koko vastuun. Tässäki hankalassa lääkäritilanteessa ku se vaatii aikaa ja pohdiskelua ja kaikennäköistä. Aika paljon se tarkoittaa parityötä ja työnjakoa." (H1)

Näkymätön työ on työtä, jota työntekijät tekevät ilman, että se dokumentoituu varsinaisesti "suoritteiksi". Asioiden sujumisen sekä laadukkaan ja hyvän hoidon kannalta tällainen työ on välttämätöntä. Työntekijät kokevat tekevänsä tällaista työtä paljon. Työntekijät arvelivat ja kokivat, että esimies- tai johtajatasolla ei olla välttämättä tietoisia kaikista niistä työn sujumisen edellytyksiin liittyvistä työtehtävistä, mitä työntekijät tekevät, tai että niiden merkitystä ei ymmärretä tai huomioida riittävästi.

"...mut sit tää on tärkeä kysymys ja resurssikysymys näinä ankeina aikoina, kun kaikkea lasketaan ja mietitään ... et voi olla et joutuu olla niinku puoli päivää jossain tämmösessä tukitoimessa, ilman että on mitään vastaanottotoimintaa..." (H1)

"..on painajainen nää käyntitietojen seuranta ja muut - puheluita ei tuu sinne, sähköpostiviestejä ei tuu sinne, tavallaan on näkymätöntä työtä tällä hetkellä. Jos joku tulee kattoo, et sul on vaan ollu yks tapaaminen ja ite on ihan puhki - Et mistä sä oot menny puhki? Siitä ku mä oon roikkunu puhelimesta ja vääntäny jonku kanssa tunnin jotain, tai oon miettiny tarkkaan, mitä mä tohon viestiin laitan, tai oon järjestäny aikaa, et tulee kolme-neljä muutosta." (H1)

Perheen tarpeista lähtevä tilanteen arviointi ja tukitoimet nousivat esiin keskeisesti. Samoin se, kuinka perheen tarpeista lähteviä työtapoja voidaan toteuttaa ja kuinka tarpeisiin on mahdollista käytettävissä olevien resurssien puitteissa vastata. Alaluokassa **mahdollisuus käyttää perheen tarpeista lähteviä työtapoja** osaavat työntekijät kuvaustensa mukaan arvioida hyvin, millaisesta tuesta nuoret ja heidän perheensä hyötyisivät. Työntekijät kuitenkin kokevat, että läheskään aina kaikkia arvioituja auttavia toimia ei ole mahdollista toteuttaa. Syyt toteuttamisen vaikeuksiin eivät ole pelkästään avohoidon resursseista tai toimintatavoista johtuvia, vaan näihin vaikuttavat hyvin paljon myös esimerkiksi sosiaalitoimen mahdollistamat palvelut.

"... työntekijän näkökulmasta tää pompsaa... Kaikkihan me tiedetään, miten olis hyvä tehdä. Kaikkihan me tiedetään, miten asiat hoituu ... parityötä, työaikaa, mahdollisuus liikkuu. Edellyttäis, että voi tehdä huolellisesti perheen kanssa ja verkostoissa ja yhteistyössä..." (H1)

Alaluokassa **kehittämistyön hankaluudet**, nähdään kehittämistyö sinänsä tärkeänä ja mielekkäänä toimintana, mutta samanaikaisesti siihen liittyy paljon turhautumista ja pettymystä. Kehittämistyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä erityisesti koko organisaatiota tai koko avohoitoyksikköä koskevia kehittämishankkeita, ei niinkään työryhmien sisäistä tiimikohtaista kehittämistyötä. Isossa organisaatiossa tapahtuu paljon muutoksia ja kehittämistyön koetaan jäävän helposti muutosten jalkoihin. Työntekijöillä oli kokemuksia

siitä, että suunniteltuja ja aloitettuja koko organisaation kehittämishankkeita ei oltu viety päätökseen, vaan kehittämistyö oli jäänyt kesken tai ikään kuin ”kuivunut kasaan”. Kuvausten mukaan erilaisia kehittämistyöryhmiä perustetaan, mutta niiden työskentely jää etäiseksi ja hajanaiseksi, eikä työryhmien työn tuloksista raportoida riittävästi. Koettiin myös, että kehittämiselle ei ole varattu aikaa ja että se tuntuu oman perustyön ohessa tehtynä raskaalta ja ylimääräiseltä. Kehittämistyön koettiin olevan erittäin paljon työntekijöiden oman sinnikkyuden ja kouluttautumisen varassa ja kehittämistyöhön toivottiin yhteisiä selkeitä pelisääntöjä.

”... ajoittain on lähdetty työryhmiä kehittämään, miettimään ja yhdistämään. Aina sit tulee joku uus organisaatiomuutos, joka peittää alleen... ei päästä edes päätökseen, siihen, että tehtäis yhteenveto siitä jostain aloitetusta työryhmätyöskentelystä, että mikä on se malli, mikä olis hyvä toteuttaa...” (H1)

”Mutta semmonen kehittämistyö - ei oo tilaa, ei oo aikaa - mitä meillä ei oo? - miks se menee tällä tavalla? Vuodesta toiseen...” (H1)

5.4.2 Toimintaa ohjaavat periaatteet

Toimintaa ohjaavina periaatteina työntekijöiden kuvauksissa nousevat esiin **perheen kunnioittaminen, perheen ainutkertaisuus, yksilöllisyys, samanarvoisuus ja hyväksyvä hoitoasenne**. Erityisesti vaatimus perheen kunnioittamisesta kaikessa kohtaamisessa nousee korostuneesti esiin kautta aineiston. Alaluokka hyväksyvä hoitoasenne on lähellä kaikkia toimintaa ohjaavia periaatteita, mutta tässä alaluokassa nousee esiin korostuneesti ”asiakkaan” ja ”asiantuntijan” välinen suhde.

Kuten nuoren kohtaamisessa on lähtökohtana nuoren kunnioittaminen, on **perheen kunnioittaminen** perheen kohtaamisen lähtökohta. Perhe on hoidossa tärkeä kumppani ja sille tulee osoittaa arvostusta. Perheen kunnioittamista on muun muassa se, että perhe kutsutaan mukaan yhteistyöhön ja heidän toiveitaan ja ajatuksiaan kuullaan.

”Minusta työntekijöiden on kunnioitettava perheitä ja nuoria...” (E3)

” Nuorta pyritään hoitamaan siten, että myös vanhemmat saavat oman työntekijänsä. Näin kuullaan ja kunnioitetaan nuoren lisäksi myös vanhempia” (E5)

Jokainen perhe on erilainen ja siksi jokainen perhe pyritään näkemään myös hoidossa ainutkertaisena. Jokainen perhe on perheenjäsenilleen heidän ainoa perheensä ja se on sellaisenaan heille myös arvokas. Alaluokassa **perheen ainutkertaisuus**, perhettä arvostetaan yksilöllisenä oman elämänsä asiantuntijana. Perheen ainutkertaisuutta arvostetaan, vaikka perheissä on joskus vaikeitakin ongelmia ja vaikeuksia.

”Pyritään näkemään nuori ja nuoren perhe ainutlaatuisena yksikkönä ...” (E6)

Perheen ainutkertaisuuteen liittyy läheisesti myös perheen **yksilöllisyys**. Perheen yksilöllinen kohtaaminen ja yksilöllinen paneutuminen jokaisen perheen yksilölliseen tilanteeseen on paitsi perhettä arvostavaa, niin myös perheiden oikeus. Tasapäistäminen, erilaisten määräysten antaminen perheelle tai tietyn sabluunan mukaan toimiminen eivät ole perheen yksilöllistä kohtaamista. Hoidossa hyväksytään ilman moralisointia perheiden yksilölliset tavat toimia ja elää yhdessä.

” Pyritään näkemään nuori ja nuoren perhe yksilöllisenä.... ” (E6)

Nuoren perhe ja työntekijät tekevät yhteistyötä tasa-arvoisessa ja tasa-vertaisessa suhteessa. **Samanarvoisuus** nähdään tärkeänä tekijänä suhteessa olemisen kannalta. Ohjenuorana aineistosta nousee esiin, että jokaisen työntekijän tulisi pyrkiä työssään sellaiseen toimintaan, että voisi ajatella itse voivansa olla asiakkaana poliklinikalla. Vaatimus tasa-arvoisuudesta tulee esiin myös suhtautumisessa nuoren biologisiin ja sijaisvanhempiin.

”...tämä koskee luonnollisesti niin nuoren biologisia kuin sijaisvanhempiaakin.” (E7)

Lähtökohtaisesti kaikilla perheillä on oikeus saada tilanteestaan riippumatta hyvää hoitoa. Vaikka perheellä on vaikeuksia ja vaikka perheenjäsenet ovat niitä kenties itse aiheuttaneet, sen ei tule vaikuttaa heidän saamiinsa palveluihin tai hoitoon. **Hyväksyvä hoitoasenne** tarkoittaa nuoren ja hänen perheensä hyväksymistä juuri sellaisena kuin perhe on. Perhettä ei tule leimata ennakoasenteiden tai olettamusten mukaan, eikä perhettä tule syyllistää. Hoitoasenteet voivat tämän aineiston mukaan olla tiedostettuja tai tiedostamattomia.

”Avohoitoyksikön hoitoasenteet sekä tietoisella että tiedostamattomalla tasolla.” (E7)

”... et ei oo olemassa hankalii asiakkaita. Vaan ikään kuin haasteita. Et miten uida siihen kuvioon, mitä se ihminen tai se perhe edustaa. Et miten saada se yhteistyöhön - se on se haaste. Mä jotenki vierastan sitä hankala -sanaa. Ei oo oikeutta niin sanoa. Ei sellast oo. Siel on kaikilla omat kuviot...”(H1)

5.4.3 Työryhmän toimivat rakenteet

Työryhmän toimivat rakenteet nousevat tässä aineistossa tarkoittamaan erityisesti toimivan työryhmätyöskentelyn edellyttämiä puitteita. Yläluokka toimivat rakenteet koostuu alaluokista **työryhmän toimivuus** ja **työryhmän ilmapiiri**.

Avohoidon työntekijät tekevät vastaanottotyötä pääsääntöisesti yksin, siksi oman työryhmän – tiimin – tuki, on työntekijälle arvokas ja merkityksellinen. Alaluokka **työryhmän toimivuus** sisältää monia ulottuvuuksia. Tiimillä on merkittävä rooli informaation kulun kannalta. Tiimissä asiat välittyvät eteenpäin esimerkiksi lääkärille tai työparille. Tiimissä on mahdollista kuulla moniammatillinen ja monipuolinen näkemys esille tuodusta tilanteesta ja pohtia tilannetta erilaisista näkökulmista. Oma työryhmä toimii työntekijän ammatillisena peilinä. Toimivassa työryhmässä työntekijät auttavat toisiaan vastavuoroisessa suhteessa. Tiimissä voi jakaa huolta ja vastuuta sekä miettiä yhdessä esimerkiksi vaihtoehtoja ongelmaisen tilanteen ratkaisemiseksi. Tiimit toimivat avohoitoyksikön sisällä omina, suhteellisen autonomisina yksiköinä, vuorovaikutuksessa muiden avohoitoyksikön työryhmien kanssa. Hyvin toimivissa tiimissä opitaan, opiskellaan, kehitetään ja tehdään asioita yhdessä ja tiimit järjestävät myös tiimikohtaista ryhmätyönohjausta. Työntekijöiden vaihtuvuus koetaan suureksi työryhmän toimivuutta koettelevaksi haasteeksi.

”... toimiva moniammatillinen tiimityö, aktiivisuus koulutukseen ja työnohjaukseen ... keskinäinen avunanto, työntekijöiden keskinäisen kiinnostuksen tukeminen uusien toimivien työmenetelmien opiskeluun ja kehittämiseen” (E7)

”... ollut sanotaan vuoden, silloinhan se vasta lähtee tää työryhmä... vuoden yhessä ni silloinhan se vasta näkyis oikein...” (H2)

Tämän aineiston mukaan pelkät rakenteet eivät takaa työryhmän toimivuutta. **Työryhmän ilmapiiri** on toiminnan ja perustehtävän toteutumisen sekä työntekijöiden jaksamisen kannalta tärkeä. Luottamus muihin työryhmän työntekijöihin ja heidän ammattitaitoonsa, sekä työntekijöiden välinen keskinäinen arvostus ja avunanto, nousevat keskeisiksi tekijöiksi arvioitaessa työryhmän ilmapiiriä.

”... luottamus työtoverin kykyyn auttaa nuorta ja perhettä” (E7)

5.4.4 Ammatillinen osaaminen

Työryhmien työskentelyyn, esimerkiksi työtapoihin, vaikuttavat monenlaiset tekijät. Työntekijöiden kuvausten mukaan työpaikan historialla on merkitystä, samoin työntekijöiden omilla näkemyksillä ja viitekehysillä. Erittäin paljon vaikutusta koettiin olevan työryhmän lääkärin näkemyksellä hoitokäytännöistä. Ammatillisen osaamisen alaluokiksi muodostuivat tässä aineistossa **moniammatillisuus, työmenetelmien hallinta, lisäkoulutus, erilaiset viitekehukset ja työnohjaus**.

Nuorisopsykiatrian poliklinikoilla työskennellään työryhmissä, joihin jokainen ammattilainen tuo oman asiantuntijuutensa ja osaamisensa. Tästä yhteistyöstä syntyy **moniammatillisuus** ja moniammatillinen tiimityö. Jokaisella työntekijällä oma erityisosaamisensa alue, joka on muodostunut sekä ammatillisen että muun lisä- ja täydennyskoulutuksen kautta. Kukin työryhmä luo ja toteuttaa itse omaa työkuultuuriaan ja työtapojaan melko autonomisesti niissä puitteissa, jotka työnantaja mahdollistaa. Moniammatillinen työryhmä tarjoaa mahdollisuuden reflektointiin ja avoimeen keskusteluun sekä myöskin työn yhteiseen suunnitteluun, tavoitteiden laatimiseen ja vastuun yhteiseen kantamiseen.

”Nuorisopsykiatrian avohoidossa toimii myös taustalla moniammatillinen tiimi, jota voidaan tarpeen mukaan hyödyntää terveyttä edistävässä nuorisopsykiatrisessa hoidossa” (E4)

Työmenetelmien hallinta on yksi ammatillisen osaamisen osa-alue. Nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijät ovat tässä aineistossa hyvin kokeneita ja kouluttautuneita ja hallitsevat perustehtävän mukaisen työnsä ja käyttämänsä työmenetelmät mielestään hyvin. Aineistosta nousee esiin myös tarvetta ja kiinnostusta kokeilla uusia, itselle vieraampia työtapoja ja halua ottaa tällä tavoin rohkeasti vastaan myös uusia haasteita.

”Perheen kohtaamisen osaamme kaikki, mutta rohkea heittäytyminen työpariksi koko perheen hoitoon esim. perheterapeutin kanssa olisi hyvä haaste, nyt, ei huomenna.” (E2)

Moniammatillisessa työssä kohtaavat myös **erilaiset viitekehukset**. Tässä alaluokassa vaikuttavia asioita ovat hoitoyhteisön historiasta nouseva hoitokulttuuri ja hoitokäytännöt sekä työntekijöiden erilaisiin näkökulmiin tai lähestymistapoihin perustuvat psykoterapiakoulutukset. Tässä aineistossa erilaisten viitekehysten olemassaolo nähtiin rikkautena ja mahdollisuutena, vaikka myös vastakkainasetteluasetelmia näkökulmien suhteen saattaa syntyä. Lähestymistapa tulee voida ratkaista nuoren ja perheen tarpeista lähtien.

”Alituisesta vastaikkainasettelusta ja kiistakysymyksestä yksilötyö nuoren kanssa vs. perheterapia koko perheen kesken, olisi saatava ratkaistua nuorta ja perheen kuntoutumista edistävällä tavalla.” (E7)

...ainoo malli joka on ollut on tää yksilökeskeinen kehityspsykologinen ajattelumalli, mikä on ihan tärkeä asia, - et mitä muita malleja on olemassa - esim. tää perheen huomioiminen” (H1)

Jokaisella työntekijällä on tehtävänsä vaadittava ammatillinen peruskoulutus. Alaluokassa **lisäkoulutus**, koulutuksella tarkoitetaan ammatillisen peruskoulutuksen päälle rakentuvaa lisä- tai täydennyskoulutusta. Koulutuksen koetaan olevan tärkeää, mutta sen koetaan olevan paljon työntekijään oman kiinnostuksen ja aktiivisuuden varassa. Työntekijöiden mukaan hankittua lisäkoulutusta saa ja voi käyttää nuorisopsykiatrisessa työssä hyödyksi.

Nuorisopsykiatrian avohoidon työntekijöillä on paljon esimerkiksi psykoterapiaan tai työnohjaukseen liittyvää lisäkoulutusta.

”...toki myös psykoterapiakoulutuksen hyödyntäminen niin nuoren kuin perheenkin kohtaamisessa”(E9)

Työnohjaus nousee esiin omana alaluokkana. Luokittelussa se on liitetty osaksi yläluokkaa ammatillinen osaaminen, vaikka työntekijät eivät olleet kuvailleet tai määritelleet kovin tarkasti työnohjauksen sisältöä.

”...työnohjausta,...” (H1)

5.4.5 Työryhmätyöskentelyn kehittäminen

Yläluokka työryhmätyöskentelyn kehittäminen sisältää tässä aineistossa alaluokat **työmenetelmien kehittäminen ja työn sisällön kehittäminen**. Aineistosta nousi esiin työntekijöiden vahva halu ja kiinnostus erilaisiin työn keittämisen toimintoihin ja uuden oppimisen mahdollisuuksiin, mutta samanaikaisesti työn kehittämisen edellytykset tuntuivat hankalilta. Vaikeutta työryhmätyöskentelyn kehittämiseen aiheuttivat työntekijöiden mukaan ajan puute ja tunne jatkuvassa muutostilanteessa elämisestä, jolloin työryhmän ei koettu olevan koskaan ”valmis” tai ”täysi”. Toisaalta jatkuvassa muutostilassa olemisen tiedostettiin kuuluvan aina jollain tavoin osana ison organisaation ja suurten työryhmien elämään. Joissakin työryhmissä kehittämistyötä tehtiin suunnitellusti ja työntekijät myös kuvasivat näistä tiimin sisäisistä kehittämisprojekteista saatuja hyviä kokemuksia.

”työryhmät ois niinku sillai vähän pidemmän aikaisia, et pystyis kehittämään sitä työtä”. (H2)

Työntekijöillä oli kokemusta työryhmien sisällä tapahtuvasta erilaisten työmenetelmien ja -tekniikoiden kehittämisestä. Alaluokassa **työmenetelmien kehittäminen** työntekijät nostivat esiin kokemuksiaan muun muassa avoimen dialogin ja reflektion käytön opettelemisesta työryhmässään ja edelleen kokemuksiaan menetelmistä saadun hyödyn onnistuneesta siirtymisestä myös potilastyöhön. Erilaisten ja monipuolisten työmenetelmien valikoimaa, ”työkalulaatikkoa”, pidettiin työssä tärkeänä ja työntekijät toivoivat uusien näkökulmien ja viitekehysten käytön lisääntymistä. Parityön menetelmien kehittämisestä oli työntekijöillä niin ikään hyviä kokemuksia.

”Omassa tiimissämme olemme näitä työtilanteita varten opiskelleet puheeksi ottamista, avointa dialogia sekä reflektiivisen vuorovaikutuksen työmenetelmiä. Olemme työntekijöinä kokeneet pääsevämme eteenpäin varsin hankalissakin pattitilanteissa - myös perheiltä saamamme palaute on ollut rohkaisevaa.” (E7)

”...millä välineillä liikutaan ja saaks tilata jonku konsultin paikalle vai? Et mehän ollaan menty meillä vähän niinku siihen, et me on alettu käyttää mejjän perheterapian työnohjaus siihen. Mut se on mejjän ratkaisu. Mut ku siihen

olis olemassa muitaki ratkaisuja. Et jotenki se semmost... työkalulaatikon laajentaminen muuhunki ku vaan terapiatyöhön. Että on niitä välineitä muitakin.” (H1)

Työmenetelmien kehittämisen ohella työntekijöiden kuvauksista nousee erikseen alaluokka **työn sisällön kehittäminen**, vaikka ne sisältävät osittain myös samoja asioita. Työn sisällön kehittämisenä kuvataan esimerkiksi vanhempien tukikäyntien sisältöjen kehittämistä siten, että ne voisivat tukea mahdollisimman hyvin nuoren hoitosuhdetta. Työryhmillä saattaa olla myös jo perustehtävässään määritellyjä erityisosaamista vaativia osaamisalueita, jotka vaativat työn sisällön jatkuvaa kehittämistä. Tällaisena erityisen osaamisen alueena aineistossa tuli esiin muun muassa lastensuojelun konsultaatioyhteistyö.

”... nuorisopsykiatrisessa avohoidossa tulisi aktiivisesti kehittää sekä yksittäisten työntekijöiden että koko työryhmän käyttämiä työmenetelmiä perheen kontaktiin saamiseksi, kontaktissa pysymiseksi ja hoitokontaktista luopumiseksi. Tällaisia ovat mm. vanhempien haastattelumenetelmät, vanhempainohjausmenetelmät sekä vanhempien omien tukikäyntien sisältöjen kehittäminen nuoren hoitosuhteen tueksi” (E7)

5.4.6 Työntekijän persoonalliset ominaisuudet

Yläluokka työntekijän persoonalliset ominaisuudet sisältää tässä aineistossa alaluokat **työntekijän ikä ja sukupuoli, työntekijän elämäntilanteesta nousevat vaikuttavat tekijät** sekä **työntekijän kyky työskennellä vastatunteidensa kanssa**. Koska työvälineenä on oma persoona on tämä alaluokka merkittävä nuorisopsykiatrista ja psykoterapeuttista työtä tehtäessä.

”Ja tietenkin se oma persoona, sehän se on millä me työskennellään...” (H2)

Työntekijän ikä ja sukupuoli tai mahdollisesti myös esimerkiksi työntekijän kulttuuritausta tai kielitaito saattavat joskus muodostua tekijöiksi, joihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota, kun nuorelle tai perheelle valitaan työntekijää.

”...tietyissä tapauksissa sukupuolella on merkitystä ... ja iälläkin...” (H2)

Psykiatrista työtä tekevän työntekijän on hyvä olla tietoinen omasta traumataustastaan. Alaluokka **työntekijän elämäntilanteesta nousevat vaikuttavat tekijät**, sisältää sekä työntekijän historiaan liittyviä henkilökohtaisia elämäntapahtumia että ajankohtaisia esimerkiksi perhetilanteeseen liittyviä asioita, jolla saattaa olla merkitystä esimerkiksi työssä jaksamiseen.

”Omat taustat!” (H2)

Hoitosuhteessa oleminen ja etenkin psykoterapeuttinen suhde herättää nuoren tai perheen ja työntekijän välillä aina niin tietoisia kuin tiedostamattomiakin tunteita ja vastatunteita. Aineistosta nousee esiin merkitykselliseksi koettu alaluokka **työntekijän kyky työskennellä vastatunteidensa kanssa**. Aineiston mukaan on tärkeää, että työntekijällä on kykyä ja rohkeutta tunnistaa itsessään näitä herääviä tunteita ja työskennellä niiden kanssa. Työntekijä voi käsitellä herääviä vastatunteita työryhmässään ja ennen kaikkea henkilökohtaisessa työnohjauksessaan.

”Perheen kuntoutumiseen vaikuttavat mielestäni ainakin seuraavat seikat ...työntekijöiden kyky ja rohkeus tunnistaa perheen herättämiä vastatunteita, työskennellä niiden kanssa...” (E7)

5.4.7 Tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus

Yläluokassa tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus linkittyy alaluokkien **tuen oikea-aikaisuus, erityisen vaikeassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin panostaminen, stereotyyppien välttäminen ja raja-aitojen ylitys** sisältö vahvasti viime-aikaiseen julkiseen keskusteluun lapsiperheiden vaikeista elämäntilanteista, nuorten pahoinvoinnista sekä ennaltaehkäisevien toimien ja varhaisen tuen tärkeydestä. Erikoissairaanhoidossa työskenteleville työntekijöille konkretisoituu vääjäämättä se todellisuus, että perheiden ja lasten ja nuorten olisi täytynyt saada oikeanlaista tukea ja apua hyvin usein jo paljon aikaisemmin. Monissa perheissä vaikeudet ovat jatkuneet jo pitkään ja ruokkineet uusien vaikeuksien syntymistä. Perheet ovat uupuneita usein jo vuosia jatkuneeseen ahdingossa elämiseen, ja tämä tekee jo lähtökohdan asioiden saattamiseen parempaan kuntoon vaikeaksi. Lastenneuvolan rooli nähtiin ongelmien havaitsemisen kannalta hyvin merkittävänä ja resurssien erityinen panostaminen lastenneuvolatoimintaan tulevaisuudessa nähtiin tärkeänä. Työntekijät ilmaisivat odottavansa kiinnostuneina, millaiseksi perheneuvolan rooli tulevaisuudessa perheneuvolan muuttuneen toimenkuvan myötä muotoutuu.

On tärkeää voida puuttua nuoren psyykkisen kehityksen ongelmiin viimeistään silloin, kun ne tulevat esille. **Tuen oikea-aikaisuus** terveyden edistämisen toiminnassa ehkäisee lisäongelmien syntymistä ja auttaa hyvään tulokseen pääsemisessä. Ongelmien varhaisen havaitsemisen kannalta perusterveydenhuollon palvelut ovat avainasemassa, koska käytännössä kaikki lapsiperheet ovat neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluiden käyttäjiä. Perusterveydenhuollon palveluiden saattaminen paremmin tarvetta vastaaviksi nähdään tehokkaana ja tarpeellisena toimenä niin nuorten ja perheiden terveyden edistämisen kuin palvelujärjestelmän toimivuudenkin kannalta. Erikoissairaanhoidon jatkuvaa vahvistamista ei pidetä järkevänä, vaan työntekijöiden mukaan painopistettä tulee saada muutettua selkeästi varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn suuntaan.

”Nuorisopsykiatrian asiakkaaksi nuori perheineen saapuu yleensä aina liian myöhään. Joudumme keskittymään hoitoon, emme ennaltaehkäisyyn. Perusterveydenhuollon - neuvolasta kouluterveydenhuoltoon - vahvistaminen seuloisi tuen tarpeessa olevat perheet ajoissa. Erikoissairaanhoidon loputun vahvistaminen ei liene järkevää, tuki kohdistettava oikea-aikaisesti perheeseen.” (E2)

Erityisen vaikeassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin panostaminen nähdään tärkeäksi näiden perheiden vaikean elämäntilanteen, usein näille perheille kasautuneen moniongelmaisuuuden ja perheiden vaatimattomien selviytymisresurssien vuoksi. Erityisen vaikeassa elämäntilanteessa oleviksi koetuissa perheissä on usein vaikeuksia useilla perheenjäsenillä ja siitä johtuen perheillä on usein myös hoito- tai muita tukikontakteja useisiin eri paikkoihin. Paitsi perheiden vaikeudet, saattavat näissä tilanteissa näkyä myös eri toimijatahojen yhteistyön pulmat. Perheen ympärille saattaa koostua suuri toimijoiden verkosto, jolla saattaa olla myös erilaisia näkemyksiä perhettä auttavista toimista. Erityisen vaikeassa elämäntilanteessa olevan perheen asioita jakaa usein myös työryhmässä useampi kuin yksi työntekijä. Erityisen vaikeassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin panostaminen nähtiin myös resurssikysymyksenä. Vaikka kaikilla perheillä nähtiin olevan oikeus riittävään perhetyöhön ja vaikka halukkuutta kaikkien perheiden kanssa tehtävään työhön olisi, koetaan resurssien tähän olevan täysin riittämättömät. Tästä luonnollisena seurauksena on, että toimenpiteet ja työntekijöiden panostus keskittyvät enemmän erityisen vaikeassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin.

”Poikkeukset lähestymistavassa, eli parityö kaikkein vaikeimmin oireileville perheille” (E2)

”... itse asiassa työllistää pirun monta ihmistä...”(H1)

Stereotypiat nousivat aineistosta esiin harmilliseksi koettuna ilmiönä alaluokassa **stereotyyppien välttäminen**. Työntekijät pitivät tärkeänä, että työryhmissä ei sorruttaisi ennen nuoren ja perhetilanteen perusteellista kartoittamista oletamaan, että perheessä on jokin vialla ja että nuoren oireilu on ilman muuta jollain tavoin perheestä johtuvaa. Koettiin, että vaikka perheessä olisikin vaikeuksia, tai esimerkiksi somaattista tai psyykkistä sairastamista, perhe saattaa silti toimia perheenä hyvinkin ”terveellä” tavalla. Jos työntekijä juuttuu olettamuksiin ja ennakoasenteisiin, niillä saattaa olla vaikutusta siihen, että nuori ja perhe eivät saa tarkoituksenmukaista tukea ja hoitoa.

”... eikä lähetä heti mieltii, et mikähän siellä nyt on siellä perheessä, kun...(H1)

”Perheen terveys voi olla erilainen, mitä yleisesti (stereotyyppisesti) ajatellaan” (E12)

Raja-aitojen ylitys tarkoittaa tässä yhteydessä nuoren tarpeista lähtevää ja nuoren hoidon kannalta edullista joustavuutta hoidon järjestämisessä silloin, kun nuoren hoito siirtyy

esimerkiksi toisen sairaanhoito-alueen piiriin. Tarve siirtoon voi nousta perheen muuton, opiskelupaikan tai lastensuojelun sijoituksen myötä. Työntekijöiden kuvauksissa hoitopaikkojen siirtymisiin saattaa liittyä pulmia, joiden seurauksena nuoren hoito kärsii. Siirtovaiheessa joustavuus, tarkoituksenmukaisuus ja yhteistyön tekeminen nousivat esiin tärkeinä ja siirtymistä helpottavina seikkoina niin nuoren ja perheen kuin lähettävän ja vastaanottavan hoitotahonkin kannalta. Pelkän lähetteen lähettäminen jatkohoitopaikkaan koettiin riittämättömänä toimena. Aineistosta nousi esiin hyviä kokemuksia puhelimitse tehdystä yhteistyöstä lähettävän ja tulevan hoitopaikan työntekijöiden kesken tilanteissa, jolloin esimerkiksi nuoren tuleva hoitopaikka sijaitsi niin kaukana että henkilökohtainen tapaaminen ei ollut mahdollinen.

”Nykytilanteessa perheen terveyden edistäminen voi tapahtua yli hallintokuntien rajojen yhteistyönä eri toimijoiden kesken” (E2)

”...vastaus sieltä päästä oli, et ne moneen kertaan kiitteli, et olipa ihanaa, ku soittelit, tää auttaa heitä lähtemään liikkeelle” (H1)

5.5 Muutoksen mahdollistuminen perheen terveyden edistämisen ydinluokkana

Perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaavan luokittelun yhdistäväksi luokaksi muodostui luokka **muutoksen mahdollistuminen**. Siten muutoksen mahdollistuminen on tämän tutkimuksen mukaan nuorisopsykiatrisen avohoidon perheen terveyttä edistävän toiminnan ydin.

Pyrkimys muutokseen on läsnä lähes kaikessa nuorisopsykiatrisen avohoidon toiminnassa. Nuorisopsykiatrisen terveyttä edistävä toiminta pyrkii luomaan edellytyksiä sille, että perheen hyvinvointiin ja terveyden kohentumiseen tähtäävät muutokset perheessä mahdollistuisivat, sekä tukemaan ja auttamaan perhettä muutosvaiheessa. Muutosta pyritään mahdollistamaan suunnittelemalla ja arvioimalla nuoren tutkimus- ja hoitoprosessia ja sen toteutumista yhdessä perheen ja muun tarvittavan verkoston kanssa avoimessa, toimivassa ja perheen tarpeista lähtevässä yhteistyösuhteessa huomioiden perheen kokonaiselämäntilanne.

Pääluokassa *kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus*, näyttäytyy muutosprosessi jokaisesta neljästä yläluokasta nousevana omanlaisenaan ulottuvuutena. Ihmisen kehitykseen kuuluvassa elinikäisessä kehitysjatkumossa nousevat keskeisiksi kehitykselliset muutostapahtumat. Nuoruusiän kehitysvaihe on yksi vaihe tätä prosessia ja nuorisopsykiatrisen avohoidon tehtävänä on auttaa nuorta hänen kasvussaan ja itsenäistymiskehityksessään ja tukea ja mahdollistaa näin suotuisaa kehityksellistä muutosta. Toisena ulottuvuutena nähdään, että erikoissairaanhoidon piiriin tulevalla nuorella on jokin

lääketieteestä käsin määritelty oirekuva tai sairaus. Tällä ulottuvuudella muutos näyttäytyy nuoren psyykkisessä voinnissa tapahtuvina muutoksina, esimerkiksi voinnin paranemisena, hänen saadessaan lääketieteeseen perustuvaa hoitoa, esimerkiksi lääkettä.

Luottamuksellinen hoitosuhde antaa nuorelle mahdollisuuden ja tilan rauhassa tapahtuvaan itsensä ja itseään koskevien asioiden tutkiskeluun, joten kolmantena ulottuvuutena voidaan pitää sitä, että saadessaan hoitosuhteessa ymmärrystä, tukea, ohjausta ja neuvontaa, nuori selkiyttää ja jopa luo uudenlaisia toimintamalleja, jotka näkyvät muutoksina suhteessa aiempiin käyttäytymis- ja ajattelumalleihin. Neljäntenä näkökulmana muutosprosessi näyttäytyy tässä pääluokassa nuoren ja hänen perheensä välisissä suhteissa. Hoitokontaktin seurauksena nuoren ”paikka” perheessä voi muuttua. Jotta muutos mahdollistuisi, nousee vanhempien taholta saavutettu luottamus ja tuki nuoren hoidolle tärkeään asemaan. Tällöin nuori myös ikään kuin saa vanhemmiltaan luvan hoitoon.

Pääluokassa *perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen* nousee muutoksen mahdollistuminen esiin ennen kaikkea perheen kuormittuneisuuden kevenemisen ja toisaalta perheen omien voimavarojen löytämisen ja käyttöön saamisen kautta. Elämäntilanteen kartoittamisella pyritään tunnistamaan muun muassa perhettä kuormittavia tekijöitä ja vaikuttamaan näihin. Kun perhettä kuormittavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset seikat kevenevät ja selkiytyvät, tämä mahdollistaa muutosta kohti perheen parempaa terveyttä ja hyvinvointia. Aineistossa nousevat esiin perheen omat voimavarat, joiden saaminen käyttöön on perheen terveyden ja toimintakyvyn kannalta tavoiteltavaa ja tärkeää. Pyrkimyksenä ei ole kenenkään muuttaminen, vaan pyrkimys muutokseen näyttäytyy pyrkimyksenä muutoksen mahdollistumiseen perheessä itsessään tapahtuvien oivallusten sekä voimavarojen ja ratkaisujen löytämisen kautta. Näin ollen muutos on ennen kaikkea perheessä itsessään, perheenjäsenten elämäntilanteissa ja heidän välisissä suhteissaan tapahtuva prosessi, jossa avohoidon työntekijät ovat perheen apuna ja tukena perheen tarpeiden mukaan prosessin eri vaiheissa.

Perheen kehitysvaiheen muutokseen liittyvä muutosnäkökulma tulee esiin tavassa, jolla perhe kykenee siirtymään kehitysvaiheesta toiseen ja sopeutumaan muutosvaiheeseen, perheen nuoren tullessa murrosikään. Useat työntekijöistä olivat määritelleet perheen terveyden edistämistä perheen kehitysvaiheen muutoksen ja siinä ilmenevien vaikeuksien näkökulmasta. Erityisesti tästä havainnosta lähti kasvamaan muutoksen mahdollistumisen nouseminen koko luokittelun yhdistäväksi luokaksi. Työntekijät kuvasivat perheen kehitysvaiheesta toiseen siirtymisen pulmallisuutta esimerkiksi seuraavasti:

”... nuoren psykiatrisen oirehdinnan takana on monesti koko perheen vaikeus siirtyä uuteen kehitysvaiheeseen, jolloin perheen terveyden edistäminen tarkoittaisi perheen auttamista uuteen kehitysvaiheeseen siirtymisessä.”
(E11)

”Perheen terveyttä voisi ehkä hahmotella jonkinlaisena joustavan toimintakyvyn säilymisenä uusissa tilanteissa” (E10)

”... nuoren tullessa murrosikään, ... toimintamallit ovat usein muutoksen edessä ja perhe voi tarvita erityistä tukea selviytyäkseen muutoksesta” (E5)

Aineisto korostaa nuoruusikäisen perheenä olemisen elämänvaiheen olevan normaalin elämänvaiheen, vaikkakin elämänvaiheeseen liittyy ominaispiirteitä, jotka saattavat olla perheille yksilöllisistä syistä riippuen haastavia. Nuoruusikäisen perheenä oleminen on yksi vaihe perheen elämänkaareissa.

Pääluokasta *toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken* käy ilmi, että lähtökohta onnistuneelle yhteistyölle luodaan jo ensikohtaamisessa perheen kanssa. Tapa, jolla perhe otetaan avohoidossa vastaan ja heidän tarpeisiinsa vastataan, on keskeisessä roolissa yhteistyösuhteen muodostumisen kannalta. Muutokseen pyritään etsimällä ratkaisuja yhdessä perheen kanssa ja muutoksen toteutumista seurataan yhdessä. Työskentelyn onnistumisen kannalta on toimiva yhteistyösuhte keskeinen. Luottamuksellisessa ja toimivassa yhteistyösuhteessa vanhemmat saavat tietoa sekä nuoruusiän kehitysvaiheesta että nuoren oireista tai sairaudesta. Aineiston mukaan tieto auttaa vanhempia ja perhettä ymmärtämään paremmin oireilevaa nuorta. Tieto on siten tärkeässä asemassa luomassa edellytyksiä muutokselle ja mahdollistamassa muutosta. Keskeisenä muutosta mahdollistavana tekijänä nousee aineistosta esiin perheen sisäisen vuorovaikutuksen lisääntyminen ja paraneminen. Vuorovaikutuksen ongelmat ovat tämän aineiston mukaan nuorisopsykiatrian asiakasperheissä yleisiä. Tulosten mukaan perheen keskinäisen vuorovaikutuksen paranemisella on merkittävää myönteistä vaikutusta nuoren oireiluun.

Yksi tärkeimmistä nuorisopsykiatrisen avohoidon työmuodoista on verkostoyhteistyö. Perheen itsensä kuuluminen verkostoon aidosti on keskeistä. Verkoston onnistunut ja toimiva yhteistyö paitsi mahdollistaa muutosta, niin myös turvaa tapahtuvan muutoksen pysyvyyttä ja jatkuvuutta. Erilaisista syistä johtuvat hoitojen siirtymiset hoitopaikasta toiseen ovat aineiston mukaan riskialttiita kohtia, joissa alkanut myönteinen kehitys romuttuu helposti. Verkosto pelkkänä rakenteena ei mahdollista muutosta. Jos verkoston jäsenet eivät sitoudu aidosti yhteistyöhön, verkosto saattaa muodostua jopa perheen terveyden edistämistä haittaavaksi tekijäksi.

Pääluokassa perheen *terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset* työntekijät kuvaavat, että pyrkimys muutokseen on sisäänrakennettu työhön ja kuvaavat sitä jopa työn sisällöksi ja tavoitteeksi. Työntekijöiden kuvauksen mukaan työntekijöiden tehtävänä mahdollistaa muutosta.

”Pyrimme olemaan mahdollistamassa muutosta”. (H1)

Muutosta mahdollistetaan organisaation mahdollistamien resurssien puitteissa ja toimintaa ohjaavat perheen kunnioittamisen, ainutkertaisuuden, samanarvoisuuden ja yksilöllisyyden periaatteet sekä hyväksyvä hoitoasenne. Sitä, että muutos voisi olla mahdollinen, auttaa tässä pääluokassa tuen kohdentuminen perheisiin oikea-aikaisesti ja se, että tuki on perheen tarpeista lähtevää. Työntekijöiltä perheen apuna oleminen muutoksessa edellyttää ammatillista osaamista, työn jatkuvaa kehittämistä sekä työn vaatimia persoonallisia ominaisuuksia. Perheessä tapahtuvien positiivisten muutosten huomaaminen on tärkeää palautetta työntekijöille. Työntekijöiden kuvausten mukaan se antaa työlle mielen, innostaa ja auttaa työntekijöitä jaksamaan vaativassa työssä.

”Muutoksen mahdollistuminen kuulostaa innostavalta, auttaa jaksamaan...” (H1)

Organisaation jatkuva muutostilassa oleminen koetaan raskaaksi ja turhauttavaksi ja sen koetaan vaikuttavan myös mahdollisuuksiin tehdä laadukasta perheen terveyden edistämisen työtä. Muutostilassa työskentelyn koetaan olevan suuri taustavaikuttaja muun muassa kehittämistyön hankaluuksille ja työntekijöiden mahdollisuuksille käyttää perheen tarpeista lähteviä työtapoja.

”Kun organisaatiossa ei muutos onnistu, niin miten sitten jossain muussa...” (H1)

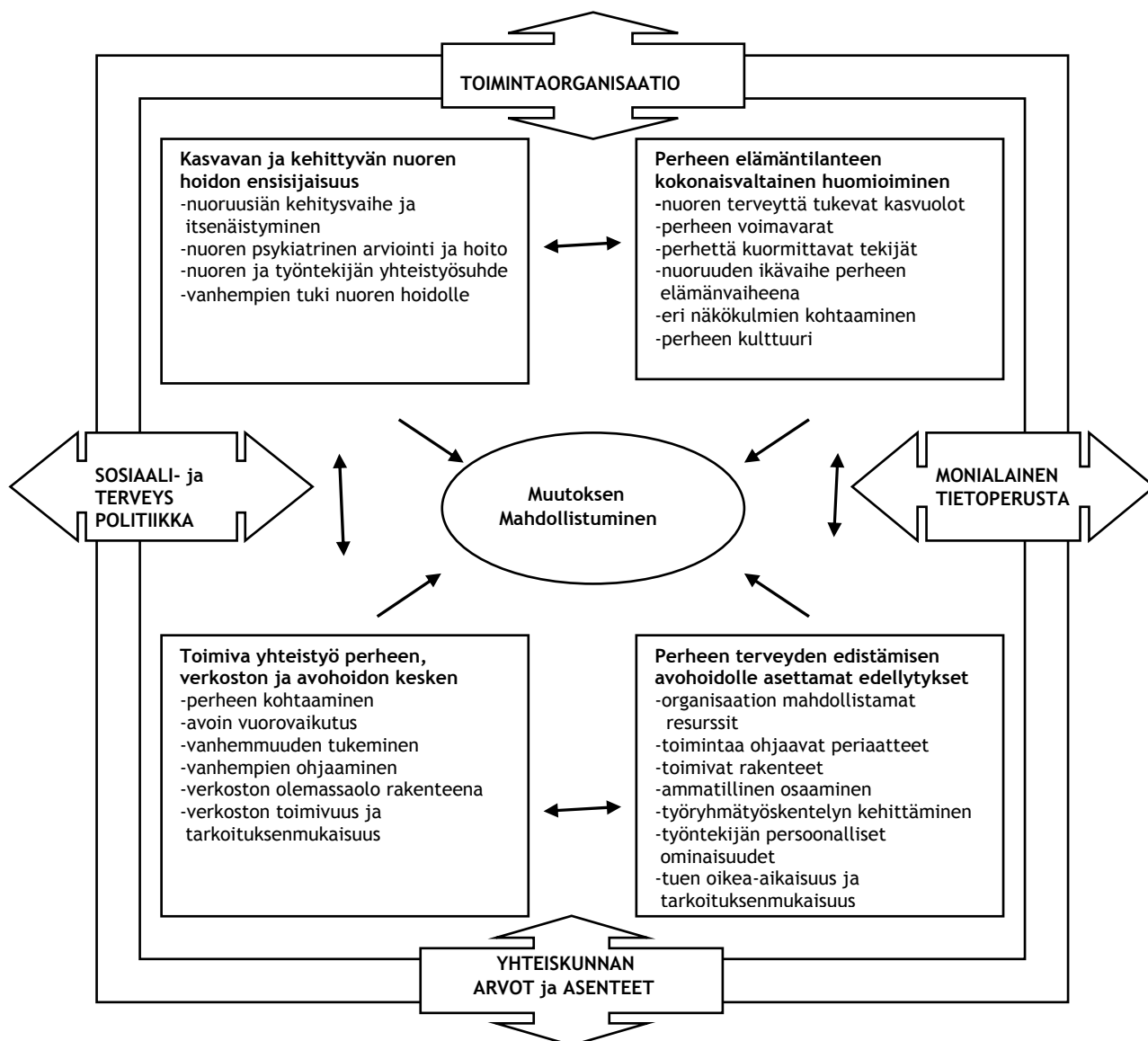
5.6 Käsitteellinen malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa

Tämän tutkimuksen konkreettisenä lopputuloksena tuotettiin perheen terveyden edistämistä kuvaava käsitteellinen malli nuorisopsykiatriseen avohoitoon (kuvio 3). Mallin keskeiset käsitteet ovat: kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken sekä perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset.

Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus käsittää nuoruusiän kehitysvaiheen ja itsenäistymisen, nuoren psykiatrisen arvioinnin ja hoidon, nuoren ja työntekijän yhteistyösuhteen sekä vanhempien tuen nuoren hoidolle. **Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen** koostuu nuoren terveyttä tukevien kasvuolojen, perheen voimavarojen, perhettä kuormittavien tekijöiden, eri näkökulmien kohtaamisen ja perheen kulttuurin huomioimisesta sekä sen huomioimisesta, että perhe elää elämänvaihetta, jossa perheen lapsi on nuoruusikäinen. *Toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken* sisältää perheen kohtaamisen, avoimen vuorovaikutuksen, vanhemmuuden tukemisen, vanhempien ohjaamisen, verkoston olemassaolon rakenteena sekä verkoston toimivuuden ja

tarkoituksenmukaisuuden. *Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset* käsittää organisaation mahdollistamat resurssit, toimintaa ohjaavat periaatteet, toimivat rakenteet, ammatillisen osaamisen, työryhmätyöskentelyn kehittämisen, työntekijöiden persoonalliset ominaisuudet sekä tuen oikea-aikaisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden.

Perheen terveyden edistäminen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa



Kuvio 3. Käsitteellinen malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa

Mallin käsitteet ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja perheen tarpeista lähtien ne voivat painottua eri aikoina eri tavoin. Käsitteet ovat jatkuvasti kehittyviä ja dynaamisia ja ne etenevät kohti muutosta. Nuorisopsykiatrisen avohoidon perheen terveyttä edistävän toiminnan tavoitteena on muutoksen mahdollistuminen. Osa muutoksista tapahtuu kehityksellisinä muutostapahtumina ja ympäröivien tekijöiden vaikutuksesta, mutta osa muutoksista vaatii toteutuakseen suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa.

Nuorisopsykiatrisen avohoito on osa julkista terveydenhuoltojärjestelmää. Perheen terveyden edistämisen mallissa toiminnan kehityksen muodostavat *toimintaorganisaatio, sosiaali- ja terveystieteet* ja muu lainsäädäntöön perustuva toiminta, nuorten ja perheiden terveyden edistämiseen tarvittava *monialainen tietoperusta* sekä *yhteiskunnan asenne- ja arvoilmapiiri* suhteessa nuoriin, perheisiin ja mielenterveyden ongelmiin. Malli ei ole suljettu järjestelmä, vaan siihen vaikuttavat niin yhteiskunnan tila laajemmin kuin koko maailman tilannekin. Vaikka toimintakehityksen käsitteet ovat tutkimuksen tulosten pohjalta nousseita, ne vaativat edelleen tutkimuksellista tarkentamista. Niitä voidaankin pitää eräänlaisina olettamuksina perheen terveyden edistämisen toimintaan vaikuttavista tekijöistä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettinen osaaminen nähdään olennaisena osana ammatillista asiantuntijuutta ja eettiset kysymykset koskettavat kaikkea ammatillista toimintaa (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 10). Vehviläinen-Julkusen (1997, 32) mukaan itsensä kehittäminen on eettisyyttä. Jokaisella hoitamiseen osallistuvalla ammattiryhmällä toimintaa ohjaavat ammattikunnan omat eettiset ohjeet. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajat vastaavat oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet). Tutkimustyö on välttämätöntä hoitotyön kehittämisen ja laadun parantamisen vuoksi. Leino-Kilven (2004) mukaan tutkimukseen osallistumista tutkimuksen tietolähteenä olemisen muodossa voidaan pitää eräänä ammatin kehittämisen muotona (Leino-Kilpi 2004, 292).

Tutkimusetiikka on paljon enemmän kuin vain sääntöjen kokoelma. Tutkijan eettinen omatunto merkitsee tutkijan jatkuvaa avoimuutta tutkimuksen toteutuksen eettisille kysymyksille, eivätkä parhaatkaan säännöt sellaisenaan riitä takaamaan eettisesti oikein toteutettua tutkimusta. (Kylmä 2008, 118). Eettiset kysymykset käsittelevät aiheen valintaa, tutkimuksen menetelmällisiä valintoja ja toteutusta sekä raportointia (Kylmä ym. 2001, 71).

Tutkimustyötä ohjaavat muun muassa hyvän tekemisen, ihmisen kunnioittamisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteet (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-32). Näihin ohjaaviin periaatteisiin on myös tässä tutkimuksessa pyritty. Terveiden edistämisen tutkimukseen liittyvät suojeltavat inhimilliset oikeudet ovat sinänsä samoja, kuin kaikessa muussakin terveyden edistämisen toiminnassa suojeltavat oikeudet (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2001, 71).

Tutkimuksen eettiset kysymykset nousevat erityisen tärkeiksi silloin, kun tutkitaan niin sanottuja haavoittuvia ryhmiä. Vaikeassa elämäntilanteessa olevat perheet, joissa esiintyy psyykkistä sairastamista ja paljon sosiaalisia ongelmia, voidaan katsoa kuuluvaksi tällaiseen ryhmään. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely eivät saa loukata ketään, eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi 2004, 288). Tässä tutkimuksessa osallistujina olivat nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijät, jotka kuvasivat omaan arvomaailmaansa, ammattietiikkaansa, ammattitaitoonsa sekä sairaalan arvoihin perustuen perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Työntekijöiden perheitä kunnioittava ja arvostava ajattelu sekä korkea ammattietiikka oli havaittavissa läpi koko aineiston. Korkeista hoitamisen ihanteista huolimatta tuloksista tuli esiin joitakin nuorisopsykiatriseen avohoitoon liittyviä arvoristiriitoja ja eettisiä epäkohtia, jotka liittyivät ennen kaikkea yhteistyön toimivuuteen yhteiskunnan laajuisessa palvelujärjestelmässä ja potilaiden oikeuteen saada hoitoa ajallaan. Eettisesti tämä antaa velvoitteen jatkaa työskentelyä epäkohdan vähentämiseksi edelleen kaikilla toiminnan tasoilla. On suuri eettinen ja yhteiskunnallinen kysymys, voidaanko terveyden edistämässä ylipäättään koskaan suunnata voimavaroja oikeudenmukaisesti (Ryynänen & Myllykangas 2000, 228-240).

Aineistolähtöisen laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimukseen osallistujan näkökulma tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön eettisesti kestäväällä tavalla (Kylmä 2008, 118). Tutkimukseen osallistujilla on oikeus luottamuksellisuuteen sekä oikeus odottaa tutkijalta vastuullisuutta ja hienotunteisuutta. Tutkittavan henkilön anonymiteetin säilyminen on yksi keskeinen tutkimuseettinen periaate. Laadullisen tutkimuksen tutkimusraporttia kirjoitettaessa on tämän periaatteen noudattaminen erityisen haastavaa. Tutkijan eettisiin velvollisuuksiin kuuluu raportoida tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kuvaus tutkitusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta kuitenkin osallistujien anonymiteettiä suojellen. Aineistoa havainnollistamaan on tässä tutkimuksessa käytetty suoria lainauksia alkuperäisaineistosta. Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että hänen käyttämistään lainauksista ei voida tunnistaa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä (Kylmä ym. 2001, 73). Anonymiteetin säilyttämiseksi on alkuperäisilmaisuja jouduttu jossain määrin pilkkomaan (kolme pistettä...) tai lyhentelemään, olennaisimman, merkityssisällön kuitenkin kärsimättä. Työntekijöiden anonymiteetin suojaa lisää myös se, että osallistujat jakautuvat yhteensä

kuuteen eri nuorisopsykiatrian toimipisteeseen ja että eri ryhmiltä kerätyt aineistot yhdistettiin analyysivaiheessa.

Yhteisön luottamuksen saaminen on tutkijalle ensiarvoisen tärkeää ja osallistujien tulee olla varmoja siitä, että tutkimuksesta ei aiheudu heille harmia tai ikäviä seuraamuksia (Nieminen 1997, 218). Tutkimuslupaa tutkimuksen suorittamiseen haettiin sairaalan ohjeistuksen mukaisesti. Tutkimussuunnitelman tiivistelmä ja tutkimuslupahakemus toimitettiin tulosyksikön johtavalle ylihoitajalle. Lupa-asian käsittelyn jälkeen luvan tutkimuksen tekemiseen myönsi sairaalan tulosyksikön vs. johtaja. Aineiston keruu toteutettiin tutkimussuunnitelmassa esitetyllä tavalla. Osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta kirjallisesti saatekirjeen muodossa. Saatekirje sisälsi tutkimuksen keskeiset tiedot sekä yhteystiedot mahdollisen lisätiedon saamiseksi. Lisäksi poliklinikan työntekijöillä oli mahdollisuus saada tutkimukseen liittyvää suullista tietoa kahdessa tätä varten järjestetyssä erillisessä tapaamisessa. Tutkimukseen osallistuvilla kerrottiin vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta, tiedonantajan merkityksestä, tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusmenetelmistä. Osallistujat tekivät itse päätöksen tutkimukseen osallistumisestaan saadun tiedon perusteella ja vahvistivat suostumuksensa kirjallisesti. (Kylmä 2008, 112; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39; Leino-Kilpi 2004, 290.)

Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-6). Tutkimuksen tulosten raportoinnin periaatteena ovat avoimuus ja rehellisyys sekä objektiivisuus (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Tässä tutkimuksessa erityisesti objektiivisuuden vaatimus on ollut hyvin haastava, koska tutkija kuuluu jäsenenä molempiin tutkimukseen osallistuneiden ryhmään. Tämä on vaatinut asian jatkuvaa mielessä pitämistä ja kirkastamista itselleen etenkin analyysivaiheessa, jolloin tutkija tulkitsee osallistujien kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä aineistolähtöisesti ja pyrkii siihen, että omat kokemukset tai ennako-oletukset eivät vaikuttaisi tulkintaan. Tutkimuksen uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2006). Tutkimussuunnitelman ja osallistujille annetun lupauksen mukaisesti koko tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vehviläinen-Julkusen (1997, 32) mukaan eettisyyttä on jatkuva oman alan seuraaminen ja kehittäminen. Tutkimuksen aihe nousee usein jäsentymättömästä käytännöstä. Tutkijaa alkaa esimerkiksi askarruttaa, mistä tietystä ilmiössä on kyse, tai mitä jokin asia ihmisille merkitsee (Krause & Kiikkala 1996, 63.) Myös tässä tutkimuksessa lähtötilannetta voi kuvata monin tavoin jäsentymättömäksi. Tutkimusaiheen valinta oli perusteltua, koska tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja sillä tavoiteltiin uutta tietoa aiemmin niukasti tutkitusta ilmiöstä. Erityisen haastavan, mutta juuri sen vuoksi erityisen antoisan ja mielenkiintoisen, tutkimusasetelmasta teki osallistujien kuuluminen useisiin ammattiryhmiin. Sairaalaorganisaatiota pidetään

yleisesti jäykkänä ja hierarkkisena, siten tutkimukseen osallistuminen yli ammattikuntarajojen rikkoo jossain määrin tätä yleistä oletusta.

Kesällä 2008 tätä tutkimusta aloittaessani en osannut arvata, kuinka ajankohtaiseksi ja kaikille yhteiseksi nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin asiat tulevana loppuvuonna muodostuisivat. Suomalaista yhteiskuntaa järkyttäneet koulusurmat ensin Jokelassa ja seuraavana syksynä Kauhajoella nostivat nuorten ja perheiden asiat otsikoihin. Yleinen keskustelu lapsiperheiden ahtaalle joutumisesta, yhteisöllisyyden merkityksestä, ennaltaehkäisystä ja varhaisesta puuttumisesta sekä nuorten mielenterveysongelmien hoidosta on menneen syksyn aikana avattu yhteiskunnan kaikilla tasoilla. Tutkijan näkökulmasta tutkimusaiheen äkillinen ajankohtaistuminen on avannut ilmiöön yhden uuden näkökulman ja ulottuvuuden, jossa myös monet eettiset kysymykset ovat nousseet kipeästi esiin.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyvä vastuu – niin myös tutkimuksen tekemiseen. Vastuullisuus on merkittävä osa tutkimuksen luotettavuutta ja viime kädessä tutkimuksensa luotettavuutta voi arvioida vain tutkija itse (Perttula 1995, 39-46). Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia – aineiston laatua, aineiston analyysiä ja tulosten esittämistä (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Aineiston analyysissä korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky ja aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36).

Laadullisessa tutkimuksessa kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista ihmistä on kaksisuuntainen. Toisaalta on kysymys siitä, miten esimerkiksi tutkijan on mahdollista ymmärtää tiedonantajaa, siis toista ihmistä. Toisaalta on kysymys siitä, miten joku toinen ihminen ymmärtää tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 70-71.) Perttula (1995) pitää laadullisen tutkimuksen rakennetekijöinä 1. toisen ihmisen kokemusta, 2. hänen tapaansa ilmaista kokemuksensa, 3. tutkijan kokemusta toisen ihmisen kokemuksesta ja sen ilmaisusta sekä 4. tutkijan tapaa ilmaista kokemuksensa toisen ihmisen kokemuksesta (Perttula 1995, 42). Perttulan (1995) mukaan laadullista tutkimusotetta soveltavaa tutkimusta voidaan pitää luotettavana, jos tutkijan kokemuksen voidaan ajatella vastaavan tutkittavan alkuperäistä kokemusta. Kokemusten vastaavuuteen pyrkimyksestä huolimatta on kuitenkin selvää, että tutkittavan ja tutkijan kokemuksen kohtaamisen absoluuttinen toteutuminen ei koskaan voi olla mahdollista. (Perttula 1995, 45.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa on käytetty soveltaen apuna Perttulan (1995) muotoilemia kokemuksen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä. Perttulan esittämiä kriteereitä ovat: 1. tutkimusprosessin johdonmukaisuus, 2. tutkimusprosessin reflektointi ja reflektoinnin kuvaus, 3. tutkimusprosessin aineistolähtöisyys, 4. tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus, 5. tavoiteltavan tiedon laatu, 6. metodien yhdistäminen, 7. tutkijayhteistyö, 8. tutkimustyön subjektisuus ja 9. tutkijan vastuullisuus. (Perttula 1995, 39-46.)

Tutkimusprosessin johdonmukaisuudella Perttula tarkoittaa, että tutkittavan ilmiön perusrakenteen, aineiston hankintatavan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän sekä raportointitavan välillä tulee olla looginen yhteys (Perttula 1995,43). Sisällön analyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan tehtyjen ratkaisujen oikeellisuutta ja perusteluja koko analyysiprosessin ajalta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.) Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa mahdollisimman tarkka selostus kaikkien tutkimuksen vaiheiden toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessin eri vaiheet on pyritty kuvaamaan siten, että niistä hahmottuu koko tutkimusprosessin kulku ja kokonaisuus mahdollisimman konkreettisesti.

Tutkimusprosessin reflektointiin liittyvät kaikkien tutkimuksen vaiheiden tutkimuksellisten valintojen perustelut. Tutkimusraportista tulee hahmottua lukijalle tutkimusprosessin kulku ja kokonaisuus (Varto 1996, 114). Perttula (1995) korostaa, että tutkijan on kiinnitettävä erityisesti huomiota tutkimusaineiston analyysin konkreettisen etenemisen kuvaamiseen. (Perttula 1995, 43.) Reflektoinnin tarkoituksena on lisätä tutkimusprosessin läpinäkyvyyttä. Tässä tutkimuksessa analyysin kaikki vaiheet on pyritty avaamaan tutkimusraporttiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Reflektoinnin korvaamattomana tukena kokemattomalle tutkijalle on ollut paitsi vuoropuhelu tutkimuksen ohjaajien kanssa, niin myös muiden tutkimusta tekevien opiskelijoiden kanssa. Yhteisessä dialogissa moni tutkimuksellisiin valintoihin liittyvä asia on avautunut uudella tavalla ja tullut paremmin ymmärretyksi ja siten myös perustelluksi. Tutkimusprosessiin on kuulunut koko tutkimusprosessin ajan jatkuva sisäinen reflektio. Reflektoinnin suurena apuna on koko tutkimusprosessin ajan ollut tutkimuspäiväkirja (ks. Hirsjärvi ym. 2007, 261), joka on puolen vuoden ajan kulkenut mukana käytännössä kaikkialle. Tutkimuspäiväkirjaan olen kirjannut erilaisia – niin tutkimustyön, kuin muidenkin elämän osa-alueiden herättämiä – mahdollisesti myöhemmin hyödyksi olevia ajatuksia, havaintoja ja oivalluksia. Paitsi omia ajatuksiani, tutkimuspäiväkirja sisältää erilaisia lähdekirjallisuudesta ja luennoilta poimittuja viitteitä ja vihjeitä, työstä ja työtovereilta saatuja kommentteja sekä leikkeitä ajankohtaisia sanomalehtiartikkeleista.

Tutkimusaineisto on tutkimusprosessin kokonaisuudessa keskeisimmässä asemassa ja laadullinen tutkimusprosessi etenee tutkimusaineiston ehdoilla (Perttula 1995, 39-46). Tutkimusaineisto kerättiin moniammatillisesta työntekijöiden ryhmästä käyttämällä kahta eri menetelmää: esseevastauksia ja focus group -haastatteluja. Toisiaan täydentävillä menetelmillä oli tarkoituksena saada esiin laajempia näkökulmia tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2006, 38), sekä lisätä myös tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen aineistolähtöisyyden tarkoituksena oli saada esiin tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden käsityksiä perheen terveyden edistämisestä kohteena olevan sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät työskentelevät tutkittavan ilmiön parissa päivittäin, siten aineistolähtöisesti muodostuneen luokittelun voidaan ajatella ilmentävän hyvin todellisuutta. Aineiston laajuus ja kuvausten yksityiskohtaisuus yllätti tutkijan. Laajuus näkyi muodostuneiden alaluokkien runsautena. Koska laadullisen analyysin tarkoituksena on ymmärtää, millaisia merkityksiä tutkimukseen osallistuvat antavat tutkimuksen kohteena olevalle ilmiölle (Krause & Kiikkala 1996, 117), tuntui tärkeältä luokitella osittain samaakin tarkoittavia ilmaisuja erikseen niiden sisältämien, välillä pientenkin, vivahte-erojen merkityksen vuoksi. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11). Alkuperäisen aineiston ja tuloksen välisen yhteyden säilymisen vuoksi on jatkuvan vuoropuhelun käyminen muodostumassa olevan luokittelun ja aineiston välillä ollut välttämätöntä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällönanalyysi on vaativa analyysimenetelmä ja tuloksissa näkyy usein abstrahoinnin keskeneräisyys (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11). Myös tässä tutkimuksessa muodostuneet luokat eivät kaikilta osin sulje täysin pois toisiaan ja siltä osin analyysiä voidaan pitää keskeneräisenä. Tutkittava ilmiö sisältää paljon syy- seuraus -suhteita ja samanaikaisesti läsnä olevia eri ulottuvuuksia, jotka tekevät luokittelusta haastavan. Kuten Arajärvi (1991) on todennut lastenpsykiatrisesta tutkimustyöstä: ”kaikki vaikuttaa kaikkeen” (Arajärvi 1991, 115).

Perttulan (1995) mukaan tutkimuksen *kontekstisidonnaisuus* tarkoittaa, että tutkimustulokset ovat sidoksissa niihin todellisuuden ominaispiirteisiin, jotka tutkimushetkellä ovat olemassa. Toisaalta kontekstisidonnaisuudella tarkoitetaan, että toisen ihmisen merkityssuhteet ovat mielekkäästi tutkittavissa vain hänen koetun maailmansa kokonaisuudessa. (Perttula 1995, 43.) Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on valottaa, mitä tutkittava ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. Tiedon kontekstuaalisuus edellyttää tutkimukseen osallistuneiden ihmisten ja heidän todellisuutensa kuvaamista, jolloin tuotetun tiedon hyödyntämistä voidaan arvioida. (Kylmä & Juvakka 2007, 28; Kylmä 2008, 117.) Tutkimukseen osallistuneilta työntekijöiltä kerättiin heidän sukupuoleensa, ammatilliseen koulutukseensa, lisäkoulutukseensa, työkokemuksensa ja työnkuvaansa liittyviä tietoja, jotka auttavat ymmärtämään minkälaisesta osallistujien joukosta on kysymys. Lisäksi tutkimuksessa on kuvattu nuorisopsykiatrisen toimintaympäristö ja nuoren tutkimus- ja hoitoprosessi

nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Niemisen (1997) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on lopulta aina tutkijan persoonallinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä ja siinä ovat mukana aina hänen omat tunteensa ja intuiotensa (Nieminen 1997, 215). Kiikkalan ja Munnukan (1996) mukaan ihmisen kokemuksellisesta maailmasta ei ole mahdollista saada yleistettävää tietoa, koska jokainen ihminen tulee omasta historiallisesta yhteydestään erilaisena ja on yhä erilaisemmaksi kehittyvä (Kiikkala & Munnukka 1996, 11). Krausen ja Kiikkalan (1996, 132) mukaan toistettavuuden vaatimus ei laadullisessa tutkimuksessa ole tarkoituksenmukainenkaan. Siten myöskään tämän tutkimuksen tulos ei ole sellaisenaan toistettavissa ja siirrettävissä toiseen kontekstiin.

Yksi Perttulan (1995) esittämistä luotettavuuden kriteereistä on *tavoiteltavan tiedon laatu*. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään kuvaamaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä mahdollisimman totuudenmukaisesti ja perusteellisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 174). Tässä tutkimuksessa perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidon kontekstissa tuotettu tieto rakentaa osaltaan perheen terveyden edistämisen tietoperustaa, mutta tietoa voidaan hyödyntää myös esimerkiksi kehitettäessä nuorisopsykiatrista avohoitoa sekä perhe- ja perhehoitotyötä. Työntekijät kuvasivat terveyden edistämisen käsitteen olevan jossain määrin vieras nuorisopsykiatrisen työn kielessä. Tutkimukseen osallistujat lähtivät kuitenkin pohtimaan perheen terveyden edistämistä ja tuottivat näin runsaan ja monipuolisen aineiston, joka oli heidän oma ja ainutlaatuinen näkemyksensä ilmiöstä, eikä perustunut esimerkiksi jo olemassa oleviin perheen terveyden edistämisen määritelmiin. Tämän aineiston rikkaus ja ainutlaatuisuus syntyi erityisesti tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden moniammatillisuudesta. Leino-Kilven (2004) mukaan tietolähteiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia tai vinouttaa niitä johonkin suuntaan. Siten tietolähteiden valinta on ratkaiseva tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta. Tutkimus suunnattiin kaikille hoitoon osallistuville ammattiryhmille, koska esimerkiksi pelkkä hoitotyön näkökulma olisi jättänyt näkökulman tulosten hyödynnettävyyden kannalta liian suppeaksi. Leino-Kilven (2004) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on erityisen tärkeää huolehtia siitä, että mahdollisimman monipuolinen laatu pääsee esille. (Leino-Kilpi 2004, 289.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan merkityksiä ja ymmärtämistä (esim. Kylmä & Juvakka 2007, 28, 175). Eri ihmiset kokevat asioita eri tavoin. Esimerkiksi perheen nuoren psyykinen sairastuminen merkitsee eri perheille erilaisia asioita ja jokaiselle perheelle heidän todellisuutensa on totta. Tämä tarkoittaa siten, että samastakaan ilmiöstä ei ole olemassa vain yhtä totuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 29). Työntekijät kuvasivat perheen terveyden edistämisen käsitteen tuntuneen vieraalta. Eräs kyselyyn vastaamatta jättänyt työntekijä kertoi myöhemmin, että ei kerta kaikkiaan osannut vastata, koska kysymykset tuntuivat niin vaikeilta. Tutkimukseen osallistui noin puolet kohteena olleen poliklinikan työntekijöistä ja noin puolet perheterapeuttiyryhmän aktiivisista osallistujista. Vaikka aineiston koko sinänsä

tuntui riittävältä, on mahdollista, että osallistujien määrä olisi ollut suurempi, mikäli tutkittavan ilmiön käsite olisi tuntunut työntekijöiden mielestä tutummalta. Luotettavuutta koskevat kysymykset liittyvät merkittävästi tutkijan ja tutkimukseen osallistujien välisen kielen ymmärtämiseen (ks. Hämäläinen 1987, 5). Koska tutkija itse kuuluu molempiin tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden ryhmiin, ovat työntekijöiden käyttämä kieli ja käsitteistö tutkijalle tuttuja. Yhteinen kieli on auttanut ymmärtämään työntekijöiden esille tuomia kuvauksia ja niiden merkityksiä. Hämäläisen (1987) mukaan tulkinta osana aineiston laadullista analysointia tarkoittaa tutkimuskohteen merkitysten selvittämistä, tarkasteltavana olevien asioiden suhteiden ymmärtämistä ja yksityiskohtien suhteuttamista kokonaisuuteen kokonaiskuvan luomiseksi. Tässä prosessissa analyysiä tehdessään tutkija koki ymmärryksensä tutkittavasta ilmiöstä asteittain syvenevän ja laajenevan. (ks. Hämäläinen 1998, 2.) Tutkimus tuotti perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaavat käsitteet, josta johdettiin edelleen käsitteellinen malli. Muodostunutta mallia voidaan pitää hahmotelmana, joka monelta osin vaatii sellaista tutkimuksellista tarkentamista, jota tämän opinnäytetyön puitteissa ei ole ollut mahdollista toteuttaa.

Metodien yhdistäminen toteutui tutkimuksessa hyödyntämällä triangulaatiomenetelmää sekä aineistonkeruun että analyysivaiheessa. Triangulaation käytön perusteena on pyrkimys tarkastella tutkimuksen aihepiiriä eri suunnista tai eri menetelmin mahdollisimman kattavan kokonaiskäsityksen muodostamiseksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 17). Triangulaation avulla pyritään lisäämään myös tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajarvi 2006, 140). Aineisto kerättiin kahta eri menetelmää käyttäen kahdelta eri tutkittavien ryhmältä. Lisäksi tutkittavat kuuluivat neljään eri ammattiryhmään ja työskentelivät kuudessa eri nuorisopsykiatrisen toimipisteessä. Aineiston analyysi toteutettiin triangulaation ajatusta hyödyntäen prosessina, jossa ensin analysoitiin avoimien kysymysten tuottamat esseevastaukset, sitten vastausten pohjalta muodostuneet teemat ja lopuksi tulokset, eli aiempien analyysivaiheiden pohjalta muodostunut luokittelu.

Tutkimus on sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan terveyden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Perttulan (1995) luotettavuuden kriteerinä pitämä *tutkijayhteistyö* on toteutunut tutkimusprosessin eri vaiheissa tapahtuneissa ohjatuissa pienryhmätapaamisissa sekä vapaamuotoisessa reflektiossa muiden opinnäytetyötään tekevien opiskelijoiden kanssa. Ongelmakohdissa tutkija on pyytänyt ja saanut yksilöllistä menetelmällistä ohjausta opinnäytetyön ohjaajilta. Tapaamisissa muiden opiskelijoiden kanssa on ollut mahdollista keskustella tutkimuksen etenemisestä ja eteen tulleista ongelmista sekä saada rakentavaa palautetta ja ideoita tutkimuksen eteenpäin viemiseksi.

Tutkimustyön subjektisuus. Perttulan (1995) mukaan tutkija on tajunnallisena olentona tutkimustyönsä subjekti ja hänen on reflektoitava, analysoitava ja raportoitava sen merkitys tutkimuksen eri vaiheissa. (Perttula 1995, 44). Myös Niemisen (1997) mukaan tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, jos tutkija arvioi omaa asemaansa tutkittavassa yhteisössä (Nieminen 1997, 218). Tässä tutkimuksessa tutkija kuuluu jäsenenä molempiin tutkittavien ryhmiin. Yhteisön tuttuutta voidaan pitää etuna, mutta tutkijan etukäteisasenteiden vuoksi siitä saattaa aiheutua myös ongelmia. Tutkijalla saattaa olla ennakkokäsitys siitä, mitä hän tulee havaitsemaan ja tämä ennakkokäsitys saattaa ohjata havainnointia. Tällöin on vaarana, että uudet ja odottamattomat asiat eivät kiinnitä riittävästi tutkijan huomiota. Tutkijan tulee olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään ennen aineiston keräämiseen ryhtymistä ja hänen tulee pyrkiä jatkuvasti objektiivisuuteen havainnoissaan. (Nieminen 1997, 218.) Tutkija pohti tutkimussuunnitelmaa tehdessään tutkimuksen toteuttamista toimintatutkimuksellisella otteella. Koska tutkija työskentelee toimintaympäristössä, jossa tutkimus toteutettiin, olisi toimintatutkimus soveltunut menetelmäksi hyvin. Toimintatutkimuksena toteutettuna tutkijalla olisi ollut mahdollisuus saada myös ilmiöön liittyvä oma osaamisensa toisella tavoin tutkimuksen käyttöön. Nyt tutkija pyrki laittamaan syrjään omat uskomuksensa, näkemyksensä ja ennako-olettamuksensa ja keskittymään tutkimuksen kohteena olevien työntekijöiden tapaan tarkastella asioita. Objektiivisuus syntyy paljolti oman subjektiivisuuden tunnistamisesta. Tutkija ei voi sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. On myös hyväksyttävä, että objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä, sillä tutkija ja se mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2007, 157.) Tutkimuksen tuloksena syntyneet pääluokat muodostuivat laajemmiksi ja sisällöltään rikkaammiksi kuin tutkija esiymmärrykseensä (esim. Laine 2007, 32-33) nähden osasi odottaa. Samoin yhdistäväksi ja samalla ydinluokaksi muodostunut luokka muutoksen mahdollistuminen yllätti tutkijan. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkija arveli tuloksissa keskeisiksi teemoiksi nousevan perheen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvien asioiden. Nämä olivatkin tärkeitä teemoja, mutta jäivät abstrahoinnissa yläluokkien tasolle. Verkostoyhteistyö nousi tutkijan odotuksen mukaisesti niin ikään merkittävään rooliin, mutta nimenomaan yhteistyön toimivuuden näin vahvaa painottumista tutkija ei osannut etukäteen nähdä.

Tutkijan vastuullisuus ulottuu tutkimuksen kaikkiin eri vaiheisiin ja on merkittävä osa tutkimuksen luotettavuutta (Perttula 1995, 44). Tutkijan vastuullisuus todentuu eri tutkimusvaiheiden mahdollisimman systemaattisessa ja tarkassa kuvaamisessa sekä tutkimuseettisten periaatteiden noudattamisessa. Tutkimuksen tulokset on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti, avoimesti ja rehellisesti. Tutkimusraportissa on käytetty suoria lainauksia ilmentämään alkuperäisaineistoa. Suorat lainaukset on pyritty valitsemaan niin, ettei niistä voi tunnistaa tutkittavia. Anonymiteetin suojaa lisää, että tutkimukseen osallistujat työskentelivät yhteensä kuudessa eri nuorisopsykiatrian toimipisteessä.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

6.3.1 Teoreettisten käsitteiden tarkastelu

Aikaisemmissa tutkimuksissa perheen terveyden edistämistä on kuvattu muun muassa monimutkaiseksi ja dynaamiseksi prosessiksi (Hopia 2006), jossa perhe kykenee sopeutumaan muuttuviin elämäntilanteisiin siten, että voi kokea toimintansa tuloksena hyvää oloa ja hyvinvointia (Sirviö 2006). Myös tämän tutkimuksen mukaan dynaamisuus ja muutos ovat vahvasti perheen terveyden edistämiseen kuuluvia ominaispiirteitä. Kaikkein keskeisimmäksi nousee pyrkimys muutoksen mahdollistumiseen. Sille, että muutos voisi olla mahdollinen, ovat edellytyksinä nuoren kasvua ja kehitystä tukeva, toimiva ja luottamukseen perustuva hoitosuhde avohoidon oman työntekijän kanssa, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen ja huomioon ottaminen, toimiva yhteistyö perheen, avohoidon ja verkoston kesken sekä työntekijän sekä ammatilliset että persoonalliset kyvyt ja organisaation mahdollistamat edellytykset tehdä laadukasta terveyden edistämisen työtä.

Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus. Hoitosuhdetta nuorisopsykiatriseen avohoitoon ei synny ilman nuorta. Nuoren kasvu ja kehitys omaksi itsekseen sekä kasvun ja kehityksen edellytysten auttaminen ja turvaaminen nousevat ensisijaisiksi tarkasteltaessa perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Samalla ne nousevat selkeiksi nuorisopsykiatrisen perheen terveyden edistämisen toiminnan erityispiirteiksi. Nuoruusiän kehitysvaiheen ymmärtäminen ja sen merkityksen huomioiminen ovat nuorisopsykiatrisen avohoidon lähtökohtia. Nuori on hoidossa keskeinen. Kaikki avohoidon toiminta rakentuu nuoren ympärille ja peilautuu suhteessa nuoreen. Nuoren hoidon ensisijaisuus läpäisee koko nuorisopsykiatrisen avohoidon hoitojatkumon ja käy jatkuvaa vuoropuhelua muiden arvioinnissa ja hoidossa tärkeiksi nousevien osa-alueiden kanssa. Nuori nähdään hoidossa autonomisena, omaan itsenäiseen elämään siirtymässä olevana yksilönä, joka samanaikaisesti on osa perhettään.

Vaikka nuori tulee avohoidon poliklinikalle psykiatriseen arvioon, kohdataan poliklinikalla nuori ja hänen kokonaisvaltainen tilanteensa. ”Psykiatristen” oireiden irrottaminen erilleen nuoren kokonaistilanteesta nähdään jopa mahdottomana. (Ks. Kiikkala & Munnukka 1996, 12.) Samoin nähdään mahdottomana nuoren ja hänen perheensä erottaminen toisistaan. Myös monissa muissa tutkimuksissa perheiden kanssa tehtävä työ nähdään irrottamattomaksi osaksi hoitotyötä ja hyvää hoitoa (esim. Pikkarainen 2006, 55; Kivimäki 2008, 56). Kun nuori on hoidossa keskeinen, jää perhe taustatekijän asemaan ja sen tärkeäksi tehtäväksi muodostuu nuoren hoidon ja hoitosuhteen tukeminen. Hakulisen ym.(1999) mukaan perhe voidaan nähdä

hoidossa samanaikaisesti usealla eri tavalla. Siten näkemys perheestä voi olla samanaikaisesti sekä taustatekijänä oleva että perhesysteeminen. Näkemykset eivät sulje pois toisiaan, vaan kulkevat hoidossa joustavasti rinnakkain ja niiden painotukset vaihtelevat tilanteiden ja tarpeiden mukaan. (Hakulinen ym. 1999, 38.)

Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen. Pietilän (1999) mukaan perheen kokonaiselämäntilannetta ei voida ymmärtää tutkimalla perheenjäseniä erikseen. Samoin esimerkiksi perheen voimavarojen esille saaminen edellyttää kaikkien perheenjäsenten kuulemista ja huomioimista. (Pietilä 1999, 250.) Perhetilanteen huolellinen kartoittaminen kuuluu nuorisopsykiatriseen tutkimukseen ja sen kartoittamatta jättämistä työntekijät pitivät suoranaisena hoitovirheenä. Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltaisen huomioimisen taustalla on tarve saada käsitys nuoren kasvuoloista; niiden kasvua, kehitystä ja terveyttä tukevista edellytyksistä ja mahdollisuuksista ja toisaalta näitä haittaavista tai estävistä tekijöistä. Laurin (2007) mukaan hoitotyössä ongelmien määrittelyn ja toiminnan suunnittelun edellytyksenä on, että hoitava työntekijä pystyy ymmärtämään asiakkaan tai potilaan kokonaistilanteen, sovittamaan omat tietonsa ja taitonsa tämän tietoihin ja taitoihin ja pystyy tekemään päätöksiä yksin tai yhdessä muiden kanssa (Lauri 2007, 102).

Perhetilanteen kartoittamisen tulee tapahtua hienovaraisesti ja tasavertaisessa suhteessa perhettä kunnioittaen. Autonomian kunnioittaminen ja sen edellytysten tukeminen ovat keskeistä kaikessa terveyttä edistävässä toiminnassa (Pietilä & Häggman-Laitila 2003, 36). Myös Hopia (2006) korostaa perheen tilanteeseen perehtymisen, sen arvioinnin ja interventioiden käytön tapahtuvan aina perheen suostumuksella. Selvittelyssä tulee usein esiin perheille vaikeita ja kipeitä asioita kuten päihdeongelmia, perheväkivaltaa tai vanhempien vajavaisuutta selviytyä vanhemmuuden tehtävistä. Loukkaantumisiltakaan ei voida aina välttyä. Eettistä herkkyyttä ammatillisessa toiminnassa (ks. Juujärvi ym. 2007) ei voi kai koskaan liiaksi korostaa. Seikkulan ja Arnkilin (2005) mukaan perheet saattavat joutua kokemaan, etteivät tule kuulluiksi, että heitä määritellään heille vierailta tavoilla tai että ammattilaisten toimet sopivat huonosti heidän elämäntilanteeseensa. Pahimmillaan ammattilaisten toimista voi muodostua joukko toimenpiteitä, jossa perhe kokee, että heitä ”vedetään eri suuntiin”. (Seikkula & Arnkil 2005, 9-10.)

Tämän päivän perheet taiteilevat suurten selviytymisvaatimusten kanssa. Monet perheiden ongelmista liittyvät perhe-elämän, työn ja muiden yhteiskunnan vaatimusten yhdistämiseen (Rantala 2002, 171). Terveen perheen ominaisuutena on pidetty, että perhe kykenee sopeutumaan tietojensa ja taitojensa avulla muuttuviin elämäntilanteisiin siten, että se voi kokea toimintansa tuloksena hyvää oloa ja hyvinvointia (Sirviö 2006, 24; Paunonen 1999, 61-81.) Myös Oinosen (1999, 163-191) mukaan perheen toiminta- ja sopeutumiskyky elämän käännekohtissa ja muutoksissa ovat keskeisesti yhteydessä perheen terveyteen ja

hyvinvointiin. Niin ikään Pietilän ja Häggman-Laitilan (2003, 35) mukaan on tärkeää pyrkiä havaitsemaan tärkeitä siirtymävaiheita ja kriittisiä ajanjaksoja ja pyrkiä auttamaan ihmisiä selviytymään niistä mahdollisimman hyvin. Nuorisopsykiatrian asiakasperheillä on paljon sukupolvelta toiselle siirtyneitä elämänhallinnan vaikeuksia. Pyrkimys näiden ylisukupolvisten ketjujen katkeamiseen, muutokseen, nähdään perheen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tavoitteeksi, johon tulee pyrkiä. Työntekijöiden mukaan perheen toimeentuloon ja talouteen liittyvät asiat vaikuttavat perheiden valmiuksiin ja voimavaroihin selviytyä nuoruusiän mukanaan tuomista haasteista. Mitä heikompi on perheen taloudellinen tilanne, sitä vaikeampaa myös nuoruusikäisen kanssa selviäminen on. Tätä tulosta tukevat myös useat viimeaikaiset tutkimukset, joissa perheen elinolojen, sosioekonomisen aseman, samoin kuin vanhempien koulutustaustan on havaittu olevan yhteydessä lasten terveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Fröjd 2008; Kestilä 2008.) Rantalalan tutkimuksessa tuli esiin myös perheen kiireinen elämänmeno perheiden pahoinvointia lisäävänä tekijänä (Rantala 2002, 171).

Tämän tutkimuksen mukaan nuoren psykiatrisen oirehdinnan takana on usein perheen vaikeus siirtyä uuteen kehitysvaiheeseen. Näissä tilanteissa perheen terveyden edistäminen tarkoittaa perheen auttamista uuteen kehitysvaiheeseen siirtymisessä. Tavoitteena on, että perhe kykenee suoriutumaan nuoruusikäisen lapsen perheen edellyttämistä, muun muassa lasten tarpeiden tyydyttämiseen, huolenpitoon, kasvatukseen liittyvistä tehtävistä. Pelkosen (1994) mukaan perheen kehitystehtävät on mielekästä ymmärtää paremminkin päämäärinä kuin erityisinä tehtävinä (Pelkonen 1994, 23). Kehityksen mukanaan tuoman elämänvaiheen muutoksen haastavuus syntyy usein vanhempien kuormittuneisuudesta ja jaksamattomuudesta sekä niin nuorella kuin vanhemmillakin käytössään olevan tiedon puutteesta. Eirola (2003) on tutkinut näitä asioita perheiden elämänhallintavalmiuksina. Ajattelulla on yhtymäkohtia Antonovskyn (1996, 11-18) teoriaan, jossa keskeiseksi nousee perheenjäsenten koherenssin tunne. Eirolan tutkimuksessa elämänhallintavalmiudet jäsenyivät perhetilanteena, tyytyväisyytenä elämään ja ihmissuhteisiin, perheenjäsenten vahvuuksina ja perheenä toimimisena (Eirola 2003, 149-153). Perheen kehitysvaiheen tarkastelussa on usein hyödyllistä soveltaa usean sukupolven näkökulmaa esimerkiksi tarkastelemalla perheen sukupuuta.

Perheen omien voimavarojen sekä toimivien osa-alueiden kartoittaminen ja tukeminen nousevat sekä tässä, että useissa muissa perhehoitotyön tutkimuksissa (esim. Pelkonen 1994; Hopia 2006; Häggman-Laitila 2002), keskeisiksi. Myös Kiviniemi (2008, 101) korostaa psyykkisesti oireilevan nuoren perheen niin sisäisten kuin ulkoistenkin voimavarojen vahvistamista ja tukemista. Perheen oma kokemus ja tunne siitä, että selviytyy vaikeuksista huolimatta, on muutokseen sopeutumisessa olennainen. Perheen toimintakyvyn säilyminen muuttuvissa tilanteissa nähtiin perheen hyvinvoinnin kannalta tärkeäksi voimavaraksi. Sirviön (2006) tutkimuksessa työntekijät tarkastelivat perheen terveyttä ongelma- ja asiantuntijakeskeisesti, tällöin perheiden omat voimavarat eivät päässeet nousemaan esille

(Sirviö 2006, 125-132). Puotiniemen ja Kyngäksen (2003) mukaan perheissä, joissa on psyykkisesti sairas tai oireileva nuori, on yleensä selviytymisvaatimuksia huomattavasti enemmän kuin selviytymiskeinoja tai selviytymiseen tarvittavia voimavaroja (Puotiniemi & Kyngäs 2003, 186). Pietilän (1999) mukaan perheen terveyden edistämiseksi tulisi arvioida, mitkä ovat perheen mahdollisuudet tukea nuoren terveyttä, elämään orientoitumista ja elämäntilanteita. Perheen elämäntilanteiden tukeminen vaatii perheen voimavarojen arviointia. Toiminnan lähtökohdina ovat perheen vahvuudet, jotka auttavat selviytymään vaikeistakin elämäntilanteista. (Pietilä 1999, 269.) Jokaisella perheellä on voimavaroja, vaikka ne voivat olla joskus hämärtyneinä myös perheeltä itseltään. Voimavaroja ja vahvuuksia etsitään yhdessä perheen kanssa ja pyrkimyksenä tulisi olla niiden saaminen perheen aktiiviseen käyttöön (Aaltonen 2002, 155-156). Viitalan (2007) tutkimuksessa perheiden selviytymiskeinoina tulivat esiin tiedon etsiminen ja saaminen, ystävien, sukulaisten ja muun lähiympäristön tuki sekä vertaistuki. Samansuuntaisia olivat omaisten ja vanhempien selviytymiskeinot myös Puotiniemen (1999, 62-63) sekä Nymanin ja Stengårdin (2001, 83) tutkimuksissa.

Monikulttuurisuuden voidaan olettaa olevan yksi nuorisopsykiatrian tulevaisuuden suurista haasteista. Vuorovaikutus- ja tunnetyöskentely on jo sellaisenaan vaativaa, mutta kulttuuri- ja kielikysymykset tekevät siitä vieläkin vaikeampaa (Heino 2007, 70). Jo yksin psykiatrian käsite voi eri kulttuurista tulevalle olla vaikeasti ymmärrettävä. Monikulttuurisuuden lisääntyessä perheiden monimuotoisuuden ja -kulttuurisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen tulevat jatkuvasti tärkeämmiksi (Pelkonen & Hakulinen 2002, 68). Työntekijät pitivät tärkeänä, että terveyden edistämisen toiminnassa voidaan ottaa huomioon kulttuuriset tekijät ja perheiden omat tavat. Myös Hirvosen ym. (2002) mukaan terveyden edistämisen sisällön ja työtapojen tulee sopia aikaan, kulttuuriin ja perheiden yksilöllisiin elämäntilanteisiin. Tulevaisuudessa työntekijöiltä edellytetään yhä enemmän tietoisuutta omista kulttuurisista asenteistaan, normeistaan, traditioistaan, ihanteistaan ja myös entistä enemmän kulttuuritietoisuutta sekä kielitaitoa. (Hirvonen ym. 2002, 39.) Niin ikään tulkaukseen liittyvät käytännöt voidaan nähdä erittäin suurena kehittämisalueena. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa tarvitaan herkkyyttä kulttuurien välisille kommunikaatioeroille ja tavoille toimia. Paljon tarvitaan myös joustavuutta. On kyettävä ottamaan huomioon perheiden kulloinenkin elämäntilanne ja kehitysvaihe sekä ympäristö ja kulttuuri, jossa perhe elää. Näin ollen kaikille perheille ei voida tarjota yhtä ja samaa mallia tai samoja ohjeita tai palveluita. (Hirvonen ym. 2002, 36; Pelkonen & Hakulinen 2002, 68.) Arvomaailmoiden törmäykset tilanteissa, joissa suomalaisten ammatti-ihmisten ja vanhempien käsitykset ovat keskenään vastakkaisia, aiheuttavat etenkin lapsille helposti turvattomuutta ja ristiriitaa. Vanhemmat saattavat esimerkiksi olla tavattoman ylpeitä, kun perheen tytär osaa huolehtia pienemmistä sisaruksistaan ja osaa kielitaitoisimpana toimittaa

perheen asioita. Myös lapsen ruumiillisesta kurittamisesta saattaa vanhemmillä olla erilainen näkemys kuin suomalaisilla lastensuojelun viranomaisilla. (Sourander 2007, 479-485.)

Toimiva yhteistyö perheen verkoston ja avohoidon kesken. Tutkimus osoittaa, että ei riitä, että kootaan verkosto – täytyy koota toimiva verkosto. Myös Kiviniemen (2008, 101) tutkimuksessa nousee esiin selkeiden mutta joustavien toimintamallien sekä toimivan yhteistyön tarve. Keskeisen tärkeitä nuorisopsykiatrian yhteistyökumppaneita ovat koulut ja lastensuojelun sosiaalityö. Nämä toimijatahot ovat usein olleet aloitteellisia jo lähetteen tekemisessä nuorisopsykiatriseen arviointiin. Toimiva yhteistyö on kaikkien etu. Pelkkä verkoston olemassaolo rakenteena ei nuoren tilannetta auta ja se saattaa muodostua jopa tilannetta heikentäväksi tekijäksi, jos esimerkiksi tiedonkulku ja vastuunjako eivät toimi. Tällöin on vaarana joutua tilanteeseen, jossa eri toimijat eivät tiedä, mitä toiset toimijat tekevät ja näin ollen asiat saattavat jäädä olettamusten varaan. Yhteistyön joustava sujuminen perheen ja kaikkien mukana olevien toimijoiden kesken on avohoidon työntekijöiden mukaan keskeisen tärkeää, että perhe voi kokea tulevansa autetuksi vaikeuksissaan. Suureksi yhteistyötä haittaavaksi tekijä koetaan resurssien puute. Ilmiö on kovin tuttu myös useista muista tutkimuksista. (esim. Rantala 2002, 189.)

Monilla nuorisopsykiatrian asiakasperheillä on pulmia perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa. Avoimeen vuorovaikutukseen pyrkiminen kaikissa kontakteissa, vuorovaikutuksen merkityksen avaaminen perheelle ja perheen tukeminen ja auttaminen heidän keskinäisessä kommunikaatiossaan, ovat työntekijöiden mukaan perhettä auttavia ja muutosta mahdollistavia tekijöitä. Myllärniemen (2007) tutkimuksessa lastensuojelun perhetyössä korostuu lapsinäkökulmainen vuorovaikutustyöskentely ja toiminnassa keskeiseksi muodostuu lapsen ympärille rakentuvien vuorovaikutussuhteiden vahvistaminen (Myllärniemi 2007, 85). Tässä tutkimuksessa työntekijät eivät kuvanneet paljoa erityisesti eri perhemuotoihin liittyviä perheen terveyden ja hyvinvoinnin tekijöitä, kun taas esimerkiksi sosiaalityön kontekstissa tehdyissä tutkimuksissa eri perhemuotoihin liittyvät pulmat näyttävät usein selkeämmin. Esimerkiksi Rantalán (2002, 171) tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet työntekijäryhmät toivat esille runsaasti erityisesti uusperheiden arkeen liittyviä ongelmia, kuten lasten elämänpiirin vaihtuvuutta ja perheenjäsenten rooliristiriitoja.

Perheen kohtaaminen – tapa, jolla perhe otetaan vastaan avohoidon poliklinikalle ja perheen tarpeisiin vastataan – on luottamuksellisen suhteen muodostumisen kannalta keskeistä. Myös Potinkara (2004, 53) korostaa ensikohtaamisen merkitystä yhteistyön laadun muotoutumisissa. Tämän tutkimuksen mukaan nimenomaan muodostunut suhde perheeseen on hoitava ja asioita eteenpäin vievä elementti. Luottamuksellisuus edellyttää tasavertaisuutta ja avoimuutta. Yhteistyösuhteessa perheen ja työntekijän näkökulmat yhdistyvät ja perhe voi kokea saavansa tarvitsemaansa apua. Olennaista on aito läsnäolo – ja kuten Parse (1997)

ilmaisee – hoitajan herkkyys havaita muuttuvien tilanteiden merkityksiä sekä kyky asettaa omat rytminsä samantahtisiksi yksilön tai perheen kanssa. (Parse 1997, 21-27; Karjalainen 1996, 24-25.) Myös tässä tutkimuksessa aito läsnäolo ja samantahtisuus nousevat olennaisiksi yhteistyön onnistumisen elementeiksi. Myllärniemen (2007, 30) mukaan luottamuksellisen suhteen edellytyksinä perhetyössä ovat toiminnan läpinäkyvyys, avoimuus ja suoraan puhuminen. Vuorovaikutuksen avoimuus perhettä auttavana tekijänä tulee esiin myös useissa muissa tutkimuksissa (esim. Häggman-Laitila 2002, 191; Pikkarainen 2006, 65; Viitala 2007, 21). Työntekijöiden mukaan muutos voi mahdollistua esimerkiksi tilanteissa, joissa perheille syntyy kokemus hallitusta eriaänisten ihmisten kanssa toimimisesta. Keskustelussa, dialogissa, luodaan tällöin yhteistä ymmärrystä. Seikkulan ja Arnkilin (2005) korostavat, että dialogisuudessa ei ole keskeisintä tekninen osaaminen, vaan suhtautumistapa, perusasenne ja ajattelutapa.

Pietilän ja Häggman-Laitilan (2003, 48) mukaan yksittäisen ihmisen on todettu kuvaavan terveyttään erilaisin kertomuksin riippuen siitä, kenelle ja mitä varten asiasta kerrotaan. Häggman-Laitilan (2008, 190) mukaan perheet eivät myöskään aina osaa nimetä tai kykene nimeämään tarkasti tuen tarpeitaan. Tässä tutkimuksessa ilmiö tulee esiin sekä perheiden riittämättöminä tietoina muun muassa nuoruusiän kehityksestä että vaikeista asioista puhumisen moniulotteisena vaikeutena. Työntekijät kokivat vaikeiden asioiden esille ottamisen olevan asioita eteenpäin vievän ja tärkeän muutosta mahdollistavan tekijän, mutta vaikeiden asioiden esille ottamisen koettiin vaativan paljon rohkeutta ja vankkaa ammattitaitoa. Mäenpään (2008, 78) tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat pelkäsivät lasten vaikeuksien esille ottamisen vaikuttavan negatiivisesti vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Myllärniemen (2007, 36) mukaan ratkaisevaksi tekijäksi muodostuu usein vanhemman suhtautuminen ongelmiin ja kyky ymmärtää tilannetta. Haastavimpina nähdään tilanteet, joissa vanhempi ei pysty näkemään ongelmaa, salaa tai kieltää ongelman. Myös Kiviniemen (2008, 77) tutkimuksessa tuli esiin psyykkisen sairauten ja sen hoitoon liittyvää salailua. Tulosten mukaan vanhempi saattoi kieltää avun hakemisen, jolloin nuoren aikuisen elämäntilanne kärjistyi. Vanhempien tietämättömyys ja salailu muodostuivat Kiviniemen (2008) tutkimuksessa siten autetuksi tulemisen esteiksi.

Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset. Terveyden edistäminen ei ole vain perusterveydenhuollon velvoite, vaan eri toimijoiden yhteinen asia. Siten se on myös tärkeä osa erikoissairaanhoidon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; ks. Hallman-Keiskoski 2003, 95-106). Perheiden terveyttä edistävä toiminta nuorisopsykiatrian toimintaympäristössä asettaa toteutuakseen tiettyjä edellytyksiä ja vaatimuksia niin koko organisaatiolle, työryhmälle kuin yksittäiselle työntekijällekkin. Resurssit määritellään organisaatiosta käsin, samoin toimintaa toteutetaan organisaation arvolähtökohdista. Tulosten mukaan onnistunut terveyden edistämisen toiminta vaatii organisaation, johdon ja

esimiesten tuen. Risikon (2002, 142) mukaan henkilöstön hyvä ammattitaito ja hyvinvointi ovat terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden perusedellytyksiä. Työntekijöiden työtyytyväisyys ja työssäjaksaminen erilaisten muutospainoiden, suoritepainoiden tai henkilöstövajeiden keskellä, ovat suuria kysymyksiä, joiden ratkaisemiseen tarvitaan pitkäjänteistä kokonaissuunnittelua.

Moniammatillisissa työryhmissä työskentelevät ammattilaiset hahmottavat yhteisen perustehtävän erilaisten ammatillisten orientaatioiden kautta (Wahlbeck, Lounavaara-Rintala & Vuornos 2001, 7). Moniammatillisuus mahdollistaa moninäkökulmaisuuksia, jonka avulla pyritään mahdollisimman rikkaaseen ja monipuoliseen kuvaan kokonaisuudesta (Häggman-Laitila & Pietilä 2004, 61). Paitsi moniammatillisuutta, tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän myös monitieteisen tiedon hallintaa ja uusien työtehtävien edellyttämää ”poikkitieteellistä” osaamista sekä valmiuksia tiedon hankintaan (Risikko 2002, 145). ”Poikkitieteellistä” tutkimusta lasten ja nuorten terveydestä perheen terveyden näkökulmasta ovat tehneet Häggman-Laitila ja Pietilä (2004). Vähäkangas (2008, 37) kuvaa, että monitieteisyys johtaa aina hyvin toteutuessaan syvemmälle kuin pelkästään eri tieteidenalojen summaamiseen. Vähäkankaan (2008) mukaan monitieteisen tutkimustyön onnistuminen edellyttää ymmärtämistä, avoimuutta oppia uutta, erilaisten näkemysten kunnioittamista ja perinteen tuntemista.

Reflektiivinen työote ja tutkiva suhde omaan työhön auttavat ja mahdollistavat yhteisen kielen löytämistä. Seikkulan ja Haarakankaan (1999) mukaan työryhmässä tarvitaan dialogista pohdintaa ja ammatti-ihmisillä tulisi olla ammattitaitoa dialogisen keskustelun synnyttämiseksi. Heidän mukaansa kaikki muu asiantuntemus, esimerkiksi kunkin työntekijän omat ammattialat tai erityiskoulutukset, saavat parhaimman merkityksen juuri dialogisessa prosessissa. (Seikkula & Haarakangas 1999, 181.) Wahlbeck ym. (2001) on todennut perheterapeuttien ammattikuntaan liittyen ammatillisuuden koostuvan itsetuntemuksesta ja ammatillisen toiminnan rajojen hallitsemisesta sekä teorioiden ja tekniikoiden hallitsemisesta. Wahlbeckin ym. (2001) mukaan psyykkisiä häiriöitä ja perhekuvioita sekä niiden hoitoa koskeva ammattikäsitteistö on ensin sisäistettävä, että niihin sisältyvät oivallukset ja näköalat avautuisivat, mutta sitten niistä on vapauduttava, jotta pystyisi olemaan luovassa suhteessa asiakkaisiin. (Wahlbeck ym. 2001, 7.) Ajatus on hyvin sovellettavissa kaikkiin perheiden parissa työtä tekeviin ammattiryhmiin.

Tulosten mukaan nuori tulee nuorisopsykiatriseen arvioon ja hoitoon usein vasta, kun vaikea tilanne tai oireilu on jatkunut jo pitkään. Fröjdin (2008) mukaan perheiden ongelmat ovat merkittävästi yhteydessä nuorten mielenterveyden ongelmiin. Ongelmien varhaisen havaitsemisen ja varhaisen tuen merkitys ja tärkeys tunnetaan laajasti (esim. Arnkil 2003; Linnakangas & Suikkanen 2004; Kestilä 2008). Tämä, sekä tieto suomalaisten terveyserojen kasvamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) muodostavat selkeän kompastuskohdan

nuorisopsykiatrisessa hoitojatkumossa, jossa hoitojonot ja odotusajat ovat viime vuosina venyneet pitkiksi. Vaikea tilanne haastaa koko julkisen järjestelmän toimivuuden. Kun ongelmat jatkuvat pitkään ilman, että niihin puututaan, ne myös vaikeutuvat. (Pylkkänen 2008.) Samalla ne muodostuvat uhkaksi nuoren kehitykselle ja saattavat jopa olla alkuna syrjäytymiskehitykselle (Linnakangas & Suikkanen 2004).

Työntekijät pitivät tärkeänä, että nuori ja hänen perheensä saavat oikeanlaista tukea oikea-aikaisesti ja että tuki on nuoren ja perheen tarpeista lähtevää. Monimuotoinen joustavuus ja mahdollisuus ylittää raja-aitoja nähtiin tärkeänä. Myös Seikkulan ja Arnkilin (2005, 8-11) mukaan etenkin vaikeissa asiakastilanteissa tarvitaan rajanylityksiä sekä eri sektoreiden työntekijöiden kesken että asiakkaan läheisten kanssa. Kiviniemen (2008, 84) tutkimuksessa nuori aikuinen toivoi nopeampaa ohjaamista hoitoon. Tutkimuksen mukaan hoitoon ohjaamisen viivästyminen oli kriittinen kohta nuoren aikuisen psyykkisessä sairastumisessa. Kiviniemen mukaan psyykkiseen oireiluun liittyy erilaisuuden kokemuksia, jotka ovat yhteydessä häpeän ja pettymyksen kokemuksiin itsestä. Kiviniemen tutkimuksessa kävi muun muassa ilmi, että opiskelijayhteisössä oleminen psyykkisesti oireilevana on nuorelle leimaava ja nöyryyttävä kokemus. (Kiviniemi 2008, 74-75.)

Häggman-Laitilan ja Pietilän (2004, 61) mukaan perheet tarvitsisivat enemmän psykososiaalista tukea kuin mitä he saavat. Niin ikään Viljamaan (2003) neuvolakontekstissa tekemän tutkimuksen mukaan vanhemmat toivoisivat neuvolalta selvästi enemmän vanhemmuuden tukemista, kuin mitä heille käytännössä tarjotaan (Viljamaa 2003, 116). Oikea-aikainen apu on perusteltua paitsi lapsen ja nuoren psyykkisen kehityksen näkökulmasta, niin myös siksi, etteivät lapsuuden ja nuoruuden ongelmat johtaisi aikuisuuden ongelmiin (Rousu 2007, 18). Terveyttä edistävän toiminnan vaikuttavuudesta tarvitaan lisää monitieteistä tutkimusta (Pietilä & Häggman-Laitila 2003, 35). Tiri (2001) tutkimuksessa potilaiden, omaisten, työntekijöiden sekä päättäjien käsityksistä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, ilmeni psykiatrisen hoidon tuloksellisuus helpotuksena, pärjäämisenä, toimintakykynä, hyvänä olona, palvelukykyinä sekä taloudellisuutena. Ratkaisevaksi tuloksellisuuden kannalta nousi potilaan oma hoitomotivaatio. Tutkimuksessa omaiset korostivat hoidon suunnitelmallisuutta, sairauden ja elämäntilanteen merkitystä sekä omaa merkitystään. Päättäjät näkivät merkittävänä tuloksellisuuteen vaikuttavana tekijänä yhteiskunnan tilanteen, sen arvot, taloudellisen tilanteen, työttömyyden, perheiden hajoamisen ja alkoholipolitiikan ja rikollisuuden. (Tiri 2001, 87-98.) Terveiden edistämisen tuloksellisuuden eräs pulmakohta on ehkäisevän toiminnan arvioinnin ja vaikutusten mittaamisen vaikeus, koska tulokset tulevat esille vasta pitkän ajan kuluttua (Koponen, Pietilä & Kurkko 2002, 294).

6.3.2 Käsitteellisen mallin tarkastelu

Pearson ja Vaughan (1994) näkevät terveydenhuollossa toimivien eri ammattiryhmien yhteiseksi tavoitteeksi terveyden edistämisen. Jokainen ammattiryhmä tarkastelee terveyden edistämistä omasta näkökulmastaan, jokaisella ammattiryhmällä on oma näkökulmansa ihmisen eri ulottuvuuksiin ja jokainen ammattiryhmä tarvitsee omanlaisiaan tietoja, taitoja ja asenteita toimintansa toteuttamiseen. Ammattiryhmillä on terveyden edistämisestä yhteisiä käsityksiä, minkä lisäksi kullakin ammattiryhmällä on asiasta oman ammattiryhmänsä käsityksiä. Yhteistoiminta on mahdollista silloin, kun ammattiryhmät voivat kuvata toimintaansa toisilleen. (Pearson & Vaughan 1994, 52.) Perheen terveyden edistämisen mallissa voidaan ajatella sosiaalityön, lääketieteen, psykologian ja hoitotyön viitekehysten esiintyvän käsitteellisellä tasolla yhteen liittyneinä ja toisiaan täydentävinä näkökulmina. Lisäksi malli sisältää vahvasti psykoterapeuttisen näkökulman, jossa korostuvat erityisesti nuorisopsykoterapian ja perheterapian viitekehykset. Mallin lähtökohtana on ajatus, että moniammatillisessa työssä eivät ilmiötä vain yhdestä näkökulmasta tarkastelevat mallit voi sellaisenaan toimia.

Malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaa nuorisopsykiatrisen avohoidon todellisuudessa tapahtuvaa perheen terveyden edistämisen toimintaa. Mallista voidaan nähdä, mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa ja miten se ilmenee nuorisopsykiatrisessa avohoidon kontekstissa. Lisäksi se ilmaisee ja siitä voidaan tunnistaa nuorisopsykiatriselle perheen terveyden edistämisen toiminnalle ominaisia erityispiirteitä. Koska malli ei ole hoitotyön malli, ei sitä sen vuoksi ole myöskään mielekäästä verrata suoraan kehitettyihin hoitotyön malleihin. Hoitotyön keskeiset käsitteet ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö kuitenkin sisältyvät mallin käsitteisiin ja siten mallia voidaan hyvin tarkastella myös hoitotieteen metaparadigman kautta. Koposen (1999, 19) mukaan käsitteellinen malli strukturoi hoitotyön prosessin ja mallien soveltamisen avulla voidaan lisätä hoitotyön tavoitteellisuutta ja systemaattisuutta. Koponen kuvaa, että käsitteellisessä mallissa ilmaistaan tietty näkemys hoitotyön käytännön tavoiteltavasta laadusta, tietty tarkoitus toiminnalle ja tietyt ongelmat ratkaistaviksi. Lisäksi tunnistetaan, missä toimintaympäristöissä hoitotyötä toteutetaan sekä nimetään palveluiden vastaanottajien ominaisuuksia. (Koponen 1996, 19.)

Terveyden edistämisen viitekehystä on kehitetty myös omia malleja ja teorioita. Näiden alkuperä on usein käyttäytymis- tai yhteiskuntatieteissä. Terveyden edistämisen mallit ja teoriat vastaavat tyypillisesti kysymyksiin mitä, miksi ja miten. Ne selittävät käyttäytymistä ja käyttäytymisen muutokseen vaikuttavia tekijöitä sekä helpottavat ymmärtämään terveyteen vaikuttavien tekijöiden moninaisuutta. Mallit ja teoriat tarjoavat tietoa muutokseen tähtäävien interventioiden suunnitteluun sekä tutkimukseen. Terveyden edistämisen malleja voidaan käyttää myös interventioryhmien ja -menetelmien valitsemisen

apuna, sekä apuna siirtämään teoreettiset menetelmät käytännön strategioiksi. Eräs paljon käytetyistä terveyden edistämisen malleista on yhdeksänvaiheinen ”Precede-Proceed” -malli, joka korostaa kohderyhmän osallistamista. (Tuominen ym. 2005, 33.)

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostuneessa perheen terveyden edistämisen mallissa on nähtävissä vahvasti systeemiteoriaan pohjautuva näkemys perheestä ja sen toiminnasta. Laurin ja Elomaan (1999) mukaan systeemiteoriaan pohjautuvat hoitotieteen käsitteelliset mallit sisältävät usein seuraavat yleiset lähtökohdat: 1. ihminen on avoin systeemi, joka on jatkuvassa, monimutkaisessa ja usein vaikeasti ymmärrettävässä vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa 2. systeemin saama jatkuva palaute ympäristöstä tekee systeemistä dynaamisen ja muuttuvan 3. systeemillä on tietty järjestys ja toimintamalli, joka heijastuu kokonaisuuden kautta 4. systeemi pyrkii tulokseen, joka johtaa mukautumiseen tai uuteen tasapainoon. Laurin ja Elomaan (1999) mukaan systeemiteoriaan perustuvia hoitotieteen käsitteellisiä malleja kritisoidaan, koska niille on ominaista, että ne keskittyvät kuvaamaan ihmistä systeeminä, ja jättävät varsinaisen hoidollisen näkökulman vähäiseksi. (Lauri & Elomaa 1999, 92.) Perheen terveyden edistämisen mallin tavoitteena on saavuttaa myös hoidollinen ulottuvuus mallin pyrkiessä vastaamaan kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon sekä perheen kohtaamisen asettamiin haasteisiin.

Perheen terveyden edistämisen mallia voidaan luonnehtia vuorovaikutusmalliksi.

Tarkastelukulmasta riippuen siinä voidaan kuitenkin yhtä lailla nähdä niin järjestelmä- kuin kehitysmallinkin piirteitä (ks. luku 3.5). Mallin keskeiset käsitteet, *kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus, perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen, toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken sekä perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset*, kuvaavat toimintaa nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa. Luonteeltaan malli on kuvaileva. Se antaa aineksia tilannekohtaisiin valintoihin, mutta se ei anna varsinaisesti suoria toimintaohjeita. Malli on laaja ja siinä voidaan tunnistaa ainutkertaisen perheen yksilöllinen tukitoimien tarvitsevuus tilanteessa, jossa perheen nuori oireilee tai on sairastunut psyykkisesti. Malli korostaa yhteistyön avoimuutta ja toimijoiden välistä vuorovaikutusta muutosta eteenpäin vievänä voimana. Hoitotieteessä vuorovaikutusteorioiden pohjalta muodostuneiden käsitteellisten mallien taustalla ovat yleensä seuraavat oletukset: 1. asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde on merkittävä pyrittäessä kehittämään potilaan kykyä käsitellä tarpeitaan ja mukautua 2. vuorovaikutussuhteessa on tärkeää sekä verbaalinen että nonverbaalinen kommunikointi sekä inhimillisen kokemuksen merkityksellisyys 3. hoitaja toimii auttajana ja tukijana asiakkaan kasvu- ja kehitysprosessissa. (Lauri & Kyngäs 2005, 91.)

Malli perheen terveyden edistämisestä ilmentää tapaa, jolla nuorta ja hänen perhettään lähestytään nuorisopsykiatrisessa ammatillisessa toiminnassa. Kiikkalan ja Munnukan (1996)

mukaan ihmisen elämän kokonaisuus ja tilannesidonnaisuus ovat aina samanaikaisesti läsnä olevia ominaisuuksia. Ajatus perustuu Parsen teorian ja samanaikaisuusparadigman mukaiseen näkemykseen siitä, että ihminen on jakamaton kokonaisuus, joka luo terveyttään ja kehittyy molemminpuolisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Karjalainen 1996, 22.) Hoitotyö voidaan nähdä tällöin apua tarvitsevan ihmisen elämäntilannetta eteenpäin suuntaavana ja edistävänä voimana ja auttava hoitotyöntekijä toisen ihmisen elämäntilanteeseen ja auttavaan yhteistyösuhteeseen antautuvana kanssakulkijana. (Kiikkala & Munnukka 1996, 12.) Käytännön hoitotyön kannalta on olennaista, että koskaan ei ole mahdollista saada toisesta ihmisestä selville kaikkea. Emme koskaan voi myöskään ymmärtää kaikkea loppuun saakka. Ihminen itse antaa asioille merkityksen ja merkitykset lähtevät aina ihmisen omista arvoista. Tilanteita on mahdollista kokea yhdessä, mutta niillä on aina oma ja ainutlaatuinen kokemuspohjansa kullekin ihmiselle. (Ylihärsilä 1996, 101.) Perheen terveyden edistämisen mallia voidaan tarkastella hyvin Parsen (1997) ajatusten kautta. Vaikka Parse korostaa ihmisen yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta, ovat myös perheen sisäiset suhteet merkittävä osa Parsen teoriaa. Parsen mukaan ihminen ja ympäristö ovat terveyden elettyjen kokemusten kautta samanaikaisesti yhteydessä toisiinsa muodostaen näin kokonaisuuden. Parsen mukaan ihminen antaa merkityksen perhesuhteille sitoutumalla elämässään toisiin ihmisiin. Perheeseen sitoutumisella on myös seurauksia. Näiden seurausten kanssa eläminen valitulla tavalla on vastuun kantamista tehdyistä valinnoista. (Cody 1997, 29.)

Byng-Hall (1995) on käyttänyt käsitettä perheen käsikirjoituksen uudelleen kirjoittaminen kuvatessaan perhettä perheterapeuttisessa muutosprosessissaan. Ydinluokkana muutoksen mahdollistuminen tuo prosessiin vahvasti toivon ulottuvuuden. Muutoksen odotetaan tapahtuvan kohti parempaa terveyttä, hyvinvointia ja elämäntilannetta. Kylmän (1996) mukaan toivo ja ihmisen hyvinvointi liittyvät vahvasti yhteen ja toivo mahdollistaa ja edistää hyvinvointia. Useisiin tutkimuksiin viitaten Kylmä (1996) toteaa toivon auttavan vahvistamaan ihmistä hyväksymään vaikeita olosuhteita ja myös sopeutumaan raskaisiin elämäntapahtumiin ja muutoksiin. (Kylmä 1996, 17-19). Työntekijöiden tehtävänä on luoda toivoa ja pitää toivoa yllä. Wahlbeckin ym. (2001, 7) mukaan työntekijän on luotettava siihen, että prosessi kantaa, vaikka asiaan kuuluvat myös epätoivon hetket ja joskus pitkätkin vaikeat jaksot. Lämsä (2009, 220) tuo lasten ja nuorten syrjäytymistä käsittelevässä tutkimuksessaan esiin paradoksin, jonka mukaan perhe on sosiaalihuollon näkökulmasta sekä asiakkaina olevien lasten ja nuorten hyvinvoinnin ongelmien syy, että näiden ongelmien ratkaisu. Vaikka ilmiö ei tämän tutkimuksen mukaan ole nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa näin mustavalkoinen, on samankaltaisia piirteitä tunnistettavissa myös tässä käsitteellisessä mallissa.

Perheen terveyden edistämistä kuvaava malli integroituu osaksi laajempaa palvelujärjestelmää ja yhteiskuntaa toimintakehyksensä kautta. Toimintakehyksen muodostavat *toimintaorganisaatio*, voimassa oleva lainsäädäntö ja muu *sosiaali- ja*

terveyspolitiikka, monialainen tietoperusta sekä vallitsevat *yhteiskunnan arvot ja asenteet*. Malli ei ole suljettu järjestelmä, vaan se on toimintakehyksensä kautta olemukseltaan jatkuvasti molempiin suuntiin avoin. Vaikka malli on abstrakti kuvaus perheen terveyden edistämisen toiminnasta ja siihen suhteessa olevista tekijöistä nuorisopsykiatrisen avohoidon kontekstissa, sitä voidaan samanaikaisesti tarkastella ja tulkita myös varsin käytännön läheisesti. Pelkosen ja Hakulisen (2002, 63) mukaan on monia sellaisia yhteiskunnallisia kehityskulkuja, jotka vaikuttavat perheen terveyteen ja terveenä olemisen ehtoihin joko suoraan tai välillisesti. Aika, maailmantilanne, kulttuuriset tekijät – ympäristö ylipäättään ja siinä tapahtuvat muutokset – vaikuttavat kaikkien järjestelmien toimintaan ja sitä kautta myös nuorisopsykiatrisen avohoidon perheiden terveyden edistämisen toimintaan. Pelkonen ja Hakulinen (2002) mainitsevat vaikuttavina tekijöinä lisääntyvän kansainvälistymisen ja siihen liittyvän arvojen ja ideologioiden muutoksen, lisääntyvän muuttoliikkeen, parantuneen tiedon saannin ja teknologian kehittymisen. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 63.)

Toimintakehyksen käsitteet vaikuttavat olennaisesti perheen terveyden edistämisen toiminnan mahdollistumiseen. Toimintaa ei ole ilman *toimintaorganisaatiota*. Suomessa erikoissairaanhoidon palveluja tuottavat sairaanhoitopiirit. Sairaanhoitopiireillä on määritellyt strategiat, jotka tarkoittavat kuntayhtymän valtuuston hyväksymiä lähivuosien kehittämisen tavoitetiloja, suuntia ja toimintaohjelmia. Strategia ohjaa sairaanhoitopiirin toiminnan ja talouden suunnittelua. (Kuntatiedon keskus.) Tämä raamittaa ja luo puitteita myös nuorisopsykiatrisen perheen terveyden edistämisen toimintaan.

Sosiaali- ja terveyspolitiikka ovat osa mallin toimintakehystä. Kansalaisten oikeus saada hoitoa on turvattu perustuslaissa. Kuntia pyritään erilaisin poliittisin päätöksin velvoittamaan järjestämään kuntalaisilleen terveydenhuoltoa (Kuntatiedon keskus). Nämä lakeihin ja erilaisiin poliittisiin päätöksiin perustuvat linjaukset vaikuttavat keskeisesti siihen, miten, missä ja millaista terveydenhuoltoa kansalaisille tarjotaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ollaan uudistamassa. KASTE -ohjelmalla haetaan pitkäjänteisyyttä terveydenhuollon kehittämiseen aiemman, paljolti erilaisiin projekteihin nojanneen hajanaisen ja epäsystemaattisen kehittämisen sijaan. Ohjelma haastaa terveydenhuollon toimintayksiköt, yliopistot, ammattikorkeakoulut, erilaiset osaamiskeskukset sekä kehittämis- ja tutkimustyön tukijat tekemään laaja-alaista yhteistyötä niin valtakunnallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla, jotta kansalaisten palvelujen tarpeeseen ja toimintojen uudistamisen haasteisiin kyetään vastaamaan. (Vehviläinen-Julkunen 2008, 181; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a)

Työelämän vaatimukset lisääntyvät jatkuvasti ja terveydenhuolto vaatii laajaa näkemystä. Tarvitaan *monialaista tietoperustaa*. Vaikka jokaisen tieteenalan tulee tuottaa omaa tietoaan, on myös monitieteiselle ja moniammatilliselle tiedolle ja osaamiselle paikkansa.

Laurin (2007) mukaan terveydenhuollon ammattilaisilta odotetaan moniammatillista yhteistyötä, kykyä hankkia uutta tietoa ja kykyä toimia oman alansa asiantuntijana. Ammattilaisilta odotetaan myös valmiuksia kehittää omaa työtään ja yhteiskunnan toimintaa sekä kykyä vastata työn vaatimuksiin muuttuvassa yhteiskunnassa. (Lauri 2007, 53.) Vähäkankaan (2008) mukaan syvälinen yhteistyö ja sen mukanaan tuoma ymmärtämyksen laajeneminen auttavat uudenlaisen ajattelun ja uusien integratiivisten lähestymistapojen käytännöiksi asettumisessa (Vähäkangas 2008, 43). Risikon (2002, 147) mukaan moniammatillinen yhteistyö ja sen lisääminen on sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän kehittämisen perusta. Yhdessä tuotettu tieto auttaa yhteisen ymmärryksen saavuttamisessa ja turvaa yhdessä tekemisen sujuvuutta. Aktiivisesti toimiva, dynaaminen ja aikaa seuraava työyhteisö on motivoiva ja palkitseva (Lauri & Elomaa 1999, 116). Yhteiseen asiaan on mielekästä sitoutua.

Malli nostaa esiin *yhteiskunnan arvot ja asenteet* ja niiden merkityksen sekä erilaiset eettiset ongelmat suhteessa perheiden hyvinvointiin. Samoin siinä peilautuvat maailmankatsomukselliset ja ihmiskäsitykseen liittyvät asiat. Arvo- ja asennemaailma näkyy muun muassa kansalaisten suvaitsevaisuudessa ja suhtautumisessa lapsiin, nuoriin ja perheisiin, mielenterveyden ongelmiin, monikulttuurisuuteen tai muuhun erilaisuuteen. Turusen (1991) mukaan ihminen on ajattelunsa varassa todellisuuteen jäsentävä olento. Jokaisella ihmisellä on maailmankatsomus. Turunen kuvaa sen olevan joko kehittymätön tai viimeistelty, joko summittainen tai yksityiskohtainen tai joko asenteellinen tai sitoutumaton tapa tarkastella maailmaa. (Turunen 1991, 195.)

Lapsia ja nuoria koskevilla toimilla vaikutetaan tulevaisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa Terveys 2015 -ohjelmassa perheiden terveyden edistämisen näkökulmaa sekä lasten, nuorten ja perheiden tukemisen tärkeyttä ja heitä koskevien palveluiden kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 23). KASTE -ohjelma painottaa niin ikään ennalta ehkäisevää työtä, mutta myöskin henkilöstön riittävyden varmistamista ja osaamisen vahvistamista (Vehviläinen-Julkunen 2008, 181). Kähärän (2003, 4) mukaan terveyden arvostuksen tulisi näkyä kaikessa poliittisessa päätöksenteossa, eikä arvostus ja sitoutuminen saisi jäädä pelkästään asiakirjoihin ja juhlapuheisiin. Pirskasen ja Pietilän (2008, 154) mukaan terveydenhuolto voidaan nähdä peilinä, johon heijastuvat ne kehityskulut, jotka yhteiskunnassa vallitsevat. Ryytänen ja Myllykangas (2000) pohtivat terveydenhuoltoon kohdistuvia odotuksia ja terveydenhuollon suoriutumista näistä odotuksista. Heidän mukaansa terveydenhuollolla on taipumus paisua – tulla koko ajan laajemmaksi, kalliimmaksi ja monimutkaisemmaksi – ja sen vuoksi se on vaarassa karata ohjaus- ja rahoitusjärjestelmien ulottumattomiin. (Ryytänen & Myllykangas 2000, 228.) Nuorisopsykiatriselle hoidolle on kasvava tarve. Hoitoon pääsy on kuitenkin vaikeaa ja tapahtuu usein lopulta luvattoman myöhäisessä vaiheessa. Yhteiskunnallisesti nuorten huonovointisuus on kipeä asia, jonka

hoitamiseen yhteiskunta voi omilla arvoillaan vaikuttaa. Yhteiskunnallisissa ratkaisuissa välittyvät arvot ja asenteet, jotka heijastuvat perheiden elämän arjessa, vanhemmuudessa sekä lasten ja nuorten voinnissa. Vaikutukset ovat monikerroksisia, koska lapset ja nuoret ovat tulevaisuuden vanhempia (Tuhkasaari 2002). Lasten ja nuorten kasvamahdollisuuksien turvaaminen, ongelmia ehkäisevä toiminta ja varhainen ongelmiin puuttuminen ovat tärkeitä sekä inhimillisesti että taloudellisesti.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Aiempien tutkimusten perusteella (esim. Kähärä 2003) terveyden edistämisen käsitettä pidetään vaikeaselkoisena. Eräs tämän tutkimuksen tarpeellisuuden perusteista oli pyrkimys tehdä terveyden edistämisen käsitettä tutummaksi ja avata sitä käytännön työn tasolle. Savolan ja Koskinen-Ollonqvistin (2005, 36) mukaan vasta silloin, kun käsite on avattu riittävän konkreettisesti, voidaan tietää, mitä sillä tarkoitetaan. Vaikka terveyden edistämisen käsite on laajasti käytössä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa, kävi työntekijöiden kuvauksista ilmi, että myös nuorisopsykiatrisen avohoidon työntekijät pitivät käsitettä vaikeasti avautuvana ja vieraana. Käsite on kieliasultaan pitkä ja jo se tekee siitä arjen työssä hankalasti käytettävän. Työntekijät käyttivät perheen terveyden edistämisen synonyyminä perheen hyvinvoinnin edistämistä, joka tuntui sopivan luontevammin nuorisopsykiatristen työntekijöiden kieleen. Jatkotutkimuksena olisi tarpeellista avata perheen terveyden edistämisen käsitettä edelleen käsiteanalyysin avulla ja mahdollisesti löytää tai kehittää käyttökelpoisempi, moniammatilliseen kieleen entistä paremmin sopiva, ilmiötä hyvin kuvaava käsite.

Tutkimuksen tuloksena muodostui perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava käsitteellinen malli. Tutkimusta on mahdollista jatkaa testaamalla mallia käytännössä toimintatutkimuksen avulla. Muodostunut malli on osittain hypoteettinen ja se vaatii monelta osin tarkennusta. Mallia testaamalla voitaisiin saada lisää tietoa muun muassa käsitteiden välisistä suhteista, käsitteiden painottumisesta hoitoprosessin eri vaiheissa sekä malliin sisältyvän vuorovaikutuksen luonteesta. Mallin toimintakehys vaatii niin ikään tarkentamista. Tarpeellisena mutta hyvin haasteellisena jatkohankkeena voidaan myös nähdä mahdollisen perheen terveyden edistämiseen liittyvän mittarin kehittäminen. Mallista on mahdollista pyrkiä johtamaan edelleen teoria.

Tässä tutkimuksessa perheen terveyden edistämistä tarkasteltiin työntekijöiden näkökulmasta. Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta tiedetään (esim. Hopia 2006; Sirviö 2006), että työntekijöiden ja vanhempien tai perheen näkemykset elämää vaikeuttavista tai helpottavista tekijöistä tai tuen tarpeista saattavat poiketa toisistaan. Jotta toimintaa

voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin perheiden tarpeisiin, olisi jatkotutkimuksena olennaista saada tietoa myös itse asiakasperheiden sekä kokemuksista että odotuksista perheen terveyden edistämisen suhteen. Osaltaan tähän liittyy myös hoidon tuloksellisuus ja sen mittaaminen. Vaikuttavuuden arviointi on paitsi nuoren hoidon, niin myös perhe- ja perhehoitotyön osalta pulmallista. Kokemuksellista vaikuttavuuden arviointia hoidosta työntekijät saavat palautteena nuorilta ja heidän perheiltään, mutta systemaattisesti palautetta ei juuri kerätä eikä dokumentoida. Niin perhe- ja perhehoitotyön kuin perheen terveyden edistämisenkin vaikuttavuuden tutkimus ovat tutkimusaiheina erityisen haastavia ja niissä on runsaasti kehittämisen kohteita.

Pietilä ja Hägman-Laitila (2003, 45) ovat nostaneet tutkimuksessaan esiin pikkulapsiperheiden erilaiset perheprofiilit suhtautumisessa perheille tarjottuun tukeen. Lämsä (2009) on tutkinut sosiaalihuollon eri asiakkuustyyppettä. Myös Potinkara (2004) on kriittisesti sairaiden potilaiden läheisten kohdalla esittänyt jatkotutkimuksen tarpeellisuuden erilaisista läheistyypeistä. Jatkotutkimus erilaisista perheprofiileista on perusteltua myös nuorisopsykiatriassa. Nuorisopsykiatrian asiakasperheiden ”profiilia” voi pitää hyvin moninaisena. Perhe, jossa on väkivalta- tai alkoholiongelma tarvitsee erilaisia toimia ja erilaista tukea kuin syömishäiriöisen nuoren tai psykoottisen nuoren perhe. Perheet myös tarttuvat eri syistä johtuen varsin eri lailla tarjottuun tukeen. Tieto erilaisten perheiden tarpeista ja huomioon otettavista asioista palvelisi mahdollisesti sekä perheitä että avohoitoa paremmin oikeanlaisen ja tarkoituksenmukaisen tuen kohdistamisessa

Käsitteellisiä malleja on käytetty koko niiden olemassaolon ajan hoitotyön opetuksen keskeisinä välineinä. Myös perheen terveyden edistämisen mallin voidaan nähdä soveltuvan muun muassa uusien työntekijöiden perehdytykseen ja opiskelijaohjaukseen. Mallia voidaan myös kehittää edelleen apuvälineeksi esimerkiksi lasten ja nuorten hoitotyön, psykiatrisen hoitotyön, perhehoitotyön ja terveyden edistämisen opiskeluun. Tässä tutkimuksessa tuotettu tieto rakentaa osaltaan perhehoitotyön tietoperustaa. Niin perhehoitotyön kuin perhehoitotieteenkin näkökulmasta tarvitaan edelleen paljon systemaattista uuden tiedon tuottamista (Lehto 2004, 98; Åstedt-Kurki ym. 2008, 7). Hoitotyön teoriat tuntuvat käytännön työntekijästä usein etäisiltä ja irrallisilta (Munnukka 1996, 156). Tutkimuksen, teorian ja käytännön välinen vuorovaikutus ei useinkaan toimi saumattomasti, eivätkä osa-alueet integroidu toisiaan palvelevaksi ja täydentäväksi kokonaisuudeksi. Tämän yhteistyön hiomiseen, ennakkoluulojen vähentämiseen ja siltojen rakentamiseen tarvitaan vielä runsaasti kehittämistyötä.

Tämän tutkimuksen tuloksena kehitetty malli perheen terveyden edistämisestä nuorisopsykiatrisen avohoidon toimintaympäristössä perustuu monialaiseen osaamiseen ja tietopohjaan. Monet työntekijöistä olivat ammatillisen koulutuksensa lisäksi

psykoterapeutteja ja perheterapeutteja. Vaikka tutkittavaa ilmiötä ei tässä tutkimuksessa lähestyttykään erityisesti psykoterapeuttisten viitekehysten kautta, on työntekijöiden psykoterapeuttinen suuntautuminen helposti havaittavissa tuloksista. Aaltonen (2003, 268) kuvaa, että perheterapiaa on aina luonnehtinut pyrkimys verkostoitua joustavasti useiden eri tieteiden ja psykoterapeuttisten lähestymistapojen kanssa. Suomessa on tehty ansiokasta työtä vaikeitten mielenterveyshäiriöitten tarpeenmukaisen, perhekeskeisen hoidon kehittämiseksi. Siinä tärkeää on yhteisen ymmärryksen rakentaminen. Aaltonen (2003) korostaa tämän kehittämis- ja tutkimuskulttuurin jatkamisen tärkeyttä. Perheterapeuttien tehtävänä on pyrkiä aina vuorovaikutukseen. Aaltosen mukaan (2003, 270) se tarkoittaa myös sitä, että on pyrittävä jatkuvaan vuorovaikutukseen muiden hoidollisten lähestymistapojen kanssa. 😊

Kirjallisuus

- Aalberg, V. 2005. Antisosiaalinen nuori. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY
- Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi - nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.
- Aalto-Setälä, T. 2005. Lapsesta nuoreksi. Kansanterveyslehti 9/2005. Viitattu 5.9.2008. <http://www.ktl.fi/portal/11927>.
- Aalto-Setälä, T. 2006. Kriisihoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuorten psyykinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim 2007;123(2):207-13.
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, Mi. 2003. Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveydenhäiriöt: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. HYKS, Peijaksen sairaala, psykiatrian tulosyksikkö, nuorisopsykiatrian vastuualue.
- Aaltonen, J. 2002. Perheterapia ryhmäkuvassa. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Keuruu: PS-kustannus.
- Aaltonen, J. 2003. perheterapian tulevaisuus 5 vuoden kuluttua: Etiikka ennen vaikuttavuutta. Teoksessa Toivakka, H. (toim.) Perheterapien kehittyvä ammattikäytäntö. Suomen perheterapiayhdistys ry.
- Airaksinen, A. & Laukkanen, E. 2006. Psykoterapeuttinen avohoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Airas, C. 2005. Lapsuuden normaali kehitys syntymästä taaperoiikään. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY.
- Alasuutari, M. 2003. Kuka lasta kasvattaa? Helsinki: Gaudeamus.
- Amnell, G. 1999. Nuorten hoitaminen edellyttää ymmärtämistä. Mielenterveys 3, 9.
- Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 11(1):11-18.
- Arajärvi, T. 1991. Lastenpsykiatrian tieteellisessä tutkimuksessa huomioon otettavia käytännön näkökohtia. Teoksessa Arajärvi, T. & Piha, J. Lastenpsykiatrin tieteellinen tutkimustyö. Teoriaa ja käytäntöä. Lastenpsykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja, no 5. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Arnkil, T.E. 2003. Early intervention - anticipation dialogues in the grey zone of worry. Nordiska barnavårdkongressen Reykjavik, Island, 30.8.2003. Viitattu 12.1.2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/C08E96A5-2448-4E9B-9C63-BA21CF6D8B66/0/TomArnkilEarlyintervention.rtf>.
- Blos, P. Jr. 1999. Nuoruusikäisten ymmärtämisestä. Teoksessa Niemi, T. (toim.) Nuorisopsykiatrian erityiskysymyksiä 4. Helsinki: Nuorisopsykiatriasäätiö.

Bowlby, J. 1979. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications.

Broberg, M. & Hakovirta, M. 2005. Lapsen ja etävanhemman tapaaminen yksinhuoltaja- ja uusperheissä - lähivanhemman näkökulma. Viitattu 5.9.2008. http://sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0205/artikkeli2_0205.pdf.

Brummer, M. 2005. Yhteistyö vanhempien kanssa. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. *Lasten ja nuorten psykoterapia*. Helsinki: WSOY.

Byng-Hall, J. 1995. *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. The Guilford Press. New York.

Cody, W.K. 1997. Perhe ihmisenä kehittymisen teorian näkökulmasta. Teoksessa Parse, R.R. (toim.) *Elämyksiä. Ihmisenä kehittymisen teoria käytännössä ja tutkimuksessa*. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Ebeling, H. 1993. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastopotilaan työntekijässä herättämät tunnereaktiot. Kuopion yliopiston julkaisusarja D. *Lääketiede* 33. Akateeminen väitöskirja.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2008. *Hoitotiede*. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Eirola, R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 102. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Eräranta, K. & Autio, M. 2008. Johdanto: polarisaatio käsitteenä ja empiirisesti koeteltuna tutkimusteeseinä. Teoksessa Autio, M., Eräranta, K. & Myllyniemi, S. (toim.) *Polarisoituva nuoruus?. Nuorten elinolot vuosikirja 2008*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosan neuvottelukunta, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Ewless, L. & Simnett, I. 1995. *Terveiden edistämisen opas*. Suomentanut Ovaska-Romano, P. SHKS. Keuruu: Otava.

Fawcett, J. 1991. *Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi*. Suomentanut Aakkula, M. SHKS. Toinen painos. Helsinki: WSOY.

Friedemann, M-L. 1995. *The Framework of Systemic Organisation. A Conceptual Approach to Families and Nursing*. Thousand Oaks. Sage.

Friedman, M.M., Bowden, V.R. & Jones, E.G. 2003. *Family nursing. Research, theory & practice*. 5th edn. Prentice Hall Upper Saddle River. NJ.

Fröjd, S. 2008a. Mental health in middle adolescence. Associations of family factors with diverse maladjustment outcomes. Academic dissertation. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 675. Viitattu 5.6.2008. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7147-6.pdf>.

Fröjd, S. 2008b. Äitiä ja isää tarvitaan vielä nuoruusiässäkin. *Kansanterveyslehti* Nro 4/2008. Viitattu 5.9.2008. <http://www.ktl.fi/portal/15841>.

Fröjd, S., Charpentier, P., Luukkala, T., Pelkonen, M., Ranta, K., Ritakallio, M., von der Bahlen, B., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2004. 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Peruseräraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2004. Viitattu 2.10.2008. <http://www.tays.fi/download.aspx?ID=383&GUID=%7B7C6410BD-7C71-4479-BE07-68037E4CDCCE%7D>.

Fröjd, S., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R-K. 2007. Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. *Lääkärilehti* 2007;62(12):1249-1254.

Haarakangas, K. Seikkula, J. 1999. Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. *Studia*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hahtela, N. 2007. Lastenpsykiatrisen osastohoito perheiden kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY.

Hakulinen, T., Pietilä, A-M. & Kurkko, H. 2001. Terveiden edistämisen vaikuttavuuden arviointi ja tulevaisuus. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2001. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Happonen, E. 2006. Nuorisopsykiatrisen tutkimus. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Harrikari, T. & Hoikkala, S. 2008. Nuorten hyvinvointipolitiikka - pahoinvointiin puuttumista ja riskien hallinnointia? Teoksessa Autio, M., Eräranta, K. & Myllyniemi, S. (toim.) Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot vuosikirja. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta ja Stakes.

Heikkinen, A. 2007. Nuoret lastensuojelun avohuollossa - palvelujen ja menetelmien tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämisohjelman raportti. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. *Selvityksiä* 2007:1

Heino, T. 2007. Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat. Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Stakesin työpapereita 30/2007. Viitattu 18.4.2008.
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T30-2007-VERKKO.pdf>.

Heinonen, E. 2006. Varhainen puuttuminen ja verkostoyhteistyö. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helminen, J. 2006. Onnen kehto vai kurjuuden alho? Suomalaisten lapsiperheiden arjen kurjistumisesta. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Elämä koettelee, tuki kannattelee. Sosiaali- ja terveysalan työ monimuotoisissa perhesuhteissa. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Helminen, M-L. & Iso-Heiniemi, M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006 Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen, E. Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: Näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Hoffman, L. 1985. Perheterapia. Systeminen näkemys. Espoo: Weilin+Göös.

Hoikkala, S. 2006. Onko lastensuojelun laitoshuollon asiakkaista tullut vaikeahoitaisia ja erityisen huolenpidon tarpeessa olevia lapsia? Nuorisotutkimus 2006 (24).

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 2.2.2008. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6628-4.pdf>.

Hurtig, J. 2006. Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Teoksessa Forsberg, H., Ritala-Koskinen, A. & Törrönen, M. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Hägglund, T-B. 1990. Jättäkää perheet rauhaan. Opettajalehti. Helmikuu/-90.

Häggman-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Häggman-Laitila, A. 2008. Huolenpidon etiikka: empiirisiä huomioita lapsiperhetyöstä. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2004. Lasten ja nuorten terveys perheen terveyden näkökulmasta. Aho, A.L., Halme, M. Koivula, M. Paavilainen, E., Rantanen, P. & Åstedt-Kurki, P. (toim.) VIII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoitotieteellinen tutkimus näkyväksi - kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin. Tampereen yliopisto 24.9.-25.9.2004. Konferenssiesitelmät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen "käsityötaitoon". Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Hämäläinen, J. 2006. Nuori ja perhe yhteiskunnan muutoksessa. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hämäläinen, J., Laukkanen, E. & Vornanen, R. 2008. Nuorisokasvatus, nuorisososiaalityö ja nuorisopsykiatria nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi. Teoksessa Autio, M., Eräranta, K. & Myllyniemi, S. (toim.) Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot vuosikirja. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaain neuvottelukunta ja Stakes.

Impiö, P. 2005 Nuoruusiän kehitys. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. Lasten ja nuorten psykoterapia. Helsinki: WSOY.

Joronen, K. 2006. Perhe - nuoren elämän turva, uhka ja mahdollisuus. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Elämä koettelee, tuki kannattelee. Sosiaali- ja terveysalan työ monimuotoisissa perhesuhteissa. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Josephson, A.M. 2007. Practice parameter for the assessment of the family. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:7, July 2007.

Jähi, R. 2004. Työstää tarinoida selviytyä. Vanhemman psyykkinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 353. Viitattu 6.6.2008. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5993-8.pdf>.

Järvinen, T. & Jahnukainen, M. 2001. Kuka meistä onkaan syrjäytynyt? Marginalisaation ja syrjäytymisen käsitteellistä tarkastelua. Julkaisussa Vallattomat marginaalit -

Yhteisöllisyyksiä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla. Minna Suutari (toim.). Nuorisotutkimusverkosto, nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 20. Yliopistopaino Oy. Helsinki.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kainulainen, A. 2002. Nuoren mielenterveyden suojaus ja haavoittuvuus - yhdeksäsluokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja sen kokemisesta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 2.9.2008. <http://www.uku.fi/hoitot/kainulainen.html>.

Karlsson, L. Laukkanen, E. & Marttunen, M. 2006. Yksilöpsykoterapiat. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007. Nuorten depressio: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 10/2007. Viitattu 5.10.2008. http://ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b10pdf.

Karlsson, L., Pelkonen, M., Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2005. Nuorten masennus - vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. Lääkärilehti 2005;60(27-29):2879-2883.

Karvonen, E. 2005. Nuorisopsykiatrisen kuntoutuksen perusprosessit - kuntoutushenkilökunnan laatimien kirjallisiin dokumentteihin perustuva aineistolähtöinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaattitutkielma.

Katvala, S. 2001. Missä äiti on? Äitejä ja äitiyden uskomuksia sukupolvien saatossa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research.

Kekkonen, M. 2004. Vanhemmuutta etsimässä ja tukemassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 281. Helsinki.

Kekkonen, M. Aavaluoma, S. & Rautiainen, M. 2006. Vanhemmuuden monet roolit. Lääkärilehti 2006;61(8):847-851.

Kempainen J. 2001. Kotikasvatus kolmessa sukupolvessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research.

Keski-Luopa, L. 2001. Työnohjaus vai superviisaus, työnohjausprosessin filosofisten ja kehityspsykologisten perusteiden tarkastelua. Oulu: Metanoia Instituutti.

Kestilä, L. 2008. Pathways to health. Determinants of health. Health behaviour and health inequalities on early adulthood. Publications of the national public health institute. A 23/2008. Viitattu 11.10.2008. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2008/2008a23.pdf.

Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1996. Teoreettista ja käytännöllistä. Teoksessa Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) Teoriaa käytännössä. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kitinoja, M. 2005. Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 150. Stakes. Helsinki.

Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II - näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 150. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Koivisto, T. 2003. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma - terveyden edistäminen kaikkien yhteisenä asiana. Hoitotyön vuosikirja 2003. terveyden edistäminen. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kolimaa, M. & Pelkonen, M. 2006. Eri ikäryhmien erityiset tarpeet terveyden edistämisessä. Lapset nuoret ja lapsiperheet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Viitattu 10.1.2009.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158139777250/passthru.pdf>.

Koponen, P. Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas- ja terveystalvet. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Korhonen, M. 2003. Sukupolvien perheet. Puheenvuoro 6.11.2003 järjestetyillä nuorisotutkimusseuran nuorisotutkimuksen päivillä Helsingissä. Viitattu 18.10.2008.
http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=134.

Korhonen, V. & Marttunen, M. 2006. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koskinen, L. & Jokinen, L. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä - haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede Vol. 13, no 6/-01.

Koskinen-Ollonqvist, P. & Vertio, H. 2003. Järjestöjen rooli terveyden edistämisessä. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. 2003. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kunnas, K. 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden käsitykset perhehoitotyöstä opintojen alku- ja loppuvaiheessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuntatiedon keskus. Viitattu 2.2.2009.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;553;41788.

Krause, K. & Kiiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kylmä, J. 1996. Toivon dynamiikka. Inhimillisen olemassaolon uudistuksen lähde. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kylmä, J. 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45.

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

Kylmä, J. Pietilä, A.M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99.

- Kähärä, M-L. 2003. Terveyden edistämisen asiantuntijuus korkeakouluopinnoissa Osa I. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 5/2003.
- Laitila, P. 2008. Kokemuksia perheterapiasta nuorisopsykiatriassa - yhden yliopistosairaalan nuorisopsykiatriassa työskentelevien perheterapeuttien näkökulmasta. Vaativan erityistason perheterapiakoulutus 2005-2008. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue. Lopputyö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 25.8.2008.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Lassinantti, A. 2001. Lapsen tai nuoren mielenterveyden häiriö - haaste vai uhka perheelle? Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003 Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydiosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Laukkanen, E. 2006. Todellisuudentajun häiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 332. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 2.2.2008.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf>.
- Lehto-Salo, P. & Marttunen, M. 2006. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Leino-Kilpi, H. 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Linnakangas, R. & Suikkanen, A. 2004. Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2004:7. Helsinki.
- Lounavaara-Rintala, H. 1999. Perhe ja kasvatusihanteet. Teoksessa Lounavaara-Rintala, H., Varilo, E., Vuornos, P. & Wahlbeck, J-C. Vuorovaikutuskuvioita. Helsinki: Vuorovaikutusprosessien tutkimuskeskus.
- Lukkarinen, H. 2005. Monimetodinen kokemuksen tutkimus: fenomenologisen ja positivistisen tutkimustavan yhdistäminen. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. Dialogia.
- Lämsä, A-L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Lasten ja nuorten syrjäytyminen asiakirjojen valossa. Universitatis Ouluensis E102. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden ja opettajankoulutuksen yksikkö. Oulun yliopisto. Viitattu 7.2.2009.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290213/isbn9789514290213.pdf>.
- Marin, M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo.

Marttunen, M. 2005. Riittävän hyvä vanhemmuus. *Kansanterveyslehti* 9/2005. Viitattu 2.9.2008. <http://www.ktl.fi/portal/11928>.

Meleis, A.I. 1991. *Theoretical Nursing. Development and Progress*, second Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 103.

Munnukka, T. 1996. Hoitotieteelliset teoriat hoitosuunnitelmien perustana - sairaanhoitajaopiskelijoiden laatimiin hoitosuunnitelmiin perustuva evaluaatiotutkimus. Teoksessa Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) *Teoriaa käytännössä. Hygieia*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Myllyniemi, S. 2008. Tilasto-osio. Teoksessa Autio, M., Eräranta, K. & Myllyniemi, S. *Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot -vuosikirja*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta, Stakes. Nuorisotutkimusseura, Opetusministeriö, Stakes.

Myllärniemi, A. 2007. Lastensuojelun avohuollon perhetyö ammattikäytäntönä - ajatuksia perhetyöstä toiminnan valossa. Heikki Waris -instituutti. Soccan ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja.

Mäenpää, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* Vol. 14, no 3/-02.

Mäenpää, T. 2008. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö. Substantiivinen teoria ongelmalähtöisestä yhteydenpitämisestä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1327. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 94. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy.

Oinonen, E. 1999. Perheet ja pärjääminen. Teoksessa Blom, R. (toim.) *Mikä Suomessa muuttui. Sosiologinen kuva 1990-luvusta*. Helsinki: Gaudeamus.

Paajanen, P. 2007. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. *Perhebarometri 2007*. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos, Katsauksia E 30/2007. Viitattu 4.5.2008. <http://www.vaestoliitto.fi/?x11011=24004>.

Parse, R.R. 1997. Ihmisenä kehittymisen teoria. Teoksessa Parse, R.R. (toim.) *Elämyksiä. Ihmisenä kehittymisen teoria käytännössä ja tutkimuksessa*. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Paunonen, M. 1999. Suomalaisen perheen rakenteet ja perheiden toiminnan vaikutus perheenjäsenten terveyteen. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö*. Helsinki: WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö*. Helsinki: WSOY.

Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 18. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Lapsiperheet hoitotyön asiakkaana tulevaisuudessa. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pearson, A. & Vaughan, B. 1994. Hoitotyön mallien sovellus. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Perttula, J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus 1/1995.

Pietilä, A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY.

Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävissä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Pietilä, A-M. & Häggman-Laitila, A. 2003. Kohti terveyttä edistävän hoitotyön vaikuttavuuden arviointia: empiirinen esimerkki perheinterventiosta. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Piha, J. 1996. Perheen ja ympäristön merkitys. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I. Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.) Lasten - ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pirkanen, M. & Pietilä, A-M. 2008. Eettistä pohdintaa nuorten terveysvalintojen tukemisesta: tutkimustuloksia nuorten päihteettömyyden edistämisestä. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45.

Pirkanen, M. Pietilä, A-M. & Pelkonen, M. 2001. Nuorten masennus ja itsetuntoa vahvistava tuki. Kyselytutkimus nuorille terveydenhoitajalta saadusta tuesta. Hoitotiede Vol. 13, no 2/-01.

Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Laijärvi, H. & Pukuri, T. 2002. Psykiatrisen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede Vol. 14, no 5/-02.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Poutiainen, P. 2006. Perheen kehitystehtävät. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Puotiniemi, T. 1999. Psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytyminen. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Puotiniemi, T. & Kyngäs, H. 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. Hoitotiede Vol. 15, no 4/-03.

Puuronen, V. 1997. Johdatus nuorisotutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Puuronen, V. 2006. Nuorisotutkimus. Tampere: Vastapaino.

Pylkkänen, K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Laukkanen, E. Marttunen, M. Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pylkkänen, K. 2008. Nuorten mielenterveyspalveluiden ja resurssien riittävyys. Viitattu 7.3.2008.
<http://www.nuorisopsykiatrinen-yhdistys.org/snpysivut/snpy-kp-selonteko-01102008.pdf>.

Rannikko, U. Yhteinen ja erillinen lapsuus. Sisarusten sosiaalistava merkitys. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 785. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Viitattu 11.11.2008.
<http://acta.uta.fi/teos.php?id=11135>.

Ranta, K. 2006. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ranta, T., Paavilainen, E. & Tarkka, M-T. 2003. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. Hoitotiede Vol. 15, no 5/-03.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys - puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 198.

Rantala, S. 1996. Perheenjäsenen psyykinen sairastaminen muutosvaiheena - psykiatristen asiakkaiden perheenjäsenten kokemuksia muutosvaiheesta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Risikko, P. 2002. Hoitotyön koulutuksen kehityshaasteet tulevaisuudessa. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ritala-Koskinen, A. 2001. Mikä on lapsen perhe? - tulkintoja lasten uusperhesuhteista. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Väestöliiton väestöntutkimuslaitos. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 30/2001.

Rousu, S. 2007. Lastensuojelun tuloksellisuuden arviointi organisaatiossa. Näkymätön tuloksellisuus näkyväksi. Suomen Kuntaliitto. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 682. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. Viitattu 11.12.2008. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11017>.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Helsinki: WSOY.

Rönkä, A. Viheriäkoski, J. Litsilä, R. & Poikkeus, A-M. 2002. Nuoret ja vanhemmat perhesuhteiden muutoksessa. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-Kustannus. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Tulostettu 21.7.2008.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ssairaanhoitajan_tyohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveystieteiden edistämisen keskus ry. Helsinki.

Savola, E. 2006. Kouluyhteisön terveyden edistämiseen liittyviä säädöksiä ja suosituksia. Tukimateriaali kouluyhteisön terveys- ja hyvinvointiohjelman suunnitteluun. Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/06.

Seikkula, J. 1999. Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi - kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa Aaltonen, J. & Rinne, . (toim.) Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhaten vaihtuessa. Suomen mielenterveysseura ry. Koulutuskeskus.

Seikkula J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Katsaus. Duodecim 2004;120:289-296.

Seikkula & Arnkil 2005. Dialoginen verkostotyö. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Seikkula, J. & Haarakangas K. 1999. Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa Seikkula, J. & Haarakangas K. (toim.) Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. Studia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, J. 2000. Lapsen psyykinen kehitys. Teoksessa Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. (toim.) Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria - Tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Duodecim 2004;120(15):1866-73.

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 20.6.2008.
<http://www.uku.fi/vaitokset/2006/isbn951-27-0371-8.pdf>.

Smith, F. & Piha, J. 2008. Vanhemmuudesta - Vanhempana oleminen ja vanhempana toiminen. Perheterapia 2/08.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oyj.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:12. Viitattu 29.8.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2002/04/is1062664305620/dokumentti.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:13. Helsinki. Viitattu 5.1.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/pr1077101205143/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Perhepolitiikka suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:12. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19 Viitattu 2.1.2009.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158139777250/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma kannustaa sanoista tekoihin. Viitattu 5.2.2009.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/13396/index.htm>.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 28.8.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Viitattu 7.12.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/08/pr1217926602628/passthru.pdf>.
- Sourander, A. 2007. Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja -nuorten mielenterveys. *Duodecim* 2007;123(4):479-85.
- Stakes 2008. Käsitelmärittelyä. Viitattu 28.8.2008.
<http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/kasitteista/index.htm>.
- Strid, O. & Savolainen, A. 2005. Kouluterveydenhuolto. Teoksessa Kumpusali, E. Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. (toim.) *Yleislääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Tamminen, T. 2003. Poikkeavat kiintymyssuhteet. Teoksessa Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Viitattu 5.2.2009.
<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, P. Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt. *Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja* 5/05.
- Turunen, K. E. 1991. Ihmiskäsitys lasta tutkittaessa. Teoksessa Arajärvi, T. & Piha, J. *Lastenpsykiatrisen tieteellisen tutkimustyö. Teoriaa ja käytäntöä. Lastenpsykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja, no 5*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Tiri, H. 2001. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. *Hoitotiede* Vol. 13, no 2/-01.
- Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. *Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viitala, M-T. 2007. Psykkinen sairaus perheessä - Perheenjäsenten kokemuksia arjesta selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Viljamaa, M.-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden, perhekeskeisyyden ja vertaistuen näkökulma. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Vuokila-Oikonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelussa rakentuvat kertomukset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos ja Psykiatrian klinikka. Viitattu 12.8.2008.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514268903/isbn9514268903.pdf>.
- Vuorinen, R. 1997. Minän synty ja kehitys. Helsinki: WSOY.

Väestöliitto 2007. Paajanen P. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. Perhebarometri 2007. Viitattu 4.5.2008. <http://www.vaestoliitto.fi/?x11011=24004>.

Vähäkangas, K. 2008. Monitieteisen yhteistyön etiikka. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45.

Walden, A. 2006. "Muurinsärkijät" Tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 137. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Viitattu 28.8.2008. <http://www.uku.fi/vaitokset/2006/isbn951-27-0376-6.pdf>.

Wahlbeck, J.-C., Lounavaara-Rintala, H. & Vuornos, P. 2001. Perheterapeutin osaaminen ja etiikka. Perheterapia 3/2001.

Wahlberg, K-E. & Isohanni, M. 1996. Hyvin toimiva perhe. Lääkärilehti 1996;51(16):1785.

Wikipedia. Nuoruus. Viitattu 4.9.2008. <http://fi.wikipedia.org/wiki/Nuoruus>.

Wright, L. & Leahey, M. 2000. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. 3rd edn. F.A.David Company. Philadelphia.

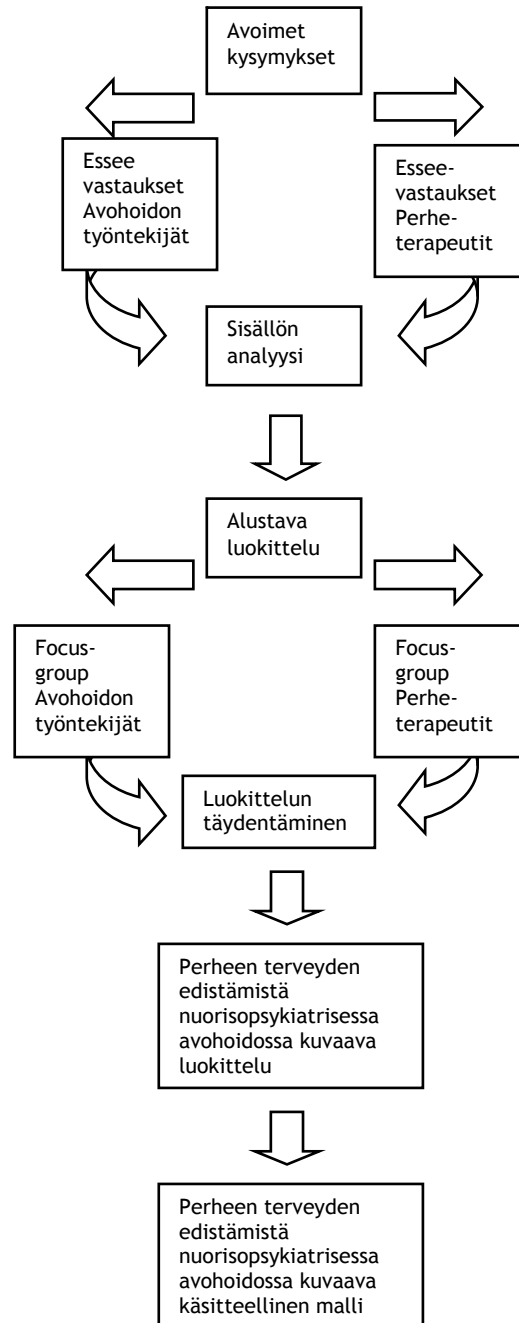
Åstedt-Kurki, Hopia & Vuori 1999. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being in families with children. Journal of Advanced Nursing 29, 704-711.

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

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Liitteet

Liite 1: Tutkimusprosessin eteneminen



Liite 2: Saatekirje nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöille

Helsinki 9.10.2008

Hyvä nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijä

Opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu 30 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni on laadullinen, aineistolähtöinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ja miten se ilmenee käytännössä. Lisäksi tutkimuksen avulla pyritään löytämään perheen terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen lopputuloksena on tarkoitus tuottaa perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava malli. Muodostunutta mallia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä nuorisopsykiatrista perhehoitotyötä.

Tutkimusaineisto on tarkoituksena kerätä kahdessa vaiheessa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kerätään aineisto kirjallisesti avoimilla kysymyksillä sekä nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiltä että nuorisopsykiatrian vastuualueella työskentelevien perheterapeuttien verkostolta. Koottu aineisto käsitellään sisällönanalyysillä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa aineistoa tullaan täydentämään molemmille kohderyhmille erikseen järjestettävien nauhoitettavien focus group -haastatteluiden avulla.

Toivon, että vastaat tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kysymyksiin kuvailevalla esseetyyppisellä kirjoitelmalla ja palautat vastauksesi poliklinikan arkistossa olevaan nimelläni varustettuun postilaatikkoon tiistaihin 21.10.2008 mennessä. Tutkimusaineistona saadut esseevastaukset ja haastattelunauhut tulevat vain omaan käyttöni ja niitä käsitellään ja säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Kerätty tutkimusaineisto tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimukseen on saatu lupa psykiatrian tulosyksikön vs. johtajalta. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat yliopettaja Paula Lehto ja lehtori Sirpa Vattulainen Laurea-ammattikorkeakoulusta. Mikäli haluat lisätietoja tutkimukseeni liittyen, voit olla yhteydessä puhelimitse tai alla olevaan sähköpostiosoitteeseen.

Kiitos ajastasi ja vaivannäöstäsi!

Rea Hölttö
sairaanhoitaja
040-520 1371
rea.holtto@laurea.fi

Liite 3: Saatekirje nuorisopsykiatrian perheterapeuteille

Helsinki 9.10.2008

Hyvä nuorisopsykiatrian perheterapeutti

Opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu 30 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyöni on laadullinen, aineistolähtöinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä perheen terveyden edistäminen tarkoittaa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ja miten se ilmenee käytännössä. Lisäksi tutkimuksen avulla pyritään löytämään perheen terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen lopputuloksena on tarkoitus tuottaa perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava malli. Muodostunutta mallia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä nuorisopsykiatrista perhehoitotyötä.

Tutkimusaineisto on tarkoituksena kerätä kahdessa vaiheessa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kerätään aineisto kirjallisesti avoimilla kysymyksillä sekä nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiltä että nuorisopsykiatrian vastuualueella työskentelevien perheterapeuttien verkostolta. Koottu aineisto käsitellään sisällönanalyysillä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa aineistoa tullaan täydentämään molemmille kohderyhmille erikseen järjestettävien nauhoitettavien focus group -haastatteluiden avulla.

Toivon, että vastaat tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kysymyksiin kuvailevalla esseetyyppisellä kirjoitelmalla ja palautat vastauksesi nuorisopsykiatrian poliklinikalle nimelläni varustetussa kirjekuoressa torstaihin 23.10.2008 mennessä. Tutkimusaineistona saadut esseevastaukset ja haastattelunauhut tulevat vain omaan käyttööni ja niitä käsitellään ja säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Kerätty tutkimusaineisto tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimukseen on saatu lupa psykiatrian tulosyksikön vs. johtajalta. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat yliopettaja Paula Lehto ja lehtori Sirpa Vattulainen Laurea-ammattikorkeakoulusta. Mikäli haluat lisätietoja tutkimukseeni liittyen, voit olla yhteydessä puhelimitse tai alla olevaan sähköpostiosoitteeseen.

Kiitos ajastasi ja vaivannäöstäsi!

Rea Hölttö
sairaanhoitaja
040-520 1371
rea.holtto@laurea.fi

Palautusosoite: Rea Hölttö

[Redacted contact information]

Liite 4: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Helsinki 9.10.2008

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut tietoa perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä.

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Paikka _____

Aika ____ . ____ . 2008

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 5: Taustatiedot ja avoimet kysymykset

TIEDONKERUU:

1 TAUSTATIEDOT

1.1 Sukupuoli Mies _____ Nainen _____

1.2 Mikä on ammatillinen koulutuksesi?

1.3 Millaista lisä- ja täydennyskoulutusta sinulla on?

1.4. Millainen on tämänhetkinen
työnkuvasi? _____

1.5 Miten pitkä on työkokemuksesi nuorisopsykiatriasta?

Liite 5: jatkuu

2. AVOIMET KYSYMYKSET

2.1 Mitä perheen terveyden edistäminen nuorisopsykiatrisessa avohoidossa mielestäsi tarkoittaa ?

2.2 Miten perheen terveyden edistäminen mielestäsi ilmenee nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ?

2.3 Millaisia ovat mielestäsi perheen terveyden edistämisen erityispiirteet nuorisopsykiatrisessa avohoidossa ?

Tutkimukseen osallistuneille lähetetyissä vastauslomakkeissa oli vastaustilaa kullekin kysymykselle annettu yksi A4 sivu

Liite 6: Esimerkki aineiston analyysistä

alkuperäisinformaatio/ merkityksellinen ilmaisu	pelkistys	alaluokka	yläluokka	pääluokka	yhdistävä luokka
"Kaikki lähtee kuitenkin nuoren kunnioittavasta ja asiallisesta kohtaamisesta, on tärkeää kuunnella nuorta ja hänen kertomustaan / kokemustaan". (E3)	nuoren kunnioittaminen nuoren asiallinen kohtaaminen nuoren kertomuksen kuunteleminen nuoren kokemuksen kuunteleminen	nuoren kunnioittaminen nuoren kuunteleminen	luottamuksellinen hoitosuhde	kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus	muutoksen mahdollistuminen
"Nuori tarvitsee suotuisat kasvuolosuhteet, jossa keskeisenä on perheen terveyden edistäminen = hyvinvointi". (E6)	suotuisat kasvuolot	nuoren kasvuolojen kartoittaminen	nuoren terveyttä tukevat kasvuolot	perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	muutoksen mahdollistuminen
"Luodaan tavoitteet sekä nuoren, että vanhempien kanssa terveyden edistämiseksi ja pyritään yhdessä löytämään niihin sopivat ratkaisut ja keinot". (E4)	tavoitteiden luominen yhdessä ratkaisujen etsiminen yhdessä	ratkaisujen etsiminen yhdessä	perheen osallistuminen	toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken	muutoksen mahdollistuminen
"Perheen kuntoutumiseen vaikuttavat mielestäni ainakin seuraavat seikat: 5) <u>työntekijöiden kokema arvostus, tuki ja kiinnostus esimiehiltä</u> ". (E7)	työntekijöiden kokema arvostus työntekijöiden kokema tuki esimiesten osoittama kiinnostus	organisaation tuki työntekijöille	organisaation mahdollistamat resurssit	terveyden edistämisen työlle ja työntekijöille asettamat edellytykset	muutoksen mahdollistuminen

Liite 7: Perheen terveyden edistämistä nuorisopsykiatrisessa avohoidossa kuvaava luokittelu

Pääluokka kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus

alaluokka	yläluokka	pääluokka	yhdistävä luokka
itsenäistymisen ja irrottautumisen tukeminen	nuoruusiän kehitysvaihe ja itsenäistyminen	Kasvavan ja kehittyvän nuoren hoidon ensisijaisuus	Muutoksen mahdollistuminen
nuoren ”ikätaasoisuus”			
nuoren elämänhallinnan tukeminen			
nuorisopsykiatrinen arviointi ja hoito	nuoren psykiatrinen arviointi ja hoito		
nuoren arviointijakso ja hoito omalla työntekijällä			
nuoren fyysinen ja psyykinen vointi kokonaisuutena			
nuoren psykoterapia	nuoren ja työntekijän yhteistyösuhde		
nuoren kunnioittaminen			
nuoren kuunteleminen			
nuoren ymmärtäminen			
nuoren äänen esiin nostaminen			
molemminpuolinen luottamus			
oireiden ”taakse” näkeminen			
tilanteen ottaminen vakavasti			
nuoren paikka perheessä	vanhempien tuki nuoren hoidolle		
perheen merkitys nuorelle			
perheen valtasuhteet			
oireiden viesti			

Pääluokka perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen

alaluokka	yläluokka	pääluokka	yhdistävä luokka
nuoren kasvuolojen kartoittaminen	nuoren terveyttä tukevat kasvuolot	Perheen elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	Muutoksen mahdollistuminen
nuoren kasvun ja kehityksen edellytysten auttaminen			
vanhempien valmiudet huolehtia vanhemmuuden tehtävistä			
”uhkien” selvittäminen ja vähentäminen			
toimivien osa-alueiden kartoittaminen ja tukeminen	perheen voimavarat		
voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen	perhettä kuormittavat tekijät		
perheen taloudellinen tilanne			
perheen sosiaalinen tilanne			
perhettä rasittavat fyysiset ja psyykkiset tekijät			
perheen sisäiset ristiriidat			
perheen jaksaminen rankassa elämänvaiheessa			
usean perheenjäsenen sairastamisen aiheuttama kuormitus			
perhedynamiikan muutokset			
perheen toimintakyvyn säilyminen muutosvaiheessa			
perheen auttaminen siirtymään kehitysvaiheesta toiseen			
normaalius	eri näkökulmien kohtaaminen		
perheen oma kertomus tilanteestaan			
perheenjäsenten erilaiset äänet			
viranomaisten näkemys nuoren ja perheen tilanteesta			
perheen tarpeista lähtevä tilanteen arviointi ja tukitoimet			
perheen oma kulttuuri		perheen kulttuuri	
perheen tavat			

Liite 7. jatkuu

Pääluokka toimiva yhteistyö perheen, verkoston ja avohoidon kesken

alaluokka	yläluokka	pääluokka	yhdistävä luokka		
suotuisa ilmapiiri	perheen kohtaaminen				
perheen kuuleminen					
perheelle tilan antaminen					
tiedon kerääminen					
perheen hädän vastaanottaminen					
tilanteen rauhoittaminen					
perheen rinnalla olo					
koko perheen tapaaminen					
vanhempien tiedon ja ymmärryksen lisääminen nuoruusiän kehitysvaiheesta	vanhempien ohjaaminen	Toimiva yhteistyö perheen, avohoidon ja verkoston kesken	Muutoksen mahdollistuminen		
vanhempien tiedon lisääminen psyykkisistä oireista tai sairaudesta					
vanhempien ohjaaminen muun tarkoituksenmukaisen avun piiriin					
vanhempien neuvottomuuden vähentäminen	vanhemmuuden tukeminen				
vanhempien psyykkisen kivun vähentäminen					
vanhempien auttaminen sietämään nuoruusiän kehitysvaihetta					
perheen sisäinen vuorovaikutus	avoin vuorovaikutus				
vaikeiden tunteiden käsittelyssä auttaminen					
hoitotahon ja perheen välinen vuorovaikutus					
perheen ja verkoston välinen vuorovaikutus					
vuorovaikutuksen avoimuus					
vaikeiden asioiden esille ottaminen					
vaikeiden asioiden rauhassa tutkiminen					
hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen kanssa	perheen osallistuminen				
ratkaisujen etsiminen yhdessä					
perheen valmiudet ja halu ottaa vastaan apua ja tehdä yhteistyötä					
vastuun jakautuminen					
perheen viranomaisten taholta kokemat paineet ja vaatimukset					
yhteistyö koulun kanssa	verkoston olemassaolo rakenteena				
yhteistyö lastensuojelun kanssa					
verkostoyhteistyö muiden toimijoiden kanssa					
yhteistyön toimivuus	verkoston toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus				
yhteistyön toimimattomuus					
perheen pettymykset viranomaisiin					
asiantuntijuus, konsultaatio					

Liite 7. jatkuu

Pääluokka perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset

alaluokka	yläluokka	pääluokka	yhdistävä luokka
organisaation tuki työntekijöille	organisaation mahdollistamat resurssit	Perheen terveyden edistämisen avohoidolle asettamat edellytykset	Muutoksen mahdollistuminen
riittävä työntekijätilanne			
näkyvätön työ			
mahdollisuus käyttää perheen tarpeista lähteviä työtapoja			
kehittämistyön hankaluudet			
perheen kunnioittaminen	toimintaa ohjaavat periaatteet		
perheen ainutkertaisuus	työryhmän toimivat rakenteet		
yksilöllisyys			
samanarvoisuus	ammattillinen osaaminen		
hyväksyvä hoitoasenne			
työryhmän toimivuus			
työryhmän ilmapiiri			
moniammatillisuus			
työmenetelmien hallinta	työryhmätyöskentelyn kehittäminen		
lisäkoulutus			
erilaiset viitekehykset	työntekijän persoonalliset ominaisuudet		
työnohjaus			
työmenetelmien kehittäminen			
työn sisällön kehittäminen			
työntekijän ikä ja sukupuoli			
työntekijän elämäntilanteesta nousevat vaikuttavat tekijät	tuen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus		
työntekijään kyky työskennellä vastatunteidensa kanssa			
tuen oikea-aikaisuus			
vaikeisiin perheisiin panostaminen			
stereotyyppien välttäminen			
raja-aitojen ylitys			