

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Noora Arpo & Aino Silfver

# OMAHOITAJATYÖSKENTELEY PSYKIATRISSESSA HOITOSUHTEESSA PERHEKESKEISYYDEN NÄKÖKULMASTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Noora Arpo & Aino Silfver

# OMAHOITAJATYÖSKENTELY PSYKIATRISISSA HOITOSUHTEESSA PERHEKESKEISYYDEN NÄKÖKULMASTA

Omahoitaja on sairaanhoitaja-, mielenterveys-, perus- tai lähihoitaja, joka koordinoi ja toteuttaa nimetyn potilaan hoitoa koko tämän hoitajakson ajan. Perhekeskeisyys on merkittävä lähestymistapa psykiatrisessa hoitotyössä, jossa ajatuksena on nähdä perhe potilaan taustatekijänä niin, että hoidossa keskipisteenä on kuitenkin yksilö. Potilaan vakava psyykkinen sairaus tekee läheisen huolenpitotehtävästä vaativan ja pitkäkestoisen. Psykiatriset hoitotyöntekijät ovat tärkeässä roolissa selvittämään potilaan lisäksi omaisten tarvetta tiedolle ja tuelle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omahoitajuutta psykiatrisessa hoitosuhteessa potilaan ja perheen näkökulmasta kuvailevaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen vuosina 1995–2015 ilmestyneiden julkaisujen (n= 35) pohjalta. Tavoitteena on kehittää omahoitajatyöskentelyä psykiatrisessa hoitosuhteessa perhekeskeisyyden näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi VSSHP:n psykiatrian tulosalue.

Omahoitajatyöskentelyn ytimenä on hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde, joka jatkuu niin kauan, kuin potilas tarvitsee hoitoa. Omahoitajakäytännön mukaisessa työnjaossa tunnuspiirteitä ovat itsenäisyys, vastuu ja toimivalta. Psykiatrisella omahoitajalla on käytössään työskentelymenetelmiä, jotka tukevat hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta, sekä perhekeskeisyyttä hoitotyössä. Työskentelymenetelmiä ovat hoitosuunnitelma, omahoitajakeskustelu, verkostokartta, sukupuu ja elämänjana. Omahoitaja on avainasemassa kunkin potilaan hoidossa, kun suunnitellaan yhteistyötä perheen kanssa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden odotukset hoitajan toiminnalle ovat kannustus, tilanneherkkyys, hyvien tapojen muistaminen, sekä perehdytys osastoon ja hoitoon. Potilaan perheen odotukset liittyvät tiedon antamiseen, perheiden jaksamisen huomioimiseen, sekä tapaamisten sopimiseen. Psykiatrissa omahoitajuutta tulisi tutkia vielä lisää ja hyviä jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi omahoitajan kokemukset perhekeskeisestä hoitotyöstä, hoitajien ja potilaiden kokemukset omahoitajan työskentelymenetelmistä, osasto - ja avohoidon väliset eroavaisuudet omahoitajasuhteessa, sekä omahoitajuudesta saavutettavat hyödyt.

## ASIASANAT:

omahoitaja, psykiatrinen potilas, psykiatrinen hoitosuhde, psykiatrinen sairaalahoido, perhekeskeisyys

Noora Arpo & Aino Silfver

# PRIMARY NURSING IN PSYCHIATRIC RELATIONSHIP FROM THE VIEW OF FAMILY CENTERED CARE

Primary nurse is nurse, psychiatric nurse or practical nurse who coordinates and takes care of the named patient for their whole hospital care. In psychiatric health care the family centeredness is a significant approach. In family centeredness family is being seen as a patient's important background figure but the focus is on patient. Patient's serious mental illness makes family's care task difficult and long termed. Psychiatric nurses play an important role to find out what the patients but also family's need of the knowledge and support are.

The purpose of this thesis was to find information about primary nursing in psychiatric relationship from the view of family centered care. The research method was a descriptive literature review. The publications (n=35) that were used are published within the years 1995 and 2015. The aim was to improve primary nursing in psychiatric relationship from the view of family centered care. The topic has been received from department of psychiatry of VSSHP.

The main point of the primary nursing is interaction relationship between the nurse and the patient that goes on as long as the patient needs care. Characteristics of the primary nursing's work distribution are independency, responsibility and jurisdiction. Psychiatric primary nurse uses different working methods that are supporting the interaction relationship between the nurse and the patient and family centeredness in health care. The working methods are care plan, primary nurse conversation, network map, family tree and lifeline. Primary nurse is the key person when it comes to planning cooperation with patient's family. The expectations of the psychiatric inpatient patients for the nurse's actions are encouragement, the sensitivity of the situations, good manners and orientation to the department and care. Patient's family's expectations are included to getting information, noticing the family's coping and planning the meetings. Psychiatric primary nursing should be explored more and good research themes could be for example primary nurse's experiences of the family centered care, nurse's and patient's experiences of the primary nurse's working methods, differences in primary nursing between the inpatient and outpatient care and the benefits of the primary nursing.

## KEYWORDS:

primary nurse, psychiatric patient, psychiatric relationship, psychiatric inpatient care, family centered care

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 OMAHOITAJUUS PSYKIATRISISSA HOITOSUHTEESSA</b>	<b>6</b>
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ</b>	<b>9</b>
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	9
3.2 Opinnäytetyön toteuttamismenetelmä, julkaisujen hakuprosessi ja aineisto	9
<b>4 TULOKSET</b>	<b>14</b>
4.1 Psykiatrinen omahoitajuus	14
4.2 Psykiatrisen omahoitajan työskentelymenetelmät	14
4.3 Potilaan ja perheen huomiointi sairaalahoidossa	21
4.4 Yhteenveto tuloksista	25
<b>5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>27</b>
<b>6 POHDINTA</b>	<b>29</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>32</b>

## KUVIOT

Kuvio 1. Verkostokartta. (Lastensuojelun käsikirja 2015)	18
Kuvio 2. Sukupuu. (Ijäs 2003)	20
Kuvio 3. Yksi esimerkki elämänjanasta.	21
Kuvio 4. Perhekeskeisyys psykiatrisessa hoitosuhteessa.	26

## TAULUKOT

Taulukko 1. Opinnäytetyöhön analysoitavaksi valittujen julkaisujen haku	11
Taulukko 2. Opinnäytetyöhön analysoitavaksi valittujen julkaisujen manuaalinen haku	13

# 1 JOHDANTO

1750-luvulla kirkkolaki määräsi seurakuntien velvollisuudeksi huolehtia mielisairaista. Hoito oli potilaiden vartiointia ja usein potilaat oli kytketty kahleilla seinään kiinni. Maallikot päättivät potilaiden hoidosta. Historiallinen näkökulma antaa käsityksen psykiatrisen hoidon kehityksestä. (Latvala ym. 1995, 11.) Nykysäilyksen mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä, sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116).

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat 2000-luvun aikana vähentyneet huomattavasti ja tulevat ennusteiden mukaan vielä jatkossakin vähenemään (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäivät 2013). Koska osastopaikat vähenevät, ovat hoitoon pääsevät potilaat vaikeahoitoisempia. Työn kuormittavuuden kasvaessa on tärkeää turvata osastohoidon osaaminen, sekä työssä jaksaminen. (Rautanen & Korkeila 2015, 1475.) Erityisesti omahoitajatyöskentelyssä yksittäisen sairaanhoitajan osaaminen korostuu. Myös potilaan mahdollinen perhe tulee ottaa huomioon luonnollisena osana hoitosuhdetta. Ammattihenkilöiltä odotetaan taitoa kohdata potilas ja hänen perheensä, sekä tasavertaisina ihmisinä, että ammatillisesti asiakkaina. Ammattitaitoa, monipuolista asiantuntemusta, sekä laajaa ammatillista kokemusta pidetään keskeisinä hyvän ammattiauttajan valmiuksina. (Nyman & Stengård 2001, 57–58.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee omahoitajatyöskentelyä psykiatrisessa hoitosuhteessa perhekeskeisyyden näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa omahoitajuutta psykiatrisessa hoitosuhteessa potilaan ja perheen näkökulmasta, kuvailevaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää omahoitajatyöskentelyä psykiatrisessa hoitosuhteessa perhekeskeisyyden näkökulmasta.

## 2 OMAHOITAJUUS PSYKIATRISSESSA HOITOSUHTEESSA

**Omahoitaja** on sairaanhoitaja-, mielenterveys-, perus- tai lähihoitaja, joka koordinoi ja toteuttaa nimetyn potilaan hoitoa koko tämän hoitajakson ajan (Iivanainen & Syväoja 2012, 477). Potilaalle nimettyjä omahoitajia voi olla useampia kuin yksi, jolloin hoitajien työvuorot suunnitellaan siten, että työvuorossa heistä on aina joku toteuttamassa potilaan hoitoa. Pyrkimyksenä on myös, että saman potilaan omahoitajilla olisi säännöllisesti yhteinen työvuoro, jolloin he pääsevät yhdessä suunnittelemaan kyseessä olevan potilaan hoitoa, sekä jakamaan kokemuksiaan. (Kuhanen ym. 2010, 148–150.) Potilaan hyvää oloa ja terveyttä on mahdollista edistää, jos potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteessa potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla oikeaan aikaan autetuksi, saada apua oman elämänsä hallintaan ja nähdä itselleen uusia mahdollisuuksia (Vähäniemi 2008, 111). Opinnäytetyössä käytetyllä hoitaja – sanalla viitataan omahoitajaan.

Nykyaikainen **psykiatrinen potilas** on ideaalilanteessa omista asioistaan vastuussa oleva ja asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä tasavertainen kumppani. On hyvä muistaa, että mielenterveys on aina suhteellinen asia. Kukaan ei ole täysin sairas, tai kokonaan terve. Vaikeastikin häiriintynyt potilas kykenee normaaliin toimintaan omissa asioissaan monilla elämän alueilla. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 16.)

**Psykiatrinen hoitosuhde** määritellään kahden yhdenvertaisen ihmisen väliseksi yhteistyösuhteeksi, jossa potilaan ja hoitajan yhteisenä päämääränä on potilaan paraneminen, kuntoutuminen ja terveyden edistäminen. Hoitosuhteen tulee perustua tasavertaisuuteen, tiedonjakoon ja vuorovaikutukseen. Siihen päästykseen on potilaan ja hoitajan välillä vallittava luottamus. (Iivanainen & Syväoja 2008, 434.) Hoitosuhteen alkaessa potilas ja hoitaja ovat toisilleen vieraita. Potilas pohtii usein, voiko hän luottaa tähän ihmiseen, joka haluaa tietää hänestä hyvin henkilökohtaisia asioita. Luottamuksen syntymistä edistävät hoi-

tajan avoimuus, rehellisyys ja ystävällisyys, sekä turvallinen ja lämmin ilmapiiri. Myös hoitajan ammattitaito ja tietoisuus omasta perustehtävästään lisäävät luottamusta. Potilaalla pitää olla tunne siitä, että häntä kunnioitetaan ja hänen mielipiteitään kuunnellaan, jotta hän voi olla varma, että hoito on hänen parhaakseen. Mitä enemmän potilas tietää hoitoprosessin etenemisestä, hoidon sisällöstä ja puitteista, sitä varmemmalle pohjalle luottamus rakentuu. Potilaan ja hoitajan yhteistyössä, eli hoitosuhteessa molemmilla on omat tehtävänsä ja vastuunsa. Potilaan tehtävä on ilmaista niitä asioita, joita hän haluaa hoitosuhteessa jakaa ja käsitellä. Hoitaja vastaa hoitosuhteen ulkoisista puitteista, aktiivisesta luomisesta, ylläpitämisestä ja turvallisesta päättämisestä. Hoitosuhteessa työskentely on molempien vastuulla. (Vuorilehto ym. 2014, 65 -67.) Sairaanhoidaja tuo hoitosuhteeseen oman tietonsa, taitonsa ja kokemuksensa hoitotyön asiantuntijuuden kautta. Potilas puolestaan on oman elämänsä asiantuntija. Keskinäisessä vuorovaikutuksessa nämä kaksi näkökulmaa kohtaavat vuoropuheluna. (Vähäniemi 2008, 111.)

Psykiatrisessa hoitosuhteessa voi ilmetä ongelmia ja haasteita, joista ammattilaisen on hyvä olla tietoinen. Hoitosuhteeseen vaikuttavat hoitajan omat kokemukset, arvot ja asenteet. Mitä tietoisempi hoitaja on itsestään, tunteisiinsa, ajatteluunsa ja toimintaansa vaikuttavista sisäisistä tekijöistä, sitä paremmin hän kykenee suhteuttamaan ja säätelemään toimintansa hoitotilanteessa. Monet hoitotyöhön hakeutuneet ovat luoteeltaan avuliaita ja vastuuntuntoisia. Vaativuus itseään kohtaan voi näyttäytyä vaikeutena sietää potilaan tarvitsevuutta. Liiallinen huolehtivaisuus voi johtaa potilaan puolesta ajattelemiseen ja hoitosuhteen pitkittämiseen. Oman osaamisen vähättely voi ilmetä vetäytymisenä ja uskalluksen puutteena hoitosuhteessa. Hoitajan epäammattillisuus hoitosuhteessa johtuu usein hoitajan avuttomuuden kokemuksista ja osaamisen puutteista. Vallankäyttö, potilaan kunnioituksen puute, lokeroiminen ja esineellistäminen sekä itsensä korostaminen ovat esimerkkejä epäammattillisuudesta. Epäammattillista on myös hoitosuhteen rajojen unohtaminen: rajattomuus voi johtaa omien tarpeiden korostumiseen, keskustelun johdatteluun omien kiinnostusten suuntaisesti tai kaverilliseen suhtautumiseen potilaaseen. Hoitosuhteen karikoita voi välttää käsittelemällä vaikeuksia työnohjauksessa. Virheiden ja vai-

keuksien käsittely ovat usein parhaita oppimistilaisuuksia. Hoitajan kannattaa pyytää potilaalta palautetta hoitosuhteesta ja omasta toiminnastaan, jotta hän voi kehittää ammattitaitoaan. (Vuorilehto ym. 2014, 68 -70.)

**Psykiatrista sairaalahoitoa** tarvitaan tilanteissa, jolloin mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hoitamiseen avohoidosta saatava tuki ei ole riittävä. Psykiatrinen sairaalahoito voi vaihdella kestoltaan lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Hoitajakson kesto määräytyy potilasryhmän ja hoidettavan häiriön mukaan. (Pirkola & Sohlman 2005, 11.)

**Perhekeskeisyys** on merkittävä lähestymistapa mielenterveyshoitotyössä. Potilas määrittelee itse, ketä hänen perheeseensä kuuluu, sekä perheen merkityksen. Hoitajan tehtävä on kunkin potilaan kohdalla antaa tietoa ja kertoa valinnoista, jotka perheen ja potilaan terveyteen vaikuttavat. Edellytyksenä hyvälle yhteistyösuhteelle potilaan, perheen ja henkilökunnan välillä, on potilaan ja hänen perhetilanteensa mahdollisimman hyvä tunteminen. Ajatuksena perhekeskeisessä hoitotyössä on nähdä perhe potilaan taustatekijänä niin, että hoidossa keskipisteenä on kuitenkin yksilö. Potilaan perhe tulisi ottaa huomioon esimerkiksi hoitosuunnitelman laatimisessa, potilaan tilan arvioinnissa, tiedon saamisessa perheeltä, sekä perheen tukemisessa, auttamisessa ja tiedottamisessa. (Kuhanen ym. 2010, 94.)



## 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

### 3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa omahoitajuutta psykiatrisessa hoitosuhteessa potilaan ja perheen näkökulmasta kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää omahoitajatyöskentelyä psykiatrisessa hoitosuhteessa perhekeskeisyyden näkökulmasta. Vastauksia etsitään seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä psykiatrisella omahoitajuudella tarkoitetaan?
2. Mitä työskentelymenetelmiä omahoitajalla on käytössään?
3. Miten omahoitaja voi huomioida potilaan ja perheen psykiatrisessa sairaalahoidossa?

### 3.2 Opinnäytetyön toteuttamismenetelmä, julkaisujen hakuprosessi ja aineisto

Työ oli alun perin suunniteltu toteutettavaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen, mutta koska tutkimusartikkeleita (Taulukko 1) ei löytynyt tekijöiden mielestä riittävästi opinnäytetyön tekemiseen, niin toteuttamismenetelmä vaihdettiin kuvailevaksi kirjallisuuskatsaukseksi. Tiedonhaku toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun käytössä olevien hakukantojen kautta, sekä manuaalisella haulla kirjastosta kirjoja lainaamalla.

Hakukantojen kautta valitut julkaisut ovat seuraavat:

- Heikkilä, J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu.
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana
- Isobel, S.; Foster, K. & Edwards, C. 2015. Developing family rooms in mental health inpatient units: an exploratory descriptive study.

- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana.
- Koponen, T.; Jähi, R.; Männikkö, M.; Lipponen, V.; Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä.
- Lehtinen, K.; Haapaniemi, E. & Lindroos, S. 2014. Perheterapiasta hyötyy myös potilaan läheisverkosto.
- Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuuseen hoitotyöhön –Hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosina 1971-2001.
- Rautanen, M. & Korkeila, J. 2015. Psykiatrian sairaansijojen alasajo horjuttaa hoidon laatua.
- Sjöblom, L.; Pejler, A. & Asplund, K. 2005. Nurses' view of the family in psychiatric care.
- Vikman, M. 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana.

Haasteeksi englanninkielistä hakua suoritettaessa muodostui omahoitajuuden käänös ”primary nurse”, sillä hakutulokset olivat pääsääntöisesti sanaa ”primary” vastaavia ja viittasivat sitä kautta usein perusterveydenhuoltoon. Oikeaoppisia käännöksiä selvitettiin englanninkielisistä lähteistä ja suomenkielisistä omahoitajuutta koskevista opinnäytetöistä, sekä pro graduista ja kävi ilmi, että ”primary nurse” on siltikin yleisin omahoitajuutta vastaava käsite. Toinen harvemmin käytössä oleva käänös ”named nurse”, tuotti vielä vähemmän tuloksia haussa.

Taulukko 1. Opinnäytetyöhön analysoitavaksi valittujen julkaisujen haku

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut
Arto	omahoitaja, psykiatria	0	0
	psykiatria, sairaalahoito	3	0
	psykiatrinen omahoito, psykiatrinen hoitotyö	9	0
	perhe*, psyk*, osasto*	0	0
	perhe*, psyk*	0	0
Cinahl	psych*, family work, inpatient	11	1
	mental health*, family*, inpatient*	53	1
	primary nurs*, mental health*	63	0
	primary nurs*, psych*	145	0
	named nurse, mental health	5	0
	named nurse, psych*	9	0
Medic	omahoitaj*, psyk*	15	0
	psyk*, sairaalahoi*	26	1
	psykiatrinen omahoito, psykiatrinen hoitotyö	304	1
	perhe*, psyk*, osasto*	23	2
	perhe*, psyk*	301	4
Medline	psych*, family work*, inpatient*	0	0
	mental health*, family*, inpatient*	0	0
	primary nursing*, mental health*	1	0
	primary nurse*, mental health*	0	0
	named nurse, mental health	0	0
	named nurse, psych*	0	0
PubMed	primary nurs*, mental health*	0	0
	primary nurs*, psych*	0	0
	psych*, family work*, inpatient*	0	0
	mental health*, family*, inpatient*	51	0
	named nurse, mental health	5	0
	named nurse, psych*	0	0
Yhteensä		1024	10

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmetodi, jonka avulla syvennetään tietoa asioista, joista on jo olemassa tutkittua tietoa ja tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Kirjallisuuskatsaus on tutkimuskirjallisuuteen perustuvaa täsmällinen, systemaattinen ja toistettavissa oleva menetelmä, jonka avulla voidaan arvioida, tunnistaa ja tiivistää asiantuntijoiden olemassa oleva ja julkaistu tutkimusaineisto. (Fink 2005, 3). Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että aiheesta on olemassa tutkittua tietoa (Leino-Kilpi 2007, 2). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää täsmällisenä ja toistettavana ja siinä on tutkittu jo olemassa olevaa tietoa. Tietoa arvioidaan ja kritisoidaan ennen kuin se referoidaan. (Kankkunen ym. 2009, 71.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvai-

levan, laadullisen vastauksen. Sen vaiheiksi määritetään tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Tulkinnat kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä vaihtelevat. Sen on katsottu olevan tieteellisiä periaatteita noudattava itsenäinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on kuvata valittu ilmiö teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 291–293.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6-7.)

Opinnäytetyössä pääsääntöinen lähdemateriaali muodostuu suomenkielisestä hoitoalan kirjallisuudesta (Taulukko 2). Suurin osa käytetyistä kirjoista on tarkoitettu mielenterveyshoitotyössä käytettäväiksi oppikirjoiksi. Työhön valikoitui myös aihetta käsitteleviä pro gradu-tutkielmia.

Taulukko 2. Opinnäytetyöhön valittujen julkaisujen manuaalinen haku

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut
Manuaalinen haku	ETENE. 2012.		1
	Fink. 2005.		1
	Hentinen ym. 2009.		1
	Hirsjärvi ym. 2007.		1
	Iivanainen & Syväoja. 2012.		1
	Iivanainen & Syväoja. 2008.		1
	Ijäs. 2003.		1
	Kangasniemi ym. 2013.		1
	Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013.		1
	Kiviniemi ym. 2007.		1
	Kuhanen ym. 2010		1
	Latvala ym. 1995.		1
	Leino-Kilpi. 2007.		1
	Lönnqvist & Lehtonen. 2011.		1
	Mielenterveyslaki. 1990.		1
	Noppi ym. 2007.		1
	Nyman & Stengård. 2001.		1
	Pirkola & Sohlman. 2005.		1
	Salminen. 2011.		1
	THL. 2015.		2
	Tuomi & Sarajärvi. 2009.		1
	Vuorilehto ym. 2014.		1
	Vähäniemi. 2008.		1
	Välimäki ym. 2000.		1
Yhteensä			25

## 4 TULOKSET

### 4.1 Psykiatrinen omahoitajuus

Omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitosuhteessa löytyy tietoa erittäin niukasti. Ajankohtaisia, eli viimeisen viiden vuoden sisällä julkaistuja tutkimusartikkeleita omahoitajuudesta ei löytynyt lainkaan. Siksi opinnäytetyön pääsääntöinen lähdemateriaali omahoitajuudesta koostuu alan kirjallisuudesta ja pro gradu-tutkielmista.

Omahoitajamalli, alkuperäiseltä nimeltään primary nursing, syntyi Yhdysvalloissa tehtäväkeskeisen ja ryhmätyömalli epäkohtien arvostelemisen seurauksena 1960-luvun lopulla. Sen kehittäjänä pidetään Marie Manthey`tä. Lydia Hall puolestaan on vaikuttanut yksilövastuiseen hoitotyön syntyyn New Yorkiin 1963 perustamassaan Loeb Centerissä. Sen hoitofilosofia korosti kokonaishoitoa, ammatillisuutta ja sitä, että sairaanhoitajan paikka hoitotyön asiantuntijana on potilaan vieressä. Omahoitajakäytännölle luonteenomaisena on pidetty holistista, yksilöllistä ja tavoitesuuntautunutta hoitoa, jossa toteutuu kokonaisvaltaisuus ja potilaskeskeisyys. Hoitofilosofian ytimenä on hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhde, joka jatkuu niin kauan, kuin potilas tarvitsee hoitoa. Omahoitajakäytännön mukaisessa työnjaossa tunnuspiirteitä ovat itsenäisyys, vastuu ja toimivalta. Omahoitaja asettaa hoitotavoitteet joko itsenäisesti tai yhteistyössä muiden kanssa. (Puolakka 2002, 16.)

### 4.2 Psykiatrisen omahoitajan työskentelymenetelmät

Psykiatrisilta hoitotyöntekijöiltä odotetaan tietynlaisia piirteitä ja taitoja. Osa näistä on suoraan kasvatuksen ja kulttuurin seurauksena syntyneitä persoonallisia ominaisuuksia, mutta osa puolestaan koulutuksen ja kokemuksen kautta saavutettuja kykyjä. (Kiviniemi ym. 2007, 24.) Ammatillisille eri työskentelymenetelmät helpottavat oman työn suunnittelua ja jäsentämistä. Niiden käyttö myös lieventää aloittelevan työntekijän epävarmuutta. Tärkeää kaikissa mene-

telmissä on säilyttää autettava työskentelyn päähenkilönä. (Vuorilehto ym. 2014, 71.)

**Hoitosuunnitelma** on koko hoidon asiakirja, johon on suunniteltu potilaan hoito ja jonka avulla osaltaan arvioidaan hoidon vaikutusta. Jos potilas on vaikka kuvannut hoitosuunnitelmaan ahdistuksen, joka usein liittyy masennukseen, arvioidaan jatkuvasti sen muutoksia, esimerkiksi ahdistuksen kasvua tietynlaisissa tilanteissa. Muutos on hyvä kirjata hoitosuunnitelmaan. Ensimmäisen hoitosuunnitelman teon yhteydessä sovitaan hoitomuodot, asetetaan hoidolle realistiset tavoitteet, sekä sovitaan, hoitosuunnitelman uudelleen arvioinnin ajankohdasta. Potilaan olisi hyvä saada hoitosuunnitelmasta kopio, jotta hän voi palata siihen ja suorittaa itsearviointia. Tämä ei tarkoita sitä, että terveydentila tulee arvioida vain hoitosuunnitelman yhteydessä, vaan suunnitelman tulee ”elää” koko hoidon ajan. (Hentinen ym. 2009, 37.) Perheeltä ja läheisiltä saa arvokasta tietoa hoitosuunnitelman laatimiseen. Ensimmäisellä tapaamiskerralla heiltä kannattaa kysyä esimerkiksi, milloin he huomasivat, että potilaan vaikeudet alkoivat ja millä tavalla ne näyttäytyivät läheisille. Heille on hyvä antaa mahdollisuus ilmaista, mistä asioista he haluavat puhua juuri tässä tapaamisessa ja ovatko he erityisen huolestuneita jostain potilaan elämään liittyvästä asiasta. He saattavat myös toivoa lisää tietoa. Ennen tapaamisen loppumista on hyvä pohtia, miten läheiset voisivat olla potilaan tukena konkreettisesti. Perheelle voi antaa kotiin tehtäviä tai tehdä sopimuksia ongelmallisista asioista. Tehtävät ja sopimukset muotoutuvat tilanteen ja potilaan tavoitteiden mukaan. (Vuorilehto ym. 2014, 72.)

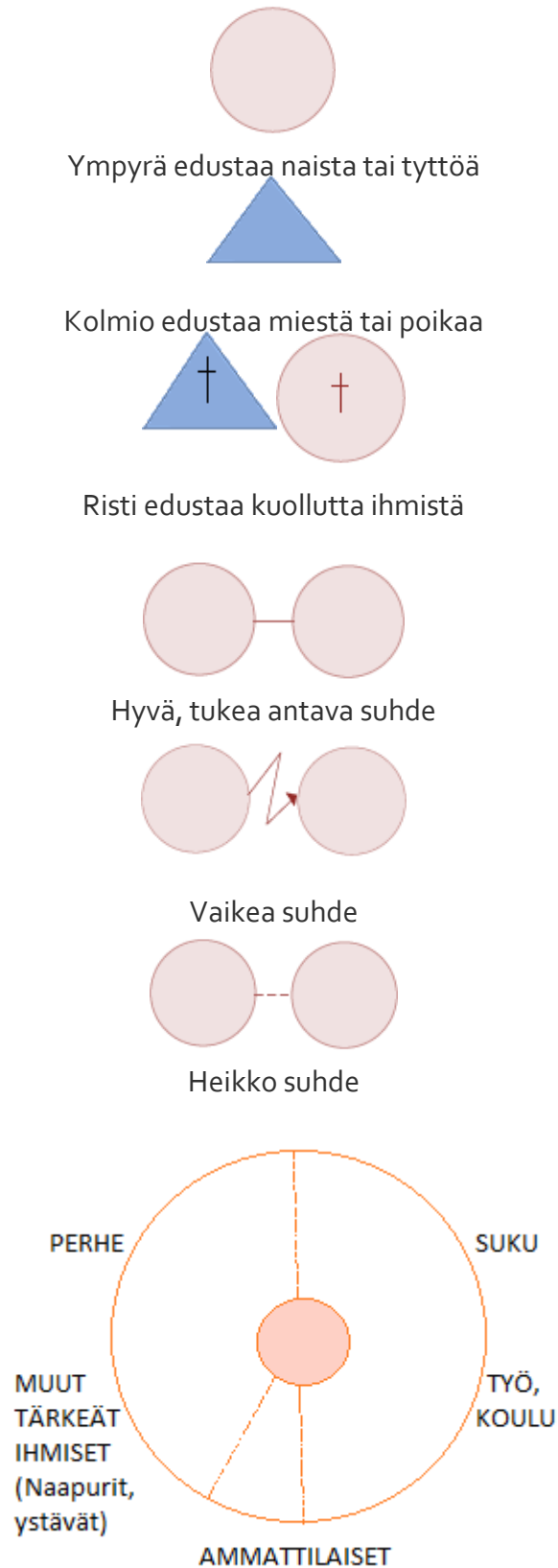
**Omahoitajakeskustelu** on vuorovaikutussuhde, joka ihanteellisimmillaan luo pohjaa ehjemmälle persoonallisuuden rakentumiselle, tukevammalle elämän hallinnalle ja sen laadun paranemiselle, sekä hoito-ohjeiden ymmärtämiselle. Keskustelun tulisi olla mahdollisimman kiireetöntä, tavoitteellista ja turvallista. Psykiatriassa omahoitajakeskustelu pohjautuu realiteetteihin. Omahoitajakeskustelussa puhutaan selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä lauseita. Tärkeää on, että harhaisen potilaan harhoista ei lähdetä kiistelemään, mutta niihin ei myöskään tule lähteä mukaan. Harhoja on kuitenkin kyseenalaistettava hieno-

tunteisesti puhumalla potilaan omasta kokemusmaailmasta ja tuomalla tosiasioita harhojen rinnalle. (Iivanainen & Syväoja 2008, 435.) Keskustelut itsessään ovat jo hoidollisia ja vievät potilasta eteenpäin. On tärkeää tukea potilaan itse-tuntoa, keskustelemalla potilaan vahvuuksista ja hyvistä ominaisuuksista. Toisaalta yhtä tärkeää voi olla arkipäiväisistä ja potilaalle mieluisista asioista keskusteleminen. (Kuhanen ym. 2010, 158.) Omahoitajakeskustelussa voidaan käyttää myös ns. motivoivaa keskustelua. Usein meillä on käsitys, mikä toiselle ihmiselle olisi hyväksi. Jos tämä ei itse ole motivoitunut muuttamaan toimintaansa, neuvomme menevät hukkaan. Hyvää tarkoittava neuvominen voi jopa herättää vastarintaa ja johtaa päinvastaiseen tulokseen kuin mitä tarkoitimme. Toisen ihmisen motivaatioon on kuitenkin mahdollista vaikuttaa. Se on dynaaminen, muuttuva tila, jota voi herätellä, kasvattaa ja vahvistaa. Motivoivaa keskustelua on menetelmänä käytetty eniten riippuvuusongelmien hoidossa, mutta se sopii kaikkeen mielenterveystyöhön, esimerkiksi lääkehoitoon sitoutumisen ongelmassa, tai elämäntapamuutosten tukemisessa. Motivoivassa keskustelussa henkilö itse löytää sekä ongelmat, muutostarpeet että muutosvoimat. Motivoiva keskustelu edellyttää turvallista, luottamuksellista ja arvostavaa ilmapiiriä. Autettavan aktiivisuudelle annetaan tilaa, ja hänen omaa asiantuntijuuttaan omassa elämässään korostetaan. Keskustelu on asiakaskeskeistä, mutta auttajalla on siinä tavallista ohjaavampi rooli. Asiakaskeskeisyyttä ovat empaattisuus, ymmärrys ja kannustavuus. Ohjaavaa on potilaan puheen johdattaminen kohti tämän itsensä määrittelemää muutostavoitetta. (Vuorilehto ym. 2014, 76.)

**Verkostokartan** (Kuvio 1) kehittämisessä on käytetty pohjana Bronfenbrennerin teoriaa (Lastensuojelun käsikirja 2015). Verkostokartan avulla saadaan käsitys siitä, mitä potilas kokee, että hänen sosiaaliseen verkostoonsa kuuluu. Verkostokartassa potilaan on tarkoituksena piirtää itseään lähimmäksi ne henkilöt, jotka potilas kokee tärkeimpinä ja joihin hänellä on kiinteä suhde. (Kuhanen ym. 2010, 95 -96.) Joskus huomataan, että merkintöjä on poikkeuksellisen vähän. Tällöin potilaan kanssa on tärkeä miettiä keinoja tukiverkoston rakentamiseksi. Verkostokartasta on myös mahdollista havaita potilaan kannalta haitalliset ihmissuhteet, jolloin hoitajan ja potilaan tulisi yhdessä keskustella siitä, mitä niille voitaisiin tehdä. (Lastensuojelun käsikirja 2015.) Verkostokarttaa voidaan myös



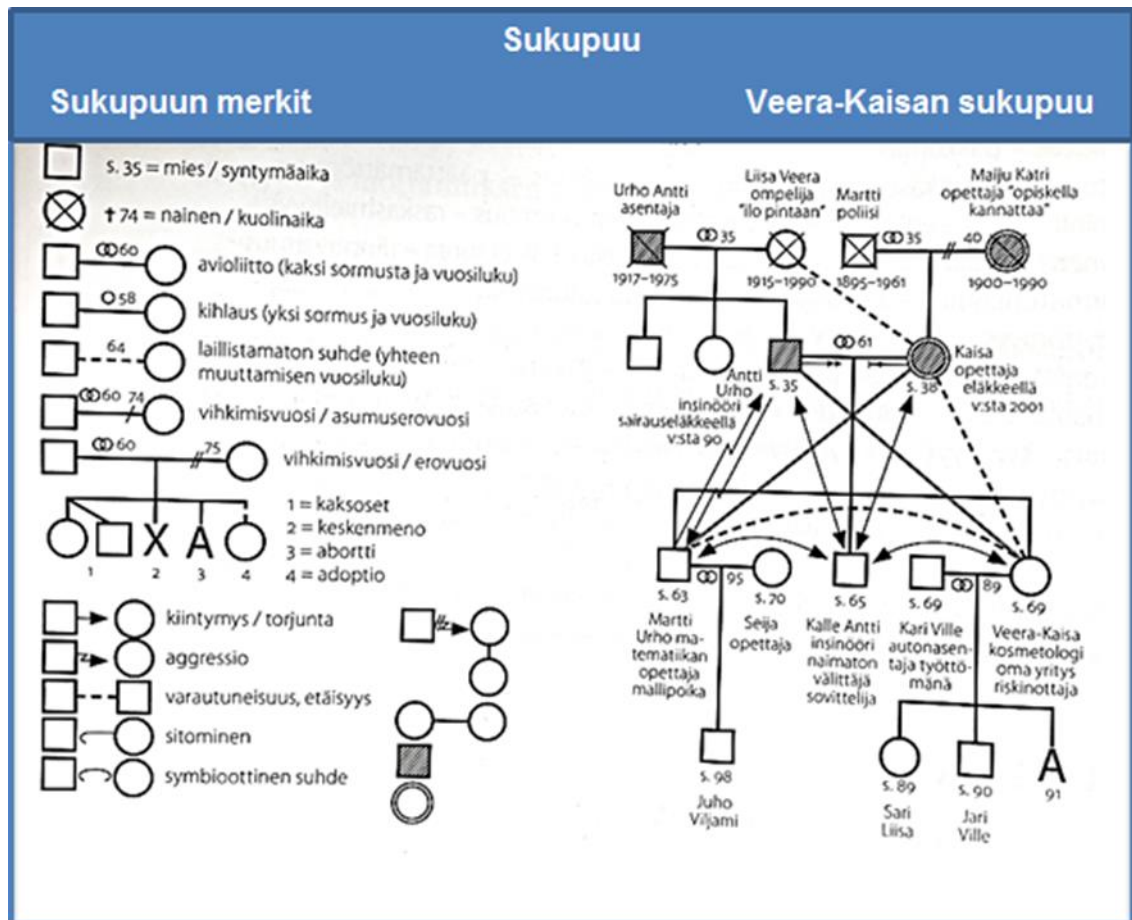
käyttää viranomaisyhteistyössä ja kolmannen sektorin kanssa työskentelyssä. Kartan perusteella kootaan osallistujat yhteistyötapaamisiin ja tehdään työnjakoa. Kartalta myös tunnistetaan auttamisen ja tukemisen päällekkäisyydet. Karttaan voidaan merkitä kunkin tahon vastuutehtävät ja koordinaatiosta ja yhteydenpidosta vastaavat tahot. Tällainen kartta jäsentää auttajille heidän roolejaan ja myös autettavalle hänen tukenaan olevien ihmisten osuutta elämässään. (Vuorilehto ym. 2014, 74.) Ohjeet verkostokartan piirtämiseen on saatavilla osoitteesta [www.sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi).



**Kuvio 1. Verkostokartta; soveltaen Pattison & Pattison 1981; Klefbeck ym., 1988a; ks. Seikkula 1994. Teoksessa: Lastensuojelun käsikirja 2015.**

Hoitajat kokivat verkostokartan lisäksi saavansa tukea työhönsä tekemällä potilaan kanssa hänestä **sukupuun** (Kuvio 2) tai piirtämällä hänen kanssaan elämänjanan. Sukupuusta on hahmotettavissa potilaan perhetilanne, minkä perusteella hoitaja voi saada lisää tietoa esimerkiksi potilaan sairauden puhkeamiseen johtavista tekijöistä tai tapahtumista. Hoitaja voi sukupuun avulla vahvistaa käsitystään siitä, ketkä perheen jäsenistä voisivat olla parhaiten potilaan tukena sairauden ja toipumisen aikana. (Kivimäki 2008, 41.)

Arvot, asenteet ja toimintamallit siirtyvät osittain sukupolvelta toiselle. Sukupuuta piirtämällä ja tutkimalla ihminen voi saada oivalluksia identiteettinsä kehitymisestä, tavoistaan ajatella ja toimia sekä läheisten ihmissuhteittensa laadusta. Sukupuuta auttaa näkemään itseään ja elämää uudesta perspektiivistä, ja se voi tuoda myös uuden näkökulman ajankohtaiseen ongelmaan ja sen ratkaisuun. Sen avulla voidaan tarkastella suvun ja perheen vallankäyttöön liittyviä kysymyksiä, mutta myös etsiä ja löytää suvun vahvuuksia ja oppia ymmärtämään ja hyväksymään asiat sellaisina kuin ne nyt tällä hetkellä ovat. Sukupuun piirtäminen herättää ihmisissä usein monenlaisia, ristiriitaisiakin tunteita. Sukupuuhun piirretään tavallisesti vähintään kolme sukupolvea. (Vuorilehto ym. 2014, 81 - 82.)



Kuvio 2. Sukupuu. (Ijäs 2003, 81)

**Elämänjanan** avulla hoitaja saa neuvoja omaan työskentelyynsä, saadessaan potilaan kertomana tietoa hänen elämänsä vaiheista ja niihin sisältyvistä merkityksellisistä käännekohtista, tai muista tapahtumista. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaan perhetilanne ja sen muutokset näkyivät myös potilaan elämänjanaanassa. (Kivimäki 2008, 41.) Elämänjana tarjoaa mahdollisuuden pysähtyä pohtimaan elämän kulkua, sen tärkeitä käännekohtia ja ratkaisuja sekä luoda elämästä kokonaiskuvaa. Elämänjana avaa yleensä tunnemuistoja. Niistä puhuminen voi luoda ainutkertaista kuulluksi tulemisen tunnetta. Elämänjanan tavoite on myös löytää ymmärrystä itseään ja omaa toimintaansa kohtaan. Elämänjana on henkilön itsensä piirtämä kuva kokemuksistaan ja muistoistaan. Se voi olla muodoltaan jana, mutta siitä saa halutessaan muotoilla vaikka polun, joen, puun tai minkä tahansa mieluisan muodon. Elämänjanaanassa tarkastellaan historiaa, mutta siihen ei ole estettä liittää myöskään tulevaisuuden suunnitel-

mia. Janaan voidaan lisätä myös erillinen mielialajana, jonka muutoksia tarkastellaan eri merkkipaalujen kohdalla. Mielialajanassa korkea mieliala muodostaa mäen ja matala kuopan. Janan keskikohdalla mieliala on tasainen ja sopiva. Mielialajana auttaa arvioimaan, minkälaiset elämäntilanteen mielialaan ovat vaikuttaneet. Siitä voi olla hyötyä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön viittaavan oireilun tunnistamisessa. (Vuorilehto ym. 2014, 79 -80.) Opinnäytetyön tekijät ovat laatineet yhden esimerkin elämänjanasta (Kuvio 3).



**Kuvio 3. Yksi esimerkki elämänjanasta. (© Noora Arpo & Aino Silfver.)**

#### 4.3 Potilaan ja perheen huomiointi sairaalahoidossa

Avoimuus on omiaan lisäämään potilaan luottamusta hoitavia henkilöitä, hoitoa ja hoitojärjestelmää kohtaan. Monille mielenterveydenhäiriöille on ominaista, että potilas ei ole hyvässä kontaktissa itseensä, eikä omiin asioihinsa. Yhteistyön aikaansaaminen edellyttää siksi terveydenhuollon työntekijältä hyvää ammattitaitoa ja ammatillista itsetuntoa. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16.) Omahoitajan motivaatio ja oma arvostus voivat merkittävästikin vaikuttaa siihen, miten kunkin potilaan kohdalla perhetilannetta systemaattisesti selvitetään yhteistyössä potilaan kanssa (Kivimäki 2008, 41).

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden odotukset hoitajan toiminnalle ovat kannustus, tilanneherkkyys, hyvien tapojen muistaminen, sekä perehdytys osastoon ja hoitoon. Kannustuksella tarkoitettiin hoitajan kykyä aktiivisesti motivoida potilasta erilaisiin aktiviteetteihin, niin, että potilaan huomio poistuisi omasta ahdistuneisuudestaan. Hoitajan tilanneherkkyys oli potilaiden mukaan taitoa osata lukea potilasta ja antaa keskusteluapua, silloin, kun paha olo oli voimakkaimmillaan päällä. Omahoitajakeskusteluja odotettiin enemmän. Hyvien tapojen muistaminen näkyi esimerkiksi tervehtimisenä työvuoroon tullessa. Perehdytys osastoon ja hoitoon piti sisällään muun muassa käytäntöihin ja päivärytmiin tutustuttamisen. (Horppu 2008, 42 -44.)

Perhe-sana luo jokaiselle oman mielikuvansa. Perheestä puhuttaessa tulisikin ottaa huomioon käsitteen monimuotoisuus, sekä sen eri merkitys jokaiselle yksilölle ja myös muun muassa kulttuurilliset eroavaisuudet. Läheisverkostoja tarkasteltaessa, sekä hoitoa suunniteltaessa, onkin mielekkäämpää lähteä liikkeelle verkostoterapian kysymyksestä ”kenestä voisi olla apua?”. (Lehtinen ym. 2014, 2625.)

Läheisen sairastuessa perheen sisäiset toimintatavat ja keskinäiset roolit joutuvat kokemaan muutoksia. Sosiaalista painetta ja stressiä voi luoda ympäristön suhtautumisen muutos potilasta ja perhettä kohtaan. (Välimäki ym. 2000.) Psykkisesti sairastuneiden omaiset kantavat mukanaan painavaa taakkaa. Osa kokee syyllisyyttä omaisen sairastumisesta ja olonsa surullisiksi, huolestuneiksi, häpeällisiksi, sekä ulkopuolisiksi. Omaiset kehittävät tämän seurauksena omia ongelmia, joita ovat esimerkiksi: aggressiivinen, tai passiivinen käytös, psykologiset ongelmat, sekä taloudelliset vaikeudet. (Sjöblom ym. 2005, 563.) On tärkeää ymmärtää, että omaisten tunnereaktiot liittyvät suurelta osalta yritykseen tulla toimeen läheisen ihmisen vaikean oireilun kanssa. Omaiset tarvitsevat tässä tilanteessa ensisijaisesti ymmärtämisestä, tukea ja opastusta. (Heikkilä 2006, 2117.)

Potilaan vakava psyykinen sairaus tekee läheisen huolenpitotehtävästä vaativan ja pitkäkestoisen. Sairauden pitkäkestoisuus ja ennustamattomuus pakottaa läheiset pohtimaan jaksamisensa ja vastuunsa rajoja tilanteessa, jossa on

olemassa vahva normi huolenpidosta. Sosiaali- ja terveystieteissä tulisi kiinnittää lisääntyvää huomiota siihen, että läheisten olisi mahdollista kertoa omasta tilanteestaan, jolloin olisi mahdollista arvioida läheisten kuormittuneisuuden astetta. Hoitotyöntekijöiden tulisi tunnistaa ne läheiset, jotka kertovat toimivansa jaksamisensa ääri rajoilla. (Koponen ym. 2012, 140.) Psykiatriset hoitotyöntekijät ovat avainasemassa selvittämään omaisten tarvetta tiedolle ja tuelle (Välimäki ym. 2000). Perheenjäsenet kokevat potilaan mielenterveyshäiriön oireiden ja huolen potilaan voinnista heikentävän perheen hyvinvointia. Potilaan kokonaisvaltaisella hoitamisella ja hyvillä hoitotuloksilla voidaan edistää koko perheen terveyttä. Hoitotyöntekijöiden tulisi ottaa aktiivisesti puheeksi perheenjäsenten kokema huoli ja auttaa heitä löytämään keinoja tämän hallitsemiseksi. (Vikman 2011, 58.)

Omahoitaja on avainasemassa kunkin potilaan hoidossa, kun suunnitellaan yhteistyötä perheen kanssa. Omahoitaja on se henkilö, joka vastaa etupäässä yhteistyön aloittamisesta ja suunnittelusta. Omahoitajalla on halutessaan mahdollisuus korostaa perheen asemaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitajan oma motivaatio ja asenne voi myös vaikuttaa siihen, miten tutuksi perhe hoitajalle tulee ja miten potilaan perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä edetään. Kunkin potilaan perheen kanssa tapahtuva yhteistyö vaihtelee tapauskohtaisesti. Joskus voidaan katsoa paremmaksi vaihtoehdoksi, että potilaan perheeseen ei oteta lainkaan henkilökunnan toimesta yhteyttä. Toisaalta taas on mahdollista, ettei potilas itse halua ottaa perheeseen yhteyttä koko hoidon aikana. (Kivimäki 2008, 34, 47,50.) Potilaan kieltäytyessä perhekeskeisestä hoidosta on aina selvitettävä kieltäytymisen syy ja selitettävä potilaalle perheyön hyödyt. Kielteinen asenne saattaa hävitä myös itsestään kun, potilaan sairauden akuutti vaihe on ohi. (Noppari ym. 2007, 102.)

Usein perhehoitotyön suunnitelma tehdään laajemmalla työntekijäkokoospanolla, mutta käytännön toteutus, kuten perheiden kutsuminen hoitoneuvotteluihin tai paritapaamisiin, jää yksittäisen hoitajan vastuulle (Kivimäki 2008, 34, 47,50). Tarpeenmukaisen hoidon mallissa perhekeskeinen interventio aloitetaan mahdollisimman pian potilaan/perheen hoitoon hakeutumisen jälkeen. Etenkin psy-

koottisissa ja muissa akuuteissa kriiseissä perhe tulisi tavata heti samana päivänä. Myös ryhmätyö perheen ja sosiaalisen verkoston kanssa on aloitettava heti hoidon alussa, eli järjestetään hoitokokous, johon osallistuvat potilas, perhe ja hoitotahojen edustajat. Hoitoprosessin jatkuvuus turvataan eri hoitomenetelmien ja – paikkojen kesken moniammatillisten psykoosiryöryhmien tai erityistyöryhmien avulla. (Noppi ym. 2007, 100.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaan perheen odotukset liittyvät tiedon antamiseen, perheiden jaksamisen huomioimiseen, sekä tapaamisten sovimiseen. Tietoa kaivataan erityisesti läheisen sairaudesta ja tilanteesta. Perheen odotuksiin kuuluu myös, se, että heidän jaksamisesta kysyttäisiin potilaan osastohoidon aikana. Perheenjäsenet kokevat tärkeäksi päästä osallistumaan sovittuihin perhetapaamisiin, joten tapaamisten ajankohdat tulisi sopia hyvissä ajoin, sekä mielellään perheenjäsenten virka-ajan ulkopuolelle. Perhe haluaa olla osallisena miettimässä potilaan jaksamista, motivointia, sekä suunnittelemassa mielekästä tekemistä. (Horppu 2008, 45 -46.) Ammattihenkilöiltä odotetaan taitoa kohdata potilas ja hänen perheensä, sekä tasavertaisina ihmisinä, että ammatillisesti asiakkaina. Ammattitaitoa, monipuolista asiantuntemusta, sekä laajaa ammatillista kokemusta pidetään keskeisinä hyvän ammattiauttajan valmiuksina. (Nyman & Stengård 2001, 57 -58.)

Kansainvälisten mielenterveys-suositusten (International mental health guidelines) mukaan aikuispsykiatrian osastoilla tulisi olla perheiden vierailua varten soveltuvat tilat, eli niin sanottuja perhehuoneita. Huomioon tulisi ottaa erityisesti ne potilaat, joilla on lapsia. Lapsia varten huoneessa voisi olla valmiina pelejä ja leluja. Perhehuoneita suunniteltaessa olisi myös otettava huomioon kodinomaisuus esimerkiksi värien ja huonekalujen avulla. Osastoiden on mahdollista luoda perhehuone jo pienelläkin lisäinvestoinnilla. Perhehuone on konkreettinen osoitus hoitotyön perhekeskeisyydestä. (Isobel ym. 2015, 238.) Perhetapaamisissa: puhutaan potilaan kanssa etukäteen suunnitellusta aiheesta, kaikki toivotaan tervetulleeksi ja kerrotaan, että he ovat potilaan toiveesta läsnä, läsnäolijat esittäytyvät, kerrotaan tapaamisen tarkoitus, tavoitteet, kulku ja käytettävissä



oleva aika, ei puhuta potilaan henkilökohtaisista asioista joihin potilas ei ole antanut lupaa. (Vuorilehto ym. 2014, 72.)

Vaikka tiedetään, että perheen ja läheisten mukaan ottaminen auttaa hoidon suunnittelussa ja edistää potilaan toipumista, hoito jää usein vain hoitajan ja potilaan väliseksi. Syitä on monia ja osa liittyy yksilötyöskentelyn pitkään perinteeseen. Toisaalta joillakin alueilla Suomessa perhetyö on ollut pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Aina ei ole mahdollista varata kahden työntekijän aikaa yhden potilaan hoitoprosessiin, toisaalta yksikin työntekijä pystyy tekemään paljon läheisten huomioimiseksi. Aikaa se vie toki enemmän, kuin vain yhden ihmisen tapaaminen. Joskus taas tilat ovat puutteelliset. Perheelläkään ei aina ole voimavaroja osallistua hoitoon. Silloin potilaan kanssa voi tarvittaessa miettiä mahdollisuuksia rakentaa yhteistyötä läheisten kanssa esimerkiksi puhelimitse vastaanottojen aikana. (Vuorilehto ym. 2014, 73.)

#### 4.4 Yhteenveto tuloksista

Opinnäytetyöhön valituista julkaisuista (n= 35) etsittiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, eli siihen mitä psykiatrisella omahoitajuudella tarkoitetaan, mitä työskentelymenetelmiä omahoitajalla on käytössään, sekä miten omahoitaja voi huomioida potilaan ja perheen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Samankaltaisia tuloksia löytyi eri julkaisusta, mikä kertoo tulosten yleispätevyydestä. Tuloksista käy ilmi, että omahoitajuudessa keskeisiä tunnuspiirteitä ovat itsenäisyys, vastuu ja toimivalta. Omahoitaja onkin keskeisessä avainasemassa kunkin potilaan kohdalla perheen kanssa yhteistyötä suunniteltaessa. Psykiatrisella omahoitajalla on käytössään eri työskentelymenetelmiä helpottamaan työn suunnittelua ja jäsentämistä. Työskentelymenetelmiä ovat hoitosuunnitelma, omahoitajakeskustelu, verkostokartta, sukupuu ja elämänjana. Seuraavalla sivulla oleva posterit tiivistää julkaisujen keskeisimmät tulokset (Kuvio 4). Posterissa esitellään perhekeskeisyyttä psykiatrisessa hoitosuhteessa. Opinnäytetyöntekijät kuvittivat posterin itse.

## psykiatrisessa hoitosuhteessa

### POTILAAN JA PERHEEN HUOMIOINTI POTILAAN SAIRAALAHOIDOSSA:

- **Potilas:**
  - Avoimuus lisää luottamusta (Lönnqvist & Lehtonen 2011)
  - Perhe-käsitteen moninaisuuden ymmärtäminen ja sen merkitys yksilölle (Lehtinen ym. 2014)
  - **Kannustus**
  - Tilanneherkkyys
  - Hyvien tapojen muistaminen
  - Perehdytys osastoon ja hoitoon (Horppu 2008)
- **Perhe:**
  - Jaksamisen huomiointi (Koponen ym. 2012)
  - Tapaamisten sopiminen
  - Tiedonsaanti
  - Perheen mukaanotto potilaan hoidon suunnitteluun
  - Hoitohenkilökunnan ammattitaito (Horppu 2008)
  - Perheen tilanteen ymmärtäminen, tuen tarjoaminen ja opastus (Heikkilä 2006)
  - Huolien puheeksi ottaminen (Vikman 2011)

### PSYKIATRINEN OMAHOITAJA:

- Tunnuspiirteitä ovat itsenäisyys, vastuu ja toimivalta (Puolakka 2002)
  - ➔ Omahoitajalla on halutessaan mahdollisuus korostaa perheen asemaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Kivimäki 2008)



### PSYKIATRISEN OMAHOITAJAN TYÖSKENTELYMENETELMÄT:

- Hoitosuunnitelma (Hentinen ym. 2009; Vuorilehto ym. 2014)
- Omahoitajakeskustelu (Iivanainen & Syväoja 2008; Kuhanen ym. 2010; Vuorilehto ym. 2014)
- Verkostokartta (Kuhanen ym. 2010; Vuorilehto ym. 2014; Lastensuojelun käsikirja 2015)
- Sukupuu (Ijäs 2003; Kivimäki 2008, Vuorilehto ym. 2014)
- Elämänjana (Vuorilehto ym. 2014)

Kuvio 4. Perhekeskeisyys psykiatrisessa hoitosuhteessa. (© Noora Arpo & Aino Silfver.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Aineiston valinnassa ja käsittelyssä korostuu tutkimusetiikan noudattaminen raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden kannalta. Eettisyys ja luotettavuus ovatkin tiiviisti sidoksissa toisiinsa ja niitä voidaan parantaa koko prosessin läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tekstiä ei plagioida. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tuottaman tekstin lainaamista suoraan ilman lähdeviitettä. Tekstiä lainattaessa on lainauksen oltava tarkka ja asiasisältöjä lainattaessa tulee lainaukset osoittaa. Valmiin tekstin lainaaminen ilman lähdeviitettä ei ole sallittua, koska jokaisella kirjoittajalla on copy right omaan tekstiinsä. (Hirsjärvi ym. 2007, 26; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 224–225.) Työssä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Opinnäytetyössä ei esiinny eettisiä ongelmia, koska työ tehdään kirjallisuuskatsauksena ilman erillistä tutkimuslupaa ja käytetyt lähteet ovat kaikkien saatavilla. Tässä opinnäytetyössä lähdeviitteet ja lähdeluettelo on merkitty Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistuksen mukaan. Opinnäytetyön yhteistyökumppanin kanssa on tehty toimeksiantosopimus.

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia, joita ovat esimerkiksi: tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat, eli rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset ja eettisesti kestävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ja lisäksi tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluva avoimuus. (ETENE 2012.) Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja sen teoreettinen perustelu on eritelty. Menetelmäosan selkeällä kuvauksella ja läpinäkyvyydellä on merkitystä myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa. Luotetta-

vuuden arvioinnin keskeinen seikka on aineiston perusteiden kuvaus. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Opinnäytetyössä käytetään menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu tutkimusmenetelmänä sen subjektiivisuuden ja sattumanvaraisuuden vuoksi, mutta toisaalta menetelmän vahvuutena on pidetty sen argumentoituutta ja mahdollisuutta perustellusti ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin (Kangasniemi ym. 2013, 291–292). Opinnäytetyötä tehdessä päämääränä oli toteuttaa mahdollisimman luotettava työ. Luotettavuus työssä näkyy esimerkiksi siinä, että tutkimuskysymykset muotoiltiin mahdollisimman selkeiksi. Työssä esitellyt tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Työn luotettavuutta olisi voinut heikentää ajankohtaisten, eli viimeisen viiden vuoden sisällä julkaistujen tutkimusartikkelien vähyyys, mutta alan kirjallisuudesta löytyi lisää tietoa, jota voitiin hyödyntää. Englanninkielisten lähteiden käännökset on varmistettu useita käännösohjelmia ja sanakirjoja käyttäen, jotta vältetään mahdolliset luotettavuutta heikentävät käännösvirheet. Tiedonhaku toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun käytössä olevien hakukantojen kautta, sekä manuaalisella haulla kirjastosta kirjoja lainaamalla. Opinnäytetyössä esitellään tiedonhakupolkutaulukko, jonka avulla mahdollistetaan tiedonhakujen toistettavuus.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omahoitajuutta psykiatrisessa hoitosuhteessa potilaan ja perheen näkökulmasta, kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää omahoitajatyöskentelyä psykiatrisessa hoitosuhteessa perhekeskeisyyden näkökulmasta. Omahoitajuus psykiatrisessa hoitosuhteessa -aihe valittiin opinnäytetöiden aihetarjottimelta, jonne aiheen oli jättänyt VSSHP:n psykiatrian tulosalue. Aihe rajautui tarkemmin yhteyshenkilön kanssa käytyjen sähköpostikeskustelujen perusteella.

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin löytyi vastaus haetuista julkaisuista. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä selvitettiin, mitä psykiatrisella omahoitajuudella tarkoitetaan. Julkaisuista saatiin selville, että omahoitajatyöskentely ja yksilövastuinen hoitotyö ovat syntyneet 1960-luvulla Yhdysvalloissa. Niiden hoitofilosofia korosti kokonaishoitoa, potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta, ammatillisuutta ja sitä, että sairaanhoitajan paikka hoitotyön asiantuntijana on potilaan vieressä. (Puolakka 2002, 16.) Potilaan hyvää oloa ja terveyttä on mahdollista edistää, jos potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteessa potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla oikeaan aikaan autetuksi, saada apua oman elämänsä hallintaan ja nähdä itselleen uusia mahdollisuuksia (Vähäniemi 2008, 111). Omahoitajakäytännölle luonteenomaisena on pidetty holistista, yksilöllistä ja tavoitesuuntautunutta hoitoa, jossa toteutuu kokonaisvaltaisuus ja potilaskeskeisyys (Puolakka 2002, 16). Yksilökeskeisyyden lisäksi myös perhekeskeisyyden tulisi näkyä hoitotyössä. Omahoitajuutta on tutkittu vähän siihen nähden, kuinka kauan se on ollut menetelmänä käytössä. Sitä olisikin tärkeää tutkia lisää, jotta omahoitajuuden keskeiset menetelmät olisivat maailmanlaajuisesti yhteneväisiä ja kaikkialla käytössä.

Toisena tutkimuskysymyksenä selvitettiin mitä työskentelymenetelmiä omahoitajalla on käytössään. Julkaisuista löytyneet työskentelymenetelmät olivat kirjallinen hoitosuunnitelma, omahoitajakeskustelu, verkostokartta, sukupuu, sekä elämänjана. Kirjallinen hoitosuunnitelma on koko hoidon asiakirja, jonka avulla suunnitellaan potilaan hoito ja arvioidaan hoidon vaikutusta. Hoitosuunnitelma

elää koko potilaan hoidon ajan. (Hentinen ym. 2009, 37.) Omahoitajakeskustelu on potilaan ja omahoitajan välinen vuorovaikutussuhde, joka ihanteellisimmillaan luo pohjaa ehjemmälle persoonallisuuden rakentumiselle, tukevammalle elämän hallinnalle ja sen laadun paranemiselle, sekä hoito-ohjeiden ymmärtämiselle (Iivanainen & Syväoja 2008, 435). Omahoitajakeskusteluissa on tärkeää tukea potilaan itsetuntoa keskustelemalla potilaan vahvuuksista ja hyvistä ominaisuuksista. Toisaalta yhtä tärkeää voi olla arkipäiväisistä ja potilaalle mieluisista asioista keskusteleminen. Verkostokartan avulla saadaan käsitys siitä, keitä potilas kokee, että hänen sosiaaliseen verkostoonsa kuuluu. (Kuhanen ym. 2010, 95–96, 158.) Sukupuusta on hahmotettavissa potilaan perhetilanne, minkä perusteella hoitaja voi saada lisää tietoa esimerkiksi potilaan sairauden puhkeamiseen johtavista tekijöistä tai tapahtumista (Kivimäki 2008, 41). Elämänjanaan tarjoaa mahdollisuuden pysähtyä pohtimaan elämäntulkua, sen tärkeitä käännekohtia ja ratkaisuja sekä luoda elämästä kokonaiskuvaa (Vuorilehto ym. 2014, 79–80). Työskentelymenetelmiä on tarjolla monipuolisesti ja ne ovat yleisesti hoitotyön kirjallisuudessa tunnettuja, mutta epäselväksi jää kuitenkin se, että kuinka paljon niitä todellisuudessa hoitotyössä käytetään, sekä millaiseksi hoitotyöntekijät niiden käyttämisen kokevat. Toisaalta olisi mielenkiintoista tietää myös potilaiden kokemukset käytetyistä menetelmistä ja niiden tuomista hyödyistä omassa hoidossaan. Koska työskentelymenetelmien valikoima on laaja, niistä voidaan valita potilaskohtaisesti paras mahdollinen vaihtoehto.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä selvitettiin miten omahoitaja voi huomioida potilaan ja perheen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Omahoitaja on avainasemassa kunkin potilaan kohdalla, kun suunnitellaan yhteistyötä perheen kanssa. Omahoitajalla on halutessaan mahdollisuus korostaa perheen asemaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitajan oma motivaatio ja asenne voi myös vaikuttaa siihen, miten tutuksi perhe hoitajalle tulee ja miten potilaan perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä edetään. (Kivimäki 2008, 34, 47.) Perheestä puhuttaessa tulisi ottaa huomioon käsitteen monimuotoisuus, sekä sen eri merkitys jokaiselle yksilölle (Lehtinen ym. 2014, 2625). Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden odotukset hoitajan toiminnalle ovat kannustus, tilanneherkkyys, hyvien tapojen muistaminen, sekä perehdytys osastoon ja hoitoon.

Potilaan perheen odotukset liittyvät tiedon antamiseen, perheiden jaksamisen huomioimiseen, sekä tapaamisten sopimiseen. (Horppu 2008, 42–46). Koska omahoitajan oma motivaatio ja asenne vaikuttavat siihen kuinka perhe huomioidaan potilaan hoidon aikana, voitaisiin työpaikoilla kartoittaa koulutuksen tarvetta perhekeskeisyyden tärkeydestä osana hoitotyötä. Koulutusta lisäämällä tavoiteltaisiin työntekijöiden tiedon kasvattamista perheen kanssa tehtävän yhteistyön tuomista hyödyistä ja sen merkityksestä sekä potilaan, että hänen perheensä kannalta. Olisikin tärkeää, että perhekeskeisyys nähtäisiin työpaikalla tärkeänä osana hoitotyötä, niin, että se toteutuisi jokaisen potilaan kohdalla yhtenäisesti hoitajasta ja hänen henkilökohtaisesta motivaatiostaan riippumatta.

Opinnäytetyötä tehdessä haasteeksi muodostui uusien tutkimusartikkelien niukkuus omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Hankaloittavaksi tekijäksi ilmeni myös ilmaisten kokotekstien puute. Haku suoritettiin työn keskeisillä käsitteillä, niiden synonyymeillä, sekä englanninkielisillä käännöksillä tunnetuista artikkelitietokannoista. Hoitotyön kirjallisuudessa omahoitajuus-aihetta sivuttiin jonkin verran enemmän, joten se toimi pääsääntöisenä lähdemateriaalina yhdessä Pro gradu – tutkielmien kanssa. Tietoa perheen huomioinnista osana psykiatrista hoitotyötä löytyi tietokannoista enemmän, kuin omahoitajuudesta. Omahoitajan työskentelymenetelmät valikoituivat sillä perusteella, että ne esiintyvät alan kirjallisuudessa.

Kirjallisuuskatsauksen kautta saatujen tuloksien perusteella psykiatrista omahoitajuutta tulisi tutkia vielä lisää ja hyviä jatkotutkimusaiheita ovat esimerkiksi omahoitajan kokemukset perhekeskeisestä hoitotyöstä, hoitajien ja potilaiden kokemukset omahoitajan työskentelymenetelmistä, osasto - ja avohoidon väliset eroavaisuudet omahoitajasuhteessa, sekä omahoitajuudesta saavutettavat hyödyt. Tutkimusmenetelminä voitaisiin jatkotutkimusaiheissa käyttää esimerkiksi haastattelua, tai avoimia kyselylomakkeita, jolloin osallistujien kokemukset tulisivat selkeästi esille. Perhekeskeisyys tulee huomioida psykiatrisessa hoitotyössä. Lisäksi on tärkeää tiedostaa omahoitajan oman motivaation ja aktiivisuuden merkitys perhekeskeistä hoitotyötä toteutettaessa.

## LÄHTEET

ETENE 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 12.11.2015. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Fink, A. 2005. Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Heikkilä, J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. Duodecim. Vol.122, No 8, 2117.

Hentinen, K.; Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Horppu, C. 2008. Psykiatrisen osastohoitajakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ijäs, K. 2003. Sukupuu, avain oman elämän ja perheen ymmärtämiseen. Helsinki: Kirjapaja.

Isobel, S.; Foster, K. & Edwards, C. 2015. Developing family rooms in mental health inpatient units: an exploratory descriptive study. BMC Health Services Research. Vol. 15, No 6, 238.

Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen, S.; Pietilä, A.; Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede. Vol. 25, No 4, 291-301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kiviniemi, L.; Läksy, M.; Matinlauri, T.; Nevalainen, K.; Ruotsalainen, K.; Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koponen, T.; Jähi, R.; Männikkö, M.; Lipponen, V.; Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede. Vol. 24, No 2, 140.



Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1.,painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Latvala, E.; Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. 2.,painos. Helsinki: WSOY.

Lehtinen, K.; Haapaniemi, E. & Lindroos, S. 2014. Perheterapiasta hyötyy myös potilaan läheisverkosto. Suomen lääkärilehti. Vol. 69, No 41, 2625.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun Yliopisto, 2.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson M.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Noppiari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pattison & Pattison 1981; Klefbeck ym., 1988a; ks. Seikkula 1994. Teoksessa: Lastensuojelun käsikirja. Viitattu 14.10.2015 <https://www.thl.fi/> lastensuojelun käsikirja > työmenetelmät ja –välineet > työvälineet > verkostokartta

Pirkola, S. & Sohlman, B. Stakes. 2005. Mielenterveysatlas -Tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön –Hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosina 1971-2001. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Rautanen, M. & Korkeila, J. 2015. Psykiatrian sairaansijojen alasajo horjuttaa hoidon laatua. Suomen lääkärilehti. Vol. 70, No 21, 1475.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 17.11.2015. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sjöblom, L.; Pejler, A. & Asplund, K. 2005. Nurses' view of the family in psychiatric care. Journal of Clinical Nursing. Vol. 14, No 5, 536.

THL. 2015. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilasto 2013. Viitattu 13.10.2015 <https://www.julkari.fi/> > Kokoelmat > Terveystieteiden ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus THL.

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

Vikman, M. 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoitohenkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Tampereen yliopisto.

Vuorilehto, M.; Larri, T.; Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J.; Hirschovits, T.; Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Välimäki, M.; Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyön muutoksessa. Juva: WSOY.

