

PSYKOOSIPOTILAIDEN PERHEIDEN KOKEMUKSIA PSYKOEDUKAATIOSTA

Laura Markkanen
Henna Paananen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) MARKKANEN, Laura PAANANEN, Henna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.05.2010
	Sivumäärä 58	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi PSYKOOSIPOTILAAN PERHEEN KOKEMUKSIA PSYKOEDUKAATIOSTA		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) HUUSKOLA, Katri OITTINEN, Pirkko		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kangasvuoren sairaala		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata psykoosipotilaiden perheiden kokemuksia psykoedukaatiosta osastohoidon aikana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä henkilökunnan tietoutta siitä, kuinka perheet kokevat psykoedukaation toteutumisen ja miten he toivoisivat sitä kehitettävän. Tutkimustehtävämme oli: Millaisia kokemuksia psykoosipotilaiden perheillä on psykoedukaatiosta osastohoidon aikana.</p> <p>Tutkimus toteutettiin keväällä 2010. Tutkimusta varten haastateltiin kolmea (N=3) psykoosipotilaan perheenjäsentä, jotka saivat tietoa tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjeitse. Tutkimusaineisto hankittiin teemahaastatteluilla. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulokset käsittelevät ohjauksen elementtejä, ohjauksen toteutumista edistäviä asioita, psykoedukaatiivista vuorovaikutusta ja merkityksellinen ohjaus. Tutkimuksen mukaan perheenjäsenet saivat vaihtelevasti ohjausta. Kaikki perheenjäsenet saivat ensimmäisen kerran ohjausta akuuttivaiheessa. Kokemukset ohjauksesta olivat positiivisia, kuitenkin perheenjäsenet toivat esille myös puutteellista ohjausta.</p> <p>Tutkimuksen mukaan perheenjäsenet kehittäisivät tiedollista ohjausta lisäämällä omaa ja henkilökunnan aktiivisuutta sekä panostamalla yksilöllisyyteen ja ohjauksen oikea-aikaisuuteen.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä perheiden huomioimista mielenterveys hoitotyössä. Jatkotutkimushaasteena on hoitohenkilökunnan ja psykoosipotilaan näkökulman selvittäminen psykoedukaation toteutumisesta osastohoitojakson aikana. Myös avohoidon hoitohenkilökunnan, potilaiden ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia psykoedukaatiosta voisi tutkia.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Psykoosipotilas, psykoedukaatio, perhehoitotyö, ohjaus		
Muut tiedot		



Author(s) MARKKANEN, Laura PAANANEN, Henna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 07.05.2010
	Pages 58	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title PSYCHOTIC PATIENTS' FAMILY MEMBERS' EXPERIENCES OF PSYCHO-EDUCATION		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) HUUSKOLA, Katri OITTINEN, Pirkko		
Assigned by Central Finland Health Care District, Kangasvuori Hospital		
<p>Abstract</p> <p>The aim of this study was to find out how families experienced psycho-education during inpatient care. The aim of this study was to find out information which would help to increase the nurses' knowledge of how family members experienced psycho-education and how they would develop it. The research question was: What kind of experiences did the family members of psychotic patients have of psycho-education during inpatient care?</p> <p>The study was carried out in spring 2010. Three family members (N=3) were interviewed for this study. They received information about the study both orally and by letter. The data were collected by means of semi-structured theme interviews. These interviews were recorded and then transcribed. Qualitative content analysis was used as a method of data analysis in the study.</p> <p>The results of this study are related to the elements of guidance, matters that advance guidance, psycho-educational interaction and meaningful guidance. According to this study, the family members had received guidance diversely. The first guidance was given in the acute situation to all family members. The experiences of psycho-education were mainly positive. However, the family members also told that the psycho-education was defective.</p> <p>According to this study, the family members would develop guidance by increasing their own activity, nurses' activity and by focusing on individuality and on giving the guidance at the right time.</p> <p>The results of this study can be used in developing family members' recognition in mental health care. A further study could be conducted on nurses' and psychotic patients' perspectives of psycho-education during inpatient care. Outpatient care nurses', psychotic patients' and their family members' experiences of psycho-education could also be studied.</p>		
Keywords Psychotic patient, psycho-education, family work, guidance		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 PSYKOOSIPOTILAS.....	4
2.1 Psykoosi sairautena	4
2.2 Psykoosipotilaan osastohoito.....	6
3 PSYKOEDUKAATIO PSYKOOSIPOTILAAN OSASTOHOIDON AIKANA	10
3.1 Psykoedukaation merkitys sairastuneelle ja perheelle	10
3.2 Hoitotyön tehtävä psykoedukaation toteutuksessa	16
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
5.1 Tutkimukseen osallistujat.....	20
5.2 Aineiston keruu.....	20
5.3 Aineiston analysointi.....	22
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	24
6.1 Ohjauksen elementit.....	24
6.2 Ohjauksen toteumista edistävät asiat	26
6.3 Psykoedukatiivinen vuorovaikutus.....	28
6.4 Merkityksellinen ohjaus.....	30
7 POHDINTA.....	33
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	33
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	39
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	45
LIITTEET	51
Liite 1. Haastattelurunko.....	51
Liite 2. Kirje psykoosipotilaan perheenjäsenelle.....	53
Liite 3. Suostumus haastattelun nauhoittamiseen.....	55
Liite 4. Esimerkki analyysin etenemisestä. Osa pääkategorian ”ohjauksen elementit” muodostumisesta.....	56

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Skitsofrenian ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä.	6
TAULUKKO 2. Psykoedukaation keskeiset aihealueet kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.	11
TAULUKKO 3. Psykoosin perhekeskeisen hoidon periaatteet.....	13

KUVIO

KUVIO 1. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit.	43
--	----

1 JOHDANTO

Psykoedukatiivinen työskentely perheiden kanssa mielenterveyskuntoutuksessa alkoi kehittyä Englannissa ja Yhdysvalloissa 1970-luvulla. Mielisairaaloiden ylläpitokustannukset nousivat suuriksi ja näin ollen haluttiin lyhentää hoitoaikoja sairaalassa. Mietittiin, miksi osa potilaista sairastui uudelleen sairaalasta päästyään ja toiset selviytyivät pitkään tai jopa pysyvästi ilman uusia sairaalahoitojaksoja. Todettiin, että on olennaista vaikuttaa tekijöihin, jotka aiheuttavat potilaalle sellaista stressiä, ettei hän pärjää sairaalan ulkopuolisessa elämässä huolimatta lääkehoidosta. Perheen tai muiden läheisten keskuudessa vallitseva tunneilmapiiri ja vuorovaikutussuhteiden ominaisuudet todettiin keskeisimmäksi psykoosipotilaan hoidon ennusteeseen vaikuttavaksi tekijäksi. Tavoitteeksi muodostui siten kehittää menetelmä, jonka avulla potilaalle ja hänen läheisilleen voidaan siirtää ja opettaa sellaisia taitoja ja tietoja, joiden avulla läheiset voivat vahvistaa kykyä omien asioidensa hallintaan ja selviytyä ilman virallista hoitojärjestelmää ja siihen tukeutumista. (Nordling & Toivio 2009, 285-286.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykoosipotilaiden perheiden kokemuksia psykoedukaatiosta osastohoidon aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä henkilökunnan tietoutta siitä, kuinka perheet kokevat psykoedukaation toteutumisen ja miten he toivoisivat sitä kehitettävän. Tutkimustehtävänä on millaisia kokemuksia psykoosipotilaiden perheillä on psykoedukaatiosta osastohoidon aikana. Opinnäytetyön aihe nousi käytännön tarpeesta kehittää perheiden huomioimista psykiatrisessa hoitotyössä, lisätiedon tarpeesta kehittämistyön tueksi, sen ajankohtaisuudesta ja opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta. Psykoedukaatiolla on suuri merkitys potilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Jatkuvasti ajankohtaisena ovat perheen hyvin- ja pahoinvointi sekä laadukas hoitaminen terveydenhuollossa. Näistä tarvitaan lisää tutkimustietoa. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paaviainen & Potinkara 2008, 6.) Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kangasvuoren sairaalan osasto 38:n kanssa.

2 PSYKOOSIPOTILAS

2.1 Psykoosi sairautena

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä. Se voi ilmetä esimerkiksi aistiharhoina, harhaluuloina, erikoisena käyttäytymisenä tai puheen huomattavana hajanaisuutena. (Lönqvist & Suvisaari 2009.) Psykoosissa kosketus todellisuuteen on heikentynyt laajasti tai rajusti ja sisäiset sekä ulkoiset ärsykkeet voivat sekoittua niin, ettei henkilö tiedä mikä on totta ja mikä ei. Aistimukset voivat vääristyä merkillisillä tavoilla ja akuutissa vaiheessa elämä voikin tuntua varsin kaoottiselta, pelottavalta ja ennalta-arvaamattomalta. Psykoottisen sekavuustilan intensiteettiin ja kestoon vaikuttavat esimerkiksi sairauden laatu, yksilölliset tekijät, hoidon aloittamisen ajankohta sekä sairastuneen suhtautuminen hoitoon. Sairaudentunnottomuus vaikeuttaa usein hoidon aloittamista ja jatkamista. (Nordling & Toivio 2009, 119.)

Psykoosisairauksia ovat esimerkiksi skitsofrenia, muut skitsofreniaryhmän psykoosit, kuten skitsoaffektiivinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä psykoottinen depressio. Lisäksi psykoottisuus voi ilmetä harhaluuloina ilman, että kyseessä olisi skitsofrenia ja oireiden syyt voivat olla myös elimellisiä, esimerkiksi aivosairauksista tai infektioista ja nestetasapainon häiriöistä johtuvia. Lääkkeiden ja pähteiden käytön yhteydessä voi ilmetä psykoottisuutta ja huumeet voivat altistaa psykooseille ainakin riskiryhmään kuuluvia. (Lönqvist & Suvisaari 2009.) Synnytyksen jälkeen äidille voi ilmaantua psykoottinen tila, synnytyspsykoosi, jonka oirekuvaan kuuluu sekavuus ja harhat (Nordling & Toivio 2009, 130). Psykoottisuus voi oireena olla hyvin rajallinen, mutta varsinaisesta psykoosista aletaan puhua silloin, kun sillä on tietty ajallinen kesto ja kun se täyttää tietyt sovitut diagnoosikriteerit (Lönqvist & Honkonen 2008, 140).

Suomessa skitsofreniaa sairastaa noin 0.5-1.5 % väestöstä (Käypä hoito –suositus 2008b). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä ei tunneta tarkasti, mutta Terveys 2000 – tutkimuksessa tyyppin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön

elinaikaiseksi esiintyvyydeksi todettiin 0.24 %. Tämä saattaa olla liian pieni arvio. (Käypä hoito –suositus 2008a.) Näiden sairauksien tausta on monitekijäinen, mikä tarkoittaa sitä, että niiden puhkeamiseen vaikuttavat useat alttiusgeenit sekä ympäristötekijät. Yleensä vaaditaan monien riskitekijöiden samanaikainen olemassaolo, että henkilö sairastuu. Ympäristötekijät vaikuttavat merkitsevästi sairastumisriskiin ja yksittäiset perintötekijät lisäävät sairastumistodennäköisyyttä, mutta eivät määrää henkilön sairastumista. (Lönqvist & Suvisaari 2009.)

Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella iällä ja puhkeaa miehillä noin kolmesta viiteen vuotta aiemmin kuin naisilla. Kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuvasta voi havaita psykoosia ennakoivia oireita, esimerkiksi pakko-oireita, kognitiivisia muutoksia, käyttäytymisen muutoksia, vetäytymistä, voimattomuutta ja aloitekyvyttömyyttä. (Nordling & Toivio 2009, 121-122.) Potilaan kannalta kriittisimmäksi ajanjaksoksi arvioidaan sairauden ensimmäiset viisi vuotta (Katajamäki 2009, 277). Ennakoivien piirteiden ongelma on se, että niitä esiintyy myös muihin mielenterveysongelmiin myöhemmin sairastuvilla sekä terveenä pysyvillä. Ei myöskään tiedetä, ovatko ne osa tulevaa skitsofreniaa vai kuvaavatko ne sairauteen liittyvää haavoittuvuutta tai alttiutta. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönqvist 2008, 82.) Skitsofrenian hyvään ja huonoon ennusteeseen vaikuttavat tekijät ilmenevät taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Skitsofrenian ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. (Isohanni ym. 2008, 87.)

Hyvä ennuste	Huono ennuste
nainen	mies
myöhäinen alkua	nuorena sairastuminen
laukaisevia tekijöitä	ei laukaisevia tekijöitä
nopea, akuutti taudinkuva	hidas alkua, ennakko-oireita kauan
hyvä sairautta edeltävä selviäminen	huono sairautta edeltävä selviäminen
pääosin positiivisia oireita, mutta ei	pääosin negatiivisia oireita
varhaisia aistiharhoja tai	hajanaistyyppinen taudinkuva
harhaluuloja	varhaiset aistiharhat ja harhaluulot,
paranoidisia oireita ja masennus-	ei masennusta
oireita	
ei neuropsykologisia häiriöitä tai	
aivojen	neuropsykologinen häiriö tai aivojen
rakennemuutoksia	rakennemuutoksia
naimisissa, hyvä perheympäristö ja	naimaton, huono perheympäristö ja
sosiaalinen tuki	sosiaalinen tuki
varhainen ja hyvä hoito	viivästynyt, huono tai puuttuva hoito

2.2 Psykoosipotilaan osastohoito

Mielenterveysongelmat eivät ole viime vuosina lisääntyneet Suomessa lukuun ottamatta mieliala- ja päihdeongelmia, mutta ennenaikainen työelämästä irtautuminen mielenterveysongelmien takia on yleisempää kuin koskaan ennen. (Nordling & Toivio 2009, 310.) Hoitokäytännöt ovat muuttuneet sairaalakeskeisistä enemmän avohoitokeskeisiksi. Tämän avulla vältetään potilaiden pitkäaikaiseen sairaalahoitoon liittyvää laitostumista ja säilytetään yhteydet perheeseen, kotiin sekä yhteiskuntaan. Avohoidon yleistymisen myötä on käynnistynyt voimakas palvelurakenteiden muutos, minkä vuoksi uusien avopalveluiden kehittäminen on käynyt välttämättömäksi. (Saarelainen, Stengård & Vuori- Kemilä 2001, 27.) 1990-luvulla psykiatrisia sairaalapaikkoja vähennettiin voimakkaasti, mutta vasta 90-luvun lopulla käynnistettiin avohoidon monipuolinen kehittämistoiminta, joka on jatkunut myös 2000-luvulla. Kuitenkin erot palveluiden määrän ja laadun suhteen vaihtelevat eri puolilla Suomea ja monissa yhteyksissä onkin epäilty, että

psykiatriset pitkäaikaispotilaat jäävät vaille asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. (Nordling & Toivio 2009, 310.)

Psykoottinen potilas voidaan lähettää sairaalahoitoon, jos hän on itsetuhoinen, väkivaltainen, potilaan käyttäytymistä ohjaavat voimakkaasti aistiharhat tai harhaluulot ja potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu paikallisen avohoidon turvin (Käypä hoito –suositus 2008b). Tahdostaan riippumatta henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon, jos seuraavat edellytykset täyttyvät:

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (L14.12.1990/1116.)

Henkilö voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan, jotta saadaan selvitettyä, täyttyvätkö nämä edellytykset. Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisen jälkeen tarkkailusta vastaava lääkäri antaa tarkkailulausunnon, joka sisältää perustellun kannanoton edellytysten täyttymisestä. (L14.12.1990/1116.)

Psykoosin varhainen toteaminen ja hoidon aloittaminen mahdollisimman varhain on tärkeää ennusteen parantamisen vuoksi, sillä hoitamattoman psykoosin kesto sekä hoidon viivästyminen heikentävät ennustetta. Hoidosta tulee neuvotella potilaan kanssa, ellei hän ole sairautensa vuoksi kykenemätön siihen. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteita voivat olla esimerkiksi oireiden poistaminen tai lieventäminen, uusien psykoosijaksojen estäminen tai niiden määrän ja vaikeuden vähentäminen sekä potilaan psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Ymmärtävä, luottamuksellinen ja pitkäkestoinen hoitosuhde on tärkeä osa hoitoa ja kuntoutusta. (Käypä hoito –suositus 2008b.) Toisaalta tavoitteet ja strategiat vaihtelevat sairauden vaiheen ja vaikeusasteen mukaan. (Isohanni ym. 2008, 106.)

Lääkehoito yhdistettynä psykososiaalisiin interventioihin tuottaa suurelle osalle skitsofreniaa sairastavista parhaan hoitotuloksen (Nordling & Toivio 2009, 25.) Nordlingin ja Toivion (2009, 125) mukaan psykososiaalisessa hoidossa tulee

painottaa sitä, että potilaat tarvitsevat pitkän ja monipuolisen hoidon sisältäen lääkehoidon. Yksilölliset erot on huomioitava yksilöllisten hoito-ohjelmien avulla ja potilaat sekä heidän perheenjäsenensä on otettava aktiivisesti hoitoon mukaan. Kognitiivisista häiriöistä johtuvat potilaiden kykyihin liittyvät rajoitukset tulee huomioida. (Mts. 125.) Lääkehoidon onnistumiseen vaikuttavat voimakkaasti psykoosisairautta sairastavan potilaan ja hänen perheenjäsenen negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot (Huttunen & Javanainen 2004, 17). Lääkitykseen suhtautuminen vaihtelee, osa on saanut siitä tukea psyykkisen voinnin kohenemiseen mutta osan mielestä se on turhaa. Perheenjäsenille on tärkeää, ettei lääkehoito ole ainoa hoitokeino sairaalassa. (Horppu 2008, 38.) Keräsen (2008, 65) mukaan lääkitys on perheenjäsenten mielestä tärkein psykoosin uusiutumista ehkäisevä tekijä.

Horpun (2008, 28) mukaan psykoosipotilaat pitävät tärkeimpänä asiana osastohoitojaksolla eritasoisia keskusteluhetkiä hoitajan kanssa. Ne edistävät potilaan ymmärrystä omaa psyykkistä vointiaan kohtaan. Keskusteluja käydään pääosin sovitusti hoitajan kanssa kahden. Hoitajien saatavilla olo osaston yleisissä tiloissa on potilaille tärkeää. Spontaanit keskustelut, joiden teemat ovat yleisemmällä tasolla kuin kahdenkeskisissä keskusteluissa, edistävät luottamuksellisen ilmapiirin syntyä. Sairauden jakaminen hoitajan kanssa helpottaa potilaan oloa ja antaa tietoa sairaudesta, näin potilaan ymmärrys omaa oirehtimista kohtaan lisääntyy. Huolien käsitteleminen sairaalassa hoitajan kanssa helpottaa heti oloa ja vähentää ahdistusta nopeasti. Potilaat pitävät erityisen tärkeänä sitä, että hoitajat pysyvät samoina koko hoitajakson ajan ja he arvioivat tämän edistävän perheenjäsenen ja omahoitajan yhteistyösuhdetta. (Mts. 28–29.) Ahon (2008, 48) mukaan omahoitajuus nähdään sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Osa potilaista kokee olevansa riippuvaisia omahoitajastaan ja suhteen muihin hoitajiin olevan etäisempi. Potilailla on suuri tarve kertoa asioistaan omahoitajalle ja he kokevat, että omahoitajalle voi kertoa kaiken. (Mts. 43, 48.)

Horpun (2008, 31) mukaan psykoosipotilaiden mielenterveyttä tukeviksi asioiksi osastohoitojaksolla muodostuvat hoitosopimuksiin sitoutuminen, hoitoa tukeva toiminta sairaalassa, perheen huomioiminen, perustarpeista huolehtiminen, hoitoympäristö, lääkehoito sekä fyysisen voinnin tarkistaminen. Hoitosopimuksia ovat esimerkiksi kahden viikon hoitajaksoon sitoutuminen ja viikko-ohjelman

laatiminen. Potilaiden mukaan he saavat onnistumisen kokemuksia pystyessään pitämään lupaukset ja niiden tehtävänä on kannustaa potilaita pitämään sovitusta asioista kiinni. Hoitoa tukevia toimintoja ovat esimerkiksi liikunta-, keskustelu- ja askarteluryhmät, joissa potilaat pystyvät unohtamaan huolet vähäksi aikaa ja rentoutumaan. Osa potilaista kokee nämä ryhmät kuitenkin ahdistaviksi. (Mts. 31-33.)

Perheet huomioidaan lähinnä ennalta sovituisissa tapaamisissa ja neuvotteluissa, joissa annetaan tietoa, kysellään läheisen sairaudesta, luodaan yhteisymmärrystä, tehdään jatkosuunnitelmia sekä annetaan toivoa (Horppu 2008, 34). Kivimäen (2008, 31) mukaan perhehoitotyön ongelmaksi akuuttipsykiatrisella osastolla nousevat fyysisten tilojen puute perheiden tapaamisten mahdollistamiselle sekä resurssien puute. Jotta perhehoitotyötä voidaan akuutilla psykiatrisella osastolla aktiivisesti toteuttaa, pitää henkilökuntaa olla riittävästi käytettävissä. Käytännössä hoitotyöntekijöitä tulee lisätä iltavuoroihin, joiden aikana suurin osa potilaan perheenjäsenistä osastolla vierailee. Näin perheet voidaan huomioida myös silloin, kun tapaamiset tulevat yllättäen eikä niitä ole huomioitu aikatauluja suunniteltaessa. Perhehoitotyön toteutumiseen hoitoyksikössä vaaditaan lisäksi että perhe nähdään osana potilaan hyvää hoitoa. (Mts. 31.) Hädässä olevat perheenjäsenet tulisi kohdata 24 tunnin sisällä yhteydenotosta ja tapaamisaika- ja paikka valitaan joustavasti perheen tilanteen mukaan (Katajamäki 2009, 276).

Perustarpeista huolehtimiseen kuuluu syöminen, nukkuminen sekä hygienian hoito sairaalahoidon aikana, koska itsestä huolehtiminen jää potilailla vähälle psyykkisen voimien huonontumisen myötä. Potilaiden mielestä turvallisuus on auttava tekijä sairaalassa ja potilaiden ei tarvitse siellä pelätä, että tekevät itselleen jotakin. Potilaiden fyysistä vointia tarvittaessa huomioidaan ja tutkitaan erilaisten somaattisten tutkimusten avulla. (Horppu 2008, 37–38.)

3 PSYKOEDUKAATIO PSYKOOSIPOTILAAN OSASTOHOIDON AIKANA

3.1 Psykoedukaation merkitys sairastuneelle ja perheelle

Psykoedukaatio on tietoa, tukea sekä ohjauksen antamista niin sairastuneelle kuin hänen läheisilleen (Berg & Johansson 2003, 9). Ohjaus mahdollistaa sairastuneen oppimisen, voimaantumisen ja itseohjattavuuden kasvun sekä edistää ohjattavan terveyttä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256). Se on yleinen psyykkisten häiriöiden hoitomenetelmä (Salokangas, Heinimaa, Suomela, Ilonen, Ristkari, Korkeila, Huttunen, Hietala, Syvälahti 2002, 58). Sitä voidaan toteuttaa niin yksilöllisesti, perhetapaamisin kuin ryhmämuotoisesti (Berg & Johansson 2003, 9). Perheisiin kohdistuvalla psykoedukaatiolla on huomattavia vaikutuksia perheenjäseniin. Sen avulla perheenjäsenet voivat oppia ymmärtämään sairautta kokonaisuutena. Tieto parantaa perheiden asenteita sairautta kohtaan. (Sota, Shimodera, Kii, Okamura, Suto, Suwaki, Fujita, Fujito & Inoue 2008, 383-384.) Jewellin, Downingin ja McFarlanen (2009, 871-872) mukaan perheiden ryhmäpsykoedukaation on osoitettu olevan tehokas osa perheille suunnattua psykoedukaatiota ja sen avulla voidaan vähentää skitsofrenian oireiden uusiutumista ja välttää sairaalahoitoa. Erittäin tehokasta se on silloin, kun perhe on mukana johdonmukaisesti, jolloin he voivat lisätä ymmärrystä sairauden biologiasta ja oppia tapoja kannustamaan, vähentämään stressiä ja laajentamaan sosiaalista verkostoa. (Mts. 871-872.)

Psykoedukatiivisen hoidon tavoitteena on lisätä sairastuneen ja läheisten ymmärrystä psyykkisestä sairaudesta, lievittää traumaattista kokemusta, vaikuttaa kodin ilmapiiriin kuntoutumista ja perheen hyvinvointia edistävästi sekä lopulta vähentää asiakkaan sairaalahoidon tarvetta, helpottaa paluuta opiskelu- tai työelämään ja parantaa perheen elämänlaatua. (Berg & Johansson 2003, 9-10.) Toimiva psykoedukaatio sisältää molemminpuolista oppimista niin sairaudesta, sen kokemisesta kuin sen kanssa selviytymisestä. On tärkeää kuunnella potilasta ja pohtia hänen kanssaan, kuinka hän voisi saavuttaa tavoitteensa elämässä sairaudesta huolimatta. (Oksanen 2010, 376.) Taulukossa 2 kuvataan, millaisia

psykoedukaation keskeiset aihealueet voivat olla, kun potilas sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä.

TAULUKKO 2. Psykoedukaation keskeiset aihealueet kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. (Oksanen 2010, 372.)

maanisen, depressiivisen ja sekamuotoisen vaiheen oireet			
kaksisuuntaisen mielialahäiriön taudinkulku			
mielialahäiriöjaksojen varhaisoireet ja niiden tunnistaminen			
toimintasuunnitelma varhaisoireiden ilmaantuessa			
masennuslääkkeet, mielialantasaajat, psykoosilääkkeet: käyttötarkoitus ja ongelmat			
säännöllinen elämäntapa ja vuorokausirytm			
päihteet ja mieliala			

Perhe voidaan määritellä biologisin, juridisin tai emotionaalisin perustein. Perhe on käsite, joka ymmärretään laajasti. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 7,11–12.) Kivimäen (2008,28) mukaan perhe määritellään niin sanotun ydinperheajattelun kautta. Tällöin perheeseen kuuluu määrittelyn mukaan vanhemmat ja mahdollisesti lapsia. Perhemääritelmässä esiintyy lisäksi käsitys perheestä, johon kuuluu isovanhemmat. Yhteistä perhemääritelmälle on se, että perheenjäsenet nähdään sukulaissuhteessa toisiinsa nähden. Perheeseen kuuluvat jäsenet voidaan ryhmitellä myös muulla perusteella kuin sukulaisuuden kautta. Näin perheen voidaan ajatella koostuvan läheisistä ihmisistä, jotka ovat potilaan kanssa säännöllisesti tekemisissä. Perheeseen tällaisessa tapauksessa saattavat kuulua ystävät tai asuinkumppanit, jotka asuvat potilaan kanssa samassa taloudessa. Perheinä nähdään lisäksi uusioperheet, joihin kuuluu esimerkiksi lapsia edellisistä suhteista sekä lapsia nykyisestä parisuhteesta. (Mts. 28-29.)

Yksi tärkeimmistä periaatteista on WHO:n mukaan perhekeskeinen työskentelytapa, jonka tulee ohjata hoitohenkilökunnan työtä (Friis, Eirola & Mannonen 2004,107). Perhe otetaan osaksi hoitoprosessia, tämä korostuu

perhekeskeisessä työtöteessa. Perheen voimavarat ja perhekokonaisuuden tuen tarve pyritään hahmottamaan perhekeskeisessä hoitotyössä, mikä edistää perheen selviytymistä ja terveyttä. Tulee kuitenkin muistaa, että perheellä on ensisijainen vastuu ja päätöksenteko-oikeus sitä koskevissa asioissa. (Punkanen 2003,77.) Perhekeskeisyydessä hoitamisen menetelmät sisältävät myös ohjausta ja tietoa (Åstedt-Kurki ym. 2008, 73).

Perhehoitotyö nähdään mielenterveyshoitotyössä moniammatillisen työryhmän vastuualueena. Omahoitajajärjestelmän olemassaolo nähdään avainasemassa kunkin potilaan kohdalla, kun suunnitellaan yhteistyötä perheiden kanssa. Omahoitaja nähdään vastuuroolissa perheen kanssa yhteistyön aloittamisessa ja suunnittelussa. Perhehoitotyö nähdään kaikkien vastuualueena, mutta korostetaan perhehoitotyön erikoiskoulutuksen saaneiden ammattitaitoa. (Kivimäki 2008, 34-35.) Ihanteellista on, että alussa sovittu työryhmä on hoidossa mukana koko prosessin ajan (Katajamäki 2009, 276.) Perheet, joiden omaisella on omahoitaja, kokevat positiivisempina hoitohenkilökunnan kohtaamiset kuin perheet, joiden omaisella ei ole omahoitajaa. Vastuuhenkilön puuttuminen potilaan hoidosta koetaan ongelmana tiedonkulussa, tieto koetaan välillä ristiriitaisena. (Aura 2008, 40-41.)

Yhdessä potilaan ja perheen kanssa tehty hoitosuunnitelma on hoidon perusta. Sen keskeisiä lähtökohtia ovat potilaan psyykinen tila, perheen tilanne sekä potilaan ihmissuhde-, työ-, opiskelu- ja muu sosiaalinen kokonaistilanne. (Käypä hoito –suositus 2008b.) Yksilön ja perheen terveys kulkevat käsi kädessä, perheessä pidetään huolta toinen toisesta. Erityisesti perheen merkitys yksilölle korostuu silloin, kun hän sairastuu. Perhe kaipaa tukea ja tietoa. Riittävän tiedon avulla perhe selviytyy muuttuvissa elämäntilanteissa omin voimavaroin. Sairastuminen ja elämänmuutokset vaikuttavat perheeseen kokonaisuutena. Hyvässä hoitamisessa pyritään perheen kunnioittamiseen ja hyvään kohteluun, perheen tarvitsemalla tavalla. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 6,24.) Taulukossa 3 esitellään psykoosin perhekeskeisen hoidon periaatteita.

TAULUKKO 3. Psykoosin perhekeskeisen hoidon periaatteet. (Katajamäki 2009, 271.)

potilaan tulee olla läsnä kaikissa hänen hoitoonsa liittyvissä tilanteissa			
hoito alkaa perusteellisella tutkimuksella, johon osallistuvat potilas, hänen läheisensä ja hoidosta vastaavat			
hoitoa ja eri hoitomenetelmien valintaa ohjaa hoitoverkoston jakama yhteinen ymmärrys			
on varmistettava, että hoito jatkuu, joskus useankin vuoden ajan			

Psykoosin sairastuva tuntee usein pelkoa, avuttomuutta ja häpeää. Sairastuminen on odottamatonta ja psykoottiset kokemukset aiheuttavat sairastuneelle epävarman olon siitä, mikä on totta ja mikä ei. Sairastumista on vaikea hyväksyä ja psykoottisia kokemuksia on vaikea ymmärtää. Sairastuneeseen voi olla vaikea saada kontaktia varsinkin sairauden akuutissa vaiheessa ja omaiset voivat olla järkyttyneitä ja epävarmoja, kuinka toimia ja mitä on tapahtumassa.

Perheenjäsenet voivat tuntea myös syyllisyyttä ja miettiä, tekivätkö he jotakin väärin. (Kilcku 2008, 67-70.) Erilaiset muutosvaiheet ihmisen elämässä vaativat sopeutumista ja joustavuutta sekä ne koettelevat yksilön ja perheen jaksamista (Åstedt-Kurki ym. 2008, 21).

Perheenjäsenen ja sairastuneen roolit muuttuvat sairastumisen myötä.

Perheenjäsenet voivat esimerkiksi toimia entistä enemmän turvaverkkona, vaikeiden asioiden kuuntelijoina ja käytännön asioiden hoitajina sekä hoitoon toimittajina. (Kilcku 2008, 71-73.) On tärkeää, että he ymmärtävät psykoosin luonteen, sillä toimiva sosiaalinen ympäristö suojaa oireilulta. Keräsen (2008, 65) mukaan psykoosin uusiutuminen sekä masennus ovat perheenjäsenten mielestä psykoosisairautta sairastavan suurimpia toimintakyvyn uhkatekijöitä.

Psykoedukaation avulla psykoosin uusiutumista voidaan vähentää varsinkin perheen ollessa mukana hoidossa. (De Bruijn 2006, 4219.) Kun potilaalla ja perheellä on tarpeeksi tietoa, he pystyvät arvioimaan, mikä on heille hyväksi.

Ohjauksen on rakennuttava riittävien taustatietojen varaan ja on tärkeää selvittää, mitä potilas ja perhe tietävät ennestään, mitä heidän täytyy tietää, mitä he haluavat tietää ja mikä on heille paras tapa omaksua asia. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47.) Potilaan ja perheen koulutus-

kokemus- ja kulttuuritausta sekä heidän omat selitysmallinsa ja kokemuksensa sairaudesta tulee huomioida psykoedukaatiota käytettäessä (Salokangas ym. 2002, 58).

Ensimmäinen tapaaminen perheen kanssa tulee järjestää jo akuutissa vaiheessa, sillä aikaisella huomioinnilla parannetaan sairauden estämisen mahdollisuutta. On tärkeää, että sairastunut nimeää itse tukiryhmään osallistuvat perheenjäsenet ja että heidät tavoitetaan. Tukiryhmä voi tarpeen mukaan kokoontua akuutista vaiheesta avohoitoon. Yhdessä asetetaan hoidollisia tavoitteita, vaihdetaan informaatiota ja jaetaan voimavaroja sopivin keinoin. Tulee huomioida, että eri perheiden tarpeet ovat erilaisia, esimerkiksi ensimmäistä psykoosia sairastavan perhe tarvitsee erilaista tukea kuin pitkälle edenneessä psykoosisairaudessa. Tarpeet vaihtelevat sairauden eri vaiheiden mukaan. (Berg & Johansson 2003, 10-11, 25.)

Tukiryhmän kanssa käsiteltäviä aihealueita ovat esimerkiksi tiedon antaminen psyykkisestä sairaudesta, ennakko-oireet, stressin säätely, vuorovaikutustaidot sekä ongelmanratkaisutaidot ja tavoitteiden saavuttaminen (mts. 40-51). Ohjausta annetaan yleensä suullisesti, koska vuorovaikutus antaa mahdollisuuden esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea hoitajalta. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulee kuitenkin käyttää useita erilaisia ohjausmenetelmiä, koska asiat, jotka on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä jäävät yleensä tehokkaammin mieleen kuin pelkästään toista näistä aisteista käyttäen. (Kyngäs ym. 2007, 73-74.)

Tiedonantaminen sisältää keskustelua tavoista, joilla sairauden oireet häiritsevät perheen päivittäistä elämää. Jos asiakas on sairaudentunnoton, hoitomotivaatio luonnollisesti on olematon. Tällöin tiedonantaminen sairaudesta, sen psykososiaalisista ilmenemistavoista, etiologiasta ja ennusteesta voi auttaa hyväksymään sairauden. Perheen näkemys oireilusta ja hoidon tarpeesta auttaa sairastunutta sopeutumaan tilanteeseen. (Berg & Johansson 2003, 16, 40-51.) Perheenjäseniltä saadaan arvokasta tietoa, joka on tärkeää monissa eri tilanteissa. Heillä voi olla tietoa siitä, mitä potilaalle on tapahtunut, mitä lääkkeitä hän on käyttänyt ja miten tilanne on edennyt ennen sairaalaan tai hoitoyksikköön tuloa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 132)

Hätösen (2005, 33) mukaan mielenterveyspotilaat pitävät psykiatrisen sairaalahoidon tiedonsaannissa tärkeimpänä tiedonsaantia hoitotoimenpiteistä ja eri hoitovaihtoehtoista. Muita tärkeinä pidettyjä asioita ovat eri jatkohoitomahdollisuudet, lääkkeidenjakoperusteet, osaston säännöt ja toimintamahdollisuudet. Potilaat saavat riittävästi tietoa jatkohoidosta ja sairauden/diagnoosin nimestä, mutta liian vähän tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista ja potilaan oikeuksista yleensä. Tiedonsaanti osaston tiloista, tavoista ja toimintamahdollisuuksista on riittämätöntä. Suurin osa potilaista haluaa saada tietoa keskustellen henkilökunnan kanssa, puolet haluaa tietoa esitteistä ja noin kolmannes kirjallisuudesta. (Mts. 33, 37, 41.)

Psykoosin syntymalliin voi tutustua esimerkiksi haavoittuvuus-stressimallin avulla, joka on työväline, jonka avulla voidaan lisätä tietoa ja ymmärrystä ja vahvistaa potilaan selviytymiskeinoja yhdessä perheen kanssa. Haavoittuvuus-stressimallin perusajatuksena on, että ihmisellä on yksilöllinen alttius sairastua psykoosiin. Erilaiset stressitekijät uhkaavat terveyttä ja tasapainon pettäessä ylittävät yksilön sietokyvyn ja suojaavat tekijät. Suojatekijät turvaavat ja ylläpitävät terveyttä. (De Bruijn 2006, 4219-4220.) Stressinsäätelyn avulla voidaan vähentää potilaan ja perheen paineita. Stressin havaitsemiseen sisältyy muutokset kehossa, ajatuksissa ja tunteissa, mutta monet psyykkistä sairautta sairastavat henkilöt eivät välttämättä itse huomaa kehonsa muutoksia. Näin ollen perhe ja hoitohenkilökunta voivat auttaa asiakasta huomioimaan muutoksia. Stressinsäätelyyn kuuluu myös iloa tuottavien asioiden selvittäminen ja henkilökohtaisen verkoston kasvattaminen, sillä läheiset ihmissuhteet vähentävät voimakkaasti stressiä. (Berg & Johansson 2003, 46-47.)

Ennako-oireita kartoitetaan tulevaisuutta ajatellen, sillä psykoosi voi uusiutua. Potilas ei välttämättä itse huomaa ennako-oireita, joten on tärkeää että perheenjäsenet tietävät ne. (De Bruijn 2006, 4222.) Sairauden uusiutuminen saatetaan estää tai oireita lievittää varoitusmerkkeihin reagoimalla. Ennako-oireita voi olla useita erilaisia, kuten ahdistusta, unihäiriöitä, ruokahaluttomuutta, pakkotoimintoja, epäileväisyyttä, haluttomuutta, keskittymiskyvyttömyyttä, sosiaalista vetäytyneisyyttä tai impulsiivisuutta. (Berg & Johansson 2003, 44.) Potilaan ja perheenjäsenten kanssa käydään läpi millaisia juuri tämän potilaan oireet ovat, missä vaiheessa ne ilmestyivät ja miten ne vaikuttavat muihin

perheenjäseniin. Näin opitaan tunnistamaan mahdollisen uudelleen sairastumisen ensimmäiset merkit, jotta voidaan ajoissa estää potilaan tilan huonontuminen. (Nordling & Toivio 2009, 286.)

Usein psykoosiin sairastuneiden perheissä vuorovaikutussuhteissa ilmenee häiriöitä ja puutteita. On tärkeää opettaa heitä kuuntelemaan toisiaan ja ilmaisemaan tunteitaan. (Mts. 287.) Perheiden kanssa toteutettava psykoedukatiivinen ohjaus liittyen sairauteen ja sen oireisiin auttaa ylläpitämään vuorovaikutussuhteita (Jewell ym. 2009, 877). Hyvä kommunikaatio vähentää stressiä ja helpottaa yhteistä ongelmanratkaisua, lisäksi se auttaa potilasta selviämään paremmin ongelmistaan sekä vähentää sairauden uusiutumiskärsiä. (Berg & Johansson 2003, 48-50.)

Ongelmanratkaisutaidot ovat hyvin tärkeitä, sillä ne auttavat tunnistamaan ja arvioimaan ongelmia. Päivittäisistä ongelmista selviytyminen kasvattaa itsetuntoa ja uskoa omaan kykyihin. (Mts. 51.) Ongelmanratkaisutaitojen opettamisen tarkoituksena on parantaa potilaan selviytymistä päivittäisissä ongelmatilanteissa ja auttaa häntä toimimaan tilanteissa, joissa hän kokee erityistä stressiä sekä saada perheenjäsenille tunne siitä, että he pärjäävät potilaan kanssa kotioloissa. (Nordling & Toivio 2009, 287.)

Tukiryhmässä tavoitteena on saada perhe keskustelemaan selvällä ja suoralla tavalla ja lisätä valmiutta keskustella vaikeistakin asioista. Apuna voidaan käyttää kommunikaatioharjoituksia, jotka vaativat aikaa ja kärsivällisyyttä ja joihin voidaan palata aina tarvittaessa. Kommunikaatiotaidon opettelussa tärkeitä alueita ovat kyky osoittaa arvostusta, kyky pyytää myönteisellä tavalla, kyky ilmaista negatiivisia tunteita, aktiivinen kuunteleminen ja kompromissiin pyrkiminen. (Berg & Johansson 2003, 48-50.)

3.2 Hoitotyön tehtävä psykoedukaation toteutuksessa

Hoitamisen perusajatuksessa ihmisellä itsellään on ensisijainen vastuu omasta ja perheenjäsenen terveydestä ja hoitamisesta. Kun potilaan omat voimavarat ja taito

eivät riitä, tarvitaan ammatillista apua. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 22.) Hoitaja on ohjauksen ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Hoitajan tulee tunnistaa omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät, kuten omat tunteensa, tapansa ajatella, ihmiskäsityksensä sekä omat arvonsa. Hoitajan on kunnioitettava potilaan autonomiaa, osoitettava luottamuksellisuutta, vilpittömää kiinnostusta sekä arvostusta potilaan asioita kohtaan. Potilaan ymmärtäminen ja rohkaisu on tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 26-27, 48.)

Kivimäki (2008,30) tuo esille yksittäisen hoitajan roolia perhehoitotyön toteutumisessa akuuttipsykiatrisessa osastohoidossa. Hoitajilla tulee olla tietynlaista rohkeutta ja henkilökohtaista valmiutta kohdata perheitä. Hoitajilla tulee olla riittävät teoreettiset valmiudet perheen kohtaamiseen ja perhehoitotyön tuntemiseen. Perhehoitotyön toteutumiseen vaikuttaa myös hoitajan omat asenteet ja suhtautumistapa. Tärkeänä nähdään, että hoitaja on muodostanut omanlaisen käsityksen perhehoitotyöstä sekä sen sisällöstä ja on halukas kohtaamaan perheitä. Hoitajalta vaaditaan tilanteen tasalla olemista ja kokonaisuuden hahmottamista, jotta perheiden kanssa työskentely olisi mahdollisimman tavoitteellista. (Mts. 30.)

Hoitaja nähdään perhehoitotyössä tiedon välittäjänä ja eteenpäin ohjaajana (Kivimäki 2008, 30). On tärkeää keskustella hoitomuodoista, kuntoutusmahdollisuuksista sekä aiemmista kokemuksista hoidon suhteen (Berg & Johansson 2003, 40). Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa erilaisista tukitoiminnoista sairaalan ulkopuolella (Kivimäki 2008, 35). Perheenjäsenet kokevat tiedonsaannin positiivisena ja yhteisen ymmärryksen potilaan tilanteesta tärkeänä. Perheenjäsenet pitävät mielekkäänä osallistumista jatkosuunnitelmien tekemiseen ja kokevat tärkeänä potilaan tukemisen ja motivoinnin, jotta hän selviytyisi jatkosuunnitelmista ja saisi elämänsä kuntoon. (Horppu 2008, 35.) Tapaamiset hoitohenkilökunnan ja perheen välillä tulee olla myönteisiä, rakentavia, avoimia sekä kokonaistilannetta ja kotihoitoa tukevia (Aura 2008, 41). Perheen sitoutuminen saadaan aikaan tekemällä tapaamisista positiivisia ja osoittamalla kiinnostusta perheen huolia ja ongelmia kohtaan (Kuipers, Leff & Lam 2005, 11).

Auran (2008, 38) mukaan asumismuoto ja asumisetäisyys vaikuttavan perheen ja hoitotyöntekijöiden kohtaamiseen, perheen mahdollisuuteen osallistua potilaan hoitoon sekä tiedonsaantiin. Perheenjäsenet, jotka asuvat potilaan kanssa

samassa taloudessa, saavat tietoa ja ohjausta paremmin kuin eri taloudessa ja eri paikkakunnalla asuvat. Perheenjäsenet eivät koe saavansa apua hoitohenkilökunnalta tunteidensa ymmärtämiseen, joita heillä on kyseisessä elämäntilanteessa eivätkä he koe saavansa tukea henkilökohtaiseen selviytymiseen. (Mts. 38-39.) Tämä voi johtaa epävarmuudessa elämiseen, jolloin edessä on pettyminen ja luottamuksen menettäminen omaan itseen sekä siihen, että omassa tilanteessa saadaan apua ja tietoa (Kilcku 2008, 79-93).

Tietämättömyys vaikeuttaa perheen omien voimavarojen käyttöä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24). Läheiset tarkkailevat potilasta ja ovat jatkuvasti varuillaan, varautuvat mahdolliseen sairaalahoitoon. Epätietoisuuden vuoksi tietoa ja selityksiä haetaan itse eri lähteistä ja tämä voi hämmentää entisestään. Tietämättömyyden tuloksena voi olla väärät johtopäätökset sekä hämmennys siitä, miten tulee toimia. (Kilcku 2008, 79-93.)

Tarvittaessa hoitajan tulee osata ohjata perhe eteenpäin, esimerkiksi perheterapiaan tai vertaistukiryhmään. Hoitajalla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta korjata perheen hajanaista tilannetta lyhyen sairaalahoitajakson aikana, eikä se ole tarkoituksenmukaista. Hoitajien tehtävä on kartoittaa tuen ja avun tarve perheiden kohdalla ja ohjata heitä eteenpäin avun hankkimisessa sairaalan ulkopuolella. (Kivimäki 2008, 30.) Perheenjäsenen tuen tarve on erityisen suuri jos psykoosisairautta sairastava joutuu sairaalaan (Huttunen & Javanainen 2004, 19). Perheen on tärkeä tietää, mistä apua voi hakea ja saada (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24).

Hätösen (2005, 41) mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa tiedonsaantiin liittyy useita ongelmia. Henkilökunta antaa tietoa rajoitetusti ja on pidättyväistä tietoa annettaessa. Potilaan kohtaamiseen liittyvät ongelmat ilmenevät yksilöllisyyden puutteena, ajan puutteena sekä epäystävällisenä kohteluna. Henkilökunnan tiedollinen vajavuus merkitsee käytännössä sitä, että tiedonkulussa on ongelmia henkilökunnan välillä, tieto on virheellistä ja potilaiden tietotaso on riittämätön. Potilaiden näkemykset tiedonsaannin kehittämiseksi liittyvät tiedonvälittämistapojen kehittämiseen, potilaan huomioimiseen sekä henkilökunnan riittävään tietoon. Riittävällä tiedolla potilaat tarkoittavat tiedon välittymistä hoitajalta toiselle ja eri ammattiryhmien välillä sekä henkilökunnan lisäkoulutusta. (Mts. 42-48.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata psykoosipotilaiden perheiden kokemuksia psykoedukaatiosta osastohoidon aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä henkilökunnan tietoutta siitä, kuinka perheet kokevat psykoedukaation toteutumisen ja miten he toivoisivat sitä kehitettävän.

Tutkimustehtävämme on:

Millaisia kokemuksia psykoosipotilaiden perheillä on psykoedukaatiosta osastohoidon aikana.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimukseen osallistujat

Haastattelimme tutkimuksessa psykoosipotilaiden perheenjäseniä, jotka potilas itse määritteli kuuluvan hänen perheeseensä. Tutkimukseen osallistujat valittiin sen perusteella, että heillä on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa olennaista on kokemus omaisena olost ja psykoedukaation saamisesta. Perheenjäsenen hoitokertojen lukumäärällä ei ole merkitystä. Osallistujia laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vähän, sillä tutkimus kohdistuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei määrään (Kylmä & Juvakka 2007, 26-27).

Tutkimuksessa haastateltiin kolmea (N=3) perheenjäsentä, joista kaksi oli psykoosiin sairastuneen aviopuolisoita ja yksi psykoosiin sairastuneen sisar. Kahden haastateltavan perheenjäsenen hoitajaksojen määrä oli 3-4 kertaa. Yksi haastateltava ei muistanut hoitajaksojen määrää, koska psykoosisairautta sairastava perheenjäsen oli sairastanut noin 50 vuotta. Kaksi haastateltavaa asuu samassa taloudessa ja yksi eri taloudessa psykoosisairautta sairastavan perheenjäsenen kanssa. Psykoosisairaus oli alkanut kaikilla 23-30 vuoden iässä.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161) eli ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Laadullisen terveystutkimuksen tavoitteena on ymmärtää todellisuus ja tutkittava ilmiö osallistujien näkökulmasta. Tutkimusta ohjaavia kysymyksiä ovat mitä, miksi ja miten. Tuotettu tieto on sidoksissa osallistujien

elämäntilanteisiin, aikaan ja paikkaan ja tutkittava ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulma asiaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 23-28.)

Tiedonkeruumuodoksi valittiin teemahaastattelu. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelun avulla oli mahdollista saada laaja kuvaus tutkimukseen osallistuneiden perheiden kokemuksista psykoedukaatiosta. Valmiin haastattelurungon (ks. liite 1) avulla, jossa aihepiirit oli ennalta määritelty, pystyttiin rajaamaan haastattelua ja saamaan oleellista tietoa tutkimuksen kannalta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Aineistonkeruumenetelmäksi yksilöhaastattelu sopii erityisesti silloin, kun tutkimukseen osallistuja ei mahdollisesti halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä ja tutkimuksen aihe on sensitiivinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Haastattelu on aineiston keruussa joustava menetelmä, jossa esimerkiksi aiheiden järjestystä voi vaihdella tilanteen mukaan (Hirsjärvi ym. 2009, 205). Tämän vuoksi haastattelu sopii moniin erilaisiin tarkoituksiin. Teemahaastattelussa olennaista on se, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Haastattelun aihepiirit, teema-alueet, ovat kaikille samat. Siinä ihmisten tulkinnat asioista ja heidän niille antamansa merkitykset ovat keskeisiä ja ne syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.)

Osaston työntekijöitä informoitiin tutkimuksesta kirjeellä, lisäksi osastonhoitaja informoi työntekijöitä suullisesti ja lähettämällä sähköpostia. Kangasvuoren sairaalan osasto 38 on 20-paikkainen aikuispsykiatrinen suljettu osasto. Potilaat tulevat Keski-Suomen kunnista hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon. Osastolla hoidetaan potilaita, jotka ovat suljetun osastohoidon tarpeessa. Osaston henkilökunta on töissä ympäri vuorokauden. Yhtenä osastohoidon periaatteena on perhekeskeisyys, jolla toivotaan perheenjäsenten ja läheisten osallistuvan hoitoon. (Kangasvuoren sairaala osasto 38 2007.)

Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat saivat informaatiota tutkimuksesta sekä kirjeellä (ks. liite 2) että suullisesti ja päättivät itse, haluavatko osallistua siihen. Yhteistyökumppanina toimivan osaston hoitohenkilökunta jakoi kirjeitä potilaiden perheille. Osastolta kirjeitä jaettiin yhteensä seitsemän. Tätä kautta saatiin yksi haastateltava. Yksi haastateltava saatiin Jyväskylän Ammattikorkeakoululta sattumalta syntyneen keskustelun tuloksena. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli

työharjoittelussa akuutissa tehostetussa kotihoidossa, jonka kautta saatiin kolmas haastateltava. Haastateltavat saivat halutessaan tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista osaston hoitohenkilökunnalta, opinnäytetyön tekijöiltä tai opinnäytetyön ohjaajilta. Opinnäytetyön tekijöiden ja opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot löytyivät kirjeestä, jonka haastateltavat saivat. Haastateltavat pystyivät myös halutessaan jättämään yhteystietonsa kirjeen mukana tulevalla yhteystietolomakkeella osastolle, jolloin opinnäytetyön tekijät pyrkivät ottamaan heihin yhteyttä mahdollisimman pian.

Haastattelut aloitettiin suunnitelman hyväksynnän, yhteistyösuhdesopimuksen ja tutkimussopimuksen kirjoittamisen jälkeen. Suunnitelman mukaisesti haastattelut tehtiin aikavälillä 10.2.2010.–31.03.2010. Haastatteluista kaksi tehtiin psykoosipotilaan perheenjäsenen kotona ja yksi Jyväskylän Ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksikön tiloissa. Haastattelut tehtiin ennalta sovittujen aikataulujen mukaisesti. Kaikki haastattelut etenivät teemahaastattelurungon mukaisesti. Esihaastattelun teki toinen opinnäytetyön tekijöistä. Esihaastattelun avulla saadaan viitteitä haastattelurungon toimivuudesta (Länsimies-Antikainen 2005, 73). Esihaastattelun perusteella haastattelurunko todettiin toimivaksi ja tästä syystä se voitiin ottaa osaksi opinnäytetyön aineistoa. Kahdessa seuraavassa haastattelussa molemmat opinnäytetyön tekijät olivat läsnä, jolloin toinen haastatteli ja toinen auttoi tarvittaessa ja huolehti nauhoituksesta. Teknisiä apuvälineitä hyödynnetään usein tutkimusaineiston tallentamisessa, haastattelututkimuksessa käytetään yleensä nauhoitusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99). Tässä tutkimuksessa kaikki haastattelut nauhoitettiin.

5.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältö sanallisesti, jossa tuodaan esille tutkittavan ilmiön kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tutkimuksen aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon, unohtamatta aineiston sisältämää informaatioita. Aineistolähtöisessä

sisällönanalyysissä yhdistetään käsitteitä ja sen avulla saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysin teko perustuu tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-107,115.)

Analyysi aloitetaan kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi eli litteroimalla. Nämä litteroinnit suuntaavat aineiston jatkokäsittelyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.) Toinen tutkijoista litteroi kaikki haastattelut, joko samana päivänä tai lähipäivinä haastattelujen jälkeen. Osa tutkimuksen kannalta merkityksettömästä aineistosta jätettiin litteroimatta. Tämä aineisto käsitteli lomamatkaa, joka ei liittynyt millään tavalla tutkittavaan aiheeseen. Litteroitua tekstiä tuli 15 sivua. Fonttina oli Arial, fonttikoko 11 ja riviväli 1,5. Kaksi haastattelua kesti puoli tuntia ja yksi puolitoista tuntia.

Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin lauseenosaa. Materiaalia tarkasteltiin ilmisällön perusteella. Analyysiyksikkö valitaan litteroinnin jälkeen ja tehdään päätös siitä, tarkastellaanko materiaalia ilmisällön vai piilosisällön perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136). Ilmisällöllä tarkoitetaan sitä, mikä on selvästi ilmaistu aineistossa. Piilosisältö tarkoittaa piilossa olevia viestejä. Piilosisällön avulla tarkastelu on kiisteltyä, koska piilossa olevien viestien analysointi sisältää yleensä tulkintaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Haastatteluaineisto luettiin läpi useita kertoja, jotta saatiin tarkka kokonaiskuva niiden sisällöstä. Analyysin etenemistä ohjasi tutkimuskysymys, jonka avulla haettiin alkuperäisilmaisut haastatteluista. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin niin, että ne olivat mahdollisimman lähellä alkuperäisilmaisujen termejä. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin alkuperäisilmaisujen viereen. Pelkistämisen jälkeen etsittiin ilmaisuista eroja ja yhtäläisyyksiä. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alakategorioiksi, jotka nimettiin sisältöä kuvaavilla nimillä. Näistä kategorioista yhdistettiin samankaltaiset alateemat yläkategorioiksi, jotka nimettiin. Yläkategoriat muodostivat pääkategoriat. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä löytyy liitteestä 4.

Analyysiprosessi etenee pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisessä käytetään mahdollisimman samoja sanoja kuin alkuperäisilmauksissa. Pelkistykset ryhmitellään ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan, näin saaduille kategorioille annetaan sisältöä

mahdollisimman kattavasti kuvaavat nimet. Seuraava vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa saman sisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa. Nämä muodostavat yläkategorioita, joille annetaan yhdistettyjä alakategorioita kuvaava nimi. Kategorioiden yhdistämistä jatketaan niin pitkään, kuin se on mahdollista sisällön kannalta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Psykoosipotilaiden perheenjäsenten kokemuksista psykoedukaatiosta muodostui neljä pääkategoriaa: ohjauksen elementit, merkityksellinen ohjaus, psykoedukatiivinen vuorovaikutus ja ohjauksen toteutumista edistävät asiat. Liitteessä 4 kuvastetaan analyysin etenemistä. Esimerkkinä siinä on osa pääkategorian ”ohjauksen elementit” muodostumisesta.

6.1 Ohjauksen elementit

Ohjauksen elementit jakautuivat neljään yläkategoriaan, jotka olivat ohjauksen tiedollinen sisältö, tapaamisen järjestyminen, ohjausmuodot ja tiedonvälityskkeinot. Ohjauksen tiedollista sisältöä olivat tukitoimien tarjoaminen, perustietoa lääkähoidosta, perustietoa psykoosisairaudesta ja ohjausta ongelmatilanteessa toimimiseen. Haastateltavat kertoivat tukitoimien tarjoamisen sisältävän vertaistukiryhmän esitteiden ja yhteistyötahojen antamista, tukiryhmiin neuvomista sekä sairausloma-asioiden hoitamista. Yksi haastateltava oli käynyt leirillä, josta oli saanut informaatiota osastolta saamastaan esitteestä.

”...et kyllä sieltä annetaan niitä yhteistyötahoja.”

”...ekalla kerralla me saatiin sieltä se esite omaiset mielenterveyskuntoutujan... sellainen esite sen toiminnasta ja me oltiin sellaisella leirilläkin...”

Kaikki haastateltavat olivat saaneet perustietoa lääkehoidosta, sen tärkeydestä ja jatkuvuudesta. Toiselle näistä haastateltavista tieto oli ollut hänen mielestään riittävää. Yksi haastateltava oli saanut perustietoa psykoosisairaudesta ja sen ennaltaehkäisystä.

"...siitä lääkehoidon tärkeydestä ja vaikka ku tuntuu et pärjää ilman niin niitä pitäis vaan..."

" Ainakin tämän sairauden yhteydessä ja sitten justiin siitä ennaltaehkäisystä."

Yksi haastateltava oli saanut ohjausta ongelmatilanteessa toimimiseen. Hänen kanssaan oli käsitelty varomerkkejä, neuvottu milloin pitää hakea apua ja että osastolle voi ottaa yhteyttä. Lisäksi hän oli saanut hätätilanteessa neuvoja lääkkeiden käyttöön.

"Niistä lääkkeiden käytöstä oli semmosta, yhden kerran vaan. Hätätilanne, niin kysyin neuvoa."

"Sen verran et sit voi ottaa yhteyttä sinne..."

Tapaamisten suunnitteluun sisältyvät ennaltasuunnittelemattomat ja ennaltasuunnitellut tapaamiset sekä ensimmäinen yhteydenotto akuuttivaiheessa. Yhdellä haastateltavalla oli kokemus ennaltasuunnittelemattomista tapaamisista osaston henkilökunnan kanssa. Kaikilla haastateltavilla oli ennaltasuunniteltuja tapaamisia. Kaikkiin haastateltaviin oli otettu osastolta yhteyttä akuuttivaiheessa 1-4 päivän sisällä psykoosipotilaan tulotilanteesta.

"Kyllä niistä suurin osa oli sellaisia ennaltasuunniteltuja."

"...nyt kysyttiin viimeks eka tai toka iltana et voitais sit nähdä."

Haastateltavien kanssa käytettyjä ohjausmuotoja olivat perhe- ja yksilöohjaus sekä hoitoneuvottelut. Perhe- ja yksilöohjausta oli käytetty ohjausmuotona kahden haastateltavan kanssa. Yhden haastateltavan lapset olivat käyneet keskustelemassa psykologin kanssa. Kaikki haastateltavat olivat olleet mukana hoitoneuvotteluissa.

"Vierailujen aikaan oltiin yhden kerran koko perhe ja sit oltiin pojan kans kerran..."

"...on ollu yksilökin."

Tiedonvälityskeinoina oli käytetty keskustelua, puhelinta ja esitteitä. Kaikkien haastateltavien kanssa oli käytetty keskustelua. Yhden haastateltavan kanssa keskustelu oli ainoa hyödynnetty tiedonvälityskeino. Kaksi haastateltavaa olivat saaneet ohjausta puhelimesta. Esitteitä oli saanut yksi haastateltava.

"Kyllähän ne sanoo jos kysyy puhelimestakin."

"Pelkästään tätä keskustelua oikeestaan."

6.2 Ohjauksen toteumista edistävät asiat

Ohjauksen toteutumista edistävät asiat jakaantuivat kolmeen yläkategoriaan, jotka olivat ymmärrettävyys, oikea-aikaisuus sekä yksilöllisyys. Kaksi haastateltavaa toi esille, että tieto on ymmärrettävää. Toinen heistä kertoi, että annetun ohjauksen ymmärsi tavallinenkin ihminen. Toisen haastateltavan mukaan henkilökunta oli varmistanut, että hän oli ymmärtänyt lukemansa tiedon. Yksi haastateltava korosti puhekielen ymmärrettävyyden merkitystä ohjauksessa. Hän kertoi, että hoitoneuvotteluissa käytetty puhekieli sisälsi virkakieltä ja lyhenteitä, joita oli vaikea ymmärtää.

"Niinku lähinnä kattoivat sen, että mä ymmärrän ne, mitä mä olin lukenut."

"Tuolla palaverissa... ihmiset puhuu virkakielellä ja keskenään omia hienoja sanojansa ja lyhenteitä."

Yksi haastateltava piti tärkeänä ohjauksen oikea-aikaisuutta. Hän koki, että ohjausta pitäisi antaa sen hetkisen tilanteen mukaan. Haastateltava itse pohti, että akuuttivaiheessa on hyvä antaa perheenjäsenelle hetki hengähdysaikaa, ennen

kuin ohjausta aletaan toteuttaa. Hän toi esille myös sen, että toiselle voi olla parempi saada heti ohjausta.

"...ku antaa ohjausta niin pitää kattoa sen hetkisen tilanteen mukaan."

"...mä koen että pikkusen hengähdysaikaa niin se on ihan hyvästä... mut ehkä toiselle voi olla parempi se et joku on siinä rinnalla heti selittämässä."

Kaksi haastateltavaa korosti ohjauksen yksilöllisyyden merkitystä. Toinen haastateltava koki, että hänellä on paljon tietoa, koska hän on itse hoitoalan ammattilainen. Hän ajatteli, että tämän vuoksi hoitohenkilökunta oletti, ettei hän tarvitse yhtä kattavasti ohjausta, kuin henkilö, joka ei työskentele hoitoalalla. Hän pohti sitä tietoa, joka jäi tästä syystä saamatta. Haastateltava kertoi, että sairaus on erilainen joka kerralla. Hän toi esille psykoosisairauden ja psykoosipotilaan sairaalaan joutumisen aiheuttaman järkytyksen. Hän koki, että henkilökunta ei antanut liikaa tietoa kerralla ja tiedosti hänen tilanteensa. Hänellä oli myös kokemus, että henkilökunta kuormitti liikaa hänen voimavarojaan ja hän olisi toivonut, että henkilökunta ajattelisi enemmän hänen tunteitaan. Haastateltava pohti sitä, että jokaisella on yksilöllinen tapa käsitellä tunteita.

"...ne olettaa et mä oon hoitaja niin mulla on sitä tietoa et mä tiedän mitä tehdä... huono, toisaalta mitä kaikkea mä en tiedäkään mitä niillä olis mulle kerrottavaa... mä en ole siellä hoitajana vaan omaisena, siinä se onkin."

"Usein tällaisissa tilanteissa sitä on niin säikähtänyt ja niin järkyttynyt et mä koen sen et hienosti ne osas käsitellä sen asian et mun niskalle ei säjitetty liikaa tietoa."

Toinen haastateltava toivoi, että hänelle selitettäisiin, millaista hoito on ja millaista ohjelmaa osastolla on tarjolla. Hän koki, että ohjaustilanteissa tulisi olla paikalla henkilö, joka tietäisi potilaan asioista. Hän ajatteli, että ammattitaitoinen henkilökunta osaisi tunnistaa ohjauksen yksilölliset tarpeet.

"...Olis sellainen henkilö, joka tietäis, ettei olis aina sellainen tuuraaja, sijainen, osa-aikainen tai joku työharjoittelija. Tulee joskus sellainen olo ettei ne voi tietää sillä lailla."

"Selitettäis et minkäläinen hoito on ja millaista ohjelmaa on."

6.3 Psykoedukatiivinen vuorovaikutus

Psykoedukatiivinen vuorovaikutus jakaantui kolmeen yläkategoriaan, jotka olivat henkilökunnan aktiivisuus, perheenjäsenen omaan aktiivisuus sekä aloitteen tekeminen. Henkilökunnan aktiivisuudella tarkoitettiin kontaktin ottamista, vastuun ottamista hoidosta sekä keskustelun ja tuen tarpeen selvittämistä. Kaksi haastateltavaa toivoi, että henkilökunta ottaisi enemmän kontaktia perheenjäseniin. Toinen haastateltava tarkoitti kontaktin ottamisella, että henkilökunta tulisi tervehtimään, kun osastolle menee vierailulle. He toivat esille, että joidenkin perheenjäsenten voi olla vaikea aloittaa keskustelua tai he voivat olla arkoja kysymään henkilökunnalta. Haastateltavat ehdottivat, että henkilökunta voisi tulla kysymään perheenjäseneltä, onko hänellä tarvetta keskusteluun tai tarvitseeko hän vertaistukea. Yhden haastateltavan mukaan hoitohenkilökunta voisi ottaa enemmän vastuuta psykoosipotilaan hoidosta. Hän koki, että hänelle oli annettu liikaa vastuuta hoidosta.

"Hoitohenkilökunta vois ottaa enemmän kontaktia, kysyä et onko jotain."

"Ne hoitajat sais siellä tehdä työnsä eikä mulle sälyttää et mä yritän pyörittää sitä arkielämää, olla tukena ja lapset oli huolehdittava."

Perheenjäsenen omalla aktiivisuudella tarkoitettiin perheenjäsenen aktiivisuutta psykoosisairautta ja tukitoimia koskevan tiedon hankinnassa, perheenjäsenen omia tietoja lääkeshoidosta ja sitä, että aktiivisesti kysymällä saa tietoa. Kaksi haastateltavaa koki perheenjäsenen oman aktiivisuuden merkittävänä tekijänä psykoosisairautta koskevan tiedon hankinnassa. Molemmat heistä toivat esille, että psykoosisairauden näkeminen lisää ymmärrystä. Toinen haastateltava kertoi

hankkineensa tietoa lukemalla ja katsomalla televisiota. Hän koki, että jos hänellä olisi tarvetta saada tietoa tukitoimista, hän tietäisi mistä tietoa löytäisi.

"...mut tietäähän ne nyt jos vähänkin on kiinnostunut ympäristöstä ja siitä asiasta niin kyllähän ne tietää mistä ehtiä jos tuntee tarvetta siihen."

"Sit mitä ite lukee ja kuulee telkkarista..."

Yksi haastateltava toi esille omaa tietämystään lääkehoidosta. Hän kertoi ymmärtävänsä lääkehoidon säännöllisyyden merkityksen. Kaikki haastateltavat korostivat, että kysymällä saa tietoa. He kokivat, että henkilökunta osaa vastata heidän esittämiinsä kysymyksiin eikä kieltäydy antamasta tietoa. He pohtivat myös sitä, että he olisivat voineet saada enemmän tietoa, jos olisivat osanneet kysyä tai tarkentaa kysymyksiä. Kaikki haastateltavat kertoivat saaneensa kysymällä tietoa lääkehoidosta. Yksi haastateltava toi esille, että tietoa lääkehoidosta sai ainoastaan kysymällä.

"Kysyttäessä on aina jotain sanottu. Se riippuu minustakin et mitä minä kysyn ja kuin tarkasti minä haluan tietää."

"Kyllä siitä saa tietoa mut ei ne kerro sitä jos sä et kysy sitä."

Aloitteen tekeminen käsittää sekä henkilökunnan että perheenjäsenen aloitteesta tapahtuvan ohjauksen. Kaikki haastateltavat olivat saaneet ohjausta henkilökunnan aloitteesta. Yksi haastateltava toi esille myös sen, että hoitoneuvottelut oli järjestetty henkilökunnan aloitteesta. Yksi haastateltava oli saanut ohjausta omasta aloitteestaan, kun oli sitä kysynyt.

"Henkilökunnan aloitteesta ainakin sillon kun sopi."

6.4 Merkityksellinen ohjaus

Merkityksellinen ohjaus jakaantui kahteen yläkategoriaan, joita olivat positiiviset kokemukset ohjauksesta ja kokemukset puutteellisesta ohjauksesta.

Mielekkäimmäksi tiedonvälityskeinoksi kaikki haastateltavat kokivat keskustelun.

Kaksi haastateltavaa toivat esille, että henkilökunta oli huomionnut heidän jaksamistaan ja kannustanut heitä. Pienet eleet olivat heille merkityksellisiä. Toinen heistä kuvasi tukea rinnalla kulkemisena.

”Ihan paras on ne naamasta naamaan, ei sitä voita mikään.”

”Yks mieshoitaja sano ku päästi mut ulos ”koita jaksaa”, sekin tuntu jo hyvältä.”

Kaksi haastateltavaa koki huomionnin olevan kokonaisvaltaista. Toinen heistä kertoi, että hänen kanssaan oli käsitelty sairautta ja sen tuomia ongelmia sekä perhe-elämää. Yksi haastateltava kertoi pitävänsä sekä perhe- että yksilökeskusteluista, mutta koki saavansa tukea yksilökeskusteluista, koska niissä hän sai puhua henkilökohtaisista asioista. Yksilökeskustelut olivat hänelle keino selvittää, eikä hän halunnut jakaa kaikkea psykoosisairautta sairastavan puolison kanssa. Sama haastateltava toi esille paritapaamisten avoimuuden. Hän kertoi puolison olevan avoin niissä keskusteluissa, joissa hänen omahoitajansa olivat paikalla. Haastateltava sai kuulla yllättäviäkin tietoja puolisostaan.

”Mä tykkään molemmista, mut mä tykkään jutella yksinkin koska se on tavallaan munkin tsemppausta... mä saan siitä tukea ku mä saan jutella itsestäni niitä asioita mua mieltä painavista.”

”Nyt kun oltiin porukalla niin olihan siinä se että mä sain kuulla X:nkin kantaa moneen asiaan ja nytkin sain yllättäviäkin tietoja...”

Yksi haastateltava koki, että henkilökunta on ottanut tunteet huomioon eikä tunteitaan tarvinnut hävetä. Yhdellä haastateltavalla oli tunne selviämisestä. Hän koki, että hän ei tarvinnut tukea tunteidensa käsittelyyn. Hän toi esille, että aikaisemmillä hoitajaksoilla henkilökunta ei ollut kontaktissa perheenjäseniin, mutta nyt yhteys hoitajiin on kehittynyt.

"...kyllä ne tunteet on siellä huomioon otettu eikä oo tarvinnu hävetä."

"...muistelen ainakin silloin ku sanotaan se aikoinaan ensimmäinen jaksokin niin ei sitä oikeestaan niin omaisille puhuttu mitään. Ei ollu semmoista yhteyttä näihin hoitajiin kun nykyään on."

Kaksi haastateltavaa koki tukitoimiin liittyvän ohjauksen puutteelliseksi. He kertoivat, etteivät muista saaneensa ohjausta tukitoimista. Toinen heistä toi esille, ettei tiennyt, mitä tukitoimia voisi hyödyntää ja koki, ettei ole osannut kysyä tästä aiheesta. Kaksi haastateltavaa koki toiminnallisen ohjauksen puutteellisena. Yksi haastateltavista asuu eri taloudessa psykoosisairautta sairastavan perheenjäsenen kanssa. Hän koki, että käytännön asiat hoidetaan osastolla ja tästä syystä hän ei ole saanut toiminnallista ohjausta. Yksi haastateltava ei ollut saanut toiminnallista ohjausta, vaikka asuu psykoosisairautta sairastavan perheenjäsenen kanssa samassa taloudessa.

"Mä en muista et koskaan olis kukaan sanonu et ootko käyny, haluaisitko mennä..."

"Ei oo vuoteen ollu sellaisessa kunnossa, et mä olisin sen voinu viedä. Ei ole, se käytäntö on niillä siellä."

Psykoosisairauteen liittyviä kokemuksia ja asenteita ei oltu käsitelty haastateltavien kanssa. Kahden haastateltavan kanssa sairauteen liittyvien tunteiden käsittely oli puutteellista. Toinen heistä kertoi uskovansa että tunteita on käsitelty, mutta hän ei muista sitä.

"Ei ole... ei mitään sieltä päin."

"Kyllä mä uskon että jollain tavalla on sitä sivuttu, mutta mä en muista sitä."

Yksi haastateltavista koki, että erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen oli vähäistä. Toinen haastateltava koki, että osa ohjausmenetelmistä oli toimimattomia. Hän koki tilanteet, joissa istutaan ja mietiskellään ahdistavina ja korosti vuorovaikutuksen merkitystä, sillä tietokoneen kanssa ei voi keskustella. Yksi haastateltava pohti tietolähteiden luotettavuutta. Hän toi esille myös sen, että Internet-sivustoilla olevilla foorumeilla joku voi provosoida.

"Kuten huomaatte niin aika niukkaa on ollu."

"Ite koin joissakin sen aika ahistavaks joissa istutaan vaan tuolilla ja mietiskellään. Ei ne oo kivoja."

Yksi haastateltavista koki ohjauksen psykoosisairaudesta puutteellisena. Hänelle ei kerrottu sairaudesta sen tarkemmin. Toinen haastateltava toi esille, että hänen halukkuuttaan osallistua psykoosipotilaan hoitoon pidetään itsestäänselvytenä. Hän koki, että hänen mielipidettään olisi voinut kysyä.

" Ei sitä missään sen kummemmin oo selitetty sen tarkemmin, mutta tietääkö sitä kukaan."

"Koen joskus sen että olis voinu kysyä minultakin että haluatko tulla, se pidetään niin itsestäänselvänä että sinä tulet."

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykoosipotilaiden perheiden kokemuksia psykoedukaatiosta osastohoidon aikana. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, kuinka perheenjäsenet kehittäisivät ohjausta. Tulosten avulla voidaan lisätä henkilökunnan tietoutta siitä, kuinka perheet kokevat psykoedukaation toteutumisen.

Kivimäen (2008, 38) mukaan hoitajat ajattelevat, että ajan puutteen vuoksi vähäiseksikin jäävä tuki on hyödyllistä. Tässä tutkimuksessa psykoosipotilaiden perheenjäsenet kokivat vähäisenkin huomioon otettuna merkityksellisenä. Kivimäen (2008, 14) mukaan hoitajien tulisi kartoittaa perheenjäsenten tiedon ja tuen tarve sekä ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin. Tässä tutkimuksessa vain yksi perheenjäsen sai tukitoimia käsittelevää ohjausta. Keskustelu erilaisista hoitomuodoista ja kuntoutusmahdollisuuksista on tärkeää (Berg & Johansson 2003, 40). Perheenjäsenet osallistuvat mielellään jatkosuunnitelmien tekemiseen ja kokevat tiedonsaannin positiivisena asiana (Horppu 2008, 35). Tässä tutkimuksessa yksi perheenjäsen koki negatiivisena tukitoimia käsittelevän ohjauksen puutteen, koska tarvetta tällaiselle ohjaukselle olisi ollut.

Tässä tutkimuksessa psykoosisairautta oli käsitelty vain yhden haastateltavan kanssa. Åstedt-Kurki ja muut (2008, 24) tuovat esille, että perhe voi selviytyä omin voimavaroin, kun saa riittävästi tietoa. Haavoittuvuus-stressimallia voisi käyttää lisäämään sekä psykoosipotilaan että hänen perheensä tietoa ja ymmärrystä (De Bruijn 2006, 4219). Psykoosisairauden puheeksiottaminen on tärkeää myös sellaisten perheenjäsenten kanssa, joiden perheenjäsen on sairastanut psykoosisairautta kauan. Huolimatta psykoosipotilaan pitkäaikaisesta sairaudesta, ei tulisi olettaa että perheenjäsenellä on riittävästi tietoa sairaudesta.

Tässä tutkimuksessa kaikki perheenjäsenet olivat saaneet tietoa lääkähoidosta, mutta kahdella perheenjäsenellä tiedonsaanti oli niukkaa. Perheenjäsenen negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa merkittävästi psykoosisairautta sairastavan potilaan lääkähoidon onnistumiseen (Huttunen & Javanainen 2004, 17). Keräsen (2008, 65) mukaan psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä lääkitys on perheenjäsenen mielestä merkittävin tekijä. Tämän vuoksi olisi tärkeää antaa perheenjäsenille tarpeeksi ohjausta lääkähoidon liittyen. Näin voitaisiin vähentää ennakkoluuloja ja negatiivisia asenteita. Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet eivät tuoneet esille negatiivista suhtautumista lääkähoidon.

Huttunen ja Javanainen (2004, 14) mukaan ihmisten ennakkoluulot ovat muuttuneet myönteisemmäksi psyykkisesti sairaita kohtaan tietämyksen lisääntyessä, mutta Viitalan (2007, 52) mukaan ennakkoluuloja on edelleen. Sota ja muut (2008, 384) tuovat esille, että perheenjäsenen asenteet muuttuvat positiiviseen suuntaan jos he saavat tietoa sairaudesta. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että perheenjäsenen kanssa ei oltu käsitelty sairauteen liittyviä asenteita ja kokemuksia. Perheenjäsenet kertoivat, että omat kokemukset psykoosipotilaan sairaudesta vaikuttavat siihen, millä tavalla he ymmärtävät sairautta. Yksi perheenjäsen kertoi myös järkyttävistä kokemuksista psykoosisairauteen liittyen. Tästä syystä olisi tärkeää, että sairauteen liittyviä asenteita ja kokemuksia käsiteltäisiin perheenjäsenen kanssa.

Tässä tutkimuksessa vain yhden perheenjäsenen kanssa oli tehty varomerkkityöskentelyä. Yksilöllisten varomerkkien läpi käyminen on tärkeää, jotta tunnistetaan mahdollisen uudelleen sairastumisen merkit. Näiden avulla voidaan ajoissa puuttua tilanteeseen. (Nordling & Toivio 2009, 289.) Tehostamalla tiedollista ja toiminnallista ohjausta voitaisiin mahdollisesti puuttua psykoosin ensioireisiin ajoissa ja näin välttää tai lyhentää osastohoitojaksoa.

Tässä tutkimuksessa kaikki perheenjäsenet saivat ensimmäisen kerran ohjausta akuuttivaiheessa. Bergin ja Johanssonin (2003, 10–11) mukaan aikainen huomiointi parantaa sairauden estämisen mahdollisuutta. Tämän tutkimuksen mukaan perheenjäsenet saivat vaihtelevasti ohjausta. Merkityksellinen ohjaus jakautui sekä positiivisiin että puutteellisiin kokemuksiin. Kaikkein huonoiten ohjausta sai eri taloudessa asunut psykoosipotilaan perheenjäsen. Myös Aura

(2008, 28) on tutkimuksessa saanut samansuuntaisia tuloksia, joiden mukaan potilaan kanssa samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet saavat paremmin ohjausta kuin eri taloudessa asuvat.

Psykoedukatiivista ohjausta voi toteuttaa yksilöllisesti, perhetapaamisin tai ryhmämuotoisesti (Berg & Johansson 2003, 9-10). Tässä tutkimuksessa yhdellä perheenjäsenellä oli kokemusta yksilökeskusteluista, jotka hän koki tukea antaviksi. Hän kertoi niiden toimivan selviytymiskeinona. Mahdollisuutta yksilökeskusteluihin tulisi tarjota psykoosipotilaiden perheenjäsenille, koska he eivät välttämättä halua jakaa kaikkia asioita psykoosipotilaan kanssa. Yksilökeskusteluissa perheenjäsenellä on mahdollisuus keskustella henkilökohtaisista ja kuormittavista asioista luottamuksellisesti.

Tässä tutkimuksessa keskustelu oli käytetyin tiedonvälityskeino, vain yksi perheenjäsen oli saanut esitteitä ja myös hyödyntänyt niitä. Myös Kyngäs ja muut (2007, 73-74) toteavat, että ohjausta annetaan yleensä suullisesti, mutta vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä. Sekä kuulo- että näköaistin hyödyntäminen auttaa painamaan asioita tehokkaammin mieleen (Mts. 73-74). Voi olla, että perheenjäsenet eivät ole valmiita ottamaan kantaa ohjaustapoihin, sillä he luottavat ohjaajaan tekemiin valintoihin (Kyngäs & Hentinen 2008, 91). Perheenjäsenille tulisi antaa mahdollisuus erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntämiseen ja samalla tulisi varmistaa, että he ymmärtävät esimerkiksi esitteistä saatavan tiedon.

Tässä tutkimuksessa yksi psykoosipotilaan perheenjäsen toi esille hoitoneuvotteluissa käytetyn puhekielen vaikean ymmärrettävyyden virkakielen ja lyhenteiden käytön vuoksi. Myös Kilkun (2008, 84) tutkimuksessa todetaan, että lääketieteen kielellä saatua tietoa on vaikea ymmärtää. Jos perheenjäsenen kysymyksiin vastataan ammattiterminologian käsittein, vastaus voi jäädä ymmärtämättä tai se käsitetään väärin. (Mts. 84.) Tämä voi vaikeuttaa perheenjäsenen selviytymistä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 81). Opinnäytetyön tekijöiden mielestä ohjaustilanteissa tulisi käyttää helposti ymmärrettäviä ilmauksia ja selventää ammattisanastoa niin psykoosipotilaille kuin hänen perheenjäsenelleenkin. Tässä tutkimuksessa yksi haastateltava koki, että ohjauksessa oli käytetty puhekieltä, jonka ymmärsi ihan tavallinen ihminen.

Tämän tutkimuksen mukaan perheenjäsenet kehittäisivät ohjausta panostamalla yksilöllisyyteen ja oikea-aikaisuuteen. Bergin ja Johanssonin (2003, 25) mukaan perheiden erilaiset tarpeet on huomioitava, sillä esimerkiksi ensimmäistä psykoosia sairastavan potilaan perheen tuen tarve on erilainen kuin pitkään sairastaneen perheellä. Tässä tutkimuksessa yksi perheenjäsen ei kokenut tarvitsevansa tukea, koska hänellä oli tunne selviämisestä. Toinen haastateltava toi esille, että jokaisella on yksilöllinen tapa käsitellä tunteita. Nordling ja Toivio (2009, 125) tuovat esille sen, että yksilöllisten erojen huomiointi on tärkeää ja perheenjäsenet on otettava aktiivisesti hoitoon mukaan. Salokangas ja muut (2002, 58) ovat todenneet, että perheenjäsenten taustat, omat selitysmallit sekä kokemukset sairaudesta on huomioitava psykoedukaatiota käytettäessä. Tässä tutkimuksessa yhdellä haastateltavalla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia yksilöllisyyden ja oikea-aikaisuuden toteutumisesta. Positiivisella kokemuksella tarkoitettiin, että henkilökunta ei antanut ohjausta liikaa kerralla, vaan he olivat tilanteen tasalla. Negatiivinen kokemus liittyi henkilökunnan oletukseen perheenjäsenen tiedoista, jolloin ohjaus jäi puutteelliseksi. Myös Kivimäki (2008, 30) tuo tutkimuksessaan esille, että hoitajalta vaaditaan tilanteen tasalla olemista sekä kokonaisuuden hahmottamista, jotta perheiden kanssa työskentely olisi mahdollisimman tavoitteellista.

Tässä tutkimuksessa yksi perheenjäsen toi esille omahoitajuuden tärkeyden ohjauksen toteutumisessa. Hän toivoi, että ohjaustilanteissa olisi paikalla sellainen hoitaja, joka olisi psykoosipotilaan tilanteen tasalla. Auran (2008) tutkimuksessa nousi esille samankaltaisia tuloksia. Perheenjäsenet, jotka ovat tekemisissä omahoitajan kanssa, kokevat kohtaamiset positiivisempina kuin perheenjäsenet, joilla ei ole yhteyttä omahoitajaan. Omahoitajan puuttuminen potilaan hoidosta koetaan ongelmana tiedonkulussa ja tieto koetaan välillä ristiriitaisena. (Aura 2008, 40-41.) Horpun (2008, 28-29) mukaan potilaat arvioivat sen, että hoitajat pysyvät samoina koko hoitajakson ajan edistävän perheenjäsenen ja omahoitajan yhteistyösuhdetta. Vaikka tutkimusympäristönä toimineella osastolla on käytössä omahoitajajärjestelmä, kolmivuorotyö saattaa vaikeuttaa sen toteutumista, että joku omahoitajista olisi aina työvuorossa. Käytännössä omahoitajan jatkuva paikalla olo on mahdotonta. Tämän vuoksi tapaamisista omahoitajan kanssa on tärkeää sopia

etukätehen. Omahoitajajärjestelmästä huolimatta koko osaston hoitohenkilökunta on velvollista antamaan tietoa perheenjäsenelle. Horpun (2008, 31) mukaan henkilökuntaa tulisi lisätä erityisesti iltavuoroihin, jolloin suurin osa potilaiden perheenjäsenistä vierailee osastolla. Lisäksi henkilökuntaa tulisi olla riittävästi käytettävissä (mts. 31).

Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet kehittäisivät ohjausta lisäämällä sekä omaa että henkilökunnan aktiivisuutta. Kivimäen (2008, 47-48) tutkimuksessa korostetaan hoitajan aktiivista roolia perhehoitotyön toteutumisessa. Hoitajat tiedustelevat perheenjäseniltä heidän saapuessaan osastolle, onko heillä kysyttävää tai kerrottavaa potilaan hoitoon liittyen (mts. 47-48). Auran (2008, 36) tutkimuksessa perheenjäsenet toivoivat henkilökunnan aloitetta keskusteluun. Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet ehdottivat, että henkilökunta voisi ottaa enemmän kontaktia ja kysyä keskustelun tarvetta. Lindbergin (2007, 53) tutkimuksessa perheenjäsenet kokivat, että hoitajat lähestyivät heitä harvoin oma-aloitteisesti. Perheenjäsenten mielestä hoitajat voisivat itse tehdä heille kysymyksiä ja osoittaa näin oma-aloitteisuuttaan. Perheenjäsenet kokevat, että heidän pitää olla sinnikkäitä ja hakeutua itse hoitajien lähetyville. (Mts. 53.)

Kilkku (2008, 80) tuo esille, että sekä potilaan että läheisen on oltava oma-aloitteinen halutessaan tietoja itsestään tai läheisestään, vaikka potilas olisikin jo hoidon piirissä. Tässä tutkimuksessa hoitajat nähtiin perheenjäseniin verrattuna passiivisemmassa roolissa. Perheenjäsenet olivat itse aktiivisia tiedonhankinnassa. Kivimäen tutkimuksessa (2008, 46) hoitajien haastatteluista kävi ilmi, että perheenjäsenen oma aktiivisuus sekä suhtautuminen yhteistyöhön vaikuttavat merkittävästi siihen, kuinka perhettä opitaan tuntemaan hoitajakson aikana. Jos perheenjäsen ei uskalla oma-aloitteisesti lähestyä henkilökuntaa, tiedon ja tuen tarve saattaa jäädä huomioimatta (mts. 46). Tässä tutkimuksessa perheenjäsenet toivat myös esille sitä, että jollekin voi olla vaikeaa aloittaa keskustelua, joten olisi tärkeää, että henkilökunta hakeutuisi aktiivisemmin keskusteluun perheenjäsenten kanssa. Tutkimuksessa nousi esille, että ammattitaitoinen henkilökunta voisi tunnistaa perheenjäsenten keskustelun ja tuen tarpeen. Olisivatko tässä tutkimuksessa mukana olleet perheenjäsenet jääneet vaille tietoa ja tukea, jos he eivät itse olisi olleet aktiivisia? Opinnäytetyön tekijät ajattelevat, että ilman perheenjäsenten omaa aktiivisuutta, tiedonannon ja tuen huomioiminen olisi

joidenkin perheenjäsenten kohdalla jäänyt entistä puutteellisemmaksi ja joidenkin kohdalla jäänyt kokonaan toteutumatta.

Hätösen (2005, 41) tutkimuksessa käy ilmi, että psykiatrisessa sairaalahoidossa henkilökunta antaa rajoitetusti tietoa ja on pidättyväistä sitä antaessaan. Tässä tutkimuksessa yksi psykoosipotilaan perheenjäsen toi esille, että tietoa sai ainoastaan kysymällä. Horpun (2008,55) mukaan perheenjäsenet saavat jonkin verran tietoa potilaan voinnista ja lääkityksestä, mutta toivovat tutkimuksen perusteella saavansa sitä enemmän. Myös tässä tutkimuksessa ohjaus koettiin joiltain osin puutteellisena ja perheenjäsenet olisivat toivoneet enemmän tietoa. Yksi psykoosipotilaan perheenjäsen kertoi, että olisi halunnut tietoa hoidosta ja osastolla tarjolla olevasta ohjelmasta.

Tässä tutkimuksessa yksi haastateltava pohti tietolähteiden luotettavuutta. Tiedonpuute voi johtaa vääriin johtopäätöksiin sekä hämmennykseen, kun tietoa ja selityksiä haetaan itse eri lähteistä (Kilcku 2008,92). Perheen omien voimavarojen käyttö voi vaikeutua tiedonpuutteen vuoksi (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24). Tämän vuoksi perheenjäsenten olisi tärkeää saada riittävästi tietoa ja luotettavia tiedonlähteitä hoitohenkilökunnalta. Näin voitaisiin estää epätietoisuus ja vähentää hämmennystä.

Tässä tutkimuksessa haastateltavien hankkiminen osoittautui odotettua vaikeammaksi. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa käsitellään usein erittäin sensitiivisiä aiheita. Tämä voi esimerkiksi aiheuttaa emotionaalisia haittoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Psykoosipotilaiden ollessa hoidossa akuuttipsykiatrisella osastolla perheenjäsenet saattoivat kokea olevansa liian kuormittuneita osallistumaan haastatteluun. Lisäksi kynnys ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin saattoi olla liian korkea. Tätä yritettiin madaltaa esittelykirjeen mukana tulevan yhteystietolomakkeen (ks. liite 2) avulla, jolloin opinnäytetyön tekijät voisivat ottaa yhteyttä perheenjäseneseen. Yksikään perheenjäsen ei hyödyntänyt yhteystietolomaketta. Tutkimuksen hyödyt eivät välttämättä kohdistu tutkittavana olevaan henkilöön, vaan joskus tutkimustuloksia voi hyödyntää vasta tulevaisuudessa (mts. 177). Saattaa olla, että psykoosipotilaiden perheenjäsenet ajattelivat, etteivät he hyödy henkilökohtaisesti tästä tutkimuksesta.

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytetty teemahaastattelu oli haasteellinen, koska opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa kokemusta haastattelun tekemisestä. Opinnäytetyön tekijät kokivat, että perheenjäsenten kohtaaminen haastattelutilanteessa ei ollut niin luontevaa, kuin se olisi voinut olla. Luontevuutta olisi lisännyt kokemus haastattelijana olemisesta. Haasteellisena opinnäytetyön tekijät kokivat myös sisällönanalyysin analyysimenetelmänä. Teoriatietoa oli käytettävissä runsaasti, mutta kokemattomana sitä oli vaikea hyödyntää. Vaikka ohjausta oli käytettävissä, sen konkreettinen hyöty analyysin teossa oli vähäistä. Opinnäytetyöhön saatu ohjaus auttoi opinnäytetyön tekijöitä tiedonhankinnassa, aiheen rajaamisessa, tekstin jäsentelyssä ja ideoinnissa. Lisäksi opinnäytetyön tekijät kokivat saavansa ohjaajilta tukea ja kannustusta koko tutkimusprosessiin.

Tämän tutkimuksen tekeminen on kehittänyt opinnäytetyön tekijöiden ammatillisuutta lisäämällä tutkimusperäistä tietopohjaa psykoosisairaudesta, psykoedukaatiosta ja perhehoitotyöstä. Tutkimustulokset ovat auttaneet opinnäytetyön tekijöitä ymmärtämään, millaisia tarpeita perheillä on ohjauksen suhteen ja asettumaan perheenjäsenen asemaan. Perheenjäsenten esiintuomat kehittämisideat auttavat opinnäytetyön tekijöitä huomioimaan perheenjäseniä aktiivisemmin ja huomioimaan jokaisen perheenjäsenen yksilölliset tarpeet sekä antamaan tietoa oikea-aikaisesti. Tutkimus on auttanut opinnäytetyön tekijöitä ymmärtämään, että perheenjäsenille osoitettu pienikin huomio on merkityksellistä. Opinnäytetyön tekijät kokevat yllättävänä, että tutkimustuloksissa tulee ilmi ohjauksen puutteellisuus muun muassa psykoosisairaudesta sekä sairauteen liittyvistä asenteista ja kokemuksista. Opinnäytetyön tekijät pitävät kyseisiä asioita keskeisenä ohjauksen sisältönä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Jotta tutkimusta voidaan käyttää johonkin hoitotyössä esiintyvään ongelman ratkaisuun, on oltava selvillä, mihin tarkoitukseen tutkimusta tarvitaan ja mikä on hoitotyötä koskeva kysymys. Kohteen valinta nousee esiin tutkimustehtävän ja

tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365-366.) Tämän tutkimuksen aihe on merkityksellinen, koska yhteistyökumppanina toimivalla osastolla on lisätiedon tarve psykoosipotilaiden perheiden kokemuksista psykoedukaatiosta. Tämä aihe on ajankohtainen, koska avohoidon tehostuessa ja psykiatristen laitoshoitopaikkojen vähentyessä on erityisen tärkeää ottaa huomioon perheen ja muiden läheisten tuen tarve (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 27, 29). Tämän tutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan käyttää kehittämistyön tukena.

Tutkimussuunnitelmassa on selkeästi kuvattava tutkimusasetelma sekä tutkimuksen suoritustapa ja todettava eettiset näkökohdat, joita tutkimuksessa tulee huomioida (Declaration Of Helsinki 2008). Opinnäytetyön ohjaajat hyväksyivät opinnäytetyön suunnitelman ennen tutkimusluvan hakemista. Tutkimussuunnitelma sisälsi kirjallisuuskatsauksen, kuvauksen tutkimuksen aihevalinnasta, tarkoituksesta, tavoitteesta ja tutkimuskysymyksen asettelusta, suunnitelman tutkimuksen toteutuksesta sekä eettisen pohdinnan tutkimuksen toteuttamisesta. Toimeksiantaja myönsi tutkimusluvan. Sopimus opinnäyteyhteistyöstä tehtiin ennen tutkimuksen aloittamista. Opinnäytetyön tekijät vastasivat siitä, että tutkimussuunnitelma, jota käytettiin tutkimusluvan saannin perusteena, toteutui käytännössä.

Tutkimusaineisto kerätään mahdollisimman avoimin menetelmin ja aineistonkeruussa on usein läheinen kontakti osallistujiin. Näin ollen etiikka ja eettisyyden arviointi korostuvat laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tämän tutkimuksen haastattelurunko on tehty kirjallisuuskatsaukseen perustuen. Tutkimuksessa käytetty haastattelulomake on aloittelevien opinnäytetyön tekijöiden itsensä tekemä, jonka vuoksi tutkimuksen luotettavuutta voidaan kritisoida (Länsimies-Antikainen 2005, 75). Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu, jossa testattiin teemahaastattelurungon toimivuutta. Tämä vahvisti käsityksen sen toimivuudesta ja haastattelusta saatuja tuloksia pystyttiin hyödyntämään. Haastattelijat pysyivät samoina joka haastattelussa, mikä lisää haastattelun luotettavuutta (Länsimies-Antikainen 2005, 73). Yhden haastattelun teki toinen opinnäytetyön tekijä yksin. Kahdessa muussa haastattelussa molemmat opinnäytetyön tekijät olivat läsnä.

Länsimies-Antikaisen (2009, 100) mukaan tiedon antaminen jopa tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuville voi olla vaikeaa. Tutkimuksen tekijöiden tulisi analysoida kriittisesti tiedonantamisen laadukkuutta ja tapoja. Jos kaikkia tutkimukseen osallistujia pyydetäisiin omin sanoin kuvailemaan sen tutkimuksen tarkoitusta, johon he aikovat osallistua, tutkimuksen tekijät voisivat olla varmoja siitä, että osallistujat ymmärtävät sen tiedon, jota ovat saaneet. (Mts. 100-101.) Tutkimukseen suostumisen tulee olla vapaaehtoista (Declaration of Helsinki 2008). Länsimies-Antikaisen (2005, 70) mukaan tutkimushenkilöiden tiedonsaannin kehittäminen ja edellytysten luominen itsenäiselle päätöksenteolle on tärkeää, jotta ihmiset osallistuvat vapaaehtoisesti tutkimuksiin. Tutkimukseen osallistujalle on tarkoin selitettävä esimerkiksi tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja siitä mahdollisesti koituvat hyödyt ja haitat. Yksilöllisiin tiedontarpeisiin ja tiedonantamistapoihin tulee kiinnittää huomiota. Tutkimukseen osallistujalle on myös tärkeää kertoa, että hän voi kieltäytyä osallistumasta tai peruuttaa suostumuksensa osallistumiseen milloin hyvänsä ilman seuraamuksia. (Declaration of Helsinki 2008.) Tässä tutkimuksessa tietoa pyrittiin antamaan avoimesti ja tarjottiin osallistujille mahdollisuutta kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista niin opinnäytetyön tekijöiltä, ohjaajilta kuin osaston henkilökunnalta. Tutkimukseen osallistujille annetussa kirjeessä kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä sekä siitä, että tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta perheenjäsenen hoitoon.

Opinnäytetyön tekijän tulee tutkimusetiikan mukaisesti pyrkiä siihen, että tutkimuksesta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Tähän tutkimukseen osallistujille haastattelut pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoksi ja haastatteluympäristö miellyttäväksi. Tämän vuoksi tutkimukseen osallistujat saivat valita haastatteluajan ja – paikan, kuitenkin niin, että haastattelut tapahtuivat helmi-maaliskuussa 2010 ja olivat Jyväskylän alueella. Haastattelujen ajankohta oli rajattava, jotta tutkimus voitiin toteuttaa aikataulujen mukaisesti. Alueeksi rajattiin Jyväskylä, koska opinnäytetyön tekijät kustansivat itse matkakulut.

Eettisenä lähtökohtana tutkimusta tehdessä on, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittavien oikeudet ja velvollisuudet kuvataan rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavalle annetaan mahdollisuus kieltäytyä

tutkimuksesta tai keskeyttää se. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.) Haastatteluun tullessaan haastateltavia pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake (ks. liite 3). Sen allekirjoitti myös haastattelija ja tutkimukseen osallistuja sai siitä jäljennöksen. Suostumuslomakkeessa käsiteltiin samoja asioita, kuin osallistujien saamassa kirjeessä, eli tutkimuksen luottamuksellisuutta, vapaaehtoisuutta ja oikeutta kieltäytyä haastattelusta. Lisäksi siinä pyydettiin lupaa haastattelun nauhoittamiseen. Suostumuslomakkeesta annettiin tietoa suullisesti ja se käytiin läpi tutkimukseen osallistuvien kanssa. Näin pyrittiin varmistamaan tietoon perustuva suostumus.

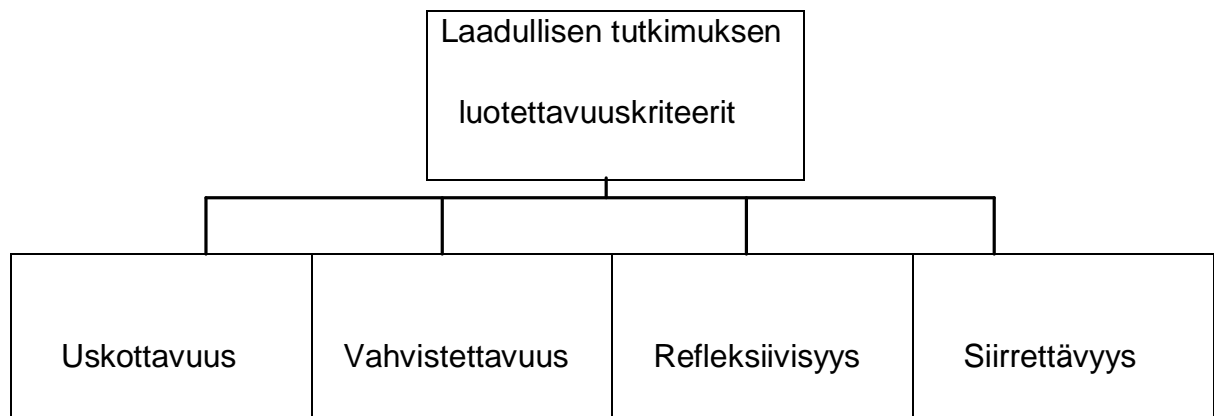
Tutkittaville luvataan anonymiteetti eli heidän henkilötietonsa pysyy salassa (mts. 367). Tässä tutkimuksessa anonymiteetti on varmistettu sillä, ettei nauhoja ole kuunnellut ja litteroituja tekstejä lukenut muut kuin opinnäytetyön tekijät. Nauhat ja litteroidut tekstit hävitetään tutkimuksen jälkeen. Tutkimusraportista ei voi tunnistaa yksittäisiä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Anonymiteetti varmistettiin myös sillä, että esitiedoissa ei kysytty mitään, mistä tutkimukseen osallistujan voisi tunnistaa. Raportissa käytetyissä sitaateissa henkilön nimi korvattiin X-kirjaimella. Sitaaateissa ei myöskään käytetty tunnisteita merkitsemään kunkin perheenjäsenen vastausta, koska otos oli hyvin suppea.

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätöksien teko ovat tutkimuksen pääasioita (Hirsjärvi ym. 2009, 221). Tutkittavien yhteistyöhalu on tutkimusaineiston luotettavuuden perusta. Tämä korostuu ihmisiä tutkittaessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.) Tästä syystä tätä tutkimusta tehtäessä pyrittiin toimimaan avoimesti ja luottamuksellisesti sekä antamaan tutkittaville riittävästi tietoa tutkimuksesta. Eettisestä näkökulmasta keskeistä on, että tutkimuksen analysoinnissa hyödynnetään koko kerättyä aineistoa ja analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti (mts. 369). Kaikki haastattelut litteroitiin, jonka jälkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Analyysissä käsiteltiin kaikki teemahaastattelun aihealueet eikä niitä jätetty käsittelemättä, jos tutkimukseen osallistujat olivat niihin vastanneet.

Pidättäytyminen induktiivisessa eli aineistolähtöisessä päättelyssä on eettinen haaste tutkijalle. Aineiston hajanaisuus ja vaikeasti hahmotettavuus voivat häiritä tutkijan analysointia ja ohjata tutkijaa analysoimaan tutkimusaineistoa aiemman

tiedon näkökulmasta, jolloin tutkimukseen osallistujien näkökulma voi vääristyä. (Kylmä 2008, 113.) Opinnäytetyön tekijöitä ohjasi analyysin alkuvaiheessa teemahaastattelurunko. Ohjauskeskustelujen myötä opinnäytetyön tekijät ymmärsivät haastatteluissa käytettyjen teemojen ohjaavan liikaa aineistolähtöistä analysointia. Opinnäytetyön tekijät tekivät analyysin kokonaan uudelleen niin, että aineisto ohjasi analyysin etenemistä.

Tutkimustulosten raportoinnin rehellisyys on ensiarvoisen tärkeää. Tutkijalla saattaa olla asenteita, odotuksia tai epäilyjä tutkimaansa asiaa kohtaan. Tärkeää on tunnistaa kyseiset ennakoasenteet ja pyrkiä vapautumaan niistä, jotta raportoinnin virhelähteet saadaan minimoitua. Tutkimustulosten raportointitapoja on monia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 370.) Tämän tutkimuksen raportti julkaistaan Theseus-tietokannassa, joka sisältää ammattikorkeakoulujen opinnäytteitä. Lisäksi yksi paperiversio arkistoidaan Hyvinvointiyksikön kirjastoon.



KUVIO 1. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit jakautuvaan neljään osa-alueeseen (ks. kuvio 1).

Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten kuvaamista niin, että lukija voi ymmärtää

analyysin etenemisen. Uskottavuus edellyttää sitä, että tutkijan tekemät kategoriat kuvaavat aineistoa tarpeeksi kattavasti. Tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoina ja liitteinä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että ohjausta hyödynnettiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen ohjauksesta vastasivat työelämänohjaaja sekä kaksi hoitotyön opettajaa. Aineiston analysointi eteni sisällönanalyysin mukaisesti ja ohjaajat seurasivat luokittelun etenemistä. Kirjallisuuskatsaus tutkimusaiheesta loi tutkijoille hyvän käsityksen tutkittavasta aihealueesta, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta. Pohdinnassa tutkimustulokset yhdistettiin aikaisempaan tietoon.

Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan Yardley (2000) toteaa tutkimuksen vahvistettavuuden edellyttävän tutkimusprosessin tarkkaa kirjaamista, jotta toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessin kulkua. Tässä työssä tutkimusprosessi ja sisällönanalyysi kuvattiin tarkasti ja avoimesti. Lisäksi esimerkki analyysin etenemisestä löytyy liitteestä 4, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Myös tutkimuksen haastattelurunko on työssä liitteenä 1. Näiden avulla toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua.

Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan Mays ja Pope (2000), Malterud (2001) sekä Horsburgh (2003) toteavat refleksiivisyyden velvoittavan tutkijan olevan tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijät kävivät keskusteluita ohjaajien kanssa, jotka edesauttoivat opinnäytetyön tekijöitä pysymään puolueettomina. Koska opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, heidän keskeinen ajatusten reflektointi lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan Lincoln ja Cuba (1985) määrittelevät siirrettävyyden tarkoittavan sitä, että tutkimustulokset ovat siirrettävissä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin tai ympäristöihin. Tutkimuksessa tulee kuvata tutkimukseen osallistujat ja ympäristö tarpeeksi selkeästi (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä tutkimuksessa kuvattiin tutkimusympäristö, tutkimukseen osallistujat, heidän taustatietonsa ja kuinka heidät saatiin osallistumaan tutkimukseen. Liian tarkkoja kuvauksia osallistujista vältettiin anonyymiteetin säilyttämiseksi.

Aineiston kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että tietoa kootaan niin kauan, kuin uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä tulee (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84). Tässä tutkimuksessa haastateltavia saatiin vain kolme (N=3), joten aineiston kylläntymistä ei päässyt tapahtumaan. Huolimatta pienestä aineistosta, tutkimustulokset voitiin analysoida. Niukan aineiston vuoksi analyysiä ei voitu viedä niin pitkälle, kuin laajemmalla aineistolla. Kuitenkin tutkimustulokset ovat samansuuntaisia edellisten tutkimusten kanssa.

Opinnäytetyön tekijät tekivät ensimmäistä kertaa laadullista tutkimusta, jossa käytetään tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Opinnäytetyön tekijät eivät saaneet koulutusta haastattelun tekemiseen. Hirsjärven ym. (2009, 206) mukaan haastattelijalta vaaditaan tarkkaa suunnittelua sekä kouluttautumista haastattelijan rooliin. Tutkimukseen osallistujat saattavat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, kuten esimerkiksi esiintyä hyvänä kansalaisena ja moraaliset ja sosiaaliset velvollisuudet täyttävänä ihmisenä. Tämä voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 206.)

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Psykoosipotilaiden perheenjäsenten kokemukset psykoedukatiivisesta ohjauksesta olivat sekä positiivisia että puutteellisia. Kaikki perheenjäsenet saivat ohjausta ensimmäisen kerran akuuttivaiheessa. Eri taloudessa asuva perheenjäsen sai ohjausta kaikista vähiten. Sairauteen liittyviä kokemuksia, asenteita ja tunteita käsiteltiin puutteellisesti. Perheenjäsenet kokivat vähäisenkin huomioon hyvin merkityksellisenä. Perheenjäsenet kehittäisivät sekä henkilökunnan aktiivisuutta että omaa aktiivisuuttaan. He toivoivat myös ohjauksen yksilöllisyyttä sekä oikea-aikaisuutta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla osaston henkilökunnan kokemukset psykoosipotilaiden perheenjäsenille suunnatun psykoedukaation toteutumisesta. Tämän avulla saataisiin selville, kohtaavatko perheenjäsentien ja henkilökunnan

näkemykset. Tutkimuksen avulla voisi saada selville, onko henkilökunnan toteuttamassa psykoedukatiivisessa ohjauksessa puutteita heidän omasta mielestään ja millä tavalla he kehittäisivät sitä.

Toisena jatkotutkimushaasteena voisi olla psykoosipotilaiden kokemukset ja kehittämisideat psykoedukaation toteutumista koskien. Näiden kolmen tutkimuksen perusteella voisi luoda mallin psykoedukaation toteuttamisesta osastohoidossa olevalle psykoosipotilaalle ja hänen perheenjäsenelleen.

Koska mielenterveyshoitotyön painopiste on siirtymässä avohoitoon, olisi mielenkiintoista saada tutkimustietoa myös avohoidossa olevien psykoosipotilaiden, heidän perheenjäsentensä sekä avohoidon työntekijöiden kokemuksia psykoedukaatiosta ja sen kehittämisestä.

LÄHTEET

- Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-Paino.
- De Bruijn, T.T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen Lääkärilehti 41, 10, 4219-4225.
- Declaration of Helsinki. 2008. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Viitattu 6.5.2010.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa: WSOY.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten, kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Huttunen, M. O. & Javanainen, M. 2004. Mielenterveydenhäiriöiden hoito- kokonaista hoitoa. Teoksessa Lääkkeet mielen hoidossa. Toim. M. Javanainen. Tampere: Tammerpaino, 12-20.
- Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. 5-6. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 73-139.
- Jewell, T.C., Downing, D. & McFarlane W.R. 2009. Partnering With Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia. Journal Of Clinical Psychology 65, 8, 868-878.

Kangasvuoren sairaala osasto 38. 2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kotisivut. Viitattu 13.1.2010.

<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=24816&culture=fi-FI&contentlan=1>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro.

Katajamäki, J. 2009. Perheen arki hajoaa – psykoosipotilas ja hänen perheensä. Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Toim. P., Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 271-278.

Keränen, S. 2008. Skitsofreniapotilaan selviytyminen avohoidossa läheisten näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substanttiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

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

Koponen, H. 2006. Psykoedukaatio - arvokas lisä psykoosien hoitoon. Suomen lääkärilehti 41, 10, 4199.

Kuipers, L., Leff, J. & Lam, D. 2005. Koulutuksellinen perhehoitotyö. 2. p., uud. p. Helsinki: ER-paino Oy.

Kylmä, J. 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Toim. A-M. Pietilä ja H. Länsimies-Antikainen. Kuopio: Kopijyvä, 109-120.

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

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveystutkimuksen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Terveystutkimus - uusiutuvat työmenetelmät. Toim. A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen ja K. Sirola. Juva: WSOY, 72.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3-11.

Käypä hoito –suositus 2008a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 22.12.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076>

Käypä hoito –suositus 2008b. Skitsofrenia. Viitattu 22.12.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17, 5, 250–257.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*. 2009. 5. p., uud. p. Helsinki: WSOY.

Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. TtM, johtamisen koulutusohjelma.

Länsimies-Antikainen, H. 2009. Realization of Informed Consent in Health research. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Länsimies-Antikainen, H. 2005. Tietoon perustuva suostumus: Tutkimushenkilöiden tiedonsaanti ja päätöksenteko pilottitutkimuksen kohteena. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lönnqvist, J. & Honkonen, T. 2008. Muut psykoosit. Teoksessa *Psykiatria*. Toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen. 5-6. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 140-156.

Lönnqvist, J. & Suvisaari J. 2009. Psykoosi. Sairauksien ehkäisy. 19.1.2009. Viitattu 22.12.2009. www.terveyskirjasto.fi, hakusana: psykoosi.

L14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 3.1.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki 2009.

Nordling, E. & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Esa Print.

Oksanen, J. 2010. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito. *Duodecim* 126, 4, 371-377.

Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö ammattina. 2.p. Tampere: Tammer-Paino.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WS Bookwell.

Salokangas, R.K.R., Heinimaa, M., Suomela, T., Ilonen, T., Ristkari, T., Korkeila, J., Huttunen, J., Hietala, J., Syvälahti, E. 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. 1. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Sota, S., Shimodera, S., Kii, M., Okamura, K., Suto, K., Suwaki, M., Fujita, H., Fujito, R. & Inoue, S. 2008. Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62, 4, 379-385.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Viitala, M-T. 2007. *Psyykinen sairaus perheessä – perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä*. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paaviainen, R. & Potinkara, H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

Esitiedot:

- Suhde perheenjäseniin (isä, äiti, vaimo, naapuri tms.)
- Perheenjäsenen hoitjaksojen määrä
- Asuminen (yhdessä/ eri taloudessa, samalla/ eri paikkakunnalla)
- Minkä ikäisenä perheenjäsen on sairastunut

Teema 1. Tietojen käsittely ohjauksessa

- Miten olette kokeneet tiedonsaannin ohjauksessa?
- Miten olette kokeneet saaneenne tietoa psykoosisairaudesta?
- Miten olette kokeneet saaneenne tietoa lääkehoidosta?
- Miten olette kokeneet saaneenne tietoa tukitoimista (vertaistukiryhmät, yhdistykset, KELA)?
- Miten kehittäisitte tiedollista ohjausta?

Teema 2. Tunteiden ja kokemusten käsittely ohjauksessa

- Miten ohjauksessa on käsitelty sairauteen liittyviä asenteita?
- Miten ohjauksessa on käsitelty sairauteen liittyviä tunteita?
- Miten ohjauksessa on käsitelty sairauteen liittyviä kokemuksia?
- Miten kehittäisitte tunteita ja kokemuksia käsittelevää ohjausta?

Teema 3. Toiminnallinen ohjaus

- Millaisiin käytännön tilanteisiin olette saaneet ohjausta?
- Miten kehittäisitte käytännön tilanteisiin liittyvää ohjausta?

Teema 4. Ohjausmenetelmät

- Miten olette kokeneet erilaiset ohjausmenetelmät?
- Millaisia ohjausmenetelmiä on käytetty (keskustelu, esitteet, internet, kirjat...)?
- Onko ohjaus toteutettu yksilö- vai perheohjauksena?
- Mitkä ohjausmenetelmät koette teille parhaina ja miksi?
- Millaisissa tilanteissa olette saaneet ohjausta (ennalta suunniteltu/suunnittelematon tapaaminen, hoitoneuvottelu, tulohaastattelu, puhelimitse)?
- Onko ohjaus tapahtunut teidän vai henkilökunnan aloitteesta?
- Missä vaiheessa saitte ensimmäisen kerran ohjausta?
- Miten kehittäisitte eri ohjausmenetelmien käyttöä?

Liite 2. Kirje psykoosipotilaan perheenjäsenelle

Hyvä perheenjäsen!

Pyydämme ystävällisesti teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata psykoosipotilaiden perheiden kokemuksia tiedon saamisesta, ohjauksesta ja tuesta osastolla. Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja suuntaudumme mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Tämän tutkimuksen avulla voidaan tuoda perheenjäsenien ääni kuuluviin ja selvittää, millaista tietoa, ohjausta ja tukea perheet kaipaavat. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä osaston toimintaa entistä perhekeskeisemmäksi.

Haastattelu tapahtuu teille sopivassa paikassa ja teille sopivana ajankohtana. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa helmi-maaliskuussa 2010. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta millään tavalla perheenjäsenenne hoitoon. Tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan luvallanne. Tutkimuksen jälkeen haastattelumateriaali hävitetään. Kangasvuoren sairaala on myöntänyt luvan tutkimuksen tekemiseen.

Osallistumisenne tutkimukseen on erittäin tärkeää. Voitte ilmoittaa halukkuudestanne osallistua haastatteluun jättämällä yhteystiedot (kirjeen mukana tulevalla yhteystietolomakkeella) hoitohenkilökunnalle tai olemalla yhteydessä suoraan meihin. Jos jätätte osastolle yhteystietonne, olemme teihin yhteydessä puhelimitse mahdollisimman pian. Tarvitsemme rajallisen määrän haastateltavia, joten ilmoitattehan halukkuudestanne osallistua haastatteluun mahdollisimman pian.

Jos teillä on kysyttävää tutkimukseen tai haastatteluun liittyen, niin vastaamme kysymyksiinne mielellään.

Etukäteen arvokkaasta avusta kiittäen

Laura Markkanen

Sairaanhoitajaopiskelija

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

E-mail: D7962@jamk.fi

Puh: 040 XXX XXXX

Opinnäytetyön ohjaajat: Pirkko Oittinen ja Katri Huuskola

E-mail: etunimi.sukunimi@jamk.fi

Henna Paananen

Sairaanhoitajaopiskelija

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

E-mail: D7949@jamk.fi

Puh: 040 XXX XXXX

Olen kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen

Haluan lisää tietoa tutkimuksesta

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Jätä yhteystietolomake osaston hoitohenkilökunnalle. Olemme teihin yhteydessä mahdollisimman pian.

Puhelinnumero: _____

Aika jolloin voi ottaa yhteyttä: _____

Liite 3. Suostumus haastattelun nauhoittamiseen

SUOSTUMUS

Osallistun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata psykoosipotilaan perheen kokemuksia tiedon, ohjauksen ja tuen saannista osastolla. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä osaston henkilökunnalle, tutkimuksen tekijöille ja/tai ohjaajille.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä koska tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

- Suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan
- Haastattelua ei saa nauhoittaa

Jyväskylässä __.__.2010

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

Liite 4. Esimerkki analyysin etenemisestä. Osa pääkategorian ”ohjauksen elementit” muodostumisesta

