

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AE 10

Tuija Karjalainen, Leila Korte, Auli Pelvo

# **PSYKOEDUKATIIVISEN PERHETYÖN MENETEL- MÄ HAASTEENA AIKUISPSYKIATRISISSA HOI- TOTYÖSSÄ – KOULUTUSPÄIVÄN JÄRJESTÄMI- NEN EKSOTEN MIELENTERVEYSPALVELUJEN HENKILÖKUNNALLE**

## TIIVISTELMÄ

Karjalainen Tuija, Korte Leila, Pelvo Auli

Psykoedukatiivisen perhetyön menetelmä haasteena aikuispsykiatrisessa hoitotyössä – Koulutuspäivän järjestäminen Eksoten mielenterveyspalvelujen henkilökunnalle

62 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Ohjaajat: lehtori Vuokko Koironen, osastonhoitaja Kirsi Pellinen

Etelä – Karjalan keskussairaalassa on viime vuosina kehitetty perhetyötä ja järjestetty koulutusta. Työmenetelmää ei kuitenkaan käytetä riittävästi. Tutkimukset ovat osoittaneet, että psykoedukatiivisesta perhetyön menetelmästä on suurta hyötyä sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Psykoedukatiivisen perhetyöskentelyn menetelmä tukee psykiatrisen potilaan hoidon tavoitteita organisaatiossa.

Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa välineitä käytännön psykiatriseen hoitotyöhön ja syventää tietämystä psykoedukatiivisen perhetyön menetelmästä Eksoten mielenterveyspalvelujen henkilökunnalle. Työ oli toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostui teoriaosuudesta. Kirjallisuuskatsauksessa nostettiin esiin uusinta tutkimustietoa psykoedukatiivisen menetelmän käyttämisestä hoitotyössä. Toiminnallinen osuus koostui koulutuspäivän suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Koulutuspäivän sisältö referoitiin osittain opinnäytetyöhön, koska haluttiin nostaa esiin tärkeitä psykoedukatiivisen menetelmän käyttöönottamiseen vaikuttavia tekijöitä.

Opinnäytetyön tekijät järjestivät psykoedukaatioon liittyen koulutuspäivän Etelä – Karjalan sosiaali – ja terveystieteiden ( = Eksoten) mielenterveyspalvelujen henkilökunnalle. Palautteen keräämisellä osallistujilta haluttiin selvittää menetelmän lisäkoulutuksen tarpeellisuus sekä yleensä koulutustarpeita uudessa organisaatiossa.

Koulutuspäivän järjestäminen onnistui, osallistujia oli paljon ja palautetta saatiin runsaasti. Psykoedukatiivisen perhetyön menetelmän juurruttaminen käytäntöön jatkuu edelleen. Koulutuspäivä antoi osallistujille lisää teoreettista tietoa. Koulutuspäivän palautteen perusteella, voidaan todeta, että lisäkoulutuksen tarve on olemassa. Psykoedukatiivista menetelmäkoulutusta toivottiin jatkossa. Tulevaisuudessa on tärkeää tutkia omaisten kokemuksia perhetyöstä organisaation aikuispsykiatrisen osastoilla.

Asiasanat: Psykoedukaatio, perhetyö, aikuispsykiatrisen potilas, omainen

## **ABSTRACT**

Tuija Karjalainen, Leila Korte, Auli Pelvo

Family Psychoeducation as a Challenge in Adult Psychiatry – Organizing a Training Day for the Mental Health Staff of South Karelia Social and Health Care District

62 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Program in Nursing

Instructors: Senior Lecturer Vuokko Koiranen, Head Nurse Kirsi Pellinen

In the past few years, the South Karelia Central Hospital has developed and organized family education. However, this method is not being put in action often enough. Research has indicated that family psychoeducation is of great use both for the patient and his family. Family psychoeducation supports the aims of the mental health patient's treatment in this organization.

The purpose of this thesis was to give some tools for hands-on psychiatric nursing and to deepen the knowledge regarding family psychoeducational strategies. The study was functional and it contains a theory part. In the literature review were highlighted the most recent researches about the usage of the psychoeducational method in nursing. The functional part of the study consisted of planning, organizing and evaluating a staff training day. The content of the training day was summarized in this thesis in order to point out the important factors in the introduction of psychoeducational strategies to practice.

The objective was to organize a staff training day for the mental health staff of South Karelia Social and Health Care District (Eksote). The participants were asked to give some feedback in order to find out whether further training was needed and other wishes about training in general in this new organization. The summary of the staff training day and its offerings was a relevant part of the study.

Results showed that the staff training day was successful, there were many participants who gave significantly useful feedback. Family psychoeducation is still being put more and more into action. The staff training day offered the participants more theoretical knowledge. According to the feedback, further training is needed, and this psychoeducational method training was hoped for in the future. It might also be important to study family experiences about family work in this organization's adult psychiatric units.

Keywords: Adult Psychiatric Patient, Family Work, Psychoeducation, Relatives

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TOIMINNALLISEN OPINNÄTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS .....	8
3 PSYKOEDUKAATIO TYÖVALINEENA.....	9
3.1 Psykoedukaatio .....	9
3.2 Perhetyö .....	10
3.3 Aikuispsykiatrinen potilas ja omainen .....	13
3.4 Psykoedukaatio menetelmänä .....	14
3.5 Psykoedukaation historiaa.....	16
3.6 Haavoittuvuus – stressimalli .....	17
3.7 Dialogisuus.....	19
4 PERHEEN KÄYTTÄMÄT HALLINTAKEINOT .....	20
5 PSYKOEDUKAATION JUURUTTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN.....	21
6 KIRJALLISUUSKATSAUS PSYKOEDUKATIIVISEEN TYÖSKENTELYYN ..	25
6.1 Tiedon antaminen ja potilastyytyväisyys.....	25
6.2 Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa.....	27
6.3 Mielenterveyspotilaan itsehallintaa tukeva potilasopetus .....	30
6.4 Psykiatriseen hoitoon liittyvästä häpeän pelosta ei kerrota .....	31
7 KOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTTAMINEN .....	32
7.1 Koulutuspäivän aiheen valinta, kohderyhmä ja suunnittelu .....	32
7.2 Koulutuspäivän markkinointi ja rahoitus .....	34
7.3 Koulutuspäivän sisältö.....	36
7.3.1 Koulutuspäivän avaus.....	36
7.3.2 Psykoedukatiivisen perheintervention lähtökohta ja tavoitteet .....	37
7.3.3 Kun läheinen sairastuu .....	38
7.3.4 Perhetyössä huomioitavaa.....	39
7.3.5 Psykoedukatiivisen perheinterventioiden yhdentymisen kliiniseen työhön .....	41
7.3.6 Organisaatioon liittyvät toimintamuutokset.....	48
8 KOULUTUSPÄIVÄN ONNISTUMISEN KARTOITUS.....	49
8.1 Palautteen suunnittelu ja toteutus .....	49
8.2 Palautteen tulokset.....	50
8.3 Palautteen luotettavuuden arviointia.....	55
8.4 Arviointia koulutuspäivästä .....	56
9 POHDINTA .....	57
LÄHTEET .....	60
LIITTEET	
Liite 1 Koulutuspäivän sisältö	
Liite 2 koulutuspäivän palautelomake	

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyspotilaiden hoidossa on viime vuosina löydetty uusia näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, yksi näistä on psykoedukatiivinen perhetyönmenetelmä. Tutkimuksissa on voitu todeta, että psyykinen sairastaminen aiheuttaa suurta kärsimystä potilaalle itselleen ja hänen läheisilleen. Omaiset kokevat monenlaisia kuormitustekijöitä, joista suurin on läheisen auttaminen ja huolenpito, läheisen käyttäytymisestä aiheutuva ilmapiirin jännittyneisyys, huoli tulevaisuudesta ja terveydentilasta sekä sairastuneen omaisen elämään tulleet rajoitukset (Jokinen 2002, 35). Jotkut omaiset kokevat kuormittavana sairastuneen käyttäytymisen valvomisen (Jokinen 2002,35). Vasta 2000-luvulla on psykoedukaation rinnalle vahvistunut tavoite omaisten kuormituksesta vähentämisestä ja ongelmien ennaltaehkäisemisestä (Johansson 2009,18). Omaiset ovat hyvin kiinnostuneita saamaan tietoa kaikista sairauteen liittyvistä asioista, ja tähän on vastattu juuri psykoedukatiivisilla interventioilla (Jokinen 2002, 37).

Mielenterveysongelmat seuraamuksineen ovat varsin yleisiä suhteessa kaikkiin sairauksiin (Pirkola & Sohlman 2005,4). Terveys vuonna 2000 tehdyssä kansainvälisessä tutkimuksessa ja aikaisempien tutkimusten perusteella, noin neljäsosa suomalaisista kärsii psyykkisistä oireista (Pirkola & Sohlman 2005, 5). Suomessa mielenterveyden häiriöistä kärsii miehistä noin 14 - 15 prosenttia, sama luku naisilla on 19 - 20 prosenttia. Tavallisin häiriöistä on masennus (Inkinen 2001, 20). Terveys vuonna 2000 perusteella mielenterveyshäiriöiden määrä ei ole vuosikymmenien seurannassa lisääntynyt, mutta ei myöskään vähentynyt, toisin kuin monien fyysisten sairauksien osalta (Pirkola & Sohlman 2005, 6). Tutkimuksissa, joissa on kartoitettu omaisten hyvinvointia, on voitu todeta, että jopa 38 % sairastuu itse läheisen sairastuttua psyykkisesti. Psyykkisesti sairastuneen vanhemman lapsen riski sairastua psyykkiseen häiriöön on todettu eri tutkimuksissa 10 prosentista jopa 80 prosenttiseksi. (Johansson 2007,14.) Valtakunnallisesti muu muassa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja epävakaan persoonallisuushäiriön hoidoissa on psykoedukatiivinen perheinterventiomalli otettu Käypä hoitosuosituksiin, depression Käypä hoitomalli on vielä varsin yksilökeskeinen (Johansson 2009,20).

Etelä-Karjalan keskussairaalan psykiatrian osastoilla on tehty ensipsykoosin (2006) ja depression (2007) hoito – mallit, joissa kummassakin on tärkeä osana psykoedukaatio - perheinterventio (sekä oppaat potilaille ja heidän omaisilleen). Aikuispsykiatriassa keskussairaalassa on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota perhetyön kehittämiseen. Keskussairaalan henkilökuntaa ja yksi tämän opinnäytetyön tekijöistä, osallistui Family focused treatment - perhetyönkurssille (2006), jossa psykoedukatiivinen perhetyön malli on suunnattu kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiville potilaille ja heidän perheillensä. Jatkeeksi tälle, Etelä-Karjalan keskussairaala yhdessä Saimaan ammattikorkeakoulun kanssa, järjestivät yksivuotisen psykoedukatiivisen perhekoulutuksen, Perhe pelissä vuonna 2009. Koulutukseen osallistui 9 työntekijää aikuispsykiatrian osastoilta, yksi heistä oli tämän opinnäytetyön tekijä.

Pidämme aiheita erittäin tärkeinä osana psykiatrista työtämme ja olemme käytännön työelämässä huomanneet, että menetelmän käyttö ei ole oikein juurtunut yhdeksi, automaattiseksi työtavaksi. Ajattelemme, että perheiden kanssa toki työskennellään paljon, esimerkiksi osaston luonteen mukaan, mutta kuitenkin tätä työmenetelmää tulisi vielä enemmän käyttää osana psykiatrista hoitotyötä. Psykoedukatiivinen perhetyö on hyvin keskeinen osa tämän päivän psykiatrista hoitotyötä. Usein siitä käytetään nimitystä koulutuksellinen perhetyö tai perheohjaus. Potilaat ja heidän läheisensä ovat valveutuneita ja motivoituneita ottamaan kaiken mahdollisen tuen, tiedon ja hoidon vastaan, mitä vain on saatavilla. Omaisten saama vähäinen tuki ja arjen kuormittavuus kertovat hoitojärjestelmän ja yhteiskunnan tarjoaman tuen riittämättömyydestä (Jokinen 2002, 38). Hoitamisen ihanteiden ja käytännön todellisuuden kanssa on usein ristiriita kliinisessä työssä. Potilaat toivovat ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua psykiatrisessa hoidossa sekä hoitomuodoista arvostavat omahoitajuutta (Syrjäpalo 2006). Sairastuneella ja hänen läheisellään on myös oikeus saada tietoa ja he tarvitsevat sitä omankin jaksamisensa takia. Riittävä ja oikeanlainen tiedonsaanti edesauttaa potilaiden selviytymistä ja mahdollisesti ennaltaehkäisee sairauden uusiutumista (relapseja).

Olemme työskennelleet 19 - 35 vuotta psykiatrisessa hoitotyössä ja kokemuksemme mukaan psykoedukatiivista perhetyötä tehdään arkisessa hoitotyössä

huomaamatta, mutta sitä ei välttämättä osata nimetä erityisesti perhetyöksi, eikä varsinkaan kirjata riittävästi. Usein perhetyötä kohtaan koetaan negatiivista asennetta. Työntekijät eivät joko osaa tai rohkene kohdata perheitä, heillä voi olla motivaation puute, työ voidaan kokea vaativana tai raskaana. Perhetyöhön ja perhetapaamisiin liittyy varsin usein perheterapeutin kaiku. Työntekijä ei välttämättä näe menetelmän etuja ja myönteisiä puolia.

Haluamme tässä opinnäytetyössä tuoda esille, että psykoedukatiivinen perhetyön menetelmä on hyvin käytännönläheinen. Haluamme vähentää ennakkoluuloja perhetyötä kohtaan ja auttaa työntekijöitä huomaamaan, kuinka tärkeä työväline se on. Mielestämme psykoedukatiivinen perhetyön menetelmä kuuluu kaikille psykiatrista hoitosuhdetyötä tekeville, yhtenä hoitotyön toimintona hoitosuhdetyöskentelyn ja lääkehoidon rinnalla. Toivomme, että työskentelymallista tulee rutiininomainen väline. Useissa tutkimuksissa on voitu todeta perheiden hyötyvän tiedon saamisesta. Naiset kokevat perhetapaamiset yleensä merkityksellisemmiksi ja hyödyllisemmiksi kuin miehet (Iso–Koivistoinen 2004, 69). Usein on valitettavasti niin, että potilaat ovat saaneet liian vähän tietoa sairaudestaan ja hoitoon liittyvistä asioista (Iso – Koivistoinen 2004, 72).

Organisaatiomme muuttuessa Etelä-Karjalan sosiaali – ja terveystieteiden keskeiseksi vuonna 2010 alussa suunnittelimme, kuinka voisimme jakaa tätä työmme aihetta koko mielenterveyspalvelujen henkilökunnalle. Opinnäytetyön ideaseminaarissa päätimme järjestää koulutuspäivän. Näin valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön. Perhe pelissä -koulutuksen jälkeen on eri yksiköissä noussut esille tarve jatkaa aiheen teoriaosuutta. Koemme, että koulutuspäivä antaisi tässä uudessa organisaatiossa yhden mahdollisuuden muovata yhtenäistä hoitokulttuuria. Uuden mielenterveyspalvelujen johtajan Timo Salmisaaren visioissa on selkeästi noussut yhtenä kehittämiskohteena psykoedukaatio.

## 2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tarkoituksenamme oli tehdä opinnäytetyö, joka olisi käytännönläheinen ja antaisi välineitä käytännön psykiatriseen hoitotyöhön. Päädyimme toteuttamaan toiminnallisen opinnäytetyön tutkimuksen sijaan. Aiheemme oli yhdenmukainen organisaation tavoitteiden kanssa. Etelä-Karjalan keskussairaalan sairaalapsykiatrian osastoilla on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota perhetyön kehittämiseen. Aiheeseen liittyen on järjestetty koulutusta, johon on pyritty saamaan osallistujia kaikista yksiköistä. Koulutuksen lisäämisestä huolimatta perhetyön määrä osastoilla ei ole lisääntynyt samassa suhteessa. Organisaation muuttamisen myötä mielenterveystyön vastuualue on yhtenäistynyt, ja myös yhtenäisiä toimintatapoja ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä halutaan tehostaa.

Toiminnalliselle opinnäytetyölle on suotavaa olla toimeksiantaja. Tässä työssä toimeksiantajana oli oma työyksikkömme ja tarve viedä eteenpäin jo alkanutta kehittämistyötä psykoedukaatiivisen työtteen vahvistamiseksi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 16.) Työssämme kuvasimme psykoedukaation tietoperustaa ja teoreettista viitekehystä laajasti. Tämä oli perusteltua, koska suomalaista tutkimusta ja kirjallisuutta on aiheesta vähän ja käsitteen määrittely kehittyy edelleen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 30.) Sisällön rakentamisessa käytimme apuna toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittamisen ohjetta (Airaksinen 2009). Kohderyhmän valinta oli selkeä, sillä kyseessä oli koulutustapahtuman järjestäminen tietyn organisaation (Etelä – Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen) henkilöstö) sisällä. Kohderyhmän antama palaute on toiminnallisen osuuden arvioinnissa merkittävä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 40.)

Opinnäytetyömme tavoitteiksi asetimme psykoedukaation taustan ja teorian selvittämisen. Teoriaosuuden tavoitteina oli käsitteiden avaaminen ja kirjallisuuden perehtyminen. Halusimme syventää teoriaa ja antaa tietoa sen soveltamisesta käytännön työhön. Psykiatrisen hoitotyön ydin on vuorovaikutussuhteissa, myös psykoedukaation perusolettamus on dialogisuus. Ellei vuorovaikutusta



synny hoitavan ja hoidettavan välisessä suhteessa, ei myöskään voida tehdä psykoedukatiivista perhetyötä. Potilaat ovat kokeneet myönteisemmäksi asiaksi hoidossa onnistuneen hoitosuhteen (Iso–Koivistoinen 2004, 66). Jopa yleisellä tasolla käyty keskustelu esimerkiksi psykoosista, ennusteesta ja paranemista tukevista tekijöistä, voi osaltaan lievittää posttraumaattisia reaktioita. Informaatio auttaa sairastunutta hahmottamaan mihin suuntaan hän on matkalla ja miten hänen oma toimintansa on vaikuttamassa matkaan. (Iso – Koivistoinen 2004, 112.)

Tavoitteena oli järjestää antoisa koulutuspäivä ja kerätä palautelomakkeen avulla palautetta osallistujilta. Palautteen avulla toivoimme saavamme tietoa koulustarpeista jatkossa koskien niin psykoedukaatiota kuin muitakin psykiatriseen hoitotyöhön liittyvää osa-aluetta. Merkityksellistä oli koulutuspäivän referoiminen osaksi opinnäytetyötä nostaaksemme esiin käytännön työn näkökulmasta tärkeitä asioita. Opinnäytetyön luvussa 7.3 sisältö perustuu 23.2.2010 koulutuspäivän luennoitsijan Leif Bergin luento- ja diaesitykseen, josta olemme tehneet muistiinpanot. Halusimme myös lyhyesti referoida työhöemme Timo Salmisaaren koulutuspäivän avauspuheenvuorossa esittämät ajatukset eksotelaisesta psykoedukaatiosta.

### **3 PSYKOEDUKAATIO TYÖVÄLINEENÄ**

#### **3.1 Psykoedukaatio**

Psykoedukaatiosta käsitteenä ei juuri löydy määritelmiä. Esimerkiksi suomenkielen sanakirja ei tunne sanaa ”psykoedukaatio”. Psykoedukaatio-käsite on johdettu englanninkielisestä sanasta ”psychoeducation”. Englanninkielen sanakirjoissa käsite psycho- määritellään mielen yhdistelmämuotona tai psykologiana. Education -käsitettä määritellään muun muassa seuraavasti: kasvatus, opetus, sivistys, systemaattinen ohjeistaminen tai luonteen/mielenvoimien kehitys (Johansson 2007, 18).

Suomenkielistä vakiintunutta vastinetta termille psykoedukaatio ei toistaiseksi ole olemassa. Aiemmin käyttökelpoisimpana käännöksenä pidettiin ”koulutuksellista” perhetyötä, koska se painotti työskentelyn opetuksellista luonnetta. Koulutuksellinen–sana kuitenkin on harhaanjohtava siinä mielessä, että kyseessä ei ole työskentelytapa, jossa olisi direktiivinen opettaja-oppilas suhde. Ajankohtainen tieto tulee liittää läheisten yksilöllisiin kokemuksiin eikä luennoida sairauteen liittyvistä asioista. Sairastuneen sekä hänen läheistensä asiantuntijuutta tulee kunnioittaa, ja ratkaisu ongelmiin löytää yhdessä heidän kanssaan (Johansson 2007, 18).

Termi ”psykoedukaatio” viittaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidon yhteydessä toteutettuun perhetyöhön, jonka tarkoituksena on kliinisen opetustekniikan avulla antaa tietoa psykoottisen sairauden luonteesta ja mahdollisesta kulusta sekä hoitoon liittyvistä asioista. Tiedon saannin lisäksi sairastunutta ja hänen läheisiään autetaan oppimaan rakentavia selviytymiskeinoja suhteessa psyykkiseen sairauteen.(Johansson 2007, 18.) Psykoedukaatio on systemaattinen prosessi, joka on ennalta suunniteltu. Psykoedukaation avulla pyritään vaikuttamaan toisen käyttäytymiseen, jolloin tarvitaan muutoksia asenteissa, tiedoissa ja taidoissa (Johansson 2009, 13).

Nykyisin psykoedukaatiivisessa työskentelytavassa korostuu tasa-arvoisuus ja avoin dialogisuus. Psykoedukaation keinoin tarjotaan tiedollista ja emotionaalista tukea sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Heitä myös ohjataan arjen ongelmatilanteissa ja tarvittaessa erityisen avun piiriin (Johansson 2009, 14).

### **3.2 Perhetyö**

Perhe muodostuu yleensä vanhemmista ja lapsista tai pariskunnista. Kulttuuri ja aikakausi tuovat kulloinkin mukaan omat vaikutteensa. Esimerkiksi ”mies patriarkaalisenä perheen päänä”- asetelma on jo lähes kadonnut keskiluokkaiselta kaupunkiväestöltä, mutta säilynyt voimakkaana monilla maahanmuuttajaperheillä. Samoin asetelma vanhempi-lapsi on muuttunut yksinhuoltajaperheiden määrän kasvaessa. (Kuipers, Leff & Lam 2005, 29.)

Perhetyön taustalla on ajatus, että perheitä auttaisi, jos perheenjäsenet saisivat tietoa ja oppisivat puhumaan keskenään sairaudesta ja sen vaikutuksista. Sairauksiin liittyvä mystinen tai tuntematon ajatus voisi neutralisoida hankitun asiantiedon avulla. Tilanteeseen liittyvistä tunteista puhuminen helpottaa kaikkia perheenjäseniä, ja roolien selkiyttäminen auttaa hahmottamaan tehtäviä perheessä. Sairaudesta huolimatta esimerkiksi vanhemman tehtävä olla vanhempi ei siirry lapselle. Jokainen yksilö ja perhe tarvitsevat ympärilleen verkoston, joka tarvittaessa voi antaa tukea. (Inkinen 2001, 167.)

Perheiden kanssa työskenneltäessä tulee ottaa huomioon perheen rakenne sekä sosiaalisesta ja kulttuurisesta ympäristöstä määräytyvät roolit. Työntekijät asettavat perheille sääntöjä liittyen perheenjäsenien keskinäisen kunnioituksen lisäämiseen ja yhteistyön tehostamiseen, jotta elämänlaatu paranisi. (Kuipers ym. 2005, 31.)

Perhetyön perustehtäviä ovat tiedon antaminen, ongelmanratkaisutaidot, kommunikaatiotaitojen opettelu sekä perheen ja verkoston mukanaolo ja kotikäynnit. Keinoina ovat arkisuus, käytännönläheisyys, neutraalius ja tarpeenmukaisuus. Perheitä kannustetaan hankkimaan tietoa omaehtoisesti kirjallisuudesta, internetistä ja erilaisten potilas- ja omaisyhdistysten kautta sekä esitteistä. (Inkinen 2001, 168.)

Perinteisesti aikuispsykiatriassa on keskitytty hoitamaan yksittäisiä potilaita, jolloin heidän läheisensä ja erityisesti perheen lapset unohtuvat. Ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä kehitettäessä juuri nämä lapset tulisi huomioida. Vanhemman psyykinen sairaus on tutkimustenkin mukaan suuri riskitekijä lapsen tasapainoiselle kehitykselle, vaikka monet psyykkisesti sairaiden lapsista selviytyvät. Riskitekijöiden ohella on tärkeää tunnistaa niitä seikkoja, jotka tukevat lapsen tervettä kehitystä. Tieto auttaa sekä vanhempia että ammattilaisia, jotta vanhemmat saavat tukea ja lapsia osataan auttaa. (Inkinen 2001, 7.)

Mielenterveystyössä pitäisi rutiininomaisesti kysyä, onko potilaalla lapsia, ja selvittää heidän elämäntilanteensa: Pidetäänkö lapsista huolta ja ovatko he turvassa? Psyykkisesti sairaan perheessä voi olla keskinäistä väkivaltaa tai sen

uhkaa, ja nämä traumatisoivat lasta. Hoitohenkilökunnan on edellä mainitun kaltaisessa tilanteessa huolehdittava lasten turvallisuudesta. Tärkeää on myös tarkistaa, että joku aikuinen henkilö huolehtii lasten päivittäisestä hoivasta, ruuasta, vaatteista ja koulunkäynnistä. Lasten hyvän selviytymisen ei tule antaa hämätä – vielä murrosikäinenkin tarvitsee kotiin vastuullisen aikuisen, jos vanhempi esimerkiksi joutuu sairaalaan. (Inkinen 2001, 28.)

Tytti Solantauksen (2006) Lapsi puheeksi -hankkeessa korostetaan perheen lapsien kehityksen tukemista ja ennaltaehkäisevää periaatetta perhetyöskentelyssä (Solantaus 2006, 4). Lastensuojelulaki velvoittaa vanhempaa hoitavaa hoitotahoa ottamaan huomioon perheen lasten hoidon ja tuen tarpeen (Lastensuojelulaki, 2; § 7). Perhetyöskentelyssä ei ole tarkoitus lähteä hoitamaan itse lapsia, vaan miettiä vanhempien kanssa yhdessä, kuinka perhettä voidaan ylipäänsä auttaa, ja millaista huolenpitoa tai mahdollisesti hoitoa lapset tarvitsevat (Solantaus 2006,7). Asioita, joita tulisi ottaa esille perheohjauksessa lasten kanssa, ovat muun muassa seuraavat teemat. Lapsi ei ole syyppä vanhempien ongelmiin, vanhempi itse hoitaa itseään, arkielämän pyörittäminen, vanhemman mielialat varsinkin silloin, jos siihen liittyy ärtyneisyyttä ja väkivaltaa sekä lasten pelot, esimerkiksi avioeron tai itsemurhan uhkan vuoksi. Tärkeää on selvittää ja tukea lapsia kodin ulkopuoliseen sosiaaliseen elämään ja löytää lapselle ns. luottohenkilö kodin ulkopuolelta. (Solantaus 2006, 10 -12.)

Perhetapaamisissa esiin voi nousta se, että vanhemmat ovat olleet huolissaan tilanteesta, mutta eivät ole osanneet tai uskaltaneet hakea apua. On tärkeää, että lapsi pystyy ymmärtämään, mitä hänen elämässään tapahtuu. Jokaisessa seurantatutkimuksessa, joka on tehty psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten kokemuksista, tulee voimakkaasti esille viesti: kertokaa lapsille, mistä on kysymys. Tämä lienee suurimpia haasteita hoitavalle taholle. Ensin joudutaan selvittämään, miksi kertominen on tärkeää, sen jälkeen mietitään, mitä kerrotaan ja kenen tehtävä se on. (Inkinen 2001, 28 – 29.)

Teija Korhosen väitöskirja tältä vuodelta 2010 selvitti kuinka aikuispsykiatrisessa hoitotyössä voidaan tukea lapsen tervettä kehitystä ja edistää lapsen mielen-terveyttä. Tuloksissa esiin nousi, että hoitajat ovat keskeisessä asemassa huo-

mioimaan näitä asioita. Tutkimuksessa esiin nousi johtopäätelmänä, että perhekeskeinen työ tulisi sisällyttää terveysalan koulutuksen opetussuunnitelmaan ja henkilöstön täydennyskoulutukseen. (Korhonen 2010, tiivistelmä.)

### **3.3 Aikuispsykiatrinen potilas ja omainen**

Opinnäytetyössämme aikuispsykiatrisella potilaalla tarkoitamme 18 vuotta täytännä henkilöä, joka kärsii esimerkiksi masennuksesta, psykoosisairaudesta tai jostakin muusta psykiatrian tautiluokituksen mukaisesta sairaudesta. Aikuispsykiatriset potilaat ovat joko psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastolla hoidossa tai käyttävät mielenterveyspalveluita avohoidossa.

Omaisien ja perheen määrittelyminen yksiselitteisesti on vaikeaa. Omaisen on potilaan itsensä määrittelyä henkilö yleensä hänen lähipiiriinsä kuuluvista henkilöistä. Useimmiten se on henkilö, joka kuuluu ydinperheeseen, mutta kyseeseen voi tulla joku muukin potilaalle läheinen ja tärkeä henkilö. Potilas siis määrittelyä itse oman lähiomaisensa. Perhe käsitteenä on haasteellinen määriteltävä. Perhettä voidaan tarkastella perinteiseen tapaan yhteiskunnallisesta näkökulmasta perusyksikkönä tai hoitotyön näkökulmasta hoitotyön kohteena tai yksittäisen potilaan hoidon kautta.

Perhe voidaan nähdä yhteiskunnallisena perusyksikkönä, joka elää ja muuttuu. Edelleen sille kuuluvat keskeiset tehtävät, joita ovat suvun jatkaminen, lasten kasvattaminen ja sosiaalinen kanssakäyminen sekä jäsentensä tunteiden säätely. Aikaisemmin perheelle kuului myös lasten koulutus, vanhusten ja sairaiden hoito, mutta muuttuneen yhteiskunnan myötä näiden tehtävien voidaan katsoa kuuluvan nykyisin ainakin osittain yhteiskunnalle. Kun perheen rakenteen muutosta tarkastellaan, voidaan huomata perheiden koon pienentyneen. Yksinhuoltajaperheiden määrä on kasvanut, ja roolijako sekä työn osittaminen perheissä on muuttunut. Nykyisin perheet koostuvat harvoin muista kuin ydinperheen jäsenistä. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1999, 15.)

### 3.4 Psykoedukaatio menetelmänä

Psykoedukaatio -työmenetelmän tärkein ajatus on, että mielenterveyspotilaan ja hänen perheenjäsenillä tai läheisillä on merkitystä erityisesti sairauden kulun kannalta sekä jaettu ymmärrys auttaa perhettä sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja vähentää traumatisoitumista. Tavoitteena on kehittää mielenterveyspotilaan ja hänen perheensä omia kykyjä selvittää perheenä ja ratkaista ongelmia (Johansson 2007, 20 ). Perhe nähdään tärkeimpänä resurssina potilaalle tuen antajana ja elämänlaadun kohottajana (Falloon, Jeffrey, Boyd & McGill 1997 ). Perhe nähdään myös tärkeänä yhteistyökumppanina hoitohenkilökunnan kanssa (Johansson 2007, 20 ). Psykoedukatiivinen perhetyön malli arvostaa perheiden ihmissuhteiden psykodynaamista ymmärrystä, mutta ei tee perheelle tulkin-toja muutoksen aikaansaamiseksi (Johansson 2007, 21 ).

Kuipersin ym. mukaan psykoedukatiivinen perhetyön työskentelymalli ei ole perheterapiaa. Analyttisiä ja tulkitsevia kannanottoja vältetään. Keskeistä on stressin vähentäminen ja kommunikaation sekä perheilmapiirin parantaminen. Perheenjäsen ohjataan tarvittaessa yksilö -, pari- tai perheterapiaan. Perheen kanssa toimitaan aktiivisesti, kun mietitään ja neuvotellaan palveluista, joita perhe tarvitsee. Psykoedukatiivista perhetyötä ei tule myöskään sekoittaa kriisi-työhön tai kriisiapuun. (Johansson 2007, 21.)

Perheohjaus korostaa mielenterveyspotilaan roolia nykyhetkessä – äitinä, isänä, puolisona, lapsena, opiskelijana – riippumatta siitä, miten kauan henkilö on sairastanut ja mitä hän sairastaa. Mielenterveyspotilas hyväksyessään oman sairautensa osana persoonaansa, sitoutuu vastaanottamaan hoitoa ja vaikuttamaan sairautensa kulkuun. (Johansson 2007, 21.) Potilas haluaa harvoin kuormittaa perheenjäseniään omalla huonovointisuudellaan ja oireillaan, perheenjäseniä pyritään usein suojelemaan. On kuitenkin luonnollista, että potilas ammentaa voimaa läheisiltään omaan jaksamiseensa, eikä tämä voi olla vaikuttamatta muiden perheenjäsenten hyvinvointiin. Potilaan käytös hämmentää, pelottaa ja ahdistaa läheisiä. Puheen avaaminen psykoedukatiivisessa perhetyön mallissa vähentää perheen kuormittumista ja sisäisiä ristiriitoja. (Johansson 2007, 21.)

Mielenterveyspotilaan suostumus ja motivaatio perheen kanssa työskentelemiseen ovat oleellisia tekijöitä tyydyttävien tulosten saavuttamiseksi psykoedukaatiossa (Johansson 2007, 21 ). Syyt vastustukseen tulisi selvittää. Omaisten negatiivinen suhtautuminen potilaaseen tai sairauden kieltäminen voivat olla esteenä työskentelylle. Jos potilaan asiantuntijuus, toiveet ja tavoitteet ohitetaan työskentelyssä, jää perhetapaamisten merkitys potilaalle itselleen vähäiseksi. Potilaalle tulisi selvittää syyt, miksi perheenjäsenten tai läheisten mukaan ottaminen hoitoon lisää hyviä hoitotuloksia. (Berg & Johansson 2003, 21 - 22.)

Psykoedukaatio sopii perheille, joissa perheenjäsen on hiljattain sairastunut tai sairaus on kestänyt kauan. Työskentelytavan preventiivisyys näkyy sekä aikuisettä lapsiperheissä. Ennaltaehkäisyn merkitys näkyy myös silloin, kun potilaalla on psykoosisairauden ennakko-oireita tai sairauden uusiutumisriski on muuten suuri. Paras tulos saavutetaan, jos sairastunutta ja hänen läheisiään päästään tukemaan jo hoidon alkuvaiheessa. Psykoedukaatio liitetään potilaan hoitosuunnitelmaan, jolloin muut hoitoon liittyvät osa-alueet, kuten esimerkiksi psykoterapia ja lääkehoito osaltaan tukevat toipumista. Perheohjaus alkaa sairastuneen toipumisvaiheessa, ja siinä huomioidaan kaikki perheenjäsenet ja perheelle läheiset henkilöt. Perhettä tavataan vähintään neljä kertaa, mutta koko intervention pituus on keskimäärin kuusi kertaa lyhyellä aikavälillä. Seurantatapaaminen toteutetaan 3 - 4 kk:n kuluttua hoidon päättymisestä. Perheen psykoedukaation keston vaikuttaa sairauden hoitotasapaino, sairaushistorian pituus, perheenjäsenten lukumäärä ja tiedollinen taso sekä mahdolliset muut ajankohittaiset perheen toimintaan vaikuttavat rasitteet. (Johansson 2007, 26.)

Ennen perheen psykoedukaation aloittamista toteutetaan kunkin perheenjäsenen kohdalla yksilölliset haastattelut ja samalla tarjotaan mahdollisuus kertoa omia näkemyksiä ja omasta tilanteesta ilman sairastuneen läsnäoloa. Haastattelut antavat suuntaa ensitapaamiselle perheen kanssa. Jatkossa voidaan myös käydä yksilöllisissä haastatteluissa esiin tulleita asioita yhdessä kunkin haastattelun luvalla. Perheen psykoedukaatio voidaan päättää kun jokaisella perheenjäsenellä on yhteisymmärrys tilanteesta. Perheellä on mahdollisuus ottaa yhteyttä ennen seurantatapaamista niin halutessaan. Seurantatapaamisessa tarkis-

tetaan perheen tilanne ja kerrataan vielä läpikäytyjä asioita. Tarvittaessa voi psykoedukaatio jatkua lyhytmuotoisena tai vaihtoehtoisesti saatetaan perhe tarvittavan avun äärelle. (Johansson 2007, 269.)

### **3.5 Psykoedukaation historiaa**

Psykoanalyttisessa perinteessä lähes kaikkien psykiatristen häiriöiden katsottiin saaneen alkunsa varhaislapsuudessa varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden (äiti-lapsi) seurauksena. Myöhemmin on kuitenkin todettu, ettei näin yksiselitteisiä johtopäätöksiä voi tehdä, vaan esim. skitsofreniaan on hyvin monenlaisia syitä. Viime vuosikymmenen aikana kirjallisuudessa on kiinnitetty huomiota siihen, että missään muissa sairauksissa ei omaisia ole kohdeltu samalla tavalla kuin liittyen vakaviin psykiatrisiin häiriötiloihin. Perheet/läheiset on usein jaoteltu erilaisiin kategorioihin, joiden mukaan perheenjäsenen sairautta on yritetty selittää. Jo 80-luvun lopulla nk. Milanolaisen koulukunnan perheterapeuttisten interventioiden yhteydessä todettiin, että esimerkiksi skitsofrenian oireet helpottuivat tehokkaan perheterapian avulla. Kuitenkin todettiin, että hyvin strukturoidulla ja analyysoivalla sekä perheen rooleja palauttavalla perheterapialla ei saavutettu läheskään yhtä hyviä tuloksia kuin psykoedukatiivisella lähestymistavalla, jonka perusajatus oli korjaava. Milanolaisen koulukunnan tutkimusten mukaan potilaat, joiden perheitä oli tavattu, sairastuivat uudelleen harvemmin kuin verrokki-ryhmän potilaat (Lefley 2009, 15 - 18).

Vuonna 1984 I. Falloon (tekstiviite) yhdessä kollegoidensa kanssa kehitti perhekeskeisen lähestymistavan (BFM, Behavioral Family Management) skitsofreniaan sairastuneiden läheisille. Myös C. Anderson 1986 kollegoineen kehittivät mallin, jossa painotetaan liittoutumista perheen kanssa tarjoamalla tietoa sairaudesta ja jatkuvaa tukea sekä kriisi-interventioita kuntoutumisprosessissa 1990-luvun lopulla sekä 2000-luvulla on psykoedukaatiomalleja suunnattu esimerkiksi perheille, perheryhmille sekä moniperheisille ryhmille. Samanaikaisesti työskentelymallin vaikutuksia on tutkittu, ja malleja kehitetty edelleen. Kaikki tutkimukset tukevat ajatusta siitä, että psykoedukaation avulla saavutetaan huomattavasti parempia hoitotuloksia kuin pelkästään yksilöhoidolla. (Johansson 2009, 16 - 20.)



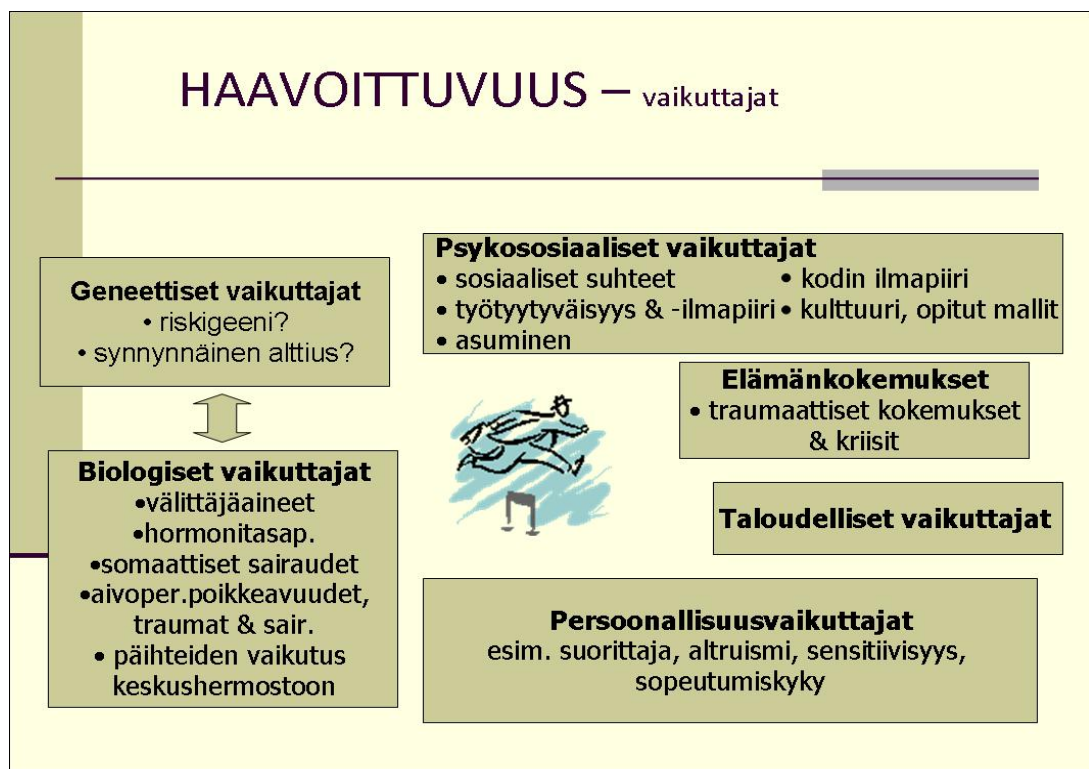
### 3.6 Haavoittuvuus – stressimalli

Psykoedukatiivisen työskentelymallin lähtökohtana on haavoittuvuus – stressi – malli, joka on käytännöllinen teoria psyykkisen sairauden ymmärtämiseksi (Johansson 2007, 22 ). Haavoittuvuus – stressimallin perusajatus on, että ihmisellä on yksilöllinen alttius sairastua psykoosiin. Erilaiset stressaavat tekijät uhkaavat yksilön terveyttä, kun taas suojatekijät turvaavat ja ylläpitävät ihmisen terveyttä. Tasapainon pettäessä, jolloin stressitekijät saattavat ylittää ihmisen sietokyvyn vaikka suojatekijät suojaavat, voi altis yksilö ennako-oireiden kautta sairastua psyykkisesti esimerkiksi psykoosiin (Bruijn 2006, 4219 ). Yksilön psykososiaaliset tekijät/vaikutukset eivät toimi irrallisina geneettisiin ja biologisiin taipumuksiin nähden (Miklowitz & Goldstein 1997, 42 - 43 ). Usein vakavien psyykkisten häiriöiden takana on perinnöllinen taipumus (Johansson 2007, 22). Geneettiset, biologiset ja sosiaaliset tekijät yhdessä vaikuttavat psyykkisten häiriöiden ilmes- tymiseen tai toisaalta suojaavat niitä vastaan (Miklowitz & Goldstein 1997, 43 ). Psykososiaaliset vaikuttajat voivat olla esimerkiksi sosiaaliset suhteet, asumi- nen, ilmapiiri, kulttuuri ja opitut mallit, kun taas biologisia tekijöitä voivat olla so- maattiset sairaudet, päihteiden vaikutus keskushermostoon, hormoni- ja ai- neenvaihduntatasapaino, aivoperäiset poikkeavuudet ja – traumat (Johansson 2007, 22 ).

Psykoedukaatio on erittäin tehokas hoitomuoto etenkin vakavissa psykiatrisissa sairauksissa (esim. skitsofrenia) ja vähentää huomattavasti uudelleen sairastu- misia. Eräänä avainmuuttujana perhepsykoedukaation kehityksessä on ollut perheen tunneilmapiiri EE (= expressed emotion), joka viittaa perheenjäsenten osoittaman kritiikin ja ylikietoutuneisuuden tasoon sairastuneen ympäristössä. On voitu todeta, että perheen korkea tunneilmapiiri on yhteydessä korkeampiin relapsien (uudelleen sairastuminen) määriin (Johansson 2009,15).

Tunneilmapiirin selvittäminen auttaa etenkin silloin, kun sairastunut asuu läheis- tensä kanssa. EE:n selvittäminen on tutkimustekniikkaa, jolla selvitetään per- heen kriittisyyttä, ylihuolehtivaisuutta ja vihamielisyyttä. Näitä asioita on lähdetty selvittämään skitsofreniatutkimuksissa. Jos EE on korkea, ei se tarkoita, että

perheen olisi tukahduttava kaikki tunteensa sairastuneen läsnä ollessa. Tutkimuksissa on todettu, etteivät nämä negatiiviset tunteet kuitenkaan huononna esimerkiksi skitsofrenian hoitotuloksia, mutta suuri määrä inhimillistä lämpöä perheessä auttaa potilasta toipumaan paremmin. Matalan EE:n perheet eivät myöskään ole täysin neutraaleja, heiltäkin löytyy kriittisyyttä ja vihamielisyyttä. He ovat kehittäneet selviytymisstrategioita ja tunnistavat, että sairastuneen kokemukset ovat todellisia. (Kuipers ym. 2005, 2 – 4 ).



Kuvio 1 Haavoittuvuus – stressimalli (Berg 2010)

Haavoittuvuus – stressimallissa (kuvio1) esiin nousee selkeästi esimerkiksi, jos persoonan geneettinen tai biologinen haavoittuvuus on korkea (perheessä, jossa monella on mielialahäiriö tai toiminnallinen aivohäiriö), stressin tason tarvitsee olla vain vähäinen, niin se voi aiheuttaa psyykkisen sairauden puhkeamisen tai sairauden relapsin. Jos potilaalla on korkea haavoittuvuus, voi esimerkiksi perheriita tai tilinauhan kadottaminen aiheuttaa taudin episodin (Miklowitz & Goldstein 1997, 43). Vastaavasti, jos haavoittuvuus on matala, stressin tulee

olla ankara esimerkiksi avioero tai kuolema, ennen kuin sairaus alkaa tai episodi mahdollisesti puhkeaa (Miklowitz & Goldstein 1997, 43).

Haavoittuvuus eli alttius on melko pysyvä tila. Alttiuden perimmäistä luonnetta ei tunneta, mutta todennäköisesti kyseessä on keskushermoston varhaisesta kehityshäiriöstä (Bruijn 2006, 4220). Psykkisissä sairauksissa perimä näyttää olevan tärkein altistava tekijä. Esimerkiksi psykoosin laukaisevina tekijöinä ovat epäspesifit stressitekijät, joista osa liittyy yksilön normaaliin kehitykseen ja osa taas traumaattisiin stressitekijöihin. (Salokangas ym. 2002,10 – 13). Tärkeää siis on sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa käydä läpi ja työskennellä sairauden syntyyn vaikuttavien tekijöiden kanssa esimerkiksi haavoittuvuus – stressimallia, paneutua sairauden oireisiin, ennako-oireisiin, stressitekijöihin sekä stressin hallintakeinoihin ja löytää muita suojaavia tekijöitä. Teorian pohjalta käytävästä vuorovaikutuksellista keskustelusta voidaan käyttää nimitystä psykoedukatiivinen työskentely. (Bruijn 2006, 4220 - 4223.)

### **3.7 Dialogisuus**

Keskeisimpiä asioita dialogisuudessa ovat suhtautumistapa, perusasenne ja ajattelutapa. Teknisellä osaamisella ei niinkään ole merkitystä. Tärkeää on vuoropuhelun synnyttäminen ja ylläpitäminen. (Seikkula & Arnkill 2005, 15). Hoitokokouksissa, joissa on paikalla potilaan elämässä tärkeitä ihmisiä, ei yksittäinen henkilö voi kontrolloida vuorovaikutuskokonaisuutta. Tavoitteeksi voi tulla vain keskinäisen ymmärryksen luominen. (Seikkula & Arnkill 2005, 25.)

Kun työtteen lähtökohtana on potilaan läheisten kanssa yhdessä jakaminen, eikä niinkään oireiden ja käyttäytymisen syiden etsintä, tulevat kuvaan uudet inhimilliset auttamistyön ulottuvuudet. Lähtökohtana nähdään elämän keskeisimmät perusedellytykset, joita kriisi tai kriisiytyvä ja umpikujaan ajautuva tilanne uhkaavat. Vaikeissa tilanteissa, kuten psykoosisairauksissa, väkivallan uhrien hoitamisessa ja kuoleman aiheuttaneen traumaattisen kriisin kohtaamisessa nämä korostuvat entisestään. Potilaiden hyvä auttaminen ei tapahdu ongelmista tai oireista huolehtimalla vaan kohtaamalla ihmisiä. Keskeiseksi arvoksi nousee koko vuorovaikutustilanteen ymmärtäminen. (Seikkula & Arnkill 2005, 92.)

Dialogisen hoito- ja konsultaatiomallin peruslähtökohdaksi nousee pyrkimys yhteiseen jakamiseen toisia kuuntelevassa keskustelussa. Esimerkiksi hoitokokous avoimena dialogina muodostaa foorumin edellä mainitun toteutumiseksi. Kaikki osanottajat kohtaavat ennalta suunnitteleamattomassa tilanteessa. Tämä merkitsee uudenlaista kokemusta työntekijälle, koska hänen työnsä tapahtuu asiakkaiden kanssa yhdessä ja heidän läsnä ollessaan. Kyseessä on todellinen ryhmätyöskentely, jossa parhaimmillaan toteutuu yhdessä ajattelu. (Seikkula & Arnkil 2005, 93.)

## 4 PERHEEN KÄYTTÄMÄT HALLINTAKEINOT

Läheisten käyttöön ottamat ja toisinaan ei-toivottavat arjen hallintakeinot kehittyvät sairastuneen muuttuneen ja hämmentävän käytöksen myötä. Näiden keinojen tavoitteena on tasapainon säilyttäminen ja ajatus toipumista tukevasta toiminnasta. Ahdistus ja neuvottomuus sekä pelko saavat läheisten käyttäytymisen muuttumaan itselleen epätyypilliseksi. Hallintakeinot muistuttavat kodin ilmapiirin negatiivisia piirteitä, kuten aggressiivisuus, kriittisyys ja ylihuolehtivisuus. Näillä seikoilla oleva vaikutus perhedynamiikkaan ja läheisten reaktioihin saa helposti aikaan hoitotahon syyllistävän suhtautumisen perheenjäseniin. Myös läheiset syyllistävät itseään ”vääristä” hallintakeinoista ja tästä seuraa paljon ristiriitoja perheen ihmissuhteissa. Seuraavassa on tiivistetysti esitetty perheiden käyttämät hallintakeinot. (Johansson 2007, 25.)

- **Pakottaminen** – käytetään rankaisua pakottaakseen sairastuneen toimimaan halutulla tavalla: fyysinen aggressio, kriittisyys, uhkailut.
- **Välttäminen** – pyritään minimoimaan vuorovaikutusta sairastuneen kanssa joko vetäytymällä tai tekemällä puolesta.
- **Välinpitämättömät reaktiot** – ei reagoida, koska ongelmaa ei tiedosteta tai käyttäytyminen hyväksytään osana persoonallisuutta.
- **Mukaan meneminen** – sairastuneen käyttäytymistä tuetaan menemällä siihen mukaan, esimerkiksi vahvistetaan sosiaalista vetäytymistä.

- **Alistuminen** – yritykset kontrolloida sairastuneen käyttäytymistä ovat epäonnistuneet, mikä johtaa voimattomuuteen ja alistuneisuuteen.
- **Rauhoittaminen** – kodissa pyritään luomaan rauhallinen ja tasapainoinen ilmapiiri menemättä mukaan sairastuneen elämäntilanteeseen. Yleensä pitkäaikainen ongelma on jo rajattu kodin ulkopuolelle ja kieltäytytään enää ottamasta osaa siihen.
- **Organisoimattomat reaktiot** – ilmaistaan avuttomuuden ja epätoivon tunteita, samanaikaisesti perheessä käytössä monia erilaisia toimintatapoja.
- **Rakentavat reaktiot** – ongelman parantamiseksi tähtäävät spesifit toiminnot, jotka eivät sisällä rankaisemista tai pakottamista. (Johansson 2007, 25.)

Monet perheenjäsenten käyttämistä hallintakeinoista altistavat uupumukselle ja masentuneisuudelle. Sairastuneen ja hänen perheensä kanssa yhdessä pyritään löytämään yhtenäisiä ja rakentavia hallintakeinoja. Tavoitteena on läheisten vähäisempi kuormittuminen ja sairastuneen toipuminen. (Johansson 2007, 25.)

## 5 PSYKOEDUKAATION JUURUTTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN

**Kotiosoite 3-projekti Helsingissä** vuonna 2003 – 2006 on ensimmäinen kehittämishanke tavoitteena juurruttaa psykiatrian hoitoyksiköihin uudenlainen ja yhtenäinen perhetyömenetelmä. Asiakasperheissä toteutettiin psykoedukatiivista perheohjausta. Tämä hanke on Suomessa ensimmäinen kolmannen sektorin, Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:n ja kunnan henkilöstön, Helsingin terveystieteiden keskuksen psykiatristen osastojen välinen yhteistyöhanke. Tavoitteena oli luoda joustava psykoedukatiivinen perheohjauksen malli aikuispsykiatriaan. (Johansson 2007, 5.)

Perheohjaus toteutettiin työparina sairastuneen hoitoketjussa vuodeosastolta avohoitoon. Projektityöntekijällä oli tapaamisissa parina sairastuneesta hoitovastuussa oleva kunnan työntekijä tai muu hoitoon osallistuva. Projekti tavoitti 87 helsinkiläistä perhettä. Näistä perheistä 64 oli lapsiperheitä, joista vanhempi

oli sairastunut psyykkisesti. Kunnan työntekijöistä 70 ohjasi perheitä projekti-työntekijän parina. Perheen ohjaus sisälsi vähintään 4 perhetapaamista lyhyellä aikavälillä. Malli suosi työskentelyä asiakkaan kotona. Lapsiperheissä sovellettiin Stakesin Toimiva lapsi ja perhe – hankkeen suositusten mukaisia menetelmiä. Nämä olivat Solantauksen v. 2005 ” Lapsi puheeksi ” ja Beardsleen v. 2001 Ennaltaehkäisevä perheinterventio. (Johansson 2007, 5 – 6.)

Projekti tarjosi työntekijöille perhetyömenetelmäkoulutuksen, johon osallistui 62 kunnan työntekijää. Projektin alussa järjestettiin puolipäiväisiä perehdytyspäiviä ja menetelmäkoulutusta vain Helsingin kaakkoisen ja koillisen alueen henkilöstölle. Perehdytysluennot kestivät vuoden, jossa oli 5 koulutuspäivää. Perehdytysluennot sisälsivät seuraavat teemat:

- **Psykoedukatiivinen perhetyö**, luennoitsijana Leif Berg, VTM, VE psykoterapeutti, osallistujia oli 84
- **Kotona tehtävä perheohjaus**, luennoitsijana Monica Johansson, projektivastaava, sh AMK, osallistujia 73
- **Lapsi omaisena**, Luennoitsijana Matti Inkinen, sos.tt, perheterapeutti ja Bitta Söderblom, VTM, sos.psykologi, osallistujia 63
- **Perheinterventio lapsiperheissä**, luennoitsijana Tytti Solantaus, dosentti, lastenpsykiatri, koulutus- ja kehittämisspäällikkö Stakes, osallistujia 66
- **Lapsen kohtaaminen perheessä**, luennoitsijana Eija Keränen, kehityspsykologi, Ensi- ja turvakotiliitto, osallistujia 26. (Johansson 2007, 42.)

Henkilöstön ensimmäinen menetelmäkoulutus alkoi syksyllä 2004, koulutus oli 10-päiväinen ja kesti vuoden. Koulutus noudatti Stakesin koulutusohjelmaa ja oli nimeltään Beardsleen perheinterventio kliinikkokoulutus. Koulutus toteutettiin yhdessä Lapsi omaisena - projektin kanssa. Kouluttajina toimivat Johansson ja Inkinen. Osallistujia oli seitsemän. Koulutuksen tavoitteena oli tähdätä lasten psykiatristen häiriöiden kehittymisen ehkäisemiseen perheissä, joissa vanhempi on sairastunut psyykkisesti. (Johansson 2007, 43.)

Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen osallistuminen mahdollistui koko Helsingin alueella (noin 1 - 2 työntekijää/yksikkö) vasta vuoden 2004 lopulla. Koulutus oli kestoltaan puolivuotinen, ja osallistujat valittiin hakemuksen perusteella. Hakijoita oli yhteensä 73, ja koulutukseen valittiin 55 työntekijää. Koulutuspaketti toteutettiin kahteen kertaan. Koulutukseen liitettiin myös ryhmätyönohjaus, jossa seurattiin ja vahvistettiin työntekijän perheen kanssa toteuttamaa psykoedukatiivista perheohjauksen menetelmää. Kouluttajina toimivat Berg, Johansson, Inkinen ja Söderblom. Koulutus piti sisällään seuraavat aiheet:

- **Psykoedukatiivinen perheohjaus aikuisperheessä**
- **Lapsi Puheeksi – menetelmä**
- **Beardsleen perheintervention esittely**
- **Psykoedukatiiviset vertaisryhmät**
- **Verkostotyöskentelyä perheen tukena.** (Johansson 2007, 43.)

Projektilla oli seurantaryhmä, jolle raportoitiin puolivuositain. Ryhmään kuului 6 -12 psykiatrisen osaston edustajaa. Alusta lähtien ryhmään kuului ylilääkäriedustus sekä sairaalan että avohoidon puolelta. Kaikki toimenpiteet projektista tilastoitiin. Vuonna 2005 psykiatrian tietohallintaohjelmaan (Pegasos) liitettiin kehityksen myötä uudistuneet perhetyön sivut, jotka oli otsikoituna ” perheen ohjaus ” ja ” lapsi puheeksi ”. ( Johansson 2007, 47.)

Projektityöntekijät kirjasivat kaikki yhteydenotot asiakasperheisiin ja viranomaisiin. Asiakasperheiden kanssa toteutetusta psykoedukatiivisesta perheohjauksesta laadittiin kirjallinen yhteenveto kolmen kuukauden välein ja intervention päätyttyä. Yhteenvetoon kirjattiin mm. seuraavat asiat:

- **perheen tilanne perheohjauksen alkaessa**
- **perheen toiveet ja odotukset**
- **työ – ja toimintatavat**
- **perheen tilanne perheohjauksen päättyessä ja arviointi**
- **perheen jatkosuunnitelmat ja toiveet.** (Johansson 2007, 47.)

Osana projektia käynnistyi **seurantatutkimus**(2004), jonka tarkoitus oli keskittyä mielenterveysasiakkaan omaisen hyvinvointiin. Siinä tutkitaan psykoeduka-

tiivisen perheohjauksen vaikuttavuutta, aikuisomaisten kuormittuneisuutta ja tuen tarvetta. Tutkimus on tekeillä. (Johansson 2007, 48.) Toukokuussa 2007 käynnistyi myös **empiirinen tutkimushanke**, joka kulkee nimellä Psykoedukaatiivisen perheohjauksen yhdentyminen kliniseen työhön – psykiatristen ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen (Johansson 2007,48). Tämän tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin koulutuspäivässä 23.2.2010, ja tutkimuksen tuloksia käsitellään opinnäytetyömme kohdassa 7.3.5.

Kotiosoite 3 – projekti oli onnistunut projekti, se tavoitti runsaasti asiakasperheitä, ja perheohjauksen keskeyttäneiden perheiden lukumäärä oli vähäinen. Tuloksena esiin tuli, että perheohjaus sopii kaikille perheille. Kun perheenjäsen sairastuu ensi kertaa, se pysäyttää perheen elämän pitkäksi aikaa ja kriisiyttää perheen arjen monella eri tasolla. Perheet tarvitsevat pitkäaikaisempaa tukea ja ammattilaisen apua. Kertatapaaminen perheen kanssa ei riitä yhteisen ymmärryksen syntymiseen perheen sisällä, eikä tue riittävästi perheen sopeutumista. Usein perheen hätä on suurimmillaan pian sairaalahoidon jälkeen, kun toipuminen ei edisty toivotulla tavalla ja sairaus on itsessään muuttanut perheenjäsenä. Omaisten kanssa työskentely vaatii erityistä herkkyyttä työntekijöiltä, kun otetaan huomioon psyykkiseen sairastamiseen liittyvät erityispiirteet, kuten esimerkiksi vääristyneet käsitykset, itsesyytökset, omaisten pelko ja sairastuneen häpeän tunteet. (Johansson 2007, 92. )

Mielenterveyspotilaat ja heidän läheisensä ovat suuri lapsiperhepalveluiden asiakasryhmä. Yhteiset tapaamiset perhetyöntekijöiden ja psykiatrisen ammattihenkilökunnan kanssa asiakasperheen kotona on osoitus todellisesta halusta kulkea rinnan yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. (Johansson 2007, 93.)



## 6 KIRJALLISUUSKATSAUS PSYKOEDUKATIIVISEEN TYÖKENTELYYN

### 6.1 Tiedon antaminen ja potilastyytyväisyys

Kirjallisuutta ja varsinkin tutkimustuloksia siitä, kuinka psykoedukatiivinen työmenetelmä vaikuttaa potilaan hoitoon ja mahdolliseen kuntoutumiseen ei ole riittävästi. Kuitenkin tiedetään, että tiedon antaminen lisää selkeästi potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksissa, joita tästä aiheesta on tehty, on noussut esiin, että tiedon saamisella on positiivinen merkitys potilaan ja hänen läheisensä hoitoon ja kuntoutumiseen. Etelä - Karjalan keskussairaalassa vuonna 2005 on osastonhoitaja Ursula Viro tehnyt pro gradu-tutkielman potilastyytyväisyydestä psykiatriseen sairaalahoitoon aikuispotilaiden keskuudessa. Tässä tutkimuksessa nousi esille tiedon saannin osalta se, että potilaat, joilla oli omahoitaja, olivat selkeästi tyytyväisempiä saamaansa tietoon. Yleisesti potilaat olivat melko tyytyväisiä tiedon saamiseen. Tyytyväisyyttä selkeästi lisäsi kahdenkeskinen keskusteleminen hoitohenkilökunnan kanssa. (Varis, Kankkunen & Suominen 2007, 35.)

Kanadassa on vuonna 2004 tehty tutkimus ryhmäpsykoedukaation vaikutuksesta elämänlaatuun bipolaarihäiriötä sairastavilla potilailla. Tutkimuksessa nousi esille, että ryhmäterapia paransi potilaiden elämänlaatua ja toimi hyödyllisenä lisänä lääkehoidon kanssa. Tutkimukseen osallistui 57 avohoitopotilasta, ja terapiaa oli ryhmässä 8 kertaa puolentoista tunnin ajan vuoden verran. Ryhmää vetivät sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykiatrit standardoidun formaatin mukaan. Ryhmäkoot vaihtelivat 6 - 20 osallistujaan. Tämän tutkimuksen mukaan elämänlaatu parani potilailla selvästi enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa oli voitu todeta. (Michalak, Yatham, Wan & Lam 2005.)

Hannu Koponen (2006) nostaa esille Suomen Lääkärilehdessä, että psykoedukaatio on arvokas lisä psykoosien hoidossa. Koska psykoosisairauksissa uusiutumisen riski on suuri, niin sen estäminen on oleellinen osa hoitoa. Hän toteaa kirjoituksessaan, että psykoedukaation tuloksista tehdyissä tutkimuksissa on

osoitettu tämän työmenetelmän parantavan hoitoon kiinnittymistä ja vähentävän pahenemisvaiheita noin 20 – 50 prosentilla potilaista. Tuloksellisuutensa vuoksi psykoedukaatio on lisätty psykoosien hoitosuosituksiin. (Koponen 2006, 4199.)

Suomessa on pitkälti pohjauttu Kuiper, Leif ja Lamin koulutuksellisen perhe-työmallin toteuttamiseen. Tuula T. de Bruijn (2006), psykiatrian erikoislääkäri ja vaativan erityistason perheterapeutti, on esitellyt ” käytännön psykoedukaatio mallin psykoosipotilaiden perheille”, Suomen Lääkärilehdessä vuonna 2006. Artikkelissaan hän kertoo, kuinka malli huomioi kokonaisvaltaisesti ja kuitenkin yksilöllisesti kaikki biopsykososiaaliset aspektit, ja sen takia sitä on hänen mukaansa ilo käyttää arjen kliinisessä työssä. Hän nostattaa esiin, että potilaan ja hänen läheisensä kanssa tulisi käydä läpi haavoittuvuus – stressimalli (psykoedukatiivisen lähestymistavan taustalla oleva teoria). Hän tuo esille, että se on itsessään osoittautunut hyväksi psykoedukatiiviseksi työvälineeksi, jonka avulla potilaan sairastumista voidaan työstää tietoa ja ymmärrystä lisäten sekä potilaan selviytymiskeinoja vahvistaen yhdessä perheen kanssa. (Bruijn 2006.)

Bruijn nostattaa esille yhden hyvin tärkeän teeman siitä, että tämä psykoedukatiivinen malli on helposti sovellettavissa myös perinteisesti somaattisiksi ajateltujen sairauksien hoidossa. Hän toivookin, että malli olisi yksi osa lääketieteellistä peruskoulutusta. Potilaat hyötyvät lääkäreiden kokonaisvaltaisen ajattelun vahvistamisesta. (Bruijn 2006, 4224.)

Psykoedukaation käytöstä somaattisen sairauden hoidossa sekä sairaalassa että kotihoidossa kirjoittaa Fran London (2008) artikkelissaan ” Psychoeducation, Patient Education Gets Respect”, Home Healthcare Nurse -lehdessä vuonna 2008. Artikkelissa todetaan useilla somaattisen sairauden vuoksi hoidossa olevilla potilailla olevan myös psyykkisiä oireita eri muodoissa. Varsinkin potilaiden kotiutuessa todetaan olevan tärkeää, että heille turvataan neuvoja ja ohjeita arkipäivän asioista ja erilaisista vaatimuksista selviämiseen. Potilaan ja hänen perheensä opettaminen ja ohjaaminen sairauden hoitamiseen on kotona selviytymisen kannalta erittäin tärkeää. Artikkelissa todetaan psykoedukaation opettavan potilasta ja hänen perhettään keskustelemaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sairaudesta ja sen hoidosta. London toteaa artikkelissaan tär-

keimpien opetettavien aihealueiden olevan jokapäiväisen elämän selviytymisen taidot, lääkityksen merkitys hoidossa ja miten lääkitys toteutetaan, yhteistyötaidot ja yhteisön tuen käyttöönotto, ongelmien tunnusmerkit ja kuinka toimia, jos niitä ilmenee sekä jatkohoidon seurantatapaamisista huolehtiminen aikataulutamalla ne. Artikkelinsa lopussa London ennakoii psykoedukaation olevan menetelmä, jonka merkitys kasvaa tulevaisuudessa. ( London 2008, 209 - 211. )

Lukiessamme kirjallisuutta tiedon antamisesta psykiatrisille potilaille, huomasimme, että selkeästi esiin nousi ajatus, että mitä paremmin potilas ja hänen läheisensä tulee kohdatuksi psykiatrisessa hoidossa, sitä tyytyväisempiä he ovat hoitoonsa ja saamaansa tietoon hoidon aikana. Ongelmana nousee selkeästi esille, että juuri kohtaamattomuus on este hyvälle hoidolle ja kuntoutumiselle. Nostamme tässä kirjallisuusosiossa esiin muutaman tutkimuksen liittyen potilaan ja hänen läheisensä kohtaamiseen psykiatrisen hoidon aikana. Esiin nousi vahvasti se, että tiedon jakamisella on suuri merkitys laadukkaalle psykiatriselle hoidolle. Myös hoitavat tahot pystyisivät tunnistamaan taustalla vellovat tunteet niin potilaalla kuin heidän läheisillään.

## **6.2 Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa**

Nina Kilcku (2008) on tehnyt väitöskirjan vuonna 2008 potilasopetuksesta ensipsykoosipotilaiden hoidossa. Kilcku on luonut tutkimuksensa pohjalta substantiivisen teorian luottamuksen uudelleen rakentamisesta potilasopetuksen avulla psykoosipotilaiden hoidossa. Kilcku tutki aihetta niin potilaan ja hänen läheisensä näkökulmasta kuin myös potilasta hoitaneen sairaanhoitajan näkökulmasta. Kilckun tutkimuksessa aineistona oli ensipsykoosipotilaiden, läheisten ja sairaanhoitajien teemahaastattelut.

Tutkimukseen osallistuneista potilaista oli osa ollut sairaalahoidossa, joten he kuvasivat kokemuksiaan sekä sairaala- että avohoidosta. Osa ei ollut tarvinnut sairaalahoitoa lainkaan. Potilaat olivat ensikertaa psykoosiin sairastuneita, joilla hoidon aloittamisesta oli kulunut vähintään 6 kuukautta, ei kuitenkaan enempää kuin viisi vuotta. Haastatteluun osallistuva läheinen oli perheen jäsen

muu sukulainen tai tukihenkilö. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat olivat työssä mielenterveyspalvelujen avohoidon eri yksiköissä.

Mielestämme aineistoa voi hyvin käyttää opinnäytetyössämme kirjallisuuskatsauksena, koska tulosten tarkastelussa Kilkku on hienosti jaotellut kokemukset aihepiireittäin ja niistä selkeästi korostuu ja nousee esille hoitosuhteen tärkeys. Näistä esille nousseista teemoista on hyötyä psykoedukatiivisen perhetyömallin toteuttamisessa mielenterveyspotilaiden hoitamisessa.

Kilkku jaotteli tutkimuksen tulokset psykoosin puhjettua seuraavaan kuuteen teemaan:

### **1. Elämäntilanteen muuttuminen**

Tutkimus osoitti, että sairastuneen sekä hänen läheisensä elämäntilanne muuttui. Suojaavina reaktioina käytettiin kieltämistä ja epäuskoa. Koko perhe oli tunteiden myllerryksen vallassa. Epävarmuus oli vallalla tässä epäilyvaiheessa. Epävarmuus syntyy usein silloin, kun ihminen ei kykene arvioimaan sairauden ja sairauteen liittyvien tapahtumien merkitystä eikä tapahtuneelle kyetä rakentamaan kognitiivista rakennetta. (Kilkku 2008, 127 – 128. )

### **2. Avun hakeminen**

Sairastuttuaan potilas ja hänen läheinen kokivat, ettei avun hakeminen ollut helppoa. He hakivat kuitenkin apua aktiivisesti. Ensipsykoosissa potilas ja läheinen eivät välttämättä tienneet, että kysymyksessä oli vakava mielenterveysongelma. Ensipsykoosipotilaat ovat usein nuoria, siksi läheiset vähättelivät avun hakemista, ja oireita pidettiin murrosikään liittyvinä. Vaikka potilas ja läheinen tunnistavat psykoosin oireita, niin avun saaminen ei ollut välttämättä itsestäänselvyys. Avun hakemista vaikeutti se, ettei tiedetty, mihin olisi pitänyt ottaa yhteyttä tai kehen. Erityisen vaikeaa avun hakeminen on niille perheille, joissa sairastunut itse ei koe tarvitsevänsä apua laisinkaan ja kieltäytyy tarjotusta avusta. Ensikontaktit hoitaviin tahoihin koettiin usein pettymyksenä. Läheiset kohdistivat suuria odotuksia palveluihin, ja tilanteisiin liittyi paljon toivoa sairastuneen parantamiseksi. (Kilkku 2008, 128 – 129. )

### **3. Kohtaamattomuus**

Kokemukset kohtaamattomuudesta liittyivät tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen estymiseen, tiedon puuttumiseen ja omien tarpeiden ristiriitaan hoitojärjestelmän käytäntöjä kohtaan. Sekä suullista että kirjallista tietoa psykoosista kaivattiin. Läheiset odottivat, että sairaanhoitajalla olisi aikaa kuunnella ja tukea heitä ja että heillä olisi mahdollisuus puhua myös omista huolistaan, surustaan ja selviytymisestään. Tähän ei tutkimuksen mukaan ollut aina mahdollisuutta. Hoitokäytännöt eivät siis vastanneet läheisten tarvetta tässä asiassa. Tutkimuksessa tuli myös esille se, ettei sairaanhoitaja pystynyt tarkastelemaan potilaan ja hänen läheisensä tilannetta heidän kannaltaan, jolloin tuli kokemus kohtaamattomuudesta. Myös esille nousi henkilökunnan kielteinen asenne ja ymmärtämättömyys sairastuneen ja hänen läheisensä tilannetta kohtaan. Tilanteet, joissa potilas ja läheinen kokivat tulleen sivuutetuksi, kertoivat autoritaarisesta kohtelusta, eivät terapeuttisesta lähestymistavasta. Kilkku nostaa tutkimuksessaan esiin 10 vuotta sitten tehdyn tutkimuksen (Latvala 1998) kohtaamattomuudesta, ja tulos on edelleen samansuuntainen kuin tässä tutkimuksessa. Voidaan siis sanoa, että pyrkimys asiakaslähtöiseen hoitamiseen ei ainakaan vielä näy tämän päivän hoitotyön käytännössä. (Kilkku 2008, 129 – 131.)

### **4. Epävarmuudessa eläminen**

Tutkimuksen tulosten mukaan kohtaamattomuuden seurauksena sairastunut ja hänen läheisensä siirtyivät epävarmuudessa elämisen vaiheeseen. Tutkimus esitti, että alkuvaiheen epävarmuus oli siirtynyt pysyväksi olotilaksi, luottamuksen menettäminen itseä ja hoitotahoa kohtaan, omaan elämäntilanteeseen ja avun saantiin. Eläminen epävarmuudessa tuntui tutkittavien mukaan niin että he olivat jääneet ulos normaalista elämästä ja ehkä jopa syrjäytymisen tunteitakin ilmeni. Psykoosiin liittyi kovasti negatiivisia mielikuvia, identiteetti saattoi rakentua mielenterveysongelmaiseksi. Tutkimuksessa esiin nousi, että epävarmuudessa elämiseen liittyi pettymyksiä suhteessa moneen asiaan. Erityisesti läheiset kokivat vihan tunteita siitä, miten he olivat tulleet kohdelluksi. Potilaat ja läheiset kuvasivat myös roolien kääntymistä jopa niin, että he miettivät puolustuksia sairaanhoitajan käyttäytymiselle. Osa jopa rajoitti omien huoliensa kertomista ja kantoi huolta sairaanhoitajan jaksamisesta. (Kilkku 2008, 131 – 132.)

## **5. Kohtaaminen**

Ensikontakti oli erityisen ratkaiseva hoidon alkuvaiheessa. Syntyneellä yhteydellä potilaan, läheisen ja sairaanhoitajan välille luotiin myönteistä luottamusta ja hoidettava pystyi tuntemaan, että hän ja läheinen olivat tulleet ymmärretyksi. Empaattinen kommunikaatio on keskeinen asia yhteistyön rakentamisessa. Tutkimuksessa luottamuksen syntyyn vaikuttivat se, kokivatko potilas ja läheinen sairaanhoitajan osaavana ja auttavana asiantuntijana. Potilaan ja hänen läheisten tunteiden vastaanottaminen ja ymmärtäminen olivat tärkeitä. Kielteisten tunteiden tulee olla sallittuja. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ne normaaleiksi kriisireaktioiksi ja ymmärtää omaisten reaktioita defenseseinä. Kohtaamisen mahdollisti tutkimuksen mukaan dialoginen vuorovaikutus ja tasavertainen suhde. Tiedollinen kohtaaminen osoittautui tärkeäksi tulosten perusteella. Potilaat ja läheiset toivoivat tiedon kertaamista ja samojen asioiden toistamista, koska psykoosi itsessään hankaloittaa muistia ja keskittymiskykyä ja toisaalta läheiset ovat kriisissä, jolloin myös heidän vastaanottokykynsä on rajallinen. Tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä potilaan ja läheisen opettamisessa erilaisia apuvälineitä ja keinoja. (Kilcku 2008, 132 – 135. )

## **6. Luottamuksen palauttaminen**

Potilaat kuvasivat tutkimuksessa, että tuen määrä hoitotalolta väheni luottamuksen palautuessa vähitellen. Luottamuksen palautumiseen liittyivät vahvasti itsemääräämisen, voimaantumisen ja tulevaisuuteen suuntautumisen tunteet. Luottamuksen palauttamista tulee pitää hoidon tavoitteena. Tutkimuksessa esiin nousi julkinen keskustelu, jossa psykoosi tuodaan esille kielteisinä mielikuvina. Sairaanhoitajat pohtivat erityisesti suhdetta julkisuuteen. Potilaat ja heidän läheisensä toivoivat että sairaanhoitajat/ammattilaiset kertoisivat näistä asioista enemmän julkisuudessa. Kilckun mielestä ammattilaisten tulisi lisätä yleistä tietämystä psykooseista. Tällä voitaisiin vähentää mahdollisesti leimautumista ja syrjäytymistä. (Kilcku 2008, 135 – 136. )

### **6.3 Mielenterveyspotilaan itsehallintaa tukeva potilasopetus**

Heli Hätönen (2010) on tutkinut väitöskirjassaan kehittämisalueita, joiden avulla voidaan lisätä potilaan itsehallintaa tukevan potilasopetuksen laatua psykiatri-

sessä sairaalassa. Potilasopetusta tutkittiin ensimmäisessä vaiheessa kuvaamalla potilaiden tyytyväisyyttä, ja toisessa vaiheessa selvitettiin potilaiden kokemuksia potilasopetuksesta ja kolmannessa vaiheessa henkilökunnan näkökulmia. Neljännessä vaiheessa arvioitiin eri potilasopetusmenetelmien vaikutusta suhteessa potilaiden asenteisiin lääkehoitoon, tietotasoon ja koettuun tiedon tärkeyteen nähden. Viidennessä vaiheessa kuvattiin potilaiden kokemuksia kolmesta eri potilasopetusmenetelmästä.

Tutkimuksen tuloksista mainittakoon, ettei potilaiden taustamuuttujilla ollut merkitystä tyytyväisyyteen potilasopetuksen suhteen. Potilailla oli keskeinen tarve saada tietoa sairaalassaoloaikanaan. Tärkeimpiä asioita, joista tietoa haluttiin, olivat hoidon kulkuun tai hoidon vaihtoehtoihin liittyvät asiat. Joka tapauksessa potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa asioista, joista olivat kiinnostuneita. (Hätönen 2010, 54.) Tutkimuksessa vertailtiin myös erilaisia välineitä potilasopetuksessa (esimerkiksi opaslehtiset ja tietokone). Kuitenkin vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä osoittautui tärkeimmäksi. Potilaat myös halusivat itse olla kehittämässä potilasopetusta. (Hätönen 2010, 55.)

Tutkimus osoitti, että potilasopetus useimmiten koostui keskusteluista potilaan ja hoitajan välillä, jonkin verran käytettiin esitteitä, mutta muita apuvälineitä/metodeja harvoin. Hyvin vähän oli käytössä systemaattista ohjaustapaa, ja henkilökunnan koulutustarve menetelmiin oli vähäistä. Edellä mainittua selitettiin muun muassa potilaiden huonolla kunnolla ja vähäisillä henkilöstöresursseilla. Tutkimuksen tuloksena oli, että skitsofreniapotilaat tarvitsevat strukturoitua potilasopetusta ja sitä tukevia menetelmiä, kuten esitteet ja tietokoneohjelmat. (Hätönen 2010, 55.)

#### **6.4 Psykiatriseen hoitoon liittyvästä häpeän pelosta ei kerrota**

Psykkisen sairauteen liittyvää häpeän ja leimautumisen pelkoa ei tulisi vähätellä. Psykiatriseen hoitoon tulisi luoda toimintatapoja, jotka tukevat potilaita ja heidän perheitään. Näin tuo Jaana Inkilä (2006) esille pro gradu-tutkielmassaan Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia pelosta ja niistä selviytymisestä. Riittämätön tie-

don saaminen sairaudesta ja hoidosta lisäävät potilaiden häpeän ja leimautumisen tunteita. Lähtökohtana on, että virheelliset uskomukset, ennakkoluulot, tiedon puute, häpeän ja leimautumisen pelot ovat syynä psykiatristen potilaiden eristäytymiseen. Psykiatrisesta hoidosta tulisi tiedottaa enemmän niin potilaille itselleen, heidän perheille sekä julkisille palveluille ja yhteisöille. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunta sinänsä edustaa julkista palvelua, jonka tulisi lisätä oikeanlaista tietoa psyykkisistä sairauksista ja niiden hoitomahdollisuuksista. (Inkilä 2006, 61 - 76. )

Henkilökunnan tulisi auttaa potilaita löytämään keinoja häpeän ja leimautumisen tunteiden vähentämiseen. Häpeä ja leimautumisen tunne ovat tunteina vaikeita, niistä ei mielellään kerrota, koska niitä hävetään ja pelätään, ne mielellään salataan. Siksi olisi tärkeää, että näistä tunteista kysyttäisiin suoraan potilaalta ja motivoitaisiin puhumaan niistä. Näitä tunteita ei myöskään tulisi vähätellä, sillä ne aiheuttavat sairastuneelle ylimääräistä taakkaa ja tuskaa. Inkilän (2006) tutkimuksessa esiin nousi, että häpeän ja leimautumisen pelkojen tunnistaminen ja niiden ottaminen esiin on haaste hoitotyölle. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä psykiatrisista hoitopaikoista pitäisi tiedottaa enemmän, etenkin niiden positiivisista puolista (Inkilä, Paavilainen & Halme 2006, 34 – 36 ).

## **7 KOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTTAMINEN**

### **7.1 Koulutuspäivän aiheen valinta, kohderyhmä ja suunnittelu**

Valitsimme aiheeksemme kliniseen työhön konkreettisesti liittyvän aiheen. Valintaan vaikutti psykoedukatiivisen perhetyön koulutus Perhe pelissä. Koulutus antoi osallistujilleen valmiuksia toteuttaa suunnitelmallista perhetyötä psykiatrisessa hoitotyössä. Käydyn koulutuksen oppeja tulisi vahvistaa ja varmistaa psykoedukatiivisen työtteen käyttöönotto mahdollisimman laajalti mielenterveystyössä Etelä-Karjalassa. Koulutuspäivän luennoitsijaksi kysyttiin Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistyksen toiminnanjohtajaa Leif Bergiä.



Koulutuspäivän sisällön rakentamisen kannalta oli oleellista, saadaanko Leif Berg luennoitsijaksi. Yhteydenotto Leif Bergiin varmisti hänen toimimisensa koulutuspäivän luennoitsijana edellyttäen että koulutuspäivän ajankohta on hänelle sopiva. Alustavasti sovittiin ajankohdaksi helmikuun puoliväli 2010.

Koulutuspäivän sisällön haluttiin rakentuvan pääosin Leif Bergin jo aiemmassa koulutuksessa hyviksi todettuihin luentoihin. Aiemmin järjestettyyn koulutukseen osallistuneita hoitajia kutsuttiin koolle suunnittelemaan koulutuspäivän sisältöä, jotta se olisi mahdollisimman tarkoituksenmukainen psykoedukaatiivisen työotteen siirtämiseksi työtavaksi jokapäiväiseen hoitotyöhön. Leif Bergin kanssa käydyssä puhelinkeskustelussa sovittiin alustavasti että hänen luentonsa sisältää kuvausta psykoedukaatiivisen perhetyön ”jalkauttamisesta” Aurooran sairaalassa. Käytännön esimerkkien toivottiin kannustavan kuulijoita ottamaan kyseinen työote osaksi hoitotyötä (liite 1).

Eksoten mielenterveyspalvelujen johtoryhmässä mielenterveyspalvelujen palvelujohtaja Timo Salmisaari (2010) esitteli mielenterveyspalvelujen visioita, jotka sisälsivät psykoedukaation. Tästä saatiin lisävahvistusta opinnäytetyön aiheen oikealle valinnalle sekä ajatus siitä, että Timo Salmisaari kutsutaan myös luennoitsijaksi esittelemään eksotelaista psykoedukaatiovisiota.

Palvelujohtaja Timo Salmisaari oli jo aiemmin antanut luvan koulutuksen järjestämiseen ja piti aihetta hyvänä sekä mielenterveyspalvelujen toimintaa tukevana ja vastasi luennoitsijaksi kutsumiseen myöntävästi. Koulutuspäivä oli suunniteltu vain yhden päivän mittaiseksi, ja näin ollen oli kaksi luennoitsijaa riittävä määrä.

Leif Bergin luentojen sisältöön oli yksi opinnäytetyön tekijöistä jo aiemmin tutustunut, ja se vahvisti käsitystä, ettei päivän ohjelmaa kannattaisi rakentaa liian tiiviiksi, jotta keskustelulle jäisi mahdollisuus. Psykoedukaatiivisen työotteen ”jalkauttamisen” kannalta olisi oleellista, että koulutuspäivään osallistujat kokisivat luennot ja keskustelut kuultuaan työtavan omakseen ja mahdolliseksi siirtää käytännön työhön.

## 7.2 Koulutuspäivän markkinointi ja rahoitus

Opinnäytetyönä järjestettävän koulutuspäivän suunnittelu eteni aiheen ja luennoitsijan päättämisen jälkeen rahoituksen varmistamisella. Koulutus toteutettiin Eksoten mielenterveyspalvelujen yksikön sisäisenä koulutuksena. Tämän takia oli tärkeää varmistaa koulutuksen rahoitusmahdollisuus Eksoten koulutusmäärärahoista. Samaan aikaan kun opinnäytetyön tekijät vahvistivat koulutuspäivän aiheen ja toteutustavan, haki Eksoten kehittämysyksikkö intranetissä eksotelaisia sisäisen koulutuksen aiheita ja tiedusteli mahdollisia yksiköiden määrärahatarpeita. Näin ollen koulutuksen järjestäjillä oli erinomainen tilaisuus lähettää koulutuspäivän suunnitelma Eksoten kehittämysyksikköön kehittämispäällikölle esityksenä koulutukseksi. Kehittämispäällikkö piti ideaa koulutuspäivästä hyvänä ja tiedusteli koulutuksen kustannuksia ja vastuuhenkilöä. Koulutuksen kustannuksista ei silloin vielä ollut tietoa, esitettiin vain alustava arvio sekä vahvistettiin vastuuhenkilöiksi opinnäytetyön tekijät. Tarkemmat tiedot tarvittaisiin kuitenkin Eksoten tulevaa koulutussuunnitelmaa varten. Koulutussuunnitelmaan tulevat esitykset oli pyydetty toimittamaan 26.11.09 mennessä.

Yhteydenotto luennoitsijaan vahvisti koulutuskustannukset siltä osin. Luentopalkkioksi Leif Berg määritteli 1000 euroa, ja matkakustannuksiksi arvioitiin 200 euroa koska vielä ei ollut varmuutta matkustustavasta. Koulutustilaa ei ollut vielä varattu, joten tilavuokra täytyi arvioida. Vuokraksi arvioitiin 300 euroa. Koulutuskustannusten arvio lähetettiin myös mielenterveyspalvelujen palvelujohtaja Timo Salmisaarelle ja sairaalapsykiatrian vastuualuepäällikölle ylilääkäri Kari Hänniselle. Molemmat hyväksyivät esitetyn kustannusarvion ja alustavan koulutuspäivän ohjelmarungon.

Koulutuspäivän ajankohdan vahvistaminen oli seuraava tehtävä, koska työvuorolistojen suunnittelu vuoden 2010 puolelle oli jo alkanut. Luennoitsijoiden kanssa asiasta päästiin yhteisymmärrykseen, ja ajankohdaksi sovittiin tiistai 23.2.10. Koulutuspäivän ajankohdan varmistuttua lähetettiin osastonhoitajille ja vastuuyksiköiden johtajille alustavaa tietoa tulevasta koulutuspäivästä, jotta yksiköt voisivat huomioida tilaisuuden vuoden alun toimintaa suunnitellessaan.

Joululomien jälkeen ryhdyttiin selvittämään sopivia koulutustiloja. Koulutus oli suunniteltu 70 osallistujalle. Osallistujien määrä, ruokailumahdollisuudet ja auton pysäköinti olivat asioita, jotka vaikuttivat tilavuokran lisäksi koulutuspaikan valintaan. Koulutustilana tulivat huomioiduiksi Lappeenrannan kaupungintalon valtuustosali, Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden auditorio, tekniikan yksikön auditorio, liiketalousyksikön auditorio, Aikuiskoulutuskeskus Aktivan auditorio ja hotelli Lappeen tilat. Paikaksi valikoitui edellä mainituista syistä hotelli Lappeen Saimaa-kabinetti. Tila sijaitsee keskellä kaupunkia hyvien kulkuyhteyksien päässä, ja alueelta löytyy ruokailumahdollisuuksia ja autoille pysäköintitilaa. Koulutuksen järjestäjillä oli myös positiivisia kokemuksia ko. tilasta vastaavassa käytössä. Tilavaraus suoritettiin ja varmistettiin oheispalvelut, ”videotykki”, mikrofoni ja tiedusteltiin samalla aamukahvin ja lounaan hintoja ja tarjontaa.

Tilojen varmistuttua laadittiin ilmoitus koulutuspäivästä aiemmin sovitun ohjelmavaihtelun pohjalta ja ryhdyttiin selvittämään Eksoten uudistuneita koulutusten ilmoittamistapoja. Organisaatioon oltiin juuri luomassa uutta menettelytapaa koulutusten ilmoittamiseen ja niihin ilmoittautumiseen. Eksoten sisäiseen tiedotusvälineeseen, Nestoriin, oli luotu tapahtumakalenteri, jonka avulla tiedotetaan tulevista koulutuksista ja jonka kautta myös ilmoitetaan koulutuksiin. Ilmoitusmenettely oli kuitenkin otettu vasta äsken käyttöön, ja siksi oli tärkeää jakaa tulevasta koulutuksesta tietoa myös sähköpostitse, koska uusi menettelytapa ei ollut vielä tullut tutuksi henkilöstölle. Sähköpostiviesteissä kerrottiin Nestori-ilmoittautumismenettelystä ja opastettiin sen käyttöön. Uusi tapa ilmoittaa koulutuksista tuntui todella erinomaiselta uudistukselta ja helpotti koulutuksen järjestäjiä melkoisesti, koska käytettävissä oli koko ajan ajantasaiset tiedot osallistujista.

Uusi mielenterveyspalvelujen organisaatio oli aloittanut toimintansa vasta äsken, joten oli tärkeää varmistaa, että tieto koulutuksesta leviäisi koko organisaatioon. Sähköposti-ilmoitus lähetettiin mielenterveyspalvelujen johtoryhmälle psykiatrian lääkäreille, osastojen henkilökunnalle, joillekin nimeltä tunnetuille kuntien mielenterveysyksiköiden hoitajille ja palvelualueen johtajalle toivomuksella, että ilmoitus koulutuksesta saavuttaisi kaikki asiasta kiinnostuneet. En-

simmäiset ilmoittautumiset tulivat varsin nopeasti koulutusilmoituksen julkaisemisen jälkeen ja lisääntyivät koko ajan tasaisesti, vähentäen näin järjestäjien pelkoa, ettei koulutusta voitaisi toteuttaa osallistujien vähäisyyden vuoksi.

### 7.3 Koulutuspäivän sisältö

#### 7.3.1 Koulutuspäivän avaus

Eksoten mielenterveyspalvelujen johtaja Timo Salmisaari (2010) avasi koulutuspäivän ottamalla esille psykoedukaation ja Eksoten. Tavoitteena mielenterveyspotilaiden hoidossa on ns. ” **elämänmukainen hoito** ”. Hoitoa tulisi rakentaa potilaan elämäntilanteen mukaan, mahdollisimman korkeatasoisesti, lääketieteellisin perustein ja niin, että potilaan subjektiivinen kokemus huomioidaan. (Salmisaari 2010.)

Toinen tärkeä Eksoten mielenterveyspalvelujen tavoite on potilaan ” **rinnalla kulkeminen** ”. Esille nousi työntekijän asettautuminen potilaan elämään juuri sillä hetkellä, ymmärryksen hakeminen, aktiivisuus ja kyseleminen. Havaintojen tekeminen on tärkeämpää kuin tulkintojen, ja omat mielipiteet ovat vain ehdotuksia. Työntekijän omat intuitiot ja tunteet toimivat informaation lähteenä. Salmisaari korosti työntekijän taitoa itsereflektointiin, kykyä arvioida itse omaa työskentelyään. Tämän hän katsoi hyvin hyödylliseksi ominaisuudeksi työntekijällä, jopa välttämättömäksi. Hän korosti myös, että erehtyväisyys kuuluu työn luonteeseen. Erehtyminen voi joissain tapauksissa toimia jopa havainnointivälineenä. Potilaan toiveiden tavoittelu ei ole sama asia kuin toiveiden toteuttaminen. Tavoitteena on aiempaa syvällisempi, tutkiva ja tasavertainen yhteistyösuhde mielenterveyspotilaan auttamisessa. (Salmisaari 2010.)

Psykoedukaatio mielenterveystyössä näkyy siinä, että työntekijä on kiinnostunut näkemään, mitä potilaan ympärillä tapahtuu, miten potilas toimii itse ja ihmisten kanssa. Tuskin mikään tulee koskaan muuttamaan, jos ei itse lähde ymmärryksen kautta tilannettaan muuttamaan tai tee mitään. Psykoedukaatio antaa oivan työvälineen havainnoida ja tuottaa tietoa potilaalle ja hänen verkostolleen. Tieto

ja ymmärryksen kasvattaminen taas mahdollistavat muutoksen. (Salmisaari 2010.)

### **7.3.2 Psykoedukatiivisen perheintervention lähtökohta ja tavoitteet**

Leif Berg (2010) avasi omassa puheenvuorossaan päivän Spinozan sanoilla **"Tunteita opitaan hallitsemaan tiedon avulla "** ja paneutui perheohjauksen lähtökohtiin Kierkegaardin teorian pohjalta. Berg käyttää psykoedukatiivisesta perhetyöstä mielellään termiä perheohjaus. Tämän teorian lähtökohtana on työntekijän taito oppia kuuntelemaan ihmistä – potilasta hänen omasta näkökulmastaan, ennakkoluulottomasti ja niin että työntekijä antaa itselleen mahdollisuuden kuulemastaan tehdä itseensä vaikutuksen. Hän korostaa, että aloitus tulee tehdä sieltä, missä toinen on, ei sieltä, missä itse odotat tai oletat toisen olevan. Berg nostaa esiin ajatuksen: Tule työntekijänä auttamistilanteeseen tietämättömyyden tilassa, anna toisen opettaa itseäsi, hillitse oma turhamaisuutesi, tärkeytesi ja tarpeesi pönkittää omaa arvoasi. (Berg 2010.)

Perheohjausta voidaan toteuttaa kaikissa perheissä, joissa perheenjäsen on sairastunut psyykkisesti. Tämä hoitomuoto ei korvaa muita hoitomuotoja vaan on osa sairastuneen kokonaisuhoitoa. Perheohjauksella jaetaan tietoa, jonka avulla sairastuneen toipuminen edistyy ja perheen stressiä vähentävien toimintakeinojen käyttö vahvistuu. Perhetilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen on tärkeää, kohdataan myös lapset ja huolehditaan läheisen hyvinvoinnista. Pyritään jakamaan tunne ihmisen kanssa aidosti. (Berg 2010.)

Psykoedukatiivisella perheohjauksella tavoitellaan tiedon jakamista ymmärrettävällä tavalla, joka taas lisää sairastuneen ja hänen läheisensä ymmärrystä psyykkistä sairautta kohtaan. Annetaan mahdollisimman paljon tukea läheisen jaksamiseen arjessa sekä kehitetään perheen vuorovaikutus – ja ongelmanratkaisutaitoja. Lapsiperheissä tuetaan vanhemmuuteen edistäen lasten tervettä kasvua ja kehitystä. (Berg 2010.)

### 7.3.3 Kun läheinen sairastuu

Kun läheinen sairastuu, muuttuvat perheenjäsenten roolit. Perhe toimii ensi – ja viimesijaisena mahdollisuutena ja avuntarjoajana, yleensä ilman ammattilaisen apua. Perhe ottaa usein hoitajan roolin ja on ns. epämuodollinen palveluohjaaja, joka neuvottelee hoitosysteemin kanssa mahdollisesta avusta sairastuneelle. Sairastuminen on koko perheen tasapainoa heilauttava tilanne. Esiin nousee sekä subjektiivinen puoli (henkilökohtainen murhe/kärsimys, jonka omainen kokee suhteessa sairastuneeseen), että objektiivinen puoli (kokemus päivittäisistä hankaluuksista ja haasteista, joita sairaus luo). Berg korostaa, että sairastuminen on aina traumaattinen kokemus ja se tulisi huomioida hoidossa. (Berg 2010.)

Subjektiivinen huolentaakka sisältää voimakkaan suruprosessin. Läheiset tuntevat suurta tuskaa ja surua, he surevat sitä tervettä perheenjäsentä, joka sairauden myötä on menetetty. He surevat myös omia murheitaan ja menetyksiään. Perheelle omaisen sairastuminen on symbolinen menetys. Perhe kokee muun muassa toivon, unelmien, odotusten, perheen identiteetin, myyttien ja uskomuksien menettämisen. Suru voi kroonistua, jolloin surua ei kuljeta vaihe vaiheelta läpi. Silloin jää kokematta levollinen, rauhaisa tilanteen hyväksyminen. Jos suruvaiheen on läpikäynyt, Berg muistuttaa, että silloin omainen voi sanoa sairastuneelle läheiselleen, ” näkemiin entinen, tervetuloa sellaisena kun olet nyt ”. Emotionaalinen ailahtelevaisuus kuuluu osana sairastuneen perhe-elämään, elämä rytmittyy läheisen sairauden vaihtelujen myötä ja jaksojen mukaan. Tämä on hyvin kuluttavaa perheelle, tunteet vaihtelevat. Muutokset aiheuttavat toisaalta hätää ja tuskaa, uudelleensyntyneen toivon taittaa pois sairastuneen sairauden uusiutuminen, relapsi. (Berg 2010.)

Objektiivinen huolentaakka nousee esiin sairastuneen oirekäyttäytymisessä. Oirekäyttäytyminen kohdistuu usein juuri omaisiin epäsuorasti tai suorasti. Perheenjäsenet joutuvat omaksumaan rooleja, joihin he eivät ole päteviä ja valmiita. Yleensä he sopeutuvat ja oppivat nämä roolit pikkuhiljaa. Perheenjäsenet joutuvat vaatimaan sairastuneelle palveluja eri palveluntuottajilta. Palvelut eivät aina ole saatavilla, ja niistä joutuu joskus taistelemaankin. Sosiaalinen leimau-

tuminen vaikuttaa vahvasti perheenjäseniin ja voi johtaa eristäytymiseen ja häpeän tunteen lisääntymiseen. Sairastuminen kasaa usein myös taloudellisia ja työllisyyteen liittyviä ongelmia. Paineet ja ongelmat kasaantuvat ja lisäävät jännitteitä perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Perheenjäsenten niin fyysinen kuin henkinenkin kuormittavuus kasvaa, ja se aiheuttaa uupumista. (Berg 2010.)

Kun aikuinen lapsi sairastuu, vanhempi näkee menetyksiä niin todellisella kuin symbolisellakin tasolla. Vanhempi ottaa vastuun usein huoltajana. Vanhempi syyllistää itseään etenkin silloin, jos ammattilaisten näkemykset pohjautuvat käsitykselle perhepatologiasta. Sisaren tai veljen sairastumisessa on kyseessä usein kaksinkertainen menetys. Sisaret voivat kokea omien tarpeiden huomiotta jäämistä, ja he yrittävät kompensoida uupuneiden vanhempiensa tehtäviä ja samalla kieltää omia tarpeitaan. (Berg 2010.)

Puolison sairastuttua syntyy emotionaalinen, sosiaalinen ja taloudellinen ahdistus ja menetyksiä. Toinen puoliso joutuu arkielämän pyörittäjäksi ja vastuunkantajaksi. Samalla hän voi kokea voimakasta syyllisyyttä ja joskus jopa voi joutua pohtimaan eron mahdollisuutta. Vanhemman sairastuttua lapset voivat ottaa ns. ” aikuisen roolin ”, he yrittävät olla täydellisiä lapsia, jotta perhe säästyisi lisähuolilta. Lapset ovat varsin usein lojaaleja vanhempiaan kohtaan. Lapsen sairastuminen tuo taas paljon negatiivisia tunteita, huoli ja pelko on keskeisempänä, epävarmuus siitä mitä tulevaisuus tuo tullessaan. (Berg 2010.)

#### **7.3.4 Perhetyössä huomioitavaa**

Berg nosti tiivistettynä esiin psykoedukatiivisessä perhetyöskentelyssä yleisiä huomioitavia asioita. Psykkinen sairastaminen on vaihtelevaa, ja näin perhetyön tulisi olla tilanteeseen sopivaa ja joustavaa. Kaikkia perheenjäseniä tulisi kuulla ja antaa heille mahdollisuus kertoa oma tarinansa tapahtuneesta ja kokemuksestaan sairastuneen kanssa. Perhehaastattelussa tulisi huomioida perheen koulutus-, kokemus- ja kulttuuritausta. Perheenjäseniä tulisi rohkaista avautumaan ja kertomaan esimerkiksi sairaalanjoutumisesta, leimautumisesta, ahdistuksesta, hoidosta yleensä, kokemuksista ja motivoida tunteiden ilmaistamiseen sekä kehottaa säilyttämään sosiaalinen verkosto osana perhe-elämää.

Työntekijän tulisi normalisoida sairastuneen tarve kieltää sairaus osana minäkuvaan sekä pitkäaikaisen hoidon vastustaminen odotettuna osana hoitoprosessia, keskustella ja yleistää sekä normalisoida tilanne niin, että perhe kokee, etteivät he ole ainoita, jota psyykinen sairaus on koetellut.

**Varhaisen perheohjauksen etuina** nousevat mm. seuraavat ajatukset esille:

- hoidon aloitus ei traumatisoi perhettä
- perheen ahdistus lievenee ja perhe-elämä tasapainottuu
- kognitiivisten häiriöiden vaikutukset elämään vähenevät ja uudelleensairastumisen riski pienenee
- perhe suhtautuu myönteisemmin hoitoon
- sairaalahoidon tarve vähenee selkeästi, toipuminen edistyy
- itsemurhariski vähenee
- mahdollistaa lapsen / nuoren terveen kasvun kehittymisen
- työkyky ja kyky opiskella paranevat
- mahdollisesti lääkehoitoa voidaan pienentää
- hoitokustannukset pienenevät
- viranomaisten väliintulot vähenevät. (Berg 2010.)

Suhteessa siihen, miten vähän kokonaisuutena resursseja perheohjaus/perhetapaamiset vievät, voidaan todeta, että tällä hoitomuodolla on varsin positiiviset vaikutusmahdollisuudet sairastuneen ja perheen auttamiseksi. Berg nostattaa esiin myös tämän mallin vaikuttavuustutkimukset. Luennon aikana esitettiin kysymys, miten silloin jos sairastunut kieltää ehdottomasti yhteydenpidon omaisiin? Bergin mielestä tämäkään ei ole este perheiden kohtaamiseen. Tällöin tullaan keskustelussa yleiselle tasolle, puhutaan yleisellä tasolla psykiatrisista sairauksista, hoidosta ja muihin siihen liittyvistä teemoista. Myös tällöin voidaan jakaa tietoa, mutta yleisellä tasolla. Perhettä ja perheenjäseniä voidaan myös kuulla ja antaa mahdollisuus kertoa oma tarinansa. Sairastuneen kanssa ei tule luovuttaa, vaan tulee olla pitkäjänteinen ja motivoida perhetyöskentelyyn sitten, kun aika siihen on kypsä. (Berg 2010.)



### 7.3.5 Psykoedukatiivisen perheinterventioiden yhdentyminen kliniseen työhön

Monica Johanssonin (2009) tekemä loppuraportti syksyllä sisältää psykiatristen ammattilaisten kokemuksia perheohjauksen menetelmäkoulutuksesta. Hankkeen tarkoituksena oli juurruttaa hoitotyön käytäntöihin uudenlainen perhetyön menetelmä eli psykoedukatiiviset perheinterventiot. Hanke oli nimeltään Kotiosoite- projekti, jota käsiteltiin opinnäytetyössä kohdassa 4.3. Tämän hankkeen jatkoksi tehtiin tutkimus, jossa haluttiin nimetä tekijöitä, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliniseen työhön Helsingin psykiatrian osastoilla (Johansson 2009,7). Leif Berg nosti tämän tutkimuksen tuloksia esille iltapäivän luennossaan. Tutkimus oli varsin tuore, ja sen antia tulisi hyödyntää esimerkiksi jatkotutkimuksissa tai koulutushankkeissa.

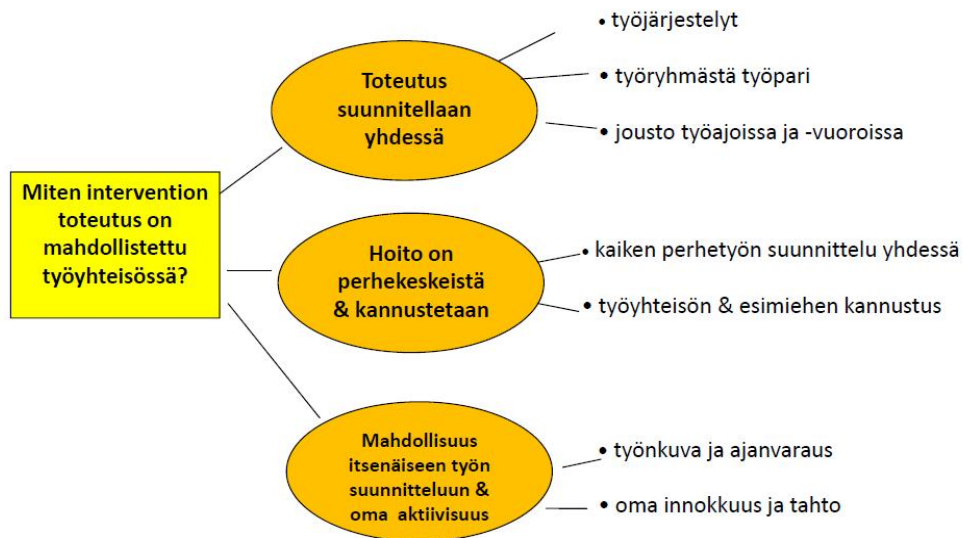
Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena, kuvaavana ja ennustavana tutkimuksena, joka pyrkii kehittämään terveys- ja sosiaalialan yksikön mahdollisuuksia implementoida perhetyön menetelmä käytännön työhön. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua yksilöllistä teemahaastattelua ja ylihoitajien ryhmähaastattelua. Työntekijöillä piti olla tapaamisia perheen kanssa vähintään kaksi, ja sisällön tuli sisältää psykoedukatiivisia auttamisalueita. Työntekijä oli voinut toteuttaa menetelmiä lapsi- ja aikuisperheissä sekä sairastuneen tukiryhmässä. Tapaamisissa työntekijä toteutti tapaamiset yksin tai parina. Pari oli joko hoitoyksikössä koulutetun tai kouluttamattoman työntekijän kanssa tai Kotiosoite 3-projektin työntekijän kanssa parina. Kyseistä aihetta on Suomessa tutkittu hyvin vähän, ja kyseessä oli valmis teoreettinen perhetyön malli, jonka soveltavuutta käytäntöön oli tarkoitus tutkia, tutkimusmenetelmänä käytettiin Grounded Theory- menetelmää. Menetelmäkoulutukseen osallistujien määrä oli 36 ja ylihoitajia oli ryhmässä 5. (Johansson 2009,54, 55, 57, 58.)

Teemahaastattelujen tulokset kuvattiin **neljän** eri teeman kautta. Psykoedukatiivisen perheintervention yhdentymiseen vaikuttavat tekijät aikuispsykiatrian toimipisteissä, menetelmäkoulutuksessa, perhetyön mallissa ja ammattilaisten tai henkilökunnan ominaisuuteen vaikuttavina tekijöinä (Johansson 2009,60).

## 1. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät toimipisteessä

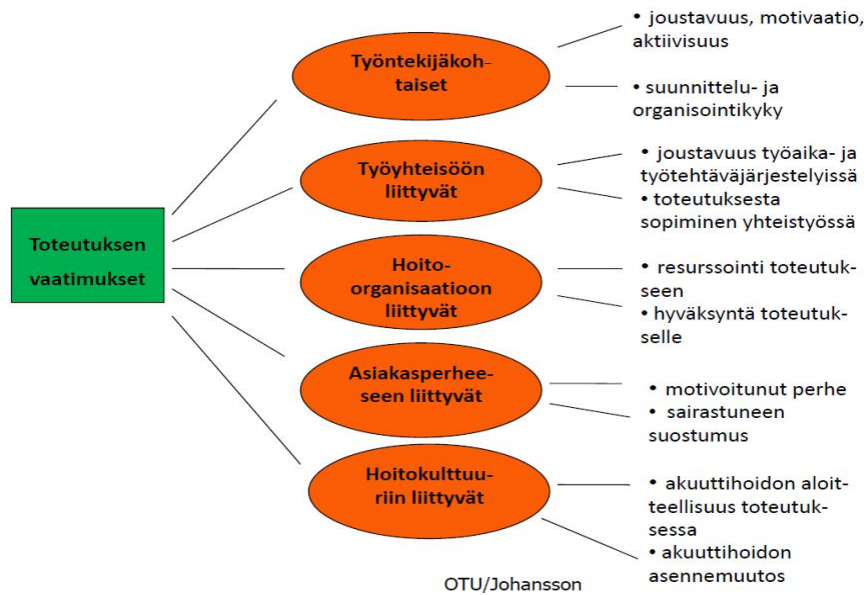
Ensimmäisessä teemassa tutkimuksessa haluttiin selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat psykoedukatiivisen perhetyön menetelmän yhdentymiseen klinisessä hoitotyössä. Haluttiin selvittää, mitä pitkäaikainen perheinterventio vaatii työyksiköltä. Esiin nousi kolme pääkohtaa, työntekijältä, työyhteisöltä ja hoitoorganisaatioltaan vaaditaan tietynlaisia asioita työntekijän kokemuksesta. Työntekijältä vaaditaan motivaatiota, joustavuutta, suunnittelu – ja organisaatiokykyä. Organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat työnantajan hyväksyminen sekä resurssointi intervention toteutuksen aikaan ja henkilöstöön (Johansson 2009, 61 - 63). Työyhteisöltä vaaditaan seuraavia kuviossa 2 esiin nousevia asioita. Kuviossa 3 on esiin nostettu myös perheiltä ja hoitokulttuurilta tulevia vaatimuksia toteuttaa perhetyötä.

Kuvio 2: Perheintervention toteutuksen mahdollistaminen työyhteisössä, s.63



KUVIO 2 Toteutuksen mahdollistaminen työyhteisössä (Johansson 2009, 63).

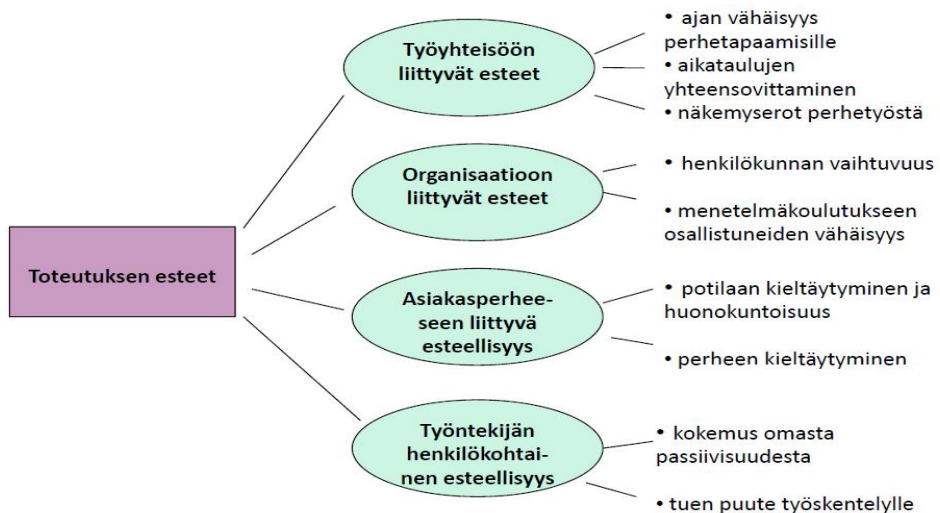
Kuvio 1: Perheintervention toteutuksen vaatimukset toimipisteessä, s.61



KUVIO 3 Toteutuksen vaatimukset toimipisteessä (Johansson 2009, 61).

Työntekijöiltä kysyttäessä mitkä ovat esteet pidempiaikaiselle perheintervention toteutukselle, he nostivat esiin työyhteisöön, työntekijään, hoito - organisaatioon ja perheisiin liittyvät esteet seuraavan loppuraportissa esitetyn kuvion 4 pohjalta.

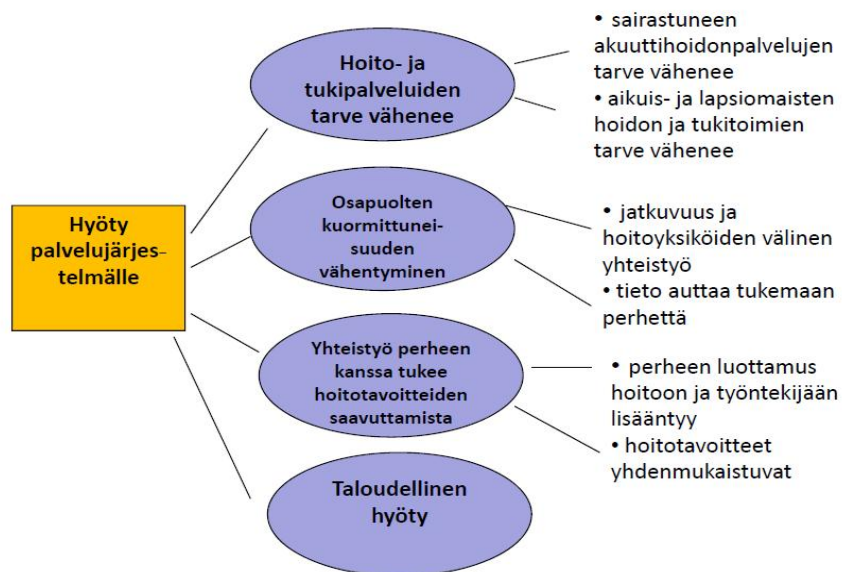
Kuvio 3: Esteitä pidempiaikaisen perheintervention toteutukselle toimipisteessä , s. 65



KUVIO 4 Toteutuksen esteitä toimipisteissä (Johansson 2009, 65).

Teema-alueella kysyttiin vielä pitkäaikaisen perheintervention hyötyä palvelujärjestelmälle (kuvio 5). Työntekijät kokivat, että sairastuneen ja hänen läheisensä hoito- ja tukipalveluiden käyttötarve väheni, eli akuuttihoidon tarpeen väheneminen, jolloin sairastunut selviytyi kotona ja avohoidossa paremmin. Työntekijät uskoivat myös, että ennaltaehkäisevä työskentely vähentää palvelujärjestelmän kuormittavuutta, esimerkiksi terveyskeskuksissa ja työterveyshuolloissa. Hyödyksi koettiin, että perheintervention jatkuvuutta voitiin toteuttaa avohoidossa ja saada näin aikaiseksi yhteistyön lisäämistä hoitoyksiköiden välissä sairastuneen hoitoketjussa. Jatkuvuus perhetapaamisissa vähentää perheiden turhautuneisuutta. Edellytys tälle on, että tieto kulkee eri hoitoyksiköiden välillä ja tiedetään, mitä perheohjaus on. Palvelujärjestelmää perhetyön menetelmä katsottiin tukevan siinä, että yhteistyö perheiden kanssa tuki selkeästi sairastuneen hoitotavoitteita. Omaisten epäluulot hälvenevät hoitoa kohtaan, ja heidän on helpompi tulla osaksi hoitojärjestelmää. Taloudellinen hyöty katsottiin myös palvelujärjestelmälle koituvan perheinterventiotyöskentelystä. Rahallista säästöä tulee, jos perheen lapsi ei sairastu varhaisen puuttumisen seurauksena ja yhteiskunnallisesti on hyötyä siitä, että perheet voivat hyvin. (Johansson 2009, 67 – 69.)

Kuvio 4: Hyöty aikuispsykiatrian palvelujärjestelmälle pidempiaikaisten perheinterventioiden toteuttamisesta, s. 67

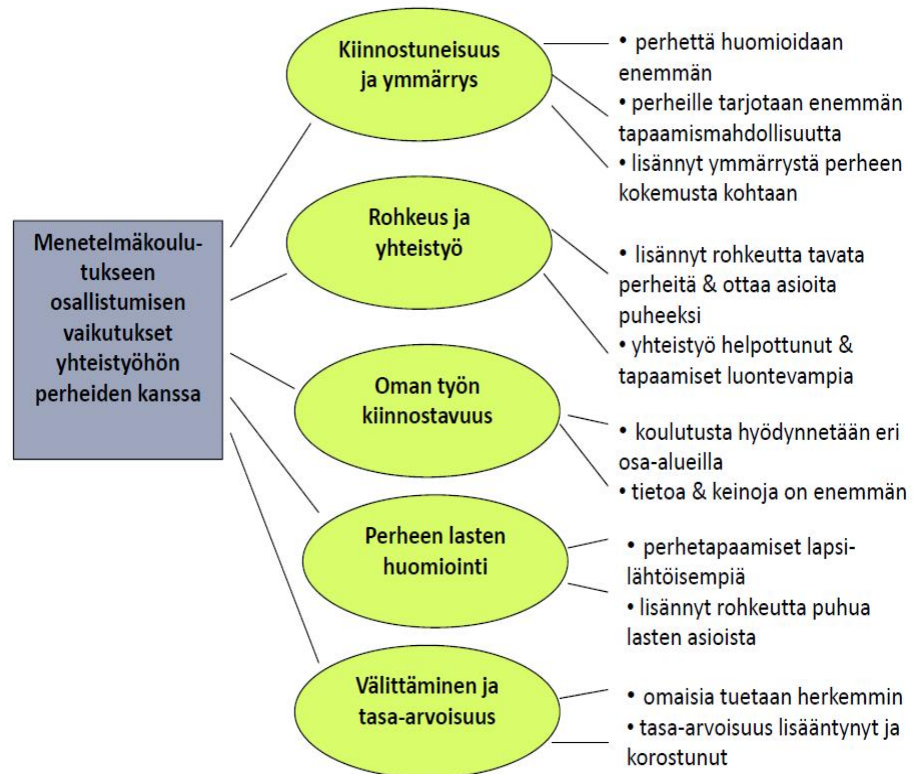


KUVIO 5 Toteutuksen hyöty palvelujärjestelmälle (Johansson 2009, 67).

## 2. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät menetelmäkoulutuksessa

Tämän teeman sisälle sisältyi 11 kysymystä, joissa haluttiin kuvata tekijöitä menetelmäkoulutuksessa, jotka työntekijöiden kokemuksen mukaan vaikuttavat perheintervention yhdentymiseen kliinisessä työssä. Haluamme tässä nostaa erityisesti esille, kuinka menetelmäkoulutus, joihin työntekijät ovat osallistuneet, on vaikuttanut työyksikön perhetyön käytäntöihin. Berg (2010) nostatti esiin tämän kuviossa 6, jossa selkeästi nousee esiin, että rohkeus, kiinnostuminen, lasten huomioiminen ja välittäminen ovat työntekijöiden työskentelyssä selkeästi lisääntyneet.

Kuvio 7: Menetelmäkoulutukseen osallistuneiden kokemuksia sen vaikutuksista yhteistyöhön perheiden kanssa s.89



KUVIO 6 Menetelmäkoulutukseen osallistujien kokemuksia (Johansson 2009, 89).

### 3. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät perhetyön mallissa

Tämän teeman alla haettiin vastausta sille, kuinka työntekijät olivat voineet toteuttaa ja soveltaa perheinterventiota omissa toimipisteissään. Puolet oli pystynyt toteuttamaan menetelmää ilman esteitä. Muutamia mainintoja nousi esille, että perheillä oli tuen tarvetta enemmän, kuin mitä pystyttiin tarjoamaan. Tämä vaatii työntekijöiltä ja yhteisöltä tarkkaa arviointia siitä, kenelle perheinterventio kannattaa tarjota. Joka kolmas työntekijä oli soveltanut menetelmää esimerkiksi niin, että oli jättänyt alkuhaastattelut pois pitkään jatkuneen hoitosuhteen vuoksi. (Johansson 2009,99.)

Joka kuudes työntekijä kertoi, ettei intervention toteuttaminen ollut mahdollista, erityisesti tämä oli noussut esiin akuuteilla osastoilla. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, ettei pitkäaikaiseen perheinterventioon ole mahdollisuutta (lyhyet hoitoajat, kolmivuorotyö ja tapaamispaikan järjestäminen), perheen tuen tarve havaittiin liian myöhään hoidon jo loppuvaiheessa, ja menetelmän toteutukseen ei ollut tarpeeksi aika- ja henkilökohtaisia resursseja. Interventioissa koettiin myös tapaamisten määrä liian moneksi, eikä osattu tarvittaessa soveltaa tapaamisia. Kuitenkin tutkimuksessa nousi esiin, että menetelmää pystyttiin soveltamaan yksittäisissä perhetapaamisissa sekä yksilötapaamisissa. Jopa yli puolet vastanneista työntekijöitä katsoi, että intervention toteuttamiseen kotona olivat hyvät mahdollisuudet. (Johansson 2009, 100 - 102.)

Alaikäisten lasten kohdalla, jossa jompikumpi vanhempi on sairastunut, menetelmä auttoi, että lapset otetaan puheeksi perheen kanssa ja heitä rohkaistaan puhumaan lasten kanssa sairaudesta. Positiivisia asioita, joiden katsottiin vaikuttavan perheen hyvinvointiin, olivat kuulluksi tuleminen kaikkien perheenjäsenten osalta ja keskustelemisen avoimuuden lisääntyminen. Tiedon jakamisen ja keskinäisen ymmärryksen lisäämisen koettiin lisäävän hyvinvointia. Menetelmä sinänsä antoi työntekijälle struktuurin työskennellä, ja se auttoi perhettä itseään löytämään keinoja selviytyä ja vuorovaikutuksen muutokseen kodin ilmapii-rissä. (Johansson 2009, 106 - 108.)

#### **4. Yhdentymiseen vaikuttavat ammattilaisten henkilökohtaiset ominaisuudet**

Tämän teeman alla oli kysymyksiä työntekijöille seitsemän. Haluttiin tietää, mikä motivoi työntekijää tekemään perhetyötä, mitkä ominaisuudet työntekijältä löytyvät ja mitkä tekijät kuormittavat työskennellessä perheiden kanssa. (Johansson 2009,109.)

Perhetyön menetelmäkoulutukseen haettiin siksi, että työntekijällä oli henkilökohtainen tarve saada enemmän tietotaitoa perhetyöskentelyyn, haluttiin kehittää itseään ja tarjota kokonaisvaltaista hoitoa sairastuneelle. Vastauksissa korostui myös se, että perheterapiatyö oli aikaisemmin katsottu vieraaksi työtavaksi ja liian jäykäksi tehdä työtä perheiden kanssa. Yleensä työntekijät olivat kiinnostuneita tekemään perhetyötä sekä katsoivat, että tämä työskentelymalli vastasi myös yksikön tarpeita. Akuuteilla osastoilla työskentelevät eivät nähneet, että koulutus vastaisi hoitoyksikön tarpeisiin ja työntekijällä ei ollut motivaatiota osallistua koulutukseen, vaan monesti osastonhoitaja ns. vähän pakotti osallistumaan, ja koulutus toi vähän vaihtelua työhön. Työntekijöistä suuri osa näki myös perhetyön vaikuttavan potilaan ja hänen läheisensä hyvinvointiin parantavalla tavalla. Työntekijät uskoivat, että sairastunut kuntoutuu, pärjää avohoidossa ja palaa työelämään takaisin perhetyön auttamisen tukitoimilla. Työntekijät kokivat, että perhetyö on haasteellista ja antaa enemmän ymmärrystä potilaan tilanteesta. (Johansson 2009, 110 - 111.)

Ammattilaisen henkilökohtaisista ominaisuuksista tutkimuksessa esiin nousi ensisijaisesti vuorovaikutusta ja tapaamisilmapiiriä tukevat ominaisuudet, kuten kyky kuunnella, empaattisuus, kiinnostuneisuus, ymmärtäväisyys ja työntekijän eläytymiskyky. Omista luonteenpiirteistä tapaamisilmapiiriin positiivisesti vaikuttavista luonteenpiirteistä esiin nousi vahvasti huumorintaju ja positiivisuus. Työntekijät kokivat olevansa myös helposti lähestyttäviä ja yhteistyökykyisiä. Työntekijän omat elämäkokemukset herkistivät auttamaan perhettä, jolloin ymmärrys kasvoi perhettä kohtaan. Nämä työntekijät myös arvostivat omaa ammattitaitoaan, olivat suunnitelmallisia työssään. Yli puolet työntekijöistä oli saanut myös myönteistä palautetta yhteisöltään, ja esimiehen kannustus ja roh-

kaiseminen oli koettu positiivisena. Akuuttien osastojen työntekijät olivat kokee-  
neet suhteellisen vähäksi kannustavan palautteen. Negatiivisesta palautteesta  
ei ollut vastauksissa mainintaa. (Johansson 2009, 111 - 113.)

Perhetyötä eniten kuormittavaksi koettiin muun muassa kokemus keinottomuu-  
desta, huomion jakaminen moneen tahoon, työntekijän oma ahdistuminen, eri-  
mielisyydet perheessä, ajanpuute ja perheen herättämät tunteet. Haasteelliseksi  
koettiin perhetapaamisen tilanteen hallinta, kun koettiin epävarmuutta ja ar-  
kuutta. Alaikäisten lasten kohtaaminen ja perheen kriisi koettiin vaativiksi. (Jo-  
hansson 2009, 114.)

### **7.3.6 Organisaatioon liittyvät toimintamuutokset**

Tutkimusraportissaan 2009 Monica Johansson haastatteli ryhmänä viittä ylihoi-  
tajaa, jotka ovat tärkeässä asemassa organisaatioiden muutostilanteissa kehi-  
tettäessä hoitokäytäntöjä. Ylihoitajien asenne kehitettävään asiaan ratkaisee  
muutoksen etenemisen. Luomalla hallinnolliset edellytykset ja kannustamalla ja  
ohjaamalla henkilöstöä koulutuksiin, ylihoitaja edistää omalta osaltaan hoitotyön  
kehittämistä. Ylihoitajat toivoivat menetelmäkoulutusten vaikuttavan perhekes-  
keisen hoitoprosessin vahvistumiseen ja hoitoyksiköiden välisen yhteistyön ja  
tiedottamisen lisääntymiseen. (Johansson 2009, 115.)

Ylihoitajat katsoivat, että yli hoitoyksikkörajojen toteutuva parityöskentely toteu-  
tuisi paremmin, kun koulutus- ja työhajausryhmät koottaisiin eri hoitoyksiköistä.  
Tämä ei toteutunut tutkimuskohteessa toivotussa määrin. He totesivat uudenlai-  
sen toimintatavan vaativan järjestelyjä ja organisointia. Helsingin psykiatrisen  
hoidon uudelleen organisoinnin toivottiin vähentävän yhteistyön esteitä. (Jo-  
hansson 2009, 115.)

Haastateltavat toivoivat, että koulutuksella vaikutettaisiin henkilökunnan asen-  
teisiin ja muutettaisiin yksilökeskeistä työskentelytapaa perhekeskeisemmäksi.  
Työntekijöille toivottiin välineitä, uskallusta ja rohkeutta perheiden tapaamiseen.  
Ohjaajakoulutuksen katsottiin kehittävän menetelmällisyyttä. (Johansson  
2009, 115 – 116.)



Esteeksi psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutukselle ylihoitajat nimesivät organisaatiomuutoksen. Sen ei katsottu edistävän henkilöstön välistä yhteistyötä. Haastateltavat kokivat etäännyneensä käytännön hoitotyöstä muutoksen aikana hallinnollisten tehtävien ja vastuun korostuttua. Esteenä he pitivät myös epäselvän työn- ja tehtäväjaon sairaalan ja avohoidon välillä. Erityisen ongelmalliseksi koettiin tiedon kulun vähäisyys sairaalan ja avohoidon välillä lyhyiden akuuttien hoitajaksojen aikana. Vanhakantaisten asenteiden katsottiin olevan este muutokselle. Työntekijän heikko motivaatio oli ylihoitajien nimeämä toisinaan ilmenevä este. Motivaation heikkouden katsottiin johtuvan esimerkiksi työntekijän kuormittumisesta, kiireestä tai uupumisesta. (Johansson 2009, 117 – 118.)

Psykoedukatiivista perheohjausta edistäviksi tekijöiksi ylihoitajat mainitsivat ohjeet ja seurannan. Tärkeää on, että perhekeskeinen työote hoitotyössä on kirjattu toimintasuunnitelmaan. Menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden määrän lisääntyminen todettiin edistäväksi tekijäksi. Se lisää työskentelymallin käyttöä, ja työparin saanti helpottuu. Haastateltavat pitivät tärkeänä perhekeskeistä työohjausta ja ohjausta menetelmien käytössä. (Johansson 2009, 119 – 120.)

Ylihoitajat toivoivat osastonhoitajien seuraavan ja kannustavan koulutuksen käyneitä toteuttamaan perheinterventioita. Osastonhoitajien toivottiin myös keskustelevan työntekijöiden kanssa motivaatiosta ja sitoutumisesta heidän hakeutuessaan koulutukseen. Työryhmän arvostuksella, lääkäreiden oikealla perehdyttämällä ja tietoisuuden lisäämisellä perhetyötä kohtaan katsottiin edistävän sen toteutusta yksikössä. (Johansson 2009, 120.)

## **8 KOULUTUSPÄIVÄN ONNISTUMISEN KARTOITUS**

### **8.1 Palautteen suunnittelu ja toteutus**

Opinnäytetyönä järjestettäväksi suunnitellun koulutuspäivän yhtenä tavoitteena oli ”jalkauttaa” psykoedukatiivinen työote Eksoten mielenterveyspalvelujen yksiköihin. Näin ollen oli tärkeää saada tietoa siitä, miten järjestetty koulutus edesauttoi tätä tavoitetta, ja lisäksi oli tärkeää saada tietoa siitä, miten ko. työtapaa jo nyt käytetään eri yksiköissä. Koulutuspäivässä oli tavoitteena saada aikaan vapaamuotoista keskustelua, jonka avulla olisi mahdollista saada palautetta koulutuksen annista yksittäiselle kuulijalle, mutta koska keskustelun aikaan saaminen ja sen kattavuus koko koulutettava joukko huomioiden oli erittäin epävarmaa, päädyttiin kirjallisen palautteen pyytämiseen osallistujilta (liite 2). Lupa palautteen kokoamiseen saatiin mielenterveyspalvelujen johtajalta. Kysymyksessä ei ollut potilaskysely, joten eettisen toimikunnan käsittelyä ei tarvittu. Palautekyselyn kysymykset laadittiin siten, että saataisiin vastaukset kaivattuihin kysymyksiin koskien koulutuspäivän tiedollista antia ja saadun tiedon käytettävyyttä hoitotyössä, sekä psykoedukatiivisen työotteen käyttöä yksiköissä tällä hetkellä. Kyllä - ei-vastaustilan lisäksi varattiin tilaa annetun vastauksen perusteluille.

Palautekyselyä päätettiin hyödyntää myös tulevien koulutusten suunnittelussa. Osallistujilta kysyttiin mielenterveyspalveluyksikön tulevien koulutusten aiheideoita, koska uusi laajentunut organisaatio on tuonut mukanaan myös uudet laajemmat koulutushaasteet. Koulutuksen järjestäjät pitivät palautekyselyä oivallisenä tilaisuutena saada tulevien koulutusten ideoita yhdellä lomakkeella kaikilta mielenterveyspalvelujen alueen yksiköiltä ja eri puolilta Etelä-Karjalaa huomioiden tasapuolisesti niin pienet kuin isotkin yksiköt. Palautelomakkeen alustava versio laadittiin ja sitä muokattiin tarkoitustaan vastaavammaksi yhdessä ohjaavan opettajan kanssa. Tehtyjen korjausten ja muutosten jälkeen palautelomake oli valmis kopioitavaksi.

## **8.2 Palautteen tulokset**

Koulutukseen oli ilmoittautunut 61 henkilöä, joista 59 osallistui. Osallistujista 9 oli miehiä ja 50 naisia. Läsnäolijat tulivat 11:sta (Keskussairaala on tässä luvussa yhtenä yksikkönä) eri Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden yksiköistä. Keskussairaalan eri yksiköistä osallistui yhteensä 35 henkilöä ja muista sosiaali- ja

terveyspiirin yksiköistä 24 henkilöä. Palautetta koulutuspäivästä antoi 59 osanottajasta 47 (n. 80 % osanottajista), pois lukien tämän opinnäytetyön tekijät (3).

### **Käytetäänkö työyksikössäsi psykoedukatiivista työtettä?**

Ensimmäiseen kysymykseen vastauksia tuli yhteensä 47 kpl, kyllä - vastauksia 43 ja ei vastauksia 4. Myöntäviin vastauksiin perusteluja esitettiin 16 kpl. Perusteluissa mainittiin psykoedukatiivisen työtteen kuuluvan tapaan työskennellä, ja asiakkaan hänen läheistensä rinnalla kulkeminen nähtiin keskeisenä osana hoitotyötä. Lasten ja nuorten hoitotyössä koettiin perheiden mukanaolo välttämättömyytenä hoidon eri vaiheissa. Kommentteja liittyen erityisesti psykoosisairauksiin ja niiden puhkeamisen yhteydessä annettavaan psykoedukaatioon oli useita. Tärkeänä nähtiin tiedon antaminen sekä asiakkaalle että perheelle erityisesti näissä tilanteissa. Myös somaattisiin sairauksiin sairastuneiden (esimerkiksi syöpäsairaudet) kohdalla nähtiin tiedon ja keskustelumahdollisuuden antaminen koko perheelle asiakkaan lisäksi erittäin tärkeänä. Joissakin vastauksissa tuli esille, että omassa yksikössä työtettä käyttävät siihen koulutusta saaneet henkilöt, mutta omassa työssä menetelmää ei oikein osaa vielä hyödyntää. Perhetyö ja perhelähtöisyys mainittiin useammassa perustelussa.

Kielteisiä vastauksia perusteltiin mm. sillä, ettei työtapa ole käytössä työyksikössä (ennaltaehkäisevät palvelut). Todettiin myös, että asiakkaat ovat pitkään sairastaneita ja tästä syystä omaiset eivät ole paljoakaan yhteydessä. Koulutusta aiheesta toivottiin lähinnä suhteessa ennaltaehkäiseviin palveluihin.

### **Kuinka usein työskentelet asiakkaiden/potilaiden läheisten kanssa?**

Toiseen kysymykseen vastasivat kaikki palautteen antajat (47). Päivittäin vastasi 19, viikoittain 15 ja harvemmin 13 vastaajista. Vastausvaihtoehtoa päivittäin perusteltiin liittyen omaan tai työyksikön tapaan työskennellä. Psykoedukatiivinen työote oli perusteluissa joko suuri osa työtä yksikössä tai työntekijän toimenkuvaa (esimerkiksi perhetyö). Vastajat toivat esiin myös erittäin merkityksellisinä lyhyet kontaktit omaisten kanssa, esimerkiksi heidän vieraillessaan osastoilla tai puhelinkontaktit.

Viikoittain vastanneet perustelivat osittain samoin kuin päivittäin vastanneet. Heidän kokemuksensa mukaan perheitä tavattiin suunnitellusti, mutta perhetapaamisia ei välttämättä ollut päivittäin. Osa toi esiin myös satunnaiset tapaamiset, esimerkiksi omaisten kanssa. Myös omaisten mahdollisuudet osallistua tapaamisiin tuotiin esiin lähinnä tapaamisten tiheyttä säätelevänä tekijänä.

Vastaajista 13 ilmoitti tapaavansa asiakkaiden/potilaiden omaisia harvemmin kuin päivittäin tai viikoittain. Osa nimesi syyksi oman toimenkuvansa, jossa työ on asiakaskeskeistä, mutta tarvittaessa läheisiäkin tavataan. Asiakaskeskeisessäkin työssä läheisten hyvinvointia pyrittiin arvioimaan yhdessä asiakkaan kanssa hoitosuhteessa. Myös resurssipula nähtiin yhtenä syynä (työparin ja ajan puute). Yhteyksiä omaisiin hoidettiin myös puhelimitse, eikä niinkään tapaamisten muodossa. Myös asiakkaiden negatiivinen suhtautuminen omaisten hoitoon mukaan ottamiseen vaikeutti joissain paikoissa heidän kanssaan työskentelyä (esimerkiksi päihdeongelmaiset potilaat). Osa vastaajista myös ilmoitti tapaavansa säännöllisesti läheisiä, mutta tapaamiset toistuivat harvemmin kuin päivittäin tai viikoittain.

### **Koulutuksen tiedollinen anti vastasi tarpeitani**

Kaikki vastanneet (47) vastaisivat kyllä kysymykseen kolme. Kaikki vastaajat kokivat, että koulutuksen tiedollinen anti vastasi tavalla tai toisella heidän tarpeitaan. Osa perusteli vastaustaan sillä, että vaikka asia oli osittain tuttua, uuttakin tietoa oli mahdollisuus saada. Myöskään kertausta ei pidetty huonona asiana. Osalle vastaajista asia oli suurelta osin uutta, ja aikaisempaa tietoa ei juuri ollut tai oli hyvin vähän. Koulutuksen nähtiin avartaneen käsitystä asiakkaiden kohtaamisesta ja kaikkien hoitoon osallistuvien yhteisen tiedon jakamisesta. Paljon ajatuksia heräsi sekä myös pohdintaa suhteessa omaan tapaan toimia. Myös kehittämisideoita omaan työhön nousi esiin.

Luennoitsijan esitystapa sai paljon kiitosta. Koettiin, että psykoedukaatioon liittyvät käsitteet avautuivat paremmin ja uusia näkökulmia tuttuun asiaan löytyi. Käytännönläheiset esimerkit olivat mielekkäitä. Asia avautui konkreettisella ja omaan työhön sovellettavalla tavalla. Osa koki saaneensa uusia välineitä per-

heiden kanssa työskentelyyn. Psykoedukaation käytännön työtavoista olisi toivottu enemmän tietoa.

### **Miten käytät työssäsi psykoedukatiivista työtettä?**

Tähän kysymykseen vastasi 43 henkilöä palautteen antajista. Osa vastaajista ei vielä juuri menetelmää soveltanut, mutta jatkossa toivoi voivansa käyttää enemmän. Monessa vastauksessa tuotiin esiin perhetapaamiset ja niissä tiedon sekä ohjauksen antaminen niin asiakkaalle/potilaalle kuin omaisillekin. Useassa vastauksessa menetelmä nähtiin jokapäiväisessä työssä luontevana työkaluna, tapana toimia arjessa. Tarinoiden käyttäminen menetelmänä ja asiakkaan sekä hänen perheensä yhteisen tarinan selvittäminen nousi esiin menetelmänä. Tapaamisten avulla myös pyrittiin selvittämään erilaisten asioiden merkityksiä asiakkaan/potilaan elämässä.

Suurella osalla vastauksista menetelmää käytettiin informaation antamiseen ja saamiseen, asiakkaiden tilanteissa ymmärryksen lisäämiseen puolin ja toisin. Monet vastaajista toivat esiin asiakkaan/potilaan ja hänen läheistensä tukemisen, kuulluksi tulemisen ja kriiseissä rinnalla kulkemisen. Asiakkaan/potilaan ja hänen läheistensä kokemusten jakaminen tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa nousi esiin. Useat vastaajista korostivat tuen antamista arjessa selviytymiseen. Lasten ja nuorten hoitotyössä perheiden ja vanhempien tapaaminen nähtiin välttämättömänä osana hoidon toteutusta. Koulutuksellisuus korostui liittyen somaattisiin sairauksiin (ohjaus, itsehoidon tukeminen). Esitteitä tai muuta materiaalia käytettiin hyvin vähän, pääasiallisesti menetelmä oli keskustelu tapaamisten aikana.

### **Millaista koulutusta toivot perheiden/läheisten/verkostojen kohtaamisessa?**

Koulutustoiveita esitti 26 vastaajaa. Vastaajista 10 toivoi menetelmäkoulutusta lisää. Osalla oli toive pidempikestoisesta koulutuksesta. Case-koulutuksia pidettiin tarpeellisena ja välineitä käytännön työhön antavana. Vertaistuen joko ryhmässä tai työnohjauksen muodossa nosti esiin neljä vastaajaa. Syrjäytymisvaarassa ja päihdeongelmaisen asiakkaan/läheisten kohtaamiseen toivottiin koulu-

tusta kahdessa vastauksessa. Myös somaattisesti sairastuneen tai vaikeaan vammautumiseen liittyvä koulutus nähtiin tarpeelliseksi.

Lasten ja lapsiperheiden kohtaamiseen liittyvää koulutusta toivottiin sekä tietoa yhteistyöstä ja sen kehittamisestä eri hoitotahojen välillä. Yhteistyön kehittäminen ja tukeminen nousi esiin useassa vastauksessa. Asiakkaiden ja heidän läheistensä tapaamisten sisällöllistä koulutusta toivottiin liittyen dialogisuuteen ja esimerkiksi reflektioon sekä perheterapeuttisten menetelmien käyttöön osana asiakkaiden/potilaiden sekä läheisten hoitoa.

### **Millaista koulutusta toivot Eksoten mielenterveyspalvelujen järjestävän?**

Vastaajista 29 esitti joko yksilöityjä tai yleisiä koulutustoiveita Eksoten mielenterveyspalveluille.

#### **Yksilöityjä koulutustoiveita:**

- Mindfulness, tietoisuustaito ja rentoutumismenetelmäkoulutus
- testikoulutusta psykologeille
- ryhmänohjaajakoulutusta
- psykoedukaatiokoulutusta (4 toivetta)
- psyykenlääkkeisiin liittyvää koulutusta (lääke-esittelyt myös hoitajille 2 toivetta)
- syrjäytymiseen liittyvää koulutusta
- traumakoulutusta
- perhehoitotyö/perhelähtöisyys
- työhyvinvointiin liittyvää
- esimiehille vuorovaikutus/esimiestaitokoulutusta
- neuropsykiatrista koulutusta (2 toivetta)
- skitsofrenian nykyhoito Suomessa
- johtamiskoulutukset (JTO)
- kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoedukaatio
- bipolaarihäiriön tämänhetkinen hoito
- Florence Smith: somaattisesti/psyykkisesti sairaiden perheiden kohtaaminen

- päihdekoulutusta, yleistä tietoa päihteistä ja ongelmien yhteys psykiatriaan (3 toivetta)
- syömishäiriöiden hoito (2 toivetta)
- dissosiaatiohäiriön hoito
- Heli Hätösen väitöskirja esitelmän muodossa
- kuntoutukseen keskittyntä koulutusta
- perheohjauskoulutusta, esim. Omaiset Mielenterveystyön tukena ry:n 8:n päiväinen koulutus (Leif Berg)

### **Yleisiä koulutustoiveita:**

- terapiakoulutusta
- hoidon substanssin opetusta
- koulutusta psyykkisiin sairauksiin liittyen
- palvelujen rajapintoja koskevaa koulutusta
- monipuolista ammattitaitoa lisäävää koulutusta
- käytännön psykiatriseen hoitotyöhön liittyvää
- nuorten hoitotyöhön liittyvää (2 toivetta)
- lasten huomioimiseen liittyvää kun lapsi itse tai perheenjäsen on sairastunut (3 toivetta)
- koulutusta ajankohtaisista aiheista

Kahdessa vastauksessa toiveena esitettiin työnohjauksen paremman saatavuuden järjestämistä. Kolme vastaajaa olisi toivonut luennoitsijoiden käyttämät diat käyttöönsä etukäteen luentojen seuraamisen helpottamiseksi, sekä 5 vastaajaa kiitti erityisesti Leif Bergin osuutta koulutuspäivästä

### **8.3 Palautteen luotettavuuden arviointia**

Palautteen luotettavuutta arvioitaessa voidaan todeta, että palautteen kerääjät ja sitä arvioineet henkilöt olivat itse mukana koulutuspäivässä. Omaan pitkään kokemukseemme psykiatrisen hoitotyön ammattilaisina perustuen voimme näin ollen arvioida päivän antia ja toteutusta sekä palautetta suhteessa edellä mainittuun.

Laadullisen tutkimuksen, jonka periaatetta palautekysely noudattaa, luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää uskottavuus- ja siirrettävyysskriteereitä. Näiden periaatteiden mukaan arvioitaessa uskottavuutta, vahvistaa kyselyn liittyminen psykoedukaation käsitteisiin ja vastaajien kokemuksiin tämän työmenetelmän käyttämisestä omassa työssään sekä koulutuspäivän antiin. Siirrettävyys sellaisenaan ei välttämättä palautteen analysoinnin osalta toteudu, koska sisällöllisesti palautteen kysymysten yhteenvetojen sisällöt ovat muodostuneet vastaajien subjektiivisesta kokemuksesta suhteessa yhteen tilaisuuteen ja työmenetelmään. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 169.)

Palautteen keruu toteutettiin yhteistyössä koulutuksen järjestävänä tahona toimineen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden mielen- ja mielenterveyspalvelujen johdon kanssa. Mielenterveyspalvelujen johtajan Timo Salmisaaren kanssa sovitun mukainen ja opinnäytetyötämme ohjaavan opettajan Vuokko Koirasen hyväksymä puolistrukturoitu palautelomake jaettiin koulutuspäivän aikana osanottajille. Päivän päätteeksi palautteen antajat palauttivat lomakkeet nimettöminä järjestäjille. Palautteet on säilytetty tämän opinnäytetyön tekijöiden toimesta siten, ettei niitä ole ollut mahdollista ulkopuolisten toimesta tarkastella.

Palaute on koottu kysymyksittäin siten, että vastanneiden määrä on ilmoitettu ja perusteluista on muodostettu yhteenveto. Strukturoimaton palaute on koottu siten, ettei yksittäistä vastausta voi erottaa tai liittää tiettyyn vastaajaan. Palautteen tavoitteena oli saada tietoa myös koulutustarpeista jatkossa. Koulutustarpeet on koottu muodossa, jossa ne oli kirjattu. Joitakin koulutusaiheita oli toivottu useammassa vastauksessa, ja näissä tapauksissa toiveiden lukumäärä on kirjattu sulkuihin aiheen yhteyteen. Palautteen yhteenveto on laadittu siten, että se ei loukkaa ketään ja noudattaa eettisiä ohjeita ja periaatteita.

#### **8.4 Arviointia koulutuspäivästä**

Koulutuspäivä oli onnistunut ja antoisa. Palautteen pohjalta voidaan todeta, että ajatuksemme koulutuksen tarpeellisuudesta oli oikea. Jokainen osanottaja oli saanut uutta tietoa aiheeseen liittyen, ja osallistujia oli paljon. Kouluttajan valinta



oli onnistunut ja hänen käytännönläheinen sekä paljon esimerkkejä sisältävä lähestymistapansa aiheeseen toimiva. Luennot tarjosivat tietoa niin psykoedukaation peruseriaatteista kuin käytännön perhetyöstä.

Koulutuspäivä olisi voinut mahdollistaa uudessa organisaatiossa tutustumisen eri yksiköiden toimintoihin. Keskustelun osuus jäi kuitenkin vähäiseksi luentojen aikana, mutta taukojen aikana siihen oli mahdollisuus. Pyysimme jälkikäteen sähköpostitse palautetta päivästä Leif Bergiltä. Luennoitsijan mielestä joskus koulutustilaisuuksissa syntyy paljon hyvää ajatustenvaihtoa, mutta tässä tilaisuudessa ei niin syntynyt. Kouluttajalla on usein toive saada keskustelua aikaan yleisön kanssa. Aktiivisuus riippuu usein aiheen sisällöstä, onko se tuttua vai ei, ja miten osallistujat ovat omassa työssään keränneet kokemuksia käsiteltävästä aiheesta. Berg (2010) arveli, että osallistujien suuri määrä oli ehkä syynä tähän ja he olivat monesta eri työyksiköstä, mikä vaikutti passiivisuuteen. Kyseessä ei ollut intensiivinen koulutuspäivä vaan irrallinen tilaisuus. Palautelomake antoi osallistujille mahdollisuuden perustella vastauksia, tämä taas antoi syvällisemmän kuvan kysytyistä asioista kuin pelkkä kyllä - ei vastausmahdollisuus. Perusteluja tuli paljon. Koulutustoiveiden avulla on mahdollisuus vaikuttaa koulutustarjontaan organisaatiossa. Koulutuspalautteen antia käsitellään jo toukuussa 2010 Mielenterveysfoorumissa Eksotessa.

## **9 POHDINTA**

Opinnäytetyön aiheen valinta oli helppo. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Psykoedukatiivisen perhetyön kehittäminen yhtenä psykiatrisessa hoidossa käytettävistä menetelmistä on suuri haaste edelleen. Pitkä työkokemuksemme mielenterveystyössä on vahvistanut käsitystä sekä potilaan että hänen läheistensä kohtaamisen tärkeydestä.

Opinnäytetyön toteuttamistavaksi vahvistui toiminnallinen opinnäytetyö ja koulutuspäivän järjestäminen. Saavutimme koulutuspäivään liittyvät tavoitteemme. Päivä oli antoisa ja tarpeellinen sekä menetelmän laajempi käyttöönotto että

teorian päivittäminen on erittäin tärkeää. Psykoedukaation toteuttamisessa on keskeistä parityöskentely ja hoidon jatkumisen turvaaminen yhdenmukaisena avohoidosta sairaalaan ja sairaalasta avohoitoon. Uudistuva organisaatiomme antaa mahdollisuuden työskennellä yli yksiköiden rajojen.

Koulutuspäivän järjestäminen oli osalle opinnäytetyön tekijöistä tuttua aiemmilta vuosilta. Käytännön asioissa oli kuitenkin tapahtunut kuluneiden vuosikymmenien aikana suurta muutosta parempaan suuntaan. Erilaiset viestintävälineet helpottivat järjestelytyötä paljon. Sen lisäksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tuen ja kehittämisen yksikön apu oli myös olennaisen tärkeää, vähäisintä ei ollut sen merkitys koulutuksen rahoittajana.

Kouluttajan valinta oli onnistunut. Aiemmat kokemukset hänen tavastaan kouluttaa olivat erittäin myönteisiä, minkä koulutuspäivä ja siitä saatu palaute todensivat. Esitystapa oli selkeä, ymmärrettävä ja mukaansatempaava. Päivän aikana kuullut esimerkkitapaukset ja luennoitsijan omakohtaiset kokemukset toivat päivän aiheen lähelle kuulijaa ja tekivät psykoedukaatiosta menetelmänä käytettävän oloisen. Lisäksi luennoitsijan tapa keskustella väliajalla koulutukseen osallistujien kanssa, sai erittäin myönteistä palautetta osallistujilta. Tärkeää oli myös mielenterveyspalvelujen palvelujohtajan esityksessään esille tuomat seikat, ”elämänmukainen hoito” ja ”rinnalla kulkeminen”. Useilla dioilla ”rikastettu” esitys teki asian ymmärrettäväksi koulutukseen osallistujille. Palvelujohtajan, kuten myös muiden lääkäreiden osallistuminen koulutukseen oli ”jalkauttamisen” kannalta tärkeää. Tässä opinnäytetyössä mainitussa Monica Johanssonin (2009) tutkimuksessa on todettu lääkäreiden hyväksynnän suuri merkitys psykoedukaatiivisen perhetyön käyttöönotolle yksiköissä. Erittäin merkittävää oli somaattisten osastojen ja perhepalveluiden henkilökunnan osallistuminen koulutukseen. Somaattisessa sairaanhoidossa, varsinkin pitkäaikaissairauksien hoidossa, on psykoedukaatiivisella työotteella erinomaiset mahdollisuudet saada hyviä tuloksia potilaan ja omaisten motivoimisessa, joskus vaikeisiin, pitkäkestoisiiin ja raskaisiin hoitotoimiin.

Koulutuspäivän päätteeksi kerätyn palautteen tarkoitus oli kartoittaa psykoedukaation käyttöä yksiköissä, kysyä koulutustarpeita ja -aiheita suunnittelua varten

sekä tietenkin pyytää osallistujilta palautetta koulutuspäivän onnistumisesta. Meille oli iloinen yllätys osallistujien suuri määrä, mutta vielä iloisempi yllätys oli palautteen antajien määrä. Palautteesta oli helppo päätellä, että koulutuspäivä oli onnistunut kaikilta osin ja ”jalkauttamistavoite” ei ole saavuttamattomissa. Palaute antoi varsin paljon ”eväitä” myös koulutusten suunnittelijoille jatkossa ja on tärkeää, että saatu tieto toimitetaan eteenpäin tuen ja kehittämisen yksiköön palvelujohtajan lisäksi.

Olemme saaneet vahvistusta ajatuksillemme psykoedukaation laajemman käyttöönoton merkityksestä. Yhden opinnäytetyön tekijän kutsuminen alustajaksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Mielenterveysfoorumiin kuvaa koulutuksen jatkumista ja menetelmän käyttöönoton laajenemista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli myös valmistaa psykoedukatiivisesta työotteesta ”tietopaketti”, joka helpottaisi menetelmän käyttöönottoa yksiköissä ja auttaisi perehdytys- ja opiskelijaohjaustilanteissa. Tietoa saatiin paljon ja näin koottuna sen toivotaan ”kuluvan käsissä” eri puolilla mielenterveyspalvelujen yksiköissä. Koska tietoa ja tutkittua materiaalia psykoedukaatiosta löytyy suhteellisen paljon, se mahdollisti myös kirjallisuuskatsauksen osana opinnäytetyötämme.

Tehdessämme opinnäytetyötämme heräsi ajatuksia jatkotutkimuksia varten. Omaisten käsityksiä ja kokemuksia psykoedukatiivisen menetelmän käytöstä osana potilaan hoitoa on tutkittu hyvin vähän. Olisi merkittävää tutkia asiaa enemmän edellä mainitusta näkökulmasta. Työmenetelmän peruskoulutusta on viime aikoina ollut varsin paljon, nyt lienee tullut aika psykoedukatiivisen perhetyön ottamiseksi käytännön työvälineeksi jokapäiväiseen hoitotyöhön. Tukea tarvitaan vertaisryhmien, case- koulutuksien ja työnohjauksen muodossa.

## LÄHTEET

Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä Vipinää tilaisuus, KYAMK.

Berg, L. 2010. VTM, VE Perheterapeutti, Toiminnanjohtaja. Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. 23.2.2010. Kun perheenjäsen sairastuu – psykoedukatiivinen perheohjaus. Luento. Lappeenranta.

Berg, L. 2010. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymisen kliiniseen työhön – psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen. Diasarja ja 23.2.2010 luento, Lappeenranta. <http://www.otu.fi/cms/limages/otupdf/psykoedukaatio.pdf> (Luettu 26.2.2010)

Berg, L & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lieve- tuore: Profami oy.

Bruijn, T. de. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen lääkärilehti 41, 4219 – 4225.

Falloon, I, Boyd, J. & McGill, C. 1987. Family care of schizophrenia. Printed in the United States of America: Second printing.

Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja , sarja 891.

Inkilä, J. 2006. Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo- osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia pelosta ja niistä selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, terveydenhuollon hallinnon koulutusohjelma. Pro gradu – tutkielma.

Inkilä, J, Paavilainen, E & Halme, N. 2007. Psykiatriseen hoitoon liittyvästä häpeän pelosta ei kerrota. Sairaanhoidaja lehti 11, 34 – 36.

Inkinen, M (toim.). 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tampere: Tam- mer - Paino Oy.

Iso – Koivistoinen, E. 2004. ” Pois sieltä, ylös, takaisin ” – ensimmäinen psy- koosi kokemuksena. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja 218.

Johansson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosoite 3 – projektin loppuraportti 2003 – 2006. Lahti. Omaiset mielenterveystyön tukena Uuden- maan yhdistys ry.

Johansson, M. 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymisen kliiniseen työhön. Espoo. Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdis- tys ry. Tutkimusraportti.

Jokinen, J. 2002. Mielenterveyspotilaiden omaisten kuormittavuus ja tuen tarve. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Psykologia. Lisensiaatintutkimus. Kopiot lisensiaatintyön tiivistelmästä, sisällysluettelosta ja johtopäätöksistä.

Kankkunen, P & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY pro Oy.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa – substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

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

Korhonen, T. 2010. Lapsen terveen kehityksen ja mielenterveyden edistäminen aikuispsykiatrisessa hoitotyössä – hoitajan näkökulma. Itä – Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Kuipers, L, Leff, J & Lam, D. 2005. Koulutuksellinen perhetyö, käytännön opas. Helsinki. Profami oy. Käännös Leif Berg ja Mika Lopenen.

Lastensuojelulaki 417/2009. Suomen laki.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100088> (Luettu 22.4.2010)

Lefley, H P. 2009. Family psychoeducation for serious mental illness. United States of America: Oxford University Press.

London, F. 2008. Psychoeducation, Patient Education Gets Respect. Home Healthcare Nurse vol. 26, no. 4, 209 - 211

Michalak, E, Yatham, L, Wan, D & Lam, R. 2005. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact ?. The Canadian Journal of Psychiatry, February. <http://ww1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/cjp/2005/february/michalak.asp> (Luettu 14.11.2009).

Miklowitz, D & Goldstein, M. 1997. Bipolar Disorder A Family – Focused Treatment Approach. New York: A Division of Guilford Publications, Inc.

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

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

Salmisaari, T. 2010. Etelä - Karjalan sosiaali – ja terveystieteiden Mielenterveyspalvelujen johtaja. 23.2.2010. Eksote ja psykoedukaatio. Luento. Lappeenranta.

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

Seikkula, J & Arnkil, T E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammer – Paino Oy.

Solantaus, T. 2006. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelma. Stakes. Toimiva lapsi & perhe – hanke. Manuaali ja lokikirja.

Syrjäpalo K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Varis, U, Kankkunen, P & Suominen, T. 2007. Ovatko aikuispotilaat tyytyväisiä psykiatriseen hoitoon. Sairaanhoidaja lehti 2, 34 – 37.

Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

## LIITE1

### **PSYKOEDUKAATIO (PERHEOHJAUS) MIELENTERVEYSTYÖN HAASTEENA**

-koulutus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden mielenterveyspalvelujen henkilöstölle

Kouluttajana **Leif Berg**, toiminnanjohtaja, VM, psykoterapeutti

Tiistai 23.2.2010 Hotelli Lappee Brahenk. 1 Lappeenranta

#### **OHJELMA :**

Klo 8.00 - 8.30 Ilmoittautuminen ja tervetulo kahvit

Klo 8.30 - 9.45 Koulutuspäivän avaus  
EKSOTE ja psykoedukaatio  
Mielenterveyspalvelujen johtaja Timo Salmisaari

Klo 9.45 - 12.00 Psykoedukaatiivisen perheintervention lähtökohtia ja tavoitteet

- perheinterventioiden viitekehys
- psyykinen sairaus perheessä
- omaisen reaktiot perheenjäsenen sairastuessa psyykkisesti, kuormittuneisuus ja hallintakeinot
- perhetapaamisen kieli
- perheinterventio käytännössä

Klo 12.00 - 13.00 Lounastauko

Klo 13.00 -15.45 Psykoedukaatiivisen perheintervention toteutus -aikuisperheet

- ohjaajan rooli
- perheen motivointi ja haastattelut
- suunnittelutapaaminen
- auttamisalueet ja kriisiväliintulo

Klo 15.45 Koulutuspäivän päätös ja palaute

#### **TERVETULOA !**

Ilmoittautuminen 21.2.10 mennessä Nestori - tapahtumakalenteri - valitse koulutus -

valitse ylävalikosta -ilmoittaudu itse tai sähköpostilla leila.korte@eksote.fi

**KOULUTUSPALAUTE  
HYVÄ KOULUTUKSEEN OSALLISTUJA**

Teemme opinnäytetyötä Saimaan ammattikorkeakoulussa liittyen tämän koulutuspäivän aiheeseen. Tämä koulutuspalautte hyödynnetään opinnäytetyössämme ja Eksoten mielenterveys-palvelujen sisäisen koulutuksen kehittämisessä.

Tuija Karjalainen, Leila Korte ja Auli Pelvo Eksote / PS 1

**1. Käytetäänkö työyksikössäsi psykoedukatiivista työtettä ?**

---- kyllä      ---- ei

Perustele -----

**2. Kuinka usein työskentelet asiakkaiden/potilaiden läheisten kanssa ?**

---- päivittäin      ---- viikoittain      ---- harvemmin

Perustele -----

**3. Koulutuksen tiedollinen anti vastasi tarpeitani**

---- kyllä      ---- ei

Perustele -----

**4. Miten käytät työssäsi psykoedukatiivista työtettä ?**

-----  
-----

**5. Millaista koulutusta toivot perheiden/läheisten/verkostojen kohtaamiseen?**

-----  
-----

**6. Millaista koulutusta toivot Eksoten mielenterveyspalvelujen järjestävän ?**

-----

**KIITOS VASTAUKSESTASI !**