



HOITAJIEN KOKEMUKSIA PERHEKESKEISESTÄ HOITOTYÖSTÄ PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA

Saila Haaparanta
Tuija Järvenpää

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HAAPARANTA SAILA & JÄRVENPÄÄ TUIJA:

Hoitajien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa

Opinnäytetyö 36 s., liitteet 10 s.

Lokakuu 2010

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien omia kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä. Tarkoituksena oli myös selvittää, mitä perhekeskeinen hoitotyö hoitajien mielestä tarkoittaa, millaisena hoitajat kokivat oman osaamisensa perheiden kanssa työskenneltäessä, mitkä tekijät edistivät ja estivät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista sekä miten hoitajat halusivat toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla psykiatrisen sairaalan neljältä hoitajalta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tämän opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina olivat perhekeskeinen hoitotyö, perhe sekä psykiatrinen hoitotyö.

Opinnäytetyön tulosten mukaan perhekeskeinen hoitotyö koettiin perheen auttamisena, potilaan ja perheen tilanteen selkiyttämisenä. Omahoitajuus koettiin tärkeänä osana perheiden kanssa työskenneltäessä. Hoitajat kokivat heillä olevan riittävästi koulutusta ja ammattitaitoa perheiden kanssa työskentelyyn, toisaalta lisätiedon hankinta koettiin hyvänä asiana. Edistävinä tekijöinä hoitajat kokivat yleisen hoitotyön kehittämisen, yhteistyön perheiden kanssa sekä johdon tuen. Estäviksi tekijöiksi koettiin resurssien, tapaamistilojen puutteet sekä hoitajien kokemat erilaiset hankaluudet työssä. Hoitajat kokivat perheiden haastattelut, tapaamiset sekä lasten huomioinnin tärkeäksi.

Tulosten perusteella kehittämis ehdotukseksi nousivat yhteistyön merkitys ja keskustelu organisaation johdon kanssa perhetapaamishuoneiden saamiseksi osastoille. Kehittämis ehdotukseksi nousee myös keskustelut henkilökunnan resurssipulasta perhekeskeisen hoitotyön mahdollistamiseksi.

Avainsanat: perhekeskeinen hoitotyö, perhe, psykiatrinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

HAAPARANTA SAILA & JÄRVENPÄÄ TUIJA:
Experiences of Nurses on Family-oriented Nursing in Psychiatric Hospital

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 10 pages
October 2010

The purpose of this study was to describe the experiences of nurses on family-oriented nursing. The aim was to clarify what family-oriented nursing means for nurses, how they see their own expertise in working with families, what are the advantages and disadvantages of family-oriented nursing and how they would like to realize it. Another aim of this study was to produce information on family-oriented nursing as experienced by nurses.

This study was conducted using a qualitative research method. The material was collected by them interviews and analysed using a content analysis method. The theoretical bases of this study were family, family-oriented nursing and psychiatric nursing.

According to the results of the study family-oriented nursing was experienced as helping the family and clarifying situation of the patient and family. Personal nursing was experienced as an important part in working with families. The nurses experienced that they have enough education and skills for working with families. On the another hand, they considered additional education and training. The development of general nursing, co-operation with families and the support of management were experienced as factors promoting family oriented nursing, whereas the lack of resources and meeting rooms, as well as some difficulties in nursing work were experienced as factors preventing family-oriented nursing. The nurses experienced interviews, meeting with families, as well as taking children into account as very important in carrying out family-oriented nursing.

According to the results, the importance of co-operation and discussion with the management in order to get family meeting rooms in the departments. Were noted as the most central areas of development, as well as discussions on the lack of personnel resources in order to enable better family-oriented nursing.

Keywords: family-oriented nursing, family, psychiatric nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Perhe	7
3.2 Perhekeskeinen hoitotyö	9
3.3 Psykiatrinen hoitotyö	12
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	15
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	15
4.2 Aineistonkeruumenetelmä	15
4.3 Analysointimenetelmä	17
5 TULOKSET	19
5.1 Perhekeskeinen hoitotyö	19
5.2. Hoitajien oma osaaminen perheiden kanssa työskenneltäessä	21
5.3 Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät tekijät osastoilla	22
5.4 Perhekeskeistä hoitotyötä estävät tekijät.....	23
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
6.1 Eettisyys.....	27
6.2 Luotettavuus.....	28
6.3 Tulosten tarkastelu	29
6.3.1 Perhekeskeinen hoitotyö.....	29
6.3.2 Hoitajien oma osaaminen perheiden kanssa työskenneltäessä	30
6.3.3 Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät tekijät	30
6.3.4 Perhekeskeistä hoitotyötä estävät tekijät	31
6.3.5 Hoitajien oma halu toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä.....	31
6.4 Kehittämisehdotukset	32
LÄHTEET	33
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Psykiatrisessa hoitotyössä viimeisten 20 vuoden aikana yksi keskeisimmistä kehityksistä on ollut perheiden mukaan ottaminen hoitoprosessiin (Jokinen & Räsänen 2000, 45). Läheisen psyykkisen sairastuminen onkin perheelle vaikeimpia asioita, mitä joutuu kohtaamaan. Kun perheenjäsen sairastuu, on se kriisi myös perheelle ja muille läheisille (Koskisuus, 2004, 177.)

Potilaan hoitoprosessissa kannattaa panostaa perheen osallistumiseen monista syistä (Pitkänen, Laijärvi, Åstedt-Kurki & Pukuri 2002, 224), koska jos yksi perheenjäsen sairastaa, vaikuttaa se muihin perheenjäseniin ja koko perhekokoaisuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 17). Työskennellessä koko perheen kanssa etsitään mahdolliset riskitekijät ja vaikutetaan niihin. Yksittäisen potilaan hoidossa voidaan hyödyntää perheestä löytyneitä voimavaroja (Pitkänen ym. 2002, 224.) Hoitotyön laatua lisää perheen mukana olo potilaan hoitoprosessissa ja tällöin perhe nähdään voimavarana, joka pitäisi osata hyödyntää (Vähäniemi 2008, 113).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa. Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastatte- luina haastatteleamalla hoitajia, jotka työskentelivät psykiatrisessa sairaalassa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä työelämän, psykiatrisen sairaalan kanssa.

Tavoitteenamme oli saada uutta tietoa ja ymmärrystä perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta hoitajien kokemustiedon pohjalta tulevina sairaanhoitajina. Tavoitteenamme oli oppia löytämään, käyttämään ja hyödyntämään tutkittavaan aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja muita lähteitä opinnäytetyötä tehdessämme.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa.

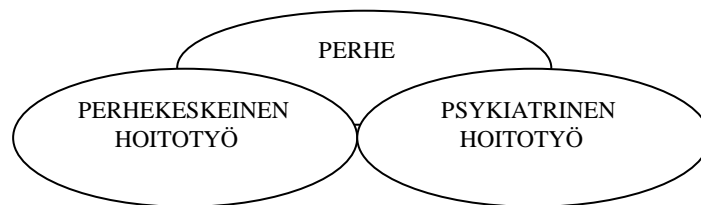
Opinnäytetyömme tehtävät ovat:

1. Mitä perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa?
2. Millaisena hoitajat kokevat oman osaamisensa perheiden kanssa työskennellessä?
3. Mitkä tekijät edistävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista?
4. Mitkä tekijät estävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista?
5. Miten haluaisit toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä?

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa perhekeskeisestä hoitotyöstä ja sen toteutumisesta hoitajien kokemana. Tavoitteenamme oli saada uutta tietoa ja ymmärrystä perhekeskeisen hoitotyön toteutumisesta tulevana sairaanhoitajina pystyäksemme hoitotyön ammattilaisina toteuttamaan perhekeskeistä hoitotyötä omassa työssämme. Saatuja tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä perhekeskeistä hoitotyötä osastoilla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisissa lähtökohdissamme tarkastelemme opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä, jotka ovat perhekeskeinen hoitotyö, perhe sekä psykiatrinen hoitotyö. Nämä kolme keskeistä käsitettä kuvaavat opinnäytetyömme aihetta kiinteästi. Olemme koonneet teoreettiset lähtökohdamme kuvioon 1. Aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia olemme koonneet taulukkoon (liite 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Perhe

Ennen perhekeskeisyyden tarkastelua, on syytä selvittää mitä tarkoitetaan perheellä. Perhe-sana on Suomessa hyvin vanhaa perua, vanhemmissa suomenkielisissä teksteissä on perhe-sanan sijasta puhuttu talosta, ruokakunnasta, huone- tai perhekunnasta. Perhe-sanan nykymerkityksen mukainen käyttö on alkanut 1800-luvun lopulla, kun perhe ei enää ollut koko talo, vaan lasten ja vanhempien muodostama kasvatusyhteisö (Viljanen 1994, 3/94, 7).

Perheen määritelmä on biologisten vanhempien, isän ja äidin sekä näiden yhteisten lasten muodostama yhteisö, joka asuu samassa osoitteessa. Tänä päivänä on erilaisia perheitä, kuten lapsettomia, samaa sukupuolta olevia, uusperheitä sekä iäkkäiden ihmisten perheitä (Toivio, & Nordling 2009, 264.) Jokaisella meistä on omat käsityksemme ja henkilökohtaiset käsitykset perheestä, perhe käsitteenä onkin hyvin tunnepitoinen sana (Etzell ym. 1998, 78).

Suomessa sanalla perhe tarkoitetaan yleensä niitä ihmisiä, joiden kanssa asumme (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 21-22). Yksilötasolla ihmiset määrittelevät perheensä hyvin eri tavoin. Perhe, suku, meidän nuoriso, meidän vanhukset, muksut, kakrut, seniorit, juniorit, rakkaat, läheiset ja ystävät ovat tuttuja termejä (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11.)

Perinteisesti perhe on määritelty isän, äidin ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11). Perhe on ennen ollut kiinteämpi ja pysyvämpi, mutta nykyisin korvautunut sosiaalisilla verkoilla avioerojen ja uusioperheiden myötä (Paunonen, & Vehviläinen-Julkunen 1999, 53). Perheen määrittely on sidoksissa yhteiskunnalliseen muutokseen ja kulttuuriin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15).

Eri tieteenaloilla ja kulttuureissa perheen käsitteellinen määrittely vaihtelee paljonkin. Ihmisillä on yleensä mielikuva yhden tai useamman vanhemman ja lapsen muodostamasta perheestä, joilla on emotionaalinen suhde toisiinsa sekä he yhteisesti jakavat fyysisen tilan, kodin. Kuitenkin perheet ovat vieläkin monimuotoisempia. Perheen olosuhteet muuttuvat lasten kanssa elävien aikuisten elämän varrellaan tekemien erilaisten ratkaisujen johdosta ja niillä on aina vaikutus myös lasten elämään (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 12.)

Perherakenteet ovat muuttuneet aikojen kuluessa Suomessa melkoisesti. Muuttoliike on kuljettanut perhepiirin jäseniä kauaksi toisistaan ja perheet ovat pienentyneet. Ydinperhe, johon kuuluu kaksi sukupolvea, yleensä avo- tai aviopari ja heidän alaikäiset lapsensa asuvat usein kaukana isovanhemmistaan. Suomessa on ollut kolmen sukupolven perheitä aina vähän, mutta nykyisin ne ovat todella harvinaisia (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri & Lahti 2006, 26.)

Nykyisin perheiden rakenteet ovat monimuotoisempia kuin aikaisempina vuosikymmeninä, jolloin perheen muodostivat isä, äiti ja heidän yhteiset lapsensa. Tätä kutsuttiin ydinperheeksi. Hoitotyössä kohdataan erilaisia perheitä, esimerkiksi yksinhuoltajaperheitä ja uusperheitä. Perhetilanteen kriisiytyessä on tärke-

ää ottaa puheeksi kuluneen vuoden aikana tapahtuneet muutokset perheen rakenteissa ja ymmärtää muutoksen merkitys nykytilanteelle (Tukiainen & Lindroos 2009, 39.)

Lapsella voi olla useampi vanhempi ja uusia sisaruksia ydinperheen sijasta. On mahdollista myös, etteivät läheiset aikuiset elä samassa kodissa lapsen kanssa. Enää ei ole yksiselitteistä se, kenellä aikuisella on vastuu lapsen kasvatuksesta ja hoidosta. Perheen käsitettä määriteltäessä on otettava huomioon esimerkiksi sateenkaariperheet, monikulttuuriset perheet ja lapsettomat perheet (Järvinen, ym. 2007, 12-13.)

Suomen kaltaisissa länsimaisissa teollistuneissa yhteiskunnissa perhe on ensisijaisesti psykologinen ja sosiologinen käsite. Ihmisten mielissä liittyy sanaan perhe paljon erilaisia tunteita ja arvoja. Ihmisten yhteenkuuluvuuden tunteesta syntyy perhe, joka voi riippua paljonkin kulttuurista, sen rooleista ja normeista (Taipale ym. 2003, 23.) Yhteiskunnan muuttuessa myös perheen rakenne, sisältö, asema ja merkitys vaihtuu (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 20).

Psykykinen sairastuminen ja toipuminen asettavat potilaan perheen koetukselle. Sairastuminen mielenterveysongelmaan ei ole syy perheelle pysyä yhdessä, mutta se ei ole syy erotakaan. Kaikkien perheiden tulisi löytää omat keinot ja voimavaransa selviytyä, toimia ja olla onnellisia yhdessä (Koskisuus 2004, 179.) Perhe on merkittävässä asemassa tiedonantajana potilaan hoidossa (Alenius 2009, 74).

3.2 Perhekeskeinen hoitotyö

Perhekeskeisellä hoitotyöllä tarkoitetaan hyvää hoitamista, jossa huomioidaan potilaan perhetilanne ja hänen läheisensä. Hoidossa otetaan huomioon sekä potilaan että perheenjäsenten tarpeet ja vastataan niihin (Åstedt-Kurki ym. 2008, 31.) Perheen vuorovaikutus ja perhedynamiikka ovat keskeisiä asioita perhekeskeisessä hoitotyössä (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 123). Perhekeskeisyyden lähestymistapa on laajentunut yksilön tasolta selkeäs-

ti perheen ja yhteisön tasolle. Suomessa on alkanut vuonna 1979 ensimmäinen perheterapiakoulutus, josta perhekeskeisyys on vahvistunut lähestymistavaksi psykiatrisessa hoitotyössä 1980-luvulla (Välimäki 2000,73.) Perhekeskeisyydestä puhuttaessa perhekäsitys supistuu yleensä ydinperheeseen (Liinamaa 2008, 304).

Perinteisesti perhekeskeisyys on yhdistetty hoitotyöhön. Perhekeskeisen hoitotyön tehtävänä on saada tietoa perheen elämäntavoista sekä vaikuttaa niihin. Perheen tukemisella lisätään perheen hyvinvoinnin tasoa. Vuorovaikutussuhde perheen ja hoitajan välillä tarkoittaa molempien arvojen tunnistamista sekä tassa-arvoista kohtaamista (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 64.)

Perhekeskeisyyden tulisi toteutua kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Perhekeskeisyys tarkoittaa hoitamisessa perheen mukaan ottamista koko hoitoprosessiin ja päätöksentekoon. Perhekeskeisyys voi käytännön hoitotyössä merkitä kahta asiaa. Perhe voidaan ensinnäkin ottaa hoitoon mukaan taustatueksi, jolloin yksilö on hoidossa keskeinen. Toinen mahdollisuus on, että perhe on itsessään hoitotyön keskeinen mielenkiinnon kohde ja yksittäinen perheenjäsen on toissijainen. Yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa yleensä muihin perheenjäseniin ja koko perhekokonaisuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16-17.)

Perhekeskeisyyttä pidetään nykyään hoitotyössä selkeänä periaatteena ja sen merkitys on korostunut psykiatrisessa hoitotyössä entisestään avohoitopainotteiseen hoitoon siirryttäessä (Åstedt-Kurki ym. 2007, 231). Kuka tahansa hoitoyöntekijä voi tehdä perhekeskeistä työtä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 77). Perhe- ja verkostokeskeinen näkökulma on ennemminkin työnteon asenne, työote ja ajattelutapa eikä erillinen menetelmä hoitotyössä. Perhe- ja verkostokeskeisessä työtavassa otetaan huomioon yksilön lisäksi aina perhe ja verkosto (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 121.)

Usein perhekeskeisyys on enemmänkin periaate hoitotyössä, eikä suunniteltua toimintaa. Yleisesti käsitetään perhehoitotyö enemmänkin systemaattisena, kokonaisvaltaisena sekä terveyskeskeisenä ja että siinä huomioitaisiin perheen

voimavarat ja vahvuudet (Vähäniemi 2008, 113.) Kun koko perhe nähdään asiakkaana, hoito ei ole yksilökeskeistä hoitotyötä. Perhekeskeisessä hoitotyössä koko perhe otetaan mukaan yksilön taustatueksi ja tällöin nähdään, että koko perhe on hoitotyön asiakas (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 13.)

Yksilövastuisen hoitotyön käytäntö yksikössä edesauttaa perhekeskeisen periaatteen toteutumista Potilaan omahoitaja oppii tuntemaan perheen ja pystyy useimmiten huomioimaan koko perheen käytännön tasolla (Vähäniemi 2008, 113.) Perhekeskeisessä lähestymistavassa huomioidaan potilas ja hänen perheenjäsenensä hoitosuunnitelmaa laadittaessa (Rönkkö 2002, 197). Toimivassa hoitoympäristössä ja hoitoprosessissa perhekeskeisyys nähdään luontevana osana, jolloin hoitotyöntekijät ovat aktiivisessa roolissa. Potilaalle kerrotaan, että perheen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin ovat normaali tapa toimia (Vähäniemi, 2008, 114.)

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtunut suuria muutoksia suunnitelmallisen psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen myötä. Muutos on merkinnyt sitä, että kun aikaisemmin jäätiin pitemmäksi aikaa sairaalahoitoon, palataan nykyisin nopeammin takaisin yhteiskuntaan omaisten ja läheisten pariin. Omaisten vastuu läheisten hyvinvoinnista on lisääntynyt. Koska resursseja avohoitoon ei ole kyetty lisäämään suhteessa sairaalapaikkojen vähentymisen kanssa, potilaiden omaisista onkin tullut hoitojärjestelmän kannalta tärkeä voimavara ja lisäresurssi (Nyman & Stengård 2000, 15.)

Stengård (2005) on tutkinut väitöskirjassaan skitsofreniaa sairastavien lyhytaikaisia seurauksia ja vaikeasti mielisairaiden ihmisten perheenjäsenten ymmärrystä ja tilanteita. Tutkimuksessa tuli esille, että vaikeasti psyykkisesti sairaan henkilön hoitoon ja kuntoutukseen tulisi perheenjäsenet ottaa mukaan. Kun omainen huolehtii sairaasta perheenjäsenestä, he tarvitsevat hoidosta ja tuesta riittävää tietoa sekä käytännön neuvoja. Myös taloudellinen ja henkinen tuki koettiin tärkeänä omaisille, jotta he suoriutuisivat omaisen huolehtimisesta (Stengård 2005, 119.)

Perheenjäsenen sairastaessa saattaa kaikkien perheessä olevien roolit muuttua, jolloin esimerkiksi aikuisesta lapsesta tulee vanhempinsa hoivaaja. Perheen vuorovaikutus, päätöksenteko sekä roolit ovat yhteydessä perheen hyvinvointiin (Åstedt-Kurki ym. 2008, 15.) Yhteiskunnan muutosten mukana perheen määrittely muuttuu, sillä perheet liikkuvat paljon ja muuttavat maasta toiseenkin. Hoitotyössä täytyy ottaa huomioon eri kulttuureista lähtöisin olevat perheet ja rakenteeltaan perinteisestä ydinperheestä poikkeavat uusperheet, mikä asettaa haasteita hoitotyöntekijöille. (Ivanoff ym. 2001, 11.)

Potilaan sairauden toteaminen on yleensä kriisi perheelle ja läheisille. Perheta- paamisissa he saavat kaipaamansa tietoa sairaudesta sekä lievittää omaisten huolta (Lindroos 2005, 431.) Sairastuneen elämässä voi olla muitakin ihmisiä, kuin hänen perheensä. Sosiaalisella verkostolla, sen koostumuksella ja ominaisuuksilla on ihmisen hyvinvoinnille ja mielekkyyden kokemukselle merkitystä (Koskisuu 2004, 188.) Varsinkin, kun sairastuminen voi huonontaa kuntoutujan toimintakykyä väliaikaisesti tai pidemmäksi aikaa, jolloin hänen riippuvuutensa muista ihmisistä kasvaa. Perheenjäsen sairastuessa sisäinen rooli- ja työjako perheessä voi muuttua (Koskisuu 2004, 177.) On tärkeää kartoittaa perhesysteemissä sillä hetkellä tapahtuneet muutokset, jos useampi perheenjäsen alkaa oireilla niin psyykkisesti tai fyysisesti. Jos muutokset ovat nopeita tai muutoksia kasautuu paljon, kaikkien perheenjäsenten tasapaino saattaa järkkyyä (Lindroos 2005, 427.)

3.3 Psykiatrinen hoitotyö

Mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöiden hoitoa koskeva kirjallisuus ja niiden käsitteet ovat varsin kirjavia. Mielenterveystyön, mielenterveyshoitotyön ja psykiatrisen hoitotyön sisällöt poikkeavat toisistaan vaikka käsitteitä käytetään usein samassa merkityksessä. Psykiatrinen hoitotyö on käsitteenä suppeampi kuin mielenterveystyö. Psykiatrinen hoitotyö käsittää tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia auttaa ja tukea, kun ihminen kärsii vakavista mielenterveyshäiriöistä (Holopainen & Välimäki 2000, 13.)

Ensisijaisesti psykiatrinen hoitotyö nähdään ihmisten auttamisena inhimillisten kokemusten ongelmissa, siitä huolimatta, että lääketieteellisen diagnoosin mukaan ihminen usein sairastaa yhtä aikaa esimerkiksi skitsofreniaa tai depressionia. Psykiatrinen-sanan rinnalle ovat tulleet mielenterveystyö ja hoitotyötä kuvaava mielenterveyshoitotyö (Linnainmaa 1999, 28.)

Psykiatrinen hoitotyö nähdään vastuullisena ja itsenäisenä työnä. Olennaisina asioina siinä nähdään hoitosuhdetyöskentely, ryhmätoiminnot sekä terapiatyö. Sekä avohoidossa että sairaalassa toteutetaan kaikkia edellä kuvattuja toimintoja. Hoitosuhdetyöskentelyssä itsenäisyys tulee vahvasti esille, sillä hoitajan pitää kyetä selvittämään potilaan asioita kokonaisvaltaisesti ja kyettävä myös tekemään itsenäisiä päätöksiä hoidon etenemisen suhteen (Välimäki & Mäkitalo 2000, 16-17.)

Psykiatrinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että psykiatrisen potilaan elämän tunnetaan ja että sitä arvostetaan. Ihmisen käytökseen löytyy aina syy, kukaan ei ole tahallaan tai syyttä levoton, hankala tai aggressiivinen. Omaisten hyvinvointi sekä jaksaminen on tärkeää, sillä se on suuri osa potilaan kokonaisuhoitoa (Latvala ym. 1995, 20.) Mielenterveyslain mukaan potilaan psyykkisen sairauden hoito on hoidettava mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423).

Psykiatrisen hoitotyön peruspilareihin kuuluvat potilaan kohtaaminen, ymmärrys ja kokonaisvaltainen hoito. Työryhmän tuki on tärkeää, sillä se auttaa ratkomaan erilaisia ongelmatilanteita hoitosuhdetyöskentelyssä. Ongelmatilanteissa työryhmän tuki ja uudet näkökulmat auttavat etenemään. Aina ei kuitenkaan käytössä ole työryhmää, joten on kyettävä toimimaan hyvinkin itsenäisesti päätöksen teossa (Välimäki & Mäkitalo 2000, 17.)

Huolenpito, välittäminen, empatia sekä luottamus ovat hoitosuhteessa keskeisiä asioita. Hoitosuhteessa ollaan eri vaiheissa. Se alkaa tutustumisella, jolloin potilas ja hoitaja tutustuvat ja ryhtyvät kartoittamaan yhdessä potilaan kanssa hänen voimavarojaan. Seuraavana vaiheena on hoitosuhde, jossa yh-

teistyö rakentuu hiljalleen potilaan ja hoitajan välille ja tähän sisältyy potilaan tarpeiden mukainen hoito. Kolmantena vaiheena on arviointi, joka kulkee mukana koko hoitoprosessin ajan ja se on sidoksissa tutustumis- ja hoitosuhdevaiheen sisältöön (Latvala ym. 1995, 16.)

Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu myös ihmisten yleinen käsitys mielenterveyttä edistävänä ja tukevana toimintana. Siihen kuuluvat myös asenteelliset, taidolliset ja tiedolliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijä kykenee auttamaan vakavista psyykkisistä ongelmista kärsiviä ihmisiä sekä heidän läheisiään ja omaisiaan (Holopainen & Välimäki 2000, 14.)

Koska sairastuneen ihmisen maailma voi olla osin epätodellinen ja kaoottinen, on hoidon keskeisenä tavoitteena auttaa potilasta saamaan oma maailmansa jäsenyntyneeksi ja todelliseksi. Selkeä, kokonaisvaltainen ja suunnitelmallinen hoito on tärkeää. Viimeisen 20 vuoden aikana edistysaskel psykiatrisessa hoitotyössä onkin ollut perheiden mukaan ottaminen hoitoprosessiin. Psykoosiin sairastuneen ennuste on riippuvainen lähiympäristössä olevien ihmissuhteiden laadusta ja siksi vuorovaikutuskeskeinen hoito-ote on tärkeää. Tiedetään, että perheen tunnelatautunut ilmapiiri, potilaaseen kohdistunut vihamielisyys ja kiintymys saattavat altistaa uudelleen sairastumiselle ja siitä syystä hoidon suunnittelu yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa on tärkeää (Jokinen & Räsänen 2000, 45.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä sovellettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimusmenetelmä on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. On kuitenkin huomioitava, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin, koska kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on enemmänkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia asioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157-160.)

Laadullinen tutkimus tarkastelee todellisuutta ilman aineistonkeruuta ja analyysia tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa. Kuitenkin tutkimuksen tekijän tulee ymmärtää mitä tutkii, jotta kykenee keräämään aineistoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullista tutkimusta voidaan hahmottaa kuvaamalla myös sen eri tasoja. Voidaan nähdä ilmiöitä kuvailevia ja tunnistavia sekä ilmiöitä selittäviä tasot (Kylmä & Juvakka 2007, 22-33.)

Laadullinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Laadullisen tutkimuksen eräänä piirteenä on ihmisten suosiminen tiedonantajina (Hirsjärvi ym. 2008, 160). Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on kuvata sitä, mitä tai millainen jokin ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. Voi olla vaikeutta löytää oleellinen tutkimusaineistosta jos osallistujamäärä on liian suuri (Kylmä & Juvakka 2007, 59.)

4.2 Aineistonkeruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, jossa ol-

laan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa (Hirsjärvi ym. 2008, 199). Yleisin tapa Suomessa kerätä laadullista aineistoa on haastattelu. Sen tavoite onkin selvittää, mitä jollakulla on mielessä. Haastattelu on keskustelua, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja johdattelemana (Eskola & Suoranta 2005, 85.) Laadullinen tutkimus on monivaiheinen prosessi, jossa ennen tutkimuksen toteutusta on pohdittava lukuisia kysymyksiä, esimerkiksi miten aineistoa kerätään (Kylmä & Juvakka 2007, 76).

Laadullisen tutkimuksen aineisto rakentuu sanoista ja niistä syntyvistä teksteistä (Kylmä & Juvakka 2007, 65). Kun tutkimusaineistoa kerätään laadullisella tutkimusmenetelmällä, sitä voidaan hankkia usealla eri tavalla. Kun tutkimusaineisto kerätään haastatteluina, tutkimusaineistoksi valitaan ihmisten kokemuksia (Vilkkä 2009, 100.) Etuna haastattelussa on joustavuus, jossa haastattelijä voi toistaa kysymyksen, tarkentaa ilmauksia ja väärinkäsityksiä sekä keskustella tiedonantajan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Tutkittavaa ilmiötä lähestytään mahdollisimman avoimesti laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa (Kylmä & Juvakka 2007, 64).

Lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu ovat laadullisen tutkimusmenetelmän tutkimushaastattelumuotoja (Vilkkä 2009, 101). Strukturoitua haastattelua väljempi haastattelumuoto on teemahaastattelu, jossa tutkimuksen tekijä valitsee muutamia avainkysymyksiä tai aihepiirejä, minkä ympärille haastattelu rakentuu (Kylmä & Juvakka 2007, 78).

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Se on yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet, jotka tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä tutkimusongelmaan vastaamiseksi käsitellä (Vilkkä 2009, 101.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin haastatteluissa apuna etukäteen laadittua teemahaastattelurunkoa (liite 2), joka noudatti opinnäytetyöme tehtäviä.

Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Merkitykset syntyvät vuorovaiku-

tuksessa ihmisten kanssa (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Laadullisen tutkimuksen monipuoliset ja värikkäät kuvaukset tutkittavasta ilmiöstä ovat haastattelun tavoitteet (Kylmä & Juvakka 2007, 79).

Henkilöt, joilla on parhainta tietoa tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä, valitaan tutkimuksen toimijoiksi tai osallistujiksi. Olennaista on, että osallistujalla on halu ja osaamista kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujamäärä on yleensä vähäinen, joskus osallistujana on vain yksi ihminen, esimerkiksi tapaustutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Tässä opinnäytetyössä haastateltiin neljä hoitajaa, joilla kaikilla on pitkä kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä ja lisäksi erikoistumisopintoja perusopintojen tukena.

4.3 Analysointi

Tämän opinnäytetyön aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Lisäksi sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia sekä yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta aiheesta (Eskola & Suoranta 2005, 137).

Aineisto analysoidaan useimmiten litteroimalla eli kirjoitetaan haastattelumateriaali tekstiksi. Saatu materiaali kirjoitetaan yleensä auki sanatarkasti. Tässä tutkija voi kuitenkin tehdä ratkaisuja, jotka helpottavat päätöksentekoa siitä, mitkä piirteet tai osat haastattelusta halutaan kuvata auki kirjoitetussa tekstissä. Ne antavat suuntaa aineiston jatkokäsittelylle (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 132.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä aineistoille ja tätä käytetään paljon eri laadullisen tutkimuksen lähestymistavoissa sekä menetelmissä (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 133.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi pohjautuu päättelyyn ja tulkintaan ja siinä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempiä näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-113.) Analyysin tarkoitus on luoda selkeyttä aineistoon, koska siten voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2006 110-115.)

Sisällönanalyysi on aikaa vievä prosessi. Jokainen tutkija kehittelee itselleen sopivia apuvälineitä analyysin helpottamiseksi (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Laadullisen aineiston analyysi vie paljon aikaa ja tutkimuksen tekijän on jaksotettava prosessia ja annettava tutkimusaineistoa koskeville ajatuksilleen tilaa (Kylmä & Juvakka 2007, 66.) Kerätystä aineistosta sisällönanalyysin avulla tiivistetään tietoaineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti kuvailla (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.)

Kun saimme haastattelut tehtyä, litteroimme nauhoituksen molemmat tahoillamme. Saatuamme litteroinnit valmiiksi luimme läpi aukikirjoitetun tekstin, jotta aineisto tulee tutuksi. Jatkoimme aineiston analysointia yhdessä. Etsimme teksteistä tehtävien mukaisia alkuperäisiä ilmaisuja ja korostimme niitä korostuskynillä. Näistä alkuperäisistä lausumista etsimme samankaltaisia lausumia suhteessa tutkimustehtäviimme. Yhteisestä päätöksestä otimme mukaan kyseiset kohdat sisällönanalyysiin tai jätimme pois. Tämän jälkeen pelkistimme alkuperäisilmauksia saaden niistä omia ryhmiä ja annoimme niille yhteisen nimen eli alakategorian. Alakategorioista syntyi yläkategorioita, jotka vastaavat tutkimustehtäväämme (liite 5.)

5 TULOKSET

Tarkoituksena oli selvittää, mitä perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa hoitajien näkökulmasta, millaisena hoitajat kokevat oman osaamisensa perheiden kanssa työskennellessä sekä mitkä tekijät edistävät ja estävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista psykiatrisen sairaalan osastoilla. Lisäksi aineistosta tuli esiin, miten hoitajat haluaisivat itse toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä.

5.1 Perhekeskeinen hoitotyö

Haastatteluissamme hoitajat kuvasivat perhekeskeisestä hoitotyötä perheen auttamisella, huomioinnilla ja perheiden tapaamisilla. Perheen ongelmien huomioiminen ja perheen tilanteen selkiyttäminen koettiin osana perheen auttamista. Hoitajat kokivat, että lyhyetkin kohtaamiset omaisten kanssa ovat koko perheen, potilaan ja omaisten huomioimista ja osa perhekeskeistä hoitotyötä. Lyhyet käytäväkeskustelut koettiin tärkeinä, koska niissä saatiin sellaista oleellista tietoa potilaan ja perheen tilanteesta, mitä ei välttämättä tule esiin perhetapaamisissa. Haastateltavien mukaan tilanteet ovat tällöin spontaaneja eikä synny turhia jännitteitä hoitohenkilökunnan ja omaisten välille.

”... perheen jaksamisen tukemista...”

”... se perhekeskeinen hoitotyö on sellasta, et niin kuin tavataan perheitä...”

”...kun ne tulee tänne osastolle tapaamaan joitain omaisiaan, niin mennään kysymään, mitä teille kuuluu...”

Potilaan ja perheen tilanteen selkiyttäminen nähtiin oleellisena osana perhekeskeistä hoitotyötä. Perheen mukaan tulo potilaan hoitoon sekä yhteistyön säilyttäminen perheen kanssa koettiin ajoittain haasteelliseksi osana perhekeskeistä hoitotyötä. Haastateltavien hoitajien haasteena oli pyrkimys löytää yhteinen näkemys potilaan hoidosta perheen kanssa.

”...säilyttää se yhteys siihen perheeseen...”

”...se yhteinen tarina, se yhteinen sävel ja päämäärä ja pyrkimys, että missä tässä nyt oikeen on kysymys ja miten toimitaan...”

Hoitajat kertoivat, että perhekeskeisen hoitotyön toteutuksessa tärkeänä osana oli omahoitaja-rooli, jolloin ollaan kiinnostuneita perheiden sekä lasten tilanteesta osana potilaan hoitoa. Haastatteluista ilmeni, että omahoitajuus on kokonaisuudessaan haaste perheiden kanssa työskenneltäessä.

”...omahoitaja yleensä kyselee aiheesta ja vaikeuksista ja lasten tilanteesta...”

”...tämmöinen omahoitaja-rooli niinku potilaan puolien pitäjänä ja edunvalvojana...”

Haastatteluista tuli esille perhetapaamisten haasteellisuus. Toisinaan perheet eivät halua olla mukana potilaan hoidossa ja toisaalta on tilanteita jolloin potilas ei halua perhettä mukaan hoitoon. Hoitajat kertoivat perheiden tulevan mielellään mukaan pyydettyä. Hoitajien mukaan oman haasteensa perhekeskeiselle hoitotyölle asettaa potilaan voinnin muutokset hoitojakson aikana. Näissä tilanteissa potilas määrittelee perheensä eri tavalla. Perhe voi olla myös naapurin kukkien kastelija tai primaariperhe.

”...joskus on tilanteita, ettei perhe halua olla mukana...”

”...enemmän kuitenkin on kyse siitä, ettei potilas halua perhettä mukaan...”

”...pitää miettiä sitä, että ketä siihen perheeseen kuuluu...”

5.2. Hoitajien oma osaaminen perheiden kanssa työskenneltäessä

Riittävä koulutustaso perhekeskeiselle työskentelylle tuli esille selkeästi. Toisaalta työskentely perheiden kanssa koettiin osana perustyötä, mutta toisaalta lisäkoulutusta ei pidetty pahana ja vanhojen asioiden kertaamista pidettiin hyödyllisenä asiana.

”...en mä sillä tavalla lisää koulutusta kaipaa...”

”...eihän koulutus koskaan pahaksi ole...”

Hoitajat kokivat heillä olevan riittävästi ammattitaitoa perhekeskeiseen työskentelyyn osastoilla. Haastatteluista tuli esille osaamista hoitotyön tarpeen arviointiin, perhetapaamisten suunnitteluun, perheiden kanssa toimimiseen ja kyky nähdä perheen ongelmia.

”...koen olevani sillä tavalla aika vahvoilla perheitten kanssa toimimisessa...”

”...osaston työ on kuitenkin sellasta peruspuurtamista jotenkin...”

Perheiden kanssa työskentelyssä työparin tuki koettiin hyvänä asiana. Työpari antaa työhön objektiivisuutta, työtä ei tarvitse tehdä yksin, kun on työparin tuki ja turva. Työskentelystä vanhempien kollegoiden kanssa sai kokemusta perhekeskeisestä työskentelystä. Hoitajien oma halu, kiinnostus ja työskentely perheiden kanssa koettiin tärkeinä.

”...tätä ei tarvi yksin tehdä, tässä on työpari...”

”...heti ruvennut tekeen perheitten kanssa töitä...”

Haastatteluista tuli esiin hoitajien kiinnostuneisuus perheiden kanssa työskenteleeseen. Omahoitajuus koettiin tärkeäksi perheen saamiseksi mukaan hoitoon. Omahoitajan halu tehdä yhteistyötä perheen kanssa koettiin osana hoitajien omaa osaamista. Perheiden kanssa työskentely toi lisää varmuutta ammatillisesti.

”...omahoitaja yleensä kyselee aiheesta ja vaikeuksista ja lasten tilanteesta...”

”...tämmöinen omahoitaja-rooli niinku potilaan puolien pitäjänä ja edunvalvojana...”

Hoitajat kokivat lisätiedon hankinnan esimerkiksi koulutuksen avulla tärkeänä asiana. Vanhojen asioiden kertaaminen ja uuden tiedon saanti koettiin osana hoitajien omaa osaamista.

”...eihän koulutus koskaan pahaksi ole...”

”...vaikka kävis vanhoja kertaamassa...”

5.3 Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät tekijät osastoilla

Haastatteluista tuli esiin, että keskustelu perhekeskeisestä hoitotyöstä ja kehittämishankkeista osastoilla on edistävää tekijä työn toteutumiselle. Koettiin, että kun keskustellaan perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisesta osastolla avoimesti, se edistää yhteisiä pelisääntöjä.

”...se auttaa se sellainen keskustelu perhekeskeisestä hoitotyöstä, että ai niin...”

”...pitäs tehdä varmaan pelisäännöt selviks...”

Hoitajat kokivat, että potilaan toipumisessa auttaa yhteistyö perheen kanssa, joka voi olla tapaaminen henkilökohtaisesti tai puhelinkontakti.

”...vaikkei nyt tulisi tänne, niin ainakin puhelimitse oltaisiin yhteydessä...”

”...se sellasena tuoreena mielessä, perhe voidaan ottaa mukaan hoitoon ja se auttaa toipumisessa ja on varmaan sellanen selkeästi edistävä tekijä se, että asioista puhutaan...”

Edistävänä tekijänä perhekeskeisen hoitotyön toteutumisessa koettiin hoitajien motivoinnin tärkeäksi asiaksi. Haastateltavat kokivat ammattitaitoa edistävänä tekijänä, että koulutusta tarjotaan ja hoitajia kannustettaisiin osallistumaan lisäkoulutuksiin. Johdon arvostus ja tuki koettiin tärkeänä tekijänä perhekeskeisen hoitotyön toteutumiselle.

”...et sitä jatkuvasti pidettäisiin yllä ja ihmisiä kannustettaisiin osallistumaan...”

”...olisi hyvin tärkeää myös se, että johdon tuki tähän asiaan...”

”...se asenne on edistävä ja se motivaatio...”

5.4 Perhekeskeistä hoitotyötä estävät tekijät

Selkeiksi estäviksi tekijöiksi haastatteluista nousi osastojen resurssipula. Perhetapaamisaikoja jouduttiin luovimaan työvuorojen välissä. Perhetapaamiset järjestettiin pääsääntöisesti aamupäivisin kun henkilökuntaa oli enemmän. Tapaamisten sopimista hankaloitti perheiden ja työntekijöiden yhteisen ajan löytyminen.

”...mutta ehkä se kaikenlainen resurssipula on eniten estävä tekijä...”

”...illalla ei voi ollenkaan illalla 15 jälkeen niiku tavata perheitä, kun meillä on 3 iltavuorossa aina...”

Perhetapaamistilojen puute koettiin perhekeskeistä hoitotyötä estävänä tekijänä. Haastatteluista tuli ilmi, ettei perheille ole tapaamistiloja osastoilla.

"...meillähän ei edes tiloja missä tavattas..."

"...estäviä tekijöitähän on tilojen puute, meillähän ei oo mitään tiloja, missä vois rauhassa tavata..."

Perhekeskeistä hoitotyötä estävänä tekijänä hoitajien kokemat vaikeudet työssä, esimerkiksi työn haasteellisuus, pelottavuus, ahdistavuus sekä johdon arvostuksen ja tuen puute.

"...ja sitä niiku just ei arvosteta vaikka me ollaan siinä niiku..."

"...on kuitenkin oltava enemmän sitä rohkeutta enemmän oltava tapaamaan niitä perheitä..."

"...että joutuu laittamaan itsensä likoon enemmän ja alltiiksi erilaisille tunteille, on kovin haasteellista ja pelottavaakin..."

5.5 Hoitajien oma halu toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä

Hoitajat halusivat mielellään tavata perheitä heti osastohoidon alussa, keskustella perheiden kanssa sekä tukea heitä. Hoitajat kokivat rohkaistuneensa keskustelemaan perheiden kanssa ja ettei arkinen perhetyö vaadi varsinaisia erikoistaitoja. Haastatteluista ilmeni, että perheen lisäksi myös omaiset halutaan huomioida ja kysyä jaksamisesta, voinnista ja huolesta.

"... aina enemmän, että tavattaisi, vaan että joka kertakin, kun omaisia tulee tänne ja käytäis kysymässä, mitä teille kuuluu ja mitä te toivotte..."

”...niinku perheiden kohtaaminen on koettu sillai hankalaksi tai haasteelliseksi, että nyt on rohkaistuttu sellaiseen arjen lomassa tapahtuvaan kyselyyn ja keskusteluun ja siihen tukemiseen...”

”...maalaisjärkisiä ihmisiä kun ollaan, niin ei se vaadi mitään erikoistaitoja siinänsä tämä tämmöinen arkinen perhehoitotyö...”

Haastatteluista tuli esiin, että koulutusta saisi olla lisää perhekeskeiseen hoitotyöhön. Enemmän toivottiin peruskoulutusta ja valmiuksia kohdata perheitä sekä uskaltautua enemmän perheiden kanssa keskusteluun. Lisäkoulutus koettiin tarpeellisena osana perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiselle. Hoitajat kokivat, että kun osaamista saadaan enemmän, niin ymmärrystä perheiden kanssa kohtaamiseen löytyy myös enemmän. Työn kehittämisen kannalta myös lisäkoulutus koettiin enemmän valmiuksia antavana, kun perheitä tavataan.

”...en osaa toivoo paljon enempää kuin että jos saisi sitä osaamista enemmän tänne...”

”...peruskoulutusta perheen kohtaamisesta, ehkä vähän teorian tietoa...”

”...yksi tulee ja toinen lähtee, koulutusta pitäisi pitää yllä koko ajan,,,”

Haastatteluissa hoitajien omaan haluun toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä tuli esille, että henkilökuntaa on liian vähän toteuttaa tätä työtä. Varahenkilöstö koettiin myös olevan liaksi varattuna. Haastatteluissa tuli esille, että perhetapaamiset vievät enemmän aikaa ja tarvittaisiin enemmän henkilökuntaa toteuttaa perustyötä osastoille.

”... jos tarvitaan pidempiä perhetapaamisia, niin sit loppuu ikään kuin se väki kesken...”

”... tietyksi ajaksi että on ikään kuin korvaava työntekijä sille ajalle, mutta varahenkilöt ovat nykyään niin varattuja...”

Haastateltavat kokivat haasteellisena perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisen osastoilla, koska jokaisen oma persoona ja ammattitaito vaikuttaa siihen, millä tavalla työtä tehdään. Perheiden tapaamistiheys hoidon aikana on pitkälti riippuvainen hoitajan aktiivisuudesta ja kiinnostuksesta asiaa kohtaan.

"...huonoohan tässä on, et se on oikeesti hoitajasta riippuvaista, elikkä hoitajan niinku persoona ja ammattitaito kyllä määrittelee aika pitkälle tätä..."

"...toiset kiinnostuneempia perheiden, niinku perheiden kohtaamisesta..."

"...toiset tapaa viikottain niitä perheitä koko hoitojakson ajan ja toiset sitten tapaa ehkä sen kerran..."

Lapsille tiedon antaminen vanhemman sairaudesta koettiin tärkeänä. Lapselle annetaan mahdollisuus kysyä vanhemman sairaudesta. Koko perheen huomiointia toivottiin enemmän. Lasten tilanteen kartoitus turvallisella maaperällä koettiin hyvänä asiana, sillä lapset ovat kotona vapautuneempia kuin sairaalassa. Lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta haluttiin seurata myös kotioloissa.

"...lapsia pitäisi tavata enemmän, pitäisi puhua asioista enemmän lasten kanssa..."

"...on huomioitava nykyvaiheessa että niitä lapsia kuultais ja että ne sais sitten jotenkin jonkinlaista ymmärrystä ehkä siihen vanhempansa sairauteen..."

"...tilanteen kartoitus omalla maaperällä on hyvä, lapset ovat vapautuneempia kuin sairaalassa ja vuorovaikutusta on hyvä seurata siellä, kotinsa he tuntee..."

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Eettisyys

Vastuun hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen noudattamisesta, tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpillisyydestä kantaa tutkimuksen tekijä itse (Ryynänen & Myllykangas 2000, 133). Eettisyys on myös osa tutkimuksen laatua. Jo tutkimussuunnitelman on oltava laadukas ja raportointi hyvin tehty (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Tutkijan tulee myös miettiä, millainen hyöty tai haitta voisi tutkitavalle tulla tutkimuksesta, miten yksityisyys sekä tutkimuksen luottamuksellisuus on turvattu. Tutkijan tulee myös huomioida, ettei johdata tutkittavaa harhaan (Eskola & Suoranta 2005, 56.) Tässä opinnäytetyössä on huomioitu, että tutkimussuunnitelma on lähetetty etukäteen osastoille ja haastateltavat ovat voineet tutustua etukäteen aiheeseen. Koska tutkimustieto sisältää usein yksilöitä henkilökohtaisesti koskettavaa tietoa, on tietojen suojaaminen välttämätöntä (Ryynänen & Myllykangas 2000, 79). Tässä opinnäytetyössä on huomioitu, ettei haastateltavien henkilöllisyys tule esiin missään vaiheessa. Olemme säilyttäneet haastatteluun osallistuneiden anonymiteetin koko opinnäyteprosessin ajan.

Tutkimussuunnitelma on sisältänyt tiedotteen (liite 3), jossa tutkitaville on selvennetty, että heillä on mahdollisuus olla osallistumatta tai he voivat kieltäytyä milloin tahansa ilman seurauksia. Tutkimuslupa on anottu huhtikuussa 2010 sairaalan ylihoitajalta. Lupa myönnettiin kesäkuussa 2010. Saatuaamme luvan opinnäytetyöllemme, otimme yhteyttä haastateltaviin puhelimitse ja sähköpostitse. Sovimme haastateltavien kanssa haastatteluajat heidän aikataulujensa mukaan ja haastattelut toteutettiin sairaalan osastoilla kesäkuussa 2010. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4) ennen haastatteluja. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Haastattelut tehtiin osastoilla rauhallisissa olosuhteissa.

6.2 Luotettavuus

Pyrkimyksenä tieteellisessä tutkimuksessa on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. On välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta, että tutkimuksen luotettavuus arvioidaan (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee siten arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla (Vilkkä 2009, 158.) Kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tutkittu materiaali ovat yhteensopivia, eikä teorianmuodostukseen ole vaikuttanut satunnainen tai epäolennainen tekijä, voidaan tutkimuksen sanoa olevan luotettava (Vilkkä 2009, 158). Tässä opinnäytetyössä tekijät ovat huomioineet tehtävän, tavoitteen ja tarkoituksen. Haastattelut on tehty teemahaastattelurunkoa noudattaen ja haastattelut on purettu sanatarkasti, joista on haettu tehtävän kannalta oleelliset ilmaisut.

Luottamuksellisuus on erityisen tärkeää, koska haastattelujen avulla tutkija pääsee haastateltavien mielen syväkerrokseen (Kananen 2008, 136.) Ei ole yhäntekävää, millä tekniikoilla laadullista tutkimusmateriaalia kerätään. Jos haastattelutilanteessa käytetään vain muistiinpanotekniikkaa, analyysivaiheeseen jää vain muistiinpanot. Niinpä perusedellytys tiedon autenttisuudelle voidaan pitää haastattelujen nauhoittamista (Kananen 2008, 122.). Tässä opinnäytetyössä aineisto nauhoitettiin, litteroitiin ja lopuksi analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä niin, että aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja luokiteltiin. Lopuksi aineistosta nostettiin esille opinnäytetyön tehtävien kannalta oleelliset merkitykset.

Kun informaatio on perusteltu kriittisesti, voidaan sanoa sen olevan luotettavaa. Kriittisyys perustuu menetelmiin, jotka ovat tutkimuksen eri alueilla käytössä, kuten esimerkiksi tulosten- ja sisällön analysointiin. Jos taas tutkija tuottaa huolestusti perusteltua informaatiota, niin sitä vähemmän tutkija auttaa pääsemään kohti päämäärää, joka tutkimukselle on asetettu (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 59.) Tässä opinnäytetyössä alkuperäiset lausumat purettiin

sanatarkasti, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut sekä ala- ja yläkategoriat. Alkuperäisen aineiston käsittelyyn ovat osallistuneet vain opinnäytetyön tekijät.

Tutkimuksen tarkoituksen, tehtävän ja menetelmällisten ratkaisujen tulee olla ymmärrettäviä ja ristiriidattomia suhteessa tutkimuksen toteutukseen ja loogisuuteen (Kylmä & Juvakka 2007, 57). Tässä opinnäytetyössä on käytetty luotettavia aiheeseen liittyviä uusimpia lähteitä.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Perhekeskeinen hoitotyö

Kivimäen (2004, 63) tutkimuksessa todettiin perhetyön tärkeimmiksi tavoitteiksi akuuttipsykiatrian osastolla olevan perheen tiedon lisäämisen, perheen tukemisen sekä perheen eteenpäin ohjaamisen. Kivimäki toteaa myös tutkimuksessaan, että perhehoitotyö nähdään tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja perheen tilanteen selkiyttäminen koetaan tärkeänä. Omissa tuloksissamme ilmeni myös perheen ja potilaan tilanteen selkiyttämisen tärkeys perhekeskeisessä hoitotyössä osastoilla. Koko perheen auttaminen koettiin myös osana perhekeskeistä hoitotyötä.

Horppu (2008, 52) toteaa tutkimuksessaan kuinka potilaat ja perheenjäsenet pitivät omahoitajan antamaa aikaa tärkeimpänä asiana. Tutkimuksessaan Horppu toteaa kuinka tärkeää on, että omahoitajat eivät vaihtuisi ja olisivat mahdollisimman paljon mukana hoitajakson aikana. Toisaalta tutkimuksessa ilmeni, että omahoitaja ei riittävästi tavannut potilasta hoitajakson aikana. Omissa tuloksissamme omahoitajuus nousi myös tärkeäksi osaksi perhekeskeistä hoitotyötä. Hoitajat kokivat omahoitajuuden olevan potilaan puolien pitämistä ja potilaan asioiden hoitamista. Hoitajat kokivat myös perhetapaamisten olevan haasteellisia, sillä joskus potilas ei toivo perheen mukana oloa ja joskus taas perhe ei ole valmis tulemaan hoitoon mukaan. Hoitajien mukaan omat haasteensa tuovat perhetapaamisten järjestelyt, kun kartoitetaan ketkä ovat oleellisia tahoja potilaan hoidon kannalta.

6.3.2 Hoitajien oma osaaminen perheiden kanssa työskenneltäessä

Hoitajan tulee hyödyntää omassa työssään tieteellisesti hankittua tietoa (Horpun 2008, 14 Lemströmin (2004, 44) tutkimustulosten mukaan koulutuksella ja tiedolla oli tärkeä pohja yhteistyölle. Lemström toteaa, että toisilta saatu oppi erilaisiin työtapoihin edisti halua oppimiseen. Kivimäen (2004, 65) tutkimuksessa todettiin kuinka perhehoitotyötä tukevat koulutukset koettiin tärkeinä ja sisällöltään tarkoituksenmukaisina. Lemström (2004, 44) toteaa tutkimuksessaan, kuinka koulutus koettiin myönteisenä asiana. Horpun (2008, 53) tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat hoitajien kiinnostuneisuuden heitä kohtaan sen mukaan miten kauan hoitajat olivat viettäneet aikaa heidän kanssaan. Omissa tuloksissamme hoitajat kokivat heillä olevan riittävästi ammattitaitoa ja koulutusta toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä. Toisaalta lisätiedon hankintaa ei pidetty huonona asiana ja vanhojen asioiden kertaaminen koettiin hyödyllisenä. Tulostemme mukaan hoitajien omaan osaamiseen vaikutti kiinnostuneisuus perheiden kanssa työskentelyyn. Myös tiedon jakamisen tärkeys työparin kanssa tuli selkeästi tuloksissamme.

6.3.3 Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät tekijät

Kivimäki (2004, 63) toteaa tutkimustuloksissaan perheen huomioimisen tärkeyden osana psykiatrisen potilaan hoitotyötä. Lemströmin (2004, 39) tutkimuksessa hoitajat kokivat yhdessä suunniteltujen työskentelymallien edistävän moniammatillista yhteistyötä. Kivimäen (2004, 64) tutkimustuloksissa ilmenee kuinka perhehoitotyön toteutuksessa ulkopuolelta tuleva kannustus ja arvostus on tärkeä tekijä. Kivimäen tutkimuksessa hoitajien motivaatiota lisää kannustus ja arvostus ja se, että työlle annetaan riittävästi resursseja ja aikaa. Myös tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat yhteistyön perheiden kanssa tärkeäksi. Hoitajat kokivat myös, että hoitajien motivointi ja koulutus koettiin edistävinä tekijöinä perhekeskeisessä hoitotyössä. Opinnäytetyömme tuloksista ilmenee myös yhteisten toimintatapojen tärkeys.

6.3.4 Perhekeskeistä hoitotyötä estävät tekijät

Horppu (2008, 58) toteaa tutkimustuloksissaan kuinka osaston hoitoympäristöä voitaisiin kehittää perhekeskeisempään suuntaan järjestämällä sinne potilaiden toivomat vierailutilat. Kivimäki (2008, 64) toteaa tutkimustuloksissaan kuinka perheen kohtaaminen ja huomioon ottaminen nähtiin vaativana, mutta tärkeänä kokonaisuutena. Kivimäen tutkimuksessa perheiden huomioiminen koettiin myös haastavana ja aikaa vievänä. Omissa tuloksissamme tuli selkeästi esille perhekeskeisyyttä estävinä tekijöinä perhetapaamistilojen puute osastoilla. Myös osastojen resurssipula hankaloitti perheiden kanssa tehtävää työtä. Toisaalta organisaation johdon arvostuksen ja tuen puute koettiin myös estävänä tekijänä osastoilla.

6.3.5 Hoitajien oma halu toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä

Stengård (2005, 119) toteaa väitöksessään, että jo palvelujen tuottajien ja poliittisten päättäjien tulisi huomioida perheiden tarpeet ja ottaa omaiset mukaan jo palvelusuunnitelmien päätöksenteossa. Stengård toteaa, kuinka perheenjäsenet tarvitsevat riittävästi tietoa, ohjeita, taloudellista sekä henkistä tukea jaksukseen tukea sairastunutta. Solantaus (2002, 17) toteaa, että kun lapselle annetaan mahdollisuus yhteisen historian kertomiseen vanhempien kanssa ja kun lapsen kysymyksiin vastataan, lapsi ymmärtää ja hänelle selviää, mistä on kysymys. Kun perhe- ja lapsikeskeisyyteen panostetaan riittävästi, lapsella on mahdollisuus selviytyä. Horpun (2008, 58) tutkimustuloksissa ilmenee, kuinka perheenjäsenet ja potilaat arvostivat aitoa kiinnostusta ja ammatillisuutta potilaan ja perheen kohtaamisessa. Omissa tuloksissamme perheiden tapaamiset ja perheiden haastattelut nousivat tärkeäksi osaksi perhekeskeistä hoitotyötä.. Hoitajat kokivat lasten huomioinnin, lasten tilanteen kartoittamisen ja lasten kuuntelemisen tärkeinä. Hoitajat kokivat omalla ammattitaidolla ja kiinnostuneisuudella olevan merkitystä perhekeskeisessä hoitotyössä.

Haastatteluissa tuli esiin myös hoitajien halu saada osastoille lisää koulutusta perhekeskeisen hoitotyön toteuttamiseen. Myös henkilökunnan riittämättömyys

toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä nousi tuloksistamme esille. Yhteisesti sovitut käytännöt koettiin hyvinä perhekeskeisen hoitotyön toteutumiselle osastoilla.

6.4 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajilla oli selkeä käsitys perhekeskeisestä hoitotyöstä. Perheen tukeminen ja koko perheen huomioiminen koettiin tärkeinä asioina. Tulosten perusteella tärkeimmiksi kehittämissuunnitelmiksi nousivat osastojen tilojen puute perhetapaamisille ja hoitohenkilökunnan resurssipuute. Osastoilla ei ollut perhetapaamistiloja, vaan tapaamiset järjestettiin potilaiden päiväsalihuoneessa.

Osastojen henkilökunnan ja organisaation johdon tulisi keskustella yhdessä vähäisestä henkilökuntamäärästä toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä. Yhteistyö organisaation johdon ja henkilökunnan kanssa tilanpuute ja resurssipuuteasioissa on ensiarvoisen tärkeää.

LÄHTEET

- Alenius, H. 2009. Miten perheen kanssa työskennellään perhelääkärinä? Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. 7.painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Peni, R. & Värmälä, H-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa. WSOY.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki. Edita Prima.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.
- Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen M. Juva. WSOY.
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. Uudistettu painos. Helsinki. WSOY
- Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen M. Juva. WSOY.
- Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007. Perheen parhaaksi – perhetyön arkea. Helsinki. Edita Prima.
- Kaltiala-Heino, R. 2005. Ehkäisevä mielenterveystyö. Teoksessa Kumpusalo, E., Ahto, M., Eskola, K. Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E. Kunnamo, I. & Lohi J. (toim.) Yleislääketiede. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 385.
- Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytäntö. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino.

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

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki. Edita Pirima Oy.

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

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

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 21-22.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Helsinki. WSOY, 21-43.

Latvala, E., Visuri T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva. WSOY:n graafiset laitokset.

Lemström, U. 2004. Mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Lindroos, S. 2005. Perhekeskeinen lähestymistapa yleislääkärin työssä. Teoksessa Yleislääketiede. Kumpusalo, E., Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J.(toim). Hämeenlinna. Karisto Oy.

Liinamaa, R. 2008. Perhe ja dialoginen hoitotyö. Teoksessa Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Holmberg, J., Hirchovits, T., Kylmänen, P. & Agge E. (toim.) Helsinki. Suomen Graafiset palvelut oy.

Linnainmaa, P. 1999, Mielenterveyshoitotyön käytännön teoreettisesta perustasta, Teoksessa Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Mielenterveysalan opettajat ja ylihoitajat ry. Hygienia. Helsinki. Kirjayhtymä, 28.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

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

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

Pitkänen, H., Laijärvi, H., Pukuri, T. & Åsted-Kurki, P. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede* 14 (5), 223-232.

Ryynänen, O-P & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot moniammatillisuuden maailmassa. Juva. WS Bookwell Oy.

Rönkkö, L. 2002. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen näkökulma vuorovaikutuksessa. Teoksessa Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L.3. uudistettu painos 2008. Helsinki.WSOY.

Solantaus, T. *Mielenterveys-lehti* 3/2002. Artikkelin ”Opin arvostamaan sairasta äitiäni” Suomen Mielenterveysseura. Helsinki.2002. ???

Stengård, E. 2005. *Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorder.* Tampere. Tampere University.

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti, T.(toim.) 2006.(5.-6.painos). *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet.* Helsinki. WSOY.

Toivio, T. & Nordling, E., 2009. *Mielenterveyden psykologiaa.* Tampere. Esa Print.

Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009. Perheen rakenteet ja kehitysvaiheet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto.* Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy, 39.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.*Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Latvia. Livonia Print.

Viljanen, K. 1994. Perhekeskeisen hoitotyön teoreettista tarkastelua. *Sairaanhoitaja* 3/94, 7.

Vilkka, H.2009. 1.-3. Painos. *Tutki ja kehitä.* Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa *Tämä potilas kuuluu meille.* Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto. 113-116.

Välimäki M. 2000.(toim.) *Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.* Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa.* Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Juva. WSOY.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrinen hoitotyön käytäntö. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Juva. WSOY.

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

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitaja Vol 80, nro 11/2007.

LIITTEET

LIITE 1: 1(2)

TAULUKKO 3. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Sukunimi, työn nimi, työn luonne	Tarkoitus/tavoite/ tehtävät/ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Pitkänen, Laijärvi, Åstedt-Kurki & Pukuri (2002). Psykiatrisen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede-lehti</p>	<p>Tarkoitus: On tarkastella hoitajien kuvauksia perhehoitotyöstä psykiatrisissa hoitoyksiköissä</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Induktiivinen sisällön analyysi. Yliopistollisen sairaalan psykiatristen osastojen ja poliklinikoiden hoitohenkilökunta haastateltiin N=17</p>	<p>Perhehoitotyön toimintaa ohjaavina periaatteina tulivat esiin yhteistyösuhde perheen kanssa, perheen huomioon ottaminen hoidossa ja perhekeskeisen osastokulttuurin luominen.</p>
<p>Lemström (2004) Mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata ja tuottaa tietoa mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävästä ja estävisistä tekijöistä avohoidon ja sairaalan välillä sekä selvittää yhteistyön kehittämistarpeita</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin psykiatrisen avohoidon ja sairaalan yhdeksältä psykiatriselta sairaanhoitajalta ja kolmelta mielen-terveyshoitajalta. Teemahaastattelu. Aineiston analysointi induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Moniammatillista yhteistyötä edisti koulutuksen avulla saatu hyvä ammatitaito. Johtamiselta saatu tuki mahdollisti konkreettisen, moniammatillisen yhteistyön. Yhteistyövalmiuksia edisti rohkeus, aktiivisuus, vuorovaikutus ja työtoverin arvostaminen. Yhdessä tekeminen ja tiimin tasavertaisuus sekä usko moniammatillisuuden voimaan sekä mahdollisuuksiin edisti yhteistyötä.</p>

Sukunimi, työn nimi, työn luonne	Tarkoitus/tavoite/ tehtävä/ongelma	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kivimäki (2008). Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä akuutti-psykiatrisella osastolla.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Teemahaastattelut, haastateltu kahdeksaa hoitotyöntekijää. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Perhehoitotyö nähtiin tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hyvää hoitoa. Perhehoitotyön tavoitteeksi kuvattiin perheen tiedon lisääminen, perheen tukeminen sekä tarpeenmukaisen avohoidon piiriin ohjaaminen. Hoitajat korostivat perhehoitotyön olevan moniammatillista yhteistyötä potilaan ja perheen yksilöllisyys huomioon ottaen.</p>
<p>Horppu (2008) Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata potilaiden perheenjäsenten kokemuksia psykiatrisesta osastohoidosta, joka on strukturoitu kahden viikon pituiseksi kriisihoitojaksoksi.</p>	<p>Tutkimusaineiston muodostivat neljä potilaan ja neljä perheenjäsenen teema-haastattelua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Potilaiden mielestä tärkeintä oli hoitajan kanssa vietetty yhteinen aika. Perheenjäsenet arvostivat läheisen saamia keskusteluhetkiä. Viikko-ohjelmaan sitoutuminen oli potilaille tärkeää. Erilaiset ryhmät, liikunta ja ajanviete edistivät potilaan toipumista. Hoitoon kuului perheiden huomioiminen. Hoitajan kohtaamistaidot korostuivat tutkimuksen tuloksissa. Potilaat ja perheenjäsenet arvostivat hoitajan ammatillisuutta ja aitoa kiinnostuneisuutta. Hoitajan taito kohdata potilaat ja perheenjäsenet ymmärtäen oli tärkeää.</p>

LIITE 2

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Perhekeskeinen hoitotyö:

Mitä Sinusta perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa?

Miten haluaisit toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä osastolla?

Omat kokemuksesi perhekeskeisyyden toteutumisesta osastolla?

Osaaminen:

Oma osaamisesi perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseksi?

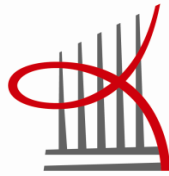
Koetko, että tarvitsisit jotain osaamista lisää/enemmän?

Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät ja estävät tekijät:

Koetko, että on tekijöitä, jotka edistävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista osastollasi?

Koetko, että on tekijöitä, jotka estävät perhekeskeisen hoitotyön toteutumista osastollasi?

LIITE 3



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIEDOTE

PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ HOITAJIEN KOKEMANA PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän opinnäytetyöhön, jossa on tarkoituksena kuvata hoitajien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa.

Olemme sopineet haastateltavista osastonhoitajien kanssa. Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä on teemahaastattelu. Haastattelu-aika on maksimissaan 1.5 tuntia/haastattelu. Haastattelupaikka vaihtelee osaston tilanteen mukaan, mutta mahdollistaa luotettavan ja rauhallisen haastattelutilanteen. Haastattelut tullaan nauhoittamaan.

Haastattelumateriaalia käsitellään luottamuksellisesti. Haastatteluista saatava aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Lopullisesta raportista ei voi yksittäistä haastateltavaa tunnistaa.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen koska tahansa ilman syytä ilmoittamatta.

Opinnäytetyö tullaan liittämään elektroniseen Theseus-tietokantaan.

Kiitämme jo etukäteen osallistumisestanne!

Saila Haaparanta
sairaanhoitajaopisk.(AMK)

Tuija Järvenpää
sairaanhoitajaopisk.(AMK)

Opinnäytetyöstä tarvittaessa lisätietoja antaa opinnäytetyön ohjaaja, yliopettaja Nina Kilkku,



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

SUOSTUMUS

PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ HOITAJIEN KOKEMANA PSYKIATRIS- SA SAIRAALASSA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____ . _____ . 2010 _____ . _____ . 2010

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön: Suostumuksen vastaanottaja:

haastateltavan allekirjoitus

opinnäytetyön tekijä

nimenselvennys

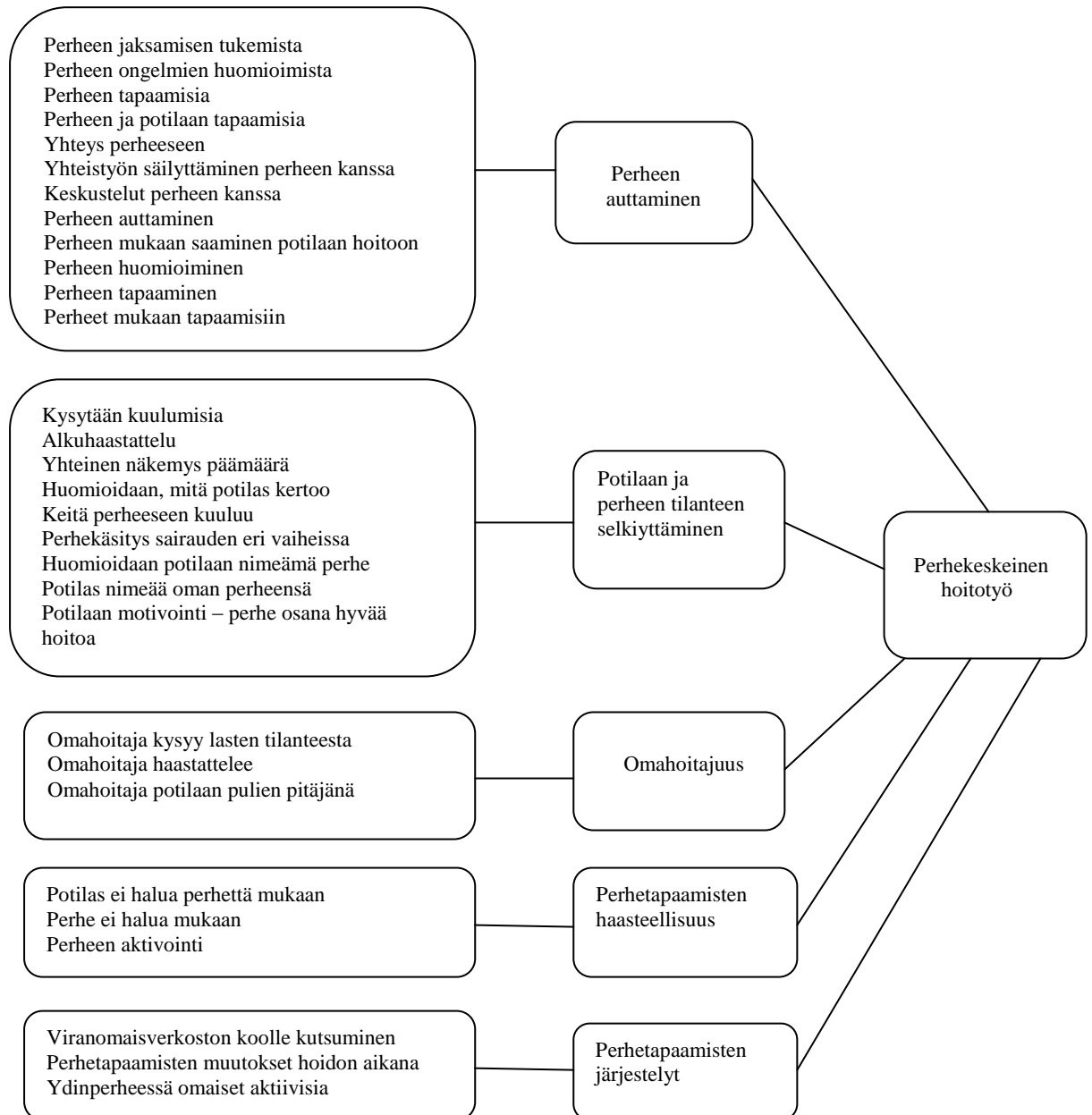
nimenselvennys

LIITE 5: 1(5)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA



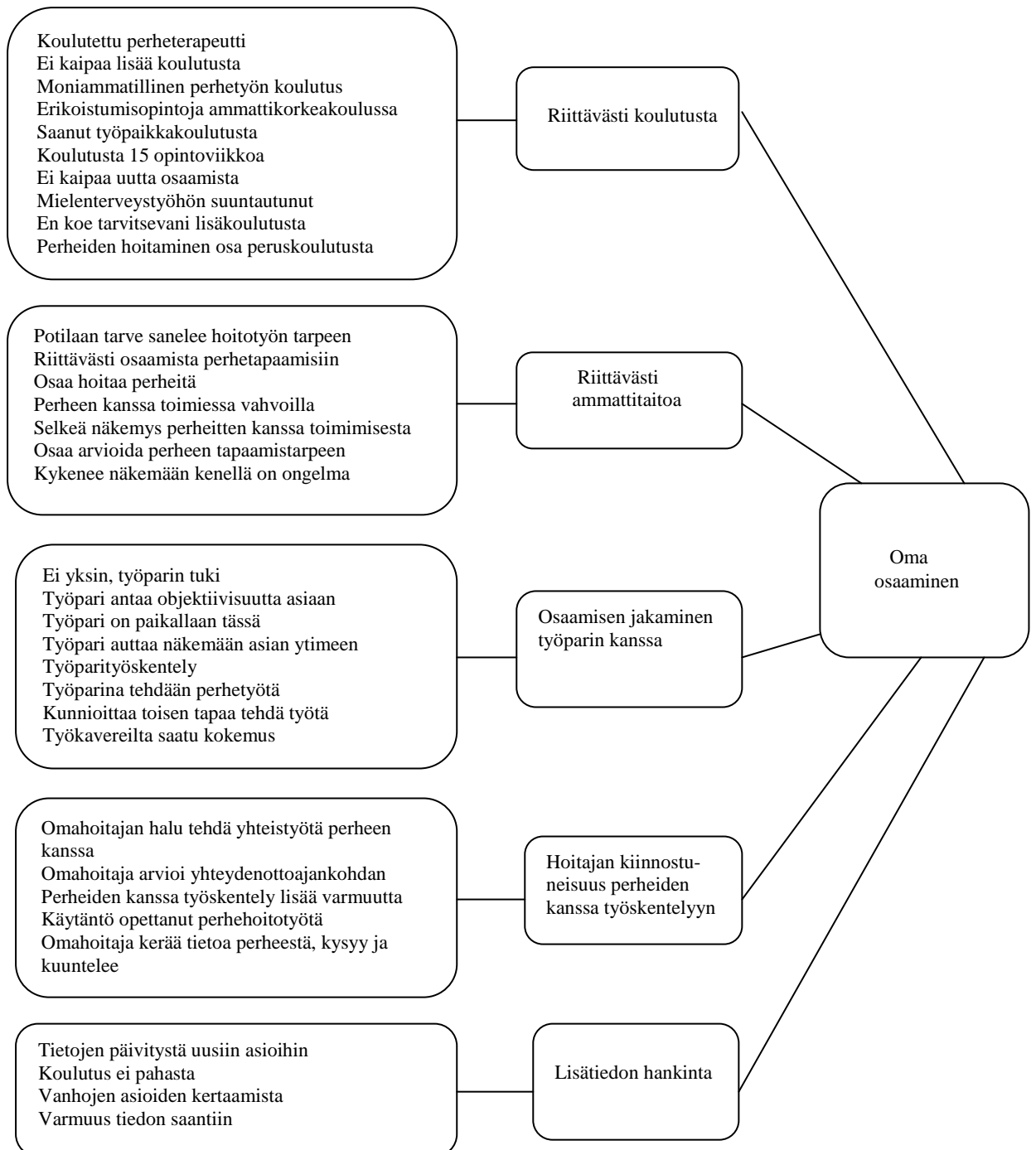
KUVIO 1. Perhekeskeinen hoitotyö hoitajien kuvaamana

LIITE 5: 2(5)

PELKISTETTY ILMAUS

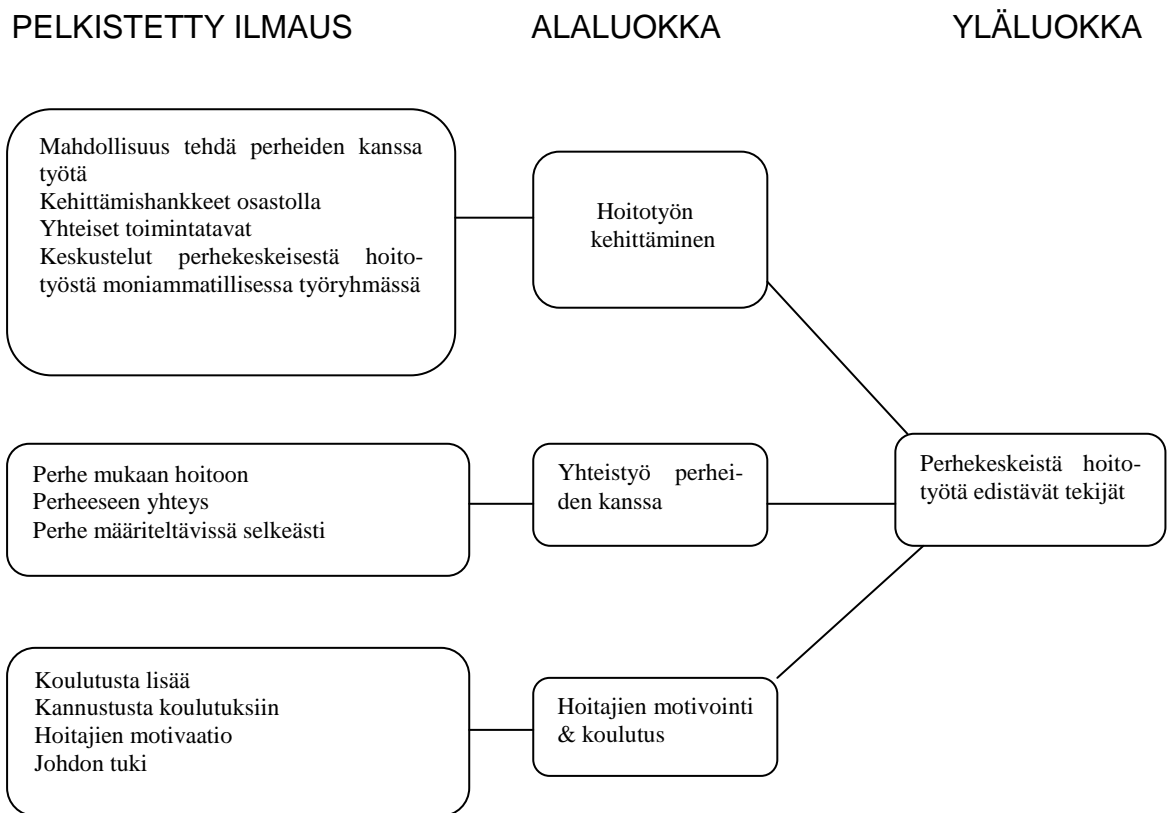
ALALUOKKA

YLÄLUOKKA



KUVIO 2. Hoitajien oma osaaminen

LIITE 5: 3(5)



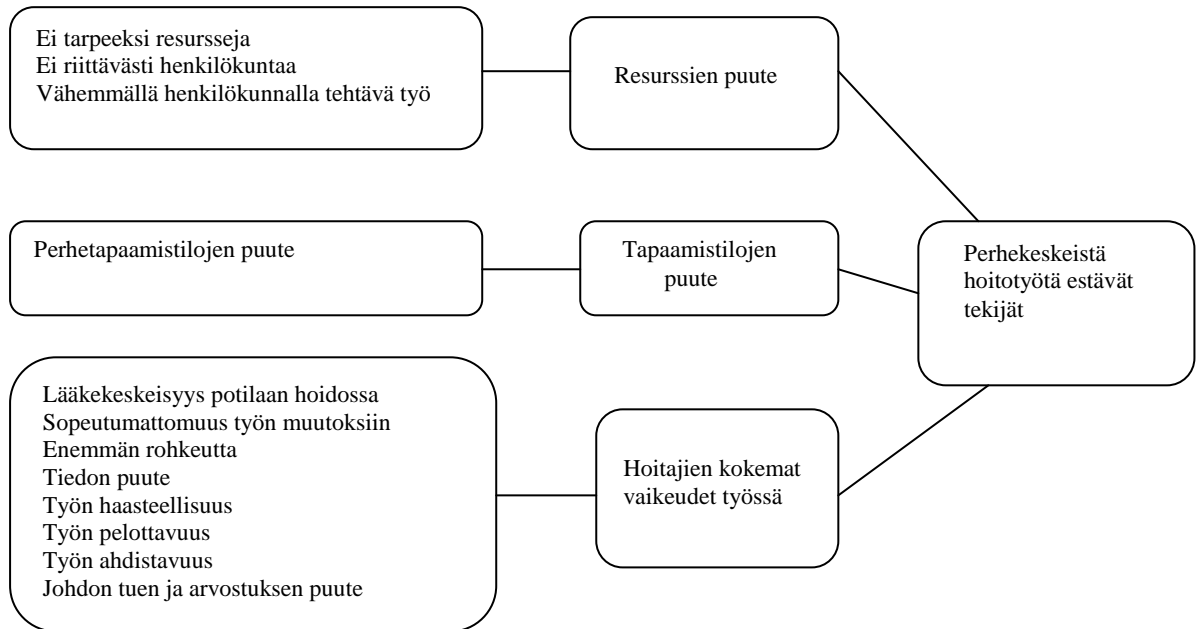
KUVIO 3. Perhekeskeistä hoitotyötä edistävät tekijät

LIITE 5: 4(5)

PELKISTETTY ILMAUS

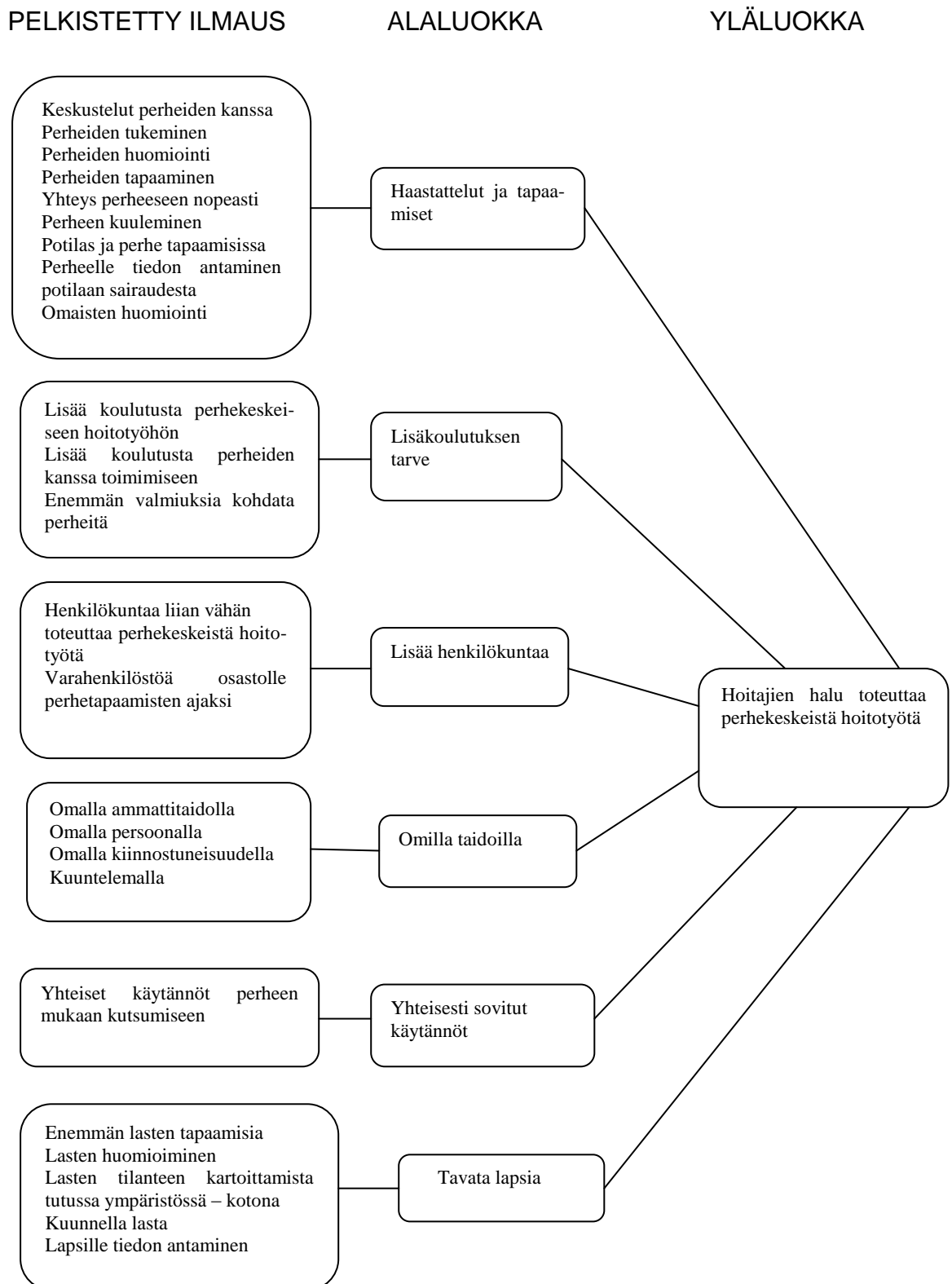
ALALUOKKA

YLÄLUOKKA



KUVIO 4. Perhekeskeistä hoitotyötä estävät tekijät

LIITE 5: 5(5)



KUVIO 5. Hoitajien halu toteuttaa perhekeskeistä hoitotyötä