



**PERHETYÖN TOTEUTUMINEN
TAMPEREEN KAUPUNGIN
AVOMIELENTERVEYSPALVELUISSA**

Jenni Hämäläinen
Sirja Tulensalo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HÄMÄLÄINEN, JENNI & TULENSALO, SIRJA: Perhetyön toteutuminen Tampereen kaupungin avomielen terveyspalveluissa

Opinnäytetyö 39 s., liitteet 7 s.
Toukokuu 2011

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Tampereen kaupungin avomielen terveyspalveluiden kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perhetyön toteutumista avomielen terveyspalveluissa työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisella menetelmällä ja eLomakkeella kerätty aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Kyselyn vastausprosentti oli 25%. Vastauksista suurin osa palautui psykiatrian poliklinikoilta. Opinnäytetyön tulokset muodostuivat kokeneiden työntekijöiden näkökulmasta. Perhetapaamiset olivat yleensä suunniteltuja ja lähes kaikki vastaajat olivat tavanneet perheitä viimeisen kahden kuukauden aikana. Yli puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että huomioi perhekeskeisen näkökulman omassa työssä ja että työyksikössä vallitsee perhekeskeinen työskentelykulttuuri. Tulosten mukaan lasten tukeminen perhetapaamisissa jäi vähemmälle huomiolle. Perhetyön riittävästä osaamisesta oli puolet vastaajista täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista noin puolet koki kiireen ja ajanpuutteen suurimmaksi esteeksi perhetyön toteuttamiselle.

Tulosten mukaan perhetyön kehittämistä kaivataan. Yli puolet vastaajista kehittäisi perhetyötä koulutusta lisäämällä. Tulosten perusteella lasten tukemiseen perhetapaamisissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Työyksiköissä voitaisiin pohtia, mistä kiire ja ajanpuute johtuvat sekä miettiä olisiko työtä mahdollista organisoida niin, että perhetyölle jäisi enemmän aikaa.

Jatkotutkimusehdotuksina esitämme opinnäytetyömme kyselyn uudelleen toteuttamista muutaman vuoden päästä, jotta nähtäisiin onko perhetyön toteutumisessa tapahtunut muutoksia. Voitaisiin myös kartoittaa asiakkaiden näkökulmasta perhetyön toteutumista avomielen terveyspalveluissa.

Asiasanat: Perhehoitotyö, perhekeskeisyys, mielen terveyspalvelut, mielen terveys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

HÄMÄLÄINEN, JENNI & TULENSALO, SIRJA: Realisation of Family Work in
Community Mental Health Services in City of Tampere

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 7 pages
March 2011

The purpose of this thesis was to collect information on how family work comes true. The data were collected from employees who worked in community mental health services in city of Tampere. Altogether 113 questionnaires were sent to employees and 28 were returned, thus the response rate was 25%. The method of this thesis was quantitative and the data were analyzed using SPSS and descriptive statistics.

The results reveal that the majority of the respondents had met families within the previous two months and the meetings had usually been planned. More than half of the respondents agreed or almost agreed that they have family-centred working culture in their unit of work. Half of the employees agreed or almost agreed that they have sufficient know-how in family work. About half of the respondents stated that hurry and lack of time were an obstacle for implementing family work. However, the results of this thesis indicate that family work comes true quite well in community mental health services in city of Tampere.

The thesis reveals that family work needs development. Over half of the respondents would develop family work by adding education. Further study on this subject could involve reconducting the survey of this thesis in a couple of years' time.

Key words: Family nursing, family work, community mental health services, mental health work

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1 Perhetyön määritelmiä.....	8
3.1.1 Perhe.....	8
3.1.2 Perhetyö.....	9
3.1.3 Perheterapia.....	11
3.2 Perhetyön lähestymistapoja.....	13
3.2.1 Narratiivinen työskentely.....	13
3.2.2 Psykoedukatiivinen perhetyö.....	13
3.3 Toimiva lapsi & perhe –työ.....	15
3.4 Perhetyö avomielenterveyspalveluissa.....	17
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	18
4.1 Kvantitatiivinen menetelmä.....	18
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä.....	18
5 TULOKSET.....	21
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	21
5.2 Perhetyön toteutuminen.....	23
5.2.1 Perheiden tapaamisen käytännöt.....	23
5.2.2 Perhetyössä käytetyt auttamiskeinot.....	25
5.2.3 Perhekeskeisyyden arviointi työyksiköissä.....	28
5.2.4 Perhetyössä koetut esteet ja kehittämishaasteet.....	30
5.2.5 Yhteenveto perhetyön toteutumisesta.....	30
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	32
6.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	32
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
6.3 Tulosten tarkastelu.....	35
6.3.1 Vastaajien taustatiedot.....	35
6.3.2 Perhetyön toteutuminen.....	35
6.3.3 Perhetyön osaaminen ja kehittäminen.....	36
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	36
LÄHTEET.....	37
LIITTEET.....	40

1 JOHDANTO

Lapsiperheiden kanssa työskentelevät ovat huomanneet, että perheiden ongelmat ovat lisääntyneet ja monimutkaistuneet. Osa perheistä ei ole kykeneviä antamaan riittävästi turvaa lapsilleen. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 21.) Väestönotoksin tehdyissä tutkimuksissa arviolta noin joka neljännen lapsen perheessä on vanhemmalla jossain lapsen kasvun vaiheessa mielenterveyden ongelmia (Kaakinen, Pietilä & Solantaus 2009, 119). Lasten ja nuorten huostaanotot ovat tasaisesti lisääntyneet vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 2008 huostaan otettuja lapsia tai nuoria oli 4216 enemmän kuin vuonna 1995. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2006a.) Vanhemman vakava psyykinen sairaus on lapselle haasteellista muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Toisen vanhemman sairastaessa skitsofreniaa, on lapsen perinnöllinen psykoosiriski noin 10%. Sopeutumis- ja käyttäytymisongelmia tai lieviä neurologisia ongelmia on noin 30-50% lapsista. (Noppari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 101.) Näiden kokemusten ja tilastojen perusteella perhetyölle on tarvetta enenevässä määrin.

Perhekeskeisyys on sisällöllisesti epäselvä käsite. Lisäksi perheiden hoitamisen perusteet ovat puutteelliset. Tutkittua tietoa tarvitaan olemassa olevista ja uusista perhehoitotyön interventioista (Hopia, Heino-Tolonen, Paavilainen & Åstedt—Kurki 2004, 161), systemaattisesta perhehoitotyön kehittämisestä, laadun parantamiseen liittyvästä toiminnasta sekä hoitotyön asiantuntijuuden kehittämisestä (Lehto 2004, 96). Näin saataisiin näyttöä perhehoitotyön vaikuttavuudesta sekä kehitettyä uusia perhehoitotyön työmenetelmiä (Havukainen, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2007, 31). Asiakkaat toivovat saavansa nykyistä perhekeskeisempää hoitoa (Rantanen, Paavilainen & Åstedt—Kurki 2006, 291).

Vuonna 2009 Tampereen kaupungin tilaajaryhmä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveys- ja päihdepalvelut -osasto toteuttivat tamperelaisten mielenterveyspalveluiden auditoinnin (Wahlbeck ym. 2009). Auditoinnin analyysiosiossa pohdittiin perustaa toimiville mielenterveyspalveluille kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuoteen 2015 pohjalta. Sen mukaan psykiatrisessa hoidossa olevien perheiden huomioiminen on tärkeää, jotta sukupol-

vien välinen sairastumisketju saataisiin katkaistua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 25.) Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien perheissä olevien lasten ja nuorten huomioiminen ennaltaehkäisevässä mielessä saattaa vähentää tulevien mielenterveysongelmien aiheuttamaa taakkaa ja parantaa väestön tuottavuutta. Tampereella perhetyötä on kehitetty, mutta siitä huolimatta se vaatii lisäpanostusta resursseihin ja koulutukseen. (Wahlbeck ym. 2009, 3, 46.)

Teimme tämän opinnäytetyön yhteistyössä Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalvelujen kanssa. Opinnäytetyön aihe syntyi työelämätahon tarpeesta kartoittaa perhetyön toteutumista työntekijöiden näkökulmasta. Toteutimme opinnäytetyön kvantitatiivisella menetelmällä ja sähköinen kyselylomake lähetettiin vuodenvaihteessa 2010-2011 113:sta avomielen-terveyspalvelujen työntekijälle. Vastauksia palautui 28 kappaletta. Tulokset analysoimme SPSS-tilasto-ohjelmalla talvella 2011.

Opinnäytetyön tekijöinä koemme perheen merkityksen ja vaikutuksen yksilön persoonallisuuden ja tunteiden säätelyn kehittymisessä yhdeksi päätekijäksi. Perhetyön osaaminen vaatii harjoittelua ja omien toimintatapojen kyseenalaistamista. Sen vuoksi perhetyö ei aina käytännössä toteudu, vaikka työntekijät siihen pyrkivätkin. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 193.) Opinnäytetyömme avulla halusimme kartuttaa omaa ammatillista tietämystämme perhetyöstä ja sen toteutumisesta Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalveluissa.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perhetyön toteutumista Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluissa työntekijöiden näkökulmasta.

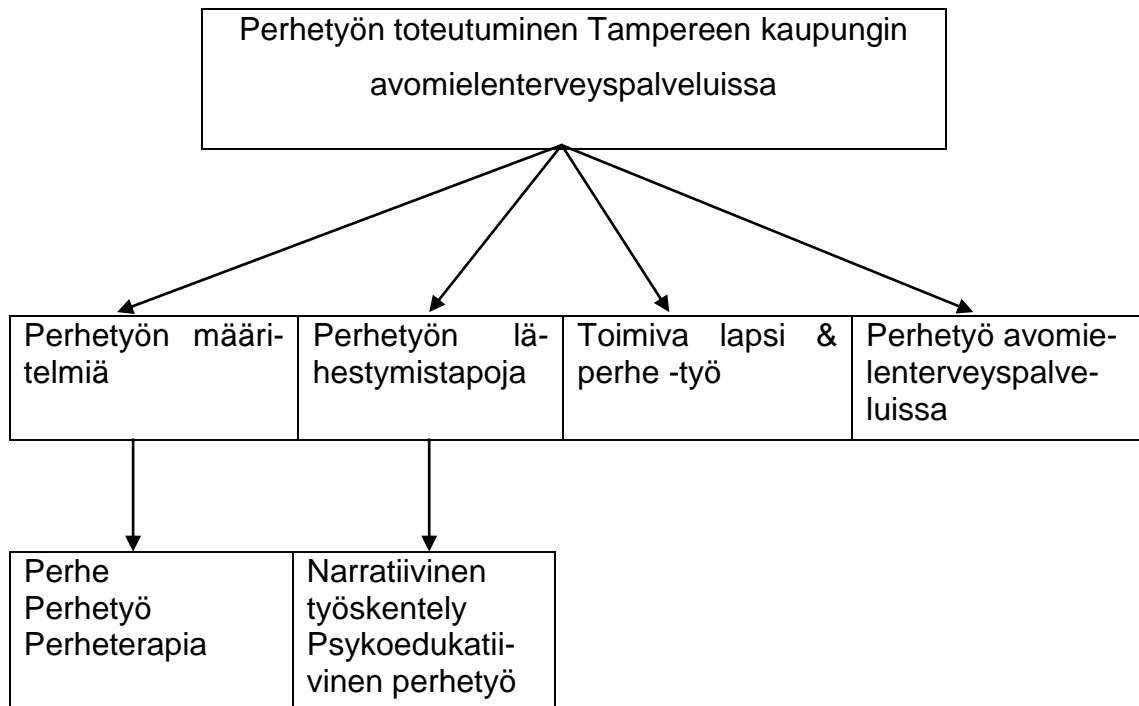
Tämän opinnäytetyön ongelmat olivat:

1. Minkälaista perhetyötä tehdään tällä hetkellä?
2. Miten perhetyö toteutuu tällä hetkellä?
3. Minkälaista perhetyön osaamista työntekijöillä on?
4. Miten perhetyötä voidaan kehittää?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluille perhetyöstä ja tarvittaessa antaa perustaa perhetyön kehittämiseksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kuviossa 1 kuvataan opinnäytetyön viitekehyksen muodostuminen tässä opinnäytetyössä.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

3.1 Perhetyön määritelmiä

3.1.1 Perhe

Perhe on määritelty tieteenalasta riippuen eri tavoin. Perhekäsityksen muuttamiseen ovat vaikuttaneet yhteiskunnan muutokset. Esimerkiksi kulttuuri, määrittelyn ajankohta ja tarkastelijan näkökulma vaikuttavat perhe-käsitteen määrittelyyn. Perhe on määritelty muun muassa sosiaalisesti rakennelmaksi. Sen on ajateltu olevan yksikkö, joka syntyy ihmisten yhteenkuuluvuuden tunteesta ja joka on riippuvainen yhteiskunnan normeista ja rooleista. (Friis ym. 2004, 18-

19.) Suomalaisessa kulttuurissa on totuttu tarkastelemaan perhettä ydinperheen näkökulmasta (Vilén ym. 2008, 195).

Suomen laissa perheestä ei ole yhtenäistä määritelmää. Perheen voi muodostaa avioliitossa tai avioliitonomaisessa suhteessa esimerkiksi rekisteröidyssä parisuhteessa elävä pari tai uusperhe, jossa voi olla molempien puolisoitten lapsia. Perheeseen voi kuulua myös adoptoituja lapsia. Biologisin perustein määritelty perhe voi olla esimerkiksi ydinperhe, jossa on äiti, isä ja lapsi tai yksinhuoltajavanhempi ja lapsi. Myös aikuiset sisarukset, isovanhemmat ja heidän lastenlapsensa voivat muodostaa yhdessä perheen. Emotionaalisin kriteerein määrittelyssä perheessä yksilö itse määrittää perheeseensä kuuluvat jäsenet. Perhettä voi olla esimerkiksi naapuri tai ystävä. Perheen hoitamisessa ja tutkimisessa on oleellista, että asianomaiset itse määrittävät perheensä ja siihen kuuluvat jäsenet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11-13.) Hoitotyössä perheiden monimuotoisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen tulee yhä tärkeämmäksi näkökulmaksi (Friis ym. 2004, 198).

3.1.2 Perhetyö

Tässä opinnäytetyössä käytämme perheiden hoitamisesta käsitettä perhetyö, koska Tampereen kaupungin avomielen terveystyöpalveluissa käytetään sitä käsitettä. Kaikki ammattihenkilöstön ja perheenjäsenten kohtaamiset ovat perhetyötä. Osa perhetyöstä voi olla myös yksilötyötä. Perhetapaamiset, kotikäynnit ja mikä tahansa puolison ja muun perheen huomioiva työ on myös perhetyötä. Voidaan puhua myös perhekeskeisestä työstä, perhehoitotyöstä tai perheet huomioivasta lähestymistavasta. Perhetyön saatavuus on riippuvainen mielen-terveystyöpalveluiden käytettävissä olevista resursseista, jotka vaihtelevat eri puolilla maata. (Koskisu & Kulola 2005, 188, 191.)

Perhe ja vanhemmuus ovat peruskäsitteitä perhelähtöisessä työskentelytavassa (Friis ym. 2004, 170). ”Perheen sisäisiin asioihin puuttuminen on aina herkkä asia ja vanhemman mielen-terveyden häiriöstä puhuminen on varmasti yksi herkkimmistä” (Solantaus 2001, 29). Kun aloitetaan työskentely perheen kanssa, on tärkeää selvittää, mikä on perheen laajempi rakenne eli keitä muita ihmisiä on

kiinteästi perheen arjen tukena (Tukiainen & Lindroos 2009, 39). Perheen sitoutuminen hoitoon on perhetyön onnistumisen ydin (Koskisuus & Kulola 2005, 191). Myös perhetilanteen kokonaisarviointi on oleellista tuen tarpeen määrittelyssä, esimerkiksi onko vanhempi sairastunut mielenterveyden häiriöön vasta äskettäin. Sairauden eri vaiheissa tuen tarve vaihtelee. Hyvä perhetyö antaa tietoa muun muassa sairauksista, niiden ennusteesta ja hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoista. Tarkoituksena on myös hälventää psykiatrian ympärillä leijuvaa mystistä ilmapiiriä ja arkipäiväistä asioita. Perheen käytännön tuen tarpeen selvittäminen on osa hyvää perhetyötä esimerkiksi lasten hoidon järjestymisen tilanteessa, jossa äiti on sairaalassa ja isä vuorotyössä. (Koskisuus & Kulola 2005, 189–191.)

Kun työntekijä tuntee oman perhe- ja sukutaustansa sekä niiden vaikutuksen omiin asenteisiinsa, arvoihinsa ja tunteisiinsa, hän pystyy ymmärtämään ja työskentelemään perheiden kanssa tietoisemmin. On tärkeää, että työntekijällä on keinoja keskustelun avulla luoda toivoa toivottomuuden sijaan ja avata uusia näkökulmia. (Heikkilä & Lindroos 2009, 59, 68.) Ensikohtaamisessa on tärkeää, että perhe kokee tilanteen myönteiseksi, koska silloin mahdollistuu luottamuksellisen suhteen syntyminen. Kukin perheenjäsen kokee tulevansa hyväksytyksi omana itsenään. Työntekijän lähestyminen vuorovaikutuksen alkuvaiheessa on riippuvainen perheen tilanteen vakavuudesta ja suhtautumisesta perhetapaamiseen. Myötätuntoinen työntekijä elää perheen elämäntilannetta heidän mukanaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 83.)

Kilkun väitöskirjan (2008) mukaan ensipsykoosiin sairastuneella sekä heidän läheisillään olivat korkeat odotukset avun saamiseksi. Tästä syystä ensi kontaktilla hoitavien henkilöiden kanssa oli tärkeä merkitys. Tähän merkitykseen liittyivät helpotuksen tunne, tilanteen selkeytyminen ja hoitavan tahon aktiivinen ote. Aktiivinen asioista kertominen ja selkeiden toimintaohjeiden antaminen toi turvallisuutta ja tunteen siitä, että nyt asiat etenivät ja asiantuntevaa apua saatiin. Luottamuksen kehittyminen mahdollistui kohtaamisen kokemuksen kautta, niin hoidosta saatavaan apuun, kuin omaan selviytymiseenkin. Avoimuus, molemminpuolinen vastavuoroisuus, turvallisuuden tunne ja yhteistyön ajallinen mahdollistuminen ja jatkuvuus liittyivät luottamuksen kehittymiseen. Erilaisten tunteiden kohtaaminen ja käsittely, läheisten jaksamisen huomioiminen sekä ristirii-

tojen käsittely liittyivät myös vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen. (Kilku 2008, 95-97.)

3.1.3 Perheterapia

Professorit Jukka Aaltonen (2009a) ja Viljo Rökköläinen ovat määritelleet perheterapian seuraavasti: ”Se on ammatillinen ja tietoinen pyrkimys ja keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa sekä perheen sisäisen vuorovaikutuksen kokonaisuudessa että yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä” (Aaltonen 2009a, 21). Perheterapia kehittyi erityisesti 1950-luvulta alkaen (Aaltonen 2002, 142). Perheterapia psykoterapiamuotona on muodostunut yhdessä useiden muiden psykoterapiamuotojen kanssa. Lähtökohtia perheterapialle on muun muassa psykodynaamisesta teoriasta, kognitiivisesta teoriasta, lasten psykoterapiasta ja erityisesti systeemikeskeisestä perhetutkimuksesta muodostuneessa kokonaisuudessa. (Toivio & Nordling 2009, 264; Aaltonen 2002, 143.) Perheterapia ei eroa jyrkästi perhekeskeisestä psykiatrisesta lähestymistavasta (Aaltonen 2009b, 785). Keskeisenä erona on perheterapiaa tekevien terapeuttien pitkä ammatillinen koulutus, jolloin heillä on paremmat valmiudet ymmärtää perhettä, sen kehitystä ja perheen vuorovaikutussuhteita sekä toimia terapiasuhteessa perheiden kanssa (Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002, 224). Perheterapia työmuotona voi olla osa potilaan muuta hoitoprosessia, jolloin perheen voimavarat ja ongelmat voivat tulla hahmotetuksi hoitoryhmän jäsenille eri tavoin (Noppari ym. 2007, 100).

Perheterapian teoreettinen viitekehys jaetaan perinteisesti kolmeen teoriaan: strategiseen, strukturaaliseen ja systeemiseen. Strategisessa perheterapiassa pyritään luomaan suunnitelma, jotta perheen keskeinen ongelma saataisiin ratkaistuksi. Myös perheen hierarkkiseen valtarakenteeseen kiinnitetään huomiota. Strukturaalisessa perheterapiassa keskeistä on mielenkiinnon kohdistuminen perheen vuorovaikutusrakenteisiin, rajoihin ja kunkin perheenjäsenen rooliin perheessä. Systeemisessä perheterapiassa perusajatuksena on, että jokainen perheenjäsen vaikuttaa toisiinsa ja samalla jokainen sekä ottaa vastaan että antaa vaikutteita. Kun yksi asia muuttuu, samalla koko perheen muodostama systeemi muuttuu. Hoito kohdistuu koko perheen vuorovaikutusverkkoon. Sys-

teemiselle perheterapialle on tyypillistä nähdä perheen ongelmat ratkaisuina, joille voi antaa positiivisen merkityksen sekä ajatus, että perheellä on kyky muutokseen. (Toivio & Nordling 2009, 265-268.)

Perheterapialle on monia eri määritelmiä (Koskisuus & Kulola 2005, 194). Perheterapiassa on esimerkiksi erilaisia sovelluksia akuutin ja pitkäaikaisvaiheen mielenterveyshäiriön hoitoon. Yhtenä tärkeänä näkökulmana on lapsikeskeisyys, koska lapsen omat ajatukset perheen tilanteesta saattavat jäädä perheterapeutiltakin varjoon vanhempia kuunnellessa. Perheterapialla pyritään tietoisesti muuttamaan niitä inhimillisen vuorovaikutuksen kuvioita, jotka ylläpitävät perheenjäsenten ongelmia ja estävät psykologisen kehityksen kannalta rakentavien ratkaisujen tekemisen. (Aaltonen 2002, 142,146-147.) Perheessä voi olla jo valmiina ongelmallisia ja ristiriitaisia vuorovaikutuksen malleja tai niitä voi syntyä perheenjäsenen sairastumisen seurauksena. Perheterapialla pyritään auttamaan näitä paikoilleen juuttuneita tai jatkuvasti kriisiytyviä perhetilanteita. (Koskisuus & Kulola 2005, 194.) Näitä voivat olla esimerkiksi nuoren itsenäistymiskriisi tai vanhempien avioerokriisi (Aaltonen 2002, 144).

Perheterapia on kestoaltaan lähes aina lyhyempi kuin yksilöterapia (Koskisuus & Kulola 2005, 194). Yhden tapaamisen kesto on tavallisesti puolitoista tuntia (Toivio & Nordling 2009, 265). Perheterapiatapaamiset tapahtuvat joko yhden tai useiden terapeuttien muodostaman työryhmän ja perheen välisen vuorovaikutuksen kautta. Perheterapia voi olla koko perheen yhteistä terapiaa, mutta toisinaan tapaamisissa voi olla mukana myös laajempaa vuorovaikutusverkostoa. (Aaltonen 2002, 142.) Yksilö- ja perheterapia on mahdollista yhdistää keskenään siten, että sama terapeutti hoitaa sekä yksilöitä että koko perhettä. Pariterapiakin katsotaan osaksi perheterapiaa. (Koskisuus & Kulola 2005, 195.)

3.2 Perhetyön lähestymistapoja

3.2.1 Narratiivinen työskentely

Perheterapian menetelmiä hyödynnetään perhetyössä. Yksi tuoreimmista menetelmistä on narratiivinen, tarinallinen työskentely. Tarinan kautta ihminen hahmottaa elämäänsä ja maailmaa. Jokaisella ihmisellä on oma mielensisäinen tarinansa, joka ei välttämättä avaudu koskaan sellaisenaan ulkopuoliselle. Päämääränä perhekeskeisessä narratiivisessa työskentelyssä on rakentaa uudenlaisia, eheyttäviä tarinoita koko perheeseen. Ennen tätä on aina kuunneltava aktiivisesti, empaattisesti ja kärsivällisesti perheen niin sanotut ongelmatarinat. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 28-29.) Perheen kanssa keskustellaan konkreettisella tasolla arjen asioista ja kokemuksista. Kullakin perheenjäsenellä on oltava mahdollisuus tulla kuulluksi ja kuulla toista. Perheenjäsenen psyykinen sairastuminen muuttaa tarinan juonta merkittävästi. Toipumisen kannalta on tärkeää saada sairastuminen osaksi elämäntarinaa. Tunne tarinan jatkuvuudesta on myös perheen olemassaololle tärkeää. (Berg 2009, 158-159.)

3.2.2 Psykoedukatiivinen perhetyö

Psykoedukatiivisesta eli opastavasta perhetyöstä (Toivio & Nordling 2009, 285) käytetään myös nimeä koulutuksellinen perhetyö tai koulutuksellinen hoitomalli (Koskisuu & Kulola 2005, 201). Termille psykoedukaatio ei ole toistaiseksi keksitty vakiintunutta suomenkielistä vastinetta (Berg 2009, 151). Psykoedukatiivinen perhetyö kehittyi Englannissa ja Yhdysvalloissa 1970-luvulla, jolloin mielisairaaloiden ylläpidon kustannukset nousivat niin suuriksi, että hoitoaikoja sairaaloissa jouduttiin lyhentämään. Tästä johtuen alettiin miettiä, miten potilaiden selviytyminen sairaalan ulkopuolella voitaisiin turvata. Tarkoituksena oli saada muut potilaalle tärkeät ihmiset korvaamaan sairaalahoitoa ja luomaan sellaisia sosiaalisia ympäristöjä, joiden avulla voitaisiin turvata potilaiden pysyminen sairaalan ulkopuolisessa elämässä mahdollisimman pitkään. Perusteellisissa tutkimuksissa todettiin, että olennaisinta oli vaikuttaa niihin tekijöihin, jotka aiheuttavat potilaalle sellaista stressiä, ettei hän pärjää sairaalan ulkopuolisessa elä-

mässä lääkehoidosta huolimatta. Lisäksi tutkimuksissa todettiin, että keskeisin psykoosipotilaan hoidon ennusteeseen vaikuttava tekijä oli perheessä vallitseva tunneilmapiiri ja vuorovaikutussuhteiden ominaisuudet. (Toivio & Nordling 2009, 285-286.)

Psykoedukatiivinen perhetyö on alun perin kehitetty psykoosiin sairastuneiden ja heidän perheidensä tukemiseksi (Koskisuus & Kulola 2005, 201), mutta sitä on menestyksellisesti sovellettu myös esimerkiksi bipolaarihäiriöpotilaille, tunne-elämältään epävakaille potilaille ja syömishäiriöstä kärsiville (Berg 2009, 152). Psykoedukatiivisen perhetyön perimmäisenä tarkoituksena on pyrkiä säätelemään perheen välisiä vuorovaikutussuhteita sekä laajentamaan perheen sosiaalisia verkostoja (Toivio & Nordling 2009, 286). Atkinson ja Coja (1995) ovat määritelleet hoidon sisältöjä seuraavasti: tiedonanto sairaudesta tavoitteena motivoida potilasta ja perhettä hoitoon ja lääkitykseen, vähentää omaisten syyllisyyttä ja syyllistämistä, rohkaista realistisia odotuksia ennusteen suhteen ja antaa käytännön neuvoja, miten hoitaa uusi tilanne (Atkinson & Coja 1995, Bergin 2009, 151-152 mukaan). Psykoedukatiivisella perhetyöllä pyritään perheen vuorovaikutuksen lisäämiseen ja tukemiseen, ongelmaratkaisutaitojen opettamiseen sekä perheen tunneilmapiirin parantamiseen (Toivio & Nordling 2009, 286).

Psykoedukatiivinen perhetyö rakentuu yhteisille istunnoille, tiedon antamiselle, tehtäville ja kotikäynneille (Koskisuus & Kulola 2005, 203). Hoidossa pyritään käytännönläheisyyteen ja tarpeenmukaisuuteen. Psykkinen oireilu katsotaan sairaudeksi, ei vääristyneen perhevuorovaikutuksen tulokseksi. Sairastumisen syyt selitetään perheelle stressi-haavoittuvuus-mallin pohjalta. Perheen ajatellaan olevan yhteistyökumppani, ei hoidon kohde. (Koivisto & Kiviniemi 2001, 168-169.) Sairastuneen yksilöllisten stressitekijöiden havaitseminen ja nopea hoidon aloittaminen voivat johtaa stressi-haavoittuvuus-mallin mukaan sairauden estämiseen tai lievittää sen vakavuutta. Sairastuneen omien ennakoivien oireiden tunnistaminen ja niiden havaitseminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa on tästä syystä yksi tärkeä osa psykoedukatiivista hoitoa. Kriisinhallinta- ja ongelmaratkaisutaitojen opettelu myötä ajatellaan, että perhe kykenee itse ehkäisemään arkipäivän stressaavia tilanteita. (Kilkku 1999, 62.) Terapeutti

kunnioittaa perheen asiantuntijuutta ja hakee yhdessä perheen kanssa ratkaisuja heidän ongelmiinsa (Berg 2009, 151).

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa alkoi vuonna 1994 koulutuksellisen perhehoitotyön koulutus, johon osallistui eri ammattialojen edustajia. Koulutuksellisen perhehoitotyön opettelu oli aluksi kiinteästi yhteydessä psykiatrian klinikassa tehtävään ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden tutkimukseen. Aikaisemmin Tampereella koulutuksellisesta perhehoitotyöstä käytettiin termiä psykoedukatiivinen hoitomalli, mutta se muutettiin termiksi koulutuksellinen perhehoitotyö, joka kuvaa selkeämmin hoidon sisältöä. (Kilkku 1999, 58-60.)

3.3 Toimiva lapsi & perhe –työ

Toimiva lapsi & perhe –työ on kehitetty professori Tytti Solantauksen johdolla yhteistyössä Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen (entinen Stakes) kanssa vuodesta 2001 alkaen (Kaakinen ym. 2009, 116). Toimiva lapsi & perhe –työmenetelmien tavoitteena on tukea vanhemmuutta ja lapsen kehitystä sekä ehkäistä lasten mielenterveyden häiriöitä, silloin kun jommallakummalla vanhemmalla on mielenterveydellinen ongelma (Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos 2006b; Kaakinen ym. 2009, 116-119; Toivio & Nordling 2009, 311). Toimiva lapsi & perhe –työ käsittää neljä erilaista työmenetelmää, jotka ovat lapset puheeksi –keskustelu, Beardsleen perheinterventio, lapsi ja perhe –neuvonpito ja Vertti-toiminta (Kaakinen ym. 2009, 116-119; Toivio & Nordling 2009, 311-312).

Lapset puheeksi –keskustelu on neuvonnallinen perheinterventio, joka pyrkii tukemaan vanhemmuutta ja lasten kehitystä. Keskustelussa kartoitetaan perheen ja lasten vahvuuksia sekä haavoittuvuuksia. (Terveiden Hyvinvoinnin laitos 2006c; Toivio & Nordling 2009, 311.) Lisäksi työntekijä kertoo vanhemmille lapsia suojaavista tekijöistä ja selvittää perheen huolenaiheita (Terveiden Hyvinvoinnin laitos 2006c). Samalla työntekijä arvioi lisäavun tarvetta (Toivio & Nordling 2009, 311). Intervention toteutus tapahtuu yhdellä tai kahdella tapauksella (Terveiden Hyvinvoinnin laitos 2006c). Keskustelun pyrkimyksenä

on, että vanhemmat pystyisivät ottamaan lastensa tarpeet puheeksi jatkossakin, kun he kokevat siihen olevan syytä (Toivio & Nordling 2009, 311-312).

Beardsleen perheinterventio on koulutuksellinen työmenetelmä (Toivio & Nordling 2009, 312), joka sisältää prosessityöskentelyä perheen kanssa (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c; Kaakinen ym. 2009, 119). Menetelmänä se on selvästi laajempi kuin Lapset puheeksi –keskustelu (Toivio & Nordling 2009, 312). Tapaamisia on seitsemästä kahdeksaan riippuen lasten lukumäärästä (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c). Intervention avulla pyritään vahvistamaan lasta suojaavia tekijöitä sekä avaamaan perheen keskustelua vanhemman sairaudesta lapselle ymmärrettävällä tavalla. Lisäksi annetaan vanhemmille tietoa sairaudesta ja lapsen kehityksestä. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c; Kaakinen ym. 2009, 119; Toivio & Nordling 2009, 312.) Tavoitteena on antaa valmiuksia vanhemmille auttaa omia lapsiaan (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c).

Lapsi ja perhe -neuvonpito on verkostotapaaminen (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c), joka järjestetään, jos lasta tukevat sosiaaliset rakenteet ovat heikot tai puuttuvat kokonaan (Toivio & Nordling 2009, 312). Neuvonpidon tavoitteena on suunnitella, mitä kukin verkoston jäsen voi tehdä lasta suojaavien tekijöiden vahvistamiseksi. Verkoston jäsenet voivat olla sukulaisverkostoa ja/tai asiantuntijoita. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c.)

Vertti-toiminta on kymmenen ryhmätapaamisen psykoedukatiivinen vertaisryhmäinterventio lapsille ja heidän masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalle vanhemmalleen. Keskeistä ovat rinnakkain toimivat vanhempien ja lasten ryhmät sekä yhteistyö näiden ryhmien välillä. (Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2006c.) Pyrkimyksenä on helpottaa kummankin osapuolen oloa vertaistuen avulla. Myös lapsen pahoinvoinnin ennaltaehkäiseminen ja vanhemmuuden tukeminen ovat tavoitteina Vertti-toiminassa. (Söderblom & Inkinen 2007.)

3.4 Perhetyö avomielenterveyspalveluissa

Solantauksen (2001) mukaan sairaalahoidon vähentymisen ja avohoidon lisääntymisen myötä vaikeastikin psyykkisesti sairaat vanhemmat ovat perheensä kanssa arjessa ja yrittävät toimia siinä aktiivisesti vanhempina. Ilman tukea he jäävät vanhemmuuden kanssa hyvin yksin. Näissä tilanteissa elävien vanhempien lasten asiaan herääminen on ollut seurausta tutkimustuloksista, joiden mukaan lapsilla itsellään on vaara sairastua psyykkisiin häiriöihin lapsuudessa ja myöhemmin aikuisuudessa. Toisaalta tutkimustulosten toinen puoli on, että suurin osa lapsista ei sairastu. Tämä tarkoittaa sitä, että monet vanhemmat pysyvät hoitamaan lapsensa ja järjestämään heidän elämänsä sairaudestaan huolimatta. (Solantaus 2001, 19-20.)

Heinon pro gradu-tutkielman tutkimustuloksissa tulee esiin, että psykiatrisessa hoidossa, sekä avo- että sairaalahoidossa, vanhemmuudesta puhuminen jäi useimmiten hoidossa olleen vanhemman vastuulle. Vanhemmat kokivat, että heitä kuunneltiin, mutta konkreettinen apu jäi saamatta. Vastuu vanhemman sairauden kertomisesta lapselle jätettiin vanhemmille. He kokivat, että eivät olleet saaneet riittävästi työkaluja siihen, kuinka tilanteessa pitäisi toimia. Vanhemmat kokivat tilanteessa avuttomuutta ja tietämättömyyttä. Avohoidossa vanhemmilla saattoi olla pitkä vuosia jatkunut avohoitokontakti, johon kuitenkin ei ollut sisältynyt lasten tapaamisia. Perheinterventiota vanhemmat eivät mieltäneet osaksi omaa hoitoaan, vaan erilliseksi tapahtumaksi. Tieto perheintervention mahdollisuudesta oli saatu avohoidosta, mutta tietoa tästä mahdollisuudesta olisi toivottu jo aiemmin. Perheinterventiossa vanhemmat kokivat, että koko perhettä ja lasta kuultiin sekä vanhemmuuden tuen tarpeen huomioinnin koettiin toteutuneen. (Heino 2009, 17-18, 25-26, 31, 35.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta voidaan käyttää myös nimeä tilastollinen tutkimus. Määrällisessä tutkimuksessa vastataan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Heikkilä 2008, 16-17.) Kvantitatiivisen tutkimuksen alkujuuret ovat luonnontieteissä ja sitä käytetään melko paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Kvantitatiivisen tutkimuksen pääpiirteitä ovat johdopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat tutkimusaiheesta sekä käsitteiden määrittely. Havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Päätelmiä tutkimustuloksista tehdään havaintoaineistosta tilastolliseen analysointiin perustuen, kuten tulosten kuvailua prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139-140.) Tässä opinnäytetyössä käytimme kvantitatiivista menetelmää, koska sen avulla voi muodostaa mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan perhetyön toteutumisesta työntekijöiden näkökulmasta.

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Teimme tämän opinnäytetyön yhteistyössä Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalvelujen kanssa, johon kuuluvat psykiatrian poliklinikat, päiväsairaalat ja tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä. Saimme luvan opinnäytetyön tekemiseen Tampereen kaupungilta syksyllä 2010. Aineiston keruu tapahtui vuodenvaihteessa 2010-2011. Kysely esitettiin viiden avomielen-terveyspalveluiden työntekijän kanssa. Lähetimme eLomakkeen saatekirjeineen työelämätahton yhteistyöhenkilölle ja hän lähetti ne eteenpäin. Kyselylomake lähetettiin 113:sta Tampereen kaupungin avomielen-terveyspalveluiden työntekijälle. Vastauksia saimme 28 kappaletta. eLomakkeeseen vastattiin nimettömänä, jolloin henkilötiedot eivät tulleet julki. eLomakkeen aineisto tallentui Tampereen ammattikorkeakoulun serverille, josta se hävitettiin huhtikuussa 2011. Opinnäytetyön kustannuksista vastasivat opinnäytetyön tekijät.

Kyselylomake on yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Ennen kyselylomakkeen laatimista on perehdyttävä kirjallisuuteen, pohdittava ja täsmennettävä opinnäytetyön tavoitetta sekä määriteltävä käsitteitä. Opinnäytetyöntekijöiden on tiedettävä, mihin kysymyksiin ja ongelmiin he etsivät vastauksia. (Heikkilä 2008, 47.) Hyvä ohje on, että kyselylomakkeen tulee mitata vain sitä, mitä tutkitaan (Vilkka 2007, 70). Lomakkeen laatijoiden on tiedettävä, mitä ohjelmaa kyselylomakkeen tietojen purkamiseen käytetään, miten tiedot syötetään ja miten tulokset halutaan raportoitavan. Hyvä kyselylomake on siisti ja houkuttelevan näköinen, koska usein sen perusteella vastaaja päättää osallistumisestaan kyselyyn. Kysymysten tulee edetä loogisesti ja kysytään vain yksi asia kerrallaan. Alkuun asetellaan helpot kysymykset. Samaa aihetta olevat kysymykset ryhmitellään kokonaisuuksiksi. Vastausten luotettavuus varmistetaan kontrollikysymyksillä. Kyselylomakkeen tulisi saada vastaaja tuntemaan vastaamisen tärkeäksi. Hyvä kyselylomake ei ole liian pitkä ja se on esitettävä. (Heikkilä 2008, 47-49.)

Valitsimme tähän opinnäytetyöhön kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksi, koska kartoitimme työntekijöiden mielipiteitä, käsityksiä ja perhetyön tekemisen tapoja. Kyselylomakkeen alussa kartoitimme taustatietoja seitsemällä kysymyksellä, joista viisi oli monivalintakysymystä ja kaksi sekamuotoista kysymystä. (Vilkka 2007, 28, 67, 69.) Taustatietojen kysymykset teimme tätä opinnäytetyötä varten. Taustatietojen jälkeen kyselylomakkeessa oli varsinainen perhetyön kartoittamisen osio. Kysymyksissä 8-10, 15, 18 ja 21 käytimme apuna psykiatrista perhehoitotyötä kuvaavaa käsitejärjestelmää Pitkäsen, Åstedt-Kurjen, Laijärven ja Pukurin (2002) tutkimusartikkelista Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Muut kysymykset teimme tätä opinnäytetyötä varten. Likertin asteikkoa käytimme seitsemässä kohdassa mielipiteiden kartoittamiseen sekä yhdessä kohdassa työtapojen selvittämiseen (Vilkka 2007, 46). Kyselylomakkeessa oli viisi sekamuotoista kysymystä ja kolme avointa kysymystä. Lisäksi perheterapiakoulutuksen käyneille oli kolme avointa kysymystä (Vilkka 2007, 68-69). Saatekirje (liite 2) ja kyselylomake (liite 3) ovat liitteinä opinnäytetyössä.

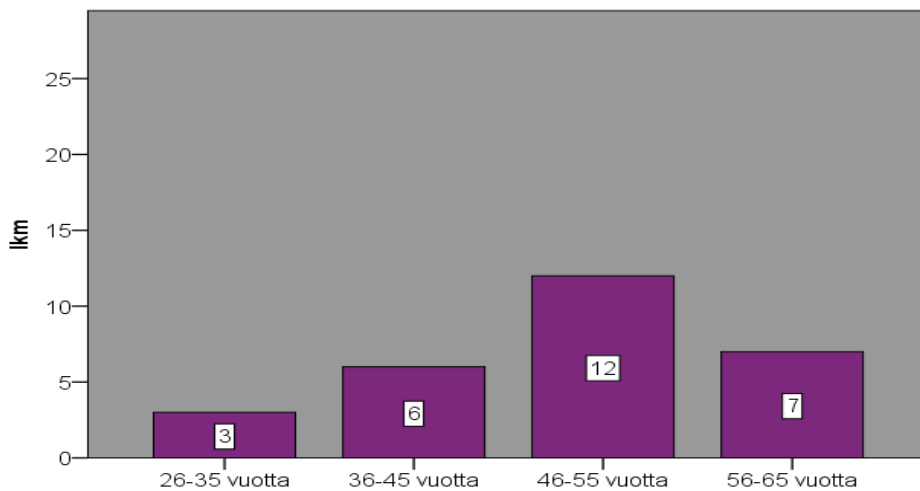
Kyselylomakkeella kerätyn aineiston analysoimme SPSS-tilasto-ohjelmalla, koska tilastollisten taulukoiden tekeminen sujuu tilasto-ohjelmalla nopeammin ja vaivattomammin kuin taulukkolaskenta-ohjelmalla (Heikkilä 2008, 122) ja koska SPSS-tilasto-ohjelma on käytössä Tampereen ammattikorkeakoulussa. Aineistoa käsitelivät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Tulokset esitimme opinnäytetyössä sekä sanallisesti kuvaillen että pylväsdiagrammeina, sektoridiagrammeina ja taulukoina. Kuvailimme tuloksia myös käyttäen frekvenssijakaumia ja tekemällä yhden yhteenvetotaulukon kuudesta likert-asteikosta ja toisen käytetyistä perhetyön auttamiskeinoista.

Tulosten analysoinnin jälkeen on tärkeää selittää ja tulkita tuloksia. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tekijät pohtivat analyysin tuloksia ja tekevät niistä omia johtopäätöksiä. Aineiston analyysissä esiin nousevien merkitysten selkiyttäminen on myös tulkintaa. Tuloksista on pyrittävä laatimaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääasiat ja antavat vastaukset asetettuihin ongelmiin. Johtopäätökset taas perustuvat synteeseihin. On pohdittava, mikä on saatujen tulosten merkitys tutkimusalueella, sekä mikä laajempi merkitys tuloksilla voisi olla. (Hirsjärvi ym. 2009, 229-230.)

5 TULOKSET

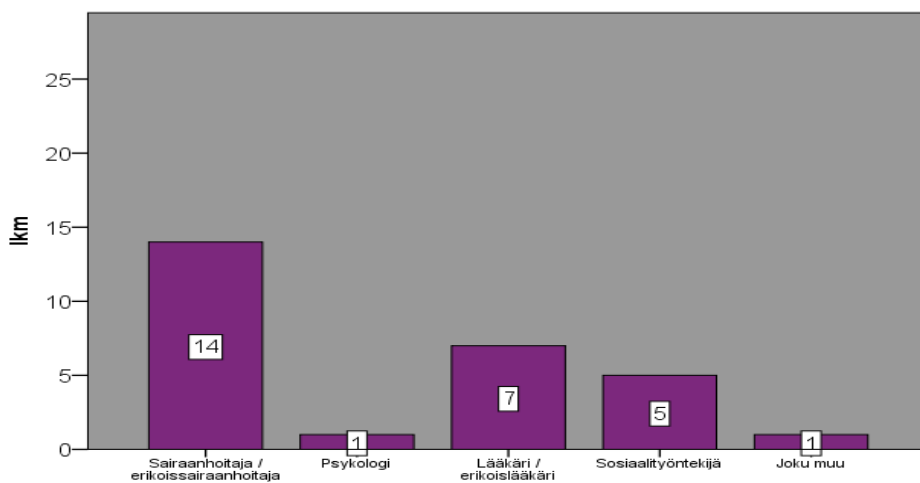
5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyn vastausprosentti oli 25%. Kyselyyn vastanneita oli 28, joista naisia oli 23 (82%) ja miehiä viisi (18%). Vastaajien ikäjakauma oli laaja. Eniten oli 46-55-vuotiaita (kuvio 2).



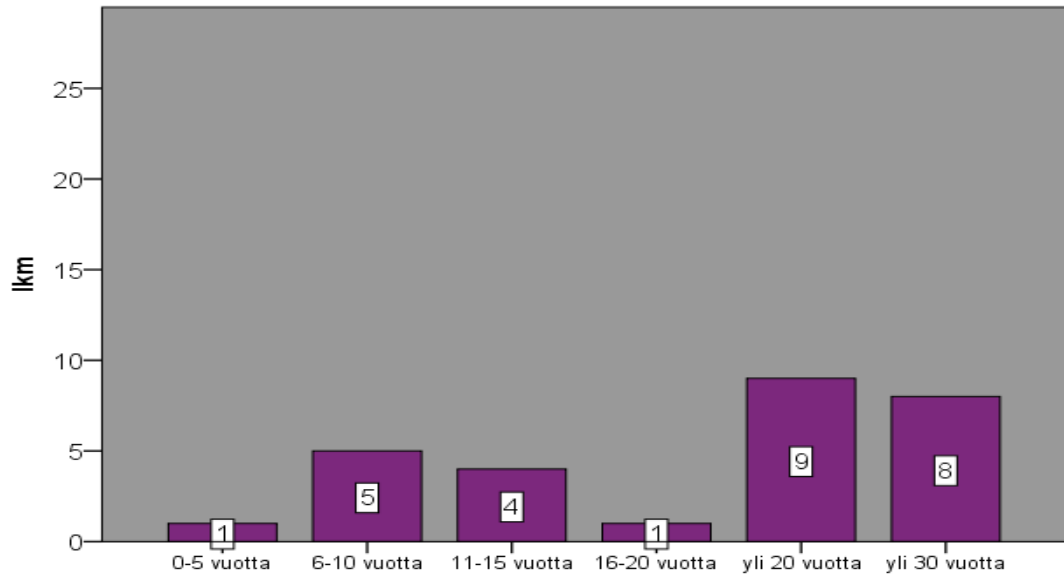
KUVIO 2. Vastaajien ikä (n=28)

Sairaanhoitajia tai erikoissairaanhoitajia oli vastanneista eniten ja lähihoitajia tai mielenterveyshoitajia ei ollut yhtään. Vaihtoehtoon ”joku muu ammattinimike” oli vastannut yksi (4%) psykoterapeutti (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajien ammattinimike (n=28)

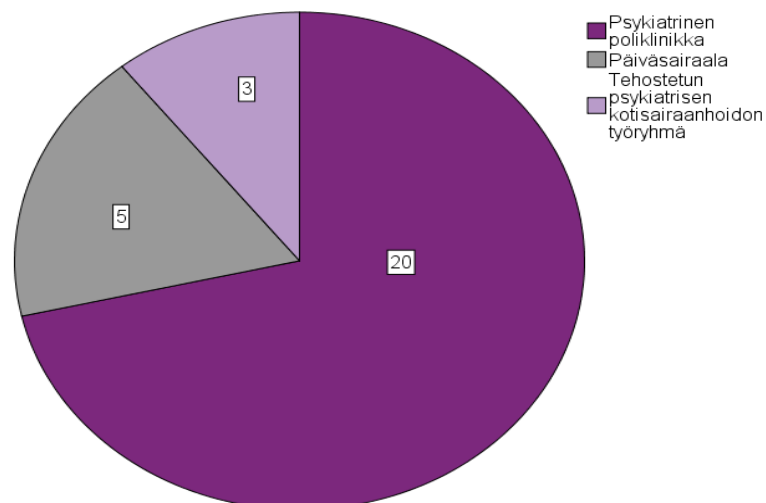
Lähes kaikilla vastaajilla oli työkokemusta vähintään kuusi vuotta psykiatriselta alalta ja yli puolella vastanneista oli pitkä yli 20 vuoden työkokemus psykiatriselta alalta (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien työkokemus psykiatriselta alalta (n=28)

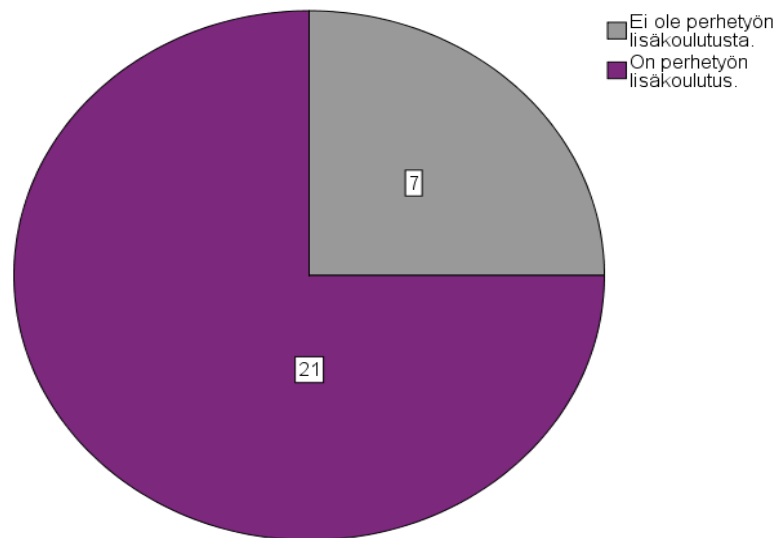
Vastaajista (n=28), 13 (46%) oli työskennellyt nykyisessä työyksikössään 0-5 vuotta, neljä (14%) 6-10 vuotta, seitsemän (25%) 11-15 vuotta, kaksi (7%) 16-20 vuotta ja kaksi (7%) yli 20 vuotta. Yksikään ei ollut työskennellyt nykyisessä työyksikössään yli 30 vuotta.

Kuvio 5 osoittaa, että suurin osa työskenteli tällä hetkellä psykiatrian poliklinikoilla (kuvio 5).



KUVIO 5. Vastaajien työyksikkö (n=28)

Perhetyön lisäkoulutusta oli suurimmalla osalla vastaajista (kuvio 6).



KUVIO 6. Vastaajien perhetyön lisäkoulutus (n=28)

Toimiva lapsi ja perhe –työ lisäkoulutus oli kahdeksalla (29%), Lapset puheeksi –keskustelu oli kahdeksalla (29%), Beardsleen perheinterventiokoulutus seitsemällä (25%), Lapsi ja perhe –neuvonpito oli kolmella (11%), psykoedukatiivinen perhetyö oli kahdeksalla (29%), perheterapiakoulutus viidellä (18%) vastaajista. Vertti-toiminnan koulutusta ei ollut yhdelläkään. Vaihtoehdon ”joku muu” oli valinnut yhdeksän (32%) vastaajista. Muita lisäkoulutuksia oli perheneuvolakoulutus, avoin dialogi -koulutus, perhetyön peruskurssi, perhekeskeisen työn koulutus, perhekeskeinen työote sosiaali- ja terveydenhuollossa, verkostomallinen perhetyön kehittämiskoulutus, Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan sisäinen perhetyön koulutus ja verkostoterapiakoulutus.

5.2 Perhetyön toteutuminen

5.2.1 Perheiden tapaamisen käytännöt

Perheitä tavattiin useammin suunnitellusti kuin satunnaisesti. Vastaajista (n=28), 13 (46%) oli täysin samaa mieltä siitä, että perhetapaamiset ovat useammin suunniteltuja kuin satunnaisia. Jokseenkin samaa mieltä tästä oli 10

(36%), ei samaa eikä eri mieltä oli kaksi (7%) ja jokseenkin eri mieltä oli kolme (11%). Kukaan ei ollut täysin eri mieltä siitä, että perhetapaamiset ovat useammin suunniteltuja kuin satunnaisia.

Hoitoneuvottelut ja verkostopalaverit nousivat eniten esille perhetapaamisten tavoista. Noin puolet tapasi perheitä myös satunnaisesti (taulukko 1). Muita perheiden tapaamistapoja olivat pariterapia sekä hoidon aloittamisneuvottelut. Yhteydenpito sähköpostitse mainittiin myös. Kysymyksessä oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja.

TAULUKKO 1. Vastaajien perhetapaamisten tavat (n=28)

Perhetapaamisten tavat	lkm
Suunnitellut perhetapaamiset	23
Hoitoneuvottelut	19
Verkostopalaverit	16
Satunnaiset perhetapaamiset	15
Yhteydenpito puhelimitse	13
Kotikäynnit	9
Perheterapia	3
Jollain muulla tavalla	3

Perheterapiakoulutuksen oli saanut viisi vastaajaa 28 vastaajasta. Perheterapeuteista neljä viidestä vastasi kysymykseen, kuinka usein on tehnyt perheterapiaa. Yksi vastaaja oli toteuttanut perheterapiaa viimeisen viikon aikana kerran, yksi viimeisen kahden viikon aikana kerran ja yksi viimeisen kuukauden aikana kerran. Yksi perheterapeutti ei ollut toteuttanut perheterapiaa viimeisen kahden kuukauden aikana lainkaan. Perheterapeuteista kolme vastasi kysymykseen, kuinka usein perheet käyvät perheterapiassa. Perheet kävivät perheterapiassa keskimäärin kerran kuussa. Kysymykseen perheterapian kestosta vastasi kaksi perheterapeuttia. Perheterapian kesto oli keskimäärin kuudesta kuukaudesta vuoteen.

Perheet kutsui yleensä koolle psykiatrian alan ammattilainen 22 (79%). Kaksi oli vastannut, että perhe itse oli aloitteentekijänä perheen koolle kutsumisessa.

Neljä oli vastannut, että perheen koolle kutsuja oli joku muu (n=28). Omahoitaja ja potilas mainittiin muina vaihtoehtoina. Lisäksi mainittiin työparin kanssa perheen koolle kutsuminen vuorotellen. Mainittiin myös, että päivystysasemalta tulevat potilaat saavat valmiiksi kutsun tuoda perhe mukana tapaamiseen.

Hieman vajaa puolet 28 vastaajasta oli tavannut perheitä viimeisen viikon aikana (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Perheiden tapaamistiheys viimeisen viikon aikana (n=12)

Perheiden tapaaminen viikon aikana	lkm
1 kerran	5
2 kertaa	4
3 kertaa	2
4 kertaa	0
5 kertaa	0
6 kertaa	1

Vastaajista lähes kaikki, 26, olivat tavanneet perheitä viimeisen kahden kuukauden aikana. Kaksi vastaajaa ei ollut tavannut perheitä viimeisen kahden kuukauden aikana. Kysymykseen yhteydenpidosta muilla keinoin, kuten puhelimitse tai sähköpostitse, vastasi 25 henkilöä. Heistä 17 oli pitänyt perheisiin muilla keinoin yhteyttä viimeisen kahden kuukauden aikana. Vastaajista kahdeksan ei ollut pitänyt perheisiin yhteyttä muilla keinoin viimeisen kahden kuukauden aikana. Hoitosuhteiden pituus perheitä hoidettaessa oli keskiarvoltaan viidestä kuukaudesta kahteen vuoteen (n=21).

5.2.2 Perhetyössä käytetyt auttamiskeinot

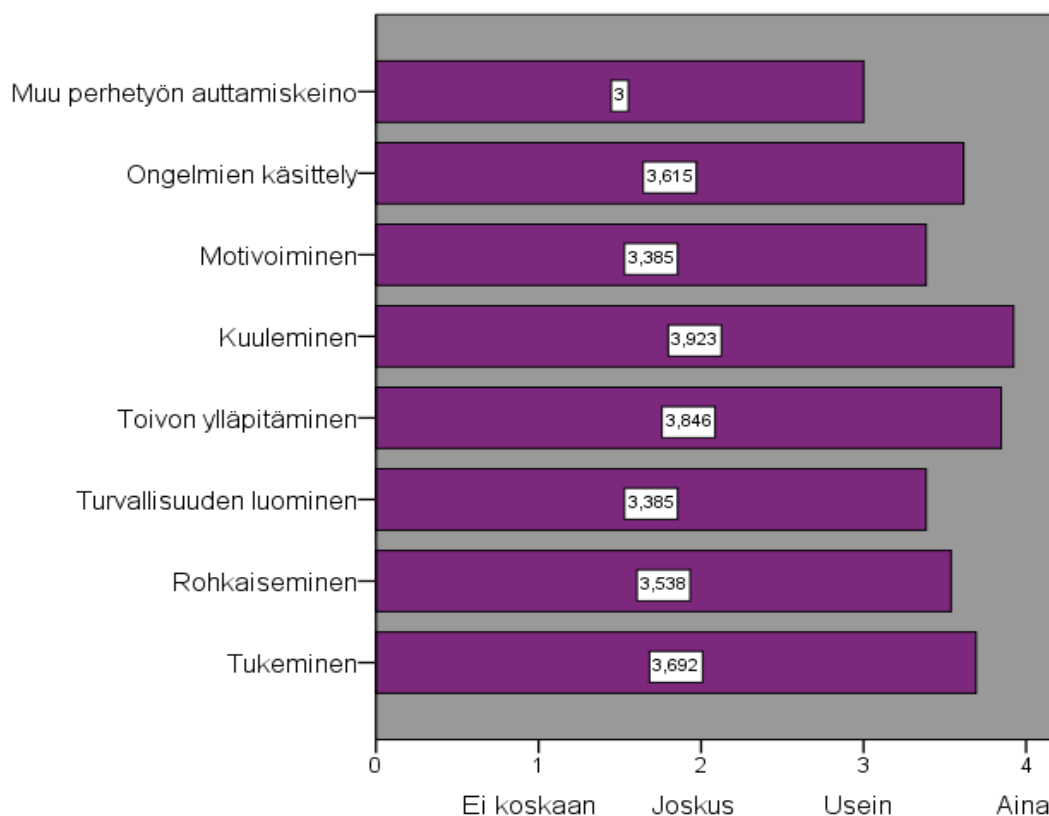
Vastauksissa perhetapaamisten sisällöksi korostui neuvonta ja ohjaus sekä tiedonkeruu perheeltä. Tärkeänä pidettiin myös perhetilanteen pohdiskelua yhdessä perheen kanssa. Vastausten mukaan lasten tukeminen perhetapaamisissa jäi vähemmälle (taulukko 3 s. 26). Muita perhetapaamisten sisältöjä olivat parisuhteen tukeminen sekä tilanteen selvittely ja arviointi perheenjäsenten nä-

kemyksestä potilaan tilanteeseen. Kysymyksessä sai valita useamman vaihtoehdon.

TAULUKKO 3. Perhetapaamisten sisältö (n=28)

Perhetapaamisten sisältö	lkm
Neuvonta ja ohjaus	22
Tiedonkeruu	22
Perhetilanteen pohdiskelu	21
Tiedonanto	19
Perheen tukeminen perheenjäsenen sairastuessa	19
Hoidon suunnittelu yhdessä	19
Hoidon arviointi yhdessä	19
Vanhemmuuden tukeminen	17
Hoitoon motivointi	16
Lasten tukeminen	11
Joku muu tapaamisen sisältö	2

Vastaajista 90% käyttää perhetyön auttamiskeinoja usein tai aina. Kuviossa 7 olevat arvot ovat vastausten keskiarvoja. Vastaajista 24 (86%) käytti kuulemista perhetyön auttamiskeinona aina. Tämä perhetyön auttamiskeino sai eniten ”aina” vastauksia. Vaihtoehtoa ”ei koskaan” ei ollut valittu yhdessäkään kohdassa. Vastaajista 13 (46%) oli vastannut ”muu perhetyön auttamiskeino” kohtaan (kuvio 7 s. 27). Muina perhetyön auttamiskeinoina mainittiin lääkehoito, konkreettisten asioiden järjestely, aikojen tilaaminen, lisäävun pyytäminen sekä konkreettisten keinojen antaminen perhe-elämän parantamiseksi. Lisäksi mainittiin tilanteen kartoitus ja selvittely, ongelmanratkaisuun haastaminen ja aikajanelle asioiden asettaminen. Vanhemman sairaudesta kertominen, psykoedukaatio, tiedon antaminen ja itse analysointi mainittiin vastauksissa myös perhetyön auttamiskeinoina.

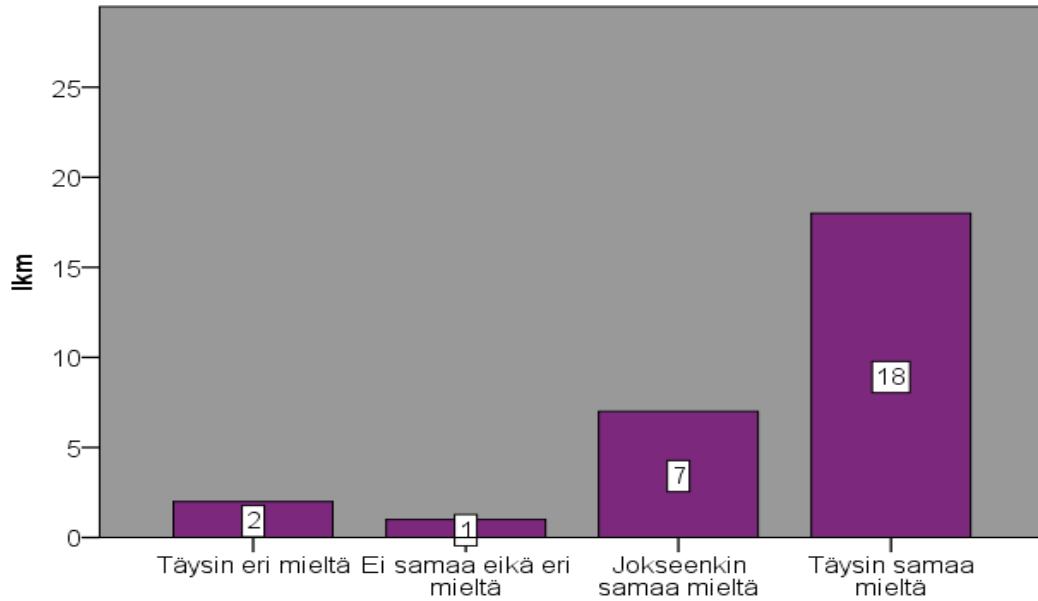


KUVIO 7. Käytetyt perhetyön auttamiskeinot (n=28)

Perheenjäsenen sairastaessa (n=28), 11 (40%) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on laatinut sairastuneen hoidon tavoitteita yhdessä perheen kanssa. Yhdeksän (32%) vastaajista ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli kuusi (21%) ja täysin eri mieltä oli kaksi (7%) vastaajaa.

Koko perheen ollessa hoidossa (n=28), 12 (44%) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on laatinut koko perheen hoidon tavoitteita yhdessä perheen kanssa. Yhdeksän (32%) ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä ja viisi (18%) oli jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä oli kaksi (7%) vastaajaa.

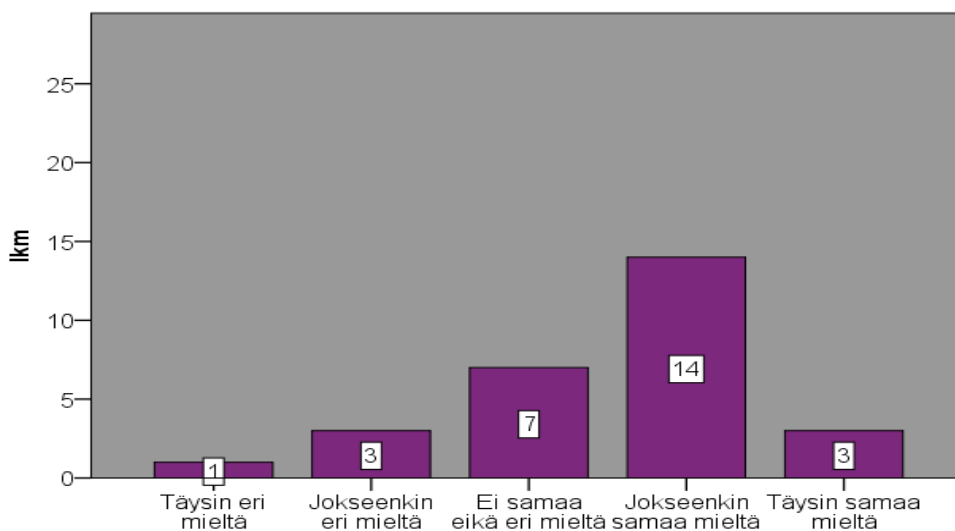
Enemmistö vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että huomioi potilaan yksilökäynnillä hänen perheestään. Jokseenkin eri mieltä ei ollut yksikään vastaaja (kuvio 8 s. 28).



KUVIO 8. Perheiden huomiointi potilaiden yksilökäynneillä (n=28)

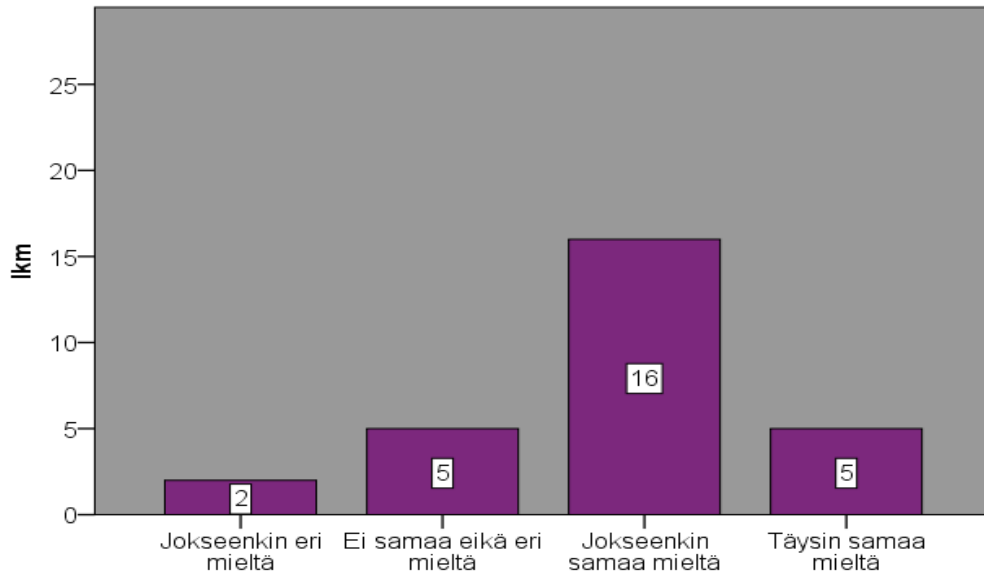
5.2.3 Perhekeskeisyyden arviointi työyksiköissä

Vastaajista yli puolet oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että työyksikössä vallitsi perhekeskeinen työskentelykulttuuri. Neljäsosa vastanneista ei ollut samaa eikä eri mieltä työyksikkönsä perhekeskeisestä työskentelykulttuurista (kuvio 9).



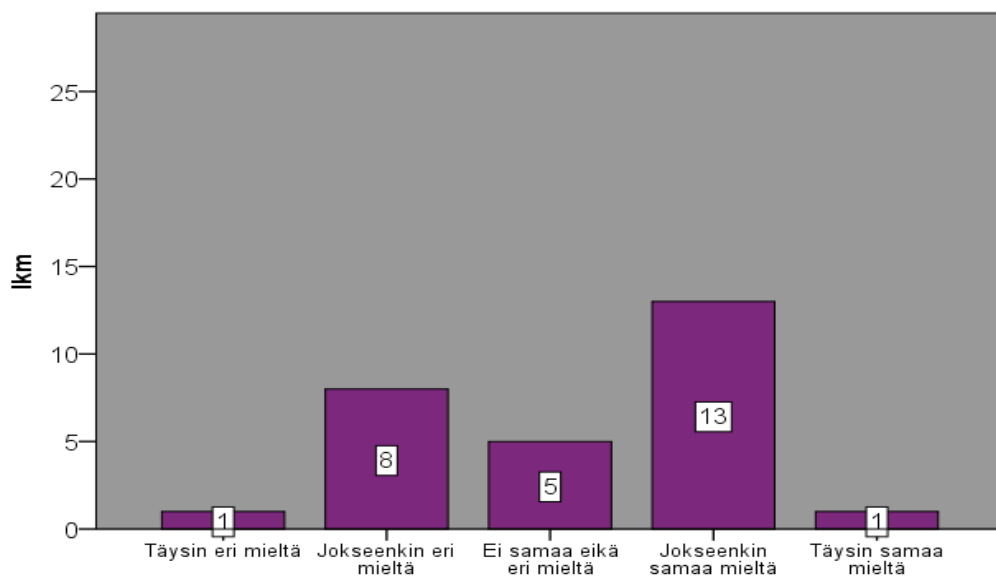
KUVIO 9. Työyksikön perhekeskeinen työskentelykulttuuri (n=28)

Yli puolet vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että huomioi perhekeskeisen näkökulman omassa työssään. Yksikään vastaaja ei ollut asiasta täysin eri mieltä (kuvio 10).



KUVIO 10. Perhekeskeisen näkökulman huomioiminen omassa työssä (n=28)

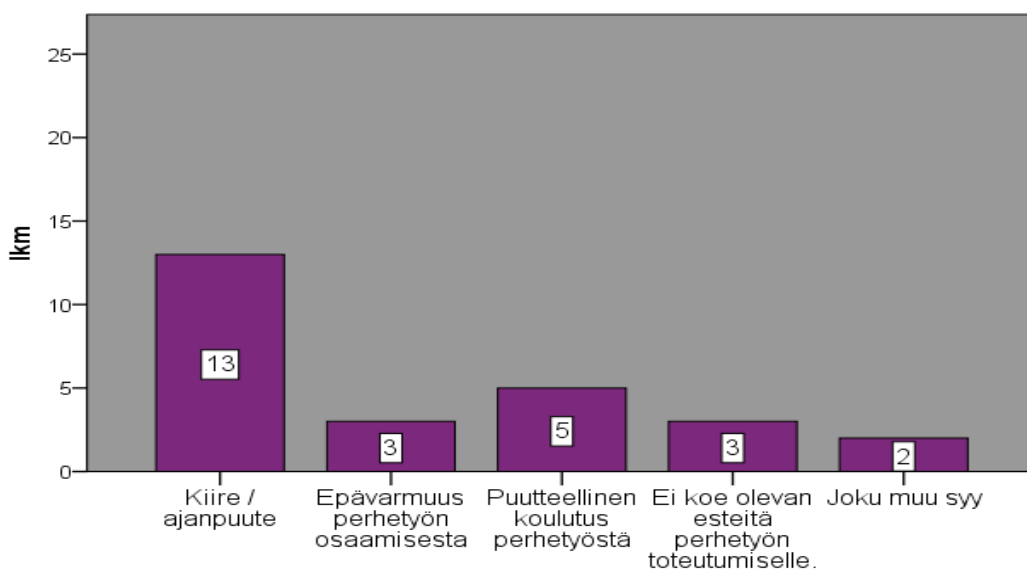
Vastaajat arvioivat omaa perhetyön osaamistaan. Vastaajista puolet oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että oma perhetyön osaaminen on riittävä. Noin neljäsosa vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä omasta perhetyön riittävästä osaamisestaan (kuvio 11).



KUVIO 11. Perhetyön riittävä osaaminen (n=28)

5.2.4 Perhetyössä koetut esteet ja kehittämishaasteet

Vastaajista enemmistö koki kiireen ja ajanpuutteen esteeksi perhetyön toteuttamiselle. Seuraavaksi eniten esteeksi koettiin perhetyön puutteellinen koulutus. Kaksi vastaajaa koki esteeksi jonkun muun syyn, joita olivat työyksikön kielteinen asenne perhetyötä kohtaan ja riittämätön potilaisiin ja heidän perheisiinsä tutustuminen työsuhteiden lyhyden vuoksi (kuvio 12).



KUVIO 12. Perhetyön toteuttamisen esteet (n=26)

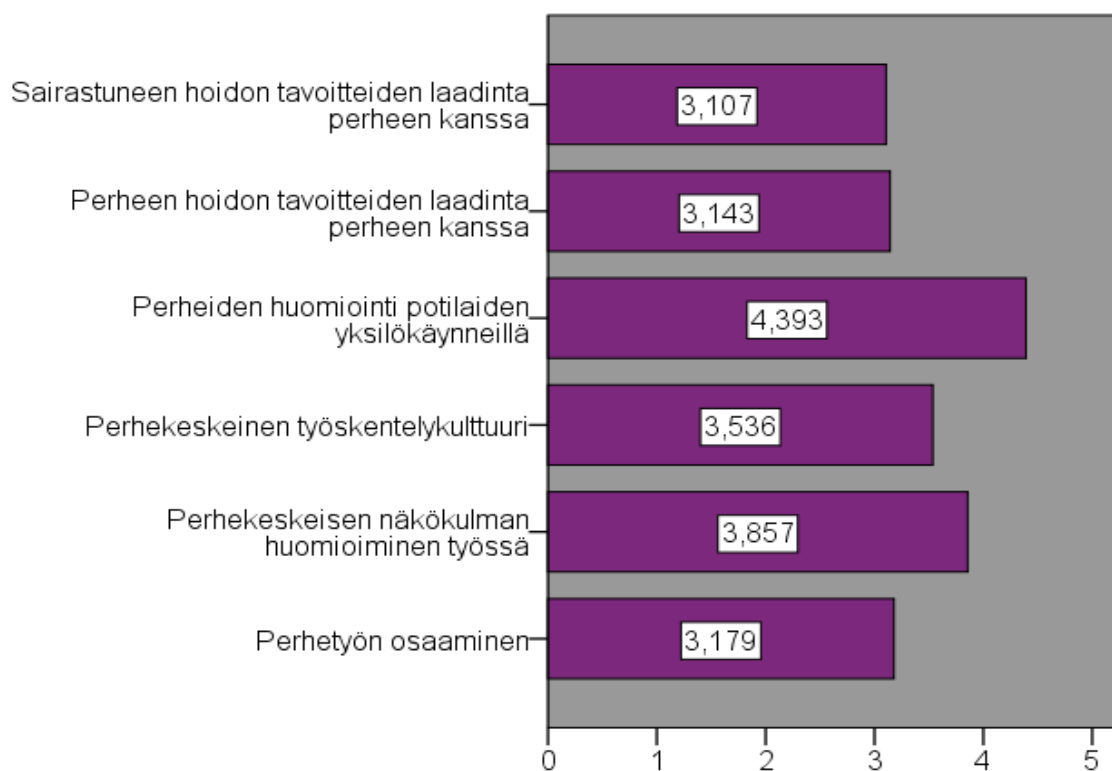
Perhetyön kehittämishaasteista kysyttäessä (n=28), 26 (93%) vastaajista oli sitä mieltä, että perhetyötä tulisi kehittää. Vastaajista 17 (61%) kehittäisi perhetyötä koulutusta lisäämällä, kuusi (21%) lisäisi perhetyön työnohjausta ja jollain muulla tavalla perhetyötä kehittäisi kolme (11%). Muita tapoja perhetyön kehittämiseen olivat henkilökunnan lisäys, koska aika ei riitä tarpeeksi perhetyöhön. Myös lääkäriresurssien parantaminen mainittiin. Kotipalvelujen perhetyöntekijöille toivottiin lisää koulutusta psyykkisistä sairauksista. Lisäksi mainittiin tiedonsiirto työryhmissä kokeneimmilta työntekijöiltä.

5.2.5 Yhteenveto perhetyön toteutumisesta

Vastaajista suurin osa työskenteli psykiatrian poliklinikoilla. Yli puolella oli perhetyön lisäkoulutusta ja yli 20 vuoden työkokemus psykiatriselta alalta. Puolet

vastaajista oli sairaanhoitajia tai erikoissairanhoitajia. Yleensä vastaaja itse kutsui perheen koolle ja perheiden tapaaminen tapahtui useimmiten suunnitellusti kuin satunnaisesti. Perheiden tapaamiset olivat useimmiten hoitoneuvotte-luja ja verkostopalavereja. Lähes kaikki vastaajat olivat tavanneet perheitä vii-meisen kahden kuukauden aikana. Neuvonta, ohjaus ja tiedonkeruu perheeltä nousivat eniten esille perhetapaamisten sisällöissä. Perhetyön auttamiskeinoina käytettiin eniten kuulemista ja toivon ylläpitämistä.

Kuvio 13 kuvaa keskiarvoja vastaajien mielipiteistä perhetyön toteutumisesta. Kuvio 13 osoittaa, että perheiden huomiointi potilaiden yksilökäynneillä toteutuu vastaajien mukaan parhaiten. Myös perhekeskeisen näkökulman huomioimisesta omassa työssä oltiin keskimäärin jokseenkin samaa mieltä. Sairastuneen hoidon tavoitteiden laadinta yhdessä perheen kanssa jäi keskiarvoltaan alhaisimmaksi (kuvio 13).



(1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä)

KUVIO 13. Vastaajien mielipiteet perhetyön toteutumisesta (n=28)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 172.) Yksi tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkijoiden on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijoiden tulee toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Sitoutumisesta hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.) Tässä opinnäytetyössä noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä. Olimme rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja tulosten esittämisessä ja arvioinnissa.

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimustulosten hyöty ei aina kohdistu suoraan tutkittavana olevaan henkilöön, vaan toisinaan tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin tai asiakkaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 176–177.) Valitsimme tämän aiheen, koska se oli mielestämme tärkeä ja sekä työelämätaho että me opinnäytetyön tekijöinä koimme tarpeelliseksi selvittää perhetyön toteutumista.

Määrällisessä tutkimusprosessissa teorian merkitys näkyy siinä, että tutkimuksessa edetään ensin teoriasta käytäntöön eli kyselyyn (Vilka 2007, 25). Opinnäytetyössämme perehdyimme kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perheestä ja perhetyöstä, jonka pohjalta laadimme kyselylomakkeen. Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu, että oman tutkimuksen ulkopuolisia lähteitä käytetään asiallisesti ja lähdeviitteet merkitään asianmukaisesti (Vilka 2007, 165). Käytimme lähteitä

asianmukaisesti ja lähdeviitteet merkitsimme Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeiden mukaan.

Tutkimusta varten tarvitaan yleensä tutkimuslupa (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 184). Saimme luvan opinnäytetyöllemme loppusyksystä 2010 Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluilta.

Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ja aineisto säilytetään tietokoneessa salasanalla suojattuna (Kankkunen & Vehviläinen—Julkunen 2009, 179). Kunnioitimme opinnäytetyöprosessissamme kyselyyn osallistuneiden anonymiteettiä säilyttämällä vastauksia salasanalla suojattuna Tampereen ammattikorkeakoulun serverillä, josta ne poistettiin opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyssä ei kerätty vastaajien tunnistetietoja. Saatekirjeessä oli linkki kyselyyn ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu, että tulokset julkaistaan avoimesti (Vilka 2007, 91). Opinnäytetyössämme julkaisimme kaikki tulokset avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin sellaisella tavalla, ettei vastaajien henkilöllisyyttä voi tunnistaa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkija on vastuussa käyttöönsä annetusta ajasta (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 1997, 32). Määrällisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä vaiheista on tutkittavaan asiaan liittyvien teoreettisten käsitteiden muuttaminen arkikielen tasolle eli operationalisointi. Tutkija tekee operationalisointiprosessin näkyväksi tutkimusraportissaan, jolloin lukija saa mahdollisuuden arvioida, miten luotettavasti mittari mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Vilka 2007, 36, 38.) Opinnäytetyömme suunnitelman teoreettisen osuuden pitkittymisen vuoksi kyselylomakkeen laatimiseen jäi vähemmän aikaa, jolloin operationalisoinnin vaihetta ei ole selkeästi havainnollistettu opinnäytetyössämme esimerkiksi käsitekartan avulla.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että lomake on testattu ja korjattu (Vilka 2007, 153). Esitetasimme kyselylomakkeen viiden työntekijän kanssa ja kor-

jasimme työelämätaholta tulleet muutosehdotukset, jotka koskivat kysymyksiä 9 ja 10. Näihin kysymyksiin lisäsimme mahdollisuuden valita useamman vastausvaihtoehdon. Tutkimuksen vastausprosentti saattaa jäädä alhaiseksi, jos kyselyn ajoitusta ei ole suunniteltu huolellisesti. Vuodenaikoihin ja sesonkeihin liittyvät seikat eivät ole korjattavissa uusintakyselyllä tai muistutuksilla. (Vilkkä 2007, 28.) Kyselyn toteutus ajoittui joulun alle ja joulun pyhiin. Annoimme kyselyyn vielä viikon lisäaikaa tammikuussa 2011, jolloin vastauksia tuli viisi kappaletta lisää. Opinnäytetyömme kyselyn vastausprosentiksi muodostui 25%. Tyypillisesti vastausprosentit kyselytutkimuksissa ovat nykyisin alle 50% suuruisia (Vehkalahti 2008, 44).

Validiteetti kertoo, mitataanko sitä, mitä piti, ja reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan (Vehkalahti 2008, 41). Kyselylomakkeessa kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu vaatii huolellisuutta (Vilkkä 2007, 101). Kyselylomakkeen laatimisessa selvyys on tärkeintä. Pätevien tuloksien saamiseksi on laadittava kysymyksiä, jotka merkitsevät samaa kaikille vastaajille. (Hirsjärvi ym. 2004, 191.) Hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkinä on muun muassa, että kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan (Heikkilä 2008, 48). Kyselylomakkeemme kohdissa 11–13 kysyimme kahta asiaa kerrallaan sekä perheiden tapaamiskertoja että aikaa. Tästä johtuen kysymykset oli mahdollista ymmärtää eri tavoin, jolloin niiden validiteetti heikentyi. Samoja kysymysmuotoja toistivat perheterapeuteille osoitetut kysymykset 24–26 (liite 3). Tämä johti siihen, että jouduimme tekemään näiden kuuden kysymyksen kohdalla jossain määrin tulkintaa vastauksista. Näiden kysymysten tulokset jouduimme esittämään opinnäytetyössämme ilman tarkkoja lukumääriä, jolloin reliabiliteetti kärsi.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa siitä näkökulmasta, onko tutkittu sitä, mitä pitikin tutkia ja onko tutkimusongelma määriteltä selkeästi ja täsmällisesti (Vilkkä 2007, 152). Laadimme kyselyn kysymykset opinnäytetyömme ongelmien pohjalta. Tällöin myös kyselyn tulokset vastasivat asetettuihin opinnäytetyön ongelmiin. Suhteellisen pienen vastaajamäärän vuoksi opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää kattamaan koko Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluja. Suurin osa vastaajista työskenteli psykiatrian poliklinikoilla. Tulosten luotettavuutta lisäsi vastaajien pitkä työkokemus psykiatriselta alalta, jolloin perhetyö aihealueena on tuttu.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan arvioida kysymällä, onko tutkimus tuottanut jotakin uutta (Vilkka 2007, 154). Opinnäytetyömme tuotti tietoa perhetyön toteutumisesta tällä hetkellä ja kartoitti työntekijöiden perhetyön osaamista sekä antoi perustaa perhetyön kehittämiseksi. Vastaavaa perhetyön kartoitusta Tampereen kaupungin avomielen terveystalouksissa ei ole aikaisemmin tehty.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Vastaajien taustatiedot

Tulokset muodostuivat kokeneiden psykiatrisen alan työntekijöiden näkemyksistä perhetyön toteutumisesta Tampereen kaupungin avomielen terveystalouksissa. Vastaukset valikoituivat suurimmaksi osaksi psykiatrian poliklinikoilta.

6.3.2 Perhetyön toteutuminen

Vastaajien mukaan tapaamiset perheiden kanssa toteutuivat melkein aina suunnitellusti ja aloitteen tekijänä tapaamisille oli psykiatrian alan ammattilainen. Rantasen ym. (2010) Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimuksen mukaan on tärkeää, että hoitajat ovat aktiivisesti yhteydessä asiakkaiden perheenjäseniin, jotta nämä saavat tarvitsemansa tiedon (Rantanen ym. 2010, 149). Lähes kaikki vastaajat olivat tavanneet perheitä viimeisen kahden kuukauden aikana, jolloin voidaan ajatella, että perheenjäsenet saivat tarvitsemaansa tietoa.

Rantasen ym. (2010) mukaan perheiden tukemisen osa-alueista keskimäärin hyvin toteutui perheiden kohtaaminen, kuten tapaaminen hoitohenkilökunnan kanssa koettiin myönteisenä ja hoitohenkilöstö oli luottamusta herättävä. Vähän heikommin toteutui tiedon saaminen hoitohenkilökunnalta. (Rantanen ym. 2010, 149.) Opinnäytetyömme tuloksissa yli puolet vastasi antavansa tietoa perhetaapaamisissa. Vastausten mukaan kuuleminen ja toivon ylläpitäminen korostuivat

auttamiskeinoina eniten perheiden tapaamisissa. Tällöin voidaan ajatella perheiden kuulluksi tulemisen kokemuksen olevan mahdollista.

Heinon (2009) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa on puutteita kohdata koko perhe ja hoito on enemmän yksilökeskeistä. Perheille ei ollut tarjottu tukea vanhemman sairastuttua. Perheen ja lasten huomiointi oli jäänyt hyvin vähäiseksi. (Heino 2009, 49.) Tuloksemme osoittivat, että vastaajat kokivat tapaavansa perheitä vähemmän lasten tukemisen vuoksi. Kuitenkin vajaa puolet koki tapaavansa perheitä lasten tukemiseksi.

6.3.3 Perhetyön osaaminen ja kehittäminen

Vastaajista puolet koki olevansa tyytyväisiä omaan perhetyön osaamiseensa. Kuitenkin noin kolmasosa vastaajista ei kokenut olevansa tyytyväinen perhetyön osaamiseensa. Tulosten mukaan perhetyölle kaivataan kehittämistä. Vähän yli puolet vastaajista kehittäisi perhetyötä koulutusta lisäämällä ja vajaa neljäsosa perhetyön työnohjausta lisäämällä.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Kehittämisehdotuksemme on perhetyön koulutuksen lisääminen. Tulosten mukaan lasten tukeminen perhetapaamisissa jäi vähemmälle huomiolle. Tulosten perusteella lasten huomiointia perhetapaamisissa tulisi kehittää. Kiire ja ajanpuute koettiin suurimmaksi esteeksi perhetyön toteuttamiselle. Työyksiköissä voitaisiin pohtia, mistä kiire johtuu. Tällöin perhetyö voisi mahdollistua paremmin, kun tiedettäisiin kiireen syy ja työn organisoinnille voitaisiin miettiä uusia vaihtoehtoja. Jatkotutkimushaasteena esitämme opinnäytetyömme kyselyn uudelleen toteuttamista hieman muokattuna muutaman vuoden päästä, jotta nähtäisiin onko perhetyön toteutumisessa tapahtunut muutoksia. Kysymyksiä 11—13 ja 24—26 (liite 3) tulisi tarkentaa niin, ettei kysytä kahta asiaa kerrallaan, jolloin kysymyksiä ei olisi mahdollista ymmärtää eri tavoin. Toisena jatkotutkimushaasteena voitaisiin kartoittaa asiakkaiden näkökulmasta perhetyön toteutumista avomielenterveyspalveluissa.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Perheterapia ryhmäkuvassa. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 142-158.

Aaltonen, J. 2009a. Leijan varjo. Esseitä psykoterapian ulottuvuuksista. Jyväskylä: Gummerus.

Aaltonen, J. 2009b. Perheterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.-7. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 784-794.

Atkinson, M. & Coja, D. A. 1995. Families coping with schizophrenia. A practitioner's Guide to Family Groups. West Sussex: Wiley.

Berg, L. 2009. Psykoedukatiivinen perhetyö. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 144-168.

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Havukainen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2007. Perhehoitotyön oppimistehtävät – opiskelijoiden näkemykset perhehoitotyöstä. Hoitotiede 19 (1), 23-32.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. & Lindroos, S. 2009. Perhekeskeisyys terveystieteiden arjessa. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 57-68.

Heino, T. 2009. Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Heino-Tolonen, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. Hoitotiede 16 (4), 158-167.

Kaakinen, S., Pietilä, L. & Solantaus, T. 2009. Kun vanhempi sairastaa: perhekeskeisen työn perusteista, periaatteista ja käytännöistä. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 114-137.

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

Kilkku, N. 1999. Koulutuksellisen perhehoitotyön tausta ja toteutus. Teoksessa Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 58-71.

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

Koivisto, E. & Kiviniemi, P. 2001. Pelkääkö isä mörköjä? Kokemuksia perheyöstä, kun vanhempi sairastaa. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 164-187.

Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 18-33.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substanttiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Noppari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A., 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Lajjärvi, H. & Pukuri, T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 14 (5), 223-232.

Rantanen, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2006. Tutkimus, opetus ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen – perhehoitotiedettä Tampereen yliopistossa. Hoitotiede 18 (6), 291-295.

Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. Hoitotiede 22 (2), 141—152.

Solantaus, T. 2001. Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Inkinen, M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 19-35.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Luettu 23.08.2010.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>.

Söderblom, B. & Inkinen, M. 2007. Vertti-toiminta perheiden tueksi. Luettu 23.06.2010. <http://www.perheterapiayhdistys.fi/things/attachments>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2006a. Lastensuojelu. Julkaistu 30.01.2006. Päivitetty 10.12.2009. Luettu 04.08.2010. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2006b. Toimiva lapsi & perhe. Julkaistu 05.04.2006. Päivitetty 01.02.2010. Tulostettu 03.06.2010. <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/index.htm>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2006c. Toimiva lapsi & perhe - työmenetelmäkuvaukset. Julkaistu 10.04.2006. Päivitetty 01.02.2010. Tulostettu 03.06.2010. <http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/tyomenetelmat/tyomenetelmat.htm>.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009. Perheen rakenteet ja kehitysvaiheet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 36-56.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Julkaistu 07.12.2001. Tarkistettu 14.04.2004. Luettu 11.02.2011. <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Wahlbeck, K., Ekqvist, M., Jäntti, V., Mantere, O., Nevalainen, V., Saarni, S., Stengård, E., Tuori, T., Wiili-Peltola, E. 2009. Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Luettu 23.08.2010. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/BDC49293-AF48-46D2-BE55-48299CBEF0B1/0/mtrpalvelujen_arviointi_tre.pdf.

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

LIITTEET

LIITE 1

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Heino (2009) Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastu- essa psyykkisesti Pro gradu-tutkielma	Vanhemmuuden ja lasten huomiointi, silloin kun toinen vanhempi on ollut psykiatri- sessä hoidossa Kuvata vanhempien näkö- kulmasta perheen saamaa tukea hoidon aikana, kuvata lasten näkökulmasta heidän saamaansa tukea vanhem- man hoidon aikana Tuottaa tietoa perheen- jäsenten saamasta tuesta	Laadullinen tutki- mus N = 12 Teemahaastattelu Sisällönanalyysi	Sosiaali- ja tervey- denhuollossa on van- hemman sairastuessa psyykkisesti puutteita kohdata koko perhe
Kilkku (2008) Potilasopetus ensi- psykoosipotilaan hoi- dossa Substantiivinen teoria luottamuksen uudel- leen rakentumisesta Väitöskirja	Aineistolähtöisen teorian tuottaminen potilasopetuk- sesta ensipsykoosipotilaiden hoidossa Potilasopetuksen tarkastelu ensipsykoosipotilaiden, lä- heisten ja sairaanhoitajien kokemusten kautta Teorian avulla voidaan edel- leen kehittää potilasopetusta ensipsykoosipotilaiden hoi- dossa	Grounded-teoria N = 18 Haastattelu Aiemman tutki- muksen litteroidut tekstiosuudet Tutkijanpäiväkirja Tutkimusmuistiin- panot	Ensipsykoosipoti- lasopetusta kuvaavan teorian muodostumi- nen Avun hakeminen ja saaminen koetaan usein ongelmallisena Kokemukset kohtaa- mattomuus- desta tai kohdatuksi tulemisesta ovat mer- kittäviä Nostaa esiin palvelu- järjestelmän, hoitotyön käytännön ja hallinnon sekä koulutuksen kehittämiskohteet
Lehto (2004) Jaettu mukanaolo Substantiivinen teoria vanhempien osallis- tumisesta lapsensa hoitamiseen sairaa- lassa Väitöskirja	Substantiivisen teorian tuot- taminen vanhempien osallis- tumisesta lapsensa hoitami- seen lapsen ollessa sairaa- lassa Selvittää, mitkä käsitteet kuvaavat vanhempien osal- listumista sairaalassa, miten käsitteet ovat suhteessa toisiinsa ja millainen sub- stantiivinen teoria vanhem- pien osallistumisesta muo- dostuu Kuvata sitä, mitä vanhempi- en osallistuminen lapsensa hoitamisessa lapsen ollessa sairaalassa on, miten osal- listuminen ilmenee ja millai- nen käytännön teoria van- hempien osallistumisesta sairaalassa muodostetaan	Laadullinen tutki- mus N = 101 Haastattelu Kirjalliset esseet Grounded-teoria	Substantiivisen teorian muodostuminen van- hempien osallistumi- sesta lapsensa hoita- miseen lapsen ollessa sairaalassa

LIITE 2

Hyvä Tampereen kaupungin avomielenterveyspalvelujen työntekijä!

Toivomme teidän vastaavan oheisen linkin kautta avautuvaan kyselyyn, joka liittyy Tampereen kaupungin kanssa yhteistyössä tehtävään opinnäytetyöhömmme. Olkaa ystävällisiä ja vastatkaa tähän kyselyyn joulukuun loppuun mennessä. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin kymmenen minuuttia.

Tarkoituksena on kartoittaa perhetyön toteutumista Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluiden työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluille perhetyöstä ja tarvittaessa antaa perustaa perhetyön kehittämiseksi.

Vastauksista kertyvä aineisto kerätään Tampereen ammattikorkeakoulun serverille, josta se hävitetään opinnäytetyön raportin valmistuttua. Aineisto kerätään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti, eikä teitä voida tunnistaa lopullisessa raportissa. Opinnäytetyömme valmistuu maaliskuussa 2011.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Sirja Tulensalo, sairaanhoitajaopiskelija (AMK) sirja.tulensalo@piramk.fi ja Jenni Hämäläinen, sairaanhoitajaopiskelija (AMK) jenni.hamalainen@piramk.fi.

Kysely perhetyön toteutumisesta Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluissa

Taustatiedot

1. Sukupuoleni on

- 1 nainen.
- 2 mies.

2. Ikäni on

- 1 18-25 vuotta.
- 2 26-35 vuotta.
- 3 36-45 vuotta.
- 4 46-55 vuotta.
- 5 56-65 vuotta.

3. Ammattinimikkeeni on

- 1 sairaanhoitaja / erikoissairanhoitaja.
 - 2 psykologi.
 - 3 lääkäri / erikoislääkäri.
 - 4 sosiaalityöntekijä.
 - 5 lähihoitaja / mielenterveyshoitaja.
 - 6 joku muu.
- Jos vastasit joku muu, niin mikä?

4. Kokemusvuoteni psykiatrisessa hoitotyössä on

- 1 0-5 vuotta.
- 2 6-10 vuotta.
- 3 11-15 vuotta.
- 4 16-20 vuotta.
- 5 yli 20 vuotta.
- 6 yli 30 vuotta.

5. Työskentelyaikani nykyisessä työyksikössäni on

- 1 0-5 vuotta.
- 2 6-10 vuotta.
- 3 11-15 vuotta.
- 4 16-20 vuotta.
- 5 yli 20 vuotta.
- 6 yli 30 vuotta.

6. Työyksikköni on

- 1 psykiatrian poliklinikka.
- 2 päiväsairaala.
- 3 tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä.

7. Minulla on seuraavat perhetyön lisäkoulutukset: (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- 1 Toimiva lapsi ja perhe –työ
- 2 Lapset puheeksi –keskustelu
- 3 Beardsleen perheinterventio
- 4 Lapsi ja perhe –neuvonpito
- 5 Vertti-toiminta
- 6 Psykoedukatiivinen perhetyö
- 7 Perheterapiakoulutus
- 8 Ei ole lisäkoulutuksia.

(jatkuu)

9 Joku muu
Jos vastasit joku muu, niin mikä?

Perhetyön kartoittaminen

8. Käytän seuraavia perhetyön auttamiskeinoja:

Tukeminen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Rohkaiseminen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Turvallisuuden luominen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Toivon ylläpitäminen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Kuuleminen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Motivoiminen

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Ongelmien käsittely

- 1 Aina
- 2 Usein
- 3 Joskus
- 4 En koskaan

Joku muu auttamiskeino

- 1 Aina
 - 2 Usein
 - 3 Joskus
 - 4 En koskaan
- Mikä auttamiskeino?

9. Tapaamiseni perheiden kanssa ovat useimmiten (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- 1 hoitoneuvotteluja.
- 2 suunniteltuja perhetapaamisia.

(jatkuu)

- 3 satunnaisia perhetapaamisia.
- 4 kotikäyntejä.
- 5 verkostopalavereja.
- 6 perheterapiaa.
- 7 yhteydenpitoa puhelimitse.
- 8 jotain muuta.
- Jos vastasit jotain muuta, niin mitä?

10. Tapaan perheitä useimmiten seuraavanlaisissa asioissa: (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- 1 Neuvonta ja ohjaus
- 2 Tiedonanto
- 3 Tiedonkeruu
- 4 Lasten tukeminen
- 5 Vanhemmuuden tukeminen
- 6 Perheen tukeminen, kun joku perheenjäsenistä on sairastunut.
- 7 Perhetilanteen pohdiskelua
- 8 Hoitoon motivointi
- 9 Hoidon suunnittelu yhdessä
- 10 Hoidon arviointi yhdessä
- 11 Joku muu tarkoitus
- Jos vastasit joku muu tarkoitus, niin mikä?

Kohdissa numero 11., 12. Ja 13. vastaa vain yhteen vaihtoehtoon merkitsemällä lukumäärä sille tarkoitettuun laatikkoon. Kohdissa 11. ja 12. jos vastauksesi on viimeinen vaihtoehto, merkitse se X-kirjaimella.

11. Olen tavannut perheitä

- 1 viimeisen viikon aikana ____
- 2 viimeisen kahden viikon aikana ____
- 3 viimeisen kuukauden aikana ____
- 4 viimeisen kahden kuukauden aikana ____
- 5 En kertaakaan viimeisen kahden kuukauden aikana. ____

12. Olen pitänyt perheisiin yhteyttä muulla tavoin, kuten puhelimitse tai sähköpostitse

- 1 viimeisen viikon aikana ____
- 2 viimeisen kahden viikon aikana ____
- 3 viimeisen kuukauden aikana ____
- 4 viimeisen kahden kuukauden aikana ____
- 5 En kertaakaan viimeisen kahden kuukauden aikana. ____

13. Omien hoitosuhteideni pituus perheitä hoidettaessa on keskimäärin

- ____ viikkoa.
- ____ kuukautta.
- ____ vuotta.

14. Perheet kutsuu yleensä koolle

- 1 minä itse.
- 2 lääkäri.
- 3 perhe.
- 4 joku muu.
- Jos vastasit joku muu, niin kuka?

LIITE 3: 4 (5)

15. Työyksikössäni on perhekeskeinen työskentelykulttuuri.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

16. Koen, että minulla on riittävä osaaminen perhetyöstä.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

17. Otan riittävästi huomioon perhekeskeisen näkökulman työssäni.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

18. Potilaideni yksilökäynneillä otan huomioon heidän perheitään keskustelemalla heidän perheistään.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

19. Perheenjäsenen sairastaessa olen laatinut hänen hoitonsa tavoitteita yhdessä perheen kanssa.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

20. Olen laatinut yhdessä perheiden kanssa heidän hoitonsa tavoitteita.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

21. Tapaamiseni perheiden kanssa ovat useammin suunniteltuja kuin satunnaisia.

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

22. Koen seuraavan ongelman olevan eniten esteenä perhetyön toteuttamiselle työssäni:

- 1 kiire / ajanpuute

(jatkuu)

- 2 epävarmuus omasta perhetyön osaamisestani
 - 3 puutteellinen koulutus perhetyöstä
 - 4 En koe olevan esteitä perhetyön toteutumiseksi.
 - 5 joku muu syy
- Jos valitsit vaihtoehdon "joku muu syy", niin mikä?

23. Perhetyön toteutumista voitaisiin mielestäni kehittää

- 1 koulutusta lisäämällä
 - 2 perhetyön työnohjausta lisäämällä
 - 3 En koe olevan tarvetta perhetyön kehittämiseksi.
 - 4 Jollain muulla tavalla
- Jos vastasit jollain muulla tavalla, niin millä?

Kiitos vastauksestasi! Muistathan tallentaa tiedot sivun alareunasta.

Jos olet käynyt perheterapiakoulutuksen, olethan ystävällinen ja vastaat vielä seuraaviin kysymyksiin.

Kohdissa 24., 25. ja 26. vastaa vain yhteen vaihtoehtoon merkitsemällä lukumäärä sille tarkoitettuun laatikkoon. Kohdassa 24. jos vastauksesi on viimeinen vaihtoehto, merkitse se X-kirjaimella.

24. Olen tehnyt perheterapiaa

- 1 viimeisen viikon aikana ____
- 2 viimeisen kahden viikon aikana ____
- 3 viimeisen kuukauden aikana ____
- 4 viimeisen kahden kuukauden aikana ____
- 5 En kertaakaan viimeisen kahden kuukauden aikana. ____

25. Toteuttamani perheterapian pituus on yleensä

- ____ viikkoa.
- ____ kuukautta.
- ____ vuotta.

26. Toteuttamassani perheterapiassa käyntikertojen määrä perheillä on keskimäärin

- ____ kertaa viikossa.
- ____ kertaa kuukaudessa.

Kiitos vastauksestasi!