



**OMAISEN KOKEMUKSIA YHTEISTYÖSTÄ
HOITOHENKILÖKUNNAN KANSSA LÄHEISEN
ENSIMMÄISELLÄ PSYKIATRISELLA SAIRAALAJAKSOLLA**

Opinnäytetyö

Marja-Liisa Hakala ja Mirjami Pajunen-Aulis

**Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto**

Koulutusala: Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö
Työntekijä/tekijät: Marja-Liisa Hakala ja Mirjami Pajunen-Aulis	
Työn nimi: Omaisien kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä psykiatrisella sairaalajaksoilla.	
Päiväys: 3.12.2009	Sivumäärä/liitteet 54/6
Ohjaaja/ohjaajat: Elina Siirola, Annikki Jauhiainen ja Helena Lindman	
Toimeksiantaja: Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Koljonvirran sairaala	
Tiivistelmä: <p>Opinnäytetyössä tutkittiin, millaisia kokemuksia ja toivomuksia omaisilla on yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisen psykiatrisen sairaalajakson alussa.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmetodia ja tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin heinä-syyskuussa 2009. Haastateltavana oli viisi omaista, joiden läheinen oli ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan omaisen tarvitsee henkilökunnalta tukea ja ohjausta erityisesti sairaalajakson alussa. Alkutilanne koetaan useimmiten sekasortoiseksi, ja silloin hyvä yhteistyösuhde henkilökunnan kanssa helpottaa omaisen sopeutumista. Tutkimuksessa tuli ilmi, että omaiset kokivat psykiatrisen osaston ympäristönä hämmentäväksi ja kaipasivat perehdytystä osastoon henkilökunnan taholta. Omaiset kokivat tiedonsaannin ja osallistumismahdollisuuden potilaan hoitoon tärkeiksi. Oman tilanteensa selkiyttämiseksi omaiset kaipasivat myös kahdenkeskisiä keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä osaston toimintatapoja omaisten huomioon ottamisessa. Henkilökunnan näkemyksiä omaisen mukaan ottamisen merkityksestä potilaan hoitoon voitaisiin tutkia jatkotutkimuksena. Jatkotutkimusaiheeksi sopii myös tutkimus siitä, millaista tietoa ja menetelmiä tarvitaan omaisen perehdyttämisessä psykiatriseen osastoon ja hoitotyöhön.</p>	
Avainsanat: omaisen, mielenterveys, psykiatrinen, henkilökunta, yhteistyö, ohjaus, tuki	
Luottamuksellisuus:	

Field of study: Social Services, Health and Sports	
Degree Programme: Degree programme in Nursing	Option: Nursing
Author(s): Marja-Liisa Hakala and Mirjami Pajunen-Aulis	
Title of Thesis: Relatives' experiences of cooperation with the nursing staff at the beginning stage of their family member's first treatment period in a psychiatric hospital	
Date: 3.12.2009	Pages/appendices: 54/6
Supervisor(s): Elina Siirola, Annikki Jauhiainen and Helena Lindman	
Project/Partners: Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Koljonvirran sairaala	
Abstract: In this thesis we studied what kind of experiences and requests relatives have of the cooperation with the nursing staff at the beginning stage of their family member's first treatment period in a psychiatric hospital. The thesis is a qualitative research. As the methodology we used theme interviews. The interviews were carried out in July-September 2009. We interviewed five relatives whose family member was in a psychiatric hospital for the first time. The research material was analyzed by inductive content analysis. Based on our study it can be said that the relatives of the patient at the first period in psychiatric hospital need support and guidance especially at the beginning stage of the hospital period. At the beginning, the situation is experienced as chaotic. However, a good cooperation with the nursing staff helps the relatives to adjust to the new situation. According to our study, the relatives experienced the psychiatric ward as confusing and they needed familiarization to the ward by the nursing staff. The relatives experienced that it is important to get information and to have the possibility to take part in the patient's nursing. In addition, the relatives needed confidential discussions with the nursing staff to clarify their own situation. The study results can be used to develop the working methods of a psychiatric ward concerning the consideration of the relatives. A further research could concentrate on studying how the nursing staff views the importance of the relatives' participation in the patient's nursing. Another study area could be what kind of information and methods are needed when familiarizing a relative to a psychiatric ward.	
Keywords: relative, mental health, psychiatric hospital, nursing staff, cooperation, guidance, support	
Confidentiality:	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 MIELENTERVEYSPOTILAAN OMAINEN	8
2.1 Omaisen määritelmä.....	8
2.2 Mielenterveyspotilas	8
2.3 Läheisen psyykinen sairaus omaisen kannalta	9
2.4 Omaisen kriisi	10
2.5 Omaisen riski sairastua masennukseen	13
2.6 Omaisten masennusriskiin vaikuttavia tekijöitä.....	13
3 OMAISEN JA HENKILÖKUNNAN VÄLINEN YHTEISTYÖ	15
3.1 Hoitohenkilökunta omaisen tukena	15
3.2 Omaisten tukeminen kriisissä.....	16
3.3 Asiakaslähtöisyys omaisen kohtaamisessa.....	18
3.4 Hoitokokous omaisen tukena	19
3.5 Koljonvirran akuuttiosaston yhteistyökäytäntöjä potilaan omaisen kanssa	20
3.6 Omaiset mielenterveystyön tukena -liitto omaisen asiaa ajamassa.....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
5.1 Tutkimusmenetelmä	23
5.2 Tutkimuksen kulku ja aineiston keruu	24
5.3 Aineiston analyysi	26
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	28
6.1 Yhteistyö	28
6.1.1 Yhteistyösuhteen syntymistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä	28
6.1.2 Omaisten kokemuksia vastaanottotilanteesta	30
6.1.3 Hoitoneuvottelut	31
6.1.4 Keskustelumahdollisuudet hoitajan ja lääkärin kanssa.....	32
6.2 Ohjaus.....	32
6.2.1 Tiedon tarve ja siihen vastaaminen.....	32
6.2.2 Ohjauksen tarve omaisen roolissa toimimiseen.....	33
6.2.3 Omaisen kokemus osastosta – uuden tilan ja käytäntöjen kohtaaminen ..	34
6.3 Tuki	35

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	38
7.1 Yhteistyön toteutuminen ja kehittämistarpeet	38
7.1.1 Omaisen tilanteen huomioiminen	39
7.1.2 Hoitoneuvottelut	40
7.2 Omaisen ohjauksen ja tuen tarve	41
7.3 Omaisten toiveet ja odotukset henkilökunnalle	42
7.4 Johtopäätökset	43
8 POHDINTA	46
8.1 Opinnäytetyön luotettavuus	46
8.2 Opinnäytetyön eettisyys	47
8.3 Päätäntö	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	

Liite 1 Suostumuslomake haastatteluun

Liite 2 Teemahaastattelurunko

Liite 3 Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 4 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa kehoitetaan kiinnittämään erityistä huomiota hyvinvoinnin edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa todetaan ihmisen hyvinvoinnin ja hyvän mielenterveyden olevan yksilön, perheiden, yhteisöjen ja myös kansakunnan merkittävä voimavara.

Omaisten kuormittuneisuutta ja jaksamista läheisen mielenterveyden häiriintyessä on tutkittu viime vuosina (Jokinen 2001; Nyman & Stengård 2001; Salokangas, Stengård & Perälä 1991). Tutkimuksia yhteistyön, omaisen ohjaamisen ja tukemisen tarpeesta läheisen ensimmäisen sairaalajakson alussa on vielä hyvin vähän. Tutkimuksen aihe on hoitotyön kannalta tärkeä, koska omaisten huomioon ottaminen ja tukeminen vaikuttavat osaltaan hoitosuhteen onnistumiseen sekä potilaan ja omaisen elämänhallintaan sairaalajakson jälkeen.

Opinnäytetyössä selvitettiin omaisen kokemuksia saamastaan ohjauksesta, tuesta ja muusta yhteisyydestä hoitohenkilökunnan kanssa hänen läheisensä ensimmäisen psykiatrisen sairaalajakson alussa. Läheisen ensimmäinen sairaalajakso on aikaisempien tutkimusten mukaan kriisi omaiselle. Hän kohtaa silloin ehkä ensi kertaa tilanteen todellisen vakavuuden. Aikaisempien tutkimusten mukaan omaisen masennusriski kasvaa, jos hän kokee puutteellisena hoitohenkilökunnalta saamansa ohjauksen ja tuen (Nyman & Stengård 2001, 71, 93). Toimiva yhteistyö omaisten kanssa, heidän tukemisensa ja ohjaamisensa edistävät omaisten hyvinvointia ja vaikuttavat alentavasti masennusriskiin (Aminoff 2002, 38–39; Nyman & Stengård 2005, 51). Alaikäisten lasten tukeminen ja huomiointi on oma tärkeä kokonaisuutensa, jota emme käsittele tässä työssä.

Opinnäytetyön idea syntyi Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ideapankin välityksellä. Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymässä yhdeksi tutkimusaiheeksi ehdotettiin mielenterveyspotilaan ohjaamista. Oma kiinnostuksemme suuntautui potilaan sijasta omaiseen, koska omaisen tilanne oli tullut lähipiirissämme esille. Neuvottelimme aiheesta johtavan ylihoitajan kanssa ja hänen kannustamana otimme yhteyttä Koljonvirran psykiatrisen sairaalan akuuttiosaston osastonhoitajaan. Hän osoitti

kiinnostusta opinnäytetyötämme kohtaan ja oli valmis yhteistyöhön kanssamme. Hän myös ohjasi meitä työn rajaamisessa hoidon kriisivaiheeseen.

2 MIELENTERVEYSPOTILAAN OMAINEN

2.1 Omaisen määritelmä

Omainen käsitetään yleensä perheenjäseneksi tai lähisukulaiseksi. Sukulainen, läheinen ja perhe ovat lähikäsitteitä omaiselle. Perhe ymmärretään tavallisesti yhteisöksi, johon kuuluvat mies, vaimo ja lapset. Perhe- ja omaissuhteet ovat pysyviä riippumatta kanssakäymisen tiheydestä. Nykyisen perhekäsityksen mukaan puhutaan ydinperheestä, uusioperheestä, yksinhuoltajaperheestä, yhden henkilön perheestä, kahden samaa sukupuolta edustavan henkilön perheestä, lapsettoman parin perheestä tai iäkkäiden puolisoitten perheestä. (Åstedt-Paunonen & Kurki 1999, Palomäen mukaan 2005, 6–7.)

Verkostokeskeisessä työssä omaisiksi määritellään kaikki ne henkilöt, joilla on keskeinen asema tietyn ihmisen ihmissuhdeverkostossa (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, Palomäen mukaan 2005, 7). Ihminen tarvitsee muutamia kestäviä ja laadullisesti merkitseviä ihmissuhteita sosiaalisen identiteettinsä ja turvaverkon tueksi (Suomi 2003, Palomäen mukaan 2005, 7).

2.2 Mielenterveyspotilas

Mielenterveyden häiriöiden luokittelu on sopimuksenvaraista. Niiden ryhmittely tapahtuu tyypillisten oireiden mukaisesti. Tutkimusten edetessä luokittelut muuttuvat. Ominaista mielenterveyden häiriöille ovat ajatustoiminnan, tunne-elämän ja käytöksen häiriöt. (Huttunen 2008.) Mielenterveyden häiriöt voivat olla ratkaisuyrityksiä selviytymiseen arjen kivuista ja haasteista, niin sanottua epäsuotuisan olemassaolokemuksen tuottamaa oirehdintaa. Häiriö voidaan nähdä ymmärrettävänä yksilön taustaan nähden, mutta se on yleensä haitallinen ihmisen kehitykselle ja elämälle, koska se vääristää merkityssuhteita. Oireiden luokittelu auttaa arvioimaan ongelmien vakavuutta. Psykkisen häiriön syvyyttä voidaan arvioida sillä, kuinka epäselvää, epä-

realistista, vääristynyttä ja puutteellista henkilön tajunnallisuus on. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996, 45.)

Käyttäessämme opinnäytetyössämme nimitystä ”mielenterveyspotilas” tarkoitamme sillä henkilöä, jonka mielenterveyden häiriö on niin vakava, että hän tarvitsee siihen sairaalahoitoa. Rinnakkaisia nimityksiä mielenterveyspotilaalle voisivat olla mielenterveyskuntoutuja tai psykiatrinen potilas. Mielenterveys on mielestämme positiivisempi ilmaus kuin psykiatrinen, joten valitsemme sen. ”Potilas” taas mielestämme kuvaa ”kuntoutujaa” paremmin tilannetta, jossa henkilö on psykiatrisella osastolla hoidossa (hoidon alkuvaihe). Tautiluokituksia emme esittele, koska opinnäytetyössämme keskitymme nimenomaan omaisen tilanteeseen.

2.3 Läheisen psyykkinen sairaus omaisen kannalta

Läheisen psyykkinen sairaus muuttaa omaisen roolia. Omaisesta tulee tiedonantaja, etiologinen tekijä, sairauden kulkuun vaikuttava tekijä ja voimavara hoidossa ja kuntoutuksessa. Omaisen on myös yksilö, jonka omaan elämään ja hyvinvointiin läheisen sairastuminen vaikuttaa. (Stengård 2008.)

Omaisien tilannetta on Suomessa tutkittu 1990-luvulta lähtien. Yhdysvalloissa ja Euroopassa on omaisen tilannetta tutkittu jo aiemmin, koska siellä psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen tapahtui aikaisemmin kuin Suomessa (Mertaniemi, Pakanen & Sorvari 2007, 33). Ensimmäinen laajempi Suomessa tehty tutkimus on ”Omaisien arkipäivää” (Salokangas, Stengård & Perälä 1991). Siinä on selvitetty mielenterveyspotilaiden omaisten selviytymistä aikana, johon osui lama yhtä aikaa mielenterveyspalvelujen vähentämisen kanssa. Samalla tapahtui myös psykiatrisen hoidon siirtyminen enenevässä määrin avohoidon puolelle. Avohoidon kehittäminen ja resurssien lisääminen sinne sairaalapaikkojen vähentyessä ei toteutunut vastaavassa suhteessa. Se kuormitti mielenterveyspotilaiden omaisia, jotka kantoivat suuren vastuun omaistensa hoitamisesta yhteiskunnan palvelujen vähennyttä. Tutkimuksessa tuli esille omaisten tyytymättömyys psykiatrista hoitojärjestelmää kohtaan. Henkilökunnan koettiin asennoituvan omaisiin kielteisesti ja lääkäreiden syyllistävän heitä. Omaisat kaipaivat runsaasti tietoa läheisen sairaudesta ja sen syistä, hoitomuodoista ja lääkehoidosta.

(Salokangas ym.1991, 96–100, 106–108.) Jatkoa tälle tutkimukselle on Jokisen (2001, 34–35) kymmenen vuotta myöhemmin tehty tutkimus ”Mielenterveyspotilaiden omaisten kuormittuneisuus ja tuen tarve”. Jokisen tutkimuksessa ilmeni, että psyykkisiä rasisuoreita oli mielenterveyspotilaan omaisilla huomattavasti enemmän kuin muulla väestöllä keskimäärin.

Omaisten sopeutumista läheisen psyykkiseen sairastumiseen ei ole juurikaan tutkittu. Omaisten kanssa työskennelleet terapeutit ovat kokemuksensa perusteella kuvanneet sopeutumisprosessia, josta voidaan erottaa eri vaiheita. Tutkimuksemme kannalta kiinnostavimpia ovat vaiheet juuri ennen läheisen diagnoosin saamista ja vaiheet vähän sen jälkeen. Ennen diagnoosin saantia ongelmat perheessä ovat nähtävissä, mutta niihin ei löydy ratkaisua. Perhe voi kokea joutuneensa umpikujaan. Omaisten ahdistus lisääntyy, vaikka he toisaalta ovat myös optimistisia. Heidät valtaa hämmennys siitä, ettei elämää enää kykene ennakoimaan, vaan arjessa vallitsee kaaos ja sekaannus. Tässä vaiheessa puhkeaa usein kriisi, joka johtaa läheisen diagnoosiin tai sairaalahoitoon. Perheenjäsenille on tärkeää, että sairastunut läheinen saa hänelle sopivaa hoitoa. He ovat sitoutuneita läheisensä auttamiseen ja tuntevat tätä kohtaan rakkautta ja empatiaa ja toivovat läheisen toipumista. (Nyman & Stengård 2005, 15–17.)

2.4 Omaisen kriisi

Perheenjäsenen sairastuminen koskettaa koko perhettä, se on perheen kaikkien jäsenten kriisi. Jokainen perheenjäsen tarvitsee tukea. Kun ajatellaan, että perhe voi auttaa suuressa kriisissä, ei välttämättä huomioda koko perheen tuen tarvetta. Vaikean elämäntilanteen kohtaaminen vaatii kaikilta perheenjäseniltä paljon voimia. Tarvitaan konkreettista apua selviytymiseen senhetkisestä tilanteesta, käytännön asioista, lastenhoidosta ja asioiden järjestämisestä. Joskus on tarpeen siirtää asioita tuonemmaksi, kun voimavarat eivät sillä hetkellä riitä. (Ruishalme & Saaristo 2007, 42–43.) Yhteinen kokemus kriisissä olleille on koko elämän muuttuminen, mikään ei ole enää niin kuin ennen. Kriisin aiheuttamassa tunnemyrskyssä ihminen ei tunnista omia voimavarojaan ja hänen mielialansa on sekava. Kivuliaiden kokemusten jakaminen toisten kanssa helpottaa ja auttaa eteenpäin. Jotta perheenjäsenet voisivat jakaa kokemustaan ja puhua tunteistaan, he tarvitsevat ymmärtävää kuuntelijaa. Kriisistä selviytymispro-

sessissa ihminen kantaa taakkaa, joka sisältää oman menetyksen kokemuksen läheisen sairastuttua ja yhteiskunnan kielteisen ja leimaavan asenteen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 61, 105.)

Omainen kohtaa kriisissään sokki-, kiello-, viha- ja hyväksyntävaiheet sekä tilanteen uudelleen arvioimisen ja vahvistumisen vaiheet. Omainen joutuu kamppailemaan ajoittain toivon ja epätoivon rajamailla. (Spaniol, Zipple & Lockwood 1992, 342.) Kriisin vaiheet voidaan nimetä myös seuraavasti: sokkivaihe, reagointivaihe, kriisin työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisvaihe (Ruishalme & Saaristo 2007, 70–71).

Kriisin sokkivaihe kestää yleensä tunteista muutamaan vuorokauteen. Se on suojausreaktio tapahtuneeseen. Sokkivaiheeseen voi liittyä voimakkaita reaktioita, kuten huutamista, itkemistä, epäuskoa, torjumista, lamaantumista, tapahtuneen kieltämistä ja pakenemista. Sokkivaihetta seuraa reagointivaihe, johon liittyy pelkoa, ahdistusta, itesesyytöksiä, syyllisyyttä, vihaa, syyllisten etsimistä, myös iloa. Reaktiovaiheessa voi esiintyä fyysisiä oireita, kuten vapinaa, unettomuutta, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, huimausta ja väsymystä, jännittyneisyyttä ja niin edelleen. Reaktiovaiheessa on tärkeää voida kokea ja ilmaista tunteensa, mieluiten sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Tehtävänä on pyrkiä tapahtuneen aiheuttamien ajatusten tunnistamiseen ja käsittelyyn, sekä tapahtuneen merkityksen tiedostamiseen. Kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheessa voi ilmetä muisti- ja keskittymisvaikeuksia, sosiaalisista suhteista vetäytymistä, ja ärtyneisyyttä. Tulevaisuutta voi olla vaikea nähdä, ja mielikuvat siitä ovat muutoksessa. Elämänarvoja joudutaan miettimään uudelleen. Myös etäisyyden ottamista voidaan tarvita. Tässä vaiheessa tarkastellaan uudelleen tapahtunutta ja ympäröiviä olosuhteita. Keskustelu kriisiä edeltäneistä ajatuksista, odotuksista ja suunnitelmista ja kriisin vaikutuksista niihin on tarpeen. Pyrkimyksenä on tiedostaa kriisin aiheuttamat muutokset ja tehdä uusia tulevaisuudensuunnitelmia. Uudelleen orientoitumisvaiheessa alkaa sopeutuminen tilanteeseen sitä mukaa kuin ihminen pystyy hyväksymään tapahtuneen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 70–71.)

Oletettavasti omaisen kriisi voidaan joissakin tapauksissa luokitella traumaattiseksi kriisiksi. Traumaattisen kriisin sokkivaiheessa reaktiot voivat olla erilaisia. Sokkivai-

heessa ihminen suojautuu niiltä asioilta, joita ei pysty vastaanottamaan. Kun omainen vähitellen alkaa tiedostaa läheisen sairastumisen merkitystä, pääsevät tunteet esiin, ja ne voivat olla tuskallisen voimakkaita. Yleensä ihmisen toimintakyky heikkenee väliaikaisesti. Joillakin on suuri tarve kertoa asiasta yhä uudelleen. Tiedontarve voi olla suuri. (Ruishalme & Saaristo 2007, 64–67.)

Läheisen ensimmäinen sairaalahoitajakso on usein laukaiseva tekijä omaisen kriisissä. Jokisen tutkimuksessa tulee esiin se, että omainen joutuu monesti laittamaan vireille tahdonvastaisen hoitopäätöksen tekemisen ja ottamaan vastuun tilanteesta, joka on hänelle itselleenkin uusi ja hämmäntävä. Ehkä ensikertaa omainen silloin kohtaa tilanteen vakavuuden. (Jokinen 2001, 2.)

Kirjassa ”Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä” kuvailaan puolison hämmennystä näin: ”Potilas saa hoitoa ja apua, mutta muu perhe jää sekasorron keskelle tietämättömänä, ilman tukea, neuvoja ja ohjausta. Puoliso voi olla kysymyksiä täynnä, mutta ei kykene esittämään niitä mitenkään. On myös niin, ettei kovin paljon tiedon antaminen siinä tilanteessa auta, vaan puoliso ja perheet tarvitsevat rohkaisua, myötäelämistä, ymmärtämistä ja mahdollisesti aivan konkreettista tukea selviytymiselleen ensimmäisten päivien aikana.” (Koskisu & Kulola 2005, 38.) Perhe kaipaa välitöntä tukea tunteilleen ja niiden käsittelylle. Käytännön apu esimerkiksi lastenhoidossa voi olla tarpeen. (Spaniol ym. 2004 Koskisuun & Kulolan mukaan 2005, 159.)

Läheisen sairaalahoidon alkuvaiheessa omaisten tiedontarve on suuri. He kaipaavat selkeää tietoa sairaudesta, sairauden syistä ja ennusteesta, potilaan hoitomahdollisuuksista ja tämän mahdollisuudesta kuntoutua. Myös tieto läheisen oireiden merkityksestä, sekä saatavilla olevasta tuesta ja muista mahdollisuuksista voi olla ajankohdista. Hoidon alkuvaiheessa omainen kaipaa tietoa myös lääkähoidosta sekä kuntoutumisen prosessin luonteesta. (Spaniol ym. 2004 Koskisuun & Kulolan mukaan 2005, 159.)

2.5 Omaisen riski sairastua masennukseen

Kun läheinen sairastuu psyykkisesti omaiset ja perhe joutuvat kokemaan sekä sisäisiä että ulkoapäin tulevia paineita. Ennen sairauden toteutumista omaiset ovat kamppailleet usein pitkään läheisen oireiden keskellä ja etsineet niihin ratkaisuja omin avuin, kunnes joutuvat lopulta myöntämään psyykkisen sairauden mahdollisuuden. (Jokinen 2001, 2.)

Läheisen psyykkinen sairastuminen aiheuttaa usein omaisille sosiaalisten suhteiden vähenemistä ja eristäytymistä. Sairastuneen persoonallisuus ja tulevaisuudensuunnitelmat muuttuvat, minkä omaiset kokevat menetyksenä. Omaiset joutuvat kohtaamaan avuttomuutta, masennusta, syyllisyyttä ja epätoivoa käydessään läpi surutyötä läheisen sairastumisesta. Sairastuneen arvaamaton käytös voi pelottaa. Myös parisuhde ja perhe ovat uhattuna uudessa tilanteessa. (Jokinen 2001, 2.)

Suuri osa psyykkisesti sairastuneiden omaisista selviytyy hyvin. Kuitenkin tutkimusten perusteella tiedetään, että mielenterveyspotilaan omaisella on kaksin- tai kolminkertainen riski muuhun väestöön verrattuna sairastua masennukseen. (Aminoff 2002, 38–39.) Mielenterveyspotilaiden hyvinvointia käsittelevän tutkimuksen mukaan 38 % mielenterveyspotilaan omaisista oli masentuneita kotimaisella DEPS-seulalla mitattuna (Nyman & Stengård 2001, 68–69).

2.6 Omaisten masennusriskiin vaikuttavia tekijöitä

Omaisten masennusriskiin vaikuttavia tekijöitä on selvitetty Nymanin ja Stengårdin (2001) tutkimuksessa monipuolisesti. Monet näistä tekijöistä liittyvät läheisen pitempiaikaiseen sairastamiseen ja omaisen huolenpitovastuuseen sairastuneesta läheisestä. Rajaamme oman tutkimuksemme läheisen ensimmäisen sairaalahoidon alkuun, joten otamme masennuksen riskitekijöistä esiin vain niitä, jotka mielestämme liittyvät tähän vaiheeseen.

Heikko taloudellinen tilanne vaikutti riskiä lisäävästi, ja vastaavasti hyvä taloudellinen tilanne oli masennukselta suojaava tekijä. Puolisoiden ja vanhempien masennusriski

oli suurempi kuin muiden omaisten. Omaisten tyytyväisyys mielenterveysalan ammattilaisiin alensi masennusriskiä, ja tyytymättömyys mielenterveysalan ammattilaisiin puolestaan lisäsi omaisen masennusriskiä. Voimavarat vaikuttivat alentavasti omaisen masennusriskiä. (Nyman & Stengård 2001, 71.)

Tarkasteltaessa omaisten tyytymättömyyden syitä mielenterveysalan ammattilaisiin Nyman ja Stengård mainitsevat seuraavia asioita: Läheisen pitkäaikainen ja vaikea sairaus, jossa hoidosta huolimatta ei tapahdu paranemista, aiheuttaa pettymystä, joka sitten kohdistuu hoitaviin henkilöihin. Hoitavien henkilöiden vaihtuminen ja se, etteivät omaiset koe tulevansa kuulluiksi, aiheuttaa tyytymättömyyttä. Kolmas tyytymättömyyden aihe on kokemus siitä, että hoitojärjestelmä on kankea, stereotyyppinen ja joustamaton. (Nyman & Stengård 2001, 77, 93.) Tyytyväisyyttä tuovina tekijöinä mielenterveystyöntekijöitä kohtaan Stengård (2008) mainitsee hyvät sosiaaliset taidot ja kiireettömyyden, moniammatillisen työskentelyn, joustavuuden, hoidon jatkuvuuden, avoimuuden ja hyvän yhteistyön omaisten kanssa.

Opinnäytetyön ”Mistä tuki omaiselle? – Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia ja odotuksia hoito- ja kuntoutusjärjestelmältä Lapin sairaanhoitopiirin alueella” johtopäätöksissä todetaan, että mielenterveyskuntoutujien omaiset olivat pääosin tyytyväisiä psykiatrisen sairaalan osastojen palvelun laatuun, mutta eivät siihen, kuinka heidät omaisina oli huomioitu. Noin puolet omaisista koki jääneensä vaille henkilökohtaista tukea. Yli puolet omaisista ei kokenut saaneensa tietoa tai tukea omaan jaksamiseensa sairastuneen rinnalla, niin kuin olisivat odottaneet. (Mertaniemi ym. 2007, 52.)

3 OMAISEN JA HENKILÖKUNNAN VÄLINEN YHTEISTYÖ

3.1 Hoitohenkilökunta omaisen tukena

Hoitohenkilökunnalla on ratkaiseva rooli perheen tukemisessa. Kyky tukea perhettä edellyttää henkilökunnalta sen omien tunteiden käsittelyä ja hallintaa. Omainen tarvitsee ymmärtävää ja myötätuntoista kuuntelemista, ja mahdollisuutta ilmaista vaikeita tunteitaan ja turhautumistaan voimakkaastikin. Ymmärtäessään omaisen kokemuksen tukea ja hyväksyntää edellyttävänä menetyksenä hoitohenkilökunta pystyy tuntemaan suurempaa myötätuntoa ja kasvamaan itse ammatillisesti. (Spaniol ym. 1992, 342.)

Omainen saa voimia siitä tietoisuudesta, että hoitohenkilökunta tekee parhaansa hänen läheisensä auttamiseksi. Henkilökunnan tehtävänä on myös tukea omaista löytämään omat voimavaransa. (Spaniol ym. 1992, 342.) Nyman ja Stengård tuovat tutkimustensa pohjalta esiin seuraavia yleisimpiä omaisten voimavaroja: ystävät, liikunta, lukeminen, lapset ja lastenlapset, ulkoilu, harrastukset, työ, usko Jumalaan, puoliso, omaiset ja suku, musiikki, perhe, keskustelu, käsityöt, opiskelu ja luonto (Nyman & Stengård 2005, 48–49). Asiakkaan voimavarojen tukeminen edellyttää hoitohenkilökunnalta asiakkaan tarkkaa kuuntelua ja ymmärtämistä (Kyngäs ym. 2007, 79).

Omaisten selviytymiskeinoiksi Stengård (2008) mainitsee ongelmanratkaisun, merkitysten muuttamisen ja stressin hallinnan. Hoitohenkilökunnan on tarpeen selvittää omaisen taustatekijöitä ja tiedon tarvetta sekä tapaa jolla omainen helpoiten omaksuu asioita. Myös hoitohenkilökunnan omat taustatekijät on tarpeen tiedostaa, koska ne vaikuttavat ohjaussuhteen muodostumiseen ja etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Ammattilaisten erilaiset käsitykset sitä, mikä on omaisten rooli hoidossa ja kuntoutuksessa vaikeuttavat omaisten tilannetta (Nyman & Stengård 2005, 17).

3.2 Omaisten tukeminen kriisissä

Omaiset odottavat ammattiauttajilta ammattitaitoista, kiireetöntä ja tasavertaista kohtaamista ihmisenä sekä omaisen että potilaan kanssa. Lisäksi omaiset odottavat asiakaslähtöisyyttä, kokemusta, hyviä vuorovaikutustaitoja ja sitoutumista yhteistyöhön. Hoitojärjestelmältä omaiset odottavat joustavuutta, yhteistyötä eri ammattikuntien kesken, yksilöllisiä hoito- ja kuntoutussuunnitelmia ja jatkuvuutta. (Nyman & Stengård 2001, 57–59.) Mertaniemen ym. (2007, 54) mukaan keskustelu, kuuntelu ja ajan antaminen omaiselle ovat asioita, joita omaiset ammattilaisilta odottavat. Keskustelu ja omaisen kuunteleminen viestittävät hänelle välittämistä. Ruishalme ja Saaristo (2007, 105) kirjoittavat osallistuvasta kuuntelusta. Osallistuvassa kuuntelussa keskitytään siihen, mitä asiakas kertoo, ja varmistellaan tarkentavilla kysymyksillä, että asia on ymmärretty oikein. Myös eleiden, ilmeiden ja äänenpainojen merkitykset pyritään ymmärtämään. Kertojan tarinan hyväksyminen sellaisenaan on tärkeää.

Kriisissä olevan auttamisen ydinasioita ovat siis kuunteleminen, ymmärtäminen ja autettavan voimavarojen tukeminen. Auttajan tulisi voida ottaa vastaan kriisissä olevan tunteet eikä selittää niitä pois. Kysymyksiin voidaan auttaa kriisissä olevaa kertomaan ja käymään läpi tapahtunutta. Samalla voidaan auttaa luomaan mielikuvia selviytymisestä. Kohtaamisissa kriisissä olevan kanssa luodaan yhteisen ajatustenvaihtoprosessin avulla uusia näkemyksiä ja ajatuksia. Auttajan tehtävänä on olla läsnä, ei tehdä puolesta. Autettavaa ei saa tehdä avuttomaksi, vaan osoittaa luottavansa autettavan kykyyn selviytyä. Kun omainen on hyväksynyt läheisen sairastumisen tapahtuneeksi, tulee auttaa häntä surun läpikäymisessä ja selviytymisen pohdinnassa. (Ruishalme & Saaristo 2007, 107–109, 111.)

Nyman ja Stengård ovat kirjoittaneet tutkimuksensa pohjalta suosituksia, jotka auttavat tukemaan mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointia. Suosituksissa nostetaan esiin taloudellinen tuki, potilaan hoidon ja kuntoutuksen yksilöllisyys ja yhteistyön tiivistäminen ammattilaisten ja omaisten kesken. Myös vertaistukitoiminnan toimintaedellytysten turvaaminen mainitaan. Suosituksissa huomiota kiinnitetään myös omaisten masentuneisuuden ja uupumisen ennaltaehkäisyyn, havaitsemiseen ja hoitoon. (Nyman & Stengård 2001, 93.)

Yhteiskunnan ja hoitojärjestelmien tarjoamina tukimuotona Jokinen mainitsee tutkimuksessaan perheen systemaattisen mukaan ottamisen potilaan hoitoon, sekä omaisten tiedon ja tuen tarpeen huomioinnin (Jokinen 2001, 5). Perhettä tukee mukana olo sairastuneen hoidossa. Välitön perheen tunteiden ja niiden tunnistamisen tukeminen on tarpeen. (Spaniol & Zipple 2000, Koskisuun & Kulolan mukaan 2005, 159.)

Omaisen ohjaamisen tilanne ei paljoa eroa potilaan ohjaamisesta, joten voidaan ajatella, että siinä toimivat samat periaatteet kuin potilaan ohjaamisessa. Kyse on vuorovaikutuksesta, jossa edetään sanallisen ja sanattoman viestinnän kautta. Tärkeää on, että molemmat osapuolet ymmärtävät keskustelun samalla tavalla, että heillä on yhteinen kieli jonka avulla he pääsevät yhteisymmärrykseen. Edellytys toimivalle ohjaussuhteelle on, että ohjaaja ja asiakas kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Hoitaja on alansa asiantuntija ja omainen oman elämänsä asiantuntija. Hoitaja voi tukea omaista siinä, että tämä tunnistaa oman asiantuntijuutensa. Omainen voi sen perusteella ottaa vastuulleen valintojaan ja toimintaansa. Toimivassa ohjaussuhteessa omainen voi tuntea itsensä arvostetuksi, ja saada tilanteeseensa tarpeellista tukea ja tietoa. Näin hän voi ymmärtää itseään ja tilannettaan paremmin. (Kyngäs ym. 2007, 38–42.)

Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa hoitajan rooliin kuuluu asiakkaan erityisluonteen tunnistaminen, kiinnostuksen osoittaminen asiakkaan asiaa kohtaan, lämmön, hyväksynnän ja arvostuksen osoittaminen, ymmärtäminen, rohkaisu ja luottamus. Vuorovaikutusta edistävät toisen osapuolen odotusten ja toiveiden selvittäminen ja huomioiminen omassa toiminnassa. Asiakkaan suhteessa hoitajaan tarvitaan luottamusta ja turvallisuuden tunnetta ohjaustilanteessa. Molemmilta osapuolilta edellytetään halua yhteistyöhön, samansuuntaisia odotuksia ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 48.)

Läheisen ensimmäisen sairaalahoidon alkuvaihe on strategisesti tärkeä hoidon kannalta. Mitä paremmin alkuvaihe hoidetaan, sen parempi voi olla ennuste sekä potilaan että omaisen selviytymisessä. Työntekijät joutuvat arvioimaan sairastuneen perheen ja puolison tuen tarvetta, ja heidän tulisi pyrkiä turvaamaan perheen arjen jatkuminen mahdollisimman normaalina epänormaalissa tilanteessa. Jos tämä onnistuu, voi omai-

nen kokea tulleen ymmärretyksi, vastaanotetuksi ja autetuksi. (Koskisuus & Kulola 2005, 39.)

Omaisiin kohdistuneen tutkimustiedon lisääntyä on alettu kiinnittää huomiota omaisten ja perheiden yksilöllisiin tarpeisiin. Tuen suuntaamisessa tulisi huomioida muun muassa sukulaisuussuhde, ikä, potilaan sairaus ja yhdessä asuminen. (Jokinen 2001, 6.) Mikäli huomioidaan omaisen määrittely verkostokeskeisen työn määrittelyn mukaan, tuo se uusia näkökulmia tuen antamiseen. Verkostokeskeisessä työssä omaiseksi katsotaan ne henkilöt, joilla on keskeinen asema ihmisen ihmissuhdeverkostossa. (Saarelainen ym. 2000, Palomäen mukaan 2005, 7.)

3.3 Asiakaslähtöisyys omaisen kohtaamisessa

Asiakaslähtöisyys mielenterveytyössä merkitsee asiakkaan ja omaisen kohtaamista luonnollisena henkilönä, perheenä tai ihmisyyteen. Lähtökohdaksi on ihmisarvo, ihmisen kunnioittaminen, tasaveraisuus, rehellisyys ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 84.) Kaija Toivanen (2009, 28) kirjoittaa artikkelissaan ”Hoitaminen ja kärsimys II”, että eettinen asenne, ihmisarvon kunnioitus, jolle kaikki muut asenteet ovat alisteisia, tuottaa eettisesti oikeita tekoja, ja vastaavasti se, että ihmisarvoa ei kunnioiteta, tuottaa eettisesti väärä tekoja. Ihmisarvon kieltämisen asenne on usein tiedostamaton. Ihmisarvon kunnioittaminen on siis tärkeää tiedostaa lähtökohdaksi kaikessa hoitotyössä.

Tietopohjana asiakaslähtöisessä työssä on tieteellinen tieto, persoonallinen, esteettinen sekä hiljainen tieto. Avoimuus ja ennakoimattomuus käytännön tilanteissa on keskeistä. Työntekijältä asiakaslähtöinen tapa toimia edellyttää jatkuvaa kriittistä oman työn arviointia, suostumista keskeneräisyyteen, ihmisyyden ja asiantuntijuuden yhdistämistä niin, ettei asetu asiakkaan ylä- tai ulkopuolelle, vaan rinnalle auttaen tätä toimimaan täysivaltaisena ihmisenä. Yhteistyö asiakkaan kanssa saa alkunsa asiakkaan aloitteesta, ja siinä pyritään dialogiseen vuorovaikutussuhteeseen. Inhimillinen välittäminen ja asiakkaan kuuleminen ovat asiakaslähtöisyyden perusta. Asiakskeskainen toiminta edellyttää sitä, että työntekijällä on vaikuttamismahdollisuuksia, voidakseen huomioida asiakkaan omaiset, verkostot ja lähipiirin, ja pyrkiä niiden vah-

vistamiseen. Organisaatiokeskeisyys tuottaa helposti yksilökeskeistä asiakastyöskentelyä. (Kokkola ym. 2002, 84–85.)

Asiakaslähtöisyys sisältää parhaimmillaan ne elementit, jotka tutkimusten valossa ovat keskeisiä sekä mielenterveyskuntoutujan että hänen omaisensa hyvässä tukemisessa ja ohjaamisessa. Pyrittäessä moniammatilliseen yhteistyöhön ja hallintorajat ylittävään yhteistyöhön voivat keskenään erilaiset toimintamallit muodostua esteeksi asiakaslähtöiselle työskentelylle. Onnistunut yhteistyö edellyttäisi katsantokantojen analysoimista ja jäsentelyä riittävän pitkälle. (Kokkola ym. 2002, 80–85.)

3.4 Hoitokokous omaisen tukena

Hoidon perustapahtuma on hoitokokous. Avoimeen dialogiin perustuvaa hoitokokousta on kehitetty Länsi-pohjassa Keroputaan sairaalassa kahden vuosikymmenen ajan. Sen perustana on ollut perhekeskeinen hoito, jonka tarjoamien kokemusten, teoreettisen pohdinnan ja tutkimustyön avulla kehitystyötä on tehty. (Haarakangas 2002, 77–78.) Avoimen dialogin hoitomallille tyypillistä on asiakkaan omaisten ja läheisten mukaan ottaminen alusta lähtien. Puhutaan jaetusta asiantuntijuudesta, jossa asiakas ja perhe ovat hoitotyöntekijöiden rinnalla tasaveroisia keskustelukumppaneita. Hoitopäätökset syntyvät yhteisen pohdinnan ja dialogisen keskustelun tuloksena. (Haarakangas 2002, 79; Liikamaa 2002, 40.) Avoimen dialogin hoitomallin tunnuspiirteitä ovat välitön apu kriiseissä, perhe- ja verkostokeskeisyys, joustavuus ja liikkuvuus, työntekijöiden vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja keskustelun dialogisuus (Liikamaa 2002, 40).

Ensimmäisessä hoitokokouksessa puhutaan kaikki hoitoon kuuluvat asiat ja tehdään niitä koskevat päätökset yhdessä potilaan, omaisten ja hoitavan työryhmän kesken. Yhdessä neuvotellaan suuret kysymykset, kuten sairaalahoidon ja lääkehoidon aloitus tai lopettaminen. Ensimmäinen hoitokokous järjestetään tarvittaessa vuorokauden kuluessa yhteydenotosta hoitavaan tahoon. Siinä käsiteltävänä on huoli, jonka vuoksi on haettu apua. Huolesta puhuminen voi helpottaa perhettä. Perhe on samalla tärkeä hoidollinen voimavara ja työryhmän yhteistyökumppani. Hoitava työryhmä toimii perheen tukena ja kanssakulkijana kriisissä. Työntekijät luovat toivoa omaisille, sa-

malla kun avoimen dialogin mukaisesti tilannetta pyritään pitämään avoimena erilaisille merkityksenannoille ja toimintavaihtoehdoille. (Haarakangas 2002, 67, 70.)

Hoitavaan työryhmään kuuluu esimerkiksi kriisipoliklinikan lääkäri, osaston sairaanhoitaja ja mielenterveystoimiston psykologi. Ensimmäisessä hoitokokouksessa voi työntekijöitä olla useampia, koska siinä päätetään hoitavan työryhmän kokoonpano. Hoitokokouksessa pyritään avoimeen keskusteluun, jossa yhdessä kaikkien osallistujien kesken tasaveroisesti luodaan uutta ymmärrystä tilanteeseen. Kaikki hoitomuodot tuodaan esiin, myös lääkehoito. Pyritään hyödyntämään potilaan ja läheisten voimavaroja. (Seikkula & Alakare 2004, 120, 289–294.)

3.5 Koljonvirran akuuttiosaston yhteistyökäytäntöjä potilaan omaisen kanssa

Käytäntönä osastolla on, että omaiseen otetaan yhteyttä vuorokauden kuluessa potilaan osastolle tulosta, jos omainen ei ole tuomassa potilasta. Mikäli omainen tuo potilasta osastolle, kysytään häneltä halukkuutta jäädä tulohaastatteluun. Tulotilanteessa omainen voi ilmaista kantansa potilaan hoidosta, mutta lopullisen päätöksen tekee lääkäri. Lääkärillä on päätösvalta myös tahdonvastaisesta hoidosta päätettäessä. Omaisen mukaantuloa potilaan hoitoon pidetään suotavana, mikäli potilas siihen suostuu. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Harvoin on niitä tilanteita, jolloin potilas ei tahdo läheistään mukaan. Joskus omaisen osallistuminen tulohaastatteluun voidaan joutua kieltämään hoitohenkilökunnan arvioidessa omaisen läsnäolon olevan haitallista. Syynä voi olla esimerkiksi omaisen juopumus. Tulotilanteessa omaiselta kysellään potilaan oireista. Hoitohenkilökunta selvittää myös potilaan kotitilanteen, muun muassa sen, onko lapsia, mitä heille kuuluu ja huolehtiiko joku heistä. Hoitosuunnitelman osaksi on sovittu ”Lapset puheeksi” -menetelmä. Myös mahdollisista kotieläimistä kysytään. Omaiselle kerrotaan osaston tavoista, muun muassa siitä, että osastolla voi vieraila ilman vierailuaikoja. Omaisen yhteystiedot otetaan ylös. Jatkosakin omainen voi olla mukana hoitoneuvotteluissa, mikäli potilas sen hyväksyy. (Piippo 2009.)

Hoitoneuvotteluissa on läsnä potilas, osaston lääkäri, potilaan oma hoitaja ja mahdollisesti potilaan omainen. Potilaan hoitoneuvotteluja toteutetaan tavallisesti kerran viikossa. Omainen koetaan niissä tärkeäksi voimavaraksi ja tiedonantajaksi. Omainen

voi olla myös potilaalle turva uudessa tilanteessa. Mikäli potilaalla on lapsia, voidaan hoidon edetessä ehdottaa perheinterventiota. Sitä ei voi kuitenkaan toteuttaa hoidon alkuvaiheessa. (Piippo 2009.)

Omaisien tilannetta pyritään selvittämään. Mikäli havaitaan omaisen olevan hyvin uupunut, ohjataan hänet avoterveydenhuollon palveluihin. Joskus voidaan myös varata omaiselle oma keskustelu-aika hoitajan kanssa. Mikäli potilaan sairaus on omaiselle uusi asia, annetaan hänelle tietoa sairaudesta kirjallisesti ja keskustellen. (Piippo 2009.)

3.6 Omaisien mielenterveystyön tukena -liitto omaisen asiaa ajamassa

Perheen ja omaisten huomioimisessa on alueellisesti suuria eroja. Vaikka perheen ja omaisten merkitys mielenterveyspotilaan hoidossa on ollut esillä 1990-luvulta lähtien, se on tullut hitaasti osaksi julkista terveydenhoitojärjestelmää. Myös erot sairaalan osastojen ja avohoidon välisissä työtavoissa hämmentävät omaisia. Esimerkiksi sairaalassa voidaan ottaa omainen mukaan hoitokokouksiin, joissa hän voi purkaa huoltaan, mutta avohoidossa tilanne voi olla toinen. Omaisien mielenterveystyön tukena -liitto on ajanut omaisen asiaa. Sen jäsenyhdistykset, joita on 20 eri puolilla Suomea, tarjoavat tukea ja tietoa omaisille. Yhdistysten toiminta käsittää erilaisia keskustelutilaisuuksia, vertaisryhmiä sekä kurssi- ja virkistystoimintaa. Suuri osa omaisista hakee apua vasta viimeisessä hädässä ja he ovat tullessaan yhdistyksen tilaisuuksiin usein hyvin stressaantuneita. (Männikkö 2008, 20.)

Hoitojärjestelmän muutokset vaikuttavat suoraan myös sairastuneen perheeseen. Kun nyt ollaan kehittämässä mielenterveystyötä edelleen avohoidon suuntaan, ja aiotaan vähentää entisestään psykiatrisia sairaalapaikkoja, tulisi avohoitoa ja perheiden tukemista kehittää voimallisesti. (Männikkö 2008, 20.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, millaisia kokemuksia omaisilla on yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa ja millaista yhteistyötä he odottavat läheisensä ensimmäisen psykiatrisen sairaalajakson ensimmäisten viikkojen aikana. Tarkoituksena oli saada tietoa hyviksi koetuista asioista ja nostaa esille mahdollisia kehittämiskohteita sekä tuottaa tietoa, jonka pohjalta osasto voi tarkastella toimintatapojaan omaisten huomiointamisessa.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia kokemuksia ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan omaisella on hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta, tuesta ja muusta yhteistyöstä?
2. Millaisia odotuksia ja toiveita potilaan omaisella on hoitohenkilökunnalle ohjauksesta, tuesta ja muusta yhteistyöstä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä sovelsimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen metodeja, koska tutkimuksen tarkoituksen kannalta oli olennaista, että tutkittavat saivat kertoa avoimesti omin sanoin kokemuksistaan ja tunteistaan. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja siinä pyritään kohteen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161). Kvalitatiivinen tutkimus on tarkoituksenmukainen halutessamme saada uutta tietoa puutteellisesti tunnetusta asiasta (ks. Krause & Kiikkala 1996, 62). Laadullinen tutkimustapa sopi mielestämme parhaiten tuomaan esille syvällistä tietoa omaisten kokemuksista.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden potilaiden omaisia. Haastattelu soveltuu joustavana tiedonhankintamenetelmänä syvällisen tiedon esille saamiseen ja metodina se koetaan yleensä miellyttäväksi sekä tutkimuksen tekijän että tutkittavien taholta. Suostuessaan haastatteluun haastateltavat tietävät suurin piirtein, mitä on odotettavissa ja haastattelija puolestaan tietää pääpiirteittäin etukäteen, mitä haastatteluun valmistautumiseen ja toteuttamiseen kuuluu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11.)

Haastattelu voidaan nimetä keskusteluksi, jolla on informaation keräämiseen tähtäävä ennalta päätetty tarkoitus. Haastattelu perustuu suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen ja sillä on mahdollista lähestyä vaikeitakin tutkittavia asioita. Tiedonhankintaa voidaan suunnata itse haastattelutilanteessa ja vastausten taustalla olevat motiivit saatavat tulla esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11, 34, 42; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan tutkimuksen osana oleva haastattelu on ennalta suunniteltu, haastattelijan alulle panema ja ohjaama vuorovaikutustilanne. Haastattelija joutuu usein motivoimaan haastattelijaa ja ylläpitämään haastattelua. Tutkimushaastattelussa haastattelija tuntee roolinsa ja haastateltava oppii sen haastattelun kulu-

essa. Tärkeää on, että haastateltava voi luottaa annettujen tietojen luottamukselliseen käsittelyyn. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43.)

Tutkimushaastattelut voidaan jakaa strukturoituun haastatteluun eli lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun ja avoimeen haastatteluun. Avointa haastattelua kutsutaan myös strukturoimattomaksi haastatteluksi ja se on erilaisista haastatteluista lähimpänä keskustelua. Omassa tutkimuksessa päädyimme käyttämään teemahaastattelua, joka luokitellaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotona puolistrukturoiduksi haastatteluksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208–209.)

Teemahaastattelussa haastattelu etenee ennalta sovittujen aihepiirien, teemojen varassa. Yksityiskohtaisten kysymysten puuttuminen antaa tilaa tutkittavien tulkinnoille. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Kaikki sovitut teema-alueet käydään läpi haastateltavien kanssa. Valmiiden kysymysten sijaan haastattelija käyttää apunaan tukilistaa, jonka avulla hän pystyy varmistamaan kaikkien sovittujen aiheiden käsittelemisen (liite 1). Teema-alueiden laajuus ja järjestys muotoutuvat jokaisessa haastattelussa erilaisiksi. (Eskola & Suoranta 2008, 86.) Ajattelimme teemahaastattelun olevan sopivin aineistonkeruumenetelmä tutkimukseemme, koska halusimme antaa tilaa tutkittavien kertomuksille, mutta taitomme ja resurssimme eivät olisi riittäneet avoimeen haastatteluun. Haastattelun teemat ja apukysymykset pohdimme itse. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa saimme vahvistusta teemojen ja apukysymysten sopivuudesta muun muassa seminaarissa mukana olleelta tutkimuskohteemme osaston sairaanhoitajalta.

5.2 Tutkimuksen kulku ja aineiston keruu

Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja teimme yhden esitestaushaastattelun tuttavallamme. Haastateltavamme läheisen sairastumisesta ja ensimmäisestä sairaalajaksoista oli tosin jo vuosia aikaa, mutta emme halunneet käyttää varsinaisia haastateltavia koehaastatteluun haastateltavien niukan määrän vuoksi. Esitestaushaastattelulla testasimme haastattelurungon toimivuutta, nauhoitusvälineiden toimivuutta ja omia kykyjämme viedä haastattelua eteenpäin. Teemahaastattelurunko todettiin toimivaksi, saimme haastattelun eteenpäin vieminen yhteistyössä kahden haastattelijan voimin. Toi-

sen haastattellessa toinen huolehti tekniikasta, ohjasi tarpeen vaatiessa haastattelun suuntaa ja piti huolta siitä, että kaikki teema-alueet tulivat käsiteltyä.

Tutkimukseen osallistui viisi omaista, joiden läheinen oli ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Yhdessä haastattelussa haastateltavana oli pariskunta. Haastateltavien yhteystiedot saimme Koljonvirran sairaalan akuuttiosaston osastonhoitajalta, joka oli alustavasti kertonut tutkimuksestamme ja tiedustellut haastateltavien suostumusta tutkimukseen (liite 1). Soitimme haastatteluun alustavasti lupautuneisiin ja sovimme haastatteluajan ja -paikan. Annoimme haastateltaville mahdollisuuden valita heille mieluisa haastattelupaikka. Kysyimme jo puhelinkeskustelussa, oliko haastateltavilla mitään haastattelun nauhoittamista vastaan. Alustavasti haastatteluun lupautuneista yksi henkilö perui osallistumisensa ja yksi oli sitä mieltä, ettei hänellä ollut tarpeeksi kokemuksia osastotilanteista haastattelua varten.

Haastattelut tehtiin heinä-syyskuussa 2009. Kaksi haastatteluista tehtiin haastateltavien kotona, yksi Savonia-ammattikorkeakoulun neuvotteluhuoneessa ja yksi Koljonvirran sairaalan akuuttiosaston neuvotteluhuoneessa. Pariskunnan haastattelussa oli heidän toiveestaan mukana kolmas henkilö, joka ei kuitenkaan osallistunut itse haastatteluun. Muissa haastatteluissa oli mukana vain yksi haastateltava.

Kaikki haastattelutilat olivat rauhallisia ja haastattelut sujuivat ilman häiriötekijöitä. Paikalla ei tuntunut olevan vaikutusta haastattelun onnistumiseen ja ilmapiiri haastatteluissa vaikutti turvalliselta ja luottamukselliselta. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 15 minuutista tuntiin. Käytimme haastatteluissa kahta ammattikorkeakoululta lainaksi saatua nauhuria. Nauhoitimme jokaisen haastattelun kahdelle nauhurille, koska halusimme varmistaa haastattelujen tallentumisen mahdollisista teknisistä ongelmista huolimatta. Haastattelu on ainutkertainen tilanne ja ilman kunnollista tallennusta aineiston analysointi olisi ollut mahdotonta. Koimme hyväksi käytännön, jossa meistä haastattelijoista toinen sai keskittyä täysin haastatteluun toisen huolehtiessa tekniikasta. Molemmat meistä kantoivat päävastuun kahdesta haastattelusta toisen avustaessa.

Haastattelujen alussa varmistimme haastateltavilta alustavasti jo puhelinkeskustelussa saadun luvan haastattelun nauhoittamiseen ja kaikki haastateltavat antoivat suostu-

muksensa. Nauhoittaminen ei mielestämme häirinnyt haastattelun kulkua eikä kahlinnut haastateltavien kertomuksia. Tähän vaikutti ilmeisesti osaltaan nauhurien pieni koko, äänettömyys ja toimintavarmuus. Haastattelut sujuivat luontevasti ja haastattelijaparina täydensimme ja tuimme toisiamme. Emme tehneet muistiinpanoja haastattelun aikana, koska ajattelimme muistiinpanojen tekemisen tuovan jännitystä ilmapiiriin ja vievän huomiota pois itse haastattelusta.

Haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroitiin. Litterointi sujui kätevästi tietokoneella, koska koululta lainaksi saadut nauhurit tallensivat haastattelut muistitikulle. Tallenteissa äänen laatu oli erinomainen, vaikka välillä haastattelutilanteissa epäilimme hiljaisesti puhuttujen kohtien tallentumista. Litteroinnin teimme viikon kuluessa kustakin haastattelusta. Kumpikin meistä litteroi haastattelut, joista olimme kantaneet päävastuun haastattelutilanteessa. Litterointivaiheessa saimme aineistosta alustavan kokonaiskuvan. Puhtaaksi kirjoitetun aineiston säilymisen varmistimme useilla varmuuskopioilla.

Tiedostimme vastuumme nauhoitetun ja tekstiksi kirjoitetun aineiston säilyttämisessä. Aineistossamme ei ollut missään vaiheessa osallistujien tunnistetietoja. Koodasimme haastattelut kirjaimilla ja osallistujien tiedot säilytimme erillisessä tiedostossa. Tutkimuspäiväkirjaan kirjoitimme muistiin aineiston keruun ja litteroinnin aikana syntyneitä ajatuksia sekä kokemuksia haastattelutilanteista.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnissa käytimme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällön analyysillä kuvataan analyysin kohteena olevaa tekstiä ja tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä eli saada tutkimuksen tulokset näkyviin. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. Induktiivisella sisällönanalyysillä pyritään saamaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin eli kaikkea muuta tietoa ei ole tarpeen analysoida. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkimustehtävät saattavat tarkentua aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Aineiston alustava analysointi alkoi jo litterointivaiheessa. Aineiston ymmärtäminen vaati useita lukukertoja, välillä asioiden ajattelemista ja jälleen lukemista. Analyysin tekemisen koimme aluksi hyvin haastavana emmekä tuntuneet pääsevän asiassa eteenpäin. Palasimme useaan otteeseen alkuperäiseen, pelkistämättömään aineistoon.

Analyysiä teimme aluksi merkitsemällä haastatteluaineistoon alkuperäisilmauksia värikkäällä korostuksella käyttäen jaottelussa hyväksi teemahaastattelurungon apukysymyksiä. Tiivistimme eli pelkistimme nämä merkitykselliset ilmaisut ja liitimme pelkistettyyn ilmaisuun tunnusteen pystyäksemme jäljittämään, mistä haastattelusta ilmaisu oli peräisin. Palasimme kuitenkin takaisin alkuperäiseen aineistoon, koska pelkkien apukysymysten mukaisten otsikkojen käyttäminen jätti aineistosta nousevaa tärkeää tietoa analysoinnin ulkopuolelle.

Kokeilimme isolle paperille tehtyä miellekarttaa selkiinnyttääksemme aineiston kokonaisuutta. Esimerkiksi omaisen tilanteeseen vaikuttavista tekijöistä tehdyssä miellekartassa nousi esille asioita, jotka eivät jäsentyneet teemahaastattelurungon apukysymysten alle. Jatkoimme alkuperäisten ilmausten kokoamista ja pelkistämistä ottaen mukaan myös uudet esiin nousseet teemat.

Teemoittelusta aineistosta muodostimme alakategoriat. Jotkut pelkistetyistä ilmauksista liittyivät useampaan alakategoriaan, mutta se oli tarkoituksenmukaista, jotta saimme aineistosta esiin oleelliset sisällöt. Jatkoimme abstrahointia yhdistämällä alakategoriat yläkategorioiksi (liite 3).

6 TUTKIMUSTULOKSET

Esitämme tutkimustulokset tutkimustehtävien ja tutkimusaineistosta muodostuneiden luokkien (yhteistyö, ohjaus ja tuki) mukaisesti. Yhteistyön alaluokiksi muodostuivat yhteistyösuhteen syntymistä edistäneet ja estäneet tekijät, omaisten kokemukset vastaanottotilanteesta, hoitoneuvottelut ja omaisten keskustelumahdollisuudet hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjauksen alaluokiksi muodostuivat tiedon tarve ja siihen vastaaminen, ohjauksen tarve omaisen roolissa toimimiseen ja omaisen kokemus osastosta. Tuki esitetään omana päälukunaan ja lisäksi olemme koonneet omaisten toiveet ja odotukset omaksi luvukseen.

6.1 Yhteistyö

Tutkimuksessa tuli esiin tekijöitä, jotka edistivät tai estivät yhteistyösuhteen syntymistä ja yhteistyön toteutumista hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. Vastaanotto-tilanne näyttäytyi keskeisenä yhteistyösuhteen syntymiselle tai syntymättä jäämiselle. Kokemus hoitoneuvotteluihin osallistumisesta ja keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa antoivat kuvaa siitä, kuinka omaisen pääsi osallistumaan läheisensä hoitoon.

6.1.1 Yhteistyösuhteen syntymistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä

Kokemukset yhteistyön alkamisesta vaihtelivat. Ratkaisevaksi osoittautui omaisen ensimmäinen kohtaaminen hoitajan tai lääkärin kanssa. Tyytyväisyyttä toi se, että tulotilanteessa hoitaja oli heti vastaanottamassa potilasta ja omaista. Tilanteen hyvä halluunotto ja yhteinen hoidon suunnittelu selkiyttivät omaisen ajatuksia. Positiivisena koettiin omaisen mielipiteen kysyminen ja huomioiminen. Omaiselle syntyi luottamus siihen, että potilas on hyvissä käsissä. Asiallinen informaatio ja yhteiset sopimukset koettiin hyvinä ja luottamusta herättävinä.

Yhteistyösuhteen syntyminen vaikeutui heti alussa, jos kukaan ei ottanut tilannetta haltuun potilaan ja omaisen tullessa ensi kertaa osastolle. Potilas ja omainen jäivät yksin pitkäksi aikaa epätietoisena siitä, kuka heidän asiaansa hoiti. Työvuoron vaihtumistilanteessa useampi eri henkilö kävi pikaisesti heidän luonaan ja odotus pitkittyi. Sovitun ajan venyminen pakotti omaisen lähtemään ennen hoitoneuvottelua. Omaisen kanssa ei siis tulovaiheessa syntynyt välttämättä minkäänlaista yhteistyösuhdetta. Yhteistyösuhdetta oli pyritty silloin luomaan kutsumalla omaisen myöhemmässä vaiheessa hoitoneuvotteluun. Joissakin tapauksissa se tapahtui hoidon loppuvaiheessa.

Pelkkä puhelinkontakti omaisen kanssa potilaan tullessa osastolle jätti omaiselle paljon kysymyksiä ja hoitohenkilökuntaan tutustuminen vaikeutui. Vielä tutkimushaastattelussa jollekin omaiselle henkilökunnan roolit olivat epäselviä. Hoidon jatkuessa potilaan omahoitaja kuitenkin tuli tutuksi. Omaisen arkuus esti yhteistyötä henkilökunnan kanssa. Hoitoneuvotteluihin osallistumattomuus aiheutti ulkopuolisuuden kokemuksia. Mikäli omaisen käynnit osastolla esimerkiksi kyytiongelmien vuoksi olivat lyhyitä, rajoitti se yhteistyötä henkilökunnan kanssa. Omaisen epätietoisuus oman roolinsa merkityksestä esti omaista pyytämästä keskustelumahdollisuutta tai lisää aikaa keskusteluihin. Taulukkoon 1 on koottu yhteistyösuhteen syntymistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä.

TAULUKKO 1. Yhteistyösuhteen syntymistä edistäneitä ja estäneitä tekijöitä

Yhteistyösuhteen syntymistä edistäneitä tekijöitä	Yhteistyösuhteen syntymistä estäneitä tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> ➤ tulotilanteessa hoitaja heti vastaanottamassa ➤ tulotilanteen haltuunotto välittömästi ➤ yhteinen hoidon suunnittelu ➤ yhteiset sopimukset ➤ omaisen mielipiteen kysyminen ja huomiointi ➤ asiallinen informaatio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ tulotilanteessa pitkä odotus ilman hoitajaa ➤ epätietoisuus vastuuhoitajasta ➤ suunnitellun aikataulun muuttuminen ➤ tilannetiedon puuttuminen ➤ henkilökuntaan tutustuminen puutteellista ➤ omaisen arkuus ➤ osallistumattomuus hoitoneuvotteluihin ➤ omaisen aikataulu- ja kyytiongelmien ➤ omaisen epätietoisuus roolistaan

6.1.2 Omaisten kokemuksia vastaanottotilanteesta

Omaisten kokemukset siitä, kuinka heidät oli huomioitu osastolle tulotilanteessa olivat erilaisia. Omaisten huomioimisessa ei näytä olleen yhtenäistä vastaanottokäytäntöä. Kuten edellä on jo kerrottu, omaiset pitivät tärkeänä, että heti osastolle tultaessa joku oli vastassa ja otti tilanteen haltuunsa. Hoitajan läsnäolo koettiin turvallisuutta tuovana. Tulotilanne koettiin vaikeana, jos siihen liittyi pitkä odotus epätietoisuudessa ilman hoitajan läsnäoloa. Osastolle tulotilanteesta jäi sekava olo.

– – siinä just hoitajien vuoro vaihtui eikä siinä oikein kukkaan meitä otanu silleen, joku vain kävi siinä jotain sanomassa.

Omainen koki hyvänä, kun informaatio oli asiallista. Potilaan hoitomyöntyvyys, hänen oma halunsa hoitoon, helpotti omaista.

– – siinä koin sen kyllä ihan miellyttävänä, ettei ollu mikään sellanen kauhukuva, että mitäs täällä nyt – – ni se ol hyvä.

Omaisen oman tehtävän löytäminen ei ollut helppoa. Hoitokäytännöt olivat omaiselle uusia, ja haastateltavat kertoivat kokeneensa arkuutta puuttua ammattilaisten hoitopäätöksiin. Mikäli omainen sai tiedon potilaan menosta osastolle puhelimitse, hänen oli luotettava ammattilaisten arvioon hoidontarpeesta. Siinä tilanteessa ei ollut enää mielekästä neuvotella asioista.

Hoidon alussa kysyttiin omaisen mielipidettä hoidosta ja se tuli parhaiten huomioituksi, jos omainen oli mukana osastolle tulotilanteeseen liittyneessä hoitopalaverissa. Alun hämmennystä ei voinut välttää silloinkaan, kun vastaanotto koettiin myönteisenä.

6.1.3 Hoitoneuvottelut

Omaisten osallistuminen hoitoneuvotteluihin vaihteli sekä osaston toiminnan että omaisen mahdollisuuksien mukaan. Osa omaisista osallistui heti hoidon alussa hoitoneuvotteluun. Kokemuksia oli myös siitä, että hoitoneuvotteluun kutsuttiin vasta hoidon keskivaiheilla tai lopussa. Hoitoneuvotteluun osallistumiseen vaikutti myös omaisen tilanne. Omaisen saattoi olla vaikea osallistua hoitoneuvotteluun oman työnsä tai kyytiongelmiensä takia.

Hoitoneuvotteluissa omaiset kokivat saavansa rehellistä tietoa potilaan tilanteesta. Se auttoi omaisen oman hämmennyksen selvittämisessä. Kysymysten esiintuomisen mahdollisuus koettiin hyvänä. Hoitoneuvottelun rajattu aika saattoi tuoda omaiselle vaikeutta kysyä kaikkea, mitä olisi halunnut.

Omaisten mielipidettä hoitoon kysyttiin ja omaiset kokivat, että se huomioitiin. Hoitoneuvotteluissa myös hoidon eri vaihtoehtoja tuotiin esiin. Omaisen koki kuitenkin ammattilaiset itseään kykenevämmiksi arvioimaan hoitovaihtoehtoja. Esiin tuli myös epävarmuutta siitä, oliko omaisen saanut vaikuttaa hoitopäätöksiin. Hoitoneuvotteluissa omaisen kohtasi hoitohenkilökuntaa ja lääkärin yhdessä potilaan kanssa. Ilmapiiri hoitoneuvotteluissa koettiin avoimeksi ja niissä kerrottiin rehellisesti potilaan tilanteesta.

— se on ihan vappaamuotonen keskustelu, että kaikki esittää omia mielipitteitään ja näkemyksiään.

— se ol ihan valaseva, että ne ei niinkun kaunistellu asiata, mut ei ne niinkun kauhukuviakaan — ihan rehellisesti sano että missä männään — ja kysy, että tiiänkö minä, että mikä on potilaan tilanne —

6.1.4 Keskustelumahdollisuudet hoitajan ja lääkärin kanssa

Kohtaamiset hoitajien kanssa koettiin myönteisinä ja suhteita hoitajiin kuvattiin asiallisiksi. Keskusteluja ja aikaa niihin kaivattiin enemmän. Lyhyt keskustelu jätti omaiselle kysymyksiä ja perusteellisempaa keskustelua kaivattiin. Omaisilla oli myös arkuutta mennä keskustelemaan. Toisaalta omaiset kokivat, että keskustelumahdollisuuden saaminen edellytti heidän omaa aktiivisuuttaan. Keskustelu järjestyi pyydettyä. Myös puhelimitse käytiin lyhyitä keskusteluja.

– – vähemmän otettiin sieltä yhteyttä – – minä niinku sinne soittelin.

Arveltiin, että omahoitajakeskustelut voisi siirtää iltaan, niin että omaisilla olisi mahdollisuus osallistua niihin. Kahdenkeskistä keskustelua hoitajan kanssa ilman potilasta toivottiin, siitä kerrotaan enemmän toiveita käsittelevässä luvussa.

Lääkäreitä omaiset kertoivat kohdanneensa hyvin vähän, pelkästään hoitoneuvotteluissa. Joku omainen oli epätietoinen, kuka hoitoneuvottelussa olleista oli lääkäri. Suoraa keskustelua lääkärin kanssa ei kerrottu olleen. Omaisilla ei ollut tietoa lääkärin paikallaolosta osastolla. Tärkeäksi olisi koettu hoitavan lääkärin kohtaaminen.

6.2 Ohjaus

6.2.1 Tiedon tarve ja siihen vastaaminen

Omaiset saivat heti aluksi tiedon siitä, että osastolla voi vierailla. Muussa tiedonsaannissa tarvittiin omaisen aktiivisuutta. Omaiset kysyivät tietoa sekä kasvokkain hoitajan kanssa että puhelimitse. Joskus myös hoitaja soitti omaisille. Tietoa haluttiin esimerkiksi potilaan tilanteesta, hänen lääkityksestään ja hoidostaan. Oli kokemus, että koko hoidon ajan myös omaista perehdytettiin hoitoon. Toisen kokemuksen mukaan omainen sai tietoa potilaan sairaudesta vasta kotiutuspalaverissa, jolloin omainen koki tiedon tulleen kovin myöhään, vaikka ymmärsikin esimerkiksi diagnoosin teon vaativan aikaa.

Tietoa osastosta, sen käytännöistä perusteluineen sekä hoitokäytännöistä kaivattiin heti alussa osastolle tulotilanteessa. Osalla omaisista oli ennestään jotakin tietoa osastosta. Omainen yllättyi lukituista ovista ja potilaan saattajasta, jos hänen saamansa etukäteistieto sisälsi vain kuvauksen hyvästä ja asiantuntevasta hoidosta. Omaiset kaipaivat perusteluja lukituille oville ja muille säännöille.

– – sinne et pääse muuten kun lasketaan – – Enhän minä tätä puolta tienny – – En tienny minkä takia.

Selkeän informaation saamisen potilaan tilanteesta omaiset kokivat hyvänä. Omaiset saivat tietoa lääkehoidosta ja potilaan hoidossa ilmenneistä ongelmista. Omaiset eivät rohjenneet kysyä hoidon sisällöstä, joten se jäi epäselväksi. Jotkut omaiset olivat epävarmoja siitä, mitä tietoa he voivat saada. Erityisen tärkeänä pidettiin tietoa potilaan tilanteesta. Joissakin tapauksissa eri hoitajien antama tieto oli ollut ristiriitaista keskenään, ja se koettiin hämmentävänä. Omaisilta puuttui tietoa henkilökunnasta ja sen vastuualueista.

6.2.2 Ohjauksen tarve omaisen roolissa toimimiseen

Omaisten tilanteisiin vaikuttivat monet tekijät. Saattaessaan läheistään psykiatriselle osastolle omainen kohtasi uuden ympäristön, itselleen outoja hoitokäytäntöjä ja hoitohenkilökuntaa. Hänellä oli huoli läheisensä selviytymisestä ja siitä, vastaako hoito läheisen tarpeita. Omaisen etukäteistiedot hoidosta ja osastosta olivat vähäisiä ja hänellä saattoi olla ennakkoluuloja psykiatrista hoitoa kohtaan.

– – iso huolen aihe, mikä ois hänen edukseen.

– – tul se ajatuksena se, että jos liikoo lääkettä täällä, että onko se auttamine semmosta, mutta oon huomannu, että se on erilaista.

Omainen oli ennen läheisen sairaalahoitoa elänyt epätietoisuudessa siitä, mistä tämän oirehtimisessa oli kyse ja koettanut tukea läheistään. Tämän vuoksi omainen saattoi

olla hyvin väsynyt. Hänelle läheisen sairaalahoito oli sekä kriisi että helpottava asia. Kriisin aiheutti läheisen vakava sairaus. Helpotusta toi alkuun tieto siitä, että läheinen oli nyt hoidossa. Hoidon alettua omainen havaitsi, että potilas turvautui häneen pitäen tiiviisti yhteyttä puhelimitse kertoen ahdistustaan sekä kokemuksiaan hoidosta. Omainen toimi potilaan kuuntelijana ja ahdistuksen vastaanottajana.

– – hän soitteli hirveen tiheesti, tuntu, että vaikka hän ol siellä hoijossa, ni joka päivä, sen huokasun – –

Omainen tunsi potilaan pitkältä ajalta ja oli oppinut ymmärtämään tätä. Hän koki olevansa tiedonantaja potilaasta, erityisesti silloin kun potilas ei itse puhunut paljoa. Omainen toivoi, että hoitajat olisivat osoittaneet enemmän kiinnostusta hänen tietoonsa potilaasta. Omainen oli halunnut vaikuttaa hoitoon kertomalla enemmän läheisestään.

Minä kun ymmärsin sen ihmisen persoonan ja tavat ja kaikki tämmöset, että siinä ei varmaan päästy yksimielisyyteen siitä, ehkä. Oisko se vaatinut hirveen paljon pitempiä keskusteluja tai tämmösiä. Vähän tuntu silleen.

Hoitokokouksessa omainen koki itsensä araksi asiantuntijoiden rinnalla, vaikka hänen mielipidettään kysyttiin ja häntä kuunneltiin. Omainen ei tiennyt, mikä hänen roolinsa oli hoidossa. Yhteistyötä kaivattiin enemmän. Omainen kertoi, että nyt jälkikäteen olisi rohkeampi ja viisaampi.

6.2.3 Omaisen kokemus osastosta – uuden tilan ja käytäntöjen kohtaaminen

Osastolla käyminen koettiin helpoksi ja henkilökunta ystävälliseksi. Kokemus osastosta oli kuitenkin alkuun omaiselle hämmentävä. Haastatteluissa kävi ilmi, että osa omaisista ei löytänyt paikkaansa ja tehtävänsä osaston toiminnassa eikä potilaan hoidossa. Esiin nousi pelon ja arkuuden kokemuksia.

Uusi tuntematon ympäristö aiheutti ihmetystä ja herätti kysymyksiä. Lukitut ovet koettiin vaikeina ja niiden tarpeellisuutta ei ymmärretty, myös ovien avaamisen pyytäminen hoitajilta tuntui hankalalta. Potilaan kokemus ”vankilasta” ahdisti omaista. Omaisten aikaisemmat ennakkoluulot vaikuttivat heidän mielikuvaansa osastosta.

Haastatellut kaipasivat perehdytystä osaston toimintaan laajemminkin kuin vain vierailuajoista tiedottamista. Osastoon ja sen käytäntöihin tutustuminen tapahtui potilaan välityksellä. Potilaan antama tieto saattoi olla sairauden vääristämää, tai potilas saattoi estellä omaista kysymästä asioita henkilökunnalta. Joku haastatelluista kertoi lukeensa potilaan saaman perehdytyskirjasen, josta sai tietoa osastosta.

Rauhallista lukitsematonta tilaa yhdessäoloon läheisten kanssa kaivattiin, kahvihuone koettiin rauhattomaksi. Tilat koettiin pelkistettyinä, mutta ymmärrettiin osaston luonteeseen kuuluvina. Runsaan television katselun joku koki potilasta passivoivana.

6.3 Tuki

Omaiset kokivat eri tavoin sen, miten heidän omaa jaksamistaan huomioitiin. Positiivisissa kokemuksissa hoitaja kysyi omaisen jaksamista useaan kertaan. Omainen koki, että sai kertoa huolensa. Tuen tarpeesta ja tuesta puhuttiin. Joskus vointia kysyttiin ohimennen. Oli myös kokemuksia siitä, että omaisen jaksamista ei lainkaan kysytty. Omainen mietti, pystyykö henkilökunta huomioimaan omaisen voimavaroja. Toivottiin tuen tarjoamista omaisen jaksamiseksi hoitohenkilökunnan taholta.

Kyllä sitä niinku kysy tämä oma hoitaja monneen kertaan, kyllä – – ja vähän huolestunutkin ollu välillä.

– – tietysti ois halunnu että mitenkä jaksaa.

Aluksi omaiset eivät tiedostaneet omaa tuentarvettaan. Hoidon edetessä omaisen väsymys nousi esiin ja ilmeni esimerkiksi kiukkuna. Omainen kertoi elävänsä potilaan elämää. Tuntemuksistaan omaiset kertoivat, että raskaat tunteet tulivat jälkikäteen pintaan ja mielialat vaihtelivat. Myöhemmin omainen saattoi itse tuoda esiin tuentar-

peensa. Omaisen epätietoisuus hoidosta ja epäily siitä, vastasiko hoito potilaan tarpeita vei omaisen voimavaroja. Selkeä tieto ja luottamus potilaan hoitoon ja hoitohenkilökuntaan helpotti omaista. Omaiset olivat saaneet tukea myös ystäviltä ja läheisiltä.

– – lyöp laineet nää tunteet – – Et se on oman väsymisen merkkejä kenties.

6.4 Toiveet ja odotukset

Tuen ja keskustelun tarpeesta kertoo se, että kaikki haastatellut kaipasivat mahdollisuutta keskustella hoitajan kanssa myös ilman potilasta. Kaikkea ei voinut puhua potilaan kuullen, ettei tämä loukkaantuisi tai kuormittuisi omaisen kokemuksista. Myös itsensä takia omainen kaipasi mahdollisuutta kahdenkeskiseen keskusteluun. Omainen olisi halunnut puhua siitä, miten koki läheisensä sairauden ja tilan. Omaiset kaipasivat keskusteluja antaakseen hoitajalle tietoja potilaasta, kertoakseen huoliaan potilaasta sekä saadakseen ammattilaisen näkökulman mieltään askarruttaviin kysymyksiin.

Keskustelumahdollisuutta tarjottiin joskus potilaan kuullen. Omainen ei rohjennut silloin ilmaista haluavansa sitä, ettei potilas mieltäisi heidän keskustelunsa sisältöä. Toivottiin, että omaiselle tarjottaisiin keskustelua ilman potilasta osaston käytäntöihin kuuluvana asiana. Omaiset odottivat kutsun tulevan hoitajan taholta.

– – jossain vaiheessa tuntu, että sitä kaipois – – ois semmosta että toinen ei kuuliskaan.

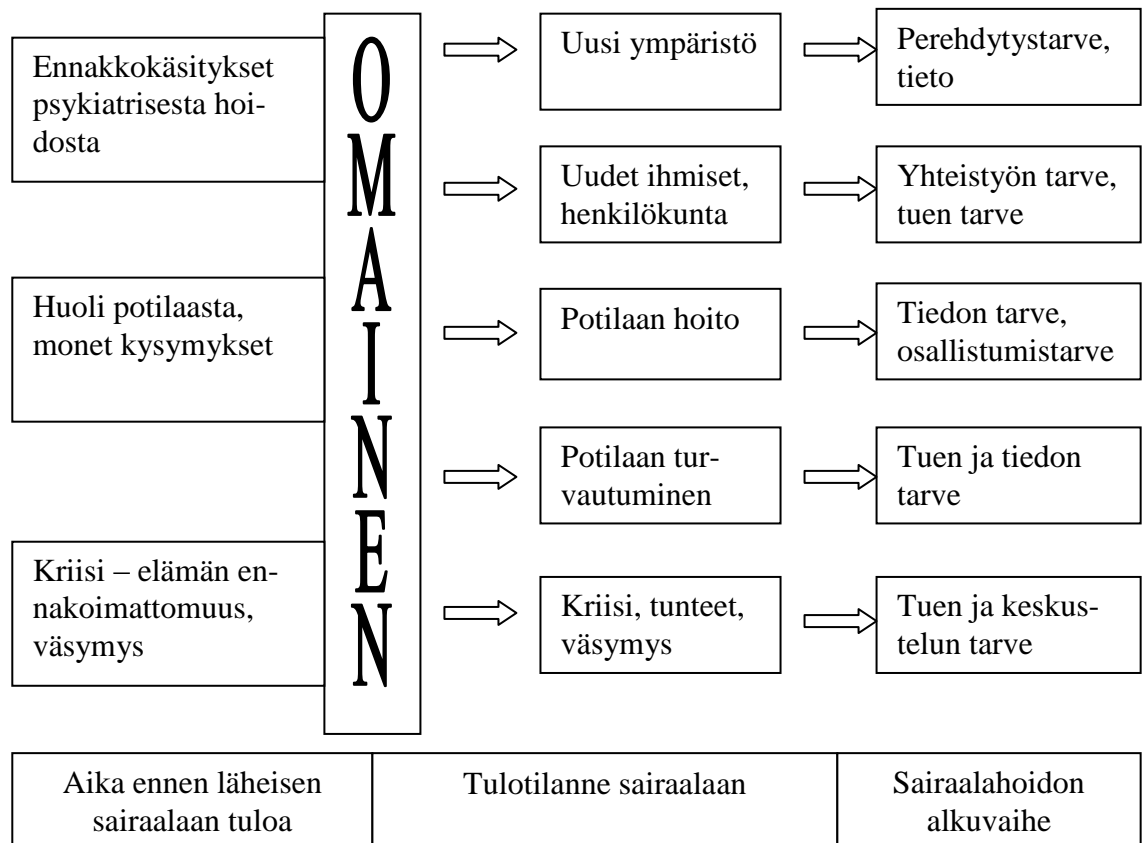
*– – silleen luonnollisesti, että nyt on omaiset vaan ja ei oo potilas siellä
– – että vois tulla suoraan sieltä se kysymys.*

Omaiset kaipasivat rauhallista lukitsematonta tilaa, jossa voisi olla yhdessä potilaan kanssa. Omainen koki vaikeaksi pyytää hoitajia avaamaan lukitun tilan yhdessäoloa varten. Jos potilas oli yksin huoneessaan, palveli potilaan huone rauhallisena tilana. Hyvällä säällä ulkona saattoi olla yhdessä.

Kysyttäessä omaisilta toivomuksia yhteistyöstä tuli uudelleen esiin hoitajan välittömän läsnäolon tärkeys potilaan ja omaisen saapuessa ensi kertaa osastolle. Toivottiin sitä, että joku ottaisi selkeästi tilanteen haltuunsa heti.

– – *kyllä minä ainakin oottasin, että joku ois siinä niinku koko ajan meidän kanssa eikä jätettäis.*

Kuviossa 1 on koottuna omaisen tilanne ja yhteistyön, tuen ja ohjauksen tarpeet.



KUVIO 1. Omaisen tilanne ja yhteistyön, tuen ja ohjauksen tarpeet

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Yhteistyön toteutuminen ja kehittämistarpeet

Tulokset kertovat siitä, että yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa koettiin tärkeäksi. Kun yhteistyö oli toteutunut hyvin, omaiset toivat esiin tyytyväisyyttään ja saamaansa apua. Aina yhteistyö ei sujunut, mutta tavallisempaa oli, että yhteistyötä koettiin olevan liian vähän. Tämä tutkimus kohdistui psykiatrisen sairaalahoidon alkuun, jolloin on käytettävissä omaisen kokemus vain lyhyeltä ajalta. Sama asia tulee esiin kuitenkin myös aikaisemmin tehdyissä pitempiaikaisissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu mielenterveyspotilaan omaisen tilannetta ja omaisen masennukselle altistavia tekijöitä. Niissä tuodaan esiin, että yhteistyötä mielenterveysalan työntekijöiden ja mielenterveyspotilaan omaisten kesken tulee tiivistää. Mikäli potilaan hoito järjestetään niin, että omainen ei voi siihen osallistua eikä hänen tilannettaan huomioida, heikentää se oleellisesti omaisen elämänlaatua ja kohottaa omaisen masennusriskiä. (Nyman & Stengård 2005, 51.)

Tässä tutkimuksessa nousee erityisen voimakkaasti esiin yhteistyösuhteen alku, tulotilanne sairaalaan. Sen kaikki haastatellut muistivat tarkoin, vaikka osalla tuosta tilanteesta oli kulunut jo useita kuukausia. Myös silloin kun omainen ei ollut tuomassa potilasta sairaalaan hän muisti osin sanatarkasti osastolta saamansa puhelun sisällön. Mielestämme se kertoo tulotilanteen merkityksestä omaiselle. Parhaassa tapauksessa tulotilanteessa luotiin pohja toimivalle asiakaslähtöiselle yhteistyösuhteelle omaisen ja hoitohenkilökunnan kesken.

Mietimme, mistä johtuivat haastattelemiemme omaisten kokemat erot siinä, kuinka yhteistyösuhde luotiin hoitajan ja omaisen kesken. Oletamme, että omaisen aktiivisuus ja läsnäolo tulotilanteessa vaikuttivat asiaan. Vaikutusta saattoi olla silläkin, oliko hoitoon tulo potilaalle vapaaehtoista vai oliko kyse pakkohoidosta. Myös omaisen sukulaisuussuhde potilaaseen saattoi vaikuttaa eroihin yhteistyösuhteen luomisessa. Lainsäädännössä velvoitetaan huomioimaan erityisesti alaikäisten lasten tilanne. Ehkä muiden omaisten tilanteeseen ei kiinnitetä samalla tavoin huomiota. Hoitajien näke-

mykset yhteistyön tärkeydestä omaisten kanssa voivat olla erilaisia. Kirjallisuudessa todetaan, että ammattilaisilla on erilaisia käsityksiä omaisten roolista hoidossa ja kuntoutuksessa, mikä vaikeuttaa omaisen tilannetta (Nyman & Stengård 2005, 17).

Omaisilla ei ollut negatiivisia kokemuksia kohtaamisista hoitajien kanssa, mikä osaltaan kertoo hoitajien hyvistä vuorovaikutustaidoista. Hoitajien rehelliset kommentit ja selventävät tilannearviot koettiin hyvinä, ja hoitajien käyttäytymistä kuvattiin asialliseksi. Omaisten tyytymättömyys kohdistui lähinnä siihen, ettei kohtaamisia ja keskusteluja ollut riittävästi. Tämä kertoo mielestämme siitä, että omaiset kokivat hoitajat sellaisina, joiden kanssa he olisivat halunneet keskustella ja joiden ammattitaitoon he luottivat. Tätä luottamusta saattoi joskus murentaa tiedon puute sekä osastosta että hoidosta, ja omaisen jääminen potilaalta tulevan tiedon varaan.

Kirjallisuudessa tuodaan esille, että asiakaslähtöinen yhteistyö saa alkunsa asiakkaan aloitteesta. Pyrkimys on päästä dialogiseen vuorovaikutussuhteeseen. (Kokkola ym. 84–85.) Omaisen mukanaolo potilaan saattajana on mielestämme jo omaisen aktiivinen osoitus halusta yhteistyöhön. Se luo henkilökunnalle mahdollisuuden asiakaslähtöiseen työskentelyyn omaisen kanssa. Siinä omaisen odottaa hoitohenkilökunnalta kuulemista ja ohjausta. Myös ne omaiset, jotka eivät olleet mukana tulotilanteessa kaipasivat enemmän yhteistyötä ja osallistumista potilaan hoitoon, mutta olivat arkoja sitä pyytämään. Henkilökunnan olisi hyvä nähdä yhteistyön tarve silloinkin, kun omaisen ei osaa sitä itse ilmaista.

7.1.1 Omaisen tilanteen huomioiminen

Osastolle tulotilanteeseen liittyi omaisen kannalta ennestään tuntemattomia asioita. Hän kohtasi uuden ympäristön, psykiatrisen sairaalan osaston, josta hänellä saattoi olla jotakin ennakkotietoa, myös pelkoja ja vääriä mielikuvia. Omaiset olisivat kaivanneet perehdytystä osastoon ja sen käytäntöihin heti alussa, voidakseen toimia osaston käytäntöjen mukaisesti ja ymmärtääkseen toimintatapojen perusteet. Mielestämme oikea-aikainen perusteltu tieto esimerkiksi vihkosen muodossa tai kerrottuna auttaisi omaisia ja poistaisi turhia pelkoja.

Omaiset kohtasivat uusia ihmisiä, mielenterveysalan ammattilaisia. Ammattilaisilla oli tietoa ja kokemusta niistä sairauksista ja oireista, joiden kanssa omaiset olivat kamppailleet yrittäessään tukea läheisiään. Osa omaisista koki osastolle tullessaan, että ammattiauttajat tietävät ja osaavat, eivätkä he arvostaneet itseään oman ja potilaan elämän asiantuntijana. He olisivat tarvinneet tukea nähdäkseen oman merkityksensä potilaan omaisina. Osalta omaisista kysyttiin mielipidettä ja ajatuksia hoidosta. Se auttoi omaista kokemaan itsensä arvostetuksi ja tärkeäksi heti hoidon alussa. Syntyi keskinäinen luottamus ja kunnioitus omaisen ja hoitohenkilökunnan välille. Kirjallisuuden mukaan hoitaja voi tukea omaista siinä, että tämä tunnistaa oman asiantuntijuutensa. (Kyngäs ym. 2007, 38–42).

7.1.2 Hoitoneuvottelut

Hoitoneuvottelut olivat tutkimuksen mukaan omaisille hyvin tärkeitä ja selventäviä tilanteita. Omaiset, jotka olivat heti alusta mukana hoitoneuvotteluissa, kokivat voivansa kertoa niissä näkemyksensä avoimesti, esittää kysymyksiä ja tulevansa kuulluksi ja huomioduksi. He kokivat myös voineensa vaikuttaa hoitoon. Jotkut omaisista osallistuivat hoitoneuvotteluihin vasta myöhemmässä hoidon vaiheessa tai hoidon lopussa. Heistä osa koki itsensä epävarmaksi siitä, kuinka paljon heidän kuului tietää hoidon sisällöstä. Omainen ei kokenut voivansa tuoda kaikkia kysymyksiään esiin, joten paljon asioita jäi epäselväksi. Omainen koki itsensä myös araksi ammattilaisten rinnalla. Hän olisi kaivannut rohkaisua tuodakseen omat ajatuksensa keskusteluun. Näyttäisi siltä, että omaisen on tärkeää osallistua hoitoneuvotteluihin heti hoidon alusta lähtien, jotta hoitoneuvottelut palvelisivat parhaalla tavalla sekä omaista että hoidon kokonaisuutta. Haarakankaan (2002, 77–78) mukaan omaisten ja läheisten mukaan ottaminen hoitoon alusta lähtien on tyypillistä muunmuassa avoimen dialogin hoitomallille.

Kirjallisuuden mukaan omaisten näkeminen työryhmän jäsenenä voi olla avuksi yhteistyössä perheiden ja omaisten kanssa. Suositellaan, että omaisiin suhtauduttaisiin yhteistyökumppaneina potilaan tukemisessa, omaisten asiantuntemusta korostaen ja kunnioittaen. Näin toimittaessa perheen ja omaisten voimavarat ja vahvuudet nousevat

esiin potilaan tueksi. Se auttaa hoitohenkilökuntaa myös ymmärtämään paremmin potilasta ja tämän käsityksiä tilanteesta. (Koskisuus 2004, 184.)

7.2 Omaisen ohjauksen ja tuen tarve

Tutkimuksessamme ilmenee, että omainen tarvitsee tietoa uuteen ympäristöön ja sen käytäntöihin tutustumisessa. Suurimmaksi osaksi omaiset saivat tietoa potilaalta. Potilaalta saadun tiedon ongelmana oli se, että potilaan antama tieto saattoi olla sairauden vääristämää, jolloin omaiselle syntyi väärä käsitys osaston toiminnasta. Joskus potilas myös esteli omaista hankkimasta tietoa henkilökunnalta. Tiedon puuttuessa omainen ei kyennyt ymmärtämään osaston toimintatapoja, esimerkiksi lukittuja ovia tai rajoituksia siitä, mitä potilaille sai viedä. Omainen saattoi pelätä toimivansa tietämättömyyttään vastoin osaston sääntöjä. Omaiset kokivat hoitohenkilökunnalta saamansa tiedon selkeyttävänä ja hyvänä. Perehdytys osastoon hoitajien taholta on tarpeen. Ehkä kirjallinen opas osastoon tutustumiseksi helpottaisi myös omaista.

Jatkuva tieto hoidon sisällöstä lisäsi omaisen luottamusta hoitoon. Jos tietoa ei ollut, saattoi omaiselle herätä suuri huoli hoidon tarkoituksenmukaisuudesta. Se kuormitti omaista. Kirjallisuudessa tuodaan esiin, että tieto on avuksi omaisen ja potilaan tilanteen jäsentämisessä ja ymmärtämisessä. Tieto voi myös vähentää omaisen ahdistusta. (Koskisuus 2004, 184.)

Tutkimuksemme tuloksissa näkyy, että yhteenkuuluvuuden tunne potilaan kanssa ja omaisen vastuu ja huoli potilaasta olivat kaikilla haastatelluilla voimakkaat riippumatta sukulaisuussuhteesta. Se on kirjallisuuden mukaan tyypillistä juuri tätä sopeutumisvaihetta eläville omaisille. He ovat vahvasti sitoutuneet potilaan auttamiseen ja tuntevat tätä kohtaan rakkautta ja empatiaa. He myös toivovat sairauden tai oireiden olevan ohimeneviä. (Nyman & Stengård 2005, 17.) Tämän tutkimuksen yksi tutkimustulos on, että omaisen rooli potilaan kuuntelijana ja tukijana jatkuu hoidossa olon aikana. Läheisen vakavan sairastumisen tuomaa kriisiä elävä omainen on vahvasti sidottu potilaaseen. Hän ei voikaan levähtää potilaan ensimmäisen sairaalahoidon aikana, vaan potilas pitää häneen tiivistä yhteyttä ja kertoo ahdistustaan. Tähän tilanteeseen omainen tarvitsee ohjausta ja tukea henkilökunnalta. Keskustelut, joissa omainen

voi selvittää omia ajatuksiaan ja tuntemuksiaan saaden tukea ammattilaiselta, auttavat omaista jaksamaan ja tukemaan myös potilasta. Kirjallisuuden mukaan hoitajan tärkeä tehtävä on tunnistaa ja tuoda esiin perheen vahvuuksia. Omaisen on vaikea itse nähdä voimavarojaan eläessään kriisin keskellä. On tarpeen valaa uskoa siihen, että omaisilla on annettavaa potilaalle ja hoitohenkilökunnalle. (Koskisuu 2004, 186.)

Omaiset eivät alkuun tunnistanee omaa tuentarvettaan. Kuitenkin kysyttäessä omaisten tuntemuksista he kertoivat raskaista tunteista, väsymyksestä, huolesta ja epätietoisuudesta sekä kyvyttömyydestään arvioida omaa tilannettaan. Kun omainen vähitellen alkaa tiedostaa läheisen sairastumisen merkitystä, pääsevät tunteet esiin ja ne voivat olla tuskallisen voimakkaita. Yleensä ihmisen toimintakyky heikkenee väliaikaisesti. Joillakin on suuri tarve kertoa asiasta yhä uudelleen. Tiedontarve voi olla suuri. (Ruishalme & Saaristo 2007, 64–67.) Myös me haastattelijoina koimme jonkun omaisista elävän sellaisessa ajatusten ja tunteiden myllerryksessä, että hän oli ilmeisen keskustelun ja tuen tarpeessa. Selvyyden saamista alun hämmennykseen ja kriisiin oli nähtävissä niiden haastateltujen kohdalla, joiden läheisen sairaalahoidon alkamisesta oli kulunut jo kuukausia. He kuitenkin muistivat alun sekavan olon ja hämmennyksen. Läheisen sairaalahoidon alku on selkeästi ollut kriisi haastatteluun osallistuneille. Omaisen jaksamisen huomiointi vaatii henkilökunnalta herkkyyttä ja halua tulla omaisen rinnalle. Omaisten kokemuksesta kriisistä on kirjallisuudessa edelleen tuotu esiin, että kriisin aiheuttamassa tunnemyrskyssä ihminen ei tunnista omia voimavarojaan, ja hänen mielialansa on sekava (Ruishalme & Saaristo 2007, 61, 105). Kriisissä oleva omainen tarvitsee tukea tunteilleen ja niiden tunnistamiselle. Omaisen tarvitsee avukseen konkreettista tietoa sairaudesta. Tukea omaisille tuo myös se, kun heidät otetaan mukaan läheisensä hoitoon. (Koskisuu & Kulola 2005, 159.)

7.3 Omaisten toiveet ja odotukset henkilökunnalle

Omaisten toive hoitajan läsnäolosta tulotilanteessa liittyy kokemukseen kriisistä, johon kaipaa turvallisuutta tuovaa toisen ihmisen läsnäoloa ja tilanteen haltuunottoa. Tulotilanne kaipaisi mielestämme osastolle selkeitä, yhdessä sovittuja käytäntöjä omaisten huomioimiseen. Hoitajan läsnäolo viestittää välittämistä ja huolenpitoa, joka

luo pohjaa yhteistyön ja luottamuksen syntymiselle ja helpottaa omaista ja potilasta sekasortoisessa tilanteessa.

Kaikki haastatellut omaiset toivoivat kahdenkeskistä keskustelua hoitajan kanssa. Omaisen kriisi selittää osaltaan tarpeen keskusteluun ilman potilasta. Tämä tuo henkilökunnalle haasteita, joihin tutkimuksemme mukaan osaston henkilökunnalla on taitoja ja kykyä vastata. Omaisethan kokivat kohtaamiset ja keskustelut henkilökunnan kanssa hyvinä ja selventävinä, joskin niitä oli liian vähän. Henkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus antaa omaiselle aikaa, kuunnella ja keskustella. Omaisiet kaipasivat nimenomaan keskustelua ja läsnäoloa. Ydinasioita kriisissä olevan auttamisessa ovat Ruishalmeen ja Saariston (2007, 107–109, 111) mukaan kuunteleminen, ymmärtäminen ja autettavan voimavarojen tukeminen. Auttajan tehtävänä on olla läsnä. Tärkeää on osoittaa luottavansa autettavan kykyyn selviytyä. Kun omaisen on hyväksynyt läheisen sairastumisen tapahtuneeksi, tulee häntä auttaa surun läpikäymisessä ja selviytymisen pohdinnassa.

7.4 Johtopäätökset

Aikaisemmat tutkimukset omaisten yhteistyön tarpeista henkilökunnan kanssa ovat samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Hyvin keskeiseksi tässä tutkimuksessa nousi potilaan ja omaisen tulotilanne osastolle. Siinä tuen ja ohjauksen tarve tiivistyi. Kokemukset tulotilanteesta vaikuttivat jatkossa omaisten ja henkilökunnan väliseen yhteistyöhön. Vaikutus näkyi sekä positiivisissa että negatiivisissa kokemuksissa joko yhteistyötä edistävänä tai estävänä. Omaisen mukaanottoa hoitoon heti alusta lähtien painotetaan kirjallisuudessa, ja tämän tutkimuksen tulokset korostavat tätä alun tärkeyttä. Omaisen huomiointi ja yhteistyösuhteen luominen henkilökunnan ja omaisen välille ei saa jäädä sattumanvaraiseksi, vaan se kaipaa tietoista ja suunnitelmallista toimintaa. Tutkimus osoitti henkilökunnalla olevan taitoja, mutta tulotilanne kaipaa yhteisen näkemyksen ja toimintatavan luomista. Siten jokainen omaisen voisi saada tarvitsemansa ohjauksen ja tuen.

Omaisten rooli potilaan tukijana nousee esiin aikaisemmissa tutkimuksissa ja erityisesti pitempiaikaisen huolenpitovastuun on havaittu kuormittavan omaista. Tutkimuk-

sessä tuli esille, että sairaalahoidonkin aikana potilas turvautuu omaiseen. Voidakseen olla potilaan tukena omainen tarvitsee sairaalahoidon aikana tietoa hoidosta sekä ohjausta ja tukea oman ahdistuksensa käsittelyyn. Omaisten rooli potilaan tukijana painottaa myös hoitoneuvotteluihin osallistumisen tärkeyttä. Koskisuus (2004, 184) tuo esiin mahdollisuuden nähdä omainen hoitoneuvotteluissa työryhmän jäsenenä henkilökunnan rinnalla, asiantuntijana omassa ja potilaan tilanteessa. Hoitoneuvotteluissa voidaan auttaa omaista näkemään voimavarojaan ja käyttämään niitä omaksi ja potilaan parhaaksi. Henkilökunnan on tärkeää tiedostaa tämä ja pyrkiä ohjaamaan omaista löytämään roolinsa henkilökunnan yhteistyökumppanina potilaan hoidossa. Tämän asian merkitys korostuu varmasti jatkossa, kun psykiatrinen hoito painottuu yhä enemmän avohoitoon, sehän väistämättä merkitsee myös omaisen hoitovastuun lisääntymistä.

Omaisten toive kahdenkeskisen keskustelun järjestämisestä hoitajan kanssa kertoo omaisten tarpeesta selvittää omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Omaiset toivoivat, että keskustelua tarjottaisiin hoitoon kuuluvana asiana ilman erillistä pyyntöä. Se kertoo omaisten arkuudesta pyytää tarvitsemaansa tukea ja toisaalta omaisen vaikeutta ilmaista tuentarvettaan potilaan kuullen. Omaiset pelkäsivät kuormittavansa potilasta omalla ahdistuksellaan tai loukkaavansa tätä.

Tiedon tarve nousi esiin tutustumisessa osastoon ja sen käytäntöihin. Tietoa kaivattiin myös hoidon sisällöstä ja potilaan voinnista. On aiheellista miettiä, kuinka omainen saisi tarvitsemansa tiedon oikeaan aikaan ja luotettavasti. Kanavia on jo olemassa, erityisesti hoitoneuvottelut ovat tiedonsaannin suhteen tärkeitä. Kirjallinen opas osastoon tutustumiseksi olisi paikallaan myös omaiselle. Voitaneen olettaa, että positiiviset kokemukset ensimmäisestä psykiatrisesta sairaalajaksosta helpottavat avun hakemista tarvittaessa myöhemminkin.

Suosituks:

- Omaisen huomioimiseksi tulotilanteessa olisi hyvä luoda yhtenäinen käytäntö.
- Henkilökunta voisi aktiivisesti ottaa omaisen mukaan potilaan hoitoon ja tarvittaessa motivoida omaista siihen.
- Omaisen tuen tarpeen arviointiin ja tuen tarjoamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Jatkotutkimusaiheet:

- Henkilökunnan näkemyksiä omaisen mukaan ottamisen merkityksestä potilaan hoitoon.
- Millaista tietoa ja menetelmiä tarvitaan omaisen perehdyttämisessä psykiatriseen osastoon ja hoitotyöhön.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta arvioimalla pyritään selvittämään tutkimuksella tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa, jolloin ei saada määrällisen tutkimuksen tapaan tilastollisesti yleistettävää tietoa. Se ei tee kuitenkaan tutkimuksesta vähemmän tieteellistä, kun tutkimuksen tekemisessä noudatetaan huolellisuutta, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 127)

Haastatteluun tutkimusmenetelmänä sisältyy haastattelijasta, haastateltavasta ja itse tilanteesta sisältyviä virhelähteitä (Hirsjärvi ym. 2009, 206). Pyrimme minimoimaan virhelähteitä kouluttautumalla haastattelijan rooliin ja tekemällä haastattelun esitestauksen ennen varsinaisia haastatteluja. Haastattelupaikkojen rauhallisuus ja haastattelujen luottamuksellinen ilmapiiri toivat osaltaan luotettavuutta aineiston keruuseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole tarkkoja sääntöjä, koska jokainen tutkimus on ainutkertainen ja tilannesidonnainen. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan arvioimalla koko tutkimusprosessia. (Krause & Kiikkala 1997, 130.) Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksensa pääasiallisin luotettavuuden kriteeri ja kvalitatiiviset tutkimusraportit sisältävät paljon tutkijan omaa pohdintaa (Eskola & Suoranta 2008, 210). Tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä voidaan tarkastella yleisinä luotettavuuskriteereinä laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija varmistaa omien käsityksiensä ja tulkintansa vastaavan tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta (Eskola & Suoranta 2008, 211; Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkittavien näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa ja tutkimuksen uskottavuutta lisätään sillä, että tutkija käyttää riittävän pitkän ajan tutkimansa ilmiön käsittelemiseen. Tutkijan kokemuksia kuvaavan ja valintoja pohtivan tutkimuspäiväkirjan pitäminen vahvistaa osaltaan tutkimuksen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Omassa tutkimuksessamme eniten aikaa vie-

nyt vaihe oli aineiston analyysi. Käytimme paljon aikaa aineistoon tutustumiseen ja huomasimme aineiston avautuvan vähitellen. Aineisto oli pakko jättää välillä lepäämään ja sitten palata siihen jälleen. Analyysiä tehdessämme palasimme useita kertoja alkuperäiseen aineistoon ja huomasimme, että aloimme ymmärtää tutkittavien näkökulmia syvemmin vasta pidemmän ajan kuluessa. Tutkimuspäiväkirjaa pidimme molemmat erikseen ja pohdimme yhdessä merkintöjämme.

Koko tutkimusprosessiin liittyvä vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin huolellista kirjaamista niin, että prosessin kulkua voidaan pääpiirteissään seurata (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Vahvistettavuudella kuvataan sitä, että toisista samaa aihetta käsitelleistä tutkimuksista saadaan tukea omille tulkinnoille (Eskola & Suoranta 2008, 212). Tutkimusraporttia kirjoitettaessa hyödynnetään tutkimusprosessin eri vaiheissa tehtyjä tutkimuspäiväkirjan muistiinpanoja esimerkiksi haastattelutilanteista, menetelmällisistä ratkaisuista ja analyysivaiheesta tulleista oivalluksista (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Omaa tutkimusta tehdessämme laitoimme koko ajan muistiin prosessin aikana esiin tulleita asioita ja mieleemme nousseita ajatuksia ja pyrimme myös tuomaan ne esille tutkimusraporttia kirjoittaessamme. Saimme myös vahvistusta omille tulkinnoillemme aikaisemmista tutkimuksista.

Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän arviointia omasta vaikutuksestaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkimustulosten siirrettävyyden arviointi edellyttää riittävän kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimuksessamme kiinnitimme huomiota työskentelytapaamme ja pyrimme tiedostamaan omat asenteemme sekä niiden mahdollisen vaikutuksen tutkimusprosessiin. Olemme pyrkineet kuvailemaan tutkimusraporttissamme tutkimukseen osallistujat ja ympäristön, jossa aineisto kerättiin.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyys ja tutkimuksen luotettavuus sekä tulosten uskottavuus edellyttävät, että tutkimus on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvässä tieteellisessä käytännössä tutkijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointi-

menetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tieteelliselle tutkimukselle soveltuvia. Tulosten julkistamisessa noudatetaan avoimuutta ja muiden tutkijoiden työtä kunnioitetaan. (Hyvä tieteellinen käytäntö.) Tiedostimme hyvän tieteellisen käytännön vaatimukset tutkimuksemme kaikissa vaiheissa.

Ihmisarvon kunnioittaminen on lähtökohtana eettisesti kestävässä tutkimustavoissa ja se ilmenee tutkittavien itsemääräämisoikeuden, vahingoittumattomuuden ja yksityisyyden kunnioittamisena. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus on tutkimuseettisenä normina ehdoton ja voimakas. Tutkittavan tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, johon häntä pyydetään. Tutkittavalle kerrotaan perustiedot tutkimuksesta, tutkimuksen toteuttajat, kerättävän tiedon käyttötarkoitus sekä paljonko tutkimukseen osallistuminen vie aikaa ja miten aineistonkeruu konkreettisesti tapahtuu. Tutkittavia voidaan motivoida osallistumaan tutkimukseen kertomalla, miten tutkimustietoa on tarkoitus hyödyntää. (Kuula 2006, 22–23, 60–62, 105.) Ihmisarvon kunnioittaminen on meille vahva periaate kaikessa hoitotyössä, myös hoitotieteellisen tutkimuksen teossa. Annoimme haastateltaville jo ennakkoon mahdollisimman kattavasti tietoa tutkimuksesta.

Tutkittavalla on mahdollisuus perua osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa ja tutkimusaineistosta on tällöin hävitettävä häntä koskevat tiedot. Tutkijan on huolehdittava siitä, ettei tutkittavalle aiheudu henkistä, sosiaalista eikä taloudellista vahinkoa tutkimuksesta. Luottamuksellisten tietojen tietosuojasta huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää. Tutkimuksesta aiheutuneen henkisen vahingon tai rasituksen arviointi on vaikeaa, mutta tutkittavien kunnioittamisella esimerkiksi haastattelussa tai muussa vuorovaikutustilanteessa vältetään osaltaan henkisen vahingon syntymistä. Tutkimukseen osallistujan on pystyttävä luottamaan siihen, että tutkimusaineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään sovitulla tavalla. Tutkimusteksteistä ei esimerkiksi saa tunnistaa tutkittavia. (Kuula 2006, 22–24, 63–64.) Kerroimme tutkimukseen osallistuneille heidän mahdollisuudestaan perua osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Tutkimusaineiston säilytimme huolellisesti ja tiedostimme vaihtolovelvollisuutemme. Haastatteluissa kohtasimme tutkittavat kunnioittavasti ja luontevasti. Kokemuksemme oli, että tutkittavat kokivat haastattelutilanteet positiivisina. Tutkimusraporttia kirjoittaessamme pidimme huolta tutkittavien anonymiteetin säilymisestä.

Tutkimuslupaa haimme opinnäytetyömme suunnitelman valmistumisen jälkeen Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän käytännön mukaan (liite 4). Kirjallisuuskatsauksen pyrimme tekemään mahdollisimman hyvin jo opinnäytetyön suunnitelmaan.

8.3 Päättäntö

Opinnäytetyöprosessi vaati paljon työtä, mutta se oli myös erittäin antoisa. Aiheen rajaaminen tuntui aluksi hankalalta, mutta osastonhoitajan ehdottama rajaustus psykiatrisen hoidon alkuun auttoi pitämään työn koossa ja sai sen etenemään johdonmukaisesti. Työn tekemisessä tarvittiin välillä sitkeää puurtamista ja myös työn laittamista hetkeksi sivuun ajatusten selkiyttämiseksi. Toisinaan opinnäytetyömme tuntui olevan levällään monissa papereissa ja ”kaksissa aivoissa” ja yhteensovittaminen tuntui työläältä. Erilaiset näkemyksemme varsinkin tutkimuksen analyysin eteenpäin viennissä olivat rikastuttavia, mutta välillä myös haasteita asettavia. Näkemyseroista neuvotteleminen lisäsi kykyä toisen huomioon ottamiseen ja yhteistyöhön. Yhteinen pohdinta avasi uusia näkökulmia, ja toisen innostus kannatteli hankalien hetkien yli.

Saimme opinnäytetyön tekemisestä paljon itsellemme. Opinnäytetyötä tehdessämme pääsimme sisälle tutkimuksen tekemisen kiinnostavaan maailmaan. Tutkimus osoitautui työkalukalukseksi hoitotyön kehittämisessä. Opimme myös uutta kriittisyyttä tutkimusten tarkastelun suhteen. Etiikan merkitys korostuu erityisesti laadullisessa tutkimuksessa. Parin kanssa työskentely oli antoisaa. Haastattelut olivat mielenkiintoisia ja avartavia, omaisen arki piirtyi niissä esille. Haastattelijan roolista tulimme ulos siinä vaiheessa, kun huomasimme haastateltavan tarvitsevan rohkaisua avun hakemiseen itselleen. Tulevina sairaanhoitajina emme voineet ohittaa omaisen tuen tarvetta, vaan rohkaisimme häntä tuen hakemiseen haastattelun ulkopuolella.

Opinnäytetyöskentelyn kantava voima oli koko ajan lisääntynyt kiinnostuksemme omaisen asemaan. Haastattelujen myötä saimme taitoja kohdata potilaiden omaisia ja ymmärrystä heidän tilanteestaan. Opimme paljon myös tiedonhausta ja tiedon kriitti-

sestä tarkastelusta. Näistä taidoista on meille sairaanhoitajina paljon hyötyä työskentelimme missä tahansa.

LÄHTEET

Aminoff, K. 2002. Omainen kaipaa vertaistukea ja välimatkaa. *Mielenterveys* 2/2006, 38-39.

Eskola J. & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Haarakangas, K. 2002. Mikä hoitokokoukseen vaikuttaa terapeuttisesti. Teoksessa Haarakangas, K. (toim.) *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 77–87.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. *Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. *Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli*. Helsinki. Suomen kuntaliitto. Stakes.

Koskisuu, J. 2004. *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita.

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

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus.

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

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

Liikamaa, P. 2002. Keroputaan malli mielenterveyshoidossa. Keroputaan mallin tunnuspiirteet. Dialogi 1/2002, 40.

Männikkö, M. 2008. Mielenterveyspotilaan omaiset uupuvat ja tarvitsevat neuvoja. Socius 2/2008, 19–20.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Nyman, M. & Stengård, E. 2005. Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001–2004. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Salokangas, R., Stengård, E. & Perälä, K. 1991. Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan. Mielenterveystutkimusyksikkö, Kansanterveystieteen laitos, Tampereen yliopisto. Tampere

Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatriassa hoitojärjestelmässä. Duodecim 120(3), 289–96.

Spaniol, L. , Zipple, A. & Lockwood, D. 1992. The Role of the Family in Psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 18(3), 341–347.

Toivanen, K. 2009. Hoitaminen ja kärsimys II. *Pro terveys* 2/2009, 26–30.

Painamattomat lähteet

Huttunen, M. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. 2009. Kustannus Oy Duodecim.

Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 12.10.2009]
Saatavissa: <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

Jokinen, J. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten kuormittuneisuus ja tuen tarve. Lissensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Mertaniemi, S., Pakanen, H. & Sorvari, T. 2007. Mistä tuki omaiselle? – Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia ja odotuksia hoito- ja kuntoutusjärjestelmältä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

Palomäki, T. 2005. Elämää vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Piippo, T. Mielisairaanhoitaja. Koljonvirran sairaala. Suullinen tiedonanto 19.1.2009.

Stengård, E. 2008. Omaisen hyvinvointi tutkimusten valossa. Valtakunnallinen omais-seminaari Seinäjoki 9.10.2008. WHO:n mielenterveysalan yhteistyökeskus.

Terveys 2015-ohjelma. Kansallinen Mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma.

Stakes. [Viitattu 20.10.2009]. Saatavissa:

<http://info.stakes.fi/nr/rdonlyres/392de4ae-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdyontyosuunnitelma.pdf>

Hei!

Omainen on monenlaisten kysymysten keskellä läheisen psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Koljonvirran sairaalan akuuttiosastolla pyritään huomioimaan omainen ja tukemaan hänen jaksamistaan. Jotta hoitohenkilökunta osaisi oikein olla omaisen rinnalla, tarvitsee se tietoa siitä, millaista yhteistyötä ja tukea omainen kaipaa.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta, Iisalmen yksiköstä. Olemme kiinnostuneita mielenterveyspotilaan omaisen huomioimisesta ja jaksamisesta läheisen sairastuessa. Opintojemme loppuvaiheeseen kuuluvassa opinnäytetyössä pyrimme haastattelujen avulla selvittämään omaisen kokemuksia, toiveita ja odotuksia yhteistyöstä henkilökunnan kanssa läheisen psykiatrisella sairaalajaksolla.

Te voitte olla avuksi meille ja hyödyksi omaisille sekä henkilökunnalle osallistumalla haastatteluun. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastatteluun lupautumisen jälkeenkin on mahdollisuus perua osallistuminen. Haastattelun henkilöllisyys ei tule näkymään missään vaiheessa. Haastattelut ovat täysin luottamuksellisia. Haastatteluaineistoista kootaan keskeiset teemat, eivätkä yksittäiset vastaukset ole erotettavissa. Haastattelunauhut ovat vain meidän käytössämme ja ne säilytetään huolellisesti ja tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Toivomme, että olette halukas osallistumaan haastatteluun ja näin omalta osaltanne edistätte entistä parempaa yhteistyötä omaisen ja henkilökunnan välillä. Toteutamme haastattelut kesä-syyskuussa 2009.

Ystävällisin terveisin

sairaanhoitajaopiskelijat Marja-Liisa Hakala ja Mirjami Pajunen-Aulis

marja-liisa.hakala@student.savonia.fi mirjami.pajunen-aulis@student.savonia.fi

Alustava lupa haastateltavaksi:

Nimi:

Puhelinnumero:

(Otamme yhteyttä puhelimitse sopiaksemme haastatteluajankohdan ja -paikan)

Teemahaastattelurunko

1. Yhteistyö henkilökunnan kanssa, hoitohenkilökunnalta saatu ohjaus ja tuki
 - tulotilanteessa
 - hoidon aikana (noin kaksi viikkoa)
 - apukysymyksiä:
 - millaisena koitte sairaalaan tulovaiheen, millaisena koitte asemanne potilaan omaisena, huomioitiinko teidät ja miten?
 - oliko mielessänne kysymyksiä, millaisia ja saitteko niihin vastauksia?
 - koitteko tarvitsevanne itse tukea, saitteko sitä, millaista?
 - miten oma jaksamisenne huomioitiin?
 - mikä oli suurin huolenaiheenne, kerroitteko sen henkilökunnalle ja miten siihen vastattiin?
 - miten kotitilannettanne ja mahdollista avuntarvetta siellä kartoitettiin?
 - mitkä asiat kohtaamisissa henkilökunnan kanssa koitte hyvinä?
 - mikä tuntui vaikealta kohtaamisissa henkilökunnan kanssa?
 - oletteko keskustelleet hoitajien/lääkärin kanssa, kuinka usein, saitteko keskustella riittävästi?
 - oletteko olleet mukana hoitokokouksissa, millaisena koitte osallistumisenne siellä?

2. Odotukset ja toiveet: ”Jos olisitte uudelleen lähtötilanteessa, mitä toivoisitte ja odottaisitte henkilökunnalta?”

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäislausumat kysymysteemojen alle ryhmiteltynä:	Pelkistetyt ilmaukset:	Alakategoriat:	Yläkategoria:
KOKEMUS TULOVAIHEESTA:			
en tiijä(saiko vaikuttaa hoitoon)	ei tiedä onko saanut vaikuttaa hoitoon	POTILAAN HOITOON VAIKUTTAMINEN	OMAISEN ROOLI
arkuuttakin, että mitenkä pitäs toimia,kuinka niinkun terhakkaasti ja rehvakkaasti pitäs toimia omaisen puolesta olin arka. Voisin nyt toimia toisella tavalla	arkuus toimia omaisen puolesta, vaikka haluaisi	POTILAAN PUOLESTA TOIMIMINEN	OMAISEN ROOLI
olin liian arka... en tiennyt näitä systeemeitä, miten siellä toimitaan, ja mikä on se omaisen rooli siinä vaiheessa	omainen oli arka kohdatessaan hoitokäytännöt, ei tiennyt mikä on omaisen rooli	POTILAAN HOITOON VAIKUTTAMINEN	OMAISEN ROOLI
Nyt oisin eri terhakkaampi... Kun on vähän käyny läpi näitä	vastaisuudessa omaisen toimisi rohkeammin, kun on saanut kokemusta	POTILAAN HOITOON VAIKUTTAMINEN	OMAISEN ROOLI
en tiijä oisko siinä auttanut mikkään. Ruveta nyt neuvottelemaan siitä, että minnekkä se...hoitaja, se katto sen aiheelliseksi	ei koe voineensa puuttua ammattilaisen hoitopäätöksiin	POTILAAN HOITOON VAIKUTTAMINEN	OMAISEN ROOLI
OMAISEN KUULEMINEN:			
annoin(tietoa), minä puhuin näistä (potilaan puolesta)	omainen on tiedonantajana	POTILAAN PUOLESTA TOIMIMINEN	OMAISEN ROOLI
tunteitten tulkki, asioiden tulkki	omainen on tunteiden tulkkina	POTILAAN PUOLESTA TOIMIMINEN	OMAISEN ROOLI
olin hänen puolestaan äänessä	omainen puhuu potilaan puolesta	POTILAAN PUOLESTA TOIMIMINEN	OMAISEN ROOLI

Että mie oisin halunnu mielelläni ... (potilaalle), kun hän oppi kotona ... niitä	omainen olisi halunnut huolehtia omaisensa terveydestä	POTILAASTA HUOLEHTIMINEN	OMAISEN ROOLI
Minä kun ymmärsin sen ihmisen persoonan ja tavat ja kaikki tämmöset	omainen kokee tuntevansa ja ymmärtävänsä läheistään paremmin kuin hoitohenkilökunta	POTILAAN PUOLESTA TOIMIMINEN, ASiantuntijuus	OMAISEN ROOLI
aikaa enemmän...enemmän niinkun siitä minkälainen persoona hän on ollu, että oisko se hoitoon vaikuttanut...	omainen toivoi, että olisi voinut kertoa enemmän potilaasta, ja siten vaikuttaa hoitoon	POTILAAN HOITON VAIKUTTAMINEN, ASiantuntijuus	OMAISEN ROOLI
Tuntojensa kuuntelija	tuntojen kuuntelija	AHDISTUKSEN VASTAANOTTAMINEN	OMAISEN ROOLI
hän soitteli hirveen tiheesti, ...vaikka hän ol siellä hoijossa, ni joka päivä, sen huokasun	potilas turvautuu omaiseen, vaikka on osastolla hoidossa	AHDISTUKSEN VASTAANOTTAMINEN	OMAISEN ROOLI



YLÄ-SAVON TERVEYDENHUOLLON
KUNTAYHTYMÄ

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPIN-
NÄYTETYÖLUPA-ANOMUS

Anomus lähetetään kahtena kappaleena, joista toinen lähetetään päätöksen teon jälkeen luvanhakijalle.	
Anomuksen mukaan liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen.	
HAKIJA	Nimi/nimet (tekstaten) Marja-Liisa Hakala _____ Mirjami Pajunen-Aulis _____
	Opiskelu- tai työpaikka Savonia-amk, Iisalmi
	Opiskeluaste <input type="checkbox"/> Koulu <input type="checkbox"/> Opisto <input checked="" type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulu <input type="checkbox"/> Yliopisto <input type="checkbox"/> Muu
	Opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> päättötyö <input type="checkbox"/> pro gradu <input type="checkbox"/> lisensiaattityö <input type="checkbox"/> väitöskirja
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja-amk
	Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) _____
TUTKIMUS	Tutkimuksen nimi ja lyhyt kuvaus tutkimuksen toteutuksesta YTYssä (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma.
	Tutkimuksen nimi: Mielenterveyspotilaan omaisen kokemuksia saamastaan ohjauksesta, tuesta ja muusta yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä sairaalajaksoilla. Haastatellaan mielenterveyspotilaan omaisia Koljonvirran sairaalan akuuttiosastolla käyttäen teemahaastattelua. Analyysimenetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi. Julkaisusuunnitelma: opinnäytetyö julkaistaan Kansalliskirjaston Theseus-tietokannassa http://theseus.fi
	Tutkimuksen aikataulu Haastattelut kesällä 2009, tutkimuksen raportointi loka-marraskuussa 2009.
	Tutkimustyön ohjaajat ja yhteystiedot
	<i>Elin Siirala</i> _____ <i>Annikki Jauhainen</i> _____
	Ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys
	<i>Elin Siirala</i> _____ <i>ANNIKKI JAUKAINEN</i> _____
	Puhelin, e-mail
	040-5174133 _____ 044 7856610 _____
	<i>elin.siirala@savonia.fi</i> _____ <i>annikki.jauhainen@savonia.fi</i> _____

ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan YTYn antamia ohjeita, yleisiä sääntöjä sekä vaihtolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin luvan myöntäneelle johtavalle ylihoitajalle / ylihoitajalle.	
	04 . 06 20 09	
	tutkijan allekirjoitus <i>Marja-Liisa Hakaia</i>	tutkijan allekirjoitus <i>Marja-Liisa Hakaia</i>
	tutkijan allekirjoitus	tutkijan allekirjoitus
Tutkimuslupapäätös lähetetään osoitteella:		Marja-Liisa Hakaia Niinimäentie 388, 74700 Kiuruvesi
PUOLTO (Osastonhoitaja, jonka yksikköä tutkimus koskee)	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan anomusta	<input type="checkbox"/> Puollan anomusta
	<input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:	<input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:
	04 . 06 20 09	
	<i>Helena Lindman</i>	
	Allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Helena Lindman</i>	Allekirjoitus ja nimen selvennys
	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan anomusta	<input type="checkbox"/> Puollan anomusta
	<input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:	<input type="checkbox"/> En puolla Huomautuksia:
	Tutostk selvennys kellekin aineston kaitvaksista	
	11 . 6 20 09	
	<i>Liisa Janatulinen</i>	
Allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Liisa Janatulinen</i> va. ylihoitaja	Allekirjoitus ja nimen selvennys	
Sairaskertomustietojen luovuttaminen tutkimustyöhön.		
Lupa	myönnetty	päivämäärä
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan	<input type="checkbox"/> En myönnä
	<input type="checkbox"/> Johtavan ylihoitajan / ylihoitajan päätös nro	
	<input checked="" type="checkbox"/> Johtavan ylläkäarin päätös nro	3/09
	16 . 6 20 09	
	Allekirjoitus	<i>Marja Kesti</i> Marja Kesti Yliääkäri Psykiatrien erikoisääkäri EV-232919
YHDYS- HENKILO YTYSSÄ	Nimi	Työyksikkö
	Os.hoitaja Helena Lindman	Akuuttiosasto/KVS
	Osoite	Puhelinyhteys
Ouluntie 217, 74160 KOLJONVIRTA	272 2065	