

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Essi Kekki

PSYKKISESTI PITKÄAIKAISSAIRAAN HENKILÖN PERHEEN/LÄHEISTEN
TUEN TARPEET JA SAATU TUKI – KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

KEKKI, ESSI

Psyykkisesti pitkäaikaissairaana henkilön perheen/läheisten tuen tarpeet ja saatu tuki – kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

36 sivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

KymiCare

Marraskuu 2013

Avainsanat

psyykkisesti sairas, omaiset, läheiset, tuki, emotionaalinen tuki, taloudellinen tuki, tiedollinen tuki

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, minkälaista tukea psyykkisesti pitkäaikaissairaana henkilön läheiset/perhe tarvitsevat ja millaista tukea he ovat saaneet. Työssä tarkastellaan myös, miten tuen tarpeet ja saatu tuki mahdollisesti eroavat toisistaan.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta, jossa jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edelliseen ja on toistettavissa. Aineisto on haettu manuaalisella haulla sekä elektronisella haulla kahdesta suomalaisesta tietokannasta. Saatu aineisto, yhdeksän alkuperäistutkimusta, on analysoitu sisällönanalyysillä.

Mielenterveyspotilaiden läheiset eivät saa riittävästi tietoa omaisensa sairautta, hoitoympäristöä ja hoidon suunnittelua koskevissa asioissa. Tiedon saamiseen vaikuttaa läheisen oma aktiivisuus. Läheiset haluaisivat myös lisää tukea, erityisesti konkreettista tukea liittyen jokapäiväisten askareiden hoitoon sekä ohjausta talouteen liittyvissä asioissa. Omaiset kokevat olevansa ylikuormitettuja ja toimivansa jaksamisensa ääri rajoilla. He ovat pettyneitä palvelujärjestelmään, joka automaattisesti liittää omaiset osaksi palveluketjua. Omaisten tarpeelliseksi kokema tuki eroaa saadusta tuesta, sillä omaiset kokevat, ettei heidän tuentarpeeseensa vastata. Tutkittua tietoa aiheesta löytyy jonkun verran, mutta läheiset jäävät edelleen sairastavien omaisten varjoon, niin hoitoympäristössä kuin tutkimustiedossakin.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KEKKI, ESSI

Needs and Support of Family/Next of Kin to a Mentally Ill Person

Bachelor's Thesis

36 pages

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Commissioned by

KymiCare

November 2013

Keywords

mental problems, nearby, relative, support, emotional support, financial support, information based support

The purpose of this Bachelor's thesis is to find out the types of support the family or next of kin of a mentally ill person need and receive. It also aims at explaining if the support needed and the support received differ. A literature review was used as the method of this thesis. Every phase is dependent on the previous one and can be repeated exactly in a literature review. The research material was found by using both manual and electronic search. By electronic search was gathered material from two Finnish databases. The material was analyzed using content analysis.

The next of kin of a mentally ill person suffer from lack of information related to the illness, the care unit and the planning of care. The activity and the interests of the family depend on the amount of information they will have from the medical personnel. The relatives of a mentally ill person would also need more support, especially concrete support dealing with everyday life and some financial guidance. The family of a mentally ill person feels overloaded and lives at the extreme of coping all of the time. They are disappointed with the health care system that automatically makes the exhausted next of kin part of it. The support needed differs from the support received. There are some researches carried out on the subject, but still the nearby are left aside. It happens both in real life and in literature.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	5
2	LÄHEISTEN MERKITYS	6
	2.1 Kriisin vaikutukset	8
	2.2 Sopeutumisprosessi	9
3	SOSIAALINEN TUKI JA SEN MUODOT	11
	3.1 Tiedollinen tuki	12
	3.2 Emotionaalinen tuki	13
	3.3 Taloudellinen tuki	13
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN VAIHEET	13
	4.1 Tutkimussuunnitelma	14
	4.2 Tutkimusongelmat	15
	4.3 Alkuperäistutkimusten haku	16
	4.4 Tietokannat	17
	4.5 Alkuperäistutkimusten valinta	19
	4.6 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	24
	4.7 Luotettavuuden arviointi	25
	4.8 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen	26
5	TULOKSET	29
	5.1 Omaisten tarpeelliseksi kokema tuki	29
	5.2 Omaisten saama tuki	30
	5.3 Miten tarpeelliseksi koettu tuki ja saatu tuki eroavat toisistaan	31
6	POHDINTA	32
	6.1 Tulosten luotettavuus	32
	6.2 Hyödynnettävyys	33
	LÄHTEET	34

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt mielenterveyden seuraavasti: mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. (Toivio & Nordling 2013, 62.)

Erilaiset mielenterveyden ongelmat eivät ole lisääntyneet maassamme merkittävästi viime vuosikymmeninä, mutta kynnyks hakea apua on madaltunut. Lisäksi niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Suorat kustannukset, jotka aiheutuvat mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta, kontroleista ja sosiaalivakuutuksista, ovat mittavat, epäsuorista kustannuksista puhumattakaan. Viimeksi Suomessa on kattavasti kartoitettu mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä vuosina 2000 - 2001 toteutetussa Terveys 2000 – tutkimuksessa, joka käsitti 10 000 suomalaisen otannan. Tässä otannassa 18,9 % aikuisaineistosta eli 30 vuotta täyttäneistä ilmoitti kokevansa merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta ja suunnilleen saman verran nuorten aikuisten aineistosta (18 - 29 -vuotiaat). Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma; pahimmillaan ne heikentävät toimintakykyä enemmän kuin monet fyysiset sairaudet. 44,5 prosentilla työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli työkyvyttömyyden syynä mielenterveys- tai päihdehäiriö vuonna 2008. (Thl 2010, 17 - 19.)

Vain alle puolella terveyskeskuksista oli vuonna 2008 mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen suosittelema kuntatasoinen mielenterveystyön kokonaissuunnitelma, johon sisältyy ehkäisevän mielenterveystyön osuus. Vuoteen 2010 mennessä tilanne oli vähän parantunut, sillä 71 prosentilla terveyskeskuksista oli mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. (STM 2012, 38.)

Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä Suomessa ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, psykoosit sekä syömishäiriöt. Karkeasti jaoteltuna mieliala- sekä ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä naisten kuin miesten keskuudessa ja niitä on tilastollisesti enemmän Pohjois-Suomessa. Sen sijaan päihdehäiriöt ovat miehillä tavallisempia, ja niitä esiintyy erityisesti pääkaupunkiseudulla. Mielenterveydellisten ongelmien esiintyvyys Suomessa on kansainvälistä keskitasoa kehittyneisiin maihin verrattuna, poikkeuksena huumausaineiden käyttö, joka on toistaiseksi harvinaisempaa kuin useimmissa muissa maissa. (Thl 2010, 17 - 19.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Mieli 2009 – työryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, jonka tarkoituksena oli linjata tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 koskien mielenterveys- ja päihdetyötä. Esiin nousseita uusia linjauksia olivat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa sekä yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Mielenterveys- ja päihdepalvelut pyritään yhdistämään ja perustamaan sosiaali- ja terveyskeskuksia, joissa lähipalvelut toteutetaan. (STM 2009.)

2 LÄHEISTEN MERKITYS

Läheisillä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä lähinnä psyykkisesti sairastuneen perhettä, lähimpiä omaisia tai ystäviä. Läheisten merkitystä sairastuneen hoitoprosessissa ja koko sairastamisessa ei voi väheksyä. Lisäksi perheenjäsenen sairastuminen niin psyykkiseen kuin somaattiseenkin sairauteen kuormittaa paitsi sairastunutta itseään niin ennen kaikkea läheisiä ympärillä. Powell (2005, 143) toteaaakin oppaassaan aivoammoista, ettei ole vain aivoihin vammautuneita yksilöitä, vaan aivoihin vammautuneita perheitä, sillä vamma vaikuttaa koko perheeseen. Powellin (2005, 143) mukaan jotkut vievät ajattelun niin pitkälle, että perheet ovat todellisia uhreja, sillä he näkevät todennäköisemmin oikean kuvan ongelmasta.

Tänä päivänä perhekeskeisyys on olennainen lähestymistapa mielenterveyshoitotyössä. Kuitenkin perhekeskeisessä lähestymistavassa tulee varmistaa potilaalta itseltään, mikä merkitys perheellä on potilaalle ja mitä perhe mahdollisesti tarvitsee. Mitä paremmin potilas ja hänen perhetilanteensa tunnetaan, sitä paremmat ovat lähtökohdat onnistuneelle yhteistyösuhteen luomiselle ja hoitosuhteelle. Potilas itse määrittelee perheensä. Häntä voidaan pyytää esimerkiksi laatimaan omia sosiaalisia suhteitaan kuvaava verkostokartta, jonka keskiössä ovat potilasta kaikkein läheisimmät ihmiset ja kauempana ne, joita potilas ei koe niin läheisiksi. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2010, 94.)

Powell (2005) totetaa kirjassaan, ettei ole olemassa mitään normaalia tapaa reagoida aivovamman. Jotkut perheet selviytyvät koettelemuksista paremmin kuin toiset, mutta kaikilla on joka tapauksessa vaikeuksia. He tarvitsevat huomiota, opetusta ja ohjautusta sekä tukea selviytyäkseen ja rakentaakseen elämänsä uudelleen. Parhaiten selviytyviä perheenjäseniä yhdistää kolme yhteistä piirrettä: he ovat joustavia, he pystyvät

kommunikoidaan avoimesti ja rehellisesti ja heillä on kyky keskittyä suhteen positiivisiin puoliin. Voidaan sanoa, että aivovamman kokemus yleensä joko vahvistaa perheenjäsenten jo ennestään vahvoja suhteita tai tekee ongelmallisista suhteista entistä ongelmallisempia. (Powell 2005, 144 - 145.)

On tärkeää myös huomioida psyykkisesti sairaiden henkilöiden omaisten mielenterveys ja koettelemus, jolle se väkisininkin altistuu. Tutkimusten ja muiden aiheeseen liittyvien teosten mukaan omaisilla on psyykkistä rasitusoireistoa huomattavasti enemmän kuin muulla väestöllä. Esimerkkejä oireista ovat mm. unettomuus, aloitekyvyttömyys ja jopa itsemurha-ajatukset. Riski sairastua masennukseen on omaisilla kaksin- tai kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Lähes 40 % omaisista kärsiikin kliinisesti todetusta masennuksesta. (Nyman & Stengård 2001 Hentisen, Iijan & Mattilan 2009, 148 mukaan.) Lisäksi suurella osalla psyykkisesti sairastuneista on lapsia. Vanhempien sairastaminen vaikuttaa väistämättä myös lapsiin. Arvion mukaan jopa 60 % vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista kärsii psykiatrisesta häiriöstä ennen 25. ikävuottaan. (Solantaus 2001 Hentisen ym. 2009, 149 mukaan.) Vanhempien olisikin äärimmäisen tärkeää lapsen hyvinvoinnin ja pärjäämisen kannalta puhua sairaudestaan lapsilleen lapsen ikä- ja kehitystaso huomioiden. (Hentinen ym. 2009, 149.)

Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointitutkimuksessa (Nyman & Stengård 2001 Hentisen ym. 2009, 149 – 150 mukaan.) on havaittu, että erityisesti tukea tarvitsivat ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneen omaiset, itse sairastumisriskissä olevat omaiset sekä omaiset, joiden perheenjäsen sairasti psyykkistä pitkäaikaissairautta.

Eri vaiheessa sairautta myös omaisten tuen tarpeet eroavat toisistaan. Akuuttivaiheessa omaiset saattaisivat hyötyä enemmän tiedollisesta tuesta ja käytännön asioista. Kun läheinen on sairastanut pidempään, merkityksellisempää voi olla kokemusten jakaminen muiden saman läpikäyneiden omaisten kanssa sekä tuen saaminen omaan jaksamiseen. Tärkeää on ottaa huomioon hoitokäytäntöjen vaikutus sairastuneen läheisten elämään. Kun avohoito yhä enemmän lisääntyy, arkipäivän selviytymisestä jää suuri vastuu sairastuneen läheisille. (Hentinen ym. 2009, 150 - 151.)

Mielenterveystyössä ongelmana usein on, että omaisen nähdään enemmänkin sairastuneen läheisen kautta kuin omine tarpeineen yksilönä. Ammatillisuus ei voi myöskään korvata kokemustietoa, joka omaisilla on. Mitä omaisten mielenterveyteen tulee,

henkisesti raskaita sosiaaliset ja ympäristötekijöihin liittyvät tapahtumat ovat usein mielenterveyshäiriön laukaisevia syitä. Henkistä pahoinvointia ylläpitävät jatkuvat sosiaaliset vastoinkäymiset, esimerkiksi köyhyys, stressi ja leimautumisen pelko, sekä toisaalta myös ennakoimattomat kriisit, kuten työttömyys. Arvaamattomien ja äkillisten muutosten lisäksi myös pitkällinen ja monisyinen psyykinen paine on mielenterveysongelmille altistava tekijä. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009, 10 - 11, 17 - 18.)

Riskitekijöitä kasaantuu, ja ne liittyvät nimenomaan huolenpitotilanteeseen. Riskitekijöillä tarkoitetaan sellaisia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa omaisille kuormittumista ja stressiä. Näitä riski- eli stressitekijöitä voivat olla mm. heikko taloudellinen tilanne, asumisjärjestelyihin liittyvät asiat, esimerkiksi yksinhuoltajuus, läheinen suhde läheiseen ennen sairastumista (mitä läheisempi suhde, sitä stressaavampi tilanne), vähän aikaa sairastumisesta, tyytymättömyys mielenterveysalan ammattilaisiin sekä vähäiset voimavarat. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009, 18 - 19.)

2.1 Kriisin vaikutukset

Jokainen yksilö, perhe tai yhteisö kohtaa jossakin vaiheessa elämäänsä kriisin, jossa useimmiten on kysymys menetyksestä tai menetyksen uhasta. Kriisi – sana tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa *eroa*, mutta termiin liitetään myös *muutoksen ja liikkeen* merkitys. Kriisissä ihminen on joutunut tilanteeseen, jossa aikaisemmat kokemukset ja opitut käsittelytavat eivät enää riitä kyseisen asian ymmärtämiseen, purkamiseen ja sen psyykkiseen hallitsemiseen. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 156 - 157.)

Elämää järkyttävät tilanteet, kuten onnettomuudet, liittyvät suoraan tai välillisesti yksilöön, ja edelleen yksilön kokema kriisi heijastuu veteen heitetyn kiven tavoin läheisiin ja ympäristöön kuin laajenevat renkaat. Perheenjäsenet voivat olla myös kriisin sekundaarisia uhreja, jolloin puhutaan laajennetusta uhrikäsityksestä. (Noppi ym. 2007, 157.)

Perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti on perheessä aina kriisi. Reagoitavat vaihtelevat yksilöittäin, mutta tyypillisiä tuntemuksia ovat ahdistus ja pelko, itesyytökset sekä syytökset kohdistettuna muihin, häpeä, suru ja aggressiivisuus. Voimakas leimautumisen pelko voi johtaa sairauden salaamiseen. Tämä taas pitkittää negatiivisten tunteiden käsittelyä, jolloin ne helposti kohdennetaan väärin tahoihin, kuten sai-

rastuneeseen, häntä hoitaviin henkilöihin tai hoito-organisaatioon. (Toivio, Nordling 2013, 306 - 307.)

Kriiseistä selviytyminen on hyvin yksilöllistä, sillä siihen vaikuttavat ihmisen henkinen pääoma, elämänotot, yhteiskunnan, yhteisön, perheen ja läheisten normit, asenteet ja elämäntapa. Erityisesti läheisten suhtautumistapa ja antama tuki ovat tärkeä osa elämänhallinnan palautumista. Kun ihminen on hädässä, hän usein takertuu auttajaansa ja vaatii läheisiltään enemmän kuin he kykenevät antamaan. Tällöin ihminen ja hänen läheisensä tarvitsevat voimavaroja etsivää ja tukea antavaa auttamissuhdetta.

(Noppari ym. 2007, 161.)

2.2 Sopeutumisprosessi

Tutkimustulokset osoittavat, että omaiset kokevat edelleen syrjäytyvänsä läheisen hoidosta, vaikka yhteistyö mielenterveyspotilaiden omaisten kanssa on viime vuosina parantunut. Sairautta koskeva tiedonsaanti nähdään myös suurena ongelmana. Läheisen sairastuessa psyykkisesti joutuvat omaiset käymään läpi sopeutumisprosessin, jonka avulla he ikään kuin tulevat sinuiksi sairauden kanssa, hyväksyvät sen, sekä oppivat elämään muuttuneessa tilanteessa. Sopeutumisprosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen: hälytysvaiheeseen, osallisuuden vaiheeseen, tiedon vastaanottamisen ja ymmärtämisen vaiheeseen sekä voimaantumiseen. Sopeutuminen ylipäänsä on yksilöllistä, mutta on huomioitava, ettei voimaantumiseen voi edetä suoraan käymättä läpi edeltäviä vaiheita. (Toivio & Nordling 2013, 307, 308.)

Hälytysvaihe

Negatiiviset tunteet, syyllisyys, häpeä, katkeruus ja kriittisyys hallitsevat. Vaihe voi kestää peräti vuosikymmeniä, ellei tunteiden käsittelyyn ole mahdollisuutta tai siihen ei olla valmiita. (Toivio & Nordling 2013, 307.)

Osallisuuden vaihe

Tunteita jaetaan vertaiskokemusten avulla. Oman tilanteen käsitteleminen helpottuu kun kokemuksia voi jakaa muiden perheiden kanssa. Vertaistuki aikaansaa syyllisyyden ja häpeän vähenemistä ja avaa tunnelukkoja. (Toivio & Nordling 2013, 307.)

Tiedon vastaanottamisen ja ymmärtämisen vaihe

Kun negatiiviset tunteet pikkuhiljaa väistyvät, herää omaisessa usein halu etsiä tietoa läheisen sairaudesta. Omaiset pystyvät vasta nyt vastaanottamaan ohjeita, miten he voisivat toimia sairastuneen hyväksi ja ymmärtämään mistä sairaudessa on kyse. He näkevät hoidon tarjoamat vahvuuden ja heikkoudet realistisesti. (Toivio & Nordling 2013, 307.)

Voimaantuminen

Pahin vaihe oman kriisin läpikäymisessä on ohi, ja omaisilla saattaa olla energiaa ja halua auttaa myös muita samassa tilanteessa olevia. Toimintaan voi osallistua esimerkiksi alueellisten omaisyhdistysten kautta, joita on Suomessa useita. (Toivio & Nordling 2013, 307.)

Omaisten on tärkeää myös huolehtia itsestään ja omasta jaksamisestaan, sillä psyykinen sairaus kuormittaa myös omaisia. Jaksamista edesauttaa esimerkiksi oma aika harrastusten muodossa, hyväksymällä myös ajoittaiset negatiiviset tunteet sekä vastuun jakaminen. Mielenterveyspotilaan hoidosta vastaavien tulisi suhtautua omaisiin enemmän voimavarakeskeisen ajattelun kautta. Omaisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen hyödyttää paitsi omaisia myös potilasta ja varmistaa näin kokonaisvaltaisen auttamisen ja voimavarojen aktivoimisen. Esimerkkinä voimavarakeskeisestä ajattelusta voidaan pitää sitä, että omaisilta kysytään neuvoja ja vinkkejä sen sijaan, että heille jaetaan niitä. (Toivio & Nordling 2013, 308.)

3 SOSIAALINEN TUKE JA SEN MUODOT

Selviytyäkseen elämässä eteen tulevista stressi- ja kriisitilanteista ihminen pyrkii hallitsemaan niitä joko henkilökohtaisten tai sosiaalisten voimavarojen avulla. (Uutela 1995 teoksessa *Sosiaalinen vuorovaikutus*, toim. Lahikainen, Pirttilä-Backman 1998, 208.) Sosiaaliset voimavarat ovat riippuvaisia ihmisen kytkennöistä toisiin ihmisiin, ryhmiin tai yhteisöihin. Näitä resursseja tai niiden käyttöönotto-odotuksia nimitetään sosiaalisiksi tueksi. (Newcomb 1990 Lahikaisen & Pirttilä-Backmanin 1998, 208 mukaan.)

Sosiaalista tukea on hankala määritellä yksiselitteisesti, sillä tarkastelun näkökulmia on tarjolla runsaasti. Se voidaan kuitenkin nähdä ihmisten välisenä vuorovaikutussuhteena, jota yksilöt antavat toisilleen, sekä ryhmille ja yhteisöille kriisitilanteissa. Sen voidaan ajatella olevan inhimillisten perustarpeiden, joita ovat mm. rakkaus ja hyväksyntä, identiteetti ja turvallisuus sekä johonkin kuulumisen tunne, tyydyttämistä. Kun huomattiin, että tukea antavilla ihmissuhteilla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen, alettiin sosiaalista tukea tutkia enemmän. (Ahlfors 2009, 16.)

Sosiaalinen tuki voidaan nähdä ikään kuin yläkäsitteenä, joka muotoutuu käsiteltävän näkökulman mukaisesti. Määritelmille yhteistä on, että sosiaalinen tuki koetaan ihmisten välisenä vuorovaikutuksena, jossa sekä saadaan että annetaan tukea. (Ahlfors 2009, 17.)

Roimola (2009, 12, 13) jakaa sosiaalisen tuen osa-alueet emotionaaliseen tukeen, arvostusta välittävään tukeen, tiedolliseen tukeen sekä välineelliseen tukeen. Arvostusta välittävä tuki koostuu Roimolan (2009, 17) mukaan tiedollisista tekijöistä, kuten kannustuksesta, palautteesta ja arvioinnista, ja sitä saadaan useimmiten perheenjäseniltä, ystäviltä, työtovereilta sekä työnantajalta tai muualta yhteiskunnasta. (Heikkinen 2003 Roimolan 2009, 17 mukaan.)

Välineellisellä tuella tarkoitetaan konkreettista tukea, esimerkiksi käytännön asioissa, kuten siivoamisessa, ostosten tekemisessä, kodin- ja lasten hoidossa, avustamista. Välineellinen tuki sisältää myös taloudellisen tuen kuten rahan lainaamisen toiselle. (Heikkinen 2003, Wills & Shinar 2000, Langford ym. 1997 Roimolan 2009, 20 mukaan.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin, millaista tukea psyykkisesti pitkäaikaissairaahan henkilön läheiset tai perhe kokevat tarvitsevansa ja toisaalta millaista tukea he ovat omasta mielestään saaneet.

Nykyään on vaikeata löytää myöskään kaikenkattavaa määritelmää perheelle, sillä erilaisia variaatioita ja käsityksiä siitä on paljon. Perheiden elinolojen tulisi olla hyviä vuorovaikutuksellisia suhteita tukevia sekä perheenjäseniin kohdistuvia kuormittavia tekijöitä vähentäviä. (Noppari ym. 2007, 22.) Suomessa oli 1,4 miljoonaa perhettä vuosien 2006 ja 2007 vaihteessa. Kaksi kolmasosaa näistä oli avioparien perheitä, avopariperheitä puolestaan 21 % ja samaa sukupuolta olevien rekisteröityjen parien perheitä oli 948. Yhden vanhemman perheitä oli vähän alle 13 % kaikista perheistä. (Tilastokeskus 2007 Nopparin ym. 2007, 23 mukaan.)

Perhe-elämä ja sen ristiriidat eivät aina hoidu omalla painollaan, ja sen tähden perheitä tulisikin tukea ja kannustaa käsittelemään monitahoisia työhön ja vapaa-ajan viettoon liittyviä muutoksia. Tärkeitä mielenterveydellisiä tukitekiäjäitä ovat yksilöille ja perheille suunnatut hyvinvointipalvelut ja taloudellinen toimeentulo sekä hyvät asumisolot. Kun perusasiat ovat kunnossa, ne antavat turvaa myös akuuttien kriisitilanteiden sattuessa kohdalle. (Noppari ym. 2007, 23.) Opinnäytetyössäni päädyin tarkastelemaan sosiaalisen tuen käsitettä tiedollisen tuen, emotionaalisen tuen sekä taloudellisen tuen näkökulmasta.

3.1 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki on erityisen tärkeää ja tarpeellista henkilölle, jonka ympäristön painostus ylittää käytössä olevan tiedon ja ongelmanratkaisukyvyn. Helpoiten tiedollinen tuki on saatavissa henkilön omalta lähipiiriltä. (Cohen & Syme 1985 Roimolan 2009, 19 mukaan.) Siinä saadaan tietoa, joka yleensä auttaa ongelmien ratkaisemisessa. (Wills & Shinar 2000 Roimolan 2009, 19 mukaan.)

Sairastunut tai hänen läheisensä hyötyvät tiedollisesta tuesta neuvojen, kehotusten ja ohjeiden avulla, jotka auttavat häntä toimimaan ja huolehtimaan henkilökohtaisista asioista (Heikkinen 2003 Roimolan 2009, 19 mukaan). Tiedollinen tuki antaa tietoa esimerkiksi lähiympäristön palveluista sekä antaa neuvoja ja ohjeita toimintojen vaihtoehtojista ja vaikuttavuudesta (Wills & Shinar 2000 Roimolan 2009, 19 mukaan).

3.2 Emotionaalinen tuki

Emotionaalista tukea pidetään joissakin tutkimuksissa tärkeimpänä tuen muotona, koska sillä on osoitettu olevan selvimmin yhteys koettuun terveyteen (House & Kahn 1985, Ernstmann ym. 2009 Mattilan 2011, 18 – 19 mukaan). Joissakin tutkimuksissa myös potilaat ovat pitäneet emotionaalista tukea tärkeimpänä tuen osa-alueena (mm. Jefferies ym. 2002, Wenrich ym. 2003, Leung ym. 2007 Mattilan 2011, 18 - 19 mukaan). Emotionaalinen tuki kohdentuu lähinnä tunteiden huomioimiseen. Siinä on kyse vuorovaikutuksesta, joka todentuu kunnioituksen, huolenpidon, rohkaisun ja myötätunnon kautta (mm. Cobb 1976, Kahn & Antonucci 1980, Spears 2008, Kaila ym. 2009, Austin ym. 2009, Wåhlin ym. 2009, Oftedal ym. 2010 Mattilan 2011, 18 – 19 mukaan).

Emotionaalista tukea saadaan useimmiten läheisiltä ystäviltä tai perheenjäseniltä (Heikkinen 2003, Roimola mukaan, 2009, 14). Se pitää sisällään monenlaista sosiaalista toimintaa. Tukea antava vaikutus hyvinvointiin syntyy ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, jonka sosiaaliset suhteet mahdollistavat. (Cohen & Syme 1985 Roimolan 2009, 14 mukaan.)

3.3 Taloudellinen tuki

Taloudellista tukea pidetään usein konkreettisena tuen muotona. Taloudelliseen tilanteeseen liittyviä tekijöitä ovat sukulaisuussuhde sairastuneeseen, asumisjärjestelyt sekä ne läheiset, jotka tarvitsevat huolenpitoa. (Nyman & Stengård 2001, 90.)

Suoranaisesti vaikuttavia tekijöitä ovat toimeentulo ja ammattiasema. Omaisten jo ennestään kuormittunutta tilannetta saattaa lisätä heikko taloudellinen tilanne. (Nyman & Stengård 2001, 90.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN VAIHEET

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu kirjallisuuskatsaus. Tämä tieteellinen tutkimusmenetelmä tunnistaa ja kokoaa yhteen jo olemassa olevaa tutkimustietoa aiheesta, arvioi tiedon laatua ja analysoi tuloksia kattavasti ja kriittisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Kirjallisuuskatsauksella on spesifi tarkoitus ja tarkka tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. Jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjataan virheiden minimoimiseksi ja katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Cook ym. 1997, NHS Centre for reviews and dissemination 2001, Cochrane database 2007, Egger ym. 2001 Johanssonin, Axelinin, Stoltin & Äärin 2007, 4-5 mukaan.) Kirjallisuuskatsausta tehtäessä saadaan aikaan jäsenneiltyä tietoa tutkittavasta aiheesta tai vastaavasti osoitetaan mahdolliset puutteet tutkimustiedossa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Kirjallisuuskatsauksesta käytetään englanniksi käsitettä *literature review*. Se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa. Systemaattisella harhalla tarkoitetaan tutkimusprosessissa tapahtuvaa virhettä, joka muuttaa järjestelmällisesti tutkimustulosta tai päätelmiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Kirjallisuuskatsaus rakentuu kumulatiivisesti: vaiheet ovat nimettävissä ja seuraava vaihe rakentuu järjestelmällisesti edelliseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Vaihteita voi olla esimerkiksi seitsemästä yhdeksään, mutta ne voidaan karkeasti jakaa myös kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe sisältää suunnittelun, toinen vaihe katsauksen toteuttamisen hakuineen, analysointineen ja yhteenvetoneen ja kolmas vaihe sisältää raportoinnin. (Oxman 1994, Meade & Richardson 1997, Khan ym. 2003, NHS Centre for reviews and dissemination 2001, Greener & Grimshaw 1996, Petticrew 2001 Johanssonin ym. 2007, 5 mukaan.)

4.1 Tutkimussuunnitelma

Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aikaisempaa tutkimusta aiheesta ja määritellään katsauksen tarve sekä tehdään tutkimussuunnitelma (Johansson ym. 2007, 6). Tämä on tärkein vaihe, sillä se ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, menetelmät katsauksen tekoon sekä tarkat tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Lisäksi on selvitettävä mahdollisesti aiheesta aikaisemmin tehdyt kirjallisuuskatsaukset, jotta välttyttäisiin päällekkäisyyksiltä. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu kaikkien vaiheiden täsmällinen raportointi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

4.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuskysymysten määrittelyssä tuodaan ilmi, mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymykset voivat olla joko vapaasti muotoiltuja tai strukturoituja mutta niiden on oltava selkeitä. Niiden perusta on tutkijan aikaisemmassa tiedossa aiheesta ja tutkimusintressissä. Tutkimuskysymyksiä voi olla yksi tai useampia. Mikäli tutkimuskysymyksiä tarkennetaan prosessin aikana, se vaatii koko prosessin uudelleen toteuttamista. Jos tutkimuskysymyksiin ei kyetä alkuperäistutkimusten perusteella vastaamaan, voidaan näin ollen osoittaa alkuperäistutkimusten tarve, mikä on sinällään myös tärkeä tulos. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40.)

Opinnäytetyössä halutaan saada vastauksia siihen, minkälaista tukea psyykkisesti sairaiden omaiset kokevat saavansa sekä toisaalta minkälaista tukea he kokevat tarvitsevänsä. Pitkäaikaissairaalla potilaalla tarkoitetaan opinnäytetyössä sellaista potilasta, joka ei ole saanut diagnoosia vastikään, vaan sairastanut pitemmän aikaa. Tällä pyritään erottamaan alkuvaiheen tuen tarpeet, jotka luultavasti eroavat jonkun verran myöhemmin esiin nousevista.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista tukea psyykkisesti sairaiden läheiset tarvitsevat?
2. Millaista tukea psyykkisesti sairaiden läheiset kokevat saavansa?
3. Miten läheisten saama tuki sekä läheisten tarpeelliseksi kokema tuki eroavat toisistaan?

4.3 Alkuperäistutkimusten haku

Alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Haut kohdistetaan niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan oleellista tietoa. Jotta haku olisi riittävän kattava, alkuperäistutkimuksia haetaan sekä sähköisesti että manuaalisesti. Manuaalisella haulla tarkoitetaan alkuperäistutkimusten etsimistä käsin. Käsihaulla etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin esimerkiksi alan keskeisistä lehdistä, teoksista, konferenssijulkaisuista jne. Tällä halutaan varmistaa, ettei sähköisen haun ulkopuolelle jää relevantteja alkuperäistutkimuksia. Manuaaliseen hakuun valitaan tietyltä rajatulta ajalta tutkimuskysymysten kannalta keskeiset lehdet, teokset, konferenssijulkaisut, tutkimusrekisterit, abstraktit, julkaisusarjat, monografiat sekä lähdeluettelot. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.)

Tätä opinnäytetyötä varten on manuaalisella haulla käyty läpi *Hoitotiede* – lehden sekä *Sairaanhoitaja* – lehden sisällysluettelot sekä *Mielenterveys* –lehden artikkelit nimeltä ”tutkitut jutut”. Lisäksi manuaalisesti käytiin läpi hoitotieteellisiä pro gradu – töitä Kuopion sekä Tampereen yliopistosta vuodesta 2001 eteenpäin. *Hoitotiede* – lehdet käytiin läpi vuosilta 2005 - 2013, ja otsikon perusteella tarkasteluun otettiin yhteensä viisi tutkimusta. Sisällön perusteella mukaan otettiin neljä tutkimusta. *Sairaanhoitaja* – lehdet käytiin läpi vuosilta 2006 - 2013, tarkasteluun otettiin otsikon perusteella neljä väitöskirjaan perustuvaa artikkelia. Näistä ei kuitenkaan yhtäkään otettu mukaan katsaukseen, sillä ne vain sivusivat aihetta ja sisällön katsottiin jäävän sisäänottokriteerien ulkopuolelle.

Tietokantahaut perustuvat hakustrategioihin, joissa määritetään tietokanta tai -kannat, vapaat tekstisanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät. Kuhunkin tutkimuskysymykseen tehdään haut monipuolisesti eri hakusanoja ja – termejä käyttäen. Tiedon runsaan saatavuuden ja hakustrategioiden työlään ja vaativan suunnittelun vuoksi suositellaan sekä informaation että jonkin viitteidenhallintajärjestelmän käyttöä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.)

Kun alkuperäistutkimuksia haetaan, tulee välttää systemaattista kieli- ja julkaisuharhaa. Kieliharhalla tarkoitetaan sitä, että haun ulkopuolelle saattaa jäädä relevantteja alkuperäistutkimuksia mikäli haku rajataan tiettyyn tai tiettyihin kieliin. Merkittävät alkuperäistutkimukset julkaistaan useimmiten englanniksi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

4.4 Tietokannat

Varsinainen haku tehtiin Medic- sekä Melinda - tietokantoihin. Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jota on tuottanut Terkko, eli Terveystieteiden keskuskirjasto vuodesta 1978 lähtien. Medic sisältää lääke-, hammas- ja hoitotieteelliseen kirjallisuuteen perustuvia viitteitä, eli artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä. Viitteet sisältävät julkaisutietojen lisäksi MeSH – asiasanat, joiden avulla kuvaillaan julkaisujen keskeinen sisältö. Tarjolla on myös kokotekstilinkki, mikäli aineisto on saatavilla elektronisessa muodossa. (Johansson ym. 2007, 30.)

Melinda – tietokanta, joka oli ennen Linda – niminen, on Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo. Melinda sisältää kansallisbibliografian sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Turun ammattikorkeakoulun tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä ja sarjoista, kartoista, visuaalisesta aineistosta, arkistosta ja elektronisesta aineistosta. Melinda sisältää myös tiedot ammattikorkeakoulujen kirjastojen, maakuntakirjastojen ja erikoiskirjastojen aikakauslehdistä. (Johansson ym. 2007, 29.)

Haku Medic – tietokantaan on tehty seuraavasti: valittuna on ollut *teki-jä/otsikko/asiasana/tiivistelmä*, hakusanoja on yhdistänyt *and*, haku on ajoitettu vuosille 2005 - 2013, valittuna on ollut kaikki kielet sekä kaikki julkaisutyypit. Asiasanojen synonyymit olivat käytössä. Medic – tietokannassa hakusanat voidaan katkaista * -merkillä, jotta hausta tulisi mahdollisimman laaja ja sanan loppuosan on mahdollista taipua.

Haku Melinda – tietokantaan tehtiin seuraavasti: tarkennettu haku, hakutyypinä kaikki sanat, ei fraasihakua, kaikki kielet, kaikki aineisto ja haku vuosille 2005 - 2013. Hakusanat katkaistiin ? -merkillä. Varsinaisen haun lisäksi tehtiin myös koehaku Medic -tietokantaan, jossa jo nousi esiin relevantteja tutkimuksia, jotka on otettu myös mukaan aineistoon.

Taulukossa 1 on esitettyinä hakusanoja ja saatuja tuloksia kahteen ensimmäiseen tutkimusongelmaan; *Millaista tukea psyykkisesti sairaiden läheiset tarvitsevat?* ja *Millaista tukea psyykkisesti sairaiden läheiset kokevat saavansa?*

Taulukko 1. Hakusanat.

Hakusanat	Tietokannat	Osumat
psyyk* läheis* tu*	Medic	10
psyyk? läheis? tu?	Melinda	0
psyyk? läheis? tue?	Melinda	8
läheis* emot* tu*	Medic	1
läheis? emot? tue?	Melinda	3
omaist* taloud* tu*	Medic	0
omaist? taloud? tue?	Melinda	1
läheis* tu* psyyk*	Medic	10
läheis? tue? psyyk?	Melinda	8
psyyk* omais* tu*	Medic	11
psyyk? omais? tue?	Melinda	5
Tutkimuksia yhteensä		57

Kuten ensimmäisessä taulukon kentässä näkyy, Melinda tietokannassa hakusanaa tu? jouduttiin muokkaamaan muotoon tue?, sillä ensimmäinen vaihtoehto antoi liikaa hakutuloksia, ja hakua pyydettiin tarkentamaan.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen *Miten läheisten saama tuki sekä läheisten tarpeelliseksi kokema tuki eroavat toisistaan* ei laadittu erikseen hakusanoja, vaan vastausta tähän tutkimusongelmaan on etsitty tutkimustuloksista päättelämällä sisällönanalyysillä. Osittain myös valitut tutkimukset vastasivat tähän ongelmaan suoraan.

4.5 Alkuperäistutkimusten valinta

Jotta kirjallisuuskatsaus täyttäisi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerit, katsaukseen otettaville alkuperäistutkimuksille tulee määritellä tarkat sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteereillä tarkoitetaan rajoituksia ja edellytyksiä mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille. Sisäänottokriteerit tulee määritellä ennen tutkimusten valintaa ja ne perustuvat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Niissä voidaan rajata alkuperäistutkimuksia ajallisesti, niiden lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja –kohdetta, tuloksia tai muita tutkimuksen laatutekijöitä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Alkuperäistutkimusten valinnassa kiinnitetään huomiota subjektiivisen valikoitumis-
harhan minimoimiseen, eli siihen, että tutkija valitsee täsmällisesti ne tutkimukset, jotka ovat tutkimuskysymysten kannalta olennaisia. Tätä pyritään vähentämään sisäänottokriteerien mahdollisimman tarkalla rajauksella ja lisäksi alkuperäistutkimusten valinnan tulisi suorittaa vähintään kaksi arvioijaa toisistaan riippumattomasti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Alkuperäistutkimusten hyväksyntä tai hylkäys kirjallisuuskatsaukseen tapahtuu vaiheittain ja perustuu siihen, vastaavatko ne asetettuja sisäänottokriteerejä. Vaiheittain tapahtuva tarkastelu sisältää ensin otsikon tarkastelun, jonka perusteella hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteerejä. Jos vastaavuus ei käy otsikosta ilmi, tehdään abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Kuten muissakin vaiheissa, myös tässä kohtaa kirjataan ylös hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät sekä perustelut hylkäämiselle. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Manuaalisesti tehdyn haun valintaprosessi poikkeaa hieman elektronisesta hausta. Siinä yksi arvioija valitsee julkaisuista ne alkuperäistutkimukset, jotka vastaavat sisäänottokriteerejä. Valitut tutkimukset liitetään elektronisesti haettuihin tutkimuksiin ja lopullinen valinta tapahtuu yhdessä elektronisesti haettujen alkuperäisjulkaisujen kanssa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Tässä opinnäytetyössä asetetut sisäänottokriteerit ovat seuraavat:

1. Aikarajaus on asetettu vuosille 2005 - 2013.
2. Tutkimus on suomenkielinen tieteellinen alkuperäistutkimus.
3. Otsikosta käy ilmi, että tutkimuksen aihe käsittelee omaisia sekä heidän suhdettaan sairastaviin läheisiin.
4. Tutkimuksen ei välttämättä tarvitse käsitellä psykiatrisia potilaita, jos sisältö on mielekäs aiheen kannalta.
5. Sama tutkimus otetaan mukaan vain kerran.

Taulukossa 2 on esitetty mukaan otettavien, hyväksytyjen tutkimusten lukumäärä, sekä toisaalta myös hylättyjen tutkimusten osuus. Mukaan otetut tutkimukset olivat kaikki pro gradu – tutkielmia yhtä lukuun ottamatta, joka oli tutkimus Hoitotiede – lehdessä. Tämä Hoitotiede – lehden tutkimus löydettiin sekä elektronisella että manuaalisella haulla.

Taulukko 2. Löydetyt tutkimukset lukuina.

Hakusanat	Tietokannat	Osumat	Hyväksytyt	Hylätyt
psyyk* läheis* tu*	Medic	10	2	8
psyyk? läheis? tu?	Melinda	0	0	-
psyyk? läheis? tue?	Melinda	8	0	8
läheis* emot* tu*	Medic	1	0	1
läheis? emot? tue?	Melinda	3	0	3
omaist* taloud* tu*	Medic	0	0	-
omaist? taloud? tue?	Melinda	1	0	1
läheis* tu* psyyk*	Medic	10	0	10
läheis? tue? psyyk?	Melinda	8	0	8
psyyk* omais* tu*	Medic	11	2	9
psyyk? omais? tue?	Melinda	5	0	5
Tutkimuksia yhteensä		57	4	53

Melinda – tietokannasta löytyneet tutkimukset hylättiin, koska hakusanoilla löydettiin ainoastaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. Lisäksi mukaan otettiin elektronisen haun tulosten lisäksi myös manuaalisella haulla löydettyjä tutkimuksia, yhteensä 5 kappaletta. Kaiken kaikkiaan mukaan otettuja tutkimuksia on siis 9 kappaletta.

Taulukossa 3 on esitetty opinnäytetyöhön mukaan otettujen, sekä elektronisella että manuaalisella haulla valitut tutkimukset. Tulokset esitetään taulukossa myöhemmin luvussa 4.8.

Taulukko 3. Tutkimusten esittely.

<i>Nimi, tekijä(t), vuosi</i>	<i>Menetelmä</i>	<i>Tausta ja tarkoitus</i>
<p><i>1. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä.</i></p> <p><i>Tuija Lindberg. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. 2007.</i></p>	<p>Kvalitatiivinen. Aineisto kerätty teemahaastattelulla tammikuussa 2001; läheisiä 12, sairaanhoitajia 6. Analysoitu sisällönanalyytilä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selvittää psykiatrisen perhehoitotyön toteutumista. • Kuvata sekä läheisten että hoitajien kokemuksia läheisten tukemisesta. • Herättää keskustelua psykiatrisen hoitotyön menetelmistä ja kehittämistarpeista.
<p><i>2. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä.</i></p> <p><i>Koponen T., Jähi R., Männikkö M., Lipponen V., Åstedt-Kurki P., Paavilainen E.</i></p> <p><i>Hoitotiede vol 24 2/2012.</i></p>	<p>Diskurssianalyysi. Aineistona mielenterveyspotilaiden läheisten vertaisryhmän kahdeksan kokoontumiskerran videoinnit. (läsnä 5 läheistä, 2 ohjaajaa sekä opiskelija)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selvittää millaisena mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen näyttäytyy vertaisryhmäkontekstissa.

<i>Nimi, tekijä(t), vuosi</i>	<i>Menetelmä</i>	<i>Tausta ja tarkoitus</i>
<p>3. <i>Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessa hoidossa.</i></p> <p><i>Nevalainen A., Åstedt-Kurki P., Kaunonen M.</i></p> <p><i>Hoitotiede vol 19 4/2007.</i></p>	<p>Strukturoitu kyselylomake. Toteutettu vuonna 2005. Kyselylomakkeita jaettiin 142kpl, vastausprosentti oli 76.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvata aikuisen syöpäpotilaan läheisen tärkeänä pitämää ja saamaa tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta polikliinisessa hoidossa. • Miten taustatekijät olivat yhteydessä läheisen saamaan tiedolliseen tukeen.
<p>4. <i>Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät.</i></p> <p><i>Mattila E., Kaunonen M., Aalto P., Ollikainen J., Åstedt-Kurki P.</i></p> <p><i>Hoitotiede vol 21 4/2009.</i></p>	<p>Kyselylomakkeella toteutettu kysely yliopistosairaalan ja siihen kuuluvien aluesairaaloiden poliklinikoilla ja vuodeosastoilla potilaiden läheisiltä (otanta 353kpl). Toteutettu vuosina 2006-2007. Organisaatiomuutujat kerätty sairaalan sähköisistä tietojärjestelmistä. Tilastollinen analyysi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvata aikuispotilaiden läheisten hoitohenkilökunnalta sairaalahoidon aikana saamaa emotionaalista ja tiedollista tukea. • Kuvata läheisten taustatekijöiden ja vuodeosaston organisaatiomuuttujien sekä tuen välistä yhteyttä.
<p>5. <i>"Elämää vuoristoradalla": mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta.</i></p> <p><i>Tuija Palomäki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. 2005.</i></p>	<p>Laadullinen tutkimus. Toteutettiin 4kpl ryhmähaastatteluja, joissa oli osallistujia 3-6 henkilöä. Laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvata mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavia tekijöitä sekä heidän kokemuksiaan vertaistryhmän tuesta.
<i>Nimi, tekijä(t), vuosi</i>	<i>Menetelmä</i>	<i>Tausta ja tarkoitus</i>

<p>6. <i>Skitsofreniaa sairastavan puolison kokemukset arjesta ja tuen tarpeesta.</i></p> <p><i>Jari Kotamäki. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Pro gradu – tutkielma. 2012.</i></p>	<p>Aineisto kerätty haastatteleamalla kuutta (6) skitsofreniaan sairastuneen avo- tai aviopuolisoa. Laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvata miten eläminen parisuhteessa skitsofreniaa sairastavan henkilön kanssa vaikuttaa puolison omaan elämään ja minkälaista tukea puoliso tarvitsee arjesta selviytymiseen.
<p>7. <i>Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytymisen arkipäivässä.</i></p> <p><i>Puotiniemi T., Kyngäs H. Hoitotiede vol 15 4/2003.</i></p>	<p>Tapaustutkimus, jossa kerättiin yksityiskohtaista tietoa yhdestä perheestä kahden vuoden ajan. Syvähaastattelu, kertoja 3/vuosi. Induktiivinen sisällönanalyysi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvailta psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytymistä arkipäivässä.
<p>8. <i>Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi.</i></p> <p><i>Nyman M., Stengård E. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. 2001. Julkaisija: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Helsinki.</i></p>	<p>Kyselylomake, joka lähetetty tammikuussa 2001. Myöhemmin haastattelu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selvittää millainen on mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. • Mitkä tekijät liittyvät omaisten selviytymiseen läheisen psyykkisen sairastumisen aiheuttamassa kuormitustilanteessa. • Selvittää sekä kuormitustekijöitä että voimavaroja.

Nimi, tekijä(t), vuosi	Menetelmä	Tausta ja tarkoitus
<p>9. ”Avohoito – mitä se on?” <i>Psykiatristen potilaiden omaisten kokemuksia ja käsityksiä avohoidon mielenterveyspalveluista Pohjois-Karjalassa.</i></p> <p>Katriina Päivinen. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu – tutkielma. 2001.</p>	<p>Toteutettu postikyselynä joulukuussa 2000</p> <p>Omaiset mielenterveystyön tukena Pohjois-Karjalan yhdistys ry:n omaisille sekä Pohjois-Karjalan maakunnan avohoidon hoitotyönjohtajille. (vastaajia 103.) Analysoitu SPSS – ohjelmalla, avoimet kysymykset deduktiivisesti sisälön erittelyllä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selvittää psykiatristen potilaiden omaisten käsityksiä mielenterveyspalveluista sekä heidän mielipiteitään, miten palvelut vastaavat käyttäjien tarpeisiin. • Hoitotyönjohtajien käsityksiä alueensa mielenterveyspalveluista ja miten yhtenäisiä ne ovat omaisten käsitysten kanssa. • Millaista tukea omaiset toivovat ammattihenkilöstöltä sairaan omaisen hoitamiseen.

4.6 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Luotettavuutta kirjallisuuskatsauksessa pyritään lisäämään myös kiinnittämällä huomiota alkuperäistutkimusten laatuun. Kriteereitä tarkennetaan ennen lopullista alkuperäistutkimusten valintaa, mutta peruskriteerit laadulle määritellään jo tutkimussuunnitelmassa ja –kysymyksissä. Laadulle asetetut kriteerit vaihtelevat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien mukaan. Laadussa kiinnitetään huomio esimerkiksi alkuperäistutkimuksen ja siinä käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41 - 42.)

Alkuperäistutkimusten laatua arvioidessa kiinnitetään huomiota siihen, miten luotettavaa tieto on, mutta samalla arvioidaan myös alkuperäistutkimuksen tulosten tulkin-
taa ja kliinistä merkitystä. Tiedolla, jota saadaan laadun arvioinnista, on merkittävä vaikutus siihen, kuinka iso painoarvo voidaan antaa kirjallisuuskatsauksesta mahdollisesti muodostuvalle suositukselle. (Suomen Sairaanhoidtajaliitto 2004, Khan 2001 Johanssonin ym. 2007, 101 mukaan.)

Alkuperäistutkimusten laadun arvioi myös kaksi tai mahdollisesti useampi arvioitsija, siihen voidaan käyttää valmista tai itse kehitettyä mittaria. Alkuperäistutkimuksia voidaan hylätä vielä laadun arvioinnin jälkeenkin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42, 43.)

4.7 Luotettavuuden arviointi

Eri vaiheita kirjallisuuskatsauksessa tulee tarkastella kriittisesti, jotta on mahdollista arvioida, kuinka luotettavaa saatu tieto todellisuudessa on. Mielenkiinnon tulisi kohdistua vähintään siihen, kuinka kattavasti aihetta koskeva tieto on pystytty kartoittamaan. Lisäksi on muistettava, että positiivisilla tutkimustuloksilla on suurempi todennäköisyys tulla julkaistuksi. (Easterbrook & Berlin 1991, Klassen 2002, McGowan & Samson 2005 Johanssonin ym. 2007, 53 mukaan.)

Kirjallisuuskatsauksen metodiosasta täytyy löytyä selkeä kuvaus säännöistä, joiden perusteella mukaan otetut tutkimukset on tunnistettu, arvioitu sekä yhdistetty lopputuloksena esitettäväksi näytöksi. Jos nämä säännöt jäävät epäselviksi tai ne ovat ristiriidassa toistensa kanssa, on katsaus epäluotettava. Viime aikoina kirjallisuuskatsauksia on lisäksi julkaistu runsaasti, lähes muoti-ilmiöksi saakka, joten niiden suhteen kannattaa olla yleisesti ottaen kriittinen ja välttää ”tyhjiä” katsauksia (esitetään johtopäätöksiä, vaikka haku ei olisi tuottanut ainuttakaan artikkelia varsinaisesta aiheesta). (Jefferson & Zarra 2007 Johanssonin ym. 2007, 54 mukaan.)

Tosiasia on, että kirjallisuuskatsausta ja sen käytännön toteutusta on kritisoitu työlääksi ja aikaa vieväksi (Sindhu & Dickson 1997, Petticrew 2001 Johanssonin ym. 2007, 68 mukaan). Luotettavuutta voi syödä myös alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu. Myös kirjallisuuskatsausten laatu vaihtelee ja virheitä voi tapahtua missä tahansa vaiheessa prosessia. (Oxman 1994, Khan ym. 2003 Johanssonin ym. 2007, 68 mukaan.)

Kuten taulukosta 3 käy ilmi, mukaan otettiin myös tutkimuksia aikarajauksen ulkopuolelta. Edellä mainittujen kriteerien perusteella tämä saattaisi tehdä katsauksestani epäluotettavan. Tutkimuksia valitessani pidin kuitenkin tärkeämpänä saatuja tutkimustuloksia, jotka eivät tässä tapauksessa, kun kyse on omaisten tuntemuksista ja tarpeista läheisen sairastuessa, varmastikaan olennaisesti muutu kymmenen vuoden kuluessa.

4.8 Alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen

Kun alkuperäistutkimukset on valittu ja niiden laatu arvioitu, saadaan lopullinen kirjallisuuskatsaukseen otettavien alkuperäistutkimusten määrä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43). Esitettyihin tutkimuskysymyksiin pyritään vastaamaan aineiston analysoinnilla ja tulosten esityksellä mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti (Petticrew 2001 Kääriäisen & Lahtisen 2006, 43 mukaan.) mutta samalla myös selkeästi. On tärkeää, että taustan ja tulkinnan välillä vallitsee johdonmukaisuus (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43).

Miten tutkimustuloksia analysoidaan, riippuu tutkimuskysymyksistä sekä alkuperäistutkimusten luonteesta, lukumäärästä, laadusta ja heterogeenisyydestä. Heterogeenisyyden syiden tarkastelu esimerkiksi lähestymistavan, metodin, kohteen, kohderyhmän ja interventioiden sekä niitä määrittävien tekijöiden suhteen vaikuttavat siihen, tarkastellaanko alkuperäistutkimuksia tilastollisin vai kuvailevin menetelmin. Kuvailuva synteesi on mielekäs silloin, kun aineistoja on lukumäärällisesti vähän, ja ne ovat laadultaan eritasoisia. (Oxman 1994, Cook ym. 1997, Evans ym. 1998, Petticrew 2001, Khan ym. 2003 Kääriäisen & Lahtisen 2006, 43 mukaan.)

Kuvailevassa synteesissä kuvataan tulokset sekä niiden erot ja yhtäläisyydet. Jos on mahdollista, tähän osallistuu kaksi toisistaan riippumatonta arvioijaa. (Greener & Grimshaw 1996 Kääriäisen & Lahtisen 2006, 43 mukaan.) Tärkeintä on esittää tulosten analyysi ja varoa ylitulkintemista (Khan ym. 2003 Kääriäisen & Lahtisen 2006, 43 mukaan).

Kävin läpi elektronisella- sekä manuaalisella haulla saadut, katsaukseen mukaan otetut tutkimukset yksi kerrallaan, pari tutkimusta päivässä, ja tein niistä ensin itselleni käsin tehdyn tutkimustaulukon tuloksineen jäsentelyn helpottamiseksi. Koska tutkimusongelmani ovat kuvailevia, päädyin tulosten esittämisessä kuvailevaan analyysiin. Tämä tuntui mielekkäimmältä siitäkkin syystä, ettei tutkimuksia ole määrällisesti kovin runsaasti.

Taulukossa 4 on esitetty keskeiset tutkimustulokset, jotka on jäsennelty tutkimuskysymysten kannalta oleellisiin kategorioihin.

Taulukko 4. Tutkimustulokset.

Kategoria

Keskeiset tutkimustulokset

Omaisten hyvinvointi, selviytyminen ja voimavarat

- ✓ Omaisten välillä huomattavia eroja kuinka paljon huolenpitotehtävä vaikuttaa taloudellisen tilanteen, työssä käynnin, vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden alueilla. (Nyman & Stengård 2001, 36.)
- ✓ Huolenpitotehtävällä usein epäedullinen vaikutus taloudelliseen tilanteeseen ja perheen sisäisiin ihmissuhteisiin. (Nyman & Stengård 2001, 36.)
- ✓ Sairastuneen auttaminen käytännön asioissa kuormittaa, tukeminen rajoittaa virkistymisen mahdollisuuksia, vapaa-aikaa, ystävyys-suhteita ja muuta sosiaalista kanssakäymistä sekä muiden perheenjäsenten välisiä suhteita. (Nyman & Stengård 2001, 36, 38-39.)
- ✓ Keskeisiä voimavaroja ystävät ja perhe, työ, harrastukset ja järjestöt. (Nyman & Stengård 2001, 92.)
- ✓ Selviytymiskeinoista tärkeitä konkreettinen tekeminen sekä sosiaalinen kanssakäyminen. Selviytymisvoimavarat sekä sairastuneella että omaisella muodostuvat emotionaalisesta tuesta, joka kattaa ystävät ja perheenjäsenet. (Puotiniemi & Kyngäs 2003, 186.)

Tuen tarve

- ✓ Alkuvaiheessa omaiset kokivat jäävänsä hoitojärjestelmän ulkopuolelle. (Kotamäki 2012, 33, 34.)
- ✓ Talouteen liittyvissä asioissa kaivattiin ohjasta, tukien hakeminen ja hakemukset koettiin hankaliksi. (Kotamäki 2012, 34.)
- ✓ Tiedon saaminen ja hoitoon mukaan ottaminen tärkeää jaksamisen ja arjessa selviytymisen kannalta. (Kotamäki 2012, 40, Nevalainen ym. 2007, 199.)
- ✓ Akuutin vaiheen jälkeen omaisryhmien ja vertaistuen merkitys kasvoi. (Kotamäki 2012, 36.)
- ✓ Omaiset kaipaavat välillä lepoa ja lomaa hoitamisesta. He toivoivat, että voisivat viedä psyykkisesti sairaan omaisensa välillä hoitoon muualle. (Päivinen 2001, 53.)

Saatu tuki

- ✓ Hyvin tietoa saatiin sairaudesta, hoitomene-
telmistä ja niihin liittyvistä sivuvaikutuksista,
hoidon tavoitteesta ja tehdyistä tutkimuksista.
(Nevalainen ym. 2007, 196.)
- ✓ Heikosti tietoa saatiin yhteiskunnan tarjoa-
masta tuesta, sairauden ennusteesta, miten
omaiset voivat osallistua hoitoon ja miten po-
tilaan on mahdollista päästä osastohoitoon.
(Nevalainen ym. 2007, 196 - 197.)
- ✓ Kehitettävää siinä, että yhä useampien lähei-
set osallistuisivat poliklinikkakäynneille.
(Nevalainen ym. 2007, 200.)
- ✓ Läheiset eivät saa tukea hoitajilta riittävästi.
He kokivat, että hoitajat eivät osoittaneet
kiinnostusta heidän jaksamistaan kohtaan.
Erityisesti tiedon saamiseen vaikutti läheisen
oma aktiivisuus. (Lindberg 2007, 54, 57.)
- ✓ Emotionaalista tukea saatiin tiedollista tukea
paremmin. (Mattila ym. 2009, 298 - 299.)

Kuomitustekijät sekä omaisten saama vertaistuki

- ✓ Iäkkäitä omaisia kuormittavat omat krooniset sairaudet ja vaivat. Useissa tilanteissa kokevat toimivansa jaksamisensa ääri rajoilla. (Palomäki 2005, 27, Koponen ym. 2012, 147.)
- ✓ Ystäväpiiri voi olla kaventunut, sairas omainen saattaa olla ainoa läheinen. (Palomäki 2005, 32 - 33.)
- ✓ Vertaistuki koostuu tietoa lisäävistä ja toivoa ylläpitävistä tekijöistä. Tietoa lisäävät tekijät antavat voimaa kuormittuneisuutta lisääviin tekijöihin. (Palomäki 2005, 36 - 38.)
- ✓ Omaiset pettyneitä palvelujärjestelmään. Tulisi kiinnittää huomiota koko perheen tilanteeseen. (Koponen ym. 2012, 147.)

5 TULOKSET

Psyykkisesti sairastuneiden läheisten välillä on huomattavia eroja siinä, kuinka paljon huolenpitotehtävä on vaikuttanut taloudelliseen tilanteeseen, työssä käyntiin, vapaa-aikaan tai sosiaalisiin suhteisiin. Taloudelliseen tilanteeseen sekä perheen sisäisiin, keskinäisiin ihmissuhteisiin sillä on kuitenkin useimmiten negatiivinen vaikutus. (Nyman & Stengård 2001, 36.) Kuormittuminen ja sen laatu on yhteydessä moneen eri tekijään: esimerkiksi onko sairastunut puoliso, sisarus, lapsi vai vanhempi. Katsantokanta on siis pitkälti sidoksissa siihen, millaisena huolenpitotehtävä koetaan.

5.1 Omaisten tarpeelliseksi kokema tuki

Alkuvaiheessa omaiset kokivat jääneensä kokonaan hoitojärjestelmän ulkopuolelle. Usein ei tiedetä edes mistä hakea akuuttivaiheessa apua. Apua ja tukea omaiset kaipaavat konkreettisiin asioihin, kuten lasten hoitamiseen. Ohjausta kaivataan talouteen liittyviin asioihin. Tukien hakeminen ja hakemusten täyttö koettiin ongelmalliseksi. (Kotamäki 2012, 33, 34, 36.)

Tiedollisen tuen saamisen merkitystä ei voi liikaa korostaa. Tutkimuksissa oli käsitelty psykiatrisen potilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saamaa tukea, syöpäpotilaan läheisen saamaa tukea sekä ylipäänsä sairaalapotilaiden läheisten tukea ja siihen yh-

teydessä olevia tekijöitä. Kaikissa näissä potilasryhmissä omaiset korostavat tiedollisen tuen merkitystä sekä toisaalta sitä, miten se jää useimmiten vaillinaiseksi.

Psykiatristen potilaiden omaiset toivoivat tietoa enemmän itse sairaudesta, sen lääkähoidosta ja sivuvaikutuksista, muuhun hoitoon ja hoitoympäristöön sekä hoitajien toimintaan liittyvistä asioista. He toivoivat tietoa ja ohjausta siitä, miten he voisivat tukea parhaiten sairastuneita läheisiään. (Lindberg 2007, 54 – 55.)

5.2 Omaisten saama tuki

Tietoa mielenterveyspotilaiden omaiset saivat liian vähän ylipäänsä koko hoitoprosessista ja osaston ja sairaalan toiminnasta (Lindberg 2007, 54 - 55). Syöpäpotilaiden omaiset kokivat saaneensa hyvin tietoa sairaudesta, hoitomenetelmistä ja niihin liittyvistä sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteesta sekä tehdyistä tutkimuksista. Heikosti sen sijaan saatiin tietoa yhteiskunnan tarjoamasta tuesta, sairauden ennusteesta, sekä hoitoon osallistumisesta. Heidänkin mielestään kuitenkin tiedon antamista pitäisi kehittää niin, että se olisi ymmärrettävää ja rehellistä, ja että keskustelun aikana olisi mahdollista esittää kysymyksiä. (Nevalainen ym. 2007, 196 - 197, 199.) Mattilan ym. (2009, 298 - 299) tutkimuksesta sairaalapotilaiden läheisten tuesta käy ilmi, että läheiset saavat emotionaalista tukea tiedollista tukea paremmin. Tiedollista tukea saadaan melko huonosti, ja emotionaalista tukeakin ainoastaan melko hyvin. Tutkimuksen mukaan neljäsosa läheisistä kokee henkilökunnan ylläpitäneen huonosti toiveikasta ilmapiiriä, ja lähes viidesosa kokee hoitajien myötäelämisen omaa elämäntilannetta kohtaan erittäin huonona. Lisäksi polikliinisesti ja elektiiivisesti hoitoon tulleiden potilaiden omaiset saavat osastopotilaiden ja päivystyspotilaiden läheisiä paremmin tukea.

Mielenterveyspotilaiden läheiset kokevat, etteivät he saa riittävästi tukea hoitajilta. Heidän mukaansa hoitajat eivät osoita kiinnostusta omaisten jaksamista kohtaan tarpeeksi. Hoitajat ovat samaa mieltä asiasta; heidän mukaansa koulutus ja työyksikön toimintamallit eivät anna riittäviä valmiuksia läheisten kohtaamiseen. Hoitajien mukaan kuitenkin läheisten tulisi itse olla aktiivisia tuen hakemisessa. Hoitajat myöntävät, että jos läheinen on epävarman oloinen, hänet tulee helpommin jätettyä yksin. Tiedon saamiseen kyseisessä tutkimuksessa vaikuttaa siis läheisen oma aktiivisuus. (Lindberg 2007, 57, 59 - 60, 64.)

Tutkimuksessa avohoidon mielenterveyspalveluista (Päivinen 2001, 44, 45) omaiset kokevat samankaltaisia tuntemuksia. Omaisten mukaan heitä ei kuulla eikä huomioida tarpeeksi, ja he kokevat jäävänsä ulkopuolisiksi hoitoprosessissa. Toisaalta taas henkilökunnan määrään ja laatuun sekä ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä.

Psyykkisesti sairaiden omaiset kokevat pettymystä palvelujärjestelmää kohtaan. Jotkut kuvailevat jopa joutuneensa palvelujärjestelmän hyväksikäyttämiksi. Heidän mukaansa palvelujärjestelmä ikään kuin liittää omaiset osaksi palveluketjua ja omaishoitajuuden rajat määrittelee järjestelmä sen sijaan, että läheinen itse määritteli ne. (Koponen ym. 2012, 145.) Tässä tilanteessa vertaistuen merkitys korostuu. Omaiset kokevat, että vertaisilta saadussa tuessa avun saaminen ja antaminen toimivat itseään voimaannuttavana kehänä. Tärkeänä pidetty tiedollinen tuki saatetaan saada parhaiten juuri vertaisilta. Lisäksi muiden samassa tilanteessa olevien ”selviytymistarinat” luovat uskoa tulevaan, ja antavat perspektiiviä omaa tilannetta kohtaan. (Palomäki 2005, 43.)

Vaikka mielenterveyden häiriöistä on ajan myötä tullut ikään kuin hyväksytympi ilmiö, niihin liittyy edelleenkin voimakkaita negaatioita, kuten häpeän, syyllisyyden, ahdistuneisuuden ja vihan tunteita. Tutkimuksessa mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavista tekijöistä (Palomäki 2005, 28) omaiset toteavat, että häpeän tunteet eivät häviä kaikkien vuosien jälkeenkään. Omaiset ovat usein pettyneitä ammattilaisilta saatuun tukeen, eivätkä tämän vuoksi välttämättä hakeudu edes vertaisryhmiin. Sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisikin kiinnittää huomiota koko perheen tilanteeseen, jolloin julkisella sektorilla voitaisiin paremmin tunnistaa ne läheiset, jotka toimivat jaksamisensa ääri rajoilla (Koponen ym. 2012, 147.)

5.3 Miten tarpeelliseksi koettu tuki ja saatu tuki eroavat toisistaan

Tulosten perusteella käy ilmi, että riippumatta potilasryhmästä, omaiset saavat liian vähän tukea hoitajilta (Lindberg 2007, 57, Nevalainen ym. 2007, 196 – 197). Mielenterveyspotilaiden omaiset olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta kaikkia sosiaalisen tuen muotoja enemmän: tiedollinen tuki jäi heidän mukaansa hyvin vähäiseksi, emotionaalinen tuki jäi omaisten kertoman mukaan lähes kokonaan saamatta, ja sekin tuki mitä saatiin, oli riippuvainen omaisten omasta aktiivisuudesta. Myös konkreettisissa, lähinnä talouteen liittyvissä asioissa olisi kaivattu tukea ja apua. (Lindberg 2007, 57, 59 - 60, 64, Kotamäki 2012, 34.)

Omaisten tarpeelliseksi kokema tuki ja tuki jota he saivat, eroavat siis merkittävästi toisistaan. Tuen tarpeisiin ei vastattu, ja se tuki mitä saatiin, oli pääosin omaisten itsensä aktiivisesti hakemaa (Lindberg 2007, 59).

6 POHDINTA

Seuraavaksi arvioin kirjallisuuskatsaukseni laatuun liittyviä tekijöitä; mitkä tekijät mahdollisesti heikentävät katsauksen luotettavuutta tai mitkä lisäävät sitä. Lisäksi pohdin saatujen tutkimustulosten hyödynnettävyyttä työelämässä.

6.1 Tulosten luotettavuus

Kuten aikaisemmin todettiin, kaikki mukaan otetut alkuperäistutkimukset eivät liittyneet mielenterveyspotilaiden omaisiin, vaan mukaan otettiin myös syöpäpotilaiden omia koskeva tutkimus. Tässä syöpäpotilaiden omia koskevassa tutkimuksessa tutkimustulokset olivat osittain ristiriitaisia mielenterveyspotilaiden omia koskevien tutkimustulosten kanssa, mm. syöpäpotilaiden omaiset kokivat saaneensa hyvin tietoa itse sairaudesta. Mielestäni tämän asian osoittaminen on sinänsä jo merkittävää, ja kertoo jollakin tapaa mielenterveyspotilaiden asemasta ja suhtautumisesta heihin. Tutkimus otettiin mukaan myös siitä syystä, että uskon, oli kyseessä sitten psyykinen tai somaattinen sairaus, omaisten tuntemusten olevan samankaltaisia ainakin mitä akuutin vaiheen aiheuttamaan tunteiden myllerrykseen tulee. Lisäksi katsauksen luotettavuutta lisää se, että mukaan otetuissa tutkimuksissa omaisten ja läheisten ikäjakauma oli hyvin edustettuna. Muutama mukaan otetuista alkuperäistutkimuksista oli lisäksi aikarajauksen ulkopuolelta. Tämä tapahtui tarkoituksellisesti siitä syystä, että katsoin kyseisten tutkimustulosten antavan luotettavaa tietoa aiheesta enkä usko omaisten tuntemusten oleellisesti muuttuneen kymmenen vuoden aikana.

Heikentäviä tekijöitä sen sijaan oli kirjallisuuskatsauksen tekemiseen käytetty aika. Forward ja Hobby (2001 Johanssonin ym. 2007, 55 mukaan) suosittelevat varaamaan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen riittävästi aikaa, tarkalleen ottaen kuuden kuukauden jaksoa. Oman opinnäytetyöni tekeminen kesti ajallisesti vajaa kolme kuukautta. Mitä tietokantahakuihin tulee, katsauksen laatua ja luotettavuutta saattaa heikentää englanninkielisten alkuperäistutkimusten puuttuminen sekä se, että Melinda – tietokannasta ei hyväksytty yhtään tutkimusta. Englanninkielisiä hakusanoja ei laadittu, sillä aikaraja ja resurssit katsauksen tekemiselle tulivat vastaan. Melinda – tietokan-

nasta ei hyväksytty tutkimuksia, sillä saadut osumat olivat kaikki ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. Jälkikäteen pohdittuna kirjaston informaatikolta pyydetty henkilökohtainen neuvonta olisi voinut olla tarpeen.

6.2 Hyödynnettävyys

Opinnäytetyöni tutkimustuloksia voidaan hyödyntää työelämässä monella tapaa. Mielenterveyspotilaiden läheisten kanssa tekemisissä oleva hoitohenkilökunta saa arvokasta tietoa siitä, millaista tietoa omaiset tarvitsevat niin läheisensä sairautta koskevissa asioissa kuin konkreettisen tuen hakemisessa sekä akuuttivaiheessa että myöhemmin, sekä millaista tukea he voivat tarjota läheisille. Pyrin kirjoittaessani opinnäytetyötä käyttämään ymmärrettävää selkokieltä, sillä Kirkevoldin (1997 Johanssonin ym. 2007, 97 mukaan) mukaan kliinisessä työssä toimivat sairaanhoitajat eivät useinkaan halua lukea teoreettista ja abstraktia tekstiä, eikä osa hoitajista lue englanninkielisiä tieteellisiä julkaisuja. Näin ollen katsausten selkeä kirjoitustyyli helpottaa niiden käytännön hyödyntämistä.

Psyykkisesti pitkäaikaissairaana henkilön läheisten tuen tarpeista ja saadusta tuesta löytyy jonkin verran tutkittua tietoa, mutta edelleen läheiset jäävät usein itse sairastuneen varjoon, myös tutkitun tiedon osalta. Jatkotutkimuksille riittää siis kysyntää varmasti myös tulevaisuudessa. Jatkossa voitaisiin tutkia esimerkiksi sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, ettei hoitohenkilökunta tue mielenterveyspotilaiden omaisia riittävästi. Mielenkiintoista olisi tietää, onko kyse todella koulutuksen puutteesta vai pelkästään asenteista.

LÄHTEET

- Ahlfors, J. 2009. Lastensuojelutyöntekijöiden sosiaalinen tuki. Epävirallisen ja virallisen sosiaalisen tuen kartoitus työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopiston Porin yksikkö.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:51.
- Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede – lehti. Vol 24 no 2/2012, 145, 147.
- Kotamäki, J. 2012. Skitsofreniaa sairastavan puolison kokemukset arjesta ja tuen tarpeesta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede: Vol. 18, s. 37, 39 - 43.
- Lahikainen, A. & Pirttilä-Backman, A-M. (toim.) 1998. Sosiaalinen vuorovaikutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 208.
- Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaala-potilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede – lehti*. Vol 21 no 4/2009, s. 298 - 299.

Nevalainen, A., Åstedt-Kurki, P. & Kaunonen, M. 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoi-tohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede – lehti*. Vol 19 no 4/2007, s. 196 - 197, 199 - 200.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveyden-huollossa. *Hygieia*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nyman, M. & Stengård, E. 2004. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Jul-kaisija: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, Helsinki. Saarijärvi. S. 36, 38 - 39, 92.

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Helsinki: Painotalo Miktor.

Palomäki, T. 2005. ”Elämää vuoristoradalla”: Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omai-sia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. *Pro gradu – tutkielma*. Tampereen yliopisto.

Powell, T. 2005. Pään vammat. Opas aivovammoista potilaille, läheisille ja ammatti-laisille. Helsinki: Edita.

Puotiniemi, T. & Kyngäs, H. 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hä-nen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. *Hoitotiede – lehti*. Vol 15 no 4/2003, s. 186.

Päivinen, K. 2001. ”Avohoito – mitä se on?” Psykiatristen potilaiden omaisten koke-muksia ja käsityksiä avohoidon mielenterveyspalveluista Pohjois-Karjalassa. Kuopion yliopisto.

Roimola, S-M. 2009. Psoriaasia sairastavien aikuisten kokemuksia sosiaalisesta tuesta. *Pro gradu – tutkielma*. Kuopion yliopisto.

STM. 2013. Terveys 2015 –kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Helsinki.

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Toivio, T., Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.