



**PSYKIATRISEN POTILAAN JA HÄNEN
PERHEENSÄ OHJAAMINEN
AKUUTTIPSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ**

Saila Juutilainen
Heidi Pönkkä

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JUUTILAINEN SAILA & PÖNKKÄ HEIDI:

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä

Opinnäytetyö 64 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Maaliskuu 2014

Perheenjäsenen psyykinen sairaus vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin ja luo tarpeita tiedon ja tuen saamiselle. Akuuttivaiheen hoidossa laadukkaan ohjaamisen merkitys korostuu tiedon tarpeen ollessa suuri ja hoitajaksojen ollessa lyhyitä. Laadukas ja yksilöllinen ohjaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa ja kykyä kohdata potilas ja hänen perheensä tasavertaisesti ja kunnioittaen. Koko perheen ohjaamisella edesautetaan potilaan ja hänen perheensä selviytymistä sairauden kanssa myös osastolta kotiutumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä on psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä ja mitä kehittämistarpeita psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisessa on. Työn tavoitteena on lisätä akuuttipsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan tietoa psyykkisesti sairaan potilaan sekä hänen perheensä ohjaamisesta, kehittää ohjaamisen laatua ja siten edesauttaa potilaan kuntoutumista sekä tukea perheen jaksamista.

Opinnäytetyö tehtiin mukaillen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Työssä käytetty aineisto haettiin Cinahl-, Medic-, Google Scholar- ja Pubmed- tietokannoista sekä manuaalisen haun avulla. Analysoitaviksi valittiin kahdeksan suomenkielistä ja seitsemän englanninkielistä alkuperäistutkimusta. Tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysiä käyttämällä.

Tuloksista käy ilmi, että psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen muodostuu ohjaamisen tarpeista, ohjaamisesta ja ohjaamisen vaikuttavuudesta. Psykiatrisen sairaus aiheuttaa perheelle useita ohjaamisen tarpeita, joihin pyritään vastaamaan erilaisin ohjaamisen keinoin. Ohjaamisen avulla voidaan tukea potilaan ja hänen perheensä selviytymistä ja hyvinvointia. Tutkimuksista nousi esiin ohjaamisen kehittämistarpeita liittyen resursseihin, laadullisiin tekijöihin sekä potilaan ja hänen perheensä toiveisiin.

Jatkossa tutkimusta voisi tehdä enemmän strukturoidun ohjaamisen antamisesta sekä hoitohenkilökunnan ohjaustaidoista. Tarpeen voisi olla tutkia myös potilaan ja perheen ohjaamista lasten näkökulmasta.

Asiasanat: psykiatrisen potilas, perhe, akuuttipsykiatrisen hoitotyö, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree program of Nursing and Health Care
Nursing

JUUTILAINEN SAILA & PÖNKKÄ HEIDI:
Patient and family education in acute psychiatric care

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 8 pages
March 2014

A family member's psychiatric disease affects the well-being of the whole family and creates needs for information and support. In acute psychiatric care the quality of patient education is very important because the need for information increases and the ward periods are short. Quality and individuality of patient education requires staff to be skilled and to be able to encounter patients and their families with equality and respect. By educating both, patient and his family, the coping with the disease after discharging can be improved.

The purpose of this study was to find out what is the education of psychiatric patient and his family in acute psychiatric care and what are the needs of improvement in education of psychiatric patient and his family. The goal of the study is to increase the knowledge of the nurses working at acute psychiatric ward about the education of psychiatric patient and his family, to improve the quality of education and to support a patient's rehabilitation and the management of the family.

The method of this thesis was a systematic literature review. The research material was collected by using Cinahl, Medic, Google Scholar and Pubmed databases and material was also searched manually. The chosen material included eight Finnish and seven English studies. The studies were analyzed by using content analysis.

The results show that the education of psychiatric patient and his family consists of the needs for education, the education itself and effectiveness of the education. Psychiatric disease causes the family many needs of education that can be responded with different strategies of education. With education the coping and well-being of patient and his family can be supported. Researches also indicated that in patient education there are needs of improvement concerning the resources and the quality of education and the wishes of the patient and his family.

Key words: psychiatric patient, family education, acute psychiatric care, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Keskeiset käsitteet.....	7
3.1.1	Psykiatrinen potilas	8
3.1.2	Akuuttipsykiatrinen hoitotyö	9
3.1.3	Potilasohjaus	11
3.1.4	Perheen ohjaaminen	13
4	TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	16
4.1	Kirjallisuuskatsaus	16
4.2	Tiedonhaku ja tutkimusten valinta.....	17
4.3	Aineiston analysointi	19
5	TULOKSET	21
5.1	Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä.....	21
5.1.1	Potilaan ja hänen perheensä ohjaamiseen liittyvät tarpeet.....	21
5.1.2	Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen.....	25
5.1.3	Potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen vaikutukset.....	35
5.2	Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen kehittämistarpeet akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä.....	37
5.3	Yhteenveto tuloksista.....	41
6	POHDINTA.....	48
6.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	48
6.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	57
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset.....	57

1 JOHDANTO

Potilaalla on oikeus saada tietoa ja ohjausta hänen sairauteensa sekä hoitoonsa liittyvissä asioissa ymmärrettävässä muodossa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Laitospaikkojen supistaminen sekä hoitoaikojen lyhentyminen lisäävät ohjauksen merkitystä entisestään, kun ohjaukselle jää vähemmän aikaa ja potilaan itsehoito korostuu (Hirvonen ym. 2007, 5). Potilaan perheellä on tärkeä rooli sairastuneen läheisensä tukijana, minkä vuoksi myös läheisten hyvinvoinnista ja tiedon saannista on huolehdittava (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 94–97).

Laadukas ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä valmiuksia ohjauksen antamiseen ja ohjaustaidot ovatkin terveydenhuollon ammattihenkilön ydinosaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Potilasohjauksen tulee olla tasavertaista, tavoitteellista sekä hoitajan ja potilaan yhteistyöhön perustuvaa (Hirvonen ym. 2007, 25). Psykiatrinen sairaus ja siihen liittyvät piirteet, kuten mahdollinen sairautentunnettomuus, häiriintynyt todellisuudentaju sekä pelko ja häpeä lisäävät potilasohjauksen haasteellisuutta akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä (Timlin 2012, 169–172).

Hätösen (2010, 54) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat kokevat tyytymättömyyttä potilasohjauksen laatuun. Esimerkiksi sairauteen liittyvässä tiedonsaannissa sekä mahdollisuuksissa osallistua omaan hoitoon koettiin puutteita. Tiedonsaannin merkitys korostuu myös Suhosen (2007, 55) tutkimuksessa, jossa psykiatriset potilaat kokivat tiedonsaannin tärkeänä osana itsemääräämisoikeutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamista akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön aihe tuli toivomuksena Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Työelämän tarpeena oli saada hoitohenkilökunnalle lisää tietämystä aikuisen psykiatrisen potilaan ohjauksesta. Toiveena oli myös tuoda esille perheen merkitys psykiatrisen potilaan ohjauksessa. Aihe herätti kiinnostuksemme, koska se on tärkeä ja haluamme kehittää taitojamme psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisessa tulevana sairaanhoitajina. Opinnäytetyö tehtiin mukaillen systemaattista kirjallisuuskatsausta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamista akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tehtävät:

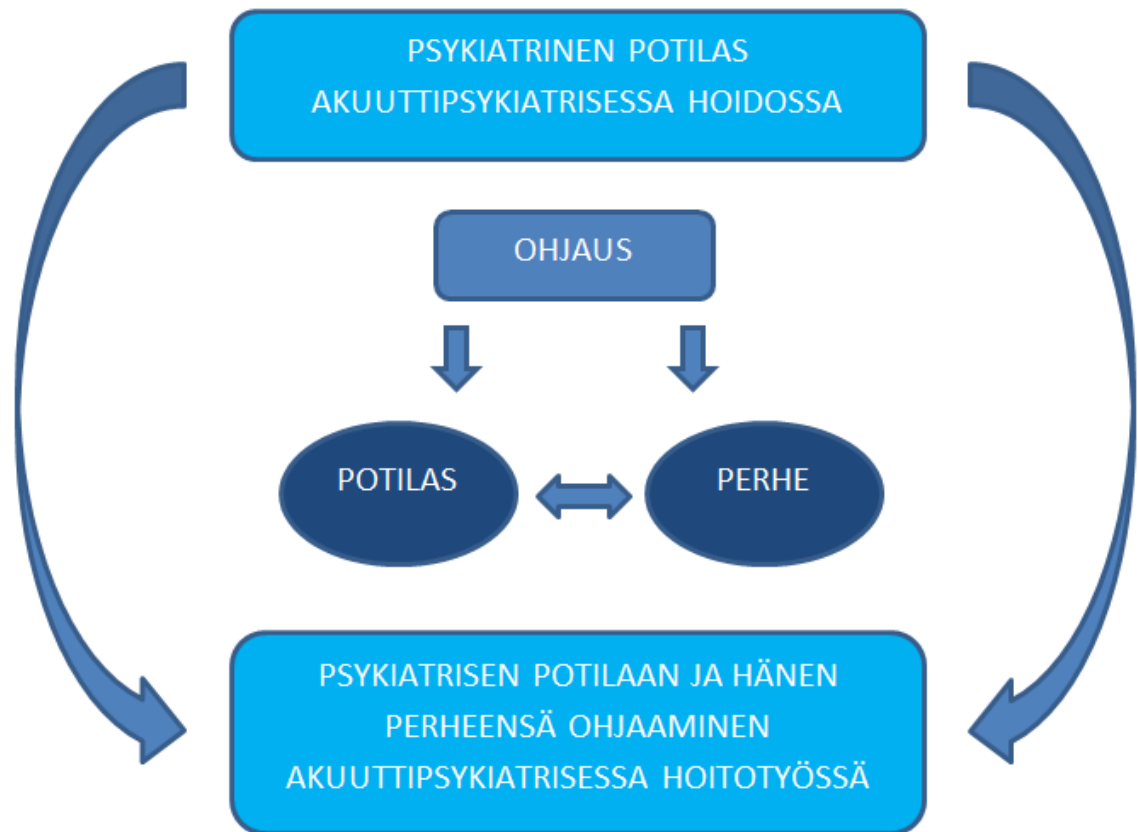
1. Mitä on psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä?
2. Mitä kehittämistarpeita on psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisessa akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä akuuttipsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan tietoa psyykkisesti sairaan potilaan sekä hänen perheensä ohjaamisesta, mahdollistaa ohjaamisen kehittäminen ja siten edesauttaa potilaan kuntoutumista sekä tukea perheen jaksamista. Tavoitteenamme on myös kehittää omaa ammattitaitoamme psyykkisesti sairaan potilaan ohjaamisessa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat psykiatrinen potilas, akuuttipsykiatrinen hoitotyö, potilasohjaus sekä perheen ohjaaminen. Työmme teoreettiset lähtökohdat esitetään seuraavassa kuviossa (Kuvio 1.).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1.1 Psykiatrinen potilas

Lain mukaan potilas on terveyden ja sairaanhoidon palveluita käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hoitotyössä käytetään pääsääntöisesti käsitettä potilas. Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka kärsii psyykkisestä sairaudesta, jonka oireet aiheuttavat niin paljon haittaa hänelle itselleen tai hänen läheisilleen, että hän tarvitsee psykiatrista hoitoa (Timlin 2012, 161). Opinnäytetyössä tarkoitamme psykiatrisella potilaalla aikuista henkilöä, jolla on mielenterveyden häiriö, johon hän tarvitsee akuuttia osastohoitoa. Suomen lainsäädännön (Laki holhustoimesta 1.4.1999/442) mukaan aikuinen on 18 vuotta täyttänyt henkilö.

Mielenterveyshäiriötä määriteltäessä on syytä miettiä, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan. Mielenterveys käsitteenä on laaja ja sille on vaikea löytää yksiselitteistä määritelmää. Määrittelyyn vaikuttavat paljon ihmisen yksilölliset tekijät ja kokemukset. (Kuhanen 2012, 19–21.) Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee mielenterveyden koostuvan yksilöllisten tekijöiden lisäksi myös sosiaalisesta tuesta ja vuorovaikutuksesta, yhteiskunnallisista rakenteista sekä kulttuurisista arvoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32). Biologiset tekijät, kuten perimä ja sukupuoli antavat mielenterveydelle pohjan, jota ihminen pystyy muokkaamaan omien asenteidensa ja valintojensa kautta. Jo lapsuudessa alkanut vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki vaikuttavat mielenterveyteen, kuten myös yksilön taloudellinen toimeentulo sekä elinolosuhteet. Myös kulttuuriset arvot vaikuttavat siihen, miten mielenterveys määritellään ja kuinka esimerkiksi mielenterveysongelmiin suhtaudutaan. (Kuhanen 2012, 19–21.)

Mielenterveyden voi määritellä yksilön henkisenä vastustuskykynä ja hyvinvoinnin tilana. Mielenterveyden häiriöihin liittyy merkittävää toimintakyvyn menetystä ja ne ovatkin suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa. Lisääntyvässä määrin mielenterveyshäiriön rinnalla esiintyy myös päihdeongelmia. Yksilölle mielenterveyshäiriön puhkeaminen on aina kriisi, johon voi liittyä runsasta elämänlaadun heikkenemistä ja minäkuvan murskaantumista. (Lähteenlahti 2008, 191–193.)

Mielenterveyden häiriöt on laaja nimitys erilaisille psyykkisille oireille ja usein puhutaankin oireyhtymistä sairauksien sijaan. Diagnoosit ovat kuvailevia ja antavat hoidolle suuntaa. (Kanerva, Kuhanen & Seuri 2012, 176.) Tautiluokituksen ICD-10 mukaan mielenterveyden häiriöiksi katsotaan muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, syömishäiriöt, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, unihäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 234–278.)

Akuutti mielenterveydenhäiriö ilmenee voimakkaina ja vaikeasti tulkittavina oireina, kuten ahdistuneisuutena, masentuneisuutena, harhaisuutena ja itsetuhoisuutena. Ihmisen psyyke voi romahtaa ilman ulkoista kriisiäkin. Psykeen raju romahtaminen voi ajaa ihmisen psykoositasoiseen kriisiin, jolloin ulkopuolinen apu on välttämätöntä, sillä sairastunut ei aina hahmota omaa tilaansa todellisuudentajun heikettyä. (Castren ym., 2012.)

3.1.2 Akuuttipsykiatrinen hoitotyö

Akuuttia mielenterveyshoitoa annetaan joko avoterveydenhuollossa tai sairaalahoidossa lyhyenä intensiivisenä jaksona. Hoidon tavoitteena on rauhoittaa psykoottinen sairausjakso nopeasti. Mielenterveyslaissa sekä Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa avohoito nimetään ensisijaiseksi potilaiden hoitotahoksi. Avohoidon toimien ollessa riittämättömät ja sairaalahoidon ollessa tarpeenmukaista tarjotaan potilaalle psykiatrista sairaalahoitoa. (Oittinen 2012b, 46–47.)

Akuuttipsykiatrisia osastoja on monenlaisia ja niiden potilasaineisto riippuu osaston erikoistumisesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä osastot voidaan jakaa päihdepsykiatrisiin osastoihin, vastaanotto- ja kriisiosastoihin sekä hoito-osastoihin. Vastaanotto- ja kriisiosastoilla toiminta perustuu nopeaan reagointiin kriisi-, masennus- sekä pelko- ja ahdistustiloista kärsivien potilaiden auttamiseksi. Hoito-osastoilla hoidetaan sekä ensi kertaa psykoosiin sairastuneita potilaita että potilaita, jotka ovat sairastuneet uudelleen. Diagnoosien kirjo saattaa osastoilla olla kuitenkin hyvin laaja:

psykoosipotilaita, itsetuhoisesti käyttäytyviä, vakavasti masentuneita, persoonallisuushäiriöisiä sekä päihdeongelmaisia potilaita. (Kaunonen ym. 2006, 13.) Akuuttipsykiatrinen osasto voi olla suljettu tai avoin riippuen siitä, millaisilla läheteillä potilaat hoitoon saapuvat (Haapanen 2010, 9).

Potilas tulee psykiatriselle osastolle joko vapaaehtoisella läheteellä tai tarkkailuläheteellä. Tarkkailulähetteen saanut potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tahdosta riippumattoman hoidon kriteerinä on mielisairaus, joka vaarantaa hänen oman terveytensä tai muiden ihmisten turvallisuuden, eikä ole hoidettavissa avohoidon resursseilla. Tarkkailu kestää kolme vuorokautta, jonka jälkeen neljännen vuorokauden kuluessa tehdään joko pidättävä tai vapauttava hoitopäätös lääkärin tekemän arvioinnin perusteella. (Mielenterveyslaki 1990.)

Suomessa ei ole varsinaisia valtakunnallisia ohjeita tai suosituksia koskien akuuttipsykiatrinen hoitotyötä. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa kuitenkin määritellään, millaista psykiatrista hoitoa kuntien tulisi antaa. Hoidon tulee olla kunnioittavaa ja myös potilaan läheiset huomioivaa. Hoidon pitää olla suunniteltu potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden ja potilaan kuuluu saada osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Rajoitustoimenpiteet, kuten liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, henkilöntarkastus, eristäminen ja sitominen sekä vastentahtoinen lääkitys vaativat aina lääkärin määräyksen ja merkinnän potilasasiakirjaan. Potilaan perusoikeuksien rajoittamisen tavoitteena on lisätä sekä potilaan, että henkilökunnan turvallisuutta. Eristyshoidon aikana hoitohenkilökunnan vastuu potilaasta korostuu ja eristämistä tulisi käyttää vain silloin, kun muut hoitokeinot eivät riitä. Eristystilanteen jälkeen tapahtumat käydään potilaan kanssa läpi. (Oittinen 2012a, 73–77.)

3.1.3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Hoitoaikojen lyhenemisen vuoksi hoitohenkilökunnalla on yhä vähemmän aikaa toteuttaa ohjausta, jonka vuoksi potilasohjauksen laadun merkitys korostuu. Avohoidon lisääntyminen edellyttää, että potilas saa ymmärrettävät itsehoito-ohjeet. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 1.) Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon sekä riittävään tiedonsaantiin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Ohjauksella tarkoitetaan auttamismenetelmää, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan omatoimisuutta, itsenäisyyttä sekä toimintakykyä. (Eloranta & Virkki 2011, 7). Ohjausta voidaan antaa yksilölle, perheelle tai yhteisölle. Tarve ohjaukselle voi liittyä potilaan terveysongelmiin, elämänhallintaan tai erilaisiin kriiseihin sekä elämän muutosvaiheisiin. Hoitotyössä ohjauksen tavoitteena on turvata potilaan selviytyminen kotona niin, ettei potilaalle hoitajakson jälkeen tulisi tarvetta ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. (Hirvonen ym. 2007, 26–27.) Tämä tarkoittaa, että ohjauksen avulla annetaan tietoa ja ymmärrystä sairaudesta ja sen oireista, itsehoidosta, arkipäivistä selviytymisestä sekä hoitoon sitoutumisesta (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 1).

Neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen ovat käsitteitä, joita voidaan käyttää rinnakkain ohjauksen kanssa. Ne eivät kuitenkaan ole synonyymejä johtuen eroavaisuuksista esimerkiksi vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Wilson-Barnett 1988, 215–218.) Esimerkiksi opetuksen voidaan ajatella olevan asiantuntijälähtöistä, opetussuunnitelmaan perustuvaa oppilaan käyttäytymiseen vaikuttamista. Neuvonnalle puolestaan on ominaista suorien neuvojen antaminen. (Hentinen & Kyngäs 2008, 79.) Ohjaus sen sijaan on yhteistyötä, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen ammattilainen. Potilas on aktiivinen toimija, jota hoitaja tukee päätöksenteossa antamalla kuitenkin valmiita ratkaisuja. Ohjaussuhteelle ominaisia piirteitä ovat tasavertainen vuorovaikutus, jaettu asiantuntijuus sekä tavoitteellisuus. (Hirvonen ym. 2007, 25–26.) Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä ohjaus, koska se korostaa hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä.

Ohjausprosessiin kuuluu ohjauksen tarpeen ja tavoitteiden määrittely, ohjauksen suunnittelu, toteutus ja lopussa ohjauksen vaikuttavuuden ja onnistumisen arviointi (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10). Ohjauksen arviointia tulisi tehdä koko prosessin ajan, jotta ohjauksesta saataisiin mahdollisimman toimiva. Arvioinnin yhteydessä on tärkeää antaa positiivista palautetta potilaalle. (Hirvonen ym. 2007, 45.) Potilasohjauksen suunnitteluun vaikuttaa ohjauksen ajankohta. Onko kyseessä sairastumisvaihe, jolloin ensitiedon antaminen potilaalle ja hänen perheelleen on tärkeää, vai akuuttivaihe jolloin oireiden syitä selvitetään ja tuetaan selviytymistä muuttuneessa elämäntilanteessa. Kotiutusvaiheen ohjauksessa suunnitellaan jatkohoitoa ja opetellaan arjessa selviytymistä ja sairauden pahenemisvaiheen tunnistamista. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10–11.)

Tutkimustietoa ohjauksesta on runsaasti, mutta selkeää kuvaa laadukkaasta ohjauksesta on vaikeaa saada. Yhtenä tärkeimmistä terveydenhuollon henkilöstön ydinosaamisalueista pidetään potilaan ja hänen omaistensa laadukasta ohjaamista (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2000). Ohjauksen pohjana tulee olla vankkaa, tutkimukseen perustuvaa teoretista tietoa sekä ohjausmenetelmistä että ohjattavasta asiasta. Ohjausmenetelmä tulee valita potilaan tarpeen mukaisesti ja muuttuvat ohjaustilanteet vaativat hoitajalta usein luovuutta. Hyvä vuorovaikutus vähentää potilaan ahdistusta, epävarmuutta ja pelkoa sairautta kohtaan. Se edellyttää hoitajalta taitoa kuunnella, havainnoida sekä käyttää omaa persoonaa työvälineenä luottamusta rakennettaessa. (Ohtonen 2006.)

Potilaan taustatekijät tulee huomioida ohjauksessa. Ne voidaan jakaa psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin, kulttuurillisiin, uskonnollisiin ja eettisiin taustatekijöihin. Fyysiset taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja sairaus voivat vaikuttaa siihen, kuinka potilas pystyy ottamaan vastaan ohjausta. Psyykkiset taustatekijät, kuten motivaatio, odotukset, tarpeet ja oppimistyyli ovat sidoksissa ohjauksen onnistuvuuden kanssa. Kulttuurista kielieroinen ja uskomuksinen tulee myös huomioida. Näiden lisäksi myös ohjausympäristöllä on merkitystä. (Kanerva & Kuhanen 2012, 161.) Potilaan taustatekijöiden lisäksi myös hoitajan omat taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen ja hoitajan tulee olla tietoinen omista arvoistaan, asenteistaan, tunteistaan sekä tavoistaan ajatella ja toimia (Kyngäs ym. 2007, 26–28).

Psykiatrisen potilaan ohjauksessa haasteiksi voivat osoittautua potilaan sairautentunnottomuus sekä pelko, häpeä ja syyllisyys sairaudesta. Potilaan häiriintynyt todellisuudentaju ja harhaisuus voivat estää potilasta vastaanottamasta ja ymmärtämästä informaatiota. Hoitoon sitoutuminen voi olla vaikeaa etenkin tahdonvastaisessa hoidossa tai jos potilaalla on huonoja kokemuksia aiemmasta hoidosta. Psykiatrisen potilaan ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas saa muodostettua luottamuksellisen hoitosuhteen omahoitajaan. (Timlin 2012, 169–172.)

Erilaisina ohjausmenetelminä voidaan käyttää yksilöohjausta, ryhmäohjausta tai audio-visuaalista ohjausta. Yksilö- ja ryhmäohjausta annetaan yleensä suullisesti. Suullisessa ohjauksessa kulmakivenä on vuorovaikutus potilaan kanssa ja kirjallinen materiaali toimii tässä ohjaajan tukena. Kirjallisen materiaalin on oltava ajantasaista ja sitä tulee käyttää ohjauksessa potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. (Hirvonen ym. 2007, 74.)

Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokas menetelmä, sillä se mahdollistaa yksilöllisen ohjauksen, aktiivisuuden, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Ryhmäohjaus on yksilöohjausta taloudellisempaa ja se mahdollistaa vertaistuen saamisen. Ryhmäohjauksessa ryhmäkoko ja ryhmän tarkoitus vaihtelevat ja vuorovaikutus voi tapahtua myös esimerkiksi sähköisen viestimen välityksellä. Ryhmässä tärkeää on sopia yhteiset pelisäännöt ja ryhmän ohjaajan tulee tuntea erilaisia ryhmätyömenetelmiä. (Hirvonen ym. 2007, 74–88, 104–111.)

Audiovisuaalisessa ohjauksessa tietoa ja tukea välitetään erilaisilla teknisillä laitteilla, kuten videot, äänikasetit, tietokoneohjelmat ja puhelimet. Tietotekniikan avulla potilasohjeista saadaan informatiivisempia ja havainnollisempia. Uhkana audiovisuaalisessa ohjauksessa on kuitenkin hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen väheneminen. (Hirvonen ym. 2007, 116.)

3.1.4 Perheen ohjaaminen

Tilastokeskuksen (Laatuseloste, perheet 2012) määritelmän mukaan perhe käsittää yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jommankumman vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot

sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Biologisten ja juridisten perusteiden lisäksi perhe voi määrittäytyä myös emotionaalisiin kriteereihin: lähin ihminen onkin perheenjäsenen sijasta muu henkisesti tärkeä ihminen, kuten ystävä (Jussila ym. 2008, 12). Potilaalla on oikeus määrittellä itse hänelle läheiset, perheeseen kuuluvat jäsenet (Anttila ym. 2006, 45). Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan perheellä sekä potilaan biologisia ja juridisia perheenjäseniä että muita hänelle läheisiä henkilöitä, jotka hän itse määrittelee perheekseen.

Potilaan perheenjäsenten huomioiminen on tärkeää, koska läheisten tuki on merkittävä voimavara sairastuneelle. Sairauden läpikäyminen yhdessä voi parhaimmillaan vahvistaa perhesiteitä. Perhekeskeisyys on merkittävää myös siksi, että perheenjäsenen sairastuminen on rasisustekijä koko perheelle ja lisää esimerkiksi läheisten masennusriskiä huomattavasti. Avohoidon lisääntymisen myötä on tärkeää oikeanlaisella ohjauksella lisätä perheen valmiuksia huolehtia sairastuneesta jäsenestään. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 94–97.)

Hoitohenkilökunnan ja perheen välisessä kanssakäymisessä keskeistä on tiedon vaihtaminen. Perhe tarvitsee tietoa ymmärtääkseen hoidossa olevan jäsenensä tilannetta ja omaa rooliaan siinä. Toisaalta perheenjäsenet ovat tiedon antajia. Perhe voi antaa hoitohenkilökunnalle arvokasta tietoa potilaan tottumuksista, tavoista ja toiveista hoidon suhteen. Lisäksi heillä voi olla tietoa potilaan aiemmista sairauden vaiheista sekä kotona selviytymisestä. On kuitenkin tärkeää, että hoitohenkilökunta varmistaa potilaan suostumuksen tietojen antamiseen ja kirjaa tiedon potilasasiakirjoihin. (Jussila ym. 2008, 130–132.)

Kun perheenjäsen sairastuu vakavaan psyykkiseen sairauteen, perhe joutuu tekemään surutyötä luopuessaan monista suunnitelmista ja tulevaisuuden toiveista. Alkuvaiheessa on tavallista kieltää tilanne ja sairaus. Ajan myötä perhe yleensä löytää uuden tasapainon, mutta sopeutumisen aste voi vaihdella eri perheissä ja perheenjäsenten välillä. Sopeutuminen vaatii erilaisten tunteiden, kuten vihan, pettymyksen ja voimattomuuden hyväksymistä ja läpikäyntiä. Yli puolet masennuspotilaista kärsii perheongelmista ja etenkin lapset ovat herkkiä reagoimaan äidin tai isän mielenterveyden horjumiselle. (Jussila ym. 2008, 54–55.)

Perheohjaus eli psykoedukatiivinen ohjaus on sairastuneen sekä hänen perheensä ohjausta, jonka tarkoituksena on antaa tietoa, tukea sekä ohjausta niin sairastuneelle kuin hänen läheisilleen. Pää tavoitteena on antaa perheelle mahdollisuus hallita elämänolosuhteita, jotka syntyvät silloin, kun perheenjäsen sairastuu psyykkisesti. (Berg & Johansson 2003, 9.) Lopullisena tavoitteena on ehkäistä sairauden uusiutuminen parantamalla potilaan kykyä hallita omaa sairauttaan (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 92).

Psykoedukatiivinen perhetyö sai alkunsa psykoosipotilaiden ja heidän perheidensä kanssa tehdystä yhteistyöstä, kun huomattiin perheen negatiivisen tunneilmapiirin kielteinen vaikutus potilaan sairauden ennusteeseen. Työskentelyn taustalla onkin ajatus, että yhteistyöllä potilaan sekä hänen perheenjäsentensä kanssa voidaan vaikuttaa sairauden kulkuun etsimällä ratkaisuja ongelmiin. Työskentelyn painopiste on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa, joten syy-seuraustekijöitä menneisyydestä ei etsitä. Nykyisin psykoedukaatiota hyödynnetään kaikkien potilasryhmien kohdalla. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 90–91.)

4 TEOREETTISEEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme menetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, koska tarkoitus on selvittää, mitä olemassa olevaa tietoa psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisesta akuuttipsykiatrisella osastolla on. Toteutimme opinäytetyön mukailleen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka päämääränä on etsiä tietoa, arvioida sen laatua sekä analysoida ja tehdä siitä mahdollisimman kattava synteesi valitusta aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 46).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tutkimuksen virheettömyys ja toistettavuus. Katsaus tulee tehdä huolellisesti, jotta tieto pysyy luotettavana ja hoitotyön kehittäminen mahdollistuu. Vähintään kahden tutkijan yhteistyö kirjallisuuskatsausta tehdessä lisää työn luotettavuutta. Aineiston läpikäyminen kahden tutkijan toimesta tuo eri näkökulmia aiheeseen ja luo keskustelua. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 46.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen tulee aikatauluttaa tarkkaan ja varata sen tekemiseen riittävästi aikaa. Aiheeseen tulee tutustua huolellisesti jo etukäteen, jotta tutkimussuunnitelma tutkimuskysymyksineen saadaan tehtyä tarkasti. Alkuperäistutkimusten lukeminen on aikaa vievä vaihe etenkin silloin, jos pelkistä abstrakteista saatu tieto ei riitä. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 55.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee prosessinomaisesti ja on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu sekä uudelleen toistettavissa. Prosessi alkaa tiedon tarpeen ja käyttötarkoituksen määrittelyllä ja käytettävissä olevien resurssien arvioinnilla. (Tähtinen 2007, 10.) Tutkimuksen ongelmat määritellään tutkimussuunnitelmassa, joka on lähtökohtana tutkimukselle (Hannula & Kaunonen 2006, 22). Opinnäytetyön suunnitelma tehtiin valmiiksi kevään 2013 aikana ja lähetettiin hyväksyttäväksi työelämätaholle.

Tutkimussuunnitelman teon jälkeen vuorossa on alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi. Tietolähteet valitaan tutustumalla niiden sisältöön ja toimintoihin ja tiedonhaku suoritetaan aiheeseen sopivilla hakutermeillä. Kirjallisuushaun tavoitteena on löytää mahdollisimman kattavasti aiheeseen liittyvät alkuperäistutkimukset. Hakutuloksia tarkastellaan kriittisesti ja kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävälle alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Tiedonhakuprosessi dokumentoidaan tarkasti siten, että siinä näkyy jokainen hakuvaihe, tehdyt valinnat sekä toimenpiteet. Lopuksi arvioidaan prosessin onnistuminen. (Tähtinen 2007, 10–11.) Axelin & Pudas-Tähkän (2007, 53) mukaan kansainvälisten tutkimusten mukaan ottaminen on tärkeää, mutta muun kielisiä tutkimuksia käytettäessä tulee varoa kieliharhaa, jotta relevantti tieto ei katoa.

4.2 Tiedonhaku ja tutkimusten valinta

Tiedonhakuprosessi on työn onnistumisen kannalta tärkeä vaihe, sillä riskinä on tutkimuksen tulosten harhaisuus ja epäluotettavuus. Kriittinen suhtautuminen löydettyyn tietoon on tärkeää, jotta voidaan arvioida katsauksessa saadun tiedon todellista luotettavuutta. Tiedonhaun onnistumista arvioidessa tulee pohtia kuinka edustavasti aiheesta olemassa oleva tieto on pystytty kartoittamaan. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 49, 53; Hirsjärvi ym. 2009, 109.) Tähtisen (2007, 10) mukaan tiedonhaku kannattaa suunnitella hyvin, sillä hyvällä suunnittelulla välttää turhat yritykset ja nollatulokset.

Aloitimme tiedonhaun marraskuussa 2013, kuitenkin jo edellisenä keväänä harjoittelimme tiedon etsimistä tietokantoja hyödyntäen ja löysimme jo tässä alustavassa katsauksessa mahdollisesti analyysiimme sopivia tutkimuksia. Hakutermit muotoutuivat tutkimussuunnitelmassa määriteltyjen tutkimusongelmien ja teoreettisten lähtökohtien pohjalta. Tietolähteiksemme valikoituivat tietokannat Cinahl, Medic, Google Scholar, Pubmed sekä lisäksi teimme manuaalisen haun (taulukko 1). Manuaalinen haku tapahtui kirjastossa olevia kotimaisia ja ulkomaisia hoitotieteellisiä lehtiä selaamalla sekä aiheeseemme liittyvien artikkelien lähdeluetteloita tutkimalla.

Alkuperäistutkimuksia etsiessä on tärkeää määritellä tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Tähtinen 2007, 11.) Rajasimme haut käsittämään vuosien 2003–2013 aikana tehtyjä tutkimuksia, jotta saisimme mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa katsaukseemme. Alkuperäistutkimuksiksi hyväksyimme eri metodein tehdyt suomenkieliset tai englanninkieliset pro gradu – tutkimukset, väitöskirjat sekä hoitotieteelliset artikkelit. Katsaukseen valitsemamme tiedon tuli olla tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa ja tutkimuksen kokotekstin täytyi olla saatavilla.

Hauissa saadut tulokset käytiin läpi ja valittiin otsikon perusteella sopivimpia tutkimuksia lähempään tarkasteluun. Tarkempi perehtyminen tutkimuksiin ja niiden vastaavuus tutkimusongelmiemme kanssa rajasi vielä pois osan aineistosta. Analysoitavaksi valittiin kahdeksan kotimaista ja seitsemän ulkomaista tutkimusta (liite 1).

TAULUKKO 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusana(t)	Rajaukset	Tuloksia	Valittuja tutkimuksia
Cinahl	psychiatr* AND acute* AND family*	2003-2013 full text research article	29	1
Cinahl	psychiatr* AND patient educat* AND acute*	2003-2013 full text research article	16	1
Medic	potilasohja* AND psykiatr*	2003-2013 vain kokotekstit	25	4
Google Scholar	acute psychiatry* AND psychoeducate* "patient education"	2003-2013	939	3
Pubmed	psychiatr* AND educat* AND family* AND acute*	10 years clinical trial	61	1
Pubmed	mental health* AND patient education* AND acute*	10 years clinical trial	33	1
Manuaalinen haku		2003-2013 tutkimusartikkeli		4

4.3 Aineiston analysointi

Työn aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on hoitotieteellisissä tutkimuksissa paljon käytetty analyysimenetelmä, jonka avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysin avulla tutkittava ilmiö järjestellään, kuvaillaan ja kvantifioidaan sekä pyritään saamaan ilmiöstä kuvaus tiivistetyksi ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysiprosessiin kuuluu pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Pelkistämällä informaatiota tiivistetään tai pilkotaan osiin karsien näin aineistosta tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistetyistä aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivataan ja listataan. Ryhmittelyn avulla ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joita sitten yhdistellään ja muodostetaan niistä ala-luokkia. Alaluokkia yhdistellään edelleen yläluokiksi joista sitten lopulta muodostetaan kokoava käsite. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Ennen analyysin tekemistä tutkimukset luettiin huolellisesti läpi kummankin opinnäytetyön tekijän toimesta. Analysoitavien tutkimusten pelkistäminen aloitettiin etsimällä opinnäytetyön tehtäviin vastaavia ilmaisuja teksteistä niitä alleviivaamalla ja käsin kirjoittaen listaamalla. Nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin niin, että samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan alakategoriaan eri väreillä merkitsemällä. Tämän jälkeen ilmaisut taulukoitiin ja alakategorialle annettiin mahdollisimman hyvin sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatkettiin yhdistämällä ja nimeämällä kategorioita niin kauan, kuin se oli sisällön kannalta mielekästä. Alakategorioista muodostettiin sitten yläkategorioita (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Epävarmuus diagnoosista ja oireista Epävarmuus muuttuneesta elämäntilanteesta Epävarmuus siitä miten tulisi toimia	Epävarmuus	Sairauden aiheuttamat tunnereaktiot
Pelko muuttuneesta käytöksestä Pelko siitä, että jotain tapahtuu Pelko hoidon saamattomuudesta	Pelko	
Häpeä omasta sairaudesta Häpeä leimaantumisesta	Häpeä	

5 TULOKSET

5.1 Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen jakautuu kolmeen pääkategoriaan. Nämä kategoriat ovat ohjaamiseen liittyvät tarpeet, ohjaaminen sekä ohjauksen vaikuttavuus.

5.1.1 Potilaan ja hänen perheensä ohjaamiseen liittyvät tarpeet

Ohjaamiseen liittyviä tarpeita muodostavat sairauden aiheuttamat tunnereaktiot, sairauden aiheuttamat muutokset perheessä, sairauden kulku sekä sairauden aiheuttama hoidon, tiedon ja tuen tarve (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Potilaan ja hänen perheensä ohjaamiseen liittyvät tarpeet.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
Epävarmuus Voimattomuus Pelko Luottamuksen menettäminen Häpeä Sairauden ymmärtämisen vaikeus Syyllisyys	Sairauden aiheuttamat tunnereaktiot	Ohjaamisen tarpeet
Roolien muuttuminen Ongelmat vuorovaikutuksessa	Sairauden aiheuttamat muutokset perheessä	
Diagnoosin saaminen Voinnin huononeminen ja sairaalajaksot Kognitiiviset muutokset	Sairauden kulku	
Hoidon tarve Tiedon tarve Emotionaalisen tuen tarve	Sairauden aiheuttama hoidon, tiedon ja tuen tarve	

Perheenjäsenen psyykkinen sairaus **herättää perheessä monenlaisia tunteita**, joiden käsitteleminen ja joiden kanssa eläminen luo tarpeita potilaan ja hänen perheensä ohjaamiselle. Psykiatriset potilaat kokevat paljon epävarmuutta liittyen diagnoosiinsa ja sairauden ilmenemiseen, kuten myös sairauden hoitoon (Pollock ym. 2004, 392). Läheisen sairastuessa tiedon puute sairaudesta ja hoitoon hakeutumisesta aiheuttaa epävarmuutta paitsi sairastuneessa itsessään niin myös hänen perheessään (Kilkku 2008, 72; Kivimäki 2008, 44). Valmiiden toimintamallien puute uudessa tilanteessa hämmentää. Epävarmuus ja itsehallinnan tunteen menettäminen aiheuttavat voimattomuutta ja monesti psykoosisairauteen liittyvä harhamaailma saa aikaan tunteen toisten armoilla olemisesta, kun ei itse tiedä mikä on totta ja mikä ei. (Kilkku 2008, 69, 72, 93.) Voimattomuuden tunteet liittyvät usein myös sairauden hoitoon, mikäli potilas kokee, ettei pysty vaikuttamaan omaan hoitoonsa (Pollock ym. 2004, 392; Kilkku 2008, 82; Walsh & Boyle 2009, 35).

Ihmisen sairastuessa psykoottiseen sairauteen saattaa hänen käytöksensä olla arvaamatonta ja pelottavaa. Etenkin sairauden akuuttivaiheeseen usein liittyvä poikkeava käytös voi aiheuttaa sairastuneelle ja hänen perheelleen pelkoa varsinkin, jos ei ymmärretä mistä on kyse. Tulevaisuuteen liittyy monesti epätietoisuutta ja pelkoa esimerkiksi sairauden uusiutumisesta, perinnöllisyydestä tai läheisten menettämisestä. (Kilcku 2008, 69, 89.)

Kilckun (2008, 89) mukaan sairastumiseen saattaa liittyä luottamuksen menettäminen niin omaan itseen kuin myös terveydenhuoltoon. Kokemukset riittämättömästä avun saamisesta ruokkivat tätä tunnetta. Tiedon saannin vaikeus nousi esiin useassa tutkimuksessa (Pollock ym. 2004, 392; Hotti 2004, 99; Kilcku 2008, 90; Walsh & Boyle 2009, 35–36; Radcliffe ym. 2012, 752). Luottamuksen puute lääkettä kohtaan käy ilmi Pollockin ym. (2004, 394) tutkimuksessa. Potilaat pelkäsivät lääkähoidossaan tapahtuvan virheitä osastolla vallitsevan kiireen vuoksi.

Psyykkiseen sairauteen usein liittyvä leimaantuminen ja sen pelko aiheuttaa häpeää potilaassa ja hänen perheessään (McFarlane ym. 2003, 237; Radcliffe ym. 2012, 755). Psyykkiset sairaudet herättävät paljon kielteisiä mielikuvia ympäristössä ja voimakas häpeän tunne saattaa estää sairaudesta puhumisen ja avun hakemisen. Sairastuneella voi olla kokemus, ettei saa ymmärrystä osakseen. sillä sairauden piirteitä ja psykoottisia kokemuksia voi olla vaikea käsittää. Sairastunut perheineen yrittää ymmärtää myös syitä sille, miksi läheinen sairastui. Syiden etsiminen herättää monesti syyllisyyden tunteita perheessä ja etenkin äidit ovat alttiita etsimään syitä sairastumiselle omasta toiminnastaan kasvattajana. (Kilcku 2008, 70, 75, 98).

Psykiatrinen sairaus **aiheuttaa perheessä muutoksia** liittyen niin perheenjäsenten rooleihin kuin vuorovaikutukseen. Kilckun (2008, 71–73) mukaan sairastunut perheenjäsen joutuu tukeutumaan enenevässä määrin läheisiinsä, jotka omaksuvat roolin sairastuneen tukijana ja kuuntelijana, asioiden hoitajana ja liikkeelle panevana voimana esimerkiksi hoitoon hakeutumisessa. Perhesuhteet saattavat tiivistyä sairauden myötä, mutta perheenjäsenet voivat myös etäännyä toisistaan ymmärryksen puuttuessa. Läheisten tietämättömyys voi johtaa jopa pitkien ihmissuhteiden katkeamiseen (Walsh & Boyle 2009, 35). Ihmissuhteissa voi ilmetä muutosta sairastuneen vetäytyessä

vuorovaikutustilanteista, jolloin perheen voi olla vaikeaa saada kontaktia läheiseensä (Kilkku 2008, 68, 91).

Perhe voi olla sairastuneelle tärkeä voimavara arjessa selviytymiselle, mutta joskus perhesuhteissa on ristiriitoja jo ennen sairastumista tai hoitoon hakeutumista (Kivimäki 2008, 35–36). Perheen suhtautuminen sairastuneeseen voi myös muuttua sairauden myötä esimerkiksi vähemmän kärsivälliseksi tai kunnioittavaksi (Radcliffe ym. 2012, 753). Hotin (2004, 87) tutkimustulosten mukaan läheisten suhtautumisen muuttumattomuus oli kuitenkin sen muuttumista yleisempää skitsofreniapotilaiden kohdalla.

Ohjaustarpeita psykiatriselle potilaalle ja hänen perheelleen aiheutuu myös **sairauden kulkun** liittyvissä asioissa. Diagnoosin saaminen voi lisätä potilaan ja perheen ahdistusta ja järkytystä tai toisaalta nimen saaminen oireille voi olla helpotus. (Kilkku 2008, 85). Diagnoosi tulisi saada tietää terveydenhuollon ammattilaisen kertomana ja sopivaan aikaan (Hotti 2004, 81–82). Tärkeää on, että hoidossa käsitellään sairautta yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa ja annetaan tietoa monipuolisesti (Hotti 2004, 94; Kilkku 2008, 85; Kivimäki 2008, 39). Hoitoon pääsy koetaan helpotuksena (Kilkku 2008, 78), mutta tietämättömyys sairaalan ja osaston käytännöistä, säännöistä ja potilaisiin kohdistuvista odotuksista hämmentävät (Walsh & Boyle 2009, 36).

Kilkun (2008, 90–91) tutkimuksen mukaan psyykkisen sairauden kanssa elämiseen liittyy jatkuvaa varuillaan oloa, mikäli kohtaamattomuuden kokemukset painottuvat sairastuneen ja hänen läheistensä kokemuksissa. Tällöin perhe saattaa tarkkailla läheisensä käytöstä ja puheita arvioiden mahdollista hoidon tarvetta. Psykiatrisesta sairaudesta johtuen potilaalla voi ilmetä muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Etenkin sairauden akuutissa vaiheessa keskittymiskyky ja kyky vastaanottaa tietoa ja muistaa voivat olla heikentyneet (Pollock ym. 2004, 393; Walsh & Boyle 2009, 35). Potilaan sairautentunnettomuus vaikeuttaa myös hoitoon hakeutumista ja avun vastaanottamista (Pollock ym. 2004, 397).

Psykiatrinen sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen perheelleen **tarpeen hoidolle, tiedolle ja tuelle**. Hoidon tulee olla paitsi lääkehoitoa, niin myös kuntoutumista tukevaa ohjausta ja psykososiaalista tukea (Pollock ym. 2004, 392). Tietoa tarvitaan sairaudesta

ja sen oireista, syistä ja riskitekijöistä sekä sairautta pahentavista tekijöistä ja omista mahdollisuuksista vaikuttaa oireiluun. Ohjausta tarvitaan arjessa selviytymiseen, ihmissuhteiden hoitamiseen ja psyykkisten selviytymiskeinojen löytämiseen. Tieto lääkityksestä on potilaille ja perheille tärkeää, mutta myös muista hoitomuodoista halutaan tietää. (Hotti 2004, 99; Kivimäki 2008, 37; Radcliffe ym. 2012, 753; Pollock ym. 2004, 392). Tiedon tulisi olla riittävää, luotettavaa ja terveydenhuollon ammattilaisilta saatavaa, sillä muuten vaarana on epäluotettavien tietolähteiden käyttö ja väärin johtopäätösten tekeminen. (Pollock ym. 2004, 392–393; Walsh & Boyle 2009, 35).

Emotionaalisen tuen saamista pidetään merkittävänä heti potilaan ja hänen perheensä sekä terveydenhuollon edustajan ensikontaktista saakka (Kilkku 2008; 95). Sekä potilaalle että hänen perheelleen on tärkeää saada puhua omista kokemuksistaan ja tunteistaan sekä saada niille varmistusta ja oikeutusta. Kiinnostuksen osoittamista kuulumisia kysymällä ja perheen tilanteeseen ja hyvinvointiin perehtymällä arvostetaan. (Kilkku 2008, 97; Kivimäki 2008, 39; Radcliffe ym. 2012, 758). Motivoiminen, toivon ylläpitäminen ja kunnioitus ovat potilaan ja hänen perheensä kohtaamisessa tärkeää (Pitkänen 2010, 47).

5.1.2 Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamiseen liittyy olennaisesti kohtaaminen, eri ohjausvälineiden ja –menetelmien käyttö sekä ohjauksen laatuun vaikuttavat seikat (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
Perhetilanteen huomioiminen Kiinnostuksen osoittaminen Perheen jaksamisen huomioiminen Kuuntelu Tavoitettavuus Ajan antaminen Realisointi Luottamus Avoimuus Kunnioittaminen Tasavertaisuus Empatia Motivointi	Kohtaaminen	
Sairaus Syyt, riskitekijät, ennuste Sairauden kanssa eläminen Hoito Potilaan asema ja oikeudet	Ohjaamisen sisältö	
Kirjallinen materiaali Keskustelu Tehtävät Videoavusteinen ohjaus Tietokoneavusteinen ohjaus Luovat menetelmät Havainnollistaminen	Ohjaamisen välineet	Ohjaaminen
Yksilöohjaus Hoidollinen keskustelu Yhdessä tekeminen Ryhmäohjaus Perheohjaus Hoitoneuvottelut	Ohjaamisen menetelmät	
Ajoitus Ymmärrettävyys Tiedon varmistaminen Hoidon jatkuvuus ja omahoitajuus Kirjaaminen Tiedon luotettavuus Osaaminen Moniammatillisuus Yksilöllisyys Ohjaustaidot Tasavertaisuus Tavoitteellisuus	Ohjaamisen laatu	

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä kokemuksissa **kohtaamisella** on suuri merkitys (Kilkku 2008, 94). Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde on erittäin tärkeä kuntoutumiseen vaikuttava tekijä (Walsh & Boyle 2009, 34). Hoitosuhteessa tulee muistaa perheen vaikutus potilaaseen ja hänen vointiinsa, minkä vuoksi potilaan lähiverkosto on selvitettävä hoidon alussa. Perhe tulee ottaa mukaan hoitoprosessiin, kuitenkin potilaan toiveita kuunnellen (Kivimäki 2008, 35, 40–41). Hoitohenkilökunnan kiinnostuneisuus potilaasta ja hänen läheisistään on tärkeää ja sitä tulee osoittaa tutustumalla perheen elämäntilanteeseen sekä kysymällä perheen jaksamisesta (Aho 2008, 86; Kilkku 2008, 100; Kivimäki 2008, 40–41; Pitkänen 2010, 47). Radcliffen ym. (2012, 753) tutkimuksessa perheet olivat kiitollisia hoitajien osoittamasta kiinnostuksesta potilaan elämäntarinaa ja –vaiheita kohtaan.

Potilaat ja perheet kokevat keskustelun hoitajan kanssa tärkeäksi, sillä tarve saada puhua omista tunteista ja saada vastauksia kysymyksiin on suuri. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen on merkittävää. (Kilkku 2008, 97; Radcliffe ym. 2012, 753.) Hoitajan onkin tärkeää olla potilaan ja hänen perheensä saatavilla ja antaa aikaa heidän kysymyksilleen ja kuuntelemiselleen, mikä saattaa olla haastavaa kiireen keskellä (Walsh & Boyle 2009, 43). Potilas ja perhe hakevat myös varmistusta omille tunteilleen ja tarvitsevat tilanteen realisoimista, minkä vuoksi hoitajan tulee kertoa esimerkiksi uupumuksen tunteen olevan normaalia sairauden keskellä. Perheellä saattaa olla myös epärealistisia kuvitelmia ja odotuksia hoitoon liittyen, jolloin realisointi voi olla myös tarpeen. (Kilkku 2008, 107; Kivimäki 2008, 40; Radcliffe ym. 2012, 753.)

Potilaan ja hänen perheensä sekä hoitajan terapeuttisessa kohtaamisessa keskeisiä elementtejä ovat luottamus, empatia, kunnioittaminen, avoimuus sekä motivointi (Walsh & Boyle 2009, 34; Pitkänen 2010, 47). Luottamus luo turvaa toimiessaan hoitosuhteen kantavana elementtinä ja vaatii kaikilta suhteen osapuolilta avoimuutta ja vastavuoroisuutta. Tietoja tulee vaihtaa selkeästi ja yhteistyössä toimien. (Aho 2008, 28; Kilkku 2008, 96.) Kohtaamisessa tärkeää on tasavertaisuus; hoitaja ei katso potilasta alaspäin vaan kohtaa tämän oman elämänsä asiantuntijana (Aho 2008, 31–32; Walsh & Boyle 2009, 34). Hoitajan empaattinen suhtautuminen ja kyky eläytyä ja asettua hetkittäin potilaan asemaan auttavat potilaan sisäisen maailman ja kokemusten ymmärtämisessä (Aho 2008, 50).

Psykiatrisella potilaalla voi sairautensa piirteistä johtuen olla vaikeuksia löytää motivaatiota hoitoon ja potilasohjaukseen, minkä vuoksi hoitajan on tärkeää olla kannustava. Tutkimuksissa nousi esiin myös toivon ylläpitämisen merkitys; sairaudesta voi toipua tai ainakin elämä voi sujua hyvin sairaudesta huolimatta. (Kilcku 2008, 115; Pitkänen 2010, 47; Anttila 2012, 47.)

Potilasohjauksen tulee **sisältää tietoa** epäilyistä tai diagnosoidusta sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Tutkimusten mukaan potilaiden saama tieto sairaudesta sisältää sairauden nimen ja piirteet, ennakko-oireet ja riskitekijät, ennusteen sekä potilaan oman toiminnan vaikutuksen vointiin. Ohjausta annetaan myös lääkityksestä, kuntoutuksesta ja muista hoitokeinoista sekä perheen ja ihmissuhteiden merkityksestä hoidossa. Mielenterveysongelmien yleisyydestä sekä niihin liittyvistä asenteista, negatiivisista mielikuvista sekä stigmatisoitumisesta tulee keskustella etenkin, jos aihe on perheelle vieras. (Hotti 2004, 85; Kilcku 2008, 102; Hätönen 2010, 47; Restek-Petrovic ym. 2012, 328; Walker ym. 2012, 883.)

Potilaan tullessa sairaalaan on potilaalle ja hänen perheelleen hyvä kertoa osaston rutiineista ja käytännöistä sekä mahdollisuuksista osallistua ja vaikuttaa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilasta voi helpottaa tieto siitä, mitä häneltä odotetaan ja mitä odotuksia hän voi asettaa hoidolle. (Walsh & Boyle 2009, 35; Hätönen 2010, 47.) Potilaan juridisesta asemasta ja oikeuksista liittyen tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen sekä sairaalahoitoon joutumiseen ja mahdolliseen tahdonvastaiseen hoitoon tulee informoida. Myös potilaalle kuuluvista sosiaalisista etuuksista on huolehdittava. (Hotti 2004, 84; Kilcku 2008, 112; Walker ym. 2012, 883.)

Lääkitystä aloitettaessa ohjauksen tulee sisältää tietoa sekä lääkkeen vaikutuksista että sivuvaikutuksista. Lääkehoitoon sitoutumisen kannalta potilaan on ymmärrettävä lääkehoidon merkitys, jotta suunniteltu lääkehoito toteutuu myös kotiutumisen jälkeen. (Pollock ym. 2004, 392; Restek-Petrovic ym. 2012, 328.) Lääkehoidosta kertomisen lisäksi on informoitava niin potilasta kuin hänen perhettään myös muista mahdollisista hoitomuodoista, kuten erilaisista terapioiden ja vertaistukea tarjoavista tahoista. Potilaan tulee olla myös tietoinen osastolta lähtiessään siitä, mihin ottaa yhteyttä sairauden uusiutuessa tai pahentuessa. (Kilcku 2008, 108; Walsh & Boyle 2009, 36.)

Sairauden vaikutus jokapäiväisistä toiminnoista selviytymiseen sisällytetään ohjaukseen. Potilaan tulee tietää, miten hän voi edistää omaa hyvinvointiaan esimerkiksi hoitoon sitoutumalla. Päihteiden ja stressin vaikutus sairauteen käsitellään ja myös itsemurhariskistä on keskusteltava. (Hotti 2004, 84; Restek-Petrovic ym. 2012, 328.)

Kilkun (2008, 103–104) tutkimuksen mukaan ensipsykoosipotilaan ja hänen perheensä ohjauksen tulee sisältää tietoa psykoosin aiheuttamista muutoksista, kuten kognitiivisista ongelmista. Psykoosisairauksiin liittyy usein sosiaalisten taitojen heikkenemistä, yksinäisyyttä sekä itsetunnon huonontumista ja toisaalta voimakasta riippuvuutta muista ihmisistä, minkä vuoksi ihmissuhdetaitojen käsittely potilasohjauksessa on tärkeää. Terveen ja psykoottisen käytöksen raja voi olla vaikea hahmottaa, minkä vuoksi psykoosia ennakoivista oireista kuten lisääntyneestä ahdistuneisuudesta on hyvä tietää. Potilaan ja hänen perheensä ohjaus voi käsittää ongelmanratkaisujen pohdintaa sekä toimintamallien suunnittelua sairauden pahenemisvaiheita ajatellen. (Restek-Petrovic ym. 2012, 328–329.)

Potilasohjauksessa on tutkimusten mukaan hyödynnetty useita erilaisia **ohjaamisen välineitä**. Kirjallista materiaalia, kuten lääketeknisten tuottamia esitteitä, oppaita ja työkirjoja käytetään ohjauksessa (Kilkku 2008, 108; Walsh & Boyle 2009, 35; Hätönen 2010, 50; Walker ym. 2012, 884.) Pollockin ym. (2004, 392–393) tutkimuksessa potilaille annettiin toisinaan lääkitystä aloitettaessa lääkkeen pakkausseloste luettavaksi. Potilaat ja perheet etsivät usein tietoa myös kirjoista, jolloin vaarana on kuitenkin saada jo vanhentunutta informaatiota (Kilkku 2008, 108).

Kirjallisen materiaalin antamisen etuna on, että potilas ja perhe voi palata saamansa tiedon pariin aina uudelleen ja esite voi toimia muistamisen tukena, mikäli kyky sisäistää tietoa on ohjaustilanteessa ollut heikko. Mukaan annettavat esitteet lisäksi tavoittavat potilaan läheiset, elleivät he ole päässeet ohjaustilanteeseen mukaan (Kilkku 2008, 108). Kirjallisen materiaalin lisänä olisi kuitenkin aina hyvä olla suullista ohjausta, sillä ohjauksesta tekee yksilöidympää, kun siihen sisältyy keskustelua ja potilas voi perheineen esittää kysymyksiä ja tarkennusta juuri omaan tilanteeseensa liittyen. Yleisen tiedon läpikäyminen yhdessä hoitajan kanssa pienentää väärinymmärrysten vaaraa. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa toimii lisäksi hoitosuhdetta

vahvistavana tekijänä. (Pollock ym. 2004, 393; Kilku 2008, 108; Walsh & Boyle 2009, 35; Hätönen 2010, 50.)

Potilasohjauksessa on myös käytetty kotitehtävien antamista potilaille kuten Walkerin ym. (2012, 884) tutkimuksessa, jossa potilaat saivat ohjaustilanteen päätteeksi kirjallisen materiaalin ohella kysymyksiä pohdittavakseen. Toisessa tutkimuksessa potilaille annettiin potilasohjauksen silloiseen aiheeseen liittyvä otsikko, jonka alle potilaat tiivistivät juuri oppimaansa asiaa. Tällä tavoin varmistettiin ohjauksessa saadun informaation perille meneminen. (Restek-Petrovic ym. 2012, 329.)

Videoavusteista ohjausta on käytetty psykiatrisessa potilasohjauksessa menestyksekkäästi yhdistettynä kirjalliseen materiaaliin ja keskusteluun (Walker ym. 2012, 884). DVD:lle tallennettuja ohjelmia on hyödynnetty ohjauksessa myös Kilkun (2008, 108) tutkimuksen mukaan. Anttila (2012, 48) on väitöskirjassaan tutkinut tietokoneavusteisen potilasohjauksen käyttöönottoa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan tietotekniikalla on suuri potentiaali laajamittaisen informaation välittäjänä, joskin sekä potilaan että hoitajan IT-osaamisella, asenteilla sekä potilaan psyykkisellä voinnilla on merkitystä ohjauksen onnistumiselle. Hoitajan läsnäolo ja ohjaaminen on tärkeää, jotta opetus saadaan kohdistettua potilaan yksilöllisiin tarpeisiin (Hätönen 2010, 50). Pitkänen (2010, 64) esittää tutkimuksessaan, että tietokoneavusteinen potilasohjaus toiminee paremmin nuoremmille potilaille, joille tietotekniikan käyttäminen on luontevampaa. Tietokoneavusteinen ohjaus asettaa potilaan monesti aktiiviseen rooliin koneen käyttäjänä, mutta tietotekniikkaa on hyödynnetty ohjauksessa myös käyttämällä PowerPoint – esitystä hoitohenkilökunnan potilaille pitämän luennon tukena (Restek-Petrovic ym. 2012, 328).

Potilaat ja perheet käyttävät Internetiä tiedonhakuun myös itsenäisesti, mutta uhkana on asiattomille ja virheellistä tietoa sisältäville sivuille päätyminen (Pollock ym. 2004, 393; Kilku 2008, 109). Tietotekniikan käytön uhkana on myös hoitajan ja potilaan välillä käytävän keskustelun vähentyminen (Huhtasalo ym. 2012, 551). Lisäksi Hätösen (2010, 50) tutkimuksessa potilaat pelkäsivät yksityisyydensuojansa puolesta. Hyödynnettäessä tietotekniikkaa tiedon hankinnassa onkin tärkeää, että hoitohenkilökunta ohjaa potilaita ja heidän läheisiään laadukkaille ja luotettaville Internet-sivustoille, joilla on ajantasaista tietoa yleisimmistä psykiatrisista sairauksista (Anttila 2012, 59). Internetistä

löytyneestä tiedosta on myös tärkeää keskustella hoidon aikana, jotta vältetään vääriä johtopäätöksiltä (Kilkku 2008, 109).

Esimerkkien käyttäminen potilasohjauksessa tekee yleisestä tiedosta käytännön läheisempää, jolloin potilaiden on helpompi soveltaa tietoa ja peilata sitä omaan tilanteeseensa (Kilkku 2008, 109; Restec-Petrovic ym. 2012, 328). Luovien menetelmien, kuten erilaisten rooliharjoitusten käyttäminen ohjauksessa tuli ilmi Kilkun (2008, 109) ja Pitkäsen (2010, 47) tutkimuksissa. Ohjauksen tukena on käytetty myös potilaan vointia kuvaavia oiremittareita sekä potilaskertomusta, jonka läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa voi auttaa sairauden hahmottamisessa (Kilkku 2008, 109).

Potilasohjausta annetaan erilaisilla **menetelmillä**. Yksilöohjausta tapahtuu koko hoitoprosessin ajan potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa. Etenkin nimetyn omahoitajan kanssa käytävissä keskusteluissa tulevat esiin potilaan vointiin ja hoitoon liittyvät asiat, joista potilas ei välttämättä pysty tai halua keskustella ryhmässä. Potilaan akuuttien oireiden vuoksi keskustelutarvetta saattaa olla usein, jolloin ohjausta annetaan joustavammin. Ohjausta voi toteuttaa myös toiminnan kautta esimerkiksi opettelemalla arjen hallintaa ja tilanteita, kuten kaupungilla liikkumista. (Aho 2008, 37–41.) Yhdessä tekemistä potilaan kanssa erilaisten aktiviteettien muodossa voidaan ajatella myös opetustilanteena (Kilkku 2008, 110; Pitkänen 2010, 47).

Ryhmässä tapahtuvaa psykoedukaatiota on käytetty psykiatristen potilaiden ja heidän perheidensä ohjauksessa paljon. Erilaisilla kursseilla ja useita tapaamisia sisältävillä interventioilla on usein strukturoitu rakenne, jolloin ohjauksen sisältöä käydään suunnitellussa järjestyksessä ja aikataulussa läpi. Näin on menetelty esimerkiksi Walkerin ym. (2012, 883–884) tutkimuksessa, jossa psykiatrisen sairauden kanssa selviytymistä opetettiin kolmessa moduulissa edeten sairauden määrittelystä potilasoikeuksien kautta selviytymiskeinoihin ja toipumiseen. Tapaamisia järjestettiin suljetussa ryhmässä kahdesti viikossa tunnin ajan yhteensä 11 viikkoa. Restek-Petrovicin ym. (2012, 328–329) tutkimuksessa psykoedukaatio tapahtui niin ikään potilaiden, perheiden ja työntekijöiden yhteisessä työpajassa, joka kokoontui kolme kertaa. Ensimmäiset työpajat sisälsivät kokemusten vaihtoa ja keskustelua sairaudesta ja sen hoidosta ja viimeisessä työpajassa kerrattiin opittua asiaa.

Ryhmäohjauksen etuna on mahdollisuus vertaistukeen ja toiselta oppimiseen sekä paremman ymmärryksen ja perspektiivin saaminen omaan sairauteen (Restek-Petrovic ym. 2012, 325). Ohjausta voidaan antaa myös pelkästään potilaille, mutta perheen ottamisella mukaan ohjaukseen on todettu olevan positiivinen vaikutus sairauden oireisiin ja toipumiseen (Lincoln ym. 2007, 242–243; Restek-Petrovic ym. 2012, 328). Radcliffen ym. (2012, 754–755) tutkimilla akuuttipsykiatrian osastoilla työskenteli perhehoitotyöhön koulutusta saaneita sairaanhoitajia, jotka tapasivat potilaiden perheitä säännöllisesti. Perheille järjestettiin neljä tapaamista, joiden aikana käsiteltiin perheen tilannetta ja jaksamista. Perheen historiaa käytiin läpi ja perhettä haastettiin miettimään keinoja, joiden avulla vaikeista tilanteista on selvitty aikaisemmin. Perhe sai tuoda esiin omia näkemyksiään sairauden syistä, esittää kysymyksiä ja ilmaista omia tunteitaan. Samalla kartoitettiin perheen tuen tarve ja laadittiin jatkohoitosuunnitelmia. Myös Kivimäen (2008, 34–35) tutkimuksessa perhetyötä tekivät aktiivisemmin siihen lisäkoulutusta saaneet hoitajat.

Perhehoitotyötä tehdään akuuttipsykiatrisilla osastoilla päivittäin, joko suunniteltujen tapaamisten merkeissä tai olemalla muutoin yhteydessä perheeseen. Hoitoneuvottelut, verkosto- ja paritapaamiset ovat tärkeitä väyliä potilaan ja hänen perheensä ohjaukselle. Lapsiperheinterventioiden avulla voidaan puuttua mahdollisimman varhain perheen lasten tilanteeseen antaen samalla tietoa vanhemman sairaudesta lasten ymmärtämällä tavalla. (Kivimäki 2008, 37, 41, 52.) Yhteiset tapaamiset heijastavat lisäksi potilaan ja läheisten käyttäytymismalleja, joihin hoitaja voi vaikuttaa esimerkiksi toimimalla vuorovaikutusmallina vaikeista asioista puhumisessa (Kilku 2008, 107).

Potilasohjauksen **laatuun vaikuttavia tekijöitä** on useita. Tiedon antamisen ja ohjauksen ajoitus on tärkeää. Tutkimuksissa nousi esiin ohjauksen tärkeys etenkin sairauden puhkeamisvaiheessa (Kilku 2008, 102) sekä hoitoon tullessa (Pollock ym. 2004, 394; Walsh & Boyle 2009, 35). Hotin (2004, 81) tutkimuksessa korostui diagnoosin saamisen ajankohdan merkitys: jopa 28 prosenttia potilaista koki saaneensa tiedon sairaudestaan liian myöhään. Ohjauksen ajoitus ja etenkin annetun tiedon kertaaminen ja varmistaminen on ymmärrettävyyden kannalta tärkeää. Tieto saattaa olla potilaalle ja hänen perheelleen täysin uutta tai potilaan kognitiiviset ongelmat etenkin sairauden akuuttivaiheessa voivat hankaloittaa saadun ohjauksen ymmärtämistä. (Pollock ym. 2004, 394; Kilku 2008, 103–104.)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on osa laadukasta ohjausta. Omahoitajajärjestelmä mahdollistaa yksilövastuisten hoitotyön toteutumisen ja luottamuksellisen yhteistyön syntymisen (Aho 2008, 41, Kilkku 2008, 97). Kivimäen (2008, 34) tutkimuksen mukaan omahoitaja on avainasemassa myös perhehoitotyön toteutuksessa. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää kirjata potilaan hoitoon liittyvät asiat huolellisesti, sillä huolellinen kirjaaminen takaa tiedon kulun myös laitos- ja avohoidon yksiköiden välillä. (Kilkku 2008, 104–105.) Potilaan tiedottaminen avohoidon palveluista sekä mahdolliset tutustumiskäynnit hoidon aikana tukevat myös hoidon jatkuvuutta (Aho 2008, 59; Kilkku 2008, 104–105, 107; Walsh & Boyle 2009, 36).

Potilasohjauksessa annetun tiedon on oltava luotettavaa ja hoitajalla tulee olla riittävästi tietämystä psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. (Kilkku 2008, 109; Hätönen 2010, 47). Eri ohjausvälineitä tulee osata käyttää, mikä korostui etenkin Anttilan (2012, 48) tietotekniikkaan perustuvaa ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa. Mikäli hoitaja ei osaa vastata potilaan ja perheen esittämiin kysymyksiin, tarvittava tieto etsitään tai selvitetään moniammatillista työryhmää hyödyntämällä (Radcliffe ym. 2012, 755). Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että potilaat ja perheet saavat näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisilta sen sijaan, että etsisivät sitä itse vähemmän luotettavista lähteistä (Pollock ym. 2004, 393).

Ohjauksen yksilöllisyys ja potilaskohtaisten tarpeiden huomiointi toteutuu paremmin hoitajan antamassa ohjauksessa, kun yleistä tietoa mielenterveyshäiriöistä voidaan soveltaa. Yksilöllisyys tarkoittaa myös potilaan sairauden piirteiden ja potilaan taitojen huomioimista ohjauksessa. (Pollock ym. 2004, 393; Hätönen 2010, 49.) Esimerkiksi tietotekniikkaan pohjautuvassa potilasohjauksessa potilaan IT-taidoilla on suuri merkitys ohjauksen onnistumisessa (Hätönen 2010, 50). Ahon (2008, 59, 61) tutkimuksessa tulee esiin potilaan mahdollisuus osallistua esimerkiksi hoitoneuvotteluihin passiivisessa roolissa kuuntelijana, mikäli hän ei psykoottisen oireilunsa vuoksi voi keskustella. Samassa tutkimuksessa myös potilaiden ja hoitajien henkilökemiat huomioitiin hoitosuhdetta muodostettaessa, mikä tukee omalta osaltaan potilaan ohjaamisen onnistumista.

Hoitajan ohjaustaidot ovat keskeinen osa onnistunutta ohjausta ja niihin voidaan vaikuttaa koulutuksen avulla (Kilkku 2008, 109; Huhtasalo ym. 2010, 552; Pitkänen

2010, 66). Huhtasalon ym. (2012, 549–551) tutkimuksessa tunnistettiin viisi erilaista roolia, joita hoitaja joustavasti käyttää ohjausta antaessaan. Oppijan rooli voi tulla kyseeseen esimerkiksi käytettäessä tietokonetta ohjauksen välineenä, jolloin monesti potilaan IT-taidot voivat olla paremmat, kuin hoitajalla. Neuvonantajana hoitaja kontrolloi ja johdattelee ohjaustilannetta potilaan taitojen ja psyykkisen voinnin mukaan, käyttää joustavasti strukturoitua ohjausmenetelmää ja motivoi potilasta sekä tarpeen mukaan rajaa potilaan käytöstä. Työtoverina toimiessaan hoitaja työskentelee yhdessä potilaan kanssa antaen potilaan itse määrittää ohjaustarpeensa ja valita käytettävää materiaalia. Päinvastaisessa roolissa hoitaja on opettaja, joka päättää ohjauksen sisällöstä ja toteuttaa ohjausta määrätietoisesti ja selkeän roolijaon puitteissa. Viides rooli on rajoittaja, jonka hoitaja omaksuu potilaan tilan ja käytöksen vaatiessa puuttumista ja huomion palauttamista ohjaustapahtumaan.

Roolien käyttämistä kuvataan tutkimuksessa jatkumona, eli hoitaja vaihtaa rooleja joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla ja joskus useastikin yhden ohjaamiskerran aikana. Tämä taito mukautua ohjaajana potilaan yksilöllisten tarpeiden ja ominaisuuksien mukaan tekee ohjaamisesta laadukasta. Oppijan rooli on potilaan näkökulmasta kaikkein aktiivisin rooli, kun taas rajoittajana hoitajan auktoriteetti näkyy voimakkaimmin, kuitenkin nykypäivänä psykiatriassa painotetaan tasavertaista yhteistyössä toimimista potilaan kanssa. (Huhtasalo ym. 2012, 551–552.)

Tasavertaisuuden merkitys ohjaamisessa korostuu myös muissa tutkimuksissa. Kilcku (2008, 101, 105) tuo tutkimuksessaan esiin potilaan ja hänen perheensä oman asiantuntijuuden, joka tulee ottaa huomioon ohjaamisessa: potilaan ja perheen kokemuksia ja ajatuksia tulee arvostaa ja hyödyntää hoidon suunnittelussa. Perhehoitotyötä tehdessä onkin muistettava, että perheellä on monesti hoidon kannalta arvokasta tietoa potilaan sairauteen liittyen (Kivimäki 2008, 48). Ahon (2008, 32) tutkimuksessa hoitajat kuvailivat potilaita oman elämänsä asiantuntijoina, jotka tuovat oman kokemuksellisen tietonsa hoitosuhteeseen hoitajan toimiessa enemmän teoreettisen tiedon lähteenä. Tasavertaisuutta tukevat myös hoitajan, potilaan ja perheen yhdessä hoidolle määritellyt tavoitteet (Kilcku 2008, 105). Tavoitteellisuus on yksi potilasohjauksen periaatteita ja tavoitteiden yhdessä määrittely on tärkeää potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Tavoitteiden laadintaan ja niiden elämiseen hoitosuhteen

aikana vaikuttavat pitkälti potilaan psyykinen vointi ja hoitajakson pituus. (Aho 2008, 33.)

5.1.3 Potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen vaikutukset

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen vaikuttavuus näkyy itsehoidon mahdollistumisena, tulevaisuuteen suuntautumisena sekä muutoksina perheessä (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen vaikuttavuus.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
Tiedon lisääntyminen Oireiden tunnistaminen Kognitiivisten taitojen vahvistuminen Hoitoon sitoutuminen Itsenäisyys ja omatoimisuus Ongelmanratkaisutaidot	Itsehoidon mahdollistuminen	Ohjaamisen vaikuttavuus
Voimaantuminen Toivo Sairauden hyväksyminen Luottamuksen palautuminen Hallinnan tunne	Tulevaisuuteen suuntautuminen	
Ymmärryksen lisääntyminen Kuulluksi tuleminen Kommunikaation parantuminen Suhtautumisen muuttuminen	Muutokset perheessä	

Potilaan itsenäisyyden tukeminen ja pärjäämisen helpottuminen ovat potilasohjauksen keskeisiä tavoitteita (Aho 2008, 32). **Itsehoito mahdollistuu** riittävän tiedon saamisen kautta ja potilaiden ja heidän perheidensä ohjaamisen onkin todettu lisäävän tietämystä ja ymmärrystä sairaudesta, sen hoidosta ja sen kanssa elämisestä (Lincoln ym. 2007, 242; Radcliffe ym. 2012, 755; Restek-Petrovic ym. 2012, 329; Walker ym. 2012, 881). Etenkin tietotekniikan hyödyntämisellä nähtiin olevan suurta potentiaalia myös

itsehoidon suhteen, kun opitut IT-taidot voi ottaa käyttöön kotonakin (Anttila 2012, 56). Lincolnin ym. (2007, 242) tutkimuksessa perheille annetun psykoedukaation todettiin vaikuttavan estävästi sairauden uusiutumiseen perheiden tukiessa potilasta oireiden tunnistamisessa ja stressin säätelyssä. Perhe toimii myös läheisensä muistin tukena potilasohjauksessa opittuja asioita kerratessa (Kilkku 2008, 104).

Tiedon saaminen tukee myös itsemääräämisoikeuden toteutumista ja mahdollistaa potilaalle itsenäisten päätösten tekemisen muun muassa hoidon sekä lääkehoidon tarpeellisuutta ja toteutusta koskevissa asioissa (Pollock ym. 2004, 398; Kilkku 2008, 112). Autonomian palautuminen on potilaan toipumisen kannalta merkittävää (Pollock ym. 2004, 398). Hoitoon hakeutuminen helpottuu myös ohjauksen myötä, kun potilas ja perhe tietävät, mistä apua kannattaa jatkossa lähteä hakemaan (Kilkku 2008, 112).

Tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyy vahvasti voimaantuminen sekä hallinnan ja luottamuksen tunteen palautuminen. Arkipäivistä selviytyminen ja oireiden kanssa elämään oppiminen lisäävät hallinnan tunnetta. Potilaan ja perheen asenteissa mielenterveysongelmia kohtaan voi tapahtua ratkaisevaa muutosta ja selviytymisestä saatetaan tuntea jopa ylpeyttä. Voimaantuminen johtaa monesti myös haluun auttaa muita samassa tilanteessa olevia. (Kilkku 2008, 113.) Luottamuksen kuvattiin palautuneen hoidon ja toipumisen myötä paitsi omaan itseen, niin myös hoitojärjestelmään (Kilkku 2008, 113; Radcliffe ym. 2012, 755). Kilkun (2008, 113) tutkimuksessa tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyi lisäksi vahvasti toivo elämän jatkumisesta sairaudesta huolimatta sekä toivo mahdollisesta parantumisesta.

Psykiatrisen potilaan **perheen suhtautumisessa ja asenteissa tapahtuu muutoksia** ohjaamisen saamisen myötä. Kuulluksi tuleminen ja vastausten saaminen edistää perheen hyvinvointia. Tieto lisää ymmärrystä läheisen sairaudesta ja johtaa perhesuhteiden paranemiseen kommunikointitaitojen karttuessa. Perheet kokivat, että ohjauksen myötä heidän oli helpompi käsitellä perheensisäisiä ongelmiaan ja suhtautuminen sairastuneeseen saattoi muuttua ymmärtävämmäksi lisääntyneen tiedon myötä (McFarlane ym. 2003, 233; Kilkku 2008, 106; Radcliffe ym. 2012, 753, 755; Restek-Petrovic ym. 2012, 328). Potilaan ja perheen kokemat syyllisyyden ja häpeän tunteet lievittyvät heidän saadessaan asiantietoa mielenterveysongelmien yleisyydestä ja syistä. (Kilkku 2008, 102)

5.2 Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen kehittämistarpeet akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisella on tutkimusten mukaan kehittämistarpeita liittyen ohjaamiseen käytettävissä oleviin resursseihin, ohjaamisen laatuun vaikuttaviin tekijöihin sekä potilaan ja hänen perheensä toiveiden huomioimiseen (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen kehittämistarpeet.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
Ohjaukseen käytettävä aika Henkilöstön määrä Lyhyet hoitajaksot Tilat ohjaukselle Keskeytymätön ohjaus Enemmän ohjausmateriaalia ja -välineitä Koulutuksen hyödyntäminen	Ohjaamiseen käytettävissä olevat resurssit	Ohjaamisen kehittämistarpeet
Asenteet Motivaation puute Sairauden oireet Osaamattomuus Omatoimisuuden ja aktiivisuuden vaatimus Kohtaamattomuus Riittämätön tiedonanto Ohjauksesta kieltäytyminen Systemaattisuus	Ohjaamisen laatuun vaikuttavat tekijät	
Monipuolinen ohjaus Yksilöllisyys Arvostava kohtaaminen Mahdollisuus vaikuttaa Ammattitaitoinen ohjaus Enemmän kontaktia Ohjauksen tarjoaminen kaikille Tiedon saanti	Potilaan ja hänen perheensä toiveiden huomioiminen	

Tutkimusten mukaan **ohjaamiseen käytettävissä oleviin resursseihin** liittyy paljon kehittämistarpeita. Akuuttipsykiatrisen hoitotyön luonne on usein kiireinen, minkä vuoksi ohjaamiseen on vaikea löytää aikaa. Päivittäiset rutiinitehtävät kuten tiedon

kirjaaminen ja raportointi ottavat oman aikansa. Hoitajilla tulisi olla mahdollisuus työskennellä potilaiden ja perheiden kanssa, mikä edellyttää aikatauluissa joustamista ja riittävää henkilöstön määrää. (Pollock ym. 2004, 397; Kilkku 2008, 82; Kivimäki 2008, 31–32; Walsh & Boyle 2009, 34; Pitkänen 2010, 66; Radcliffe ym. 2012, 752.) Etenkin tietokonepohjaisen potilasopetuksen koetaan vievän paljon hoitajien aikaa johtuen teknisistä ongelmista ja IT-taitojen puutteesta (Anttila 2012, 47).

Akuuttipsykiatrisen osastohoidon lyhyet hoitajaksot tuovat haasteita potilasohjaukselle. Varsinkin potilaan perheen huomioiminen voi jäädä vähäiseksi viikon tai kahden viikon mittaisilla hoitajaksolla. (Kivimäki 2008, 46.) Hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden koettiin vaikuttavan negatiivisesti hoidon laatuun potilaan ja hänen perheensä jäädessä vieraaksi hoitavalle henkilökunnalle. Myös työntekijä jäi tällöin vieraaksi potilaalle ja perheelle. Potilaat kokivat myös omien asioidensa läpikäymisen yhä uudelleen uusille ihmisille olevan väsyttävää. (Kilkku 2008, 82.)

Potilaiden ja perheiden ohjaaminen asettaa vaatimuksia osaston fyysisille tiloille. Ohjaustilanteiden ja perhehoitotyön toteuttaminen edellyttää rauhallisia ja riittävän suuria tiloja. (Kivimäki 2008, 31; Radcliffe ym. 2012, 753.) Ahon (2008, 62) tutkimuksessa nousi esiin myös tilojen viihtyisyyden merkitys ohjaustilanteeseen. Yksityisyyttä voidaan lisätä esimerkiksi lukituilla ovilla ja toteuttamalla ohjausta osaston ulkopuolisissa tiloissa. (Aho 2008, 62; Radcliffe ym. 2012, 753.) Potilasohjauksen keskeytyminen puhelimen soidessa tai ulkopuolisen tullessa tilaan, jossa ohjausta annettiin, koettiin häiritsevänä Anttilan (2012, 45) tutkimuksessa.

Akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä on tarvetta monipuolisille ohjausmateriaaleille ja -välineille. Hoitajien mielestä ohjausmateriaalia on liian vähän ja etenkin laadukasta kirjallista materiaalia kaivataan enemmän. (Pollock ym. 2004, 397; Kilkku 2008, 107; Hätönen 2010, 55.) Erilaisia ohjausvälineitä tulisi olla potilaiden saatavilla ja IT-opetuksen käyttöönottoon tulee panostaa. Tämä edellyttää hoitajien kouluttamista. (Hätönen 2010, 50; Anttila 2012, 47.) Hoitohenkilökunnan sitoutuminen koulutuksiin lisääkin merkittävästi ohjaamisen resursseja. Tutkimusten mukaan hoitajien tiedoissa ja taidoissa potilasopetuksen toteuttamiseksi on kuitenkin parantamisen varaa. (Kilkku 2008, 109; Hätönen 2010, 49.)

Perhehoitotyön lisäkoulutusta saaneet hoitajat toteuttavat perheohjausta aktiivisemmin, kuitenkin perhehoitotyön katsotaan kuuluvan kaikille työntekijöille (Kivimäki 2008, 34–35). Radcliffen ym. (2012, 752) tutkimuksessa perhehoitotyöhön koulutetut hoitajat opettivat kollegoilleen perhehoitotyön menetelmiä. Hoitajat kokevat Ahon (2008, 67) mukaan erilaisten koulutusten lisäävän ammattitaitoa hoitosuhdetyöskentelyssä. Lisäksi he pitävät työnohjausta ammattitaitoa lisäävänä ja tukevana tekijänä.

Ohjauksen laatuun vaikuttavien tekijöiden kehittämistarpeita löytyi tutkimuksista runsaasti. Hoitajien ja potilaiden negatiiviset asenteet ja huono motivaatio vaikuttavat estävästi ohjauksen onnistumiseen. Motivaation puute voi johtua esimerkiksi potilaan sairauden oireista tai hoitajan ja potilaan vaikeuksista käyttää tietotekniikkaa. (Anttila 2012, 47) Hoitajan tunne omasta osaamattomuudesta ja kiireestä vaikuttaa myös asenteisiin ohjausta kohtaan. (Huhtasalo ym. 2012, 549–550.) Tiedonantamisen esteenä voi olla hoitajien huoli siitä, että tiedon saaminen voisi joissain tapauksissa olla potilaalle haitallista. Akuuttipsykiatrisessa hoidossa tapana on monesti hoitaa ensin ja selittää myöhemmin. (Pollock ym. 2004, 396–397.) Potilaan huono psyykinen vointi johtaa myös helposti asioiden päättämiseen hänen puolestaan. Hoitoon saattaa liittyä myös vaatimus omatoimisuudesta ja aktiivisuudesta, mikä on usein epärealistinen odotus potilaan voidessa huonosti. (Kilkku 2008, 82.)

Vuorovaikutus ja ohjaaminen voi estyä kohtaamattomuuden vuoksi, kun asioita jätetään kertomatta potilaille ja heidän perheilleen ja heidän tarpeensa sivuutetaan. Myös potilas ja perhe voivat jättää kertomatta asioita hoitohenkilökunnalle. (Kilkku 2008, 80–81.) Walshin & Boylen (2009, 35) tutkimuksessa potilaiden voinnista ei aina kysytty suoraan, vaan tehtiin johtopäätöksiä ainoastaan potilasta havainnoimalla. Potilaille tuli ajoittain tunne lääkehoidon ja osaston rutiineiden menemisestä potilaan hyvinvoinnin edelle. Perheitä ei välttämättä kutsuttu tapaamisiin lainkaan ja Radcliffen ym. (2012, 752) mukaan kaikki perheet eivät tavanneet hoitajaa lainkaan läheisensä osastohoidon aikana.

Tietoa ei aina anneta riittävästi potilaalle ja hänen perheelleen koskien sairautta ja sen hoitoa. Perustelut hoitoa koskevista päätöksistä saatetaan jättää antamatta eikä esimerkiksi akuuttivaiheessa tapahtuneesta hoidosta keskustella jälkikäteen. (Kilkku 2008, 80–81; Radcliffe ym. 2012, 752.) Monesti hoitajille ei uskalleta esittää

kysymyksiä, kun ei tiedetä sille sopivaa hetkeä tai jatkuva kyseleminen koetaan hoitajien työtä häiritsevänä. (Kilcku 2008, 82; Radcliffe ym. 2012, 752.) Pollockin ym. (2004, 397–398) mukaan hoitajat joskus jopa unohtivat antaa tietoa potilaalle ja hänen perheelleen tai vähättelivät annetun tiedon merkitystä.

Ohjauksen toteutumattomuuden syynä voi olla myös potilaan ja hänen perheensä kieltäytyminen ohjaamisesta. Potilas saattaa olla akuuttivaiheessa sairautentunnoton ja kieltäytyy sen vuoksi esimerkiksi lääkityksestä. (Pollock ym. 2004, 397; Radcliffe 2012, 756.) Joissain tapauksissa potilas ei halua perheensä osallistuvan hoitoonsa tai hänellä ei ole olemassa tärkeää läheistä ihmistä (Kivimäki 2008, 42). Tutkimusten mukaan perheet saattavat olla vastentahtoisia ohjauksen suhteen ja jättää kertomatta kotioloja koskevaa tietoa itseään suojellakseen. Hoidosta ja ohjauksesta kieltäytyminen ja esimerkiksi avun tarpeen vähättely liittyvät usein sairauden herättämiin puolustusreaktioihin. (Kivimäki 2008, 43; Radcliffe 2012, 756.)

Potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen systemaattisuudella voidaan vaikuttaa ohjaamisen laatuun. Ohjaamisen tulisi tapahtua psykiatrisessa hoidossa rutiininomaisesti ja sitä tulisi tarjota kaikille tasavertaisesti. (Pollock ym. 2004, 393; Hätönen 2010, 55.) Annettavan ohjauksen strukturoitu rakenne on todettu tutkimuksissa toimivaksi, joskin potilas- ja perhekohtainen soveltaminen ovat tärkeitä (Hätönen 2010, 55; Radcliffe ym. 2012, 753; Walker ym. 2012, 889).

Potilaan ja hänen perheensä toiveet huomioimalla voidaan kehittää ohjaamista. Hätösen (2010, 55) tutkimuksessa potilaat toivoivat monipuolisempaa eri ohjausmenetelmien käyttöä potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Tiedon lähteet, kuten tietotekniikka ja media tulisi olla laajalti potilaiden saatavilla (Pollock ym. 2004, 393). Potilaat halusivat myös itse päästä vaikuttamaan omaan ohjaukseensa ja saada asiantuntijuudelleen arvostusta hoitohenkilökunnalta (Hätönen 2010, 55). Potilaille ja perheillä on paljon odotuksia mielenterveysalan ammattilaisten osaamista kohtaan (Kilcku 2008, 78). Hoitohenkilökunnan tietoihin ja taitoihin ohjaukseen liittyen toivotaan kuitenkin parannusta. Etenkin hoitajien ajantasaisen tiedon hallinnassa nähdään parantamisen varaa, sillä ilman psykiatristen sairauksien tuntemusta on hyvää ohjausta vaikea antaa. (Hätönen 2010, 55.)

Radcliffen ym. (2012, 752) mukaan 68 prosenttia tutkimukseen osallistuneista perheitä toivoi enemmän kontaktia hoitohenkilökunnan kanssa. Sairaalaantulotilanteessa potilaan vastaanottaminen sekä osastosta kertominen on tärkeää (Walsh & Boyle 2009, 35). Läheisten huomioiminen ja kiinnostus heidän jaksamisestaan koetaan merkittäväksi (Kilkku 2008, 100). Potilaat ja heidän perheensä haluavat puhua suoraan hoitavan henkilökunnan kanssa hoitoon liittyvistä asioista sen sijaan, että etsisivät tietoa jostain muualta. Itse hankitulle tiedolle on tärkeää saada ammattilaisen näkökulma. Toiveissa on myös, että informaatiota tarjottaisiin rutiininomaisesti kaikille ja ohjaamiselle järjestettäisiin aikaa. (Pollock ym. 2004, 393.)

Psykiatriset potilaat ja heidän läheisensä kokevat tutkimusten mukaan tarvitsevansa enemmän tietoa sairaudestaan kuin mitä hoitohenkilökunta kokee tarpeelliseksi antaa. Tietoa tulee antaa sekä sairautta epäiltäessä että useita kertoja sairauden toteamisen jälkeen. Tiedon saaminen sairauden akuuttivaiheessa on tärkeää, jotta potilas ja hänen perheensä pääsevät käsittelemään tapahtunutta heti alkuvaiheesta alkaen. (Pollock 2004, 398–399; Hotti 2004, 120; Kilkku 2008, 102.) Tutkimusten mukaan potilaat haluavat ohjaukseen sisältyvän enemmän tietoa eri hoitomuodoista (Walsh & Boyle 2009, 35) sekä lääkitykseen liittyvistä asioista (Pollock ym. 2004, 392). Hotin (2004, 84) tutkimuksessa yli puolet haastatelluista ei ollut saanut tietää sairauden syistä ja riskitekijöistä, sairautta pahentavista tekijöistä, perheterapiasta ja sairauden ennusteesta. Potilaat kokivat hoitajien tietävän huonosti sosiaalisista etuuksista sekä palvelujärjestelmästä. Hätösen (2010, 47) tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa tietoon koskien mahdollisuuksia valittaa hoidosta.

5.3 Yhteenveto tuloksista

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää, mitä on psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä sekä mitä kehittämistarpeita ohjaamisella on. Vastauksia kysymyksiin haettiin aikaisempia tutkimuksia analysoimalla sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Analysoitavia alkuperäistutkimuksia oli yhteensä viisitoista. Kumpaankin opinnäytetyön kysymykseen löytyi paljon tietoa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen käsittää kolme tekijää, joita ovat ohjaamisen tarpeet, ohjaaminen sekä ohjaamisen vaikuttavuus. Perheenjäsenen psyykkinen sairastuminen aiheuttaa perheelle erilaisia ohjaamisen tarpeita, joihin pyritään vastaamaan ohjaamalla potilasta ja hänen perhettään laadukkaasti erilaisten välineiden, menetelmien ja kohtaamisen keinoin. Ohjaamisella voidaan mahdollistaa itsehoito, tulevaisuuteen suuntautuminen sekä muutokset perheessä. (kuvio 2, 45.)

Aiemmista tutkimuksista selvisi, että psykiatriselle potilaalle ja hänen perheelleen syntyy ohjaamisen tarpeita erilaisista tunnereaktioista, joita sairaus herättää. Näitä tunteita ovat muun muassa pelko, häpeä ja syyllisyys. Sairautta voi olla vaikea hyväksyä ja ymmärtää ja uusi elämäntilanne voi vaikuttaa merkittävästi perheen rooleihin ja vuorovaikutukseen. Potilaan ja hänen perheensä tarpeena on myös saada tietoa sairauden kulusta sekä sairaudesta itsestään hoitovaihtoehtoineen. Hoitohenkilökunnalta tarvitaan emotionaalista tukea, mikä tarkoittaa empatian ja kiinnostuksen osoittamista sekä potilaan ja hänen perheensä jaksamisesta huolehtimista. Perhe tulee kohdata kunnioittavasti antaen tilaa ja aikaa kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiselle.

Ohjaamisen tulee sisältää monipuolisesti tietoa sairauden piirteistä, syistä, riskitekijöistä, ennakko-oireista ja ennusteesta sekä eri hoitovaihtoehtoista ja etenkin lääkehoidosta. Ohjaamista on myös osaston käytännöistä sekä potilaan oikeuksista ja hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksista kertominen. Koko perheen kanssa on tärkeää pohtia sairauden kanssa selviytymisen keinoja. Tietojen vaihtaminen tasavertaisessa yhteistyössä potilaan ja perheen kanssa on ohjaamisessa tärkeää.

Ohjaamista toteutetaan hyödyntämällä erilaisia välineitä, kuten kirjallisia ohjeita ja oppaita, audiovisuaalista materiaalia sekä tietotekniikkaa. Käytännön esimerkkejä, rooliharjoituksia sekä potilaskertomuksia ja oiremittareita käytetään myös. Tietotekniikkaa tulisi käyttää potilasohjauksessa yhä enemmän ja hoitajan tulee varmistaa tiedonlähteenä käytettävien sivujen luotettavuus ja ajantasaisuus. Ohjausvälineitä käytettäessä onkin muistettava hoitajan merkityksellinen rooli luotettavan ja epäluotettavan tiedon erittelijänä. Hoitajan ja potilaan sekä hänen

perheensä välinen keskustelu on tärkeää, jotta voidaan välttyä väärinymmärryksiltä ja soveltaa yleistä tietoa yksilölliselle tasolle.

Ohjausmenetelminä käytetään yksilö-, ryhmä- ja perheohjausta. Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen toteutuu jokapäiväisessä kohtaamisessa tietoa jakamalla ja vaihtamalla, mutta sille on tärkeää myös järjestää oma aikansa ja tilansa. Yksilöohjausta tapahtuu koko hoidon ajan esimerkiksi hoidollisten keskustelujen muodossa. Psykoedukaatiota on tutkimusten mukaan toteutettu ryhmille erilaisten strukturoitujen kurssien ja työpajojen muodossa. Ryhmässä tapahtuva ohjaaminen mahdollistaa vertaistuen saamisen kokemuksia vaihtamalla ja opettaa samalla vuorovaikutustaitoja. Perhehoitotyötä tehdään osastoilla päivittäin joko suunniteltujen tapaamisten merkeissä tai spontaanisti.

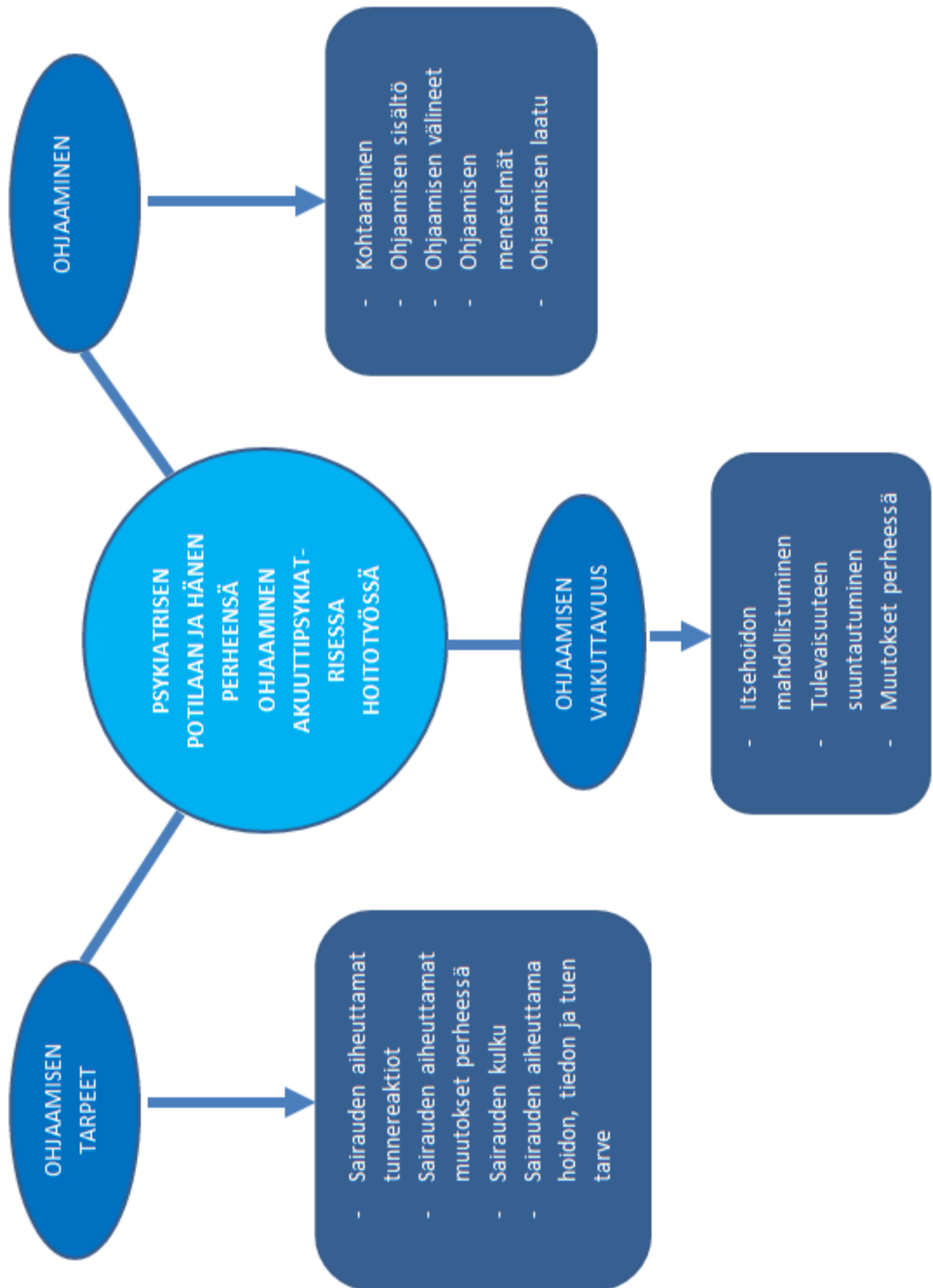
Tulosten mukaan ohjaaminen on tehokkaimmillaan silloin, kun sitä annetaan koko perheelle. Perheen on tärkeää saada tietoa läheisensä sairaudesta voidakseen ymmärtää ja tukea sairastunutta perheenjäsentä. Osastolta kotiutumisen jälkeen perhe toimii sairastuneen muistin tukena ja osaa tunnistaa sairauden pahenemisvaiheet sekä tarvittaessa avustaa hoitoon hakeutumisessa. Ohjaamisessa on kuitenkin tärkeää, että potilas saa itse määritellä keitä hänen perheeseensä kuuluu ja missä määrin he saavat osallistua hoitoon. Tutkimusten mukaan kaikki perheet eivät halua tai tarvitse ohjausta.

Ohjaustaidot mahdollistavat ohjauksen yksilöllisyyden. Tutkimuksissa hoitajat, potilaat ja perheet kokivat hyväksi, että ohjausta varten on olemassa selkeä rakenne, jota kuitenkin voidaan soveltaa potilaan ja perheen tarpeiden mukaan. Hoitajan on tarvittaessa otettava aktiivisempi rooli ohjauksen eteenpäin viemiseksi esimerkiksi potilaan ollessa keskittymiskyvytön. Kuitenkin hoitajan tulee kohdata potilas tasavertaisena ja nykypäivänä potilasohjauksessa korostuukin potilaan rooli aktiivisena osallistujana ja oman tilanteensa asiantuntijana.

Ohjauksen laatuun voidaan vaikuttaa kiinnittämällä huomiota ohjaamisen ajoitukseen ymmärrettävyyteen sekä varmistamiseen. Ohjausta antavalla hoitajalla tulee olla riittävät tiedot ja taidot, jotka takaavat luotettavan tiedon antamisen sekä yksilöllisen ohjaamisen. Ohjaamisen tulee lisäksi olla tasavertaista ja tavoitteellista. Tutkimuksista kävi ilmi myös se, että ohjauksen tulisi olla systemaattista ja sitä tulisi antaa

rutiininomaisesti kaikille. Akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä tulee panostaa ohjaamiseen käytettävissä oleviin resursseihin, kuten ohjaukseen soveltuviin tiloihin ja riittävään henkilökuntaan. Hoitajilla tulisi olla tarpeeksi aikaa ohjaamiselle muun osastotyön ohessa. Tutkimusten mukaan ne hoitajat, joilla oli perhetyön koulutus, toteuttivat aktiivisemmin ohjausta. Riittävä koulutus tukee hoitajan valmiuksia antaa ohjausta niin potilaalle kuin hänen perheelleen.

Ohjaamisen vaikutukset ilmenivät tutkimuksissa itsehoidon mahdollistumisena tiedon saamisen edesauttaessa omatoimista selviytymistä sairauden kanssa. Tunne sairauden hyväksymisestä ja hallinnasta auttoi suuntaamaan tulevaisuuteen. Perheiden kommunikointi parani ohjaamisen myötä ja tiedon saaminen auttoi perheitä suhtautumaan sairastuneeseen läheiseen eri tavalla.

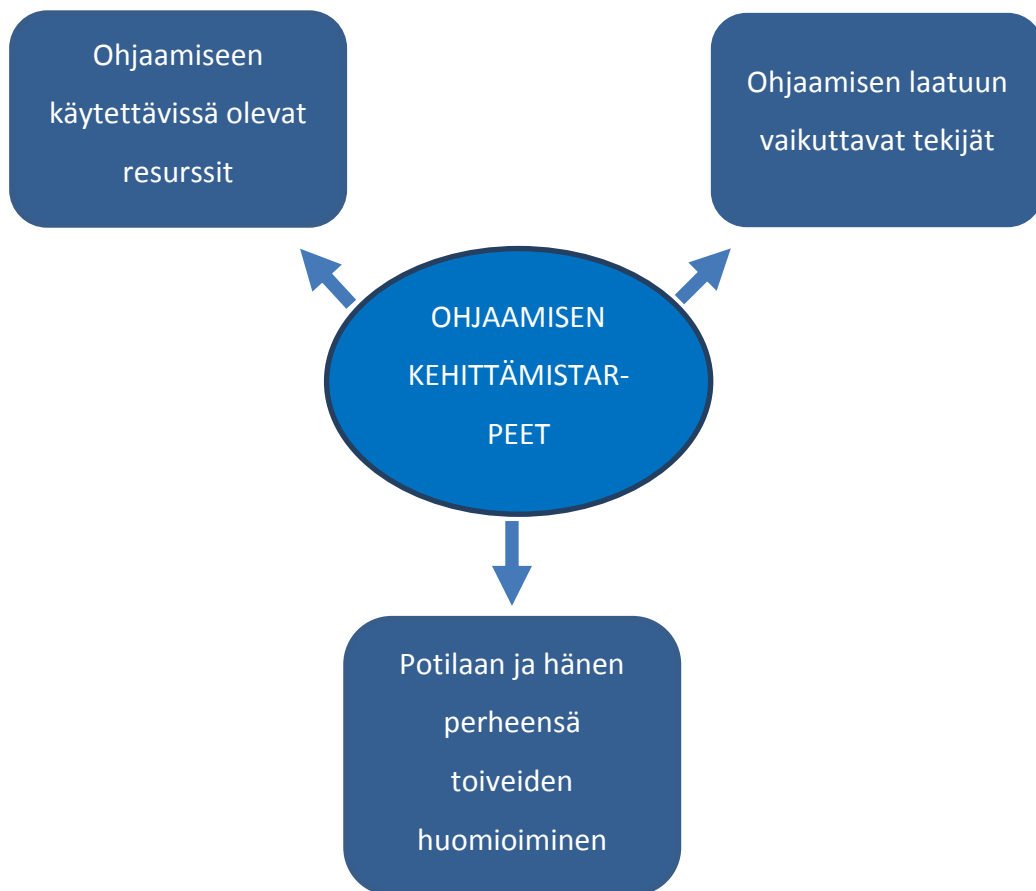


KUVIO 2. Psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisella akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä on useita kehittämistarpeita liittyen käytettävissä oleviin resursseihin, annettavan ohjauksen laatuun sekä potilaiden ja perheiden toiveisiin. (kuvio 3, 47.) Ohjaamiselle tarvitaan enemmän aikaa rutiinitehtävien ohelle ja fyysisten tilojen tulee olla tarpeenmukaiset. Hoitajat toivoivat lisäksi enemmän ohjausmateriaalia ja -välineitä sekä koulutuksen saamista ja hyödyntämistä.

Tutkimusten mukaan potilaat ja perheet haluavat enemmän tietoa kuin saavat. Hoitohenkilökunta jättää tietoa antamatta pelätessään sen olevan enemmänkin haitaksi kuin hyödyksi potilaalle. Akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä saatetaan monesti hoitaa ensin ja antaa tietoa vasta sen jälkeen myös sillä perusteella, että potilaan kyky vastaanottaa tietoa on heikentynyt. Potilaat ja perheet kokevat kuitenkin tiedonsaamisen tärkeäksi kaikissa sairauden vaiheissa ja etenkin akuuttivaiheessa. Tiedon kertaamisen ja varmistamisen merkitys korostui tutkimuksissa.

Ohjaamisen laatua heikentävät huonot asenteet ja motivaation puute niin hoitajan kuin ohjattavan potilaan ja perheen taholta. Sairauden piirteet voivat vaikuttaa ohjaamisen onnistumiseen. Hoitajien osaamattomuus, riittämätön tiedon antaminen sekä puutteet potilaan ja perheen kohtaamisessa nousivat tutkimuksissa esiin. Kaikki potilaat ja perheet eivät myöskään halua ohjausta, kuitenkin ohjausta tulisi tarjota kaikille systemaattisesti. Potilaiden ja perheiden toiveissa onkin saada monipuolista, ammattitaitoista ja yksilöllistä ohjausta, johon on mahdollista myös itse vaikuttaa.



KUVIO 3. Ohjaamisen kehittämistarpeet.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä aiempia tutkimuksia valitusta aiheesta ja tehdä löydetyn tiedon pohjalta kattava synteesi. Luotettavuuskysymykset ovat menetelmän kohdalla erityisen keskeisiä, sillä huolimattomasti tehty katsaus tuottaa epäluotettavaa tietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on prosessi, jonka kaikki vaiheet katsauksen suunnittelusta tulosten raportointiin tulee tehdä huolellisesti. (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 46-47.) Tässä opinnäytetyössä on edetty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheiden mukaisesti, jotta katsauksesta tulisi mahdollisimman laadukas.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on laatia tutkimussuunnitelma, jossa määritetään tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten valitsemiselle (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Tutkimuksen tekemisen voi aloittaa vasta, kun sille on saatu tutkimuslupa (Kuula 2006, 144). Tälle opinnäytetyölle annettiin tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta elokuussa 2013.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, miten aineistoa kerätään, analysoidaan sekä raportoidaan. Aineiston keräämisen tulee olla hyvin suunniteltua ja yhdenmukaista ja tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Elo ym. 2011, 147.) Hakutermien valinta ja tiedonhaun suorittaminen on katsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, sillä siinä tehdyt virheet johtavat epäluotettaviin tuloksiin. Haut tulee kohdistaa tietolähteisiin, joista todennäköisimmin löytyy tutkimussuunnitelman kysymysten kannalta oleellista tietoa. Hausta tulee riittävän kattava, kun siihen sisällytetään niin sähköinen kuin manuaalinen haku. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Tutkimusten sisäänottokriteerit tulee määrittellä tarkasti ja niiden tulee olla tarkoituksen mukaiset (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 48).

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku tehtiin useista luotettavista tietokannoista tarkkaan valittuja hakusanoja yhdistellen. Hakuja tehtiin sekä suomenkielisillä että

englanninkielisillä hakutermeillä sähköisistä tietokannoista. (taulukko 1.) Tiedonhaku monipuolistettiin etsimällä alkuperäistutkimuksia myös manuaalisesti. Sisäänottokriteerit määriteltiin ennen tiedonhaun suorittamista ja ennen tutkimusten valintaa kaikki hakutulokset käytiin läpi. Tiedonhaku tuotti varsin runsaasti tuloksia rajauksista huolimatta etenkin Google Scholaria käytettäessä, mikä tulee huomioida tiedonhaun luotettavuutta pohdittaessa. Kyseistä tietokantaa päätettiin kuitenkin käyttää, sillä sieltä löytyi kolme aiheeseen hyvin sopivaa tutkimusta.

Analysoitavien alkuperäistutkimusten laatuun on kiinnitettävä erityistä huomiota luotettavuuden takaamiseksi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–42). Lähteitä valittaessa tulee arvioida lähteen ikää, tiedon alkuperää, totuudellisuutta sekä kirjoittajan ja julkaisijan tunnettavuutta ja arvostettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114). Tähän katsaukseen valitut tutkimukset ovat tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja tai pro gradu-tutkimuksia. Kaikista valituista tutkimuksista oli saatavilla koko teksti pelkän abstraktin sijaan. Alkuperäistutkimusten tuoreuteen ja uskottavuuteen kiinnitettiin huomiota. Käytimme työssämme muutamaa vanhempaa lähdetä, kuten lakitekstejä. Lisäksi löysimme yhden lähteen vuodelta 1988, jonka koimme sisältävän tärkeää tietoa aiheestamme. Kirjaston kaukolainapalvelua hyödynnettiin, mikäli tutkimusta ei ollut saatavilla lähikirjastoissa. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tasapuolisesti ulkomaisia ja kotimaisia tutkimuksia, mikä lisää aineiston monipuolisuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy myös tutkijaan. Tutkijalla saattaa olla aiheeseensa liittyen asenteita, odotuksia tai epäilyjä, jotka voivat vääristää tuloksia. Näistä ennakkoasenteista on pyrittävä vapautumaan. (Leino-Kilpi 2012, 370.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää myös se, että työllä on vähintään kaksi tekijää arvioimassa alkuperäistutkimusten laatua toisistaan riippumatta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42). Tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuutta lisää se, että työ on tehty kahden tekijän yhteistyönä. Näin on saatu erilaisia näkökulmia aiheeseen ja pystytty ratkomaan ongelmatilanteita paremmin.

Tutkimuksen tekemisessä on tärkeää noudattaa tutkimusetiikkaa. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehtäessä sekä avoimuus tuloksia julkaistaessa ovat osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden

työtä tulee arvostaa ja tiedostaa omat vastuut ja velvollisuudet tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen rahoituslähteiden tulee käydä ilmi tutkimuksen raportista. (Leino-Kilpi 2012, 364.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin rehellisyyteen ja huolellisuuteen sekä avoimuuteen opinnäytetyöprosessia kuvailtaessa.

Leino-Kilven (2012, 369) mukaan etiikan kannalta on tärkeää, että analyysi tehdään hyödyntämällä koko kerättyä aineistoa. Onnistunut sisällönanalyysi edellyttää tutkijan kykyä pelkistää aineisto ja muodostaa siitä käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Elo ym. 2011, 139). Opinnäytetyössä perehdyttiin huolellisesti tutkimusmenetelmään ja sisällönanalyysiin menetelmänä, jotta menetelmän käyttö olisi varmasti ymmärretty. Alkuperäistutkimukset luettiin huolellisesti useampaan kertaan samalla muistiinpanoja tehden. Aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen oli haastavaa ja aikaa vievää, mutta huolellinen perehtyminen ja hyvät muistiinpanot toimivat pelkistämisen apuna.

Tulosten raportoinnissa on pyrittävä selkeään ja huolelliseen selostamiseen, joka ei johda lukijaa harhaan (Hirsjärvi ym. 2009, 26). Raportti tulee olla kirjoitettu siten, että se vakuuttaa lukijan tutkimuksen luotettavuudesta. Tuoreus, uudet näkökulmat ja hyvä kirjoitustyyli ovat osa laadukasta raporttia. (Nieminen 2006, 220.) Opinnäytetyön tulokset on esitetty rehellisesti ja vastuullisesti alkuperäistutkimuksia vääristämättä. Työtä kirjoitettaessa pyrittiin helposti luettavaan ja ymmärrettävään kieleen.

Väärentäminen ja plagiointi ovat tyypillisiä esimerkkejä tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista, jossa jonkun toisen tekstiä esitetään omana. Vilppiä on kaikenlainen harhauttaminen, kuten esimerkiksi tulosten yleistäminen ilman perusteita. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tässä opinnäytetyössä on tavoiteltu erityistä huolellisuutta lähdemerkintöjen osalta.

6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksista nousi esiin useita potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen kehittämistarpeita. Akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä on tarpeen kehittää ohjaamisen laatua järjestämällä ohjaamiselle aikaa ja varmistaa henkilökunnan osaaminen

kouluttamalla. Ohjaustaitoja voisi harjoitella enemmän jo ammatillisessa koulutuksessa. Ohjausmateriaalia tulisi olla enemmän ja sitä pitäisi hyödyntää enemmän ohjaamisessa yksilölliset tarpeet huomioiden. Ohjaaminen tulisi nähdä osana hoitotyötä ja sitä tulisi olla tarjolla rutiininomaisesti kaikille potilaille ja heidän perheilleen.

Opinnäytetyössä käytetyissä ulkomaisissa tutkimuksissa systemaattinen ja strukturoitu ohjaaminen todettiin toimivaksi ja sitä oli tutkittu laajemmin kuin suomalaisissa tutkimuksissa. Jatkossa tutkimusta rakenteellisen ohjaamisen antamisesta ja vaikuttavuudesta voisi tehdä enemmän myös Suomessa. Perheohjauksen toteuttamista ja vaikuttavuutta tutkittaessa voisi olla hyödyllistä tutkia aihetta myös lasten näkökulmasta sillä tässä opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa erityisesti lasten huomioiminen ei varsinaisesti noussut esille. Ohjaamisen sisältö ja tapa antaa ohjausta tulee suunnitella eri tavalla silloin, kun ohjaamisen kohteena ovat lapset. Tutkimusta voisi tulevaisuudessa tehdä enemmän myös hoitohenkilökunnan ohjaustaidoista.

LÄHTEET

Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Anttila, M., Haapsaari, N., Kukkola, L., Koivikko, S., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Kyngäs, H., Kääriäinen M., & Lipponen, K. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. 44–56.

Axelin, A & Pudas-Tähkä, S-M. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 46–57.

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja – Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-Paino Oy.

Castrén, M., Helistö, N. Kämäräinen, L. & Sahi T. 2012. Ensiapuopas- mielenterveyden erityistilanteita. Päivitetty 31.5.2012. Luettu 15.6.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00015

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.

Haapanen, B. 2010. Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Hoitotyön koulutusohjelma. Tikkurila. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa. Sairaanhoitaja 12/2006, 21-24.

Hentinen, M: & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

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

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

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Turun yliopisto. Psykiatrian klinikka.

Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino. 10-18.

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

Kuhanen, C. & Kanerva, A. 2012. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa. Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveysshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 148–175.

Kanerva, A., Kuhanen C., Oittinen P. & Schubert, C. 2012. Lähestymistapoja mielen-terveysshoitotyöhön. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveysshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 90–147.

Kanerva, A., Kuhanen, C. & Seuri, T. 2012. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa. Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveysshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 176–231.

Kaunonen, M. Kuronen, M. Luukkaala, T. & Salonen, P. 2006. Suljettujen akuutti-, nuoriso- ja oikeuspsykiatristen sekä psykogeriatristen akuuttiosastojen hoitohenkilöstön määrä ja rakenne vuonna 2005. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Tampere. Tampereen yliopistopaino oy.

Kilcku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substanttiivinen teoria luottamuksen uudelleenrakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laiton. Pro gradu.

Koivunen, M., Huhtasalo, J., Makkonen, P., Välimäki, M. & Hätönen, H. 2012. Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19/2012, 546–554.

Kuhanen, C. 2012. Mielenterveys ja mielenterveysshoitotyö. Teoksessa. Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveysshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 16–34.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999. 3-5.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.
- Laatuseloste, perheet 2012. Tilastokeskus. Päivitetty 13.1.2013. Luettu 3.5.2013.
http://www.tilastokeskus.fi/til/perh/2012/02/perh_2012_02_2013-1122_laa_001_fi.html
- Laki holhoustoimesta 1.4.1999/442.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. *Duodecim*. Päivitetty 1.8.2011. Luettu 3.5.2013.
[http://www.terveysportti.fi/elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597](http://www terveystoiminta.fi/elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597)
- Leino-Kilpi, H. 2012. Hoitotyön tekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 360-377.
- Lincoln, T., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. 2007. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 96 (2007), 232–245.
- Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 191-209.
- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E. & Luckstedt, A. 2003. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 29 (2), 223–245.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY, 215-221.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoitajalehti* 10/2006. Luettu 10.8.2013.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>
- Oittinen, P. 2012a. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa. Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 54–89.
- Oittinen, P. 2012b. Yhteiskunnallinen osaaminen mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa. Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 35-53.
- Pitkänen, A. 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Pollock, K., Grime, J., Baker, E. & Mantala, K. 2004. Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health* 13 (4), 389–401.

Radcliffe, J., Adeshokan, E., Thompson, P. & Bakowski, A. 2012. Meeting the needs of families and carers on acute psychiatric wards: a nurse-led service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19/2012, 751-757.

Restek-Petrovic, B., Mihanovic, M., Grah, M., Molnar, S., Bogovic, A., Agius, M., Kezic, S., Grosic, V., Mayer, N., Svrclin, P., Dominis, V., Gorsic, L., Kamerman, N., Pavlovik, I., Svagelj, A. & Vrbek, P. 2012. Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital “Sveti Ivan”. *Psychiatria Danubina* 24 (3), 323–332.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 2000: 15. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004. Teoksessa Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (toim.) Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Mikkeli: St Michel Print.

Timlin, U. 2012. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa Hentinen, M. & Kyngäs, H. (toim.) Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY. 161-176.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.

Tähtinen, H. 2007. Systemattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Digipaino. 10-45.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Walker, H., Connaughton, J., Wilson, I. & Martin, C. 2012. Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19/2012, 881-890.

Walsh, J. & Boyle, J. 2009. Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment. *Issues in Mental Health Nursing* 30/2009, 31-38.

Wilson-Barnett, J. 1988. Patient teaching or patient counselling? *Journal of advanced nursing*. 13:2. 215-222.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset.

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset
<p>Aho 2008, Suomi</p> <p>Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde</p>	<p>Kuvata hoitosuhdetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitotyön tekijän näkökulmasta</p>	<p>Haastattelu n= 7 potilasta</p> <p>Ryhmähaastattelu n= 8 hoitotyön tekijää</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu potilaan ja hoitajan välinen luottamus, hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus, usko toipumiseen, rohkaiseminen, yhteistyö, hyvä henkilökemia. Laadukas omahoitajuus, ryhmätoiminnot ja lääkehoito koettiin hoitosuhdetta edistävinä tekijöinä.</p>
<p>Anttila 2012, Suomi</p> <p>Adaption of information technology based patient education in psychiatric nursing</p>	<p>Kuvata tietotekniikkaan pohjautuvan, potilaille ja hoitajille kehitetyn potilasopetuksen käyttöönottoa psykiatrisessa hoitotyössä</p>	<p>Kysely, haastattelu</p> <p>n= 364 kotiutunutta potilasta n= 50 omaista n= 36 sairaalan edustajaa n= 10 psykiatria, hoitotyön opettajaa, psykiatrista sairaanhoitajaa, tutkijaa n= 10 psykiatrian ammattilaista, IT-ammattilaista, potilasta, sairaanhoitajaopiskelijaa</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus, Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Hoitohenkilökunnan on tulevaisuudessa ohjattava potilaita laadukkaille ja luotettaville Internetsivustoille, jotka sisältävät tietoa yleisimmistä psykiatrisista sairauksista. Tämä edellyttää henkilökunnan kouluttamista.</p>

<p>Hotti 2004, Suomi</p> <p>Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista</p>	<p>Selvittää aikuispsykiatristien avohoitopotilaiden ja psykiatriassa työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä potilaiden sairautta ja sen hoitoa koskevan tiedon saamisesta ja tiedon antamiseen liittyvistä kokemuksista ja käsityksistä ja verrata potilaiden ja lääkäreiden käsityksiä toisiinsa</p>	<p>Haastattelu n= 130 potilasta</p> <p>Kysely n= 96 lääkäriä</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Regressioanalyysi</p>	<p>Lääkäreiden mielipiteet poikkesivat merkittävästi potilaiden mielipiteistä; potilaat halusivat tietoa sairaudestaan enemmän, kuin lääkäreiden mielestä oli tarpeen antaa. Niin lääkärit kuin potilaatkin olivat kuitenkin havainneet potilaiden hyötyvän sairauttaan koskevan tiedon saamisesta.</p>
<p>Hätönen 2010, Suomi</p> <p>Patient education to support the self-management of patients with mental illness</p>	<p>Selvittää kehittämisalueita, joiden avulla voidaan lisätä potilaan itsehallintaa tukevan potilasopetuksen laatua psykiatrisessa sairaalassa</p>	<p>Kysely, haastattelu n= 311 potilasta n= 51 potilasta n= 55 hoitajaa n=311 potilasta n= 16 potilasta</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Kyselytutkimus osoitti potilaiden tyytymättömyyden potilasopetukseen ja tarpeen saada tietoa hoidon aikana. Hoitajat raportoivat puutteita potilasopetuksen käytännön toteutuksessa. Strukturoidut menetelmät, joissa käytettiin eri välineitä hyödyttivät potilaita. Kaikille potilaille mahdollistetut systemaattiset potilasopetuskäytännöt tukivat potilaiden tiedon saantia hoidossa.</p>

<p>Kilkku 2008, Suomi</p> <p>Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleenrakentumisesta</p>	<p>Aineistolähtöisen teorian tuottaminen potilasopetuksesta ensipsykoosipotilaiden hoidossa</p>	<p>Haastattelu n= 5 sairaanhoitajaa n= 7 läheistä</p> <p>Grounded-theory</p>	<p>Ensipsykoosiin sairastuminen muuttaa potilaan ja hänen läheistensä elämäntilannetta. Avun pyytäminen ja hakeminen koetaan ongelmallisena. Työntekijöiden tapa kohdata potilas ja tämän läheiset luo perustan luottamuksen palaamiselle itsen, omaan selviämiseen tulevaisuudessa sekä hoidosta saatavaan apuun.</p>
<p>Kivimäki 2008, Suomi</p> <p>Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana</p>	<p>Kuvata hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä akuuttipsykiatrisen osastolla. Tarkoituksena oli kuvata perhehoitotyön käsitettä ja sen sisältöä sekä siihen liittyviä käsityksiä hoitajien kokemusten perusteella.</p>	<p>Teemahaastattelu n= 8</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Perhehoitotyö nähtiin tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hyvää hoitoa. Perhehoitotyö koostuu sekä suunnitelmallisesta yhteistyöstä perheiden kanssa että arkisemmasta perheiden huomioon ottamisesta jokapäiväisissä tilanteissa. Perhehoitotyön merkittävimmitavoitteiksi kuvattiin perheen tiedon lisääminen, perheen tukeminen sekä tarpeenmukaisen avohoidon piiriin ohjaaminen. Hoitajat korostivat moniammatillisuuden merkitystä.</p>

<p>Koivunen, Huhtasalo, Makkonen, Välimäki & Hätönen 2011, Suomi</p> <p>Nurses` roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing</p>	<p>Tuottaa tietoa sairaanhoitajien käsityksistä omista rooleistaan systemaattisessa potilasopetuksessa psykiatrisessa osastohoidossa</p>	<p>Ryhmähaastattelu n= 30 sairaanhoitajaa</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Psykiatrisilla sairaanhoitajilla on useita eri rooleja systemaattisessa potilasopetuksessa ja hoitajat ovat valmiita ja halukkaita vaihtamaan ja muokkaamaan roolejaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Informaatioteknologiaa tulisi hyödyntää potilasopetuksessa.</p>
<p>Lincoln, Nestoriuc & Wilhelm 2007, Saksa</p> <p>Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis</p>	<p>Selvittää, miten psykoedukaatiolla voidaan vaikuttaa psykoottisesti sairaan potilaan tietämykseen sairaudestaan</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus n= 18 tutkimusta</p>	<p>Potilaisiin ja perheenjäseniin kohdistetulla psykoedukaatiolla on pieni estävä vaikutus sairauden pahenemiseen ja sairaalaan uudelleen joutumiseen. Pelkkä potilaan yksilöopetus ei ollut yhtä merkittävää kuin koko perheen psykoedukaatio.</p>

<p>McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted 2003, USA</p> <p>Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature</p>	<p>Kuvata perheohjausta, sen merkitystä ja toteutumista näyttöön perustuvassa psykiatrisessa hoitotyössä</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Perhepsykoedukaatio on osoittautunut tehokkaaksi useissa tutkimuksissa, kuitenkin sen käyttö ei ole rutiininomaista psykiatrisessa hoidossa ja vaatii kehittämistä. Yksilöllinen ohjaus potilaalle ja hänen perheelleen todettiin vaikuttavammaksi, kuin ryhmässä toteutuva ohjaus. Perhe tulisi nähdä voimavarana eikä syyllisenä sairauteen.</p>
<p>Pitkänen 2010, Suomi</p> <p>Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards</p>	<p>Löytää tekijöitä, jotka edesauttavat skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaadun parantamista akuuttipsykiatrian osastolla</p>	<p>Yksilöhaastattelu, ryhmähaastattelu, arviointi, kysely</p> <p>n= 35 potilasta n= 35 potilasta n= 29 hoitajaa n= 311 potilasta</p>	<p>Potilaiden ja hoitajien mielestä elämänlaatua tukevat hoidon suunnitteluun liittyvät, voimaannuttavat, sosiaaliset ja aktivoivat hoitotyön menetelmät sekä turvallisuuteen ja fyysiseen terveyteen liittyvät menetelmät. Potilaiden elämänlaadun todettiin parantuneen kaikissa eri potilasopetusryhmissä. Eri potilasopetusten välillä ei ollut merkittäviä eroja.</p>

<p>Pollock, Grine, Baker & Mantala 2004, Iso-Britannia</p> <p>Meeting the information needs of psychiatric inpatients: staff and patient perspectives</p>	<p>Kuvata lääkehoidon ohjauksen kehittämistarpeita akuuttipsykiatrian osastolla</p>	<p>Ryhmähaastattelu n= 88 potilasta, omaista ja hoitotyöntekijää</p> <p>Yksilöhaastattelu n= 1 potilas</p> <p>Kirjekysely n= 1 potilas</p> <p>Sisällönanalyysi</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Suullinen ja kirjallinen informaatio lääkehoidosta oli potilaiden ja heidän läheistensä mielestä puutteellista ja vaati kehittämistä. Hoitotyöntekijöiden tiedon antamista esti ajatus potilaan tilan pahenemisesta. Henkilökunnan hierarkian ja organisaation monimutkaisuuden koettiin heikentävän tiedon saantia.</p>
<p>Radcliffe Adeshokan, Thompson & Bakowski 2012, Iso-Britannia</p> <p>Meeting the needs of families and carers on acute psychiatric wards: a nurse-led service</p>	<p>Kuvata nelivaiheisen perhehoitotyön mallin vaikuttavuutta akuuttipsykiatriassa osastolla perheiden ja hoitajien näkökulmasta</p>	<p>Kysely, toiminnallinen tutkimus</p> <p>I) n= 38 perhettä ja läheistä</p> <p>II) n= 78 perhettä ja läheistä</p> <p>III) n= 25 perheenjäsentä</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Thematic-analysis</p>	<p>Palautekyselystä kävi ilmi, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä tapaamisiin. Hyödylliseksi koettiin tapaamisissa saatu emotionaalinen tuki, parantunut kommunikaatio ja henkilökohtainen apu. He kokivat saaneensa enemmän ymmärrystä omaisen sairaudesta ja sen hoidosta.</p>

<p>Restek-Petrovic, Mihanovic, Grah, Molnar, Bogovic, Agius, Kezic, Grosic, Mayer, Svrclin, Dominis, Gorsic, Kamerman, Pavlovik, Svagelj & Vrbek 2012, Iso-Britannia</p> <p>Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital "Sveti Ivan".</p>	<p>Kuvata varhaisen puuttumisen mallin vaikuttavuutta ensipsykoosipotilaiden hoidossa psykiatrisessa sairaalassa</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tutkimusten mukaan varhainen puuttuminen eli psykoterapia, psykoedukaatio ja psyykenlääkkeet parantavat psykoosipotilaiden kognitiivisia, sosiaalisia ja emotionaalisia toimintoja sekä edistävät potilaan ja hänen perheensä elämänlaatua.</p>
<p>Walker, Connaughton, Wilson & Martin 2012, Iso-Britannia</p> <p>Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings</p>	<p>Kuvata psykoosipotilaill e suunnitellun potilasopetuskurssin vaikuttavuutta käyttäen arvioinnin apuna uutta kyselylomaketta</p>	<p>Toiminnallinen tutkimus, kysely n=48 potilasta</p> <p>SPSS</p>	<p>Potilaiden tieto ja ymmärrys lääkityksestä ja sairauden oireista parani kurssin lopussa ja kuuden kuukauden seurannassa.</p>

<p>Walsh & Boyle 2009, USA</p> <p>Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment</p>	<p>Selvittää psykiatristen potilaiden keinoja selvitä sairautensa kanssa ja miten psykiatriset osastot tukevat potilaidensa toipumista</p>	<p>Ryhmähaastattelu n= 55 potilasta</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Systemaattinen sisällönanalyysi</p>	<p>Potilaat kokivat itsehoidon tärkeänä. Osaston tarjoama turva, hengähdys arjesta ja hoitosuhde hoitajan kanssa koettiin tärkeänä selviytymistä tukevana tekijänä. Informaatiota lääkähoidosta toivottiin enemmän.</p>
--	--	--	---